fizjoterapia polska

POLISH JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY

OFICJALNE PISMO POLSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE POLISH SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY

NR 2/2019 (19) KWARTALNIK ISSN 1642-0136

Selektywna rizotomia grzbietowa – neurochirurgiczna metoda leczenia spastyczności w MPD: aktualny stan wiedzy

Selective Dorsal Rhizotomy (SDR) – neurosurgical method in treatment of spasticity in CP: the current state of knowledge

Zastosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych w fibromialgii

Physiotherapy in the treatment of fibromyalgia

ZAMÓW PRENUMERATĘ!

SUBSCRIBE!

www.fizjoterapiapolska.pl
prenumerata@fizjoterapiapolska.pl

fizjoterapia polska
nr 2/2019 (19)

Sytuacja fizjoterapeutów po czterech latach od ustawowego uregulowania zawodu

The situation of physiotherapists after four years of legal regulation of the profession

经过四年的专业法律监管后，物理治疗师的情况

Marek Kiljański[1,2(A,B,C,D)], Dariusz Jasiński[(B,C,D,E,F)]

[1]Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach / Jan Kochanowski University, Kielce, Poland
[2]Pabianickie Centrum Rehabilitacji, PCM SP ZOZ, Pabianice / Rehabilitation Center in Pabianice, PCM SP ZOZ, Pabianice, Poland

Streszczenie

Wstęp. Sytuacja finansowa fizjoterapeutów na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat ulegała stałemu pogorszeniu. Wpływ na to miały różne czynniki – zmiany ustawowe, inflacja oraz brak odpowiedniego finansowania rehabilitacji w Polsce. Po prawnym uregulowaniu zawodu w 2015 fizjoterapeutom stale przybywa obowiązków, jednak nie przekłada się to na odpowiednie zarobki. Coraz mniejszą wartość w systemie opieki zdrowotnej mają też najlepiej wykształceni fizjoterapeuci - specjaliści.

Cel. W niniejszej pracy spróbujemy zastanowić się, czy fizjoterapeuci mają rację, żądając wyższych wynagrodzeń oraz czy ich pracodawców oraz system opieki zdrowotnej w Polsce na to stać.

Słowa kluczowe:

zarobki fizjoterapeutów, finanse w ochronie zdrowia, nfz, specjaliści fizjoterapii

Abstract

Introduction. The financial situation of physiotherapists has deteriorated over the last ten years. It was influenced by various factors – law changes, inflation and the lack of adequate financing of rehabilitation in Poland. After the legal regulation of the profession in 2015, physiotherapists are constantly incurring duties, but this does not translate into adequate earnings. The best educated physiotherapists - specialists are also getting less and less valuable in the health care system.

Goal. In this work, we will try to consider: are physiotherapists right, demanding higher wages and can their employers and the healthcare system in Poland afford it.

Key words:

salaries of physiotherapists, finances in health care, nfz, specialists in physiotherapy

摘要

简介。 在过去十年中，物理治疗师的财务状况恶化。 它受到各种因素的影响 - 法定变化，通货膨胀以及波兰缺乏足够的康复资金。 在 2015 年对该专业进行法律监管后，物理治疗师不断招致职责，但这并不能转化为足够的收入。 受过良好教育的物理治疗师 - 专家在医疗保健系统中的价值也越来越低。

目标。 在这项工作中，我们将尝试考虑物理治疗师是否正确，要求更高的工资，以及他们的雇主和波兰的医疗保健系统能否负担得起。

关键词：

物理治疗师的薪水，医疗保健的财务，NFZ，物理治疗专家

Wstęp

Pomimo funkcjonowania różnych aktów prawnych [1, 2], jeszcze w 2014 roku nie istniały ograniczenia w kwestii użycia tytułu „fizjoterapeuta", a w Polsce z powodzeniem funkcjonowały szkoły, które pozwalały zdobyć dyplom w 170 godzin lekcyjnych (choć w tej samej placówce na przykład tytuł florysty wymagał 188 godzin nauki). Były też i takie, z których, aby wyjść z tytułem fizjoterapeuty, wystarczał weekend. Oczywiście było to obejście prawa, ale nie było skutecznych narzędzi, aby taki proceder ukrócić.

