

Rehabilitacja – leczymy katar, nie zapalenie płuc



Prawo Kopernika

Statystyki pokazują, że niemal 9 proc. wszystkich łóżek szpitalnych jest przeznaczonych dla chorych wymagających rehabilitacji. Coraz więcej osób jeździ do uzdrowisk. Większość z nich nie potrzebuje skomplikowanych i drogich zabiegów. Trwogę budzi to, że ci, którzy potrzebują rehabilitacji ze względu na ciężki uszczerbek na zdrowiu, muszą na nią czekać bardzo długo, co dodatkowo utrudnia jej prowadzenie i odzyskanie przez chorego sprawności. Dlaczego więc prawo sprzyja turystyce, ograniczając dostępność rehabilitacji ciężko chorym?

Świadczenia są przepisywane w zasadzie każdemu, kto się po nie zgłosi – zarówno osobom niepotrzebującym skomplikowanych zabiegów, jak i wymagającym złożonej rehabilitacji, której koszty wielokrotnie przewyższają wydatki na pobyt „turystycznego kuracjusza”. I co się dzieje? Zgodnie z prawem Kopernika – na łóżka rehabilitacyjne zapraszani są pacjenci mniej wymagający, a więc tańsi z punktu widzenia płatnika. Nietrudno się domyśleć, kto odprawiany jest z kwitkiem.

Dwieście dni

Na stacjonarną rehabilitację szpitalną opłacaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia trzeba czekać średnio 200 dni. Pacjenci z dysfunkcjami kręgosłupa czy chorobami zapalnymi stawów czekają, bo... ktoś w wieku 60 lat postanowił schudnąć i otrzymał skierowanie do

sanatorium lub na zabiegi w ramach ambulatorium. Na dodatek pacjenci o dużym stopniu niepełnosprawności nie mają pieniędzy na współpłacenie za zabiegi dodatkowe – dostają zbyt niskie renty.

Ograniczony dostęp do świadczeń finansowanych przez NFZ wynika z tego, że na rehabilitację może kierować lekarz każdej – a nie wybranej – specjalności, co krytykują specjaliści. – *Oczywiście ludzi nie wolno winić za to, że mamy niedobrze skonstruowane przepisy. Ale warto zauważyć, że brak uporządkowania dostępności powoduje patologie* – tłumaczy prof. Krystyna Księżopolska-Orłowska, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji. – *Dzieje się tak także dlatego, że wiele osób traktuje rehabilitację jako sposób na poprawę kondycji ogólnej, gdy tymczasem ma ona wyższy i ściśle określony cel, czyli powrót chorego do społeczeństwa* – dodaje.

W Instytucie Reumatologii na oddział dzienny trzeba czekać w rocznej kolejce, podobna jest sytuacja na oddziale stacjonarnym.

Więcej pacjentów, mniej zabiegów

Według raportu GUS ze stycznia 2014 r. dotyczącego ochrony zdrowia, w 2012 r. łóżek rehabilitacyjnych było 16,9 tys., co stanowiło 8,9 proc. wszystkich miejsc w szpitalach. Jednocześnie jednak stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą są grupą placówek zróżnicowaną funkcjonalnie. Oznacza to, że stanowią je zarówno zakłady, których profil zbliżony jest do działalności sanatoryjnej, jak i do szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych. Łącznie dysponowały one bazą 3,2 tys. łóżek, z których w 2012 r. skorzystało 44,2 tys. osób, co stanowi o 8 proc. więcej niż w 2011 r. W trybie ambulatoryjnym przyjęto 2,9 tys. osób. Łącznie wykonano prawie 1,2 mln zabiegów – o 15 proc. mniej niż przed rokiem. Pacjentów więcej, ale zabiegów mniej? Co zatem robią skierowani na leczenie? Jak się leczą? Powietrzem, dobrą atmosferą, relaksem – jak z katalogu jednego z nadmorskich domów sanatoryjnych: „rejsy statkami po morzu; grille, ogniska; wieczorki taneczne z muzyką na żywo; wycieczki autokarowe; wycieczki katamaranem na duńską wyspę Bornholm”. Wszystko dodatkowo płatne z kieszeni pacjenta. Ale bazową opłatę za pobyt pokrywa NFZ. To ciężkie miliony złotych, których brakuje na skomplikowaną rehabilitację dla osób po udarach czy ze schorzeniami reumatycznymi.

Twarde dane

Jak podkreśla prof. Krystyna Książpolska-Orłowska, nikt nie dysponuje prawdziwymi danymi na temat rehabilitacji. Dostępne informacje to pomieszczenie z popłataniem usług sanatoryjnych i rehabilitacyjnych. Nie rozróżniają „poprawy kondycji ogólnej” z faktyczną, tzw. twardą, rehabilitacją osoby po urazie, ze skoliozą, po leczeniu nowotworu, z chorobą zapalną stawów czy po zawale serca. W Polsce nie można odmówić rehabilitacji osobie ze skierowaniem, choćby była ona w pełni sprawna, a zabiegi służyły jej do poprawy kondycji, za co, zdaniem prof. Krystyny Książpolskiej-Orłowskiej, NFZ płacić nie powinien.

Lekarz rodzinny, który często w razie dolegliwości bólowych – na przykład kręgosłupa – od razu, bez diagnostyki kieruje pacjenta na rehabilitację (koszty diagnostyki ponosi szpital, w którym ma zostać przeprowadzona, chyba że pacjent trafia do poradni, gdzie nie ma diagnostyki, co z kolei wpływa na opóźnienie wykrycia nawet bardzo poważnych chorób), ma podczas specjalizacji jedynie tydzień zajęć z tego przedmiotu, to samo dotyczy ortopedy, neurologa, chirurga czy innych specjalności. Lekarz rehabilitant uczy się 5 lat i – jak podaje raport GUS dotyczący ochrony zdrowia ze stycznia 2014 r. – jeszcze niedawno ta specjalizacja była uzna-

„ Rejsy statkami po morzu, grille, ogniska, wieczorki taneczne z muzyką na żywo są dodatkowo płatne z kieszeni kuracjusza, ale bazową opłatę za pobyt pokrywa NFZ ”



„ Wielu osobom rehabilitacja służy do poprawy kondycji ogólnej, gdy tymczasem ma ona ściśle określony cel, czyli powrót chorego do społeczeństwa ”

wana za priorytetową przez Ministerstwo Zdrowia, co jednak zostało zniesione w ostatnich dwóch latach także przez ten resort. Lekarstwem na rozładowanie kolejek mogłoby być wprowadzenie centralnego rejestru osób korzystających z rehabilitacji. Wtedy być może osoba niepełnosprawna po złamaniach kręgosłupa utrzymująca się z 700 zł renty czy młody człowiek po wypadku uzyskają do niej nie pozorne, ale realne prawo.

W 2013 r. został powołany zespół ministerialny pracujący nad nowym rozporządzeniem dotyczącym świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji. Niestety, niewielka liczba uwag zespołu została uwzględniona i prace nad nowym rozporządzeniem toczą się nadal. Dostępność rehabilitacji zależy zarówno od rozporządzenia, jak i rozwiązań w zakresie prawa do kierowania na nią oraz uregulowań dotyczących odpłatności za te świadczenia.

Marta Kobańska