



HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR - CROATIAN MEDICAL ASSOCIATION  
HRVATSKO DRUŠTVO ZA FIZIKALNU I REHABILITACIJSKU MEDICINU  
Croatian Society of Physical and Rehabilitation Medicine  
Hrvatska, 10000 Zagreb, Šubićeva 9  
OIB 60192951611  
IBAN HR7423600001101214818, poziv na broj: 268-5  
www.hdfrm.com



Predsjednik President Prof.dr.sc. Tonko Vlak, dr.med. tonkovlak@gmail.com	Prvi dopredsjednik 1st Vice-president Prof.dr.sc. Simeon Grazio, dr.med simeon.grazio@zg.t-com.hr	Drugi dopredsjednik 2nd Vice-president doc.dr.sc. Tea Schnurrer Luke Vrbanić, dr.med tlukevrb@inet.hr	Tajnik Secretary Daniela Šošo, dr.med soso.daniela@gmail.com	Rizničar Treasurer Dragica Lekić, dr.med poliklinika.lekic@zg.t-com
--	--	--	---	--

## HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

N/P Pomoćnica ravnatelja za zdravstvenu zaštitu

**mr. Dubravka Pezelj Duliba, dr. med.**

Margaretska 3  
P.P. 157  
10 002 Zagreb

Predmet: Sustavi bodovanja za procjenu kliničkih stanja i uspješnosti liječenja. Liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući

- odgovor, traži se

Predmet: mišljenje, dostavlja se

Veza, Vaš dopis: Klasa: 502-02/12-03/37 ; Ur. broj: 338-01-04-13-9

Veza, Vaš dopis: Klasa: 500-07/13-01/331 ; Ur. broj: 338-01-34-13-15

Poštovana mr. Dubravka Pezelj - Duliba dr.med. !

analizirali smo novi prijedlog Pravilnika o akutnoj bolničkoj medicinskoj rehabilitaciji i medicinskoj rehabilitaciji u kući, koji ste nam poslali.

Najprije bismo htjeli istaknuti da prijedlog Pravilnika ostavlja prostor za najrazličitija tumačenja, te je potrebno učiniti njegovu reviziju s normativne strane, kao i svrhe, načina i ciljeva medicinske rehabilitacije - prvenstveno na osnovi medicine temeljene na dokazima, odnosno stručne opravdanosti.

Medicinska rehabilitacija je sastavni dio multidisciplinarnog liječenja bolesnika s različitim bolestima i stanjima, najčešće s indikacijama vezanim uz lokomotorni sustav. Cilj je medicinske rehabilitacije poboljšanje i /ili prevencija, odnosno smanjenje progresije funkcionalne nesposobnosti, a time i radne (ne)sposobnosti.

Pri tome je često dobrobit takve stacionarne rehabilitacije veća od njenog mogućeg ambulantnog provođenja (angažiranje multidisciplinarnog tima, politopni funkcionalni deficit itd.). Bolesnici s bolestima i stanjima u kojih se provodi rehabilitacija najčešće su primarno hospitalizirani u ustanovama za akutnu skrb zbog postavljanja dijagnoze i liječenja, a ponekad i zbog provođenja kontinuirane terapije na akutnim rehabilitacijskim odjelima. Daljnja je frekvencija hospitalizacije u ustanovama za akutnu skrb individualna i ovisi o težini bolesti i njezinih eventualnih komplikacija, ali u načelu je rijetka, dok je rehabilitacija, a posebno ona stacionarna, izuzetno važan segment u poboljšanju/održanju kvalitete života.

