

Warszawa, 2020-11-04

Pan
Filip Nowak
p.o. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Zmiany systemowe – reforma skostniałego systemu rehabilitacji w oczach i w rękach działaczy KIF

Szanowny Panie Prezesie,

W uzasadnieniu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie zawierania i realizacji umów o rodzajach zabiegów rehabilitacji leczniczej, wynikających z art. 146 ustawy z dnia 20.08.2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz.1398) określone zostały zmiany dotychczasowych warunków.

W zarządzeniu nr 85/2020/DSOZ został zmodyfikowany załącznik 1m, w którym uległa waga punktowa niektórych produktów rozliczeniowych. Zwiększono o 20% wagę produktu rozliczeniowego indywidualnej pracy z pacjentem, o 15% zabiegów kinezyterapeutycznych. Natomiast w związku: „z wielokrotnie podkreślaną przez KIF małą skutecznością w procesie terapeutycznym zabiegów fizykalnych oraz brakiem naukowego potwierdzenia dla ich działania zmniejszono o 50% wagę punktową zabiegów fizykalnych”. Ponadto modyfikacji uległ załącznik nr 1n do zarządzenia, w którym o 60% zwiększono wagę punktową wizyty fizjoterapeutycznej oraz rozszerzono słownik procedur odpowiadającej wizycie fizjoterapeutycznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

Wynika z tego, że nie tylko zostały przesunięte w sprytny sposób środki z zabiegów fizykoterapeutycznych na kinezyterapię, które i tak były niedoszacowane, ale w ogólnym rozrachunku pomniejszono je w znaczący sposób. Te działania prowadzą do likwidacji fizjoterapii ambulatoryjnej. Czy w ten sposób nie chce się zlikwidować fizjoterapii ambulatoryjnej? Co z zakupionym sprzętem i doposażaniem gabinetów w wymaganą aparaturę? Kiedy zwrócą się koszty poniesione przez fizjoterapeutów w ramach kontraktów z NFZ? Dlaczego zostały zmniejszone środki na fizjoterapię ambulatoryjną?

Zarządzenie zostało przedstawione do konsultacji Krajowej Rady KIF. Ten nowy model świadczeń fizjoterapeutycznych, w tym diagnozowanie fizjoterapeutyczne przez telefon nie wzbudził zastrzeżeń Prezydium Krajowej Rady KIF. Tym bardziej, że zwiększenie wagi punktowej zabiegów kinezyterapeutycznych i wizyty zawarte zostaną w kwocie powstałej po obniżeniu wagi punktowej zabiegów fizykalnych. Dla ponad 68.900 członków KIF wykonujących w ramach swojej pracy zawodowej zabiegi z zakresu fizykoterapii i codziennej empirycznej weryfikacji ich skuteczności, niezrozumiałym jest nieustająca od kilku lat próba dyskredytacji zabiegów z zakresu medycyny fizykalnej. Godnym lepszego celu uporem, nieprzejednanie, podpierając się już mocno w opinii fizjoterapeutów nadszarpniętym autorytetem bez braku rzetelnej informacji i publicznej dyskusji podejmują kroki tzw. zmian systemowych. Łatwo wnioskować, że wyłączenie zabiegów fizykoterapeutycznych z koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ spowoduje rezygnację z ich stosowania. Fizykoterapia stanie się nieopłacalna, zabiegi nie będą wykonywane i w konsekwencji doprowadzi to do utraty dotychczasowych miejsc pracy i ograniczy dostępność zabiegów dla pacjentów.

Jako członkowie Krajowej Rady KIF zwracamy uwagę, że wiele decyzji dotyczących fizjoterapeutów zrzeszonych w Krajowej Izbie Fizjoterapeutów jest podejmowanych przez ściśle Prezydium KRF bez zasięgnięcia opinii pozostałych jej członków. Jeżeli NFZ powołuje

się na opinie KRF KIF dotyczące zmniejszania wagi zabiegów fizykoterapeutycznych, to informujemy, że ta opinia nie była szeroko konsultowana ze wszystkim członkami KRF i nie znajduje potwierdzenia w podejmowanych uchwałach.

