

Warszawa, dnia 1 sierpnia 2013 r.

Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15,

00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Po zapoznaniu się z Projektem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 roku, wyrażamy nasz głęboki niepokój i rozczarowanie zapisami znajdującymi się w tym Projekcie. Ponad 90% usług świadczonych w rehabilitacji medycznej i kontraktowanych z NFZ jest wykonywanych przez fizjoterapeutów, tak więc dyskusja na temat tego dokumentu powinna odbywać się głównie z fizjoterapeutami, a nie z innymi grupami zawodowymi odgrywającymi marginalną rolę w procesie rehabilitacji chorych. Przedstawiony do dyskusji Projekt jest wyrazem dyskryminacji trzeciej co do wielkości, ponad 50 tysięcznej grupy zawodowej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce oraz zapowiedzią dalszego obniżania poziomu procesu rehabilitacji i dostępu do usług fizjoterapeutycznych.

W nawiązaniu do Projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 roku w sprawie „Świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji medycznej” – Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska, największe Stowarzyszenie zrzeszające fizjoterapeutów w Polsce, zgłasza niżej wymienione uwagi.

W dalszym ciągu, z niezrozumiałych względów najważniejszą rolę w tym projekcie odgrywa lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, balneologii lub medycyny fizykalnej. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej, na dzień 30 kwietnia 2012 r. w Polsce czynnych zawodowo było tylko 1695 lekarzy rehabilitacji medycznej, którzy wraz z rezydentami oraz lekarzami balneologii i medycyny fizykalnej stanowią grupę około 2200 specjalistów, podczas gdy liczba podmiotów leczniczych świadczących usługi rehabilitacyjne refundowane przez NFZ przekracza 4500. Średni czas oczekiwania na konsultację u lekarza rehabilitacji wynosi od 3 do 6 miesięcy - w zależności od regionu Polski. Liczba lekarzy jest niewspółmierna do stale zwiększających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

Nie jest zrozumiałe, dlaczego składki na ubezpieczenie zdrowotne polskich podatników mają być przez kolejne lata nadal marnotrawione na „zdublowaną” poradę lekarską skoro rozporządzenie zakłada, że do poradni rehabilitacji skierowani są Pacjenci uprzednio już zdiagnozowani przez lekarzy specjalistów lub lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Niejasna jest dla nas, promowana przez MZ, rola lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej jako pośrednika pomiędzy kierującym na rehabilitację lekarzem specjalistą a fizjoterapeutą. Projekt nie uwzględnia możliwości bezpośredniego dostępu Pacjentów do usług fizjoterapeutów, co wpłynęłoby na skrócenie oczekiwania za zabiegi fizjoterapeutyczne i zmniejszyłoby koszty leczenia. Systemy Publicznej Opieki Zdrowotnej w krajach członkowskich UE oraz Australii, Nowej Zelandii, USA, od kilkudziesięciu lat ułatwiają i przyspieszają Pacjentom dostęp do fizjoterapii, która jak wykazało wiele badań naukowych okazała się jednym z

najskuteczniejszych i najtańszych sposobów pomocy Pacjentom ze schorzeniami z różnych dziedzin medycyny. **Pacjenci w Polsce powinni trafić z diagnozą bezpośrednio do fizjoterapeuty.**

Przedstawiane w Projekcie rozwiązania nie gwarantują „... utrzymania poziomu jakości świadczeń i zachowania bezpieczeństwa dla świadczeniobiorców ...”, gdyż nadawanie pełni kompetencji specjalisty rehabilitacji lekarzowi, który jest w trakcie specjalizacji, nie posiada odpowiedniego doświadczenia i dopiero przyswaja wiedzę w tej dziedzinie nie zapewnia Pacjentom wymaganego poziomu usług i bezpieczeństwa. Obecny system dopuszcza by lekarz po studiach (w programie których wiedza o rehabilitacji bazuje na około sześćdziesięciu godzinach dydaktycznych, a nie praktycznych!) mógł rozpocząć specjalizację z zakresu rehabilitacji medycznej i udzielać lekarskiej porady rehabilitacyjnej. W zakresie usług ambulatoryjnych, które stanowią zdecydowaną większość ogólnej ilości porad, nie ma praktycznej możliwości bezpośredniego nadzoru nad pracą i zleceniami wydawanymi przez niedoświadczonego lekarza. Stwarza to zagrożenie dla bezpieczeństwa Pacjentów i jakości wykonywanych usług. Za dyskusyjny należy uznać zapis gwarantujący lekarzom w ramach porady rehabilitacyjnej, możliwość planowania i koordynowania programu rehabilitacji. Brak umiejętności praktycznych w zakresie uznanych na świecie metod fizjoterapeutycznych stawia pod znakiem zapytania możliwość planowania i koordynowania pracy innych członków zespołu rehabilitacyjnego, w tym fizjoterapeutów, którzy takie umiejętności posiadają.

Niezrozumieniem istoty ukierunkowanego leczenia, a w tym jego jakości i efektywności, jest brak weryfikacji skuteczności leczenia w procesie rehabilitacji. Zadziwiający jest fakt że Ministerstwo Zdrowia w projekcie świadczeń gwarantowanych nie określa jednoznacznie sposobu dokumentacji postępów pacjenta podczas terapii. Enigmatyczne zalecenie wykonywania oceny stanu zdrowia na początku i końcu terapii bez podania wytycznych dotyczących np. obszaru badania – struktura (?), funkcja (?), aktywność społeczno-zawodowa (?) – powoduje zbyt dużą dowolność interpretacyjną. Niewprowadzenie zależności częstotliwości, intensywności leczenia - od celu i efektów zleconej terapii powoduje, że NFZ nie ma możliwości nadzoru nad pieniędzmi, które są przeznaczone na rehabilitację. W systemie opierającym się na rozliczaniu ilości i poprawności procedur, a nie sensie ich zlecenia, dochodzi do marnotrawienia pieniędzy publicznych, co przy stale zmniejszającym się budżecie prowadzi do ograniczenia dostępu do fizjoterapii osobom potrzebującym intensywnej rehabilitacji. Powoduje to zwiększenie kosztów społecznych związanych z wydłużającą się absencją ludzi zawodowo czynnych w pracy, koniecznością prowadzenia znacznie dłuższej terapii wynikającej z powstałych powikłań lub obowiązkiem wypłacania zasiłków itp. Od niemal 15 lat systemy medyczne w krajach Unii Europejskiej oraz w większości krajów na świecie korzystają z dokumentacji opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, WHO 2001), gdzie głównym kryterium jest skuteczność terapii i uzyskiwany efekt. Dlatego trudnym do zrozumienia jest fakt, że polski podatnik poprzez brak weryfikacji postępów leczenia ma być przymusową ofiarą przestarzałych, mało skutecznych i przez to bardzo drogiej procedur usprawniania.

Nieprawdą jest też jakoby proponowane regulacje nie miały wpływu na funkcjonowanie przedsiębiorstw. Zwiększenie wymagań dotyczących realizacji świadczeń podniesie i tak wysokie koszty oraz obniży graniczną już rentowność ich wykonywania. Spowodowane jest to między innymi tym, że od 2007 roku nie nastąpiła weryfikacja wartości wysokości refundacji za wykonywanie poszczególnych świadczeń. W takiej sytuacji wprowadzenie obowiązku zatrudnienia terapeuty zajęciowego i psychologa w świadczeniach oddziału dziennego w ramach usług ambulatoryjnych, znacząco zwiększy koszty wynikające z utrzymania dodatkowego pracownika etatowego i nowych gabinetów specjalistycznych. Przy braku odpowiedniej ilości środków na wczesną i intensywną fizjoterapię, która jest podstawowym sposobem leczenia w procesie rehabilitacji, wprowadzanie

kosztownych wymogów związanych z dodatkową i nie zawsze potrzebną formą terapii, jest wyrazem albo niegospodarności, albo ulegania naciskom promującym nowy zawód terapeuty zajęciowego.

Wprowadzanie zapisów dotyczących wyposażenia świadczeniodawcy w procedurze rehabilitacji domowej w zestawy do elektroterapii i biostymulacji zależnie od liczby osób prowadzących terapię, a nie od liczby obsługiwanych Pacjentów, jest kolejnym nieporozumieniem. Wiele podmiotów leczniczych świadczących usługi fizjoterapii domowej kieruje na wizyty domowe fizjoterapeutów pracujących we wspomnianych podmiotach także w warunkach stacjonarnych. Fizjoterapeuci oddelegowani do prowadzenia fizjoterapii domowej mogą wówczas obsłużyć 1-2 pacjentów dziennie. Wprowadzenie proponowanych zapisów spowodować może, że liczba terapeutów będzie bliska lub równa liczbie Pacjentów obsługiwanych przez podmiot w warunkach domowych. Propozycja zawarta w Projekcie nie ma zatem nic wspólnego z rzeczywistym zapotrzebowaniem na zabiegi fizykoterapii w warunkach domowych, powoduje za to znaczące zwiększenie kosztów prowadzenia usług.

Niezrozumiałe jest promowanie kursu Kinesiotapingu poprzez wprowadzanie obowiązku zatrudnienia (dodatkowe koszty!) osób legitymujących się posiadaniem certyfikatu tego szkolenia w oddziałach zajmujących się leczeniem chorych z obrzękami limfatycznymi o różnej etiologii. Metod skutecznych w leczeniu obrzęków jest wiele. Dlaczego tylko jedna z wielu metod uzupełniających (nie zastępujących!) właściwą terapię przeciwobrzękową, która dodatkowo nie ma jednoznacznie potwierdzonej skuteczności, jest narzucana przez Ministerstwo? Czy powodem takiego wymogu nie jest to, że wśród osób tworzących ten dokument znajdowały się osoby osobiście i biznesowo zainteresowane takim zapisem?

W Projekcie często wymienia się magistra fizjoterapii lub specjalistę fizjoterapii, pomijając osoby z tytułem magistra rehabilitacji ruchowej i specjalisty rehabilitacji ruchowej.

Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska bazując na wieloletnim doświadczeniu i wiedzy swoich Członków licznie pracujących w systemie usług refundowanych przez NFZ postuluje i proponuje :

- 1) Umożliwienie fizjoterapeutom, zgodnie z tendencjami światowymi, przeprowadzania i dokumentowania badania wstępnego oraz planowania i wdrażania postępowania fizjoterapeutycznego (obejmującego metody, techniki, zabiegi z zakresu fizykoterapii) na podstawie rozpoznania dokonanego przez lekarzy różnych specjalności.
Obecny system szkolenia fizjoterapeutów gwarantuje edukację praktyczną i teoretyczną w ilości ponad 3000 godzin na studiach I stopnia i około 2000 godzin na studiach II stopnia. Na dzień dzisiejszy na polskim rynku usług fizjoterapeutycznych nie ma grupy zawodowej lepiej przygotowanej do tej roli niż fizjoterapeuci. Takie rozwiązanie ułatwi dostęp do fizjoterapii oraz zniweluje koszty związane z powielaniem wizyt u lekarzy specjalistów wymaganych w celu kwalifikacji na rehabilitację. Rozpoczęcie terapii byłoby równoznaczne z wizytą fizjoterapeutyczną. Kilkadziesiąt tysięcy fizjoterapeutów w Polsce posiada dodatkową, udokumentowaną wiedzę zdobytą w systemie kształcenia podyplomowego. Wiedza w zakresie diagnostyki fizjoterapeutycznej, semiologii, fizjologii, biomechaniki, oceny badań radiologicznych, połączona z praktycznymi umiejętnościami terapeutycznymi, gwarantuje fachowość, profesjonalizm i bezpieczeństwo Pacjentów.
- 2) Wprowadzenie systemu ICF jako podstawy zlecania i rozliczania efektywności leczenia, zgodnie ze światowymi trendami oraz zasadami obowiązującymi w większości krajów Europy. Wspomniana klasyfikacja umożliwia precyzyjne określenie celu terapii dostosowanego do indywidualnych potrzeb Pacjentów na wszystkich poziomach podlegających kompleksowej rehabilitacji (uszkodzenia strukturalne, zaburzenia funkcji, aktywności ruchowych i tzw. uczestnictwa w życiu społecznym). Pozwala także na