Temelj planiranja rehabilitacije su klinički status (aspekt biomedicine) i odgovori bolesnika u biometrijskim upitnicima (biopsihosocijalni aspekt ili aspekt bolesnika). Posljednjih nekoliko desetljeća razvijeni su brojni upitnici aktivnosti dnevnog života (PROs, Patient Reported Outcomes)

kojima se matematički izražava doživljaj ili učinak bolesti na život bolesnika Stoga, predlažemo da se u indikacijama za upućivanja na bolničku rehabilitaciju ili provođenje medicinske rehabilitacije u kući postave ciljevi, odnosno primjenom bolest -specifičnog ili (ako ga nema za tu bolest/stanje) generičkog mjernog instrumenta/parametra kvantificira indikacija, kao i ocjena funkcionalnog stanja bolesnika, prije i na kraju tretmana. Takav instrument ne bi smio biti preopširan, odnosno mora biti primjenjiv u rutinskoj kliničkoj praksi. Također treba riješiti pitanje validacije inačice (prijevoda) upitnika na hrvatskom jeziku, kao i dozvole korištenja istih.

Mora se voditi računa da u nekim slučajevima nije moguće primijeniti upitnik za ocjenu funkcionalne sposobnosti. Za neke bolesti i stanja takvi upitnici nisu razvijeni ili su previše komplicirani, a osim toga neposredno nakon nekih kirurških zahvata bolesnici imaju slična obilježja i ograničenja kao i prije njih.

U slučajevima kada nije moguće primijeniti upitnike za mjerenje funkcionalne sposobnosti, mogu se koristiti mjere intenziteta boli, opseg pokreta i/ili mišićna snaga (manualni mišićni test).

Načelno, kod novonastale nesposobnosti stacionarna rehabilitacija bi morala započeti unutar 3 tjedna za radno aktivnu populaciju, a unutar 6 tjedana za sve ostale osiguranike, od dana odobrenja nadležnog povjerenstva HZZO-a, uz napomenu da kod kirurških zahvata stacionarnu medicinsku rehabilitaciju ne bi trebalo započinjati prije 7. dana po kirurškom zahvatu.

Smatramo da dokumentacija za odobravanje stacionarne medicinske rehabilitacije treba sadržavati:

1. Kompletanu medicinsku dokumentaciju (povijest bolesti ili otpusno pismo)
2. Funkcionalni status bolesnika
3. Ispunjen upitnik funkcionalne sposobnosti ili druge mjere (ovisno o indikaciji) (molim vidjeti gore)
4. Kratki izvod iz povijesti bolesti s ciljem rehabilitacije.

Otpusno pismo iz rehabilitacijske ustanove, uz dekurzus boravka te kompletanu dokumentaciju eventualno učinjenih pretraga, mora sadržavati informacije koji su se i u kojem opsegu provodili određeni postupci rehabilitacije, kakav je funkcionalni status bolesnika, ispunjene upitnike funkcionalne sposobnosti (ili druge mjere), te promjene vrijednosti mjernih instrumenata/parametara.

Bolničku bi rehabilitaciju trebali provoditi centri koji su u tom smislu akreditirani i u kojima se provodi multidisciplinarni cjelodnevni program.

Opća primjedba na prijedlog Pravilnika se odnosi na broj dana predviđenih za rehabilitaciju. Naime, sukladno današnjim mogućnostima izdvajanja sredstava za zdravstvo u Hrvatskoj možemo eventualno poduprijeti prijedlog o 14 dana održavajuće rehabilitacije (jedan put godišnje), međutim svakako su potrebne korekcije na prijedlog Pravilnika kad se radi o rehabilitaciji nakon nekih akutnih bolesti i stanja.

Tako bi za npr. za posebne rehabilitacijske programe: Spinalne kao što je navedeno, Kranio-cerebralne, Amputacije, Politraumu bilo potrebno predvidjeti mogućnost višekratnog produživanja, a u skladu s oporavkom, kao i za neke druge entitete (molim vidjeti tablicu).

Odobrena duljina trajanja rehabilitacije je u danima - radnim danima. U praksi su u to uključeni i vikendi, a u prijedlogu Pravilnika piše da se rehabilitacija odvija svakodnevno tijekom cijelog radnog tjedna (čl.15.). Predlažemo da se sukladno tome uvede i provođenje rehabilitacije i nedjeljom, ali da se to predvidi i odgovarajuća materijalna naknada.

