



Bonifratry Centrum Medyczne

Warszawa, dnia 18 października 2024 roku

Pani Izabela Leszczyzna

Minister Zdrowia

Uwagi do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z 22 września 2024 roku

Szanowne Panie Minister,

Bonifratry Centrum Medyczne jako podmiot leczniczy z wieloletnim doświadczeniem i praktyką w udzielaniu świadczeń rehabilitacyjnych z niepokojem przyjęło skierowany do konsultacji przez Ministra Zdrowia projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 22 września 2024 r. Nasze obawy będą faktyczne skutki zaproponowanych przez Ministerstwo zmian w systemie gwarantowanych świadczeń rehabilitacyjnych.

W Polsce żyje dzisiaj blisko 5,5 mln osób z niepełnosprawnością, z czego prawie 1 mln jest dotkniętych niepełnosprawnością w stopniu znacznym. 500 tysięcy osób cierpi na chorobę Alzheimera, 90 tysięcy rocznie przechodzi udar mózgu, 90 tysięcy zmagają się z chorobą Parkinsona (8 tysięcy nowych diagnoz rocznie), a 50 tysięcy osób żyje ze stwardnieniem rozsianym (2 tysiące nowych przypadków rocznie). W badaniu potrzeb osób z niepełnosprawnościami blisko 40 proc. wskazuje na pierwszym miejscu potrzeby związane z rehabilitacją. Osoby z dysfunkcjami narządu ruchu wskazują rehabilitację domową jako jedną z jej najistotniejszych form.

Wejście w życie rozporządzenia w kształcie skierowanym do konsultacji pozbawi większość tych osób dostępu do rehabilitacji w godnych warunkach, a część z nich po prostu jej pozbawi.

Warto przypomnieć, że dotychczasowe założenia systemu leczniczych świadczeń rehabilitacyjnych były wypracowane na fali szerokich protestów osób niepełnosprawnych i ich bliskich, a przyjęte wówczas rozwiązania z dużym powodzeniem sprawdzały się w praktyce. Osoby niepełnosprawne i z dysfunkcjami narządu ruchu otrzymały szeroką możliwość odbywania rehabilitacji w warunkach domowych, wobec czego nie musiały mierzyć się z trudnościami w dotarciu do placówki ani z ograniczeniami infrastruktury w miejscach świadczenia usług rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej. W konsekwencji, w ostatnich latach dostępność do rehabilitacji, szczególnie dla osób z ograniczoną mobilnością, znacznie się poprawiła.

Aktualnie przygotowany i konsultowany przez Ministerstwo projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wprowadza daleko idące ograniczenia w zakresie dostępności tych świadczeń. Oficjalnym założeniem reformy jest poprawa dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych w Polsce, jednak analiza treści projektu jednoznacznie wskazuje, że nowe przepisy przyniosą przeciwny skutek i będą prowadziły do drastycznego ograniczenia dostępu do świadczeń – przede wszystkim na gruncie rehabilitacji domowej i ambulatoryjnej i przede wszystkim w odniesieniu do grup, które właśnie tej rehabilitacji najbardziej potrzebują.

W świetle planowanych zmian, nasze największe obawy budzą zapisy prowadzące do ograniczenia świadczeń rehabilitacyjnych w stosunku do osób z chorobami przewlekłymi, szczególnie chorobami ośrodkowego układu nerwowego.

Poniżej prezentujemy nasze obawy w odniesieniu do skutków konkretnych zapisów:

I. Uwagi ogólne:

1. Projekt rozporządzenia przewiduje **zdecydowanie węższy niż dotychczas zakres świadczeń gwarantowanych**. Dzieje się tak z uwagi na wprowadzenie nowych zasad dotyczących leczenia ambulatoryjnego, domowego, jak i stacjonarnego, w tym w szczególności za sprawą wprowadzenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji oraz wprowadzenie narzędzi oceny stanu zdrowia w praktyce eliminujących większość chorych, którzy aktualnie są uprawnieni do korzystania ze świadczeń rehabilitacji domowej. Co istotne, Ministerstwo Zdrowia nie przewiduje dla nich żadnej adekwatnej i realnej alternatywy. Przykładowo pacjenci, którzy aktualnie korzystają z rehabilitacji w warunkach domowych z powodu pourazowej dysfunkcji narządów ruchu i którzy z tego względu nie są w stanie skorzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej, na gruncie nowego rozporządzenia **zostaną wprost pozbawieni dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach domowych**, co w ich przypadku oznacza pozbawienie ich świadczeń rehabilitacyjnych w ogóle.

2. Nowe przepisy wprowadzają najdalej idące ograniczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanej w warunkach domowych. W szczególności w projekcie uściślono wskazania do tego rodzaju rehabilitacji, eliminując z listy większość schorzeń, które dotychczas uprawniały do rehabilitacji domowej, jak np. **mózgowe porażenie dziecięce**. Zasady udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji domowej w założeniu miały zostać dostosowane do rzeczywistych potrzeb pacjentów w celu zminimalizowania nadmiernego wydłużania kolejek, jednak w rzeczywistości spowodują wzrost kolejki do świadczeń rehabilitacyjnych ambulatoryjnych i w warunkach stacjonarnych, ponieważ obiektywnymi ograniczeniem są możliwości techniczne i lokalowe placówek, które nie zwiększą się z dnia na dzień (rozporządzenie ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2025 roku).

3. W projekcie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia wprowadzono także **szereg kryteriów oceny pacjentów**, które mają zapewnić lepsze dopasowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjentów. Jednak wprowadzenie – mimo braku potrzeb merytorycznych (dotychczasowy system oceny był adekwatny i wystarczający) - wymogu badania pacjentów według dodatkowych skal (m.in. skali Barthel) spowoduje dodatkowe obciążenie personelu medycznego i wydłużenie czasu kwalifikacji pacjenta do danego rodzaju świadczeń.

4. Utrudnieniem jest również określenie **maksymalnej liczby dni zabiegowych ambulatoryjnych w ciągu roku do 40 dni dla pacjenta**, co zapewne ma na celu optymalizację procesu leczenia rehabilitacyjnego, a w praktyce świadczy o **systemowym wyeliminowaniu indywidualnego podejścia do potrzeb pacjenta i spowoduje ograniczenie świadczeń udzielanych pacjentom**. Jedynym kryterium ograniczającym czas rehabilitacji powinien być stan kliniczny i rzeczywiste potrzeby pacjenta.

II. Uwagi szczegółowe:

1. W zakresie rehabilitacji stacjonarnej:

Wprowadzono znaczne ograniczenie rozpoznań, które kwalifikować będą pacjenta do hospitalizacji na Oddziale Rehabilitacyjnym w warunkach stacjonarnych (dotyczy to m. in. rozpoznań „S” po urazach). Pozostały jedynie rozpoznania „T” (następstwa, powikłania urazów). Usunięcie najczęstszych rozpoznań, które aktualnie kwalifikują pacjentów do świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych, w sposób oczywisty przełoży się na ograniczenie świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów, którzy dotychczas z nich korzystali, bez zapewnienia im adekwatnej alternatywy.

2. W zakresie rehabilitacji domowej:

1. **Znacznie zawężono kwalifikację do rehabilitacji w szeregu rozpoznań, jak np. choroby przewlekłe postępujące (m.in. choroba Parkinsona, zapalenie wielomięśniowe, rdzeniowy zanik mięśni, dystrofie mięśniowe o różnym przebiegu i etiologii, choroby immunologiczne, reumatyczne i zwyrodnieniowe), choroby demielinizacyjne (np. stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne),** prowadząc do ograniczenia dostępności do rehabilitacji, czym znacznie przyspieszy się nieuchronność uzależnienia od osób trzecich z brakiem możliwości jakiegokolwiek lokomocji, nawet w celu samoobsługi.

2. Wprowadzono rozpoznania, które pozornie umożliwiają prowadzenie rehabilitacji domowej, jednak w praktyce z innych przyczyn rehabilitacja domowa w tych przypadkach nie będzie możliwa, w szczególności:

- rozpoznania nowotworowe i przewlekła niewydolność oddechowa, bowiem są one podstawą do zakwalifikowania pacjenta do opieki w hospicjum domowym, a objęcie pacjenta opieką hospicyjną dyskwalifikuje go z rehabilitacji domowej

- rozpoznania kardiologiczne (w nowym rozporządzeniu przewidziano trzy rozpoznania kardiologiczne kwalifikujące do rehabilitacji domowej) w sytuacji, w której rehabilitacja kardiologiczna – dla bezpieczeństwa pacjenta – wymaga prowadzenia w pełnym zabezpieczeniu kardiologii, czyli w warunkach stacjonarnych bądź oddziału dziennego,

- wpisane rozpoznanie “zależność od wózka inwalidzkiego”, która nie jest schorzeniem, więc w praktyce nie może być przedmiotem rozpoznania. Rozpoznanie ma bowiem wskazywać na przyczynę schorzenia, a zależność od wózka inwalidzkiego jest skutkiem rozpoznania.

3. **Ograniczenia w dostępie do rehabilitacji domowej wynikają także z zawężenia rozpoznań uprawniających do rehabilitacji domowej do chorób przewlekłych postępujących – w sytuacji, gdy podstawowym celem rehabilitacji jest opóźnienie postępów choroby przewlekłej. Tymczasem w świetle projektowanych przepisów, w praktyce pacjent musi najpierw odnotować postęp choroby, żeby zyskać uprawnienie do świadczeń rehabilitacji domowej, które z założenia mają na celu ograniczenie postępów choroby. Co więcej, wiele chorób przewlekłych, jak np. choroba Parkinsona, nie ma zaostrzeń. **W świetle projektu nowego rozporządzenia pacjent z chorobą Parkinsona nie będzie uprawniony do świadczeń rehabilitacji domowej.****

W ostatecznej treści rozporządzenia powinny zatem zostać przywrócone rozpoznania, które dotychczas uprawniały pacjentów do świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach domowych, ponieważ w praktyce ich usunięcie prowadzi do najdalej idących ograniczeń w dostępie do rehabilitacji dla samych pacjentów.

D) Negatywnie należy także ocenić skrócenie czasu rehabilitacji w warunkach domowych do maksymalnie 6 miesięcy przy chorobach przewlekłe postępujących po rzucie lub zaostrzeniu lub do 12 miesięcy w przypadku ogniskowego uszkodzenia mózgu oraz w okresie 24 miesięcy od ciężkiego uszkodzenia centralnego lub obwodowego układu nerwowego, który w wielu przypadkach będzie czasem zdecydowanie niewystarczającym dla osiągnięcia celów terapeutycznych rehabilitacji. Skrócenie czasu rehabilitacji jest zdecydowanie szkodliwe dla pacjentów i ma na celu jedynie oszczędności, które jednak nie mogą być osiągnięte kosztem zdrowia pacjentów. Co więcej, jeśli dla pacjenta przewidziano 80 zabiegów, to w praktyce nie uda się ich wykonać w ciągu 6 miesięcy, co także pokazuje, że planowana reforma jest nieprzemysłana i nieadekwatna do potrzeb pacjentów i możliwości podmiotów leczniczych.

3. W zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej największe wątpliwości budzi określenie minimalnego czasu zabiegu na 30 minut i maksymalnego na 90 minut, w sytuacji, gdy pacjent może jednorazowo otrzymać maksymalnie 5 procedur. W praktyce pacjenci nie zawsze otrzymują skierowanie na 5 procedur. Jeśli w praktyce przykładowo pacjent otrzyma skierowanie na 2 zabiegi po 9 minut lub mniej, spełnienie wymogu minimalnego czasu trwania rehabilitacji na 30 minut nie będzie możliwe.

