



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 5.11. 2014 r.

Irena Lipowicz

V.7010.139.2014.AA

Pan

BARTOSZ ARŁUKOWICZ

Minister Zdrowia

Analiza treści informacji Najwyższej Izby Kontroli pt. „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” (P/13/131), zatwierdzonej przez Prezesa NIK w dniu 8 września 2014 r., skłoniła mnie do zwrócenia się do Pana Ministra.

Zgodnie z czterema kanonami polskiego modelu rehabilitacji medycznej, zaakceptowanego na posiedzeniu Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1970 r., **rehabilitację leczniczą powinna charakteryzować:**

1. **Powszechność** – dostępna każdemu, kto jej potrzebuje, także uwzględnienie rehabilitacji we wszystkich dyscyplinach medycznych.
2. **Wczesność zapoczątkowania** – już w pierwszych dniach trwania choroby, czy w kilka dni po przebytych urazach, co prowadzi do szybszego powrotu utraconych funkcji lub wykształcenia mechanizmów kompensacyjnych, które utracą funkcję organizmu zastąpią lub uzupełnią.
3. **Zespołowość (kompleksowość)** – prowadzona przez zespół wielospecjalistyczny obejmujący lekarzy ze specjalności charakterystycznych dla danego schorzenia, pielęgniarki, rehabilitantów (obecnie fizjoterapeutów), służby pomocnicze, psychologów, nauczycieli, pedagogów specjalnych, pracowników socjalnych i innych.
4. **Ciągłość** – prowadzona w sposób nieprzerwany przez wszystkie fazy leczenia. Wcześniej rozpoczęta rehabilitacja w szpitalu jest kontynuowana w oddziale rehabilitacyjnym, a następnie w poradni rehabilitacyjnej.

Najwyższa Izba Kontroli krytycznie ocenia przyjęty w Polsce rozbudowany i skomplikowany model finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia rehabilitacji leczniczej, nieuwzględniający podstawowego i najważniejszego miernika procesu rehabilitacji, jakim jest końcowy rezultat interwencji terapeutycznej (udzielenie wysokiej jakości świadczenia zdrowotnego po uzasadnionym koszcie). W przyjętym systemie kontraktowania i rozliczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń rehabilitacji leczniczej oparto się, podobnie jak w przypadku innych świadczeń, wyłącznie na rozliczaniu liczby i poprawności procedur, nie uwzględniając efektów terapii, co prowadzi do sytuacji, w której jednakowo płaci się za świadczenia jakościowo dobre i złe, chociaż akurat w tej dziedzinie łatwo zauważyć i zmierzyć efekt. Takie podejście sprzyja marnotrawieniu środków publicznych oraz ograniczaniu dostępu do rehabilitacji osobom faktycznie jej potrzebującym.

Warunkiem skutecznej rehabilitacji leczniczej, przyjętym jako kanon polskiego modelu rehabilitacji, jest jej wczesne zapoczątkowanie. Ustalenia kontroli wskazują, że założenie to nie jest realizowane. Pomimo wzrostu nakładów pogarsza się dostęp do rehabilitacji leczniczej: rośnie liczba oczekujących, wydłuża się czas oczekiwania i kurczy lista miejsc oferujących rehabilitację bez kolejki. Żaden ze skontrolowanych świadczeniodawców, którzy mieli taki obowiązek¹, nie wywiązywał się z udzielania świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych. Stwierdzono znaczne zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych oraz w liczbie lekarzy rehabilitacji medycznej, a także nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne. Analiza postępowań w sprawie zawierania umów o świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej ujawniła istotne nieprawidłowości w przebiegu postępowań konkursowych oraz niedoskonałość systemu informatycznego stosowanego w procesie kontraktowania i generowania umów.

Najwyższa Izba Kontroli sformułowała również zastrzeżenia pod adresem Ministra Zdrowia. Zdaniem NIK, Minister Zdrowia m.in. nie dokonywał oceny dostępności świadczeń rehabilitacyjnych w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, do czego był ustawowo zobowiązany². Nie określił wskaźników dotyczących liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji. Nie wykorzystywał w wystarczającym stopniu informacji o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach zdrowotnych dotyczących rehabilitacji leczniczej – nie prowadził w tym zakresie bieżących analiz, porównań i innych prac analitycznych.