wdrożenie odpowiedniej, jednolitej dokumentacji oraz wprowadzenie weryfikacji skuteczności prowadzonej terapii w ramach zawartych w niej kategorii. Takie rozwiązanie pozwoli na zintensyfikowanie terapii w przypadkach tego wymagających oraz zastąpienie postępowania leczniczego działaniami instruktażowymi w sytuacjach stabilnych lub chronicznych.

3) W celu ograniczenia kosztów podmiotów realizujących usługi z zakresu rehabilitacji:

- wycofanie wymogu zatrudnienia terapeuty zajęciowego i psychologa w procedurze oddziału dziennego (zatrudnienie terapeuty zajęciowego i psychologa mogłoby być uznane jako np. element rankingujący w przetargu),
- uzależnienie ilości zestawów do fizykoterapii (laser + aparaty do elektryzacji) od liczby obsługiwanych Pacjentów, a nie (jak w Projekcie Rozporządzenia) od liczby terapeutów (proponujemy, aby przyjąć zasadę nie mniej niż jeden zestaw na 12 pacjentów).

4) Odstąpienie od zapisów dotyczących konieczności zatrudnienia terapeutów z certyfikatami szkoleń z zakresu kinesiotapingu lub wprowadzenie zapisu o konieczności zatrudnienia terapeutów posiadających również inne szkolenia, kursy.

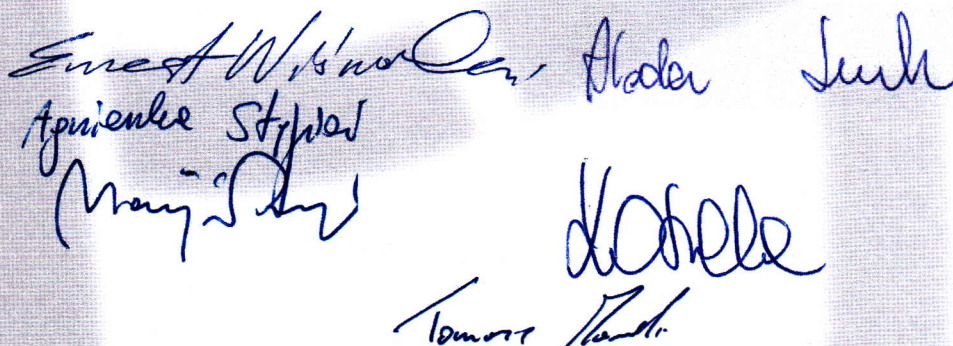
5) Przeprowadzenie konsultacji społecznych ze Stowarzyszeniami Pacjentów, którzy na co dzień borykają się z problemem dostępu do rehabilitacji, w tym fizjoterapii i najobiektywniej określiliby swoje potrzeby.

W imieniu najliczniejszego Stowarzyszenia skupiającego Fizjoterapeutów w Polsce deklarujemy chęć udziału w pracach nad poprawą, zweryfikowaniem zasad, procedur przedstawionych w Projekcie, tak aby nadrzędny cel nas wszystkich – dostępność do bezpiecznych, wysokiej jakości usług rehabilitacyjnych był w naszym kraju możliwy.

Z wyrazami szacunku

Zarząd Główny

Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska



Grzegorz Wójcik, Alona Luch
Agnieszka Stypka
(Marek Luch)
Krzysztof Kozłowski
Tomasz Kozłowski