Polskie Towarzystwo Fizjoterapii pragnęło regulacji prawnej zawodu w zasadzie od początku swojego istnienia jako niezależnego stowarzyszenia. Pierwszy projekt ustawy został opracowany w 1991 roku, kolejny w 1998. W 2008 zawód fizjoterapeuty mógł zostać określony w ustawie o niektórych zawodach medycznych. Ale dopiero w 2014 udało się wreszcie trafić na sprzyjającą sytuację w polskim parlamencie, a dokładnie na posła, fizjoterapeutę, Dariusza Dziadzię z PSL. Miał on wystarczającą siłę przebicia, by projekt złożyć i monitorować dalsze prace Sejmu, także jako przewodniczący podkomisji zdrowia poświęconej projektowi.

Należy tu dodać, iż świadomość koniecznych zmian, zarówno wśród fizjoterapeutów, jak i pacjentów, sprawiła, że powstały nowe stowarzyszenia (m.in. Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska – 2009, Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii

– 2015), które również za jeden ze swoich celów stawiały ustawową regulację zawodu.
Sejm uchwalił ustawę o zawodzie fizjoterapeuty (u.z.f.) 25 września 2015 i w dniu 1 października została ona przyjęta przez Senat, a 26 października podpisana przez prezydenta RP, Pana Andrzeja Dudę. Weszła w życie 31 maja 2016 roku.
Przez kolejne pół roku utworzony przez Ministra Zdrowia Komitet Organizacyjny Samorządu Fizjoterapeutów (znów kierowany przez Dariusza Dziadzię; wiceprzewodniczącymi byli Marek Kiljański, Sebastian Zduński, Ernest Wiśniewski i Maciej Krawczyk) doprowadził do I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów, podczas którego utworzona została Krajowa Rada Fizjoterapeutów. Od tego czasu, jak się wszystkim fizjoterapeutom wydawało, mogło być już tylko lepiej. Wreszcie mieli organ, którego nadrzędnym celem miało być dbanie o ich interesy, mający pokaźne środki (składki to przynajmniej 1 mln zł miesięcznie), by ten cel zrealizować.
Oczekiwania jednak najwyraźniej nie znalazły odzwierciedlenia w rzeczywistości, gdyż trzy lata po wejściu w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty jej główni beneficjenci postanowili rozpocząć, przyjmujący różne formy, ogólnopolski protest „Maj bez fizjoterapeutów". Żądali podwyżek, ale też chcieli pokazać społeczeństwu, że ich wynagrodzenia są nieproporcjonalnie niskie w stosunku do przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Cel

W niniejszej pracy spróbujemy zastanowić się, czy fizjoterapeuci mają rację, żądając wyższych wynagrodzeń oraz czy ich pracodawców oraz system opieki zdrowotnej w Polsce na to stać.