¹ § 8 ust. 9 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 53/2010/DSOZ z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza

² art. 11. ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

Nie wprowadzono również prawnych standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, pomimo licznych apeli autorytetów środowiska medycznego oraz umocowania Ministra Zdrowia do działania w tym zakresie³. Brak standardów stanowi istotną barierę w rozwoju nowoczesnej rehabilitacji, utrudnia bowiem zachowanie odpowiedniej jakości i efektywności leczenia ocenianej przy użyciu mierzalnych czynników, skal i testów. W praktyce wykorzystywanie standaryzacji stanowi dowód działania zgodnie z najnowszą wiedzą, a ponadto ma wpływ na jasność dostępu (ustalenie, który pacjent i jakich zabiegów rzeczywiście potrzebuje) oraz czytelność kosztów funkcjonowania (dla usługodawcy i płatnika), co jest szczególnie istotne w sytuacji występowania stałego deficytu środków finansowych w ochronie zdrowia.

Nadal nie zostały uregulowane zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty, co stwarza potencjalne zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, Bez jasnych uregulowań istnieje ryzyko, że zawód ten mogą go wykonywać także osoby bez odpowiedniego przygotowania.

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, kluczowym zagadnieniem, bezpośrednio związanym z dokonywanymi się w Polsce zmianami demograficznymi, jest podniesienie efektywności i optymalizacja kosztowa obecnego modelu rehabilitacji. Nowy system powinien zapewniać więcej świadczeń za te same nakłady oraz lepsze rezultaty zdrowotne, a także uwzględniać efektywność terapii mierzoną za pomocą uniwersalnych i obiektywnych wskaźników, które pozwalałyby na porównanie wyników leczenia w różnych ośrodkach. Koniecznym jest również eliminowanie różnic geograficznych oraz objęcie rehabilitacją wszystkich pacjentów, którzy jej potrzebują. Minister Zdrowia, w ścisłej współpracy ze środowiskiem medycznym, powinien podjąć działania na rzecz opracowania i wprowadzenia standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, a także zapewnić szybkie zakończenie prac nad projektem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty regulującej zasady wykonywania tego zawodu. Należałoby uwzględnić również koncepcję płacenia za wyniki, której podstawowym założeniem jest powiązanie wynagrodzenia lub stawki z efektami pracy.

W ocenie NIK, rehabilitacja lecznicza powinna stanowić istotny element spójnego i efektywnie funkcjonującego systemu, obejmującego również rehabilitację społeczną i zawodową. Minister Zdrowia, we współpracy z instytucjami realizującymi

³ art. 9 ust. 3 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) - obowiązujący do 30 czerwca 2011 r. oraz art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.)

zadania związane z różnymi formami rehabilitacji (Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, jednostki samorządu terytorialnego, firmy ubezpieczeniowe czy organizacje osób niepełnosprawnych), powinien podjąć działania w celu poprawy efektywności funkcjonowania i lepszej koordynacji systemu rehabilitacji w Polsce, obejmującego rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Brak koordynacji w tym zakresie może prowadzić do nieefektywnego wydatkowania środków publicznych oraz podwójnego finansowania świadczeń tego rodzaju przez różnych płatników.

Spostrzeżenia i uwagi Najwyższej Izby Kontroli potwierdza treść skarg oraz opinii i wniosków kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich. **Opisana sytuacja stanowi zagrożenie dla realizacji praw pacjentów oraz bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i niewątpliwie wymaga radykalnej zmiany.** Polska ma tradycje w zakresie wdrażania nowoczesnych metod rehabilitacji (koncepcja polskiej szkoły rehabilitacji, przykładowo model kompleksowego leczenia urazów kręgosłupa).

Należy przewidywać wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, spowodowany wydłużeniem się średniej długości życia obywateli, rachunkiem ekonomicznym oraz coraz większą wiedzą z zakresu rehabilitacji lekarzy różnych specjalności. Efektywna rehabilitacja, poza zdrowotnymi, przynosi też liczne korzyści społeczne i ekonomiczne. Przyczynia się do poprawy jakości życia, a także wpływa na ograniczenie kosztów wynikających z zależności pacjentów od innych osób. Równość dostępu do rehabilitacji i uczestnictwo w życiu społecznym wolne od jakiegokolwiek formy dyskryminacji są niezbędnymi warunkami nowoczesnego i skutecznego modelu rehabilitacji.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147 ze zm.), **zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska odnośnie podniesionych kwestii i postulatów. Oczekuję również na informację w sprawie realizacji wniosków Najwyższej Izby Kontroli sformułowanych pod adresem Ministra Zdrowia**, a w szczególności odnośnie terminu opracowania i wdrożenia standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, zakończenia prac nad regulacją zawodu fizjoterapeuty, dokonania oceny dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, a także podjętych środków nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia w celu wyeliminowania ryzyka podejmowania przez NFZ działań sprzecznych z przepisami prawa.

(-)[Irena Lipowicz]