

**MINISTARSTVO ZDRAVLJA
SRBIJE**

Na zahtev Ministarstva zdravlja Republike Srbije, Komisija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i balneoklimatologiju Ministarstva zdravlja Srbije dostavlja komentare na Pravilnik o medicinskoj rehabilitaciji u stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju, Uredbu o planu mreže zdravstvenih ustanova, Pravilnik o sadžaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog osiguranja i o participaciji za 2008. godinu, Analizu pravilnika za produženu rehabilitaciju po dostavljenim žalbama.

Komisija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i balneoklimatologiju održala je 24. 10. 2008. godine sastanak kome je prisustvovalo 13 članova i 12. 12 2008. godine kome su prisustvovali svi članovi sem dr Krivokapić, a prisutan je bio na sastanak pozvan dr Kostić (Gamzigradska Banja). Za predloge o primarnoj zdravstvenoj zaštiti su posebno konsultovane kolege iz primarne zdravstvene zaštite (dr Spasenović, dr Buković).

Zaključci:

1. Rana rehabilitacija nije uspostavljena u opštim bolnicama sem u nekim, te je neophodno da se ovaj koncept ispoštuje (rehabilitacija ima smisla ako je doktrinarana, pravovremena i u kontinuitetu)
2. U opštim bolnicama se moraju sačuvati odeljenja za rehabilitaciju da bi bolesnici, još nedovoljno spremni za odlazak u specijalnu bolnicu za rehabilitaciju, mogli biti pripremljeni.
3. U opštim bolnicama razdvojiti postelje u rehabilitaciji od palijativne nege.
4. Produžno lečenje i rehabilitacioni tretman nepokretnih ili polupokretnih bolesnika mora biti adekvatno finansirano (lekovi, nega, kadrovi...). Finansirati Gamzigradsku i Matarušku Banju u meri u kojoj primaju nepokretne bolesnike po cenovniku fonda za ove bolesnike.
5. Bolesnik mora u periodu od najviše tri meseca od kada je upućen obaviti rehabilitacioni tretman jer kasnije započinjanje rehabilitacionog tretmana nema smisla. Iz tih razloga neophodno je po Komisijama RZZO uvesti "buking" koji će biti javan i dostupan bolesnicima koji se ne prevode direktno iz ustanove u kojoj su lečeni zbog akutnog stanja u specijalnu bolnicu za rehabilitaciju.
6. Rehabilitacioni tim i program rehabilitacije u specijalnim bolnicama vodi fizijatar, a ne neurohirurg, kardiolog i sl.
7. Moraju se poštovati normativi kadrova, prostora i opreme u rehabilitacionom tretmanu odraslih, a posebno dece, neophodno je izdvojiti dečije kapacitete
8. Rehabilitacija dece mora gde god je to kadrovski moguće biti omogućena na lokalnom nivou.
9. Direktori fizijatrijskih ustanova moraju biti fizijatri, kao i u kombinovanim, tamo gde je broj fizijatrijskih postelja dominantan
10. U terapijski paket, tamo gde postoji hidroterapija i gde je indikovano, treba uvrstiti i finansiranje hidroterapije na svim nivoima zdravstvene zaštite
11. Voditi računa o sastavu kadra koji ide u stručni nadzor (greške kod Specijalna bolnica za cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju)

Komisija se u svojim komentarima rukovodi isključivo stručnim stavovima i stavovima o organizaciji fizikalne medicine i rehabilitacije i balneoklimatologije u Srbiji, a u vremenima velikih finansijskih ograničenja.

Sastavni do teksta su posebni komentari.

Objasnenje:

Opšte bolnice moraju imati ranu rehabilitaciju (kriterijum od 1 fizijatrijski tim na 150 bolničkih postelja je izuzetno grub – traženo je 1 fizijatrijski tim na 120 postelja). **Koncept rane rehabilitacije nije zaživeo na nivou opštih bolnica. Postojeća odeljenja za rehabilitaciju u opštim bolnicama**, koja po pravilu imaju oko 30 postelja, su ukinuta (Čačak, Sremska Mitrovica) ili su pred ukidanjem (većina), **moraju da se održe kao odeljenja za tzv. subakutnu rehabilitaciju** jer će nas za neki mesec protokoli lečenja u neurologiji, ortopediji, kardiološkim bolestima, neonatologiji i dr. na to primorati. U praksi to znači da bi bolesnik lečen na ortopedskom odeljenju zbog akutnog stanja trebao da bude, po završenom ortopedskom lečenju, preveden na odeljenje rehabilitacije do što boljeg hoda, ili npr. bolesnik iz jedinice za akutni moždani udar u kojoj rehabilitacioni tretman započinje prvog dana po prijemu sem ako nema apsolutnih kontraindikacija, prelazi na odeljenje subakutne rehabilitacije, kod bar 50% bolesnika do potpunog osposobljavanja bez potrebe za rehabilitacionim tretmanom u specijalnoj bolnici za rehabilitaciju (na kraju teksta šema i obrazloženje pojmova kako je traženo od Komisije).