Wynagrodzenie fizjoterapeuty

Zgodnie z art. 32g ust. 3 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [3] czas pracy w wymiarze 5 godzin na dobę i przeciętnie 26 godzin i 15 minut na tydzień stosowało się do pracowników na stanowiskach pracy w komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) fizykoterapeutycznych, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należało kontrolowanie techniki stosowanych zabiegów lub samodzielne wykonywanie zabiegów.
Ograniczony do 5 godzin na dobę czas pracy tych osób podyktowany był troską o pracowników. Uznano bowiem, iż wykonują swoje obowiązki w warunkach uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia (emisja energii cieplnej, wszelkiego rodzaju prądy, promieniowanie świetlne, ultrafioletowe, podczerwone, ultradźwięki itp.). Dotyczyło to w zasadzie większości fizjoterapeutów. Jednak już zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym [4] (za wyjątkiem pracowników technicznych i administracyjnych, a także pracowników niewidomych) w przyjętym okresie rozliczeniowym nie mógł przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
Okres przejściowy dla fizjoterapeutów pozwalał na pięciogodzinny dzień pracy jeszcze do 2 lipca 2014 roku. Od tego dnia czas pracy został wydłużony o połowę, lecz pensje pozostały na niezmienionym poziomie, co oznaczało w praktyce obniżkę wynagrodzenia.
Po wejściu w życie u.z.f. [5] fizjoterapeuta zyskał nowe prawa i obowiązki. Przede wszystkim ograniczone zostało prawo używania tytułu fizjoterapeuty, początkowo do osób, które spełniały wymogi ustawy w zakresie wykształcenia (art. 5 ust. 1 oraz art. 143 ust. 1 u.z.f.), następnie od 1 czerwca 2018 roku posługiwać się nim mogły wyłącznie te osoby, którym zostało przyznane Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty.
Tytułem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii może posługiwać się obecnie każdy fizjoterapeuta, który ukończył specjalizację i złożył Państwowy Egzamin Specjalizacyjny Fizjoterapeutów, zwany dalej „PESFZ", z wynikiem pozytywnym oraz fizjoterapeuta, który uzyskał decyzję o uznaniu tytułu specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, o której mowa w art. 35 u.z.f. (art. 5 ust. 3 u.z.f.).
Dodajmy, że proces specjalizacji trwa 4 lata.
Zaraz po wejściu w życie ustawy jedyną poważniejszą zmianą w zakresie wykonywanych obowiązków było umożliwienie specjalistom fizjoterapii dokonywania zmian w skierowaniach wystawionych przez lekarzy POZ. Dziś uprawnienia są już znacznie szersze i fizjoterapeuci z tytułem magistra, mający minimum 3-letnie doświadczenie, sami mogą wyznaczać rodzaj terapii w przypadku skierowań od lekarzy innej specjalizacji niż rehabilitacja medyczna, ale i te również mogą modyfikować po konsultacji z lekarzem kierującym [6, 7].
Natomiast obowiązkiem stało się opłacanie składek na Krajową Izbę Fizjoterapeutów (25 zł miesięcznie) oraz jednorazowe uiszczenia 100 zł za wydanie dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty.
Osoby prowadzące działalność gospodarczą i będące na przykład na kontraktach będą musiały do 31 października 2019 r. dokonać wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Koszt wpisu indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej to 96 zł.

Tab. 1. Realna wartość godziny pracy fizjoterapeuty zarabiającego 1806 zł netto przy założeniu 20 dni roboczych w miesiącu (opracowanie własne)

Rok	Pensja netto	godzin na tydzień	godzin na miesiąc	stawka na godzinę [zł]
2009	1 806,00 zł	26,25	105	17,20 zł
2011	1 806,00 zł	38	152	11,88 zł

Tabela 1 przedstawia zmianę wartości godziny pracy fizjoterapeuty. W 2009 roku przy zarobkach 1806 zł netto i pięciogodzinnym tygodniu pracy roboczogodzina wynosiła 17,20 zł. Po zmianie wymiaru czasu na 7 godzin i 35 minut w tygodniu godzina pracy była warta 11,88 zł. Oznacza to zmniejszenie wartości godziny pracy fizjoterapeuty o 30,93%.

Tab. 2. Wartość godziny pracy w przeliczeniu na zdolność nabywczą złotówki (inflacja) (opracowanie własne)

Rok	Stawka godzinowa [zł]	Wartość towaru [zł]	Możliwa do nabycia ilość towaru [szt]	Wartość nabywcza godziny pracy [%]
2009	17,20 zł	1 zł	17,2	100,00%
2018	11,88 zł	1,183 zł	10,04	58,37%
Razem obniżka				41,63%

Jeśli jednak uwzględnimy stopę inflacji, która na przestrzeni lat 2009–2018 wyniosła 18,3%, okaże się, że za jedną godzinę pracy można było nabyć 17,2 szt. towaru o wartości 1 zł, podczas gdy w 2018 roku towar ten kosztował średnio 1,183 zł i za godzinę pracy (wartą, jak wynika z tabeli 1, znacznie mniej – 11,88 zł) fizjoterapeuta mógł nabyć już tylko 10,04 szt. tego samego towaru. Wobec tego siła nabywcza godziny pracy fizjoterapeuty zmniejszyła się przez ostatnie 10 lat o blisko 42%.

Fizjoterapia a NFZ

Przez ostatnie 10 lat nie zmieniło się nie tylko wynagrodzenie fizjoterapeutów. Cały czas obowiązuje ta sama stawka punktowa za procedury, w większości przypadków mocno niedoszacowana. Nigdy bowiem nie przeprowadzono rzetelnej wyceny, w związku z czym za masaż ręczny podmiot będący związany umową kontraktową otrzyma od NFZ równowartość 10 punktów.