Standardy Medycyny Fizykalnej zawarte w Europejskiej Deklaracji Standardów w Fizjoterapii (Barcelona, 4 czerwca 2003 r) są niezależną specjalnością medyczną uznaną we wszystkich krajach europejskich.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia-ICF (World Health Organisation, International Classification of Functioning Disability and Health, Geneva WHO 2001) rekomenduje dostęp oraz możliwość stosowania wszystkich metod i środków medycyny fizykalnej (MFiR) w celu zmniejszania dolegliwości, likwidowania zaburzeń zdrowia, zapobiegania chorobom i powikłaniom.

Dostęp pacjentów do zabiegów z zakresu medycyny fizykalnej jest podstawowym prawem człowieka zapewnionym przez Standardy Fizjoterapii opublikowanym w Karcie Narodów Zjednoczonych w 1994 r. (UN Standard Rules to provide persons with disability full participation and equality oraz The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, New York United Nations 1994).

Załącznik nr 5 Białej Księgi Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie wymienia elektroterapię, termoterapię, fale mechaniczne, prądy wysokiej częstotliwości, masaż i balneoterapię jako formy leczenia mające na celu poprawę i utrwalanie zdrowia oraz zapobieganie powikłaniom. Zalecane jest włączanie zabiegów fizykalnych w plan leczenia i rehabilitacji jako interwencje terapeutyczne w przebiegu chorób w fazie ostrej i stanach przewlekłych, chorób ogólnoustrojowych takich jak cukrzyca czy RZS, w niepełnosprawnościach o różnej etiologii. Ponadto są wskazania do stosowania skutecznych metod fizykoterapeutycznych w leczeniu pacjentów z objawami bólu. Były Minister Zdrowia Łukasz Szumowski w rozmowie z dziennikarzami w czasie Forum Press Club Polska odnosi się do krioterapii i magnetoterapii, jako zabiegów o nieudokumentowanym działaniu. Według nas wypowiedź Pana ministra wskazuje na ignorancję w zakresie tematu, w którym się wypowiada, gdyż zabiegi te znajdują się w rekomendacjach Sekcji Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Unii Europejskich Lekarzy Specjalistów (PRM Section of the UEMS) zalecających stosowanie kompleksowej terapii m.in. w leczeniu chorych z bólem, w tym zespołów bólowych barku (1), bólu w okresie pooperacyjnym (2), bólu i zapalenia u osób z artropatiami zapalnymi (3), lokalnymi zespołami bólowymi tkanek miękkich, w tym stanami po urazach (4). Warto wspomnieć, że określenie magnetoterapia jest użyte nieprecyzyjnie, bo może odnosić się do zabiegów z użyciem magnesów stałych, rzeczywiście nie mających dowodów na skuteczność terapeutyczną (5).

Niczym nie uzasadnione pozbawienie dostępu w ramach świadczeń NFZ do zabiegów z zakresu medycyny fizykalnej będzie łamaniem podstawowych praw pacjenta, pogorszeniem poziomu zdrowia i jakości życia. Emeryci, renciści, osoby niezamożne czy osoby z trwałą niepełnosprawnością stracą dotychczasową, znaną ścieżkę dostępu do gwarantowanych im świadczeń w ramach NFZ i odczują koszty zabiegów komercyjnych. Czy takie mają być zmiany systemowe zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ, AOTMiT i KIF?

Podsumowując:

1. Szerokie konsultacje powinny odbyć się w środowiskach związanych z edukacją – uczelnie wyższe, ze Stowarzyszeniami naukowymi i zawodowymi zrzeszającymi fizjoterapeutów.
2. Nie można podważać skuteczności zabiegów fizykalnych, a promować zabiegi kinezyterapeutyczne, ponieważ w procesie fizjoterapeutycznym u jednych pacjentów skuteczniejsze będzie zastosowanie zabiegów fizykalnych, u drugich zabiegów kinezyterapeutycznych, a u jeszcze innych połączenie wszystkich

zabiegów fizjoterapeutycznych. O wyborze konkretnego postępowania decyduje fizjoterapeuta, który w tej sytuacji będzie ograniczony nieopłacalnością zastosowania zabiegów fizykalnych, co pozbawi pacjenta ich działania.

