

Warszawa, 15.03.2012 r.

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia RP
Ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Zwracamy się do Pana w imieniu największego stowarzyszenia reprezentującego obecnie polskich fizjoterapeutów. Fizjoterapeuci stanowią, w liczbie ponad 50 000, trzecią największą grupę zawodową w służbie zdrowia w Polsce (obecnie fizjoterapię studiuje około 20 tys. osób).

Od lat mamy wrażenie, że grupa ta traktowana jest przez Rząd marginalnie, bez uwzględnienia zmieniających się realiów i rzeczywistych potrzeb społecznych. Zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne z każdym rokiem systematycznie rośnie, a zgodnie z szacunkami GUS, wydatki na prywatne usługi rehabilitacyjne przewyższają kilkakrotnie środki przeznaczane na ten cel przez NFZ. Brak zainteresowania naszą sytuacją pogłębia się, czego wyrazem było niewłączenie w ostatnim roku w nowelizacji Ustawy o Szkolnictwie Wyższym kształcenia fizjoterapeutów do grupy zawodów medycznych, wymagających minimów programowych (lekarz, lekarz stomatolog, pielęgniarka, położna, farmaceuta). Mimo naszych licznych prób kontaktu, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia unika spotkań od sześciu miesięcy. Jak to możliwe, że Dyrektor Departamentu Nauki nie może znaleźć czasu dla trzeciej największej grupy zawodowej, która mu podlega? Wyrazem lekceważenia naszej grupy jest również brak uregulowań prawnych, określających jasno prawa i obowiązki fizjoterapeutów (brak ustawy dzielimy wstydliwie z zaledwie trzema krajami europejskimi).

W Polsce fizjoterapeuci stosują kinezyterapię i środki fizykalne we wszystkich dziedzinach medycyny: od neonatologii, pediatrii, poprzez choroby wewnętrzne, diabetologię, choroby płuc, kardiologię, neurologię, ortopedię, traumatologię,

transplantologię, ginekologię i położnictwo, oparzenia, choroby zakaźne, genetyczne, medycynę pracy, chirurgię ogólną, neurochirurgię, torakochirurgię, chirurgię naczyniową, onkologię, opiekę terminalną, geriatrię, intensywną opiekę medyczną i wiele innych. Zajmujemy się wszystkimi grupami pacjentów rozpoczynając od wcześniaków, noworodków i niemowlaków poprzez dzieci, młodzież, osoby dorosłe i ludzi w wieku podeszłym. Fizjoterapeuci pracują także w sporcie, prowadzą profilaktykę schorzeń cywilizacyjnych i rozwojowych. Fizjoterapia, jako podstawowa dziedzina rehabilitacji, rozwija się zarówno w Polsce, jak i na świecie bardzo dynamicznie. Program kształcenia fizjoterapeutów w szkolnictwie wyższym uwzględnia kształcenie na poziomie studiów licencjackich, magisterskich i doktoranckich. Europejski system kształcenia fizjoterapeutów w Polsce, w ramach studiów licencjackich i magisterskich, obejmuje w ciągu pięciu lat 6120 godzin, w tym: 1545 godzin teoretycznych i 1520 godzin zajęć praktycznych przeznaczonych na nauczanie badania strukturalnego i czynnościowego pacjentów, niezbędnego do planowania procesu fizjoterapii, analizę i biomechanikę ruchu, czy podstawy poszczególnych metod fizjoterapeutycznych (nie licząc podstawowych przedmiotów medycznych takich jak np.: anatomia, biochemia, biofizyka czy fizjologia ogólna i wysiłku fizycznego). Fizjoterapeuci, podobnie jak inne zawody medyczne, podejmują dalsze kształcenie w ramach specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii lub dziedzinach pokrewnych, poszerzając wiedzę zdobytą w czasie studiów i uzyskując tytuły specjalistów. Ponad dwadzieścia tysięcy polskich fizjoterapeutów ukończyło studia podyplomowe oraz kursy metod fizjoterapeutycznych (źródło: RehaPlus S.A. i BMK Sp. z o.o.) uznawane i cenione na całym świecie. Fizjoterapeuci uczestniczą w planowaniu i realizacji wielu projektów naukowych w ramach szkolnictwa wyższego, szpitali i instytutów medycznych, uzyskują tytuły naukowe, prezentują na międzynarodowych kongresach wyniki badań i doniesienia związane z rozwojem dziedziny, którą się zajmują. Kilkunastu polskich fizjoterapeutów uzyskało tytuł profesora zwyczajnego, kilkudziesięciu nadzwyczajnego a ponad trzystu – tytuł doktora. Kwalifikacje polskich fizjoterapeutów są cenione w Polsce, Europie, Stanach Zjednoczonych Ameryki.