Postavlja se pitanje gde uputiti teškog, nepokretnog ili polupokretnog bolesnika, a i bolesnika nedovoljno stabilnog za potpuni program rehabilitacionog tretmana. Pomoć u pripremi bolesnika za prelazak u Specijalne bolnice bi mogla da obezbede odeljenja za subakutnu rehabilitaciju. Rehabilitaciju je u opštim bolnicama moguće organizovati po okruzima tj. regionalno, očuvanjem postojećih odeljenja za rehabilitaciju, sem za Beograd. Beograd u KBC nema ni približan broj postelja već su neke i ukinute (npr. KBC Zvezdara). Specijalizovane ustanove za rehabilitaciju u Beogradu imaju 940 postelja i primaju bolesnike iz velikog dela Srbije (najviše Specijalna bolnica za ortopedsku protetiku i Specijalna bolnica za cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju).

Zakonom (Uredbom) nije predviđeno da u okvirima opšte bolnice postoje samostalna odeljenja za rehabilitaciju (u odnosu na broj postelja i broj stanovnika koji gravitira određenom ZC) već su ona navedena kao mogućnost u okvirima palijativne nege. Objektivno je da u Opštoj bolnici kako je definisana, a sa očekivanim prosekom broja dana lečenja od 8,5 nije moguće održati ni odeljenja za palijativnu negu (koja moraju biti za produžno lečenje) ni odeljenja za rehabilitaciju. Samo po kriterijumu broja dana lečenja nije moguće obaviti rehabilitacioni tretman jer svaki tretman kraći od dve do tri nedelje objektivno nema smisla. Uredba omogućava da se u okrugu kome gravitira preko 200.000 stanovnika može u okviru hirurgije obavljati delatnost iz dečije, vaskularne i plastične i rekonstruktivne hirurgije, a u okviru otorinolaringologije i iz maksilofacijalne hirurgije, ali u praksi direktori smanjuju posteljni fond svojih opštih bolnica na račun odeljenja fizikalne medicine i rehabilitacije.

Neophodno je razdvojiti terminalno obolele i gerijatrijske bolesnike (senilne demencije i sl) **od bolesnika kojima je potreban rehabilitacioni tretman**. Same Specijalne bolnice za rehabilitaciju u ovom trenutku nemaju finansijske mogućnosti da obezbede sve neophodno teškom bolesniku (lekovi, nega...) jer su finansirane prema bolničkom danu, a ne kao ustanove za produžno lečenje iako one to jesu za veliki broj bolesnika. Tako se pojavljuju zahtevi ustanova (Institut za rehabilitaciju) da im se ukinu postelje u rehabilitaciji i prevedu u produžno lečenje.

Poseban problem je popunjavanje rehabilitacionih ustanova bolesnicima koji u pojedinim slučajevima čekaju veoma dugo. Npr. rehabilitacija kardiološkog bolesnika nakon tri meseca od oboljevanja ili intervencije nema smisla pa bolesnika ne treba ni upućivati na tretman. Iz tih razloga Komisija smatra da je neophodno pri komisijama RZZO uvesti “biking” i da svaka ustanova za rehabilitaciju tačno dostavi koji su to njeni kapaciteti koje stavlja na raspolaganje osiguranicima fonda.

Specijalna bolnica za (fizikalnu medicinu i) rehabilitaciju (broj postelja 3000 za Srbiju) znači da bolnica sa navedenim prefiksom ne leči akutne bolesti i stanja već se bavi rehabilitacijom brojnih stanja kod kojih se primenom fizikalnih agenasa i/ili prirodnog faktora lečenja može postići

funkcionalni oporavak ili se bolesnik može obući korišćenju preostalih potencijala, a u cilju što boljeg funkcionalnog ishoda celokupnog lečenja.