Stawka, jaką można było podać, ubiegając się o kontrakt w 2017 roku, wynosiła między 1,10 zł a 0,90 zł za punkt. Ze względu na to, iż zmniejszona została liczba podmiotów, które mogły związać się umową z NFZ, zasada konkurencyjności wymuszała zastosowanie najniższej możliwej stawki, a więc 90 groszy za punkt kontraktowy.

Jak łatwo wyliczyć, masaż wykonany w ramach umowy z NFZ jest wart 9 zł. Wyobraźmy sobie fizjoterapeutę, który podczas swojego dnia pracy jest maksymalnie wykorzystany przez 7 godzin. Średnio godzinę dziennie musi poświęcić na wypełnianie dokumentacji medycznej, a w czasie pozostałych 6 wykona 3 masaże na godzinę bez żadnej przerwy. Daje to 18 masaży × 9 zł = 162 zł. Pracownik ma jednak 26 dni płatnego urlopu, do tego, jeśli jest rodzicem dziecka poniżej 14 roku życia, należą mu się kolejne 2 dni wolne.

W całym roku 2019 jest 251 dni roboczych, z których pracownik może przepracować 223 (28 dni płatnych urlopów). Zakładając opisaną wyżej nierealną maksymalną wydajność 18 zabiegów masażu dziennie, zarabiając najniższą możliwą pensję, pracownik przyniesie pracodawcy zysk 36 126 zł, ale pracodawca wyda na niego 36 144 zł. Już samo to pokazuje, że pracownik przynosi stratę, a przecież nie zostały policzone wszelkie inne koszty utrzymania stanowiska (energia, woda, ogrzewanie itp.).

Jak dotąd różne grupy reprezentujące zawody medyczne wywalczyły sobie podwyżki, co wygląda w szerszej perspektywie dość kuriozalnie. To tak, jakby w szkole nauczyciele na przykład fizyki, chemii, języka polskiego czy biologii zażądali w kuratorium oświaty indywidualnych podwyżek dla uczących wyłącznie tych przedmiotów, zaś płace nauczycieli – na przykład matematyki – pozostałyby nadal niezmienione.

Zresztą nierówne traktowanie to nie tylko kwestia różnych zawodów. Nawet wśród samych fizjoterapeutów finansowanych z budżetu płace są zróżnicowane.

Minister Zdrowia uspokajał opinię społeczną: *Dyrektorzy szpitali dostali dodatkowe 680 mln zł z powodu wzrostu wyceny świadczeń i te pieniądze mogą przeznaczyć na podwyżki dla tych grup zawodowych, które jeszcze ich nie dostały, czyli dla fizjoterapeutów* [8].

Jednakże pieniądze, o których mowa, trafiły tylko na oddziały szpitalne będące w sieci, fizjoterapeuci pracujący na oddziałach będących poza ryczałtem nie otrzymają nic, podobnie jest z fizjoterapeutami, którzy w szpitalach nie pracują.

Oddział rehabilitacji neurologicznej

Skoro już poruszyliśmy temat szpitali, zobaczmy, jak wygląda sytuacja finansowa przykładowego oddziału rehabilitacji neurologicznej, który dysponuje 19 łóżkami.

Ów przykładowy oddział ma kontrakt w wysokości 1160 tys. zł, do tego należy doliczyć dodatek dla pielęgniarek finansowany przez Ministerstwo Zdrowia (1 600 zł × 12 miesięcy × 13 stanowisk) 249 600 zł. Razem rocznie konto oddziału będzie zasilone kwotą 1 409 600 zł. I znów widzimy (tab. 3), że już same płace przewyższają wpływy z NFZ i Ministerstwa Zdrowia. A przecież należy jeszcze doliczyć wyżywienie pacjenta (20 zł dziennie × 19 łóżek × 360 dni = 136 800 zł), wodę, ogrzewanie, energię elektryczną, media, leki i badania. W tej sytuacji oddział nie ma możliwości zbilansowania straty!

Nasuwa się jasna konkluzja – najtańszym hotelem w Polsce jest szpital – za 90 zł dziennie zagwarantowane są nocleg, zabiegi, całodzienna opieka medyczna, a także trzy posiłki.

Tab. 3. Stanowiska pracy wymagane przez NFZ, aby otrzymać kontrakt i minimalna (realna) płaca na tych stanowiskach (opracowanie własne)

Pracownik	Pensja brutto [zł]	Cały koszt pracodawcy [zł]	Liczba wymaganych stanowisk	Stanowisko na m-c [zł]	Razem rocznie [zł]
Lekarz rehabilitacji ruchowej (najniższa pensja za jaką będzie chciał świadczyć pracę)	6 500 zł	7 840 zł	1	7 840 zł	94 080 zł
Lekarz neurolog (j.w.)	6 500 zł	7 840 zł	1	7 840 zł	94 080 zł
Logopeda	3 347,50 zł	4 037 zł	1	4 037 zł	48 444 zł
Fizjoterapeuta (minimalna płaca po uwolnieniu w lipcu 2019 minimalnego wynagrodzenia w ochronie zdrowia)	3 347,50 zł	4 037 zł	4	16 148 zł	193 776 zł
Psycholog (najniższa możliwa stawka)	3 347,50 zł	4 037 zł	1	4 037 zł	48 444 zł
Terapeuta zajęciowy	2 934,40 zł	3 539 zł	1	3 539 zł	42 468 zł
Pielęgniarki (0,6 / łóżko + oddziałowa): 12+1	n/a	7 696 zł*	13	100 048 zł	1 200 576 zł
Razem				143 489 zł	1 721 868 zł

**Pensja brutto 2700 zł / miesiąc + 1 600 zł = 4 300 zł. 50% czasu pracy to godziny nocne i świąteczne - 150%, a więc koszt faktyczny to 2 150 zł za 100% i 3 225 zł za 150% razem 5375 zł. Konieczność zapewnienia zastępstwa dla pielęgniarki na urlopie lub zwolnieniu - razem około 17% dodatkowo = 6 300 zł rocznie plus koszty pracodawcy (ZUS) = 7 696 zł*

Brak pieniędzy w systemie?

W stosunku do 2009 roku w 2018 do NFZ z tytułu wpłat z ZUS, KRUS i budżetu wpłynęło o 60% więcej pieniędzy [9]. Mniej więcej o tyle samo wzrosło finansowanie rehabilitacji medycznej (tab. 4). Jednak nie były to pieniądze przeznaczone na podwyższenie wyceny świadczeń, a na zwiększenie ich liczby. Zresztą porównano nakłady na rehabilitację z nakładami na POZ czy opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Na rehabilitację leczniczą przyznano o 4,3 mld zł mniej niż na POZ – co wynikało z niższej kwoty wyjściowej. Ale z kolei na opiekę psychiatryczną NFZ przeznaczał w 2008 roku „tylko" 100 tys. zł więcej niż na rehabilitację medyczną, a 10 lat później różnica wynosiła już 300 tys. To trudniej zrozumieć w kontekście coraz bardziej starzejącego się społeczeństwa i coraz większej liczby pacjentów wymagających rehabilitacji. Tak więc pieniądze w systemie są, można tylko mieć nadzieję, że w kolejnych latach dystrybucja środków z NFZ uwzględni realne potrzeby pacjentów. Wydaje się, że istnieje dość prosta propozycja doraźnej poprawy finansowania procedur fizjoterapeutycznych.

1. W przypadku rehabilitacji dzieci należałoby wprowadzić nielimitowany dostęp do fizjoterapii, a procedury wykonywane u osób niepełnoletnich powinny mieć 150% wartości punktowej. Podobnie jak zrobiono to w przypadku procedur stomatologicznych.
2. W przypadku rehabilitacji osób po urazach również wprowadzić nielimitowany dostęp do fizjoterapii do 9 miesięcy po zaistnieniu zdarzenia. Taka zmiana pozwoliłaby na szybsze doprowadzenie pacjentów do sprawności umożliwiającej powrót na rynek pracy. Wpłynie to na oszczędności budżetowe wynikające z krótszego okresu wypłacania zasiłków.

Tab. 4. Wydatki NFZ na wybrane dziedziny ochrony zdrowia (opracowanie własne)

Rok kalendarzowy	Wydatki NFZ na rehabilitację leczniczą [zł]	Wydatki NFZ na POZ [zł]	Wydatki NFZ na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień [zł]
2008	1 561 334 000,00	5 833 901 000,00	1 677 905 000,00
2018*	2 516 280 000,00	11 166 056 000,00	2 867 443 000,00
Procent wzrostu	61,16%	91,40%	70,89%
Wartość wzrostu	954 946 000,00	5 332 155 000,00	1 189 538 000,00

**Dane prognozowane*

Specjaliści fizjoterapii

W polskim systemie nie przyznawane są doktoraty z dziedziny fizjoterapii. Najlepiej wykształconymi fizjoterapeutami są specjaliści. Niestety z roku na rok wartość specjalizacji jest coraz bardziej deprecjonowana. Lata nauki, poniesione wydatki, trudny egzamin (zdawalność na poziomie 30%) wydają się niepotrzebnie poświęconym czasem, gdyż specjalistę od magistra bez specjalizacji, według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty [10], różni możliwość wykonania:

- oceny stanu neuromotorycznego w zakresie fazowości działania mięśni i wykonania badania EMG,
- procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii,

oraz nadzór nad wykonywaniem procedur z zakresu:

- fizykoterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii,
- kinezyterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii.

Nieco większe zaostrzenie dotyczy realizowania wizyt fizjoterapeutycznych, które od 1 stycznia 2019 roku stały się obowiązkowe. Te przeprowadzić mogą specjaliści oraz magistrowie, ale z minimum 3-letnim doświadczeniem.

Trudno nie oprzeć się wrażeniu, że dziś tak naprawdę zupełnie nie warto podejmować się żmudnego procesu uzyskania specjalizacji. Bez niej można robić w praktyce to samo, a łatwiej jest o pracę, gdyż magister może zostać zatrudniony za znacznie niższą pensję niż specjalista (magister – współczynnik 0,73, specjalista – 1,05, czyli pensja minimalna o 43% większa [11].

Biorąc pod uwagę wcześniejsze wyliczenia stanowiskowe, możemy przypuszczać, że mając do wyboru magistra i magistra ze specjalizacją, kierując się rachunkiem ekonomicznym, pracodawca zatrudni osobę gorzej wykształconą, ale dysponującą takimi samymi uprawnieniami.

15 czerwca 2018 roku na stronie Ministerstwa Zdrowia pojawiła się wypowiedź Ministra Łukasza Szumowskiego: *To, w jaki sposób opiekujemy się chorym, niestety czasem przyczynia się do pogorszenia jego stanu zdrowia, a nawet śmierci. Dlatego tak ważne jest bezpieczeństwo pacjenta, które powinno być fundamentem kształtowania nowego systemu. Chciałbym, aby mierniki jakości, które wskażą nam obszary wymagające poprawy, coraz mocniej wchodziły do systemu i stały się powszechne* [12]. A jednak kolejne akty prawne zupełnie temu zaprzeczają. Dziwna polityka wyrównywania kompetencji w dół może sprawić jedynie, że pacjenci korzystający wyłącznie z finansowanej przez budżet ochrony zdrowia nie znajdą się pod opieką najlepszych z dostępnych na rynku, a najtańszych (mocno do tego ostatnio sfrustrowanych), a to nie ma nic wspólnego z podnoszeniem jakości.

Obecny system jest więc niewydolny nie tylko od strony ekonomicznej, ale także pod względem polityki kadrowej. Narzucanie podwyżek wynikających z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia, bez zapewnienia źródeł ich finansowania, sprawi, że pracodawcy będą zmuszeni sięgać po mniej wyedukowanych, a przez to mniej wymagających pracowników. Dysponujący dużą, sprawdzoną wiedzą specjaliści na pewno poradzą sobie na rynku, choćby w sektorze prywatnym, a straci jak zwykle pacjent.