Panie Ministrze,

Zwracamy się do Pana w związku ze stanowiskiem Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich na temat lekarzy specjalizacji Rehabilitacji Medycznej z dnia 15.09.2011(Załącznik 1).Ze względu na niespotykaną wagę oraz olbrzymie zagrożenie, jakie stanowi ten dokument dla naszej grupy zawodowej, a przede wszystkim zagrożenie dla polskich pacjentów, Zarząd FP podjął decyzję o zajęciu oficjalnego stanowiska w wyżej wymienionej sprawie. W punkcie 1 stanowiska KPTL kieruje do nieokreślonych władz RP (zapewne Ministerstwa Zdrowia) oczekiwanie

zatrudniania lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej na oddziałach leczących pacjentów w warunkach stacjonarnych, szczególnie w oddziałach o innym niż rehabilitacja profilu (neurologicznych, kardiologicznych, pediatrycznych, pulmonologicznych, onkologicznych etc). To żądanie jest, zdaniem Zarządu FP, absurdalne w sytuacji, w której w większości wymienionych oddziałów brakuje fizjoterapeutów i specjalistów innych profesji medycznych zaliczanych do zespołu rehabilitacyjnego, bądź też nie ma ich wcale. Stan ten jest bezpośrednim powodem opóźnienia procesu zdrowienia i odzyskiwania sprawności psychofizycznej przez pacjentów z różnymi dysfunkcjami, którzy wymagają właściwej aktywności ruchowej oraz stosowania odpowiednich bodźców fizykalnych i innych. Jest zupełnie niezrozumiałe, w jaki sposób sama obecność lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w oddziale stacjonarnym ma przyspieszyć proces leczenia i rehabilitacji, jeśli system kształcenia lekarzy nie zapewnia im zdobycia umiejętności praktycznych, ukierunkowanych na poprawę stanu funkcjonalnego pacjentów, takich jak leczenie ruchem, wykonywanie zabiegów z zakresu fizykoterapii, logopedii, terapii zajęciowej, czy podejmowanie form oddziaływania w dziedzinie psychologii lub pedagogiki specjalnej. Rola lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej ograniczałaby się zatem do badania chorego w celu kwalifikacji do procesu rehabilitacji i zalecania wybranych zabiegów. Dopiero potem wdrażano by fizjoterapię lub inne postępowanie specjalistyczne. Należy podkreślić, że każdy lekarz specjalista np. neurologii, chorób wewnętrznych, pediatrii, ortopedii, pulmonologii i innych posiada pełne uprawnienia do skierowania pacjenta do przedstawicieli innych profesji medycznych (np. fizjoterapeuty, psychologa, logopedy), a co za tym idzie - natychmiastowego rozpoczęcia rehabilitacji. W wielu przypadkach różne formy rehabilitacji są ponadto włączane automatycznie po przyjęciu chorego do oddziału (np. udary mózgu i zawały serca, poród) lub zaraz po zabiegu operacyjnym (wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, alloplastyka stawów biodrowych), ponieważ każdy lekarz specjalista zna standardy postępowania we wszystkich jednostkach chorobowych danej dziedziny włącznie z tym, kiedy zlecić i rozpocząć leczenie rehabilitacyjne. Jednocześnie każdy z członków zespołu rehabilitacyjnego, z fizjoterapeutą włącznie, wie jak samodzielnie badać w celu podjęcia właściwego postępowania oraz wykonywać zabiegi fizjoterapeutyczne u pacjenta zdiagnozowanego przez lekarza specjalistę, gdyż zawarte jest to w programach studiów fizjoterapeutów i innych studiów specjalistycznych.