Specijalne bolnice za rehabilitaciju su izgrađene na mestima na kojima postoji i neki od prirodnih faktora lečenja, a koji su sastavni deo lečenja fiziorehabilitacionog procesa. Te zdravstvene ustanove su nasleđe, većinom izgrađene u poslednjih 100 godina, a dodatak npr. SB za rehabilitaciju neuroloških bolesnika ili koštanozglobnih oboljenja i sl. su uzele (dobile su dozvolu) jer su godinama izgrađivale kadar, kupovale opremu, gradile objekte prilagođene bolesnicima koji su s obzirom na postojanje prirodnog faktora i njegovih osobenosti većinom već bile, kako u kom periodu razvoja zdravstava Srbije, osposobljene za lečenje bolesnika sa navedenom patologijom. Tako npr. peloid Banje Koviljače se koristi u lečenju koštano zglobnih tegoba, Zlatibor za poremećaje štitaste žlezde i sl. Sve ove ustanove imaju kadar osposobljen za rehabilitaciju, a skoro sve i opremu za rehabilitaciju, samo u pojedinim slučajevima po neki od aparata za lečenje postoje samo u pojedinim ustanovama. Sve ove ustanove su opremom i kadrovima većinom osposobljene za rehabilitaciju bolesnika sa terena koji im gravitira, npr. bolesnika sa ugrađenom endoprotezom kuka koji živi u Zaječaru nema smisla slati u Banju Koviljaču, ako je ustanovljeno da Gamzigradska Banja kadrovski i opremom može da rehabilituje stanovnika – bolesnika sa svoje teritorije.

Kako je teritorija Srbije na raznim termalno lekovitim vodama, to znači da skoro svako mesto može imati neki lekoviti izvor. Većina hotela u unutrašnjosti je i podignuta na takvim mestima i mogu biti prirodna lečilišta. Ustanova sa jednim lekarom – fizijatrom ili više (dva, tri) nije u stanju da organizuje samostalnu stacionarnu rehabilitaciju bolesnika. Oni nisu u sistemu zdravstvene zaštite (fondu). **Međutim, nije neophodno da svaka Specijalna bolnica za rehabilitaciju, koja mora biti pre svega kadrovski i opremom osposobljena za to, bude u sistemu zdravstvene zaštite koju finansira RZZO, ali je obavezno da bude pod kontrolom Ministarstva zdravlja.** Novopriznati Statuti ustanova (od strane Ministarstva) koje su sebi obezbedile veći broj postelja u Mreži ne obavezuje Komisiju da RZZOu da predlog za proširenje indikacionog područja ovim ustanovama.

Kriterijum od 3000 bol. postelja u specijalnim bolnicama za rehabilitaciju se mora održati uz postojanje rane rehabilitacije i odeljenja za rehabilitaciju odeljenja u Opštim bolnicama. **Kadrovki normativi se moraju ispoštovati, decu može lečiti samo stručan kadar u rehabilitaciji,** po standardima koji su ranije dati za rehabilitaciju dece, a indikaciona područja su definisana prema gore navedenom (opremi, kadru, tradiciji) i predstavljaju smernice za lekare koji upućuju bolesnike na rehabilitacioni tretman van mesta stanovanja. **Potrebno je da se deca imaju fiziorehabilitacioni tretman na lokalnom nivou gde god za to postoji kadrovska osposobljenost.** Sadašnje proširenje postelnog fonda u Mreži Komisija smatra privremenom merom Ministarstva i ona nipošto ne sme služiti kao polazna osnova pri nužnom ponovnom smanjivanju postelnog fonda tj. dovođenja na raniji normativ.

Komisija smatra da se broj postelja u rehabilitaciji, a posebno kardiološkoj rehabilitaciji u Beogradu ni po koju cenu ne sme smanjiti, već naprotiv održati, ali uz adekvatno plaćanje. Bilo koji nepokretan bolesnik je i u specijalnoj bolnici za rehabilitaciju nepokretan (neki trajno, a neki privremeno) pa se njegovo lečenje i nega moraju svuda isto platiti.

Cene bolničkog dana po ustanovama su nelogične. Neophodno uvećati cene bolničkog dana u Mataruškoj Banji i Gamzigradskoj Banji koje primaju teške bolesnike.

