Minister Zdrowia

Warszawa, 29 czerwca 2021

DLU.050.60.2021.KM

Pan
Tomasz Grodzki
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na pismo znak: BPS/043-24-1080/21 z dnia 28 maja 2021 r. dotyczącym oświadczenia złożonego przez Panią Senator Dorotę Tobiszowską na 24. Posiedzeniu Senatu w dniu 27 maja 2021 r., uprzejmie wyjaśniam:

1. Proszę o podanie szczegółów i zakresu planu odbudowy zdrowia Polaków po pandemii.

Polski Ład to kompleksowa strategia przezwyciężenia skutków pandemii, który obejmuje również plan odbudowy zdrowia Polaków. Do najważniejszych zmian zalicza się zwiększenie wydatków na zdrowie do 7% PKB w ciągu 6 lat, uruchomienie programu badań profilaktycznych dla osób powyżej 40 r.ż. oraz zniesienie limitów u specjalistów.

Mając na uwadze potrzebę stałego dążenia do optymalizacji systemu ochrony zdrowia w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, zwiększenia wynagrodzeń kadr medycznych, unowocześniania i modernizacji infrastruktury w placówkach opieki zdrowotnej oraz rozwoju nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia, zidentyfikowana została potrzeba zwiększenia wysokości środków publicznych przeznaczanych corocznie na finansowanie ochrony zdrowia w tym zakresie. W chwili obecnej minimalny poziom nakładów na ochronę zdrowia w danym roku określa art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), która gwarantuje wzrost nakładów na ochronę zdrowia do

wysokości 6% PKB do 2024 r. i latach kolejnych. Aktualnie w ramach Ministerstwa Zdrowia trwają prace nad opracowaniem projektu zmian do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie określenia ścieżki wzrostu minimalnych wartości przedmiotowych nakładów, aż do osiągnięcia poziomu 7% PKB w 2027 r. Przyjęcie ww. rozwiązań pozwoli na zasilenie systemu ochrony zdrowia dodatkowymi środkami, które będą mogły być przeznaczone na cele wskazane w Polskim Ładzie.

W dniu 14 czerwca 2021 r. Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS" (Dz. U. poz. 1081). Wdrożenie programu spowoduje objęcie świadczeniobiorców w wieku od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Badania określono w tzw. pakietach.

Pakiet badań diagnostycznych dla kobiet zawiera badanie biochemiczne, w tym: morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi, stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, stężenie glukozy we krwi, poziom kreatyniny we krwi, próby wątrobowe ASPAT, ALAT, GGTP, badanie ogólne moczu, poziom kwasu moczowy we krwi oraz krew utajona w kale – metodą immunochemiczną.

Pakiet badań diagnostycznych dla mężczyzn zawiera ww. badania poszerzone o PSA (badanie w kierunku raka prostaty).

Pakiet badań diagnostycznych wspólny zawiera pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI) oraz ocenę miarowości rytmu serca.

Szczegółowe zasady realizacji programu pilotażowego „PROFILAKTYKA 40 PLUS" określa zarządzenie Nr 109/2021/BPZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS"

Realizacja i finansowanie programu pilotażowego będzie się odbywać na podstawie umowy o realizację programu pilotażowego zawieranej między realizatorem programu pilotażowego, a Narodowym Funduszem Zdrowia. Umowy będą zawierane na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2021 r.

Świadczenia w programie pilotażowym udzielane będą na podstawie e-skierowania. Aby otrzymać e – skierowanie świadczeniobiorca loguje się na Internetowe Konto Pacjenta (IKP) i udziela odpowiedzi w Ankiecie 40 PLUS. Na podstawie udzielonych odpowiedzi system generuje zalecenia dotyczące stylu życia oraz wskazuje jakie badania profilaktyczne należy wykonać celem oceny stanu zdrowia. Na tym etapie pacjent ma

możliwość wyrazić chęć uczestnictwa w programie profilaktycznym „Profilaktyka 40 PLUS” poprzez generację e-skierowania. W sytuacji braku dostępu do IKP, pacjent otrzymuje e-skierowanie za pośrednictwem infolinii DOM.

Pacjent wybiera świadczeniodawcę realizującego program pilotażowy z listy umieszczonej na IKP lub poprzez wyszukiwarkę „Gdzie Się Leczyć”.

Świadczeniobiorca ma dostęp do wyników na Internetowym Koncie Pacjenta, w przypadku braku dostępu do IKP, pacjent otrzymuje wyniki od świadczeniodawcy, który zawarł umowę na udzielanie świadczeń w zakresie „Program profilaktyki 40 Plus” lub w placówce podstawowej opieki zdrowotnej, do której złożył deklarację wyboru, o której mowa w art. 10 ust. 1 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

Również od 1 lipca 2021 r., zgodnie z założeniem przyjętym w dokumencie Polski Ład, zostanie wprowadzone nielimitowane finansowanie wszystkich porad ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Działanie to ma na celu skrócenie czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia, a przez to poprawę dostępności do świadczeń z tego zakresu.

Warto wskazać, że wcześniej wprowadzane rozwiązania obejmowały bezlimitowym finansowaniem – od 1 kwietnia 2019 r. - wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, wykonywane w trybie ambulatoryjnym oraz zabiegi usunięcia zaćmy, a od 1 marca 2020 r. - świadczenia poradni specjalistycznych, do których dostęp był najbardziej utrudniony (tj. z zakresu endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz endokrynologii dla dzieci, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci. Ponadto, od 1 stycznia 2021 r. realizując rozwiązania przyjęte w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875), wprowadzono bezlimitowe finansowanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia). Należy wskazać także, że równolegle wprowadzane są rozwiązania mające na celu uwzględnienie rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenie finansowania świadczeń z tego zakresu, tj.: zwiększono wycenę tych świadczeń z okresem obowiązywania od lipca 2020 r. oraz od stycznia 2021 r. Nadal utrzymane są także współczynniki korygujące stosowane przy rozliczaniu świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które także zwiększają wycenę rozliczanych świadczeń (1,05 przy rozliczaniu świadczeń rezonansu magnetycznego przez tych świadczeniodawców, którzy dzięki podjętym działaniom skrócili listy oczekujących, 1,6 przy rozliczaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych, realizowanych w poradniach specjalistycznych: ortopedii i traumatologii narządu ruchu

dla dorosłych i dzieci, chirurgii dziecięcej oraz okulistycznych dla dorosłych i dzieci, współczynniki korygujące przy rozliczaniu świadczeń w poradniach specjalistycznych na rzecz dzieci w wieku 0-3 r. ż. oraz 4-18 r. ż. - odpowiednio 1,6 oraz z 1,3; 1,6 przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia).

2. Proszę o podanie szczegółów programu rehabilitacyjnego po COVID-19.

3. Na czym opierać się będzie rehabilitacja po COVID-19? Czy będzie to m.in. uzdrowiska?

W roku 2020 pacjenci mieli możliwość skorzystania z Programu pilotażowego rehabilitacji pocovidowej, wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 (Dz. U. poz. 1246), realizowanego w jednym ośrodku w Polsce tj. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Specjalistycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II. Program pilotażowy jest realizowany od 1 września 2020 r. i w okresie od 1 września 2020 r. do 31 marca 2021 r. przyjętych zostało w jego ramach 799 pacjentów, natomiast wypisanych 699. Na początku trwania program pilotażowy realizowany był na 62 łózkach. Z powodu dużego zapotrzebowania na ten rodzaj świadczeń, dostępność do realizacji systematyczne zwiększała się. W styczniu br. świadczenia były realizowane już na 90 łóżkach, a w kwietniu na 120.

Z uwagi na duże zainteresowanie rehabilitacją leczniczą dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 Minister Zdrowia w dniu 2 kwietnia 2021 r. Minister Zdrowia wydał Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia dwa polecenia (decyzje znak: DLG.745.7.2021.IJ oraz DLG.744.19.2021.IJ), które umożliwiają uruchomienie projektu rehabilitacji osób, które przechorowały COVID-19. Zgodnie z przyjętymi założeniami rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, rehabilitacja pocovidowa, w zależności od stanu pacjenta, będzie prowadzona w domu, ambulatoryjnie, a także w oddziałach rehabilitacji, zakładach rehabilitacji leczniczej i uzdrowiskach.

W związku z powyższym Prezes NFZ określił:

1) <u>Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmioty realizujące rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym</u> (załącznik do zarządzenia nr 98/2021/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków

rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19). Program będzie realizowany w uzdrowiskach i w trybie stacjonarnym (zwany dalej „rehabilitacją stacjonarną”).

2) Program fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, odpowiadającą realizacji fizjoterapii ambulatoryjnej (zał. 4 do zarządzenie Nr 78/2021/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19). Program będzie realizowany w gabinecie fizjoterapeutycznym lub w domu pacjenta (zwany dalej „rehabilitacją ambulatoryjną lub domową”).

4. Jakie warunki muszą zostać spełnione przez placówki, aby rehabilitacja po COVID-19 oparta była na systemie NFZ?

Rehabilitacja stacjonarna może być realizowana przez podmioty spełniające wymagania określone w programie, posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń w trybie stacjonarnym w rodzaju rehabilitacja lecznicza lub leczenie uzdrowiskowe lub leczenie szpitalne.

Podmiotami mogącymi udzielać świadczeń w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej są podmioty wykonujące działalność leczniczą, odpowiadającej realizacji fizjoterapii ambulatoryjnej, wpisane do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711), spełniające wymagania określone w programie, posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.

Podmiotami mogącymi udzielać świadczeń w ramach rehabilitacji domowej są podmioty wykonujące działalność leczniczą odpowiadającej realizacji fizjoterapii w warunkach domowych, wpisane do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711), spełniające wymagania określone w programie, posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia domowa.

5. Jaką stawkę NFZ planuje przyjąć za świadczenie rehabilitacyjne dla ww. zakresu?

W wyniku analizy dokonanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji:

1) stawka za każdy osobodzień rehabilitacji stacjonarnej wynosi 188 zł za każdy osobodzień rehabilitacji,

2) za zrealizowanie rehabilitacji ambulatoryjnej NFZ zapłaci przeszło 1 000 zł za pacjenta,

3) w przypadku rehabilitacji domowej może to być ponad 1 500 zł za pacjenta.

Działania objęte ww. poleceniami Ministra Zdrowia sfinansowane zostaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. Ile będzie trwać proces rehabilitacyjny po COVID-19?

Czas trwania rehabilitacji stacjonarnej wynosi od 2 do 6 tygodni, a rozpoczęcie rehabilitacji może nastąpić w terminie nie późniejszym niż w okresie 6 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19.

Rozpoczęcie rehabilitacji ambulatoryjnej następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia COVID–19. Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Realizacja programu podstawowego dla pacjentów, u których występuje nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥1, obejmuje:

1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,

2) wizytę terapeutyczną – indywidualnie w ramach potrzeb świadczeniobiorcy,

3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej. Realizacja programu rozszerzonego dla pacjentów, u których występuje pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥2 (0-4), obejmuje:

1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,

2) wizytę terapeutyczną – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni,

3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.

W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu

Rozpoczęcie rehabilitacji domowej następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia COVID–19. Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. 1.Realizacja programu obejmuje:

1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,
2) wizyty terapeutyczne – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni,
3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.
W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu.

7. Jakie badania musi przejść pacjent, aby skorzystać z ww. programu?

Klinicznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia rehabilitacją stacjonarną są powikłania lub następstwa po przebytym COVID-19 w zakresie układu oddechowego lub układu krążenia lub układu nerwowego lub narządu ruchu (wynik 1-4 przy ocenie* stanu zdrowia w skali od 0 do 4 na podstawie codziennego funkcjonowania pacjenta i odczuwania objawów po przebyciu COVID-19) lub spadek siły mięśniowej z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej skalą MRC (0-5) lub stopień nasilenia duszności wg skali mMRC w stopniu 2-3. U każdego pacjenta powinna być wykonana ocena dolegliwości utrzymujących się po przebyciu COVID-19 w skali od 0 do 10. Kryterium kwalifikacji pacjentów z dominującymi problemami układu oddechowego do objęcia świadczeniem jest wynik w skali nasilenia duszności mMRC >2. Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do leczenia to:

1) badania obrazowe RTG lub MR lub TK klatki piersiowej z opisem wykonane w czasie leczenia lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby;
2) aktualna morfologia, CRP;
3) aktualne badanie EKG
4) inna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia COVID-19 lub objawów pocovidowych, mająca wpływ na ocenę stanu zdrowia pacjenta
5) przy dominującym problemie kardiologicznym badanie echokardiograficzne serca wykonane w czasie lub po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby.

Klinicznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia rehabilitacją ambulatoryjną jest występowanie duszności, która negatywnie wpływa na aktywność pacjentów - w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥1 (0-4). 3.

Klinicznymi kryteriami kwalifikacji pacjentów do objęcia rehabilitacją domową są:
1) świadczeniobiorcy, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach programu fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób, po przebyciu COVID-19,

2) 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10), z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5),

3) duszność (w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥1 (0-4) lub

4) zespół słabości nabyty podczas pobytu na OIT.