3. Dążenie do ograniczenia dostępności do zabiegów fizykoterapeutycznych sprzyja naruszaniu zasad etyki zawodowej, pozbawia praw i zasad współżycia społecznego, ochrony cywilno- prawnej oraz łamie zasady zawarte w Europejskich Standardach Jakości Świadczeń Fizjoterapeutycznych umieszczonych w Białej Księdze Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie.

Nie ma naszej zgody na taki kierunek zaproponowanych rozwiązań przez NFZ i oczekujemy rzetelnego podejścia do planowanych zmian z uwzględnieniem argumentów zawartych w tym piśmie.

Z poważaniem

dr n. med. Barbara Goraj Szczypiorowska

Honorowy Członek Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii
Członek Zarządu Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
Członek Rady Konsultacyjnej Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
gorajszczypiorowska@gmail.com

dr n. o kult. fiz. Renata Skalska – Izdebska

p.o. specjalisty w dziedzinie fizjoterapia,
Adiunkt, wieloletni nauczyciel akademicki z zakresu medycyny fizykalnej i balneologii,
Uniwersytet Rzeszowski, Kolegium Nauk Medycznych
Członek Krajowej Rady Fizjoterapeutów
renata.skalskaizdebska@krf.kif.info.pl

mgr Małgorzata Marjańska

Specjalista rehabilitacji ruchowej
Członek Krajowej Rady Fizjoterapeutów
Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii
malgorzata.marjanska@krf.kif.info.pl

Do wiadomości:

1. Minister Zdrowia
2. Minister Sprawiedliwości
3. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
4. Rzecznik Praw Pacjenta
5. Krajowy Konsultant do spraw Fizjoterapii
6. Prezes Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii oraz Zarząd Główny PTF
7. Prezes Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej
8. Przewodniczący OPZZ Pracowników Fizjoterapii

Piśmiennictwo:

(1) VarelaE, Valero R, Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva E, Berteanu M, Christodoulou N;UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Shoulder pain management.

The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Oct;49(5):743-51.

(2) Varela E, Oral A, Ilieva E, Küçükdeveci AA, Valero R, Berceanu M, Christodoulou N; UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Musculoskeletal perioperative problems. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Oct;49(5):753-9.

(3) Küçükdeveci AA, Oral A, Ilieva EM, Varela E, Valero R, Berceanu M, Christodoulou N. Inflammatory arthritis. The role of Physical and Rehabilitation Medicine Physicians. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):551-64.

(4) Oral A, Ilieva EM, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berceanu M, Christodoulou N; UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. Local soft tissue musculoskeletal disorders and injuries. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Oct;49(5):727-42.

(5) Tederko P, Krasuski M. Oddziaływanie przeciwbólowe magnezów stałych – dowody na skuteczność. Fizjoterapia Polska 2011;4(4):11:289-301.

(6) Oral A, Küçükdeveci AA, Varela E, Ilieva EM, Valero R, Berceanu M, Christodoulou N. Osteoporosis. The role of Physical and Rehabilitation Medicine Physicians. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):565-77.

(7) Ilieva EM, Oral A, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berceanu M, Christodoulou N. Osteoarthritis. The role of Physical and Rehabilitation Medicine Physicians. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):579-93.

(8) Oral A, Ilieva EM, Küçükdeveci AA, Varela E, Valero R, Berceanu M, Christodoulou N. Generalised and regional soft tissue pain syndromes. The role of Physical and Rehabilitation Medicine Physicians. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med. 2013 Aug;49(4):535-49.

(9) Küçükdeveci AA, Stibrant Sunnerhagen K, Golyk V, Delarque A, Ivanova G, Zampolini M, Kiekens C, Varela Donoso E, Christodoulou N. Evidence Based Position Paper on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) professional practice for persons with stroke. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Dec;54(6):957-970.