

**UWAGI DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH  
Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ ( MZ 1575 )**

| Lp. | Podmiot zgłaszający uwagę  | Przepis którego uwaga dotyczy  | Uwaga/opinia  | Uzasadnienie uwagi  | Propozycje rozwiązań   |
|-----|--|--|---|---|--|
| 1.  | „Uzdrowisko-Rabka” S.A.<br>ul. Orkana 49<br>34-700 Rabka - Zdrój | Załącznik nr 1<br>Lp.1ppkt b-<br><b>fizjoterapia<br/>ambulatoryjna</b><br>pkt 1 ppkt 2   | Doprecyzowanie przez lekarza poradni specjalistycznej – zakończenia leczenia ostrej fazy  |   | Wpis na skierowaniu (lub innej dokumentacji) od lekarza z poradni specjalistycznej daty zakończenia ostrej fazy  |
|     |  | Załącznik 4 :<br>Lp. 14 –<br><b>rehabilitacja<br/>ogólnoustrojowa<br/>po leczeniu<br/>operacyjnym</b> pkt 3<br>ppkt. 1, 2<br>i<br>Załącznik 4<br>Lp.15-17 pkt 4<br>ppkt. 1,2 | 1.W tej propozycji jest bowiem pewne nieporozumienie polegające na tym, że sam fakt rehabilitacji pooperacyjnej, który powinien zacząć się jak najszybciej utożsamia się z optymalną formą leczenia rehabilitacyjnego w oddziałach reh. ogólnoustrojowej.<br>Różnica pomiędzy tymi stanami jest taka, że krótko po leczeniu operacyjnym należy prowadzić rehabilitację wg odpowiednich schematów, ale zastosowanie wszystkich możliwych oddziaływań rehabilitacyjnych, czyli uzyskanie dostępu do optymalnego leczenia rehabilitacyjnego możliwe jest dopiero po ustąpieniu ostrego stanu wynikającego z interwencji chirurgicznej, która z definicji jest urazowa. Klasyczna zasada w ortopedii mówi o czasie potrzebnym na gojenie się urazu.<br>2. Z doświadczenia personelu pracującego w oddziałach wynika, że | Przykłady :<br>a)Pacjent, u którego na karcie informacyjnej po wykonaniu spondylodezy lędźwiowej napisano, że rehabilitacja może rozpocząć się po 4 tygodniach (są nawet wpisy ze po 8 tyg.) nie zostanie przyjęty do oddziału, chociaż w tym przypadku powrót do sprawności jest dłuższy niż po operacjach stawów biodrowych i kolanowych (najczęstsze przyczyny rehabilitacji).<br>b)Pacjent z utrzymującym się obrzękiem stawu, wymagającym punkcji lub antybiotykoterapii i czasowo dyskwalifikowanym przez lekarza prowadzącego z rehabilitacji powyżej 30 | Proponowane zmiany są bardzo niekorzystne dla dużej grupy pacjentów pooperacyjnych.<br>Czas przyjęcia do 180 dni wydaje się optymalny, poniżej 90 nieakceptowalny.<br>Czas proponowany w rozporządzeniu nie bierze pod uwagę wielu tzw. życiowych problemów pacjentów oraz stanu zdrowia pacjenta po zabiegu . |

**UWAGI DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH  
Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ ( MZ 1575 )**

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
|  |  |  | <p>wielu pacjentów nie odnosi korzyści z wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji w związku z ograniczeniami funkcjonalnymi i bólowymi operowanych okolic ciała. Prowadzi to do ograniczenia w stosowaniu zabiegów, intensyfikacji terapii przeciwbólowej, a nawet rezygnacji z leczenia. Dla wielu z nich sytuacja taka prowadzi do ograniczenia w dostępie do świadczeń.</p> <p>3. Nasze doświadczenia wskazują jednoznacznie, że najlepsze efekty rehabilitacji pooperacyjnej jest wtedy, gdy pacjent zostaje przyjęty po około miesiącu od wypisu z oddziału zabiegowego (czyli wg nowych wytycznych nie zostanie przyjęty w ogóle). W tym czasie - między wypisem z oddziału zabiegowego a przyjęciem do oddziału rehabilitacji, następuje gojenie się zmian urazowych powstałych podczas operacji. Zagojenie się rany zmniejsza istotne ryzyko zakażenia, co w przypadku obecności endoprotezy może mieć daleko idące konsekwencje. Następuje także poprawa funkcjonowania organizmu w sensie fizycznym, ale także psychicznym –</p> | <p>dni – ale bez hospitalizacji nie zostanie przyjęty do oddziału rehabilitacji</p> <p>c) Pacjent z trudno gojącą się raną z obecnością treści ropnej (bez infekcji stawu) powyżej 4 tyg. Nie zostanie przyjęty do oddziału rehabilitacji.</p> <p>d) Pacjent u którego występują duże ograniczenia bólowe powodujące trudność w poruszaniu się, ale ustępujące w czasie pooperacyjnym, nie zostanie przyjęty do oddziału jeżeli przekroczyć wymagany czas. W naszym ośrodku było wielu pacjentów, którzy zgłaszali, że wcześniejszy przyjazd nie byłby możliwy z powodu bólu, zwłaszcza przy intensyfikacji wysiłku.</p> <p>e) Pacjenci w podeszłym wieku, z wielochorobowością, dekompensacją innych układów, potrzebują więcej czasu na</p> |  |
|--|--|--|---|---|--|

**UWAGI DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH  
Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ ( MZ 1575 )**

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
|  |  |  | <p>adaptacji do sytuacji choroby i rekonwalescencji. Należy przy tym zaznaczyć, że w tym czasie zwykle prowadzona jest rehabilitacja domowa przy pomocy mechanicznych szyn, utrzymująca i zwiększająca zakres ruchu stawów (przykład dotyczy najczęstszych operacji stawów biodrowych i kolanowych). Nie kwestionujemy zatem w żaden sposób sensu wczesnej rehabilitacji, zwracamy jednak uwagę, na ryzyko ograniczenia dostępu do świadczeń, dla osób nie będących w stanie z przyczyn somatycznych, psychologicznych bądź społecznych wziąć udział w terapii w oddziałach rehabilitacji wg nowych zasad.</p> <p>4.Należy wreszcie zwrócić uwagę na zalecenia lekarzy prowadzących, którzy <i>expressis verbis</i> w kartach wypisowych zalecają rozpoczęcie leczenia np. po 4 lub 8 tygodniach od operacji – co jest częste w przypadku operacji kręgosłupa.</p> <p>5.Konsekwencją wprowadzenia ewentualnych zmian będzie sytuacja wykluczenia znacznej grupy pacjentów z świadczeń rehabilitacyjnych, co będzie niekorzystne dla nich, ale także dla</p> | <p>rekonwalescencję – zdarza się, że nie przyjeżdżają w ciągu miesiąca do oddziału rehabilitacji. Decydują się na przyjazd po możliwym wyrównaniu somatycznym. Pomimo tego, że oddział rehabilitacji jest formalnie oddziałem szpitalnym, pacjenci nie mają w nim często zabezpieczenia internistycznego, neurologicznego itp. Dlatego zasadą jest wyrównanie stanu somatycznego przed rozpoczęciem zabiegów bodźcowych, obciążających organizm. Do tej pory taka praktyka funkcjonowała prawidłowo, wprowadzenie nowej regulacji znowu pozbawi część pacjentów, bardziej obciążonych chorobowo dostępu do świadczeń.</p> <p>f)Warto wreszcie zwrócić uwagę na pacjentów pooperacyjnych z dużą dysfunkcją układu ruchu,</p> |  |
|--|--|--|---|---|--|

