

Warszawa, 15.03.2012 r.

**Pan
Dr Jacek Paszkiewicz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

*Dot: Stanowiska Prezesów Towarzystw Lekarskich na temat lekarzy specjalistów
rehabilitacji medycznej (załącznik 1)*

Szanowny Panie Prezesie,

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. To właśnie oni realizują, poprzez swój wkład pracy, zdecydowaną największą część kontraktów w zakresie rehabilitacji podpisywanych w lecznictwie zamkniętym i otwartym w Polsce. Zdajemy sobie sprawę, że świadczenie usług rehabilitacyjnych nie jest optymalne i budzi wiele wątpliwości zarówno wśród pacjentów, jak i realizatorów tych usług. Wiemy także, że poprawa tego stanu nie zależy tylko i wyłącznie od NFZ, ale w dużej mierze od propozycji, które muszą wychodzić od środowiska medycznego wypracowującego na drodze wewnętrznych ustaleń najkorzystniejsze dla pacjentów algorytmy postępowania. W związku z tym, nasze środowisko będzie się przeciwstawiało wszelkim próbom ograniczania dostępności chorych do fizjoterapii.

Panie Prezesie,

W zdecydowanej większości krajów europejskich skierowanie do fizjoterapii i innych usług rehabilitacyjnych (psychologia, logopedia, terapia zajęciowa, pedagogika specjalna i in.) wystawia lekarz specjalista, ale nie jest to specjalista rehabilitacji medycznej. Ilość specjalistów rehabilitacji medycznej w Polsce, na tle zdecydowanej większości krajów europejskich, jest rekordowo wysoka (4 specjalistów/100 tys mieszkańców).

W połowie ubiegłego roku KPTL uchwaliło (niejednogłośnie) stanowisko dotyczące lekarzy specjalności rehabilitacji medycznej (załącznik nr 1).

Ze względu na niespotykaną wagę oraz olbrzymie zagrożenie, jakie stanowi ten dokument dla pacjentów w Polsce, 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 zatrudnienia lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej na wszystkich 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 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 (z kolejnym opóźnieniem) 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 (w oddziałach leczących zachowawczo) lub zaraz po zabiegu operacyjnym, ponieważ każdy lekarz specjalista (ortopeda, internista, pulmonolog, pediatra i in.) 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 rehabilitacyjne 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 w nowoczesnych systemach opieki zdrowotnej. Roszczenia te 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, pediatria itd. doskonale wie, kiedy i jakie zabiegi zlecić dla dobra pacjenta. Dzieje się tak w większości krajów europejskich.

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, Australii fizjoterapeuci realizują terapię ruchową i fizykalną **bez pośrednictwa lekarzy specjalności rehabilitacji medycznej.**

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: w odczuciu pacjentów, lekarz specjalista rehabilitacji nie jest niezbędny w procesie ich rehabilitacji. Natomiast w zbiurokratyzowanej, finansowanej ze środków NFZ służbie zdrowia lekarz specjalista rehabilitacji medycznej znalazł świetnie swoje miejsce mimo, że w procesie leczenia jego rola jest niewielka. Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej nie posiada w chwili obecnej umiejętności leczniczych, które byłyby jednocześnie jego warsztatem terapeutycznym. W istocie lekarz ten nie diagnozuje, ponieważ nie ma takich kompetencji 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 z 2006 roku (J Rehabil Med. 2006;38:81-86) liczba lekarzy tej specjalności w Polsce wynosiła 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 wyraźnej sprzeczności z tendencjami europejskimi. W większości krajów europejskich pacjent ma prawo bezpośredniej wizyty u fizjoterapeuty bez uprzedniego skierowania od lekarza rehabilitacji.

Należy też dodać, że 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. **Podkreślamy raz jeszcze, że wprowadzenie w życie dążeń lekarzy specjalności rehabilitacji medycznej wydłuży (i tak już długą) drogę pacjenta do uzyskania świadczenia. Doprowadzi to do niespotykanego przerostu zatrudnienia w dziedzinie, która tego nie wymaga.**

Szanowny Panie Prezesie,

Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska dąży do wdrażania w Polsce najbardziej efektywnych metod leczenia oraz deklaruje współpracę z NFZ w celu optymalizacji kosztów w zakresie rehabilitacji teraz i w przyszłości. Pragniemy ograniczać do minimum partykularne interesy swojej grupy zawodowej, mając na uwadze przede wszystkim dobro pacjentów.

Z poważaniem
Zarząd Główny
Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska

Załączniki:

1. Stanowisko Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich z dnia 15 września 2011 r.