8. Czy skierowania będą mogli wystawiać lekarze POZ?

Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach obu programów realizowane jest na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w tym również lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

9. Na czym będzie polegać i co zawiera proces rehabilitacyjny po COVID-19?

10. Ile zabiegów rehabilitacyjnych ww. świadczenie będzie obejmować?

W ramach rehabilitacji stacjonarnej świadczeniodawca:

1) zapewnia codzienny (w dniach wykonywania zabiegów) dostęp do lekarza w celu:

a) ustalenia i bieżącego korygowania programu leczenia,

b) interwencji lekarskich;

2) zapewnienie pomocy lekarskiej w godzinach popołudniowych , wieczornych i nocnych na wezwanie pielęgniarki;

3) zapewnia badania lekarskie – co najmniej:

a) wstępne, w pierwszych 24 godzinach po przyjęciu,

b) cotygodniowe kontrolne,

c) końcowe, w ciągu 24 godzin przed wypisem;

4) zapewnia specjalistyczne konsultacje lekarskie niezbędne do prowadzenia leczenia;

5) zapewnia całodobową opiekę pielęgniarską – dyżur pielęgniarski w oddziale albo zmiana pielęgniarska w miejscu udzielania świadczeń;

6) zapewnia codzienny poranny obchód lekarsko-pielęgniarski;

7) zapewnia codzienny wieczorny obchód pielęgniarski;

8) zapewnia dla jednego pacjenta, średnio co najmniej 4 zabiegi fizjoterapeutyczne dziennie;

9) może udzielać zabiegów fizjoterapeutycznych dla pacjenta, w tym zabiegów bodźcowych z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, po uprzedniej konsultacji lekarskiej;

10) zapewnia terapię psychologiczna, psychoedukację, terapię wspierającą pacjenta;

11) zapewnia prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

W czasie rehabilitacji będą realizowane następujące zabiegi, udzielane wg potrzeb świadczeniobiorcy:

1) kinezyterapia ze szczególnym uwzględnieniem: ćwiczeń ogólnousprawniających indywidualnych, usprawniania układu oddechowego (czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, nauka kaszlu i odkrztuszania), ćwiczeń równoważnych, ćwiczeń samoobsługi, innych ćwiczeń przywracających czynność układu oddechowego, metod neurofizjologicznych m. in. PNF oraz treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń na wolnym powietrzu;
2) metody specjalne kinezyterapii, w tym terapii manualnej;
3) opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe;
4) inhalacje indywidualne;
5) terenoterapia, treningi marszowe;
6) balneoterapia – wg indywidualnych wskazań,
7) masaż leczniczy – wg indywidualnych wskazań;
8) hydroterapia, fizykoterapia – wg indywidualnych wskazań;
9) treningi relaksacyjne;
10) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, w tym np. nauka prawidłowej techniki używania inhalatorów, eliminacja nałogów i innych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, prozdrowotna modyfikacja stylu życia;
11) leczenie dietetyczne – wg indywidualnych wskazań;
12) wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących;
13) terapia psychologiczna.

W rehabilitacji ambulatoryjnej wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur: ćwiczenia czynne wolne, usprawnianie czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne, trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, usprawnianie układu oddechowego, czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, nauka kaszlu i odkrztuszania, w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta, lub procedury dodatkowe: trening stacyjny, trening marszowy, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia samoobsługi, trening marszowy z przyborami, inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.

W rehabilitacji domowej wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur: ćwiczenia równoważne, ćwiczenia czynne wolne, usprawnianie czynne z oporem, ćwiczenia samoobsługi, ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne, metody neurofizjologiczne – Metoda NDT Bobath, metody neurofizjologiczne – PNF, usprawnianie układu oddechowego, czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, nauka kaszlu i odkrztuszania lub

procedury dodatkowe: reedukacja chodu lub inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.

Celem edukacji pacjenta realizowanej w trakcie trwania fizjoterapii jest zwiększenie świadomości dotyczącej powikłań związanych z przebyciem COVID-19 oraz nauczeniem sposobów radzenia z nimi, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Edukacja powinna obejmować poniższe zagadnienia:

1) Czym jest duszność i jak sobie z nią radzić samodzielnie? (pozycje ułatwiające oddychanie, wybrane techniki z zakresu fizjoterapii oddechowej),

2) Czym jest zespół przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej i jak sobie radzić z tym objawem? (zasady postępowania niefarmakologicznego),

3) Jak planować aktywność fizyczną? (program ćwiczeń fizycznych, czas trwania, natężenie wysiłku, częstotliwość).

U chorych, u których występują inne dolegliwości, np. związane z pobytem na OIT program edukacji należy poszerzyć o dodatkowe zagadnienia związane z problemami zgłaszanymi przez chorych.

Z poważaniem

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/