**UWAGI DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH  
Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ ( MZ 1575 )**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | systemu opieki zdrowotnej i świadczeń ZUS – czego nie musimy tłumaczyć.  | którzy korzystają 2 krotnie z leczenia stacjonarnego pooperacyjnego i dopiero podczas 2 pobytu obserwuje się korzystne efekty. Dla tej grupy także zostanie ograniczony dostęp.  |  |
|  |  | Załącznik 4<br>L.P 14-18<br>rehabilitacja ogólnoustrojowa po leczeniu operacyjnym pkt 1 ppkt. 1, | Usprawnianie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 150 min na dobę w trybie przed- i popołudniowym od poniedziałku do piątku oraz 50 min w trybie przedpołudniowym w soboty, jest zbyt obciążające dla pacjenta po przebytym zabiegu operacyjnym lub przy pogorszeniu stanu zdrowia choroby przewlekłej. Zabiegi są to bodźce dla organizmu przyspieszające proces rehabilitacji w ograniczonym wymiarze i ilości. Zbyt wiele takich bodźców może wywołać reakcję odwrotną. Organizm ogólnie może sobie nie poradzić. Ważne jest nie tylko działanie przez bodziec ale niestety musi to być robione w czasie, który jest ważny dla regeneracji. | Usprawnienie nie mniej niż 150 min jest zbyt obciążające dla pacjenta po przebytym zabiegu operacyjnym lub przy pogorszeniu stanu zdrowia choroby przewlekłej. Zabiegi są to bodźce dla organizmu przyspieszające proces rehabilitacji w ograniczonym wymiarze i ilości. Zbyt wiele takich bodźców może wywołać reakcję odwrotną. Organizm ogólnie może sobie nie poradzić. Ważne jest nie tylko działanie przez bodziec ale niestety musi to być robione w czasie, który jest ważny dla regeneracji. Powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta. | Usprawnienie przez 6 dni w tygodniu nie mniej niż 100 min do 150 min na dobę w trybie przed i popołudniowym od poniedziałku do piątku. Usprawnienie uzależnione od stanu zdrowia pacjenta. |

**UWAGI DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH  
Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ ( MZ 1575 )**

|  |  |   |  |   |   |
|--|--|---|--|---|---|
|  |  | <p><b>Rehabilitacja kardiologiczna</b><br/>Załącznik nr 6 w którym określa się wartości skal medycznych w poszczególnych rodzajach schorzeń stacjonarna rehabilitacja kardiologiczna (str. 6)</p> | <p>Obecnie na rehabilitacji przebywają pacjenci z NYHA II i NYHA III. Całkowite wykreślenie pacjentów z NYHA II, nie powinno mieć miejsca ponieważ pacjenci mogą mieć niską frakcję wyrzutową lewej komory np. ok.20% .</p> <p>Wg lekarzy NYHA IV nie może być wartością kwalifikującą do świadczeń gwarantowanych ponieważ to względne przeciwwskazanie do rehabilitacji.</p> <p>Ponadto sama tabela jest źle skonstruowana ponieważ w jednej rubryce nie powinno się zestawiać niekorzystnych rokowniczo NYHA IV (jako max) z normą EF wynoszącą 70%. Są to dwie wartości będące na przeciwległych biegunach wydolności pacjenta.</p> <p>Pacjenci z NYHA II i EF ok.50% również powinni mieć możliwość skorzystania z rehabilitacji stacjonarnej, gdyż niektórzy z nich z powodu dodatkowych innych schorzeń lub „konstrukcji psychicznej” wymagają pobytu w</p> | <p>Obecnie na rehabilitacji przebywają pacjenci z NYHA II i NYHA III. Całkowite wykreślenie pacjentów z NYHA II, nie powinno mieć miejsca ponieważ pacjenci mogą mieć niską frakcję wyrzutową lewej komory np ok.20% .</p> <p>Wg lekarzy NYHA IV nie może być wartością kwalifikującą do świadczeń gwarantowanych ponieważ to względne przeciwwskazanie do rehabilitacji.</p> | <p>Pacjenci z NYHA II i EF ok.50% również powinni mieć możliwość skorzystania z rehabilitacji stacjonarnej, gdyż niektórzy z nich z powodu dodatkowych innych schorzeń lub „konstrukcji psychicznej” wymagają pobytu w ośrodku, a to może skłonić ich do zmiany stylu życia</p> <p>Minimalnie powinno być NYHA II. : cyt. w przeciwwskazaniach do treningu fizycznego u chorych z niewydolnością serca m.in. jest duszność spoczynkowa</p> <p>Wg lekarzy NYHA IV nie może być wartością kwalifikującą do świadczeń gwarantowanych ponieważ to względne przeciwwskazanie do rehabilitacji (załącznik )</p> |
|--|--|---|--|---|---|

**UWAGI DO PROJEKTU ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH  
Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ ( MZ 1575 )**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  | ośrodka, a to może skłonić ich do zmiany stylu życia |  |  |
|--|--|--|--|--|--|