U prijedlogu Pravilnika se navodi da se akutna rehabilitacija provodi u rehabilitacijskoj klinici/zavodu/odjelu ili odjelu specijalne bolnice (čl 4). Velika je razlika u cijeni za isti posao na klinici u odnosu na specijalnu bolnicu, pa se postavlja pitanje naknade kompleksne rehabilitacije u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju tj. njihova mogućnost ugovaranja akutnih kreveta za tu patologiju.

Imamo i primjer da je dio postelja na Fizijatrijskim odjelima u sklopu nekih bolnica (npr. KBC Osijek) odlukom HZZO-a je preklasificiran u dio u kojima se provodi stacionarna rehabilitacija. Kako se u Pravilniku navodi da rehabilitaciju indicira fizijatar, a odobrava liječnik Zavoda (čl.9), da li to znači da za premještaj s npr. Neurologije ili Traumatologije iste ustanove trebam mišljenje svog konziljarnog specijaliste i liječnika Zavoda? Dužina akutne rehabilitacije i sada je do 14 dana, a moguće produženje uvjetovano akutnim komplikacijama takvih bolesnika, sada na sebe preuzima liječnik zavoda (čl. 11).

Da li to znači da će prijem isključivo s odobrenjem plaća samo po BDL cijenama, iako se možda radi i o potrebi za akutnom skrbi u sklopu Fizijatrijskog odjela. Smatramo da bi se kod premještaja s Klinike u specijalne bolnice koje su specijalizirane i imaju mogućnost kompleksne rehabilitacije, koja je i potrebna nekim bolesnicima (npr. kranio-cerebralne ozljede, spinalne ozljede i sl.) njima trebao plaćati po DTS-u, a ne poBLD-u, uz uvođenje akutnih rehabilitacijskih kreveta. Nije nam poznato jesu li specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju dale svoj stav i mišljenje o ovom prijedlogu, ali zasigurno se sve predloženo značajno odražava na poslovanje ovih subjekata u sustavu zdravstva.

Ono što upada u oči u ovom prijedlogu je da se radi isključivo o akutnoj rehabilitaciji, ali ne i o održavajućoj rehabilitaciji, za što nema stručnog opravdanja (čl. 15). Suprotno nazivu Pravilnika i čini se općoj intenciji izostavljanja rehabilitacije kroničnih bolesnika očituju se kontradiktornosti u brojnim primjerima indikacija, koje su u prijedlog Pravilnika uvrštene, a koje svakako ne spadaju u akutnu rehabilitaciju kao što su program majka-dijete (čl. 17 i 18.) ili npr. rehabilitacija bolesnika s evidentno kroničnim bolestima, kao što su mišićna distrofija ili spinocerebelarne hereditarne bolesti. Postoji niz stručnih dokaza o učinkovitosti stacionarne rehabilitacije, a napose balneoterapije u poboljšanju simptoma i znakova, a time i funkcionalne sposobnosti bolesnika s kroničnim bolestima i stanjima. Sa stručne strane začuđuje i neprihvatljivo je, a s obzirom na listu kroničnih bolesti u aktualnom prijedlogu, da su izostavljene tri važne upalne reumatske bolesti, reumatoidni artritis, ankilozantni spondilitis i psorijatični artritis, koje značajno onesposobljuju bolesnike već u mlađim dobnim skupinama.

Smatramo da je isto protivno rehabilitacijskim standardima, a koliko je stručno opravdano i njihovo uvrštavanje obrazložemo i u tekstu, koji su naši stručnjaci napisali o vrijednosti i učincima balneoterapije u liječenju i rehabilitaciji bolesnika s tim reumatskim bolestima, a koji planiramo objaviti u našem stručnom časopisu (Fizikalna i rehabilitacijska medicina).

Osim bolesnika s reumatoidnim, artritisom, ankilozantnim spondilitisom i psorijatičnim artritisom predlažemo prema procjeni (sub)specijaliste, a ovisno o kliničkom i funkcionalnom statusu, omogućiti svim bolesnicima s progresivnim neuromišićnim bolestima trajnu medicinsku rehabilitaciju, bilo stacionarno ili medicinskom rehabilitacijom u kući, a ne isključivo samo kroz akutnu medicinsku rehabilitaciju, po preporuci u otpusnom pismu, odnosno medicinsku rehabilitaciju u kući samo kod nepokretnih bolesnika sa spinalnim mišićnim atrofijama (čl. 16, čl. 3).