Podsumowanie

Fizjoterapeuci, jako jedna z nielicznych grup zawodowych w ochronie zdrowia, od wielu lat nie otrzymują żadnych podwyżek. Wartość godziny pracy zmniejszyła się drastycznie i to nie tylko z powodu inflacji, ale także wydłużenia dnia pracy z 5 do nieco ponad 7,5 godziny. Po wejściu w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, a także rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, znacząco wzrosła ranga zawodu, ale w parze z tym także ilość obowiązków oraz odpowiedzialność za pacjenta. Nowe obciążenia również nie przekładają się na wyższe zarobki. Głównie dlatego, że pracodawcy nie mają środków, żeby odpowiednio pracownika wynagrodzić. Jednocześnie należy zauważyć, że inni przedstawiciele zawodów medycznych dosłownie wywalczyli dla siebie (pielęgniarki i położne, lekarze rezydenci, ratownicy medyczni) wyższe wynagrodzenia, co z niepokojem należy przyznać, jest jedynym sposobem, by poprawić sytuację danej profesji. Trudno więc dziwić się fizjoterapeutom, że, wzorem innych, starali się nagłośnić swoje położenie poprzez różne formy protestu i w ten sposób wymusić podwyżki. Na razie bezskutecznie, choć ci najniżej uposażeni od 1 lipca będą wynagradzani lepiej, co jednak z pewnością przełoży się m.in. na gorszą kondycję finansową zatrudniających ich placówek.

Jak zostało udowodnione, środków z NFZ nie wystarcza już teraz na utrzymanie nawet wydajnego pracownika. Podobnie z oddziałem szpitalnym- roczna kwota wynikająca z kontraktu nie pokryje pensji pracowników na poziomie możliwe najniż-

szym, aby ów kontrakt otrzymać i utrzymać przez cały okres jego obowiązywania. Nie wystarczy więc też na inne niezbędne elementy, bez których taki oddział nie może funkcjonować, a więc posiłków dla pacjenta, leków, energii elektrycznej, wody, ogrzewania itp.

Niewątpliwie pomoże tu jedynie całkowita zmiana systemu, jednakże ze względu na to, iż może być niewygodna politycznie – nie ma chętnych na jej dokonanie. Łata się więc obecny system niczym starą drogę, po której prawie nie da się już jeździć, ale też nie można powiedzieć, że nie zrobiło się nic. Przecież partie czy koalicje mające większość w parlamencie zawsze pozwalają, by przewodniczącym sejmowej komisji zdrowia był przedstawiciel opozycji (V kadencja – Ewa Kopacz z PO, koalicja rządząca: PiS, LPR, Samoobrona, VI Kadencja – Bolesław Piecha, PiS, VII Kadencja- Tomasz Latos PiS- obie kadencje koalicja: PO, PSL, VIII Kadencja – Bartosz Arłukowicz – większość parlamentarna – PiS) i dopiero od końca maja 2019 roku, po wyborach do Parlamentu Europejskiego, na kilka miesięcy nastąpił zapewne chwilowy wyjątek od tej reguły.

Ten niewydolny dziś system wpływa także na obniżenie poziomu opieki nad pacjentem, gdyż kompetencje najlepiej wykształconych fizjoterapeutów specjalistów są praktycznie takie same, jak magistrów z trzyletnim, a więc nie tak znów wielkim doświadczeniem.

Zmiany wymagają odwagi. Przed wyborami parlamentarnymi trudno ich oczekiwać, ale niepokojące jest to, że nikt nawet nie myśli poważnie o tym, by choćby je planować. Polska szkoła rehabilitacji stoi jeszcze na bardzo wysokim poziomie, jednak przyszłość, jaka się rysuje to studia, a po nich jedynie komercyjne, bodaj najdroższe w stosunku do wynagrodzeń, kursy w Europie o niesprawdzalnej wartości. A ci najlepsi? Niedostępni dla osób całe życie płacących składkę zdrowotną, będą pracować w prywatnych gabinetach i to niekoniecznie w Polsce.

Adres do korespondencji / Corresponding author

Marek Kiljański

e-mail: pazare@wp.pl

Piśmiennictwo/ References

1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2002 nr 173 poz. 1419)

2. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki, (Dz.U. 2007 nr 164 poz. 1166)

3. Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)

4. Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654)

5. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty Dz.U. 2015 poz. 1994 (Dz.U. 2015 poz. 1994)

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2396)

7. Zarządzenie Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

8. prawo.pl https://www.prawo.pl/zdrowie/fizjoterapeuci-chca-podwyzek-a-minister-zdrowia-szumowski-mowi, 411339.html z dn. 7.05.2019

9. Sprawozdania finansowe NFZ lata 2008-2017 i plan finansowy 2018 http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz.U. 2018 poz. 1319)

11. Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2018 poz. 1942).

12. https://www.gov.pl/web/zdrowie/to-pacjent-jest-najwazniejszy z dn. 15.06.2018 r.