

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (MZ 608)

I. Opis sytuacji problemowej

Jak wskazuje Projektodawca, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2017 r., minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo ogłoszenia, w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia, będące, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

Rozporządzenie projektowane przez Ministra Zdrowia dotyczy problemu związania fizjoterapeuty treścią skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (często lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) w zakresie rodzajów zabiegów, które mają być wykonane świadczeniobiorcy. Część skierowań nie jest w pełni wypełniana (wypełnione są rubryki z danymi pacjenta – pozostałe puste). Skutkuje to koniecznością odmowy wykonania zabiegu ze względu na braki formalne w skierowaniu, skierowaniu pacjenta ponownie na wizytę celem uzupełnienia skierowania, a to prowadzi do wydłużenia kolejki osób oczekujących na świadczenie zdrowotne, co nie jest uzasadnione potrzebą zdrowotną pacjentów.

Projektowane rozporządzenie wskazuje, że świadczeniodawca stosuje zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłoszane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Projekt wprowadza następujące zmiany:



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- zmiany w treści rozporządzenia polegają na odniesieniu się do definicji fizjoterapeuty określonej w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, która wskazuje kwalifikacje personelu uprawnionego do realizacji świadczeń zdrowotnych fizjoterapeutycznych oraz na modyfikacji elementów wchodzących w skład wizyty fizjoterapeutycznej – umożliwiające zaplanowanie procesu fizjoterapii przez osoby uprawnione do realizacji wizyty fizjoterapeutycznej;

- rozwiązanie, zgodnie z którym świadczeniodawca stosuje zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ogłaszane przez ministra właściwego do spraw zdrowia;

Zmiany w załączniku nr 1 do rozporządzenia dotyczące modyfikacji elementów skierowania na cykl zabiegów w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna oraz fizjoterapia domowa, polegające na wykreśleniu obowiązku wskazania „zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu”.

Uwzględnienie powyższej zmiany skutkować będzie, zdaniem Projektodawcy, urzeczywistnieniem kompetencji fizjoterapeutów wynikających z ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, a ponadto spowoduje, że pacjenci będą uzyskiwać wyłącznie te zabiegi, które są konieczne i znajdują uzasadnienie kliniczne w zdiagnozowanej dysfunkcji narządu ruchu.

Projektowane zmiany wynikają z braku uzasadnienia do formułowania w treści skierowania zleconych zabiegów przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, np.: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, skoro zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 1-3 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: diagnostyce funkcjonalnej pacjenta oraz kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu fizykoterapii oraz kwalifikowaniu, planowaniu i prowadzeniu kinezyterapii. Niecelowe zatem, zdaniem Projektodawcy, staje się związanie fizjoterapeuty treścią skierowania w zakresie rodzajów zabiegów, skoro wyboru i ich kwalifikacji ma dokonać on sam. W dzisiejszym stanie prawnym lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który nie bierze udziału w wykony-

waniu zabiegów musi dokonywać wyboru zabiegów wpisując je w treści skierowania, co powoduje, że nierzadko nie odpowiadają one w pełni rzeczywistym potrzebom zdrowotnym pacjenta.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wystawiając skierowanie często podają jedynie dane pacjenta. Skutkuje to koniecznością odmowy wykonania zabiegu fizjoterapeutycznego ze względu na braki formalne w skierowaniu.

Najwłaściwszej kwalifikacji przez wybór zabiegu może dokonać ten uczestnik procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który planuje te zabiegi, a następnie realizuje je i modyfikuje w trakcie procesu tj. fizjoterapeuta. Biorąc pod uwagę posiadaną wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne zarówno specjalista w dziedzinie fizjoterapii lub osoba wykonująca zawód fizjoterapeuty i posiadającej tytuł magistra, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty, dają rękojmię prawidłowego przebiegu wizyt fizjoterapeutycznych. Uregulowanie definicji fizjoterapeuty wynika z konieczności zachowania nazewnictwa zgodnego z przepisami ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

- Unia Europejska zaleca, aby we wszystkich państwach członkowskich rzadkie choroby były odpowiednio kodowane tak, aby można je było odnaleźć i zidentyfikować we wszystkich narodowych systemach opieki zdrowotnej, w związku z powyższym, w projektowanym rozporządzeniu dookreślono, iż świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, w przypadku zdiagnozowania, potwierdzenia choroby rzadkiej jest obowiązany do wpisania rozpoznania o klasyfikację ORPHA-kod;

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem braki formalne w skierowaniu pacjenta na fizjoterapię powinny skutkować odmową wykonania zabiegu przez fizjoterapeutę?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	6	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem fizjoterapeuci powinni mieć udzielone większe kompetencje w określaniu, jakimi zabiegami fizjoterapeutycznymi powinni zostać objęci rehabilitowani pacjenci?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	2	
Nie mam zdania	3	

3. Czy Pani/Pana zdaniem zawód fizjoterapeuty powinien być reprezentowany w zespole koordynowanej opieki nad pacjentem na poziomie POZ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	1	
Nie mam zdania	3	