Zarząd FP uważa, że zatrudnianie lekarzy rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w oddziałach o innym niż rehabilitacja profilu wręcz opóźni i utrudni szybkie rozpoczęcie procesu rehabilitacji pacjentów i zwiększy koszt leczenia przez tworzenie nowego (w rzeczywistości zbędnego) ogniwa .

Odnosząc się do punktu 2 stanowiska KPTL, Zarząd FP zadaje pytanie, na jakiej podstawie lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej obligatoryjnie mieliby być kierownikami zespołów rehabilitacyjnych. Specjalizacja rehabilitacji medycznej swoim programem w niewielkim stopniu uwzględnia metody specjalne stosowane w fizjoterapii, psychoterapii, czy logopedii. Wiele tematów nie jest nawet pobieżnie poruszanych na kursach atestacyjnych do specjalizacji z rehabilitacji medycznej, gdzie z reguły nie są zapraszani wykładowcy reprezentujący inne zawody medyczne. Powstaje zatem wątpliwość, czy lekarz specjalista rehabilitacji medycznej wie, jakimi metodami, środkami, zabiegami dysponuje współczesny zespół rehabilitacyjny? Szybki rozwój wiedzy i możliwość poszerzania zasobu umiejętności praktycznych w ramach szkoleń skierowanych do specjalistów tworzących zespół rehabilitacyjny powodują, że lekarz specjalista rehabilitacji medycznej we współczesnym zespole rehabilitacyjnym ma ograniczone pole działania. Nasuwa się więc pytanie: Na czym tak naprawdę ma polegać praca lekarza rehabilitacji w specjalistycznym zespole? Na sprawowaniu funkcji kierowniczej?

Roszczenia dotyczące sprawowania funkcji kierowniczej jednej grupy zawodowej wobec innych grup zawodowych oraz dążenie do regulacji prawnych w tym zakresie są nieetyczne, dalekie od zasad współpracy między specjalistami z różnych dziedzin medycyny i niezgodne z tak zwanym zdrowym rozsądkiem. Uwzględniają interesy przedstawicieli niewielkiej grupy specjalistów, pomijając dobro pacjenta, kwalifikacje innych członków zespołu rehabilitacyjnego i narażając państwo na dodatkowe koszty.

Stwierdzenie zawarte w punkcie 3. uważamy za wyjątkowo wyrachowane i obliczone na lekceważenie innych zawodów medycznych. Oparte zostało na informacji, że kilka z nich nie zostało do tej pory dookreślonych w ustawodawstwie polskim (z przyczyn od nich niezależnych).

Przyjęcie całego stanowiska KPTL przez organy państwowe i zalecenie tego stanowiska jako wymóg NFZ, będzie stanowiło nadużycie władzy lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej oraz zmonopolizowanie usług rehabilitacyjnych (niemożność ich realizacji bez lekarza rehabilitacji).

Zadajemy pytania:

Czy Państwo Polskie stać na to, aby zatrudnić lekarzy rehabilitacji w tysiącach specjalistycznych placówek stacjonarnych? Czy Państwo Polskie stać na to, aby płacić pensje za zlecenie zabiegów, które są oczywiste i zrozumiałe dla wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego? Podkreślamy raz jeszcze z całą mocą, że każdy lekarz specjalista: ortopeda, neurolog, kardiolog, pediatria itd. doskonale wie, kiedy i jakie zabiegi zlecić dla dobra pacjenta.

