

STANOWISKO NR 5/P-X/26
PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z DNIA 22 LIPCA 2026 ROKU

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z uznaniem odnosi się do działań zmierzających do poprawy organizacji rehabilitacji leczniczej oraz zwiększenia dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednak Kierunek zmian powinien pozostawać zgodny z podstawowymi zasadami wykonywania zawodu lekarza oraz z istotą rehabilitacji medycznej jako integralnego elementu procesu leczenia. W ocenie Prezydium część projektowanych rozwiązań odchodzi od tych założeń, zastępując indywidualną ocenę medyczną rozwiązaniami o charakterze administracyjnym. Takie podejście może prowadzić nie tylko do ograniczenia elastyczności procesu terapeutycznego, ale również do pogorszenia bezpieczeństwa pacjentów oraz obniżenia jakości udzielanych świadczeń.

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wykonywanie zawodu lekarza obejmuje między innymi rozpoznawanie chorób, ich leczenie oraz rehabilitację chorych. Ustawodawca nie traktuje zatem rehabilitacji jako odrębnego od leczenia etapu postępowania, lecz jako jeden z elementów procesu terapeutycznego. Oznacza to, że kwalifikacja pacjenta do rehabilitacji, określenie jej celów, wybór właściwego modelu postępowania oraz ocena efektów leczenia pozostają decyzjami medycznymi. W konsekwencji lekarz specjalista rehabilitacji medycznej powinien zachować pozycję koordynatora całego procesu leczenia oraz ponosić odpowiedzialność za podejmowane decyzje diagnostyczne i terapeutyczne.

Nie pozostaje to w sprzeczności z samodzielnością zawodową fizjoterapeutów, której znaczenie Prezydium w pełni dostrzega i szanuje. Samodzielność wykonywania świadczeń fizjoterapeutycznych nie może być jednak utożsamiana z odpowiedzialnością za całość procesu leczenia pacjenta. O ile w przypadku fizjoprofilaktyki lub rehabilitacji prowadzonej u osób bez istotnych obciążeń zdrowotnych samodzielne ustalenie programu fizjoterapii nie budzi zastrzeżeń, o tyle u pacjentów hospitalizowanych, po rozległych zabiegach operacyjnych, z wielochorobowością lub ciężkimi schorzeniami neurologicznymi i ortopedycznymi to lekarz powinien wyznaczać cele terapeutyczne i funkcjonalne oraz koordynować pracę całego zespołu rehabilitacyjnego. Wynika to z jego kompetencji w zakresie diagnostyki, diagnostyki różnicowej, farmakoterapii, rozpoznawania powikłań oraz bieżącej oceny stanu klinicznego chorego. Projektowane rozwiązania prowadzą natomiast do rozdzielenia odpowiedzialności od kompetencji, pozostawiając lekarzowi odpowiedzialność za proces leczenia przy jednoczesnym ograniczaniu jego realnego wpływu na organizację tego procesu.

Konsekwencją takiego sposobu myślenia jest również proponowane w projekcie wprowadzenie sztywnych terminów rozpoczęcia rehabilitacji ogólnoustrojowej pooperacyjnej. Przyjęcie trzydziesto- lub sześćdziesięciodniowych terminów abstrahuje od przebiegu procesu gojenia, rodzaju przeprowadzonego zabiegu, ryzyka powikłań oraz indywidualnych potrzeb funkcjonalnych pacjenta. Współczesna rehabilitacja medyczna opiera się na wyznaczeniu optymalnego okna terapeutycznego, którego nie sposób określić wyłącznie poprzez upływ określonej liczby dni od zakończenia hospitalizacji. O terminie rozpoczęcia rehabilitacji powinien decydować stan kliniczny chorego oceniony przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, a nie mechanicznie przyjęte kryterium administracyjne.

Na szczególną uwagę zasługuje również fakt, że projekt nie przedstawia przekonującego uzasadnienia dla odejścia od dotychczas obowiązujących rozwiązań. W uzasadnieniu projektu nie wykazano, aby model oparty na indywidualnej kwalifikacji lekarskiej prowadził do nieprawidłowości uzasadniających tak daleko idącą ingerencję w proces leczenia. Nie przedstawiono także analiz potwierdzających, że wprowadzenie sztywnych terminów przełoży się na poprawę wyników leczenia, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów lub bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych. Wprowadzanie ograniczeń w zakresie swobody podejmowania decyzji medycznych powinno każdorazowo znajdować oparcie w jednoznacznych dowodach oraz rzetelnej analizie skutków projektowanych zmian, czego w ocenie Prezydium zabrakło.

Podobne zastrzeżenia budzi utrzymanie obowiązku wystawiania skierowania do rehabilitacji wyłącznie przez podmiot udzielający świadczeń w ostrej fazie leczenia. Rozwiązanie to nie poprawia jakości kwalifikacji pacjentów, natomiast prowadzi do zwiększenia formalizmu oraz utrudnia zachowanie ciągłości procesu leczenia. Nie istnieją merytoryczne podstawy do różnicowania skuteczności skierowań wystawianych przez lekarzy poradni rehabilitacyjnych czy poradni urazowo-ortopedycznych, jeżeli pomiędzy przebyciem leczeniem operacyjnym a planowaną rehabilitacją istnieje oczywisty związek czasowy i przyczynowy. O potrzebie rehabilitacji powinien rozstrzygać stan zdrowia pacjenta oraz kwalifikacja dokonana przez lekarza posiadającego odpowiednie kompetencje, a nie miejsce wystawienia skierowania.

Zamiast zastępować decyzje medyczne rozwiązaniami administracyjnymi, zasadne byłoby stworzenie mechanizmów wzmacniających rolę lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej już na etapie leczenia w ośrodku ostrej fazy. Obowiązkowa konsultacja specjalisty rehabilitacji medycznej podczas hospitalizacji pozwalałaby określić cele terapeutyczne, wskazać optymalny moment rozpoczęcia rehabilitacji oraz zdecydować, czy pacjent powinien zostać skierowany do rehabilitacji stacjonarnej, dziennej czy ambulatoryjnej. Takie rozwiązanie zapewniłoby rzeczywistą ciągłość procesu leczenia oraz realizowałoby zasadę indywidualizacji terapii, która stanowi jeden z fundamentów współczesnej medycyny.

Analogiczne zasady powinny znaleźć zastosowanie również w rehabilitacji prowadzonej w warunkach oddziału dziennego. Wielu pacjentów nie wymaga całodobowej hospitalizacji, jednak wymaga rozpoczęcia intensywnej rehabilitacji we właściwym momencie wynikającym z oceny medycznej. Także w tym przypadku o kwalifikacji do świadczeń powinny decydować wskazania kliniczne ustalone przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, a nie wyłącznie kolejność wpisu na listę oczekujących.

Projekt nie wykorzystuje również potencjału lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w innych obszarach systemu ochrony zdrowia. Specjalizacja ta łączy wiedzę z zakresu ortopedii, neurologii, chorób wewnętrznych, diagnostyki obrazowej i leczenia bólu, jednak kompetencje te pozostają wykorzystywane jedynie częściowo. Zasadne byłoby równoczesne poszerzenie katalogu świadczeń udzielanych przez lekarzy rehabilitacji medycznej, zwiększenie ich udziału w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz stworzenie możliwości wykonywania świadczeń w poradniach leczenia bólu i poradniach osteoporozy. Pozwoliłoby to lepiej wykorzystać wysoko wykwalifikowaną kadrę medyczną oraz zwiększyć dostępność świadczeń dla pacjentów.

Nie można również pominąć długofalowych skutków projektowanych zmian dla rozwoju samej specjalizacji. Ograniczanie roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej przy jednoczesnym niewykorzystaniu jego kompetencji będzie prowadziło do dalszego spadku zainteresowania tą dziedziną wśród młodych lekarzy. W sytuacji starzenia się społeczeństwa oraz stale rosnącego

zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne kierunek ten należy uznać za niezgodny z interesem publicznym oraz potrzebami systemu ochrony zdrowia.

Mając powyższe na uwadze, Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie apeluje o ponowne przeanalizowanie projektu rozporządzenia oraz jego uzupełnienie w sposób zapewniający zachowanie rehabilitacji jako procesu leczenia opartego na decyzjach medycznych, pozostawienie lekarzowi specjalście rehabilitacji medycznej funkcji koordynatora procesu terapeutycznego, odejście od sztywnych kryteriów administracyjnych na rzecz indywidualnej kwalifikacji pacjenta oraz pełniejsze wykorzystanie kompetencji tej grupy specjalistów w systemie publicznym. Tylko takie rozwiązania pozwolą osiągnąć deklarowany przez projektodawcę cel poprawy jakości i dostępności rehabilitacji, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa pacjentów oraz zgodności z podstawowymi zasadami wykonywania zawodu lekarza.

Sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie

lek. Jacek Sowiński

Wiceprezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie

dr n.społ. Małgorzata Terlecka-Maciejewska