4. Czy Pani/Pana zdaniem zmiany zawarte w załączniku 1 do rozporządzenia, dotyczące modyfikacji elementów skierowania na cykl zabiegów w ramach zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, podnoszą standard świadczeń fizjoterapeutycznych?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	1	
Nie mam zdania	6	

Pytania otwarte:



1. Kto powinien dokonywać wyboru rodzaju i zakresu zabiegów terapeutycznych w obszarze fizjoterapii: lekarz, fizjoterapeuta? Dlaczego?
2. Jakie rozwiązania regulacyjne i inne powinny być dodatkowo wprowadzone aby pacjent w kontaktach z fizjoterapeutą czuł się bezpiecznie?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Projekt rozporządzenia przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia wydaje się projektem dotyczącym stosunkowo wąskiego, proceduralnego problemu. Jednak, ze względu na zachodzące obecnie zmiany w systemie ochrony zdrowia, wpisuje się w znacznie szerszy kontekst pozycjonowania zawodu fizjoterapeuty w strukturze systemu.

Fizjoterapeuci są trzecią medyczną grupą w Polsce, która pomaga pacjentom na wszystkich etapach ich życia - od noworodków po osoby w starszym wieku. Fizjoterapeuta to obecnie medyczny zawód zaufania publicznego, taki sam jak lekarz, pielęgniarka czy diagnosta laboratoryjny. Jest to poważne zobowiązanie wobec leczonych pacjentów.

Przez wiele poprzednich lat, do września 2015 roku kiedy przyjęto ustawę o zawodzie fizjoterapeuty, brak regulacji stanowił duże ryzyko a nawet niebezpieczeństwo, ponieważ pacjent nie miał pewności, czy znalazł się w rękach osoby wykształconej w trakcie studiów, czy przypadkowej osoby, prowadzącej działalność pod tym tytułem.

Obecnie, potwierdzenie uprawnień stanowi dokument „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”. Wszystkie osoby posiadające uprawnienia wpisywane muszą być do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów prowadzonego przez samorząd zawodowy, czyli

Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Dla pacjentów stworzenie rejestru fizjoterapeutów ma kluczowe znaczenie, bo zapewnia bezpieczeństwo terapii. Fizjoterapeuta, figurujący w rejestrze, musi posiadać wymagane ustawowo kwalifikacje, w tym kierunkowe wykształcenie.

Czym innym jest jednak bieżąca praktyka wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Przeważający jest bardzo długi okres oczekiwania na wizytę, ponieważ najpierw pacjent musi długo czekać na wizytę u lekarza ws. rehabilitacji, a potem również długo czeka w kolejce do fizjoterapeuty. To w ogromnym stopniu ogranicza dostęp pacjentów do rehabilitacji.

Pacjenci przebywający w szpitalach, na oddziale zwykle nie mają tyle rehabilitacji, ile powinni mieć. Zatrudniony tam fizjoterapeuta może bowiem przeznaczyć na jednego pacjenta kilkanaście minut w ciągu dnia. Jest to zdecydowanie niewystarczający czas, który właściwie pacjentowi nie pomaga.

Sytuacja może ulec poprawie, ponieważ od 1 lipca br. weszły w życie nowe przepisy zawarte w ustawie o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności. Ustawa została przygotowana w odpowiedzi na sejmowy protest osób niepełnosprawnych i ich opiekunów. Jednym z postulatów protestujących było comiesięczne świadczenie w gotówce w wysokości 500 zł. Rząd nie chciał spełnić tego warunku i w zamian za to zaproponował ustawę, która ma umożliwić łatwiejszy dostęp m.in. do świadczeń rehabilitacyjnych.

Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało, iż dzięki tej ustawie osoby niepełnosprawne zyskają nielimitowany dostęp do fizjoterapeutów. Główną zmianą jest likwidacja skierowań dla osób cierpiących na częste dolegliwości, takie jak ból pleców, oraz dla pacjentów z przewlekłymi schorzeniami. Rehabilitacja ma być dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, a fizjoterapeuta będzie miał większą swobodę w dobieraniu zabiegów (obecnie ordynuje je lekarz). Ma to skrócić kolejki i usprawnić system. W tej chwili na rehabilitację czeka się

bardzo długo – w kolejce jest 1,6 mln osób. Z drugiej jednak strony, lekarze stosunkowo łatwo wydają skierowania, a pacjenci chętnie z nich korzystają.

Jednak niektórzy eksperci zwracali uwagę na to, że system na takie zmiany nie jest gotowy. Ich zdaniem nowa ustawa może spowodować wydłużenie kolejek i nie przynieść żadnej realnej zmiany w życiu osób niepełnosprawnych.