Rana rehabilitacija podrazumeva da je fizijatar sa fizioterapeutima član tima koji vodi anesteziolog, ortoped, neurolog, kardiolog, neurohirurg i sl..... već prema tome na kom odeljenju se primenjuje rana rehabilitacija. Odeljenja u rehabilitaciji vodi fizijatar, a po potrebi se uključuju drugi konsultanti. Uspešne (finansijski i po dostignutom nivou rehabilitacije) specijalne bolnice za rehabilitaciju su samo one kojima su direktori fizijatri.

Članovi Komisije su spremni da u svakom trenutku i detaljnije pomognu (uz neke potrebne podatke), a o procesu lečenja i rehabilitacije bolesnika po određenim dijagnozama rado će saradivati sa kardiolozima, pulmolozima, neurohirurzima, ortopedima, pedijatrima, neurolozima i dr. koji bi joj po određenoj problematici bili pridodati.

Radni materijal za sastanak u Ministarstvu zdravlja 25. 11. 2008. godine:

Komentari u vezi sa fiziorehabilitacionom službom na nivou primarne zdravstvene zaštite.

Kako je broj iskazanih potrebnih pregleda fizijatra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, zavisno od razvijenosti i dostupnosti fizijatrijske službe, između 5 i 8 %, a već postojeći broj invalidnih lica je oko 10% u zemlji, fizijatar je neophodan u radu primarne zdravstvene zaštite. Pored terapijske uloge fizijatra, mora se definisati i njegova uloga u prevenciji svih starosnih grupa, a posebno dece, žena i gerijatrijske populacije.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti je potrebno uskladiti terapijske kapacitete domova zdravlja sa brojem stanovnika (potreba) na određenom terenu. (Npr. fizijatrski terapijski kapaciteti doma zdravlja Zemun su planirani za 60000 stanovnika, a opština sada ima oko 200000 stanovnika).

Za fiziorehabilitacioni tretamn hroničnih stanja i vanzglobnog reumatizma (bez obzira na lokalizaciju tegoba) kao i stanja praćena neurozama, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba dozvoliti primenu po do 10 terapijskih paketa – 2 aparturne procedure i kinezitretman (oko 15 ili 16 kalendarskih dana, zavisno od vikenda ili praznika) dva puta godišnje, izuzev za bolesnike koji su zbog akutizacije nekog oboljenja iz ove grupe bili bolnički lečeni najmanje 7 dana (da bi se izbeglo primanje u bolnice na dan - dva).

Ograničavanje broja terapijskih procedura koje finansira RZZO otežava primenu terapijskih programa posebno za bolesnike koji se leče u poslednjem kvartalu kalendarske godine. Predlažemo da RZZO u sledećoj godini, odabere jedan dom zdravlja u kome bi finansirao usluge fizikalne medicine i rehabilitacije prema terapijskom paketu usluga tj. da se odredi cena terapijskog paketa za npr. 10 najčešćih oboljenja (bolesnika) koja se leče u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i da se cena ne određuje prema vrsti prepisane terapije, ali da postoji određeni vremenski okvir primene terapijskog paketa (2 aparturne procedure i kinezitretman). Verujemo da bi ovaj način finansiranja bio isplatljiviji, a delotvorniji.

U velikim centrima, neophodno je pri Zavodima za kućno lečenje širiti fizijatrijsku službu za rehabilitaciju u kućnim uslovima, a u manjim gradskim celinama pri domu zdravlja formirati timove koji će obavljati rehabilitaciju u kućnim uslovima – i to za obavljanje vremenski ograničene rehabilitacije u kućnim uslovima, i za obuku članova porodica za održavanje postignutog funkcionalnog stanja.

U delokrugu rada fizijatra treba se držati odnosa: kurativa/ preventiva 7/3.

Preventivni rad je obavezan u predškolskim ustanovama uz obavljanje korektivnih gimnastičkih vežbi za stopala, posturu i prevenciju osteoporoze sa fizioterapeutom u grupama od 12 do 15 dece starosti preko 4 godine. Vežbe nakon kraće obuke mogu obavljati i vaspitači (ali iz iskustava koje određeni domovi zdravlja imaju do sada, oni to ne prihvataju). U školskom uzrastu potrebni su preventivni pregledi (pored onog potrebnog za polazak u školu koji može da se uvede u predškolski za delove zemlje gde je to moguće) u parnim razredima. Neophodno je da korektivne vežbe i vežbe prevencije osteoporoze budu obavezne u okviru časova fizičkog vaspitanja (u saradnji sa ministarstvom obrazovanja uz korekcije programa za časove fizičkog vaspitanja), a u okviru nacionalne strategije borbe protiv ostoporoze.