Što se tiče habilitacije/rehabilitacije djece s oštećenjima središnjeg živčanog sustava iz do sada nepoznatih nam razloga nomenklatura nije usklađena sa suvremenim saznanjima struke. Naime, ozljeda/oštećenje mozga može se manifestirati s dvije osnovne kliničke slike a to su piramidna klinička slika i ekstrapiramidna klinička slika. Pri detaljnijem pregledu ekstrapiramidna klinička slika se može manifestirati kao korea, atetozna ili distonija. U ranoj dobi djeteta se u našoj nomenklaturi postavlja dijagnoza distonog sindroma, a kad dijete prohoda, ovisno o kliničkoj slici postavlja dijagnoza hemipareze, parapareze ili tetrapareze, što opravdava razlog bolničke rehabilitacije. Distoni sindrom je jedna od manifestacija oštećenja ekstrapiramidnog sustava, i neopravdano je da se koristi kao šablona u pisanju dijagnoze, odnosno kao indikacije za bilo koji oblik liječenja (ambulantno ili stacionarno) takve djece bilo da se radi o piramidnom ili ekstrapiramidnom sindromu. Kako je poznato da je plasticitet mozga iznimno velik u prvih nekoliko godina života klinička slika se u djece mijenja dnevno, tjedno, mjesečno i najpravilnije, pa je znanstveno i stručno utemeljeno postaviti dijagnozu „Neuromotorno odstupanje“.

Neuromotorno odstupanje se treba identificirati na prvom pregledu i pri svakom kontrolnom pregledu, te evaluirati o kojem stupnju se odstupanja radi 1.vrlo blagom, 2.blagom, 3. umjermom ili 4. teškom odstupanju. Odstupanje u neuromotornom odstupanju dijagnosticira se prvenstveno Gestalt percepcijom općih pokreta. Radi se o interpretaciji prezentirane djetetove motorike koja se bazira na prethodnom iskustvu, čiji je temelj liječnikovo iskustvo, znanje, pamćenje, stav (Prechtel, Hadders Algra, Bobath), ispitivanju položajnih reakcija po Vojti (7 PR), neonatalnim refleksima i tonusu. Dijagnoza cerebralne paralize nikada se ne postavlja prije 2., a najčešće tek u dobi od 3 ili 4 godine života. Kod postavljene dijagnoze cerebralne paralize koriste se GMFM, GMFCS testovi koji imaju 5 stupnjeva, ali su zahtjevni kako u smislu edukacije tako i vremenski, pa u kliničkom radu nisu praktični.

Nakon što dijete u motoričkom razvoju dostigne vertikalizaciju, odnosno stajanje i hod trenutna situacija i indikacijsko područje za stacionarno liječenje su sljedeće dijagnoze: Parapareza (G82.2), Hemipareza (G81.9), Tetrapareza (G82.4), što zapravo nije, jer G82.2 je Paraplegija, G81.9 je Hemiplegija, G82.4 je Tetraplegija. U dosadašnjem radu, nažalost, koristili smo se, i koristimo se, navedenim dijagnozama kako bi opravdali stacionarnu rehabilitaciju.

Stoga je u cilju podizanja kvalitete liječenja djece s oštećenjem središnjeg živčanog sustava potrebno promijeniti navedene nelogičnosti u nomenklaturi, te primijeniti predložene parametre za rehabilitaciju/rehabilitaciju djece s oštećenjem središnjeg živčanog sustava.

U prijedlogu Pravilnika nema spomena o stacionarnoj medicinskoj rehabilitaciji osoba s amputacijom gornjih udova, kao niti izuzetno osjetljive rehabilitacija djece s amputacijom gornjih i/ili donjih udova. Rehabilitacija pacijenata s amputacijom je vrlo složena i nije moguće vezati ju samo uz šifru dijagnoze amputacije MKB Z89.0.