III. Skutki pośrednie wprowadzenia Rozporządzenia w opiniowanym kształcie:

1. Projektowane zmiany są sprzeczne z ustawą z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, w świetle której pacjenci o znacznym stopniu niepełnosprawności (czyli osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji i samodzielnego dotarcia do ośrodka rehabilitacyjnego) są uprawnieni do świadczeń rehabilitacyjnych bez kolejki i w możliwie najszerszym zakresie. **Konsekwencją nowych przepisów będzie to, że większość z nich de facto straci dostęp do rehabilitacji.**
2. **Ograniczenie dostępności do rehabilitacji doprowadzi do wzrostu lub rozwoju innych schorzeń (pacjenci nie będą we właściwym czasie „pionizowani” i „uruchamiani”) lub do postępującego pogarszania się stanu ich zdrowia, co obciąży system ochrony zdrowia dodatkowymi świadczeniami gwarantowanymi na ich rzecz.** Wprowadzając zmiany systemowe, należy więc uwzględnić aktualną rzeczywistość społeczną. Wiedzą powszechną jest, że społeczeństwo polskie należy do społeczeństw starzejących się, co zwiększa problem dysfunkcji narządów ruchu. Pokazuje to rosnąca liczba osób z niepełnosprawnościami. Nasilenie problemów zdrowotnych w tym zakresie, wiek pacjenta i problem braku osób bliskich, które mogłyby pomóc pacjentowi w dotarciu do placówki medycznej są czynnikami, które zdarzają się coraz częściej. Jedyną szansą na poprawę zdrowia dla takich pacjentów jest możliwość prowadzenia rehabilitacji domowej bez restrykcyjnych limitów lub pozostawienie regulacji obecnie obowiązujących.
3. Proponowane rozwiązania powodują również wzrost kosztów związanych z organizacją transportu osób niesamodzielnych do ambulatoryjnych jednostek rehabilitacyjnych, co w przypadku obciążenia nimi świadczeniodawców spowoduje przesunięcie środków dotychczas wydawanych na wykonywanie świadczeń, ograniczając ich liczbę i wpływając na jakość, co bezspornie będzie skutkowało zmniejszeniem efektu terapeutycznego.

Reasumując, oceniamy, że proponowane regulacje dotkną w największym stopniu osoby, dla których dostęp do rehabilitacji domowej jest podstawą egzystencji, czyli osoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, zwłaszcza osoby ze stopniem znacznym niepełnosprawności, dla których płatnik dedykował rozwiązania zwłaszcza w rehabilitacji domowej. Bezpodstawnym naszym zdaniem i nieuprawnionym jest twierdzenie, że ograniczenie wydatkowania środków na usługi w ramach rehabilitacji domowej i przesunięcie potencjału w kierunku opieki ambulatoryjnej poprawi dostępność i zmniejszy kolejki, powodując poprawę dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych.

W naszej ocenie, skutek nowych regulacji będzie odwrotny, a wynikać to będzie z ograniczonego potencjału lokalowo-sprzętowego, ograniczeń logistycznych oraz ograniczonych środków finansowych, co w wyniku braku płatności za procedury nadwykonane doprowadzi do zapaści systemu,

dezorganizacji oraz braku możliwości otrzymania świadczeń rehabilitacyjnych w terminie zadowalającym z punktu widzenia wskazań klinicznych.

Stoimy na stanowisku, że cel, jakim jest zwiększenie dostępności świadczeń rehabilitacyjnych i ich racjonalizacja, nie może uświęcać środków - w tym przypadku decyzji, która ograniczy dostępność świadczeń dla osób najbardziej jej potrzebujących, których liczba z roku na rok w Polsce rośnie. Prowadzi to do odebrania niepełnosprawnym świadczeń, które zostały przez nich wywalczone w wyniku protestów sprzed kilku lat.

Wspólnie z naszymi ekspertami pozostajemy do dyspozycji w zakresie konsultacji propozycji rozwiązań, które sprawią, że blisko milion osób nie będzie musiało 31 grudnia drzeć z obawy, czy w nowym roku będą mieli zapewnioną godną opiekę.

Z wyrazami szacunku,



Jacek Graliński

Prezes Zarządu

Bonifraterskie Centrum Medyczne