U svim mestima u kojima postoji porodilište potrebno je u fizijatrijskoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti organizovati psihofizičku pripremu trudnica da porođaj, a u većim centrima treba da postoji i u porodilistu (npr. u Beogradu, pri Klinici za ginekologiju obavlja se psihofizička priprema trudnica za porođaj, a i obuka viših fizioterapeuta za rad sa trudnicama).

Za žene i stara lica treba formirati kabinete za osteoporozu u kojima bi stanovnici morali biti obučeni vežbama za prevenciju osteoporoze, a primenjivao kinezitretman onih sa verifikovanom osteoporozom. Ultrazvučni (ne rentgen) skrinig bolesnika za osteoporozu može da vrši bilo koja služba doma zdravlja, a uobičajeno je da to radi fizijatrijska služba. Rezultati skrininga služe za upućivanje na centralnu DXA i samo se nakon toga, kod onih sa verifikovanom osteoporozom i najmanje 2 faktora rizika može započeti, pored kineziterapijskog, i medikamentozno lečenje. Ako

bude određeno da fizijatrijska služba obavlja skrining za osteoporozu, treba obratiti pažnju na opremu..

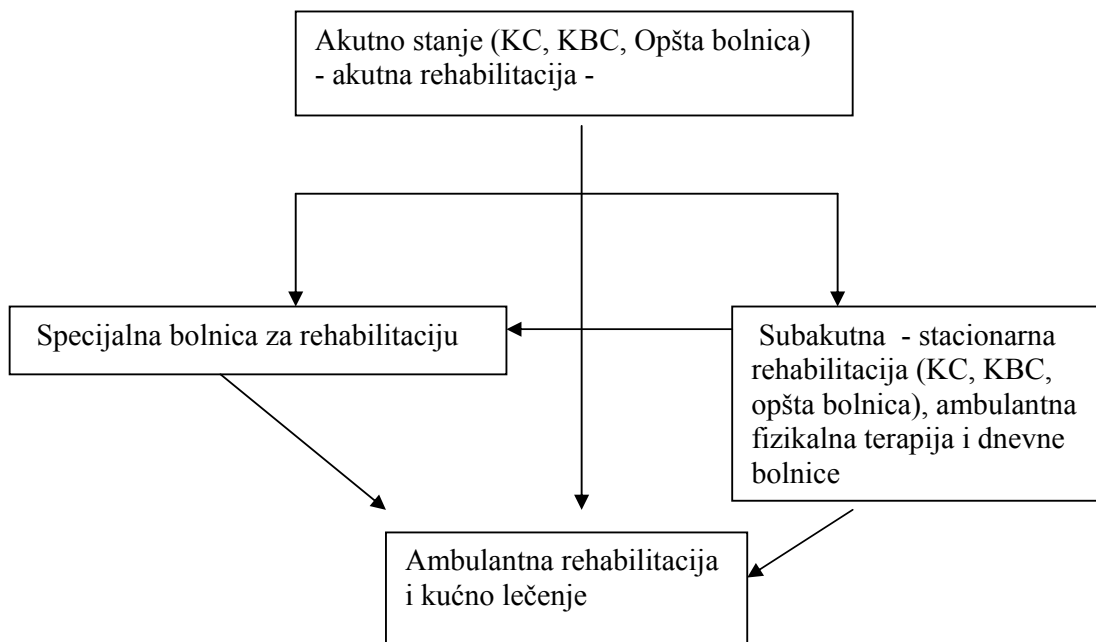
Kako je fizička aktivnost sastavni deo prevencije (i lečenja) osteoporoze i šloga, treba razmotriti mogućnost pridodavanja fizijatra i terapeuta već postojećim savetovalištim – kabinetima za šećernu bolest.

Dodatak:

Fizikalni tretman i rehabilitacija na nivou opšte bolnice, KBC i KC

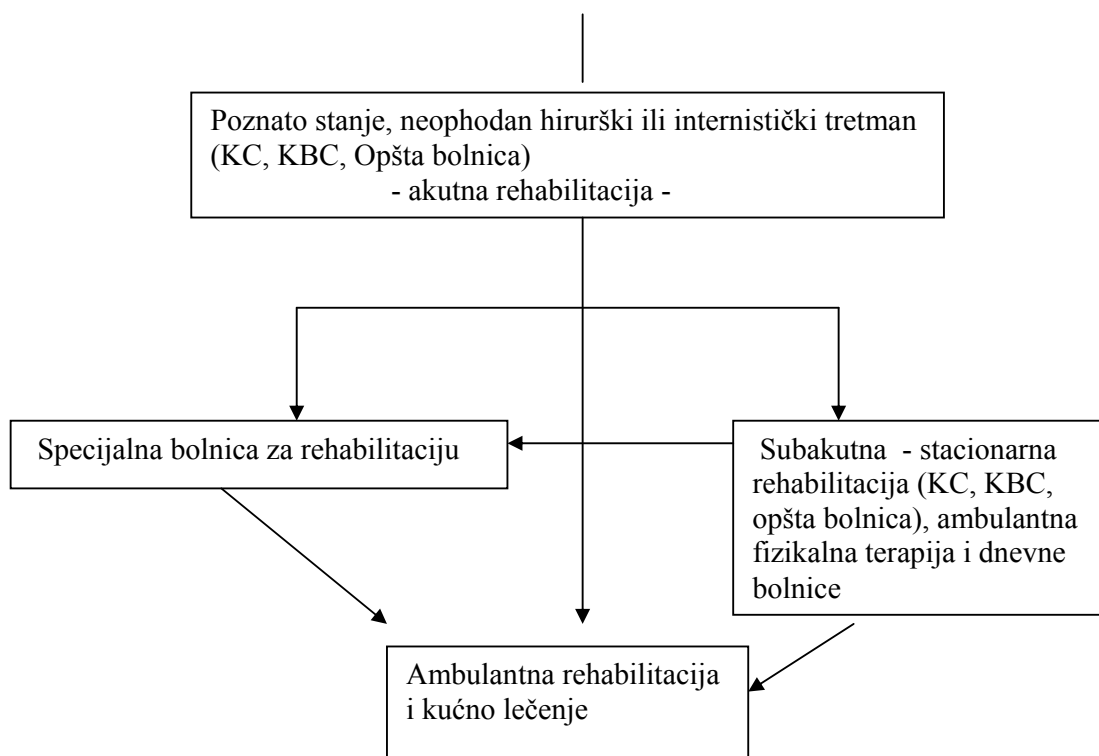
Subakutna rehabilitacija se nastavlja na akutnu rehabilitaciju i podrazumeva stacionarni rehabilitacioni tretman u ustanovi u kojoj je bolesnik akutno zbrinut (kratkotrajna hospitalizacija), a još uvek nije za upućivanje u ustanovu za specijalizovanu rehabilitaciju s obzirom na težinu stanja, potrebu za dodatnim dijagnostičkim procedurama i neophodnosti za daljim multidisciplinarnim praćenjem bolesnika, a do prelaska bolesnika u specijalizovanu ustanovu za rehabilitaciju, ili se može očekivati da nakon rehabilitacionog tretmana na odeljenju za subakutnu rehabilitaciju dalji rehabilitacioni tretman u specijalizovanim ustanovama za rehabilitaciju neće biti neophodan već se bolesnik može uputiti na primarni nivo zdravstvene zaštite.

Schema pretpostavljenog kretanja (obavljanja rehabilitacionog tretmana) bolesnika koji su **akutno** zbrinuti u Kliničkom centru (Srbije, Vojvodine, Niša i Kragujevca), Kliničko bolničkim centrima (u Beogradu četiri) i opštim bolnicama



Schema pretpostavljenog kretanja (obavljanja rehabilitacionog tretmana) bolesnika koji su **elektivno** zbrinuti u Kliničkom centru (Srbije, Vojvodine, Niša i Kragujevca), Kliničko bolničkim centrima (u Beogradu četiri) i opštim bolnicama

Ambulantna, preoperativna fizikalna terapija i rehabilitacija (KC, KBC, opšta bolnica),



S poštovanjem,

Za Komisiju
Prof. Dr Vladislava Vesović – Potić

Predsednik Republički komisije za fizikalnu medicinu
i rehabilitaciju i balneoklimatologiju