Stanowisko KPTL jest dowodem ewidentnego dążeniem lekarzy rehabilitacji do stworzenia monopolu w dziedzinie usprawniania pacjentów i całkowitego przejęcia nad nimi kontroli. Przyjęcie tego stanowiska przyczyni się do powstania jeszcze brutalniejszej biurokracji, z którą żaden pacjent nie poradzi sobie. Działania podjęte przez lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w ostatnim czasie mają na celu umocnienie pozycji tej grupy w systemie ochrony zdrowia, kosztem ograniczenia suwerenności grupy zawodowej fizjoterapeutów. W większości krajów Europy, w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie zawód fizjoterapeuty jest ceniony i szanowany. W krajach tych uwzględniono zalecenia Światowej Konfederacji Fizjoterapeutów (WCPT).

Należy zadać sobie pytanie, dlaczego lekarze specjalizacji rehabilitacji medycznej (bez dodatkowych innych specjalizacji) praktycznie nie prowadzą w Polsce praktyk prywatnych tak, jak większość innych lekarzy. Okazuje się, że prywatny rynek medyczny to zweryfikował: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej posiada zatrudnienie jedynie w jednostkach, które podpisują kontrakty z NFZ. W zbiurokratyzowanej, państwowej służbie zdrowia lekarz specjalista rehabilitacji medycznej znalazł świetnie swoje miejsce tylko i wyłącznie ze względu na wymóg zatrudniania. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej nie posiada w chwili obecnej umiejętności, które byłyby jednocześnie jego warsztatem terapeutycznym. W istocie lekarz ten nie diagnozuje, ponieważ nie ma takich kompetencji (robią to inni specjaliści) i nie leczy, ponieważ robią to jego koledzy specjaliści (interniści, lekarze rodzinni, pediatrzy, neurologi i in.). Jak lekarz specjalizacji rehabilitacji medycznej może być kierownikiem zespołów rehabilitacyjnych, skoro lekarzy tej specjalności jest w tej chwili ponad 2,5 krotnie mniej niż zoz-ów rehabilitacyjnych (1600/4300) w Polsce? Według oficjalnych danych Naczelnej Izby Lekarskiej specjalistów rehabilitacji medycznej jest ponad 1600. Według Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji – ponad 2 000. Według danych Journal of Rehabilitation Medicine (2006;38:81-86) liczba lekarzy tej specjalności w Polsce wynosiła w 2006 roku 900 i utrzymywała nasz kraj w tym względzie na poziomie powyżej średniej europejskiej. W ciągu 6 lat Polska niemal podwoiła tę liczbę, co plasuje nas w pierwszej piątce (ponad 4 specjalistów/100 tys. mieszkańców) obok byłych krajów socjalistycznych (Republika Czeska, Łotwa), Chorwacji i Islandii. W każdym następnym roku utrzymuje w się Polsce jeszcze większa tendencja wzrostowa. Należy dodać, że sytuacja ta znajduje się w pewnej sprzeczności z tendencjami europejskimi. W większości krajów pacjent ma prawo bezpośredniej wizyty u fizjoterapeuty bez uprzedniego skierowania od innego zawodu medycznego.

Stanowisko KPTL nie zostało podjęte jednomyślnie, co oznacza, że część prezesów największych Towarzystw Lekarskich w Polsce (m.in. kardiologia, ortopedia) nie

popiera dążeń lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej i nie widzi potrzeby zatrudniania ich w oddziałach ostrych. Fizjoterapeuci polscy nigdy nie rościli sobie prawa do zastępowania lekarzy, lecz oczekują współpracy na zasadzie partnerstwa w zespole leczniczym, gdzie każdy wykonuje ściśle określone obowiązki.

Panie Ministrze,

Zwracamy się z prośbą o wstrzymanie wszelkich decyzji rozszerzających uprawnienia lekarzy specjalizacji rehabilitacji medycznej.

Z poważaniem

Zarząd Główny

Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska