

РЕПУБЛИЧКА СТРУЧНА КОМИСИЈА ЗА
ФИЗИКАЛНУ МЕДИЦИНУ
И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ
И БАЛНЕОКЛИМАТОЛОГИЈУ
Пастерова 2
11000 БЕОГРАД

МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА
РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
Немањина 22 - 26
11000 БЕОГРАД

Предмет: Одговор поводом дописа – захтева Министарства здравља Републике Србије
од 12. 05. 2009. год. – постељни фонд

Поводом Вашег дописа – захтева за одређивањем **потребног** броја постеља у специјалним болницама за рехабилитацију, Републичка стручна комисија за физикалну медицину и рехабилитацију и балнеоклиматологију Министарства здравља Републике Србије (РСК) вам доставља мишљење на основу свог вишегодишњег рада и бројних састанака.

РСК је у току 2007. године доставила Министарству здравља Републике Србије (Министарство) предлог постељног фонда за специјалне болнице за рехабилитацију. У том предлогу било је предложено 3185 постеља (2980 постеља и 205 постеља за које РСК није имала дефинитиван став), а РСК је врло рестриктивно и одговорно одредила овај број по критеријуму које је Министарство захтевало (0,4 постеље на 1000 становника, а рачунато на 7,500 000 становника) и то поштујући тренутну финансијску ситуацију у којој се налазила земља, али истовремено и неопходност лечења повређених и оболелих у земљи. РСК је од 2007. године, а стално, тражила да се организују мешовите комисије од представника Министарства, РЗЗО (Фонда) и РСК које би обишле специјалне болнице и установиле право стање на терену и провериле примењене стандарде опреме, кардова и простора у циљу што боље прерасподеле постељног фонда и њихове организације и евентуалних мањих исправки предложене мреже.

У току 2007 и 2008. године Министарство је без консултација за РСК, а из за РСК непознатих разлога повећало, број постеља у рехабилитацији за око 1000. За две године дошло је и до, у неким случајевима оправданих и потребних, бројних измена статуса установа као и промена њихових званичних назива.

РСК је инсистирала уназад 3 године да се уведе тзв. "букинг" неопходан за савремени концепт рехабилитације (правовремена, континуирана и доктринарна) који је до сада у свету и код нас потврдио своју сврсисходност, ефикасност и економичност. Болесник у оквиру ране рехабилитације започиње акутну рехабилитацију на одељењу на коме је акутно збринут и наставља, у случају потребе стабилизације општег здравственог стања или потребе за додатном дијагностиком, рехабилитацију на одељењу за субакутну рехабилитацију исте установе у којој је збринут, а потом може према функционалном стању бити упућен у специјалне болнице за рехабилитацију или на амбулантни физикално-рехабилитациони третман, евентуално кућну рехабилитацију (детаљна схема кретања болесника у рехабилитацији дата раније). Свака друга организациона схема рехабилитације даје лошије функционалне резултате и поскупљује рехабилитацију и целокупно лечење оболелог или повређеног.

Из досадашњих консултација 2008. и 2009. године са Министарством и Фондом, РСК је указивала више пута, на шта и сада жели да укаже, да неке специјалне болнице, као што је нпр. Специјална болница за лечење и рехабилитацију органа за варење и шећерну болест - Меркур у Врњачкој Бањи, испуњавају услове за нпр. националне установе за лечење одређених болести у овом случају шећерне болести, те предлаже да Министарство и Фонд задрже постеље ове установе у оквиру мреже, али да се њихове постеље не рачунају као постеље у рехабилитацији. Уважавајући огроман значај превенције, дијагностике и лечења дијабетеса, ова установа са скоро целокупним постељним фондом може бити у служби остварења ових циљева, а превентивни рад физијатријског тима на повећању физичке

активности у оквиру деловања на факторе ризика може се обављати амбулантно као и, у већини случајева, лечење компликација као што су дијабетична полинеуропатија или артропатија, а у оквиру комплексног сагледавања и лечења овог озбиљног обољења. Изванредна организациона схема ове установе (са сајта): термоминерално купатило са минералним изворима; амбулантно поликлинничко одељење са специјалистичким службама; рентгенолошко одељење; дежурна медицинска служба 24 сата; одељење за дијабетес и лечење гојазности; одељење гастроентерологије; одељење физикалне терапије; гинеколошко терапеутско одељење; кабинет за ултразвучну дијагностику; кабинет за ендоскопију; кабинет за кардиоваскуларна испитивања; кабинет за очне болести и ласер терапију; кабинет спортске медицине; кабинет за урологију; кабинет рефлексотерапије и акупунктуре; клиничко-биохемијска лабораторија са РИА лабораторијом; апотека; трим кабинет, потврђује наше становиште да је рехабилитација саставни део лечења болесника са дијабетесом, а не обрнуто. Само мањи број болесника са горе наведеним компликацијама захтева стационарни тип рехабилитације те број постеља у рехабилитацији за ову установу може бити највише предложених 100 (предлог РСК од 2007. године). Тешке компликације овог обољења као што су ампутације екстремитета морају се увек лечити/рехабилитовати у за то специјализованим установама или одељењима као што су Специјална болница за рехабилитацију и ортопедску протетику Београд и одељењима Клинике за физикалну медицину и рехабилитацију и протетику у КЦ Ниш или Клиници за медицинску рехабилитацију КЦ Војводина.

Слична ситуација, мада не и иста је са Институтом за лечење и рехабилитацију Нишка Бања. Установа је оспособљена за лечење најтежих кардиолошких болесника, лечи акутна стања, има редовна дневна дежурства за Ниш и у одређеној мери се развија у правцу четвртог кардиолошког центра у земљи. Само једним својим делом се бави стационарном рехабилитацијом као у специјалним болницама те је у рехабилитацији између 200 и 250 постеља.

Мора се имати на уму да специјалне болнице могу имати различите називе и користити реч рехабилитација на разним местима, али су постеље у рехабилитацији само оне за које је физијатар вођа целокупног тима и за које постоји испуњен стандард кадрова, опреме и простора предвиђен за рехабилитацију.

У коришћењу података који се користе као показатељи значајни за организацију здравствене службе мора се назначити да специјалне болнице у које се болесници упућују могу да приме болеснике искључиво са Решењем РЗЗО (сем ако болесници добровољно и сами не плаћају целокупно лечење ван капацитета које финансира РЗЗО) и у трајању које одреде Комисије фонда (РЗЗО). Из тога произилази да уобичајени подаци које специјалне болнице имају обавезу да доставе Министарству ("Батуту") о просечном броју дана лечења у њима или њихова попуњеност нису параметри за одлучивање о одрживости или укидању њихових постељних капацитета.

Како је у захтеву Министарства (гђа. Марија Матић) наведено да се тражи **потребан** број постеља у рехабилитацији (12. 05. 2009. године: РСК треба да Министарству здравља достави који је то број постеља **потребан** за здравствени систем Републике Србије. Што се тиче предлога РСК да треба да се обиђу спец. болнице за рехабилитацију, а ради заузимања коначног става, Зорица Павловић ће о томе у четвртак на колегијуму да извести министра, па ћу Вам пренети шта је одлучено), РСК наглашава да је врло рестриктивно и одговорно дала 2007. године предлог постељних капацитета у рехабилитацији за Србију али да то није ПОТРЕБАН број постеља у рехабилитацији становништва Србије. Да би се дао оквир потребног постељног фонда у рехабилитацији неопходно је користити бројне податке које РСК нема али их може уз помоћ Министарства, РЗЗО и "Батута" обезбедити и потом дати предлог (мада смо мишљења да потребан број постеља у рехабилитацији није од пресудног значаја за одлучивање о величини постељног фонда у мрежи јер се никада неће достићи потребан број постеља у рехабилитацији, а да га РЗЗО може финансирати).

Пример је акутна исхемијска болест мозга. Ако годишње од овог обољења оболи око 24000 људи у нашој земљи, а трећини треба рехабилитација (према подацима СЗО у свету) онда око 8000 болесника треба упутити у специјалне болнице за рехабилитацију у трајању од око 45 до 60 дана. На тај начин (потребан) би сви постелни капацитети у рехабилитацији били заузети најмање пола године само болесницима који су оболели од овог обољења. Да би то превазишли, а болесницима обезбедили могућност функционалног опоравка, одељења за субакутну рехабилитацију обезбеђују адекватну индивидуалну субакутну рехабилитацију до стабилизације стања или достигнутог одређеног функционалног опоравка (некад потпуног), те затим адекватан даљи наставак лечења – рехабилитације (на основу постојећих знања о постојећем стању болесника и прогнозама исхода) у специјалним болницама, амбулантној или кућној рехабилитацији или пак упућивање на палијативну негу.

Оно што РСК није наглашавала, мада је увек напомињала, је постојање све већег броја непокретних и тешко покретних болесника који се упућују у специјалне болнице. Зато је потребно је да све специјалне болнице са бар 2/5 својих капацитета имају места за пријем ових болесника и да за то буду адекватно плаћене тј. да цена болничког дана мора обезбедити болеснику поред обавезног смештаја, хране, прегледа и рада физијатриско рехабилитационог тима и адекватну негу и медикаментозну терапију што су увек предуслови за обављење рехабилитационог третмана и добијање очекиваног доброг или бољег функционалног исхода.

Предлог који је РСК дала 2007. године односио се на Србију. У саставу РСК су колеге из Војводине (Проф. др Г. Девичерски и Прим. др М. Албот) и равноправно су учествовале у предлагању плана мреже постелног фонда за рехабилитацију у земљи. Испоставило се да постелни фонд рехабилитације, а који се територијално налази у АП Војводини није у надлежности РСК, те би било битно знати на који број становника РСК треба у будућности да ради предлоге.

У прилогу је предлог постелног фонда у рехабилитацији израђен 2007. године који се може применити или служити као полазни материјал за прераспodelу постелног фонда. Испод овог броја постеља у рехабилитацији није могуће ићи без последица по становништво.

РСК је увек на располагању Министарству за све евентуалне нејасноће или допуне.

С поштовањем,

Београд
21. 05. 2009 године

За Републичку стручну комисију за физикалну
медицину и рехабилитацију
и балнеоклиматологију

Проф. др Владислава Весовић – Потпић
Председник РСК