Naime, potrebno je razdvojiti stacionarnu rehabilitaciju vezanu uz Prvu protetičku opskrbu kao redovnu i samo Drugu sporadičnu, u okviru pred-protitičke, kasne protetičke i reintegracijske faze rehabilitacije za pacijente koji imaju dodatne komorbiditete, koji ih ometaju u funkcionalnom hodu, vertikalizaciji i aktivnostima svakodnevnog života (ASŽ). Njima je neophodna cjelokupna kompleksna rehabilitacija (teza politrauma, hemipareze, dekondicioniranje...) To su pacijenti koji imaju potencijal protetičke opskrbe, ali je tijek produžen. Ili oni koji nakon opskrbe trebaju još produžiti rehabilitaciju zbog poboljšanja dinamike hoda ili proširenja ASŽ (donji i gornji udovi).

Članak 5 točka d „Zahtijeva se psihički status koji osigurava potpuno razumijevanje i suradljivost u provođenju zadanih vježbi (osim cerebralne kome)“ (čl. 5, točka d), što nije moguće kod senzomotorne afazije, a takvim je pacijentima upravo najpotrebnija rehabilitacij, pa to treba izmijeniti. Isto je i članku 6 (stavak 2).

U čl. 7 piše -" Prijedlog za akutnu bolničku rehabilitaciju daje odjelni doktor specijalist odgovarajuće specijalnosti bolnice za liječenje akutnih bolesti u kojoj se osigurana osoba liječi". S druge pak strane u popisu bolesti i stanja kojima se može odobriti bolnička rehabilitacija za sve neurološke bolesnike piše da je doktor koji predlaže stacionarnu rehabilitaciju **isključivo fizijatar**, za operacije kralješnice s novim i teškim neurološkim / i ili motoričkim oštećenjem sustava za kretanje - fizijatar, kao i sva trauma i ortopedska rehabilitacija - samo fizijatar. Na neurološkim, traumatološkim i ortopedskim odjelima fizijatri su prisutni samo kao konzilijarni doktori, a niti to nije uvijek slučaj. Postoji mogućnost zlouporabe, pa da u "špranci" otpusnog pisma bude navodna preporuka fizijatra za stacionarnom rehabilitacijom, a imamo članak 14 o kažnjavanju s tim u svezi.

Među popisima bolesti i stanja u grupi indikacija "Ozljede-prijelomi" (str.9) kao prva indikacija je navedeno "Prijelomi kralješnice (isključuje se osteoporotska fraktura) s teškim neurološkim i/ili motoričkim oštećenjem sustava za kretanje", iako nije jasno zašto bi bile isključene osteoporotske frakture, ako su praćene neurološkim i/ili motoričkim deficitom (?).

Što se tiče tetraplegija i paraplegija (str. 9) navode se fizijatri, neurokirurzi, anesteziolozi, neurolozi, međutim u nekim ustanovama operacije kralješnice rade kirurzi – vertebrolozi, pa bi i njih trebalo uključiti.

Rehabilitacija osoba s amputacijom gornjih i donjih udova, rehabilitacija osoba sa spinalnim ozljedama, politraumom i kranocerebralnim ozljedama su visoko specijalizirani programi, koji su kao takvi prepoznati svugdje u svijetu i od posebnog su javnog interesa.

Rehabilitaciju osoba s tim bolestima i stanjima mogla bi se provoditi i u regionalnim centrima i na odjelima specijalnih bolnica, ako su opremom, kadrovima i smještajem za to osposobljene, ali samo ako su, kako je to prethodno navedeno, u tom smislu akreditirani.

Za edukacijsko-rehabilitacijski program „majka-dijete“ (čl. 17) predlažemo da se u djece, u koje postoji teži stupanj motoričkog i kognitivnog poremećaja, rehabilitacija može provoditi i 6 puta godišnje do 10 dana.

### ***Medicinska rehabilitacija u kući***

Najvažnije pitanje u vezi s medicinskom rehabilitacijom u kući je ocjena ishoda iste, kao i tko je za to odgovoran, jer liječnik - fizijatar koji je propisao program medicinske rehabilitacije u kući nema kontrolu i suradnju s fizioterapeutom, koji rehabilitaciju provodi. Dakle, pitanje je prvenstveno reguliranja i kontrole, odnosno pravilnog izvođenja i vrednovanja medicinske rehabilitacije u kući, pri čemu bi parametri ocjene trebali biti, također, kvantificirani.

Nadalje, iako sustav prepoznaje važnost medicinske rehabilitacije u kući, u kliničkoj praksi, postoji odgoda započinjanja u slučaju medicinske rehabilitacije u kući zbog administrativnih razloga i do 3-4 tjedna od otpusta (slijed niza koraka: bolesnik se javlja obiteljskom liječniku, piše se prijedlog, čeka se odobrenje povjerenstva, te potom dolazak fizioterapeuta).

Predlažemo da se omogući odobrenje za provođenje medicinske rehabilitacije u kući, ranije, već kad je bolesnik na akutnom odjelu kako bi se odobrenje moglo napisati u otpusnom pismu, odnosno na taj bi način bolesnik pravodobno započeo nastavak započete medicinske rehabilitacije na akutnom odjelu.

Potrebno je naći rješenje unutar HZZO mreže, koje će povezati fizijatra s akutnog odjela, koji piše prijedlog za medicinsku rehabilitaciju u kući, s izabranim obiteljskim liječnikom i povjerenstvom HZZO za odobrenje medicinske rehabilitacije u kući. Jedna od mogućnosti je da fizijatar s akutnog odjela može direktno pisati prijedlog, kao što je to s produženjem ili primjerice s Potvrdama o ortopedskim pomagalima „doznakama“ koje se odobravaju tijekom hospitalizacije u roku od par dana.

Među indikacijama, kao i za stacionarnu rehabilitaciju, upalnih reumatskih bolesti nema niti među indikacijama za medicinsku rehabilitaciju u kući, a poznato je da reumatoidni artritis, psorijatični artritis ili ankilozantni spondilitis mogu dovesti do teške onesposobljenosti, pa u tim (ali i ne samo u tim) reumatskim bolestima postoji potreba za medicinskom rehabilitacijom u kući.

Mjere kazni za liječnike iz članka 19, koje se odnose na uskraćivanje prava predlaganja na 3 mjeseca, odnosno jednu godinu su pretjerane i treba ih izostaviti.

Nismo upoznati s činjenicom jesu li u izradi ovog prijedloga Pravilnika bila uključena druga Stručna društva HLZ, kao ni udruge bolesnika s bolestima i stanjima na koje se odnosi ovaj Pravilnik, što smatramo da bi svakako bilo uputno.

Tablični prikaz bolesti i stanja kao indikacija za medicinsku rehabilitaciju, mjernim instrumentima/parametrima, rasponu njihovih vrijednosti na temelju kojeg se odobrava liječenje, praćenje uspješnosti rehabilitacije, kao i prijedlog duljine i učestalosti bolničke rehabilitacije koji predlažemo u prilogu ovog dopisa, molim Vas shvatite kao radnu verziju o kojoj bismo se željeli usuglasiti za Zavodom, a sve s ciljem pronalaženja optimalnih rješenja.

Stoga, kao što smo predlagali i u ranijim dopisima otvoreni smo za zajednički sastanak predstavnika stručnog društva (3-4 osobe s naše strane) i predstavnika Zavoda da bismo u zajedničkim dogovorom došli do najboljih rješenja za stacionarnu medicinsku rehabilitaciju i medicinsku rehabilitaciju u kući naših bolesnika.

S poštovanjem

U ime Radne skupine HDFRM HLZ

Prof. Tonko Vlak, dr. med.  
predsjednik HDFRM HLZ

Prilog :

- prijedlog Pravilnika o akutnoj bolničkoj medicinskoj rehabilitaciji, stacionarnoj rehabilitaciji i medicinskoj rehabilitaciji u kući

U Splitu, 11. siječanj 2014.g.