Polemizując z tym twierdzeniem, Minister Zdrowia zapewnił, że zgodnie z nową ustawą, od 1 lipca kolejki do fizjoterapii dla niepełnosprawnych znikną, ponieważ kontraktowane będą dodatkowe miejsca świadczeń rehabilitacji po to, żeby nie było żadnych białych plam dostępu. Chodzi o to, aby osoby mające trudności z dotarciem do rehabilitanta, nie musiały podróżować na dużą odległość od miejsca rehabilitacji.

Pojawiły się także obawy, że może zabraknąć specjalistów, jednak przedstawiciele zawodu fizjoterapeuty utrzymują, że jeśli stworzy się im możliwości funkcjonowania, to w dużej mierze są w stanie sprostać zadaniom i wypełnić potrzeby. Wiele zależy od dokładnych zapisów, które dopiero powstają. Zwiększenie możliwości dostępu osób o znacznym stopniu niepełnosprawności wymaga zmiany kilku przepisów. W szczególności muszą ulec zmianie zasady finansowania rehabilitacji. Ponadto, nie wiadomo, jaka dokładnie usługa będzie od fizjoterapeutów wymagana, ani na jakich warunkach ma być ona świadczona. Nie wiedzą oni za ile, ani na jakich zasadach będą wykonywać świadczenia. Ten brak wielu szczegółowych rozwiązań sprawia, że z powodu braku informacji nie można obecnie jednoznacznie stwierdzić, jak będzie wyglądała po wejściu w życie nowych przepisów sytuacja z dostępem osób niepełnosprawnych do rehabilitacji.

Dodatkowym, poważnym problemem jest także nieuregulowanie sposobu i wielkości wynagradzania fizjoterapeutów. W dyskusji z rządem, domagają się wyjaśnień, dlaczego fizjoterapeuci są pominiętą grupą zawodową w przyznawaniu podwyżek. Protestujący twierdzą, że rząd stara się dzielić zawody medyczne na lepszych i gorszych, np. spełnić

częściowo żądania rezydentów i pielęgniarek pomijając fizjoterapeutów, diagnostów, elektro radiologów, psychologów, logopedów, a obecnie opieka nad pacjentem wymaga współpracy wszystkich osób wykonujących zawody medyczne, od których wymaga się wysokich kwalifikacji. Stąd wyróżnianie finansowe tylko wybranych grup wpływa niekorzystnie na współpracę, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjenta.

Fizjoterapeuci zarabiali do tej pory bardzo niewiele - około 1650 do 2140 zł. Jest to, ich zdaniem, między innymi powodem masowych wyjazdów za granicę. Polscy fizjoterapeuci są najliczniejszą grupą migrujących w Europie. Według UE jest to aż 46 proc. z ogólnej liczby migrujących fizjoterapeutów w Europie.

Na fizjoterapeutów nakładane są też coraz szersze obowiązki, diagnostyka i planowanie fizjoterapii, na podmioty realizujące świadczenia rehabilitacji nakładane są więc dodatkowe obciążenia bez waloryzacji wyceny tych świadczeń co powoduje, że działalność fizjoterapeutyczna jest coraz mniej rentowna.

Należy jednak odnotować, że w innym projekcie rozporządzenia, kwalifikowanie, czyli przypisanie decyzyjności w kwestii rozpoczęcia przez pacjenta fizjoterapii (kwalifikacji), ministerstwo przyznało specjalistom w dziedzinie fizjoterapii oraz magistrom fizjoterapii. Zostało to uznane za najważniejszy element procesu fizjoterapii, mogący wpływać na bezpieczeństwo pacjenta, dlatego też został ograniczony, zgodnie z wymogami ustawodawcy i dedykowany dla osób z najwyższym wykształceniem. Także zlecanie wyrobów medycznych oraz wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie stanu funkcjonowania osób poddawanych fizjoterapii biorąc pod uwagę posiadaną wiedzę, umiejętności oraz kompetencje, będzie zadaniem zawodowym przypisanym również specjalistom w dziedzinie fizjoterapii oraz magistrom fizjoterapii. Być może daje to szansę, że przypisanie większego zakresu kompetencji i odpowiedzialności fizjoterapeutów będzie skutkowało stosownym podniesieniem ich wynagrodzeń.

Zdaniem Projektodawcy, zmiany wprowadzone zapisami projektu rozporządzenia nie wpływają na zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawców, pozwalają jednak na lepszą alokację dostępnych środków finansowych przez możliwość ograniczenia wizyt lekarskich, które nie służą udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a jedynie korekcie skierowania i ewentualne zaoszczędzenie tych środków na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Dokonanie ewaluacji projektu możliwe będzie po 1-2 latach realizacji świadczeń przy zmienionych zasadach. Miernikami zastosowanymi przy tej ewaluacji ex post powinny być:

- odsetek świadczeń realizowanych przez fizjoterapeutów po wprowadzeniu zmiany względem liczby aktualnie realizowanych świadczeń;
- czas oczekiwania na realizację świadczeń udzielanych przez fizjoterapeutów na podstawie skierowania przed i po wprowadzeniu przedmiotowej zmiany.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu