fizjoterapia polska

POLISH JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY

OFICJALNE PISMO POLSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE POLISH SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY

NR 2/2019 (19) KWARTALNIK ISSN 1642-0136

Selektywna rizotomia grzbietowa – neurochirurgiczna metoda leczenia spastyczności w MPD: aktualny stan wiedzy

Selective Dorsal Rhizotomy (SDR) – neurosurgical method in treatment of spasticity in CP: the current state of knowledge

Zastosowanie zabiegów fizjoterapeutycznych w fibromialgii

Physiotherapy in the treatment of fibromyalgia

ZAMÓW PRENUMERATĘ!

SUBSCRIBE!

www.fizjoterapiapolska.pl
prenumerata@fizjoterapiapolska.pl

fizjoterapia polska
nr 2/2019 (19)

Sytuacja fizjoterapeutów po czterech latach od ustawowego uregulowania zawodu

The situation of physiotherapists after four years of legal regulation of the profession

经过四年的专业法律监管后，物理治疗师的情况

Marek Kiljański[1,2(A,B,C,D)], Dariusz Jasiński[(B,C,D,E,F)]

[1]Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach / Jan Kochanowski University, Kielce, Poland
[2]Pabianickie Centrum Rehabilitacji, PCM SP ZOZ, Pabianice / Rehabilitation Center in Pabianice, PCM SP ZOZ, Pabianice, Poland

Streszczenie

Wstęp. Sytuacja finansowa fizjoterapeutów na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat ulegała stałemu pogorszeniu. Wpływ na to miały różne czynniki – zmiany ustawowe, inflacja oraz brak odpowiedniego finansowania rehabilitacji w Polsce. Po prawnym uregulowaniu zawodu w 2015 fizjoterapeutom stale przybywa obowiązków, jednak nie przekłada się to na odpowiednie zarobki. Coraz mniejszą wartość w systemie opieki zdrowotnej mają też najlepiej wykształceni fizjoterapeuci - specjaliści.

Cel. W niniejszej pracy spróbujemy zastanowić się, czy fizjoterapeuci mają rację, żądając wyższych wynagrodzeń oraz czy ich pracodawców oraz system opieki zdrowotnej w Polsce na to stać.

Słowa kluczowe:

zarobki fizjoterapeutów, finanse w ochronie zdrowia, nfz, specjaliści fizjoterapii

Abstract

Introduction. The financial situation of physiotherapists has deteriorated over the last ten years. It was influenced by various factors – law changes, inflation and the lack of adequate financing of rehabilitation in Poland. After the legal regulation of the profession in 2015, physiotherapists are constantly incurring duties, but this does not translate into adequate earnings. The best educated physiotherapists - specialists are also getting less and less valuable in the health care system.

Goal. In this work, we will try to consider: are physiotherapists right, demanding higher wages and can their employers and the healthcare system in Poland afford it.

Key words:

salaries of physiotherapists, finances in health care, nfz, specialists in physiotherapy

摘要

简介。 在过去十年中，物理治疗师的财务状况恶化。 它受到各种因素的影响 - 法定变化，通货膨胀以及波兰缺乏足够的康复资金。 在 2015 年对该专业进行法律监管后，物理治疗师不断招致职责，但这并不能转化为足够的收入。 受过良好教育的物理治疗师 - 专家在医疗保健系统中的价值也越来越低。

目标。 在这项工作中，我们将尝试考虑物理治疗师是否正确，要求更高的工资，以及他们的雇主和波兰的医疗保健系统能否负担得起。

关键词：

物理治疗师的薪水，医疗保健的财务，NFZ，物理治疗专家

Wstęp

Pomimo funkcjonowania różnych aktów prawnych [1, 2], jeszcze w 2014 roku nie istniały ograniczenia w kwestii użycia tytułu „fizjoterapeuta", a w Polsce z powodzeniem funkcjonowały szkoły, które pozwalały zdobyć dyplom w 170 godzin lekcyjnych (choć w tej samej placówce na przykład tytuł florysty wymagał 188 godzin nauki). Były też i takie, z których, aby wyjść z tytułem fizjoterapeuty, wystarczał weekend. Oczywiście było to obejście prawa, ale nie było skutecznych narzędzi, aby taki proceder ukrócić.

Polskie Towarzystwo Fizjoterapii pragnęło regulacji prawnej zawodu w zasadzie od początku swojego istnienia jako niezależnego stowarzyszenia. Pierwszy projekt ustawy został opracowany w 1991 roku, kolejny w 1998. W 2008 zawód fizjoterapeuty mógł zostać określony w ustawie o niektórych zawodach medycznych. Ale dopiero w 2014 udało się wreszcie trafić na sprzyjającą sytuację w polskim parlamencie, a dokładnie na posła, fizjoterapeutę, Dariusza Dziadzię z PSL. Miał on wystarczającą siłę przebicia, by projekt złożyć i monitorować dalsze prace Sejmu, także jako przewodniczący podkomisji zdrowia poświęconej projektowi.

Należy tu dodać, iż świadomość koniecznych zmian, zarówno wśród fizjoterapeutów, jak i pacjentów, sprawiła, że powstały nowe stowarzyszenia (m.in. Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska – 2009, Polskie Stowarzyszenie Specjalistów Fizjoterapii

– 2015), które również za jeden ze swoich celów stawiały ustawową regulację zawodu.
Sejm uchwalił ustawę o zawodzie fizjoterapeuty (u.z.f.) 25 września 2015 i w dniu 1 października została ona przyjęta przez Senat, a 26 października podpisana przez prezydenta RP, Pana Andrzeja Dudę. Weszła w życie 31 maja 2016 roku.
Przez kolejne pół roku utworzony przez Ministra Zdrowia Komitet Organizacyjny Samorządu Fizjoterapeutów (znów kierowany przez Dariusza Dziadzię; wiceprzewodniczącymi byli Marek Kiljański, Sebastian Zduński, Ernest Wiśniewski i Maciej Krawczyk) doprowadził do I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów, podczas którego utworzona została Krajowa Rada Fizjoterapeutów. Od tego czasu, jak się wszystkim fizjoterapeutom wydawało, mogło być już tylko lepiej. Wreszcie mieli organ, którego nadrzędnym celem miało być dbanie o ich interesy, mający pokaźne środki (składki to przynajmniej 1 mln zł miesięcznie), by ten cel zrealizować.
Oczekiwania jednak najwyraźniej nie znalazły odzwierciedlenia w rzeczywistości, gdyż trzy lata po wejściu w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty jej główni beneficjenci postanowili rozpocząć, przyjmujący różne formy, ogólnopolski protest „Maj bez fizjoterapeutów". Żądali podwyżek, ale też chcieli pokazać społeczeństwu, że ich wynagrodzenia są nieproporcjonalnie niskie w stosunku do przedstawicieli innych zawodów medycznych.

Cel

W niniejszej pracy spróbujemy zastanowić się, czy fizjoterapeuci mają rację, żądając wyższych wynagrodzeń oraz czy ich pracodawców oraz system opieki zdrowotnej w Polsce na to stać.

Wynagrodzenie fizjoterapeuty

Zgodnie z art. 32g ust. 3 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [3] czas pracy w wymiarze 5 godzin na dobę i przeciętnie 26 godzin i 15 minut na tydzień stosowało się do pracowników na stanowiskach pracy w komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) fizykoterapeutycznych, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należało kontrolowanie techniki stosowanych zabiegów lub samodzielne wykonywanie zabiegów.
Ograniczony do 5 godzin na dobę czas pracy tych osób podyktowany był troską o pracowników. Uznano bowiem, iż wykonują swoje obowiązki w warunkach uciążliwych i szkodliwych dla zdrowia (emisja energii cieplnej, wszelkiego rodzaju prądy, promieniowanie świetlne, ultrafioletowe, podczerwone, ultradźwięki itp.). Dotyczyło to w zasadzie większości fizjoterapeutów. Jednak już zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym [4] (za wyjątkiem pracowników technicznych i administracyjnych, a także pracowników niewidomych) w przyjętym okresie rozliczeniowym nie mógł przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
Okres przejściowy dla fizjoterapeutów pozwalał na pięciogodzinny dzień pracy jeszcze do 2 lipca 2014 roku. Od tego dnia czas pracy został wydłużony o połowę, lecz pensje pozostały na niezmienionym poziomie, co oznaczało w praktyce obniżkę wynagrodzenia.
Po wejściu w życie u.z.f. [5] fizjoterapeuta zyskał nowe prawa i obowiązki. Przede wszystkim ograniczone zostało prawo używania tytułu fizjoterapeuty, początkowo do osób, które spełniały wymogi ustawy w zakresie wykształcenia (art. 5 ust. 1 oraz art. 143 ust. 1 u.z.f.), następnie od 1 czerwca 2018 roku posługiwać się nim mogły wyłącznie te osoby, którym zostało przyznane Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty.
Tytułem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii może posługiwać się obecnie każdy fizjoterapeuta, który ukończył specjalizację i złożył Państwowy Egzamin Specjalizacyjny Fizjoterapeutów, zwany dalej „PESFZ", z wynikiem pozytywnym oraz fizjoterapeuta, który uzyskał decyzję o uznaniu tytułu specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, o której mowa w art. 35 u.z.f. (art. 5 ust. 3 u.z.f.).
Dodajmy, że proces specjalizacji trwa 4 lata.
Zaraz po wejściu w życie ustawy jedyną poważniejszą zmianą w zakresie wykonywanych obowiązków było umożliwienie specjalistom fizjoterapii dokonywania zmian w skierowaniach wystawionych przez lekarzy POZ. Dziś uprawnienia są już znacznie szersze i fizjoterapeuci z tytułem magistra, mający minimum 3-letnie doświadczenie, sami mogą wyznaczać rodzaj terapii w przypadku skierowań od lekarzy innej specjalizacji niż rehabilitacja medyczna, ale i te również mogą modyfikować po konsultacji z lekarzem kierującym [6, 7].
Natomiast obowiązkiem stało się opłacanie składek na Krajową Izbę Fizjoterapeutów (25 zł miesięcznie) oraz jednorazowe uiszczenia 100 zł za wydanie dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty.
Osoby prowadzące działalność gospodarczą i będące na przykład na kontraktach będą musiały do 31 października 2019 r. dokonać wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Koszt wpisu indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej to 96 zł.

Tab. 1. Realna wartość godziny pracy fizjoterapeuty zarabiającego 1806 zł netto przy założeniu 20 dni roboczych w miesiącu (opracowanie własne)

Rok	Pensja netto	godzin na tydzień	godzin na miesiąc	stawka na godzinę [zł]
2009	1 806,00 zł	26,25	105	17,20 zł
2011	1 806,00 zł	38	152	11,88 zł

Tabela 1 przedstawia zmianę wartości godziny pracy fizjoterapeuty. W 2009 roku przy zarobkach 1806 zł netto i pięciogodzinnym tygodniu pracy roboczogodzina wynosiła 17,20 zł. Po zmianie wymiaru czasu na 7 godzin i 35 minut w tygodniu godzina pracy była warta 11,88 zł. Oznacza to zmniejszenie wartości godziny pracy fizjoterapeuty o 30,93%.

Tab. 2. Wartość godziny pracy w przeliczeniu na zdolność nabywczą złotówki (inflacja) (opracowanie własne)

Rok	Stawka godzinowa [zł]	Wartość towaru [zł]	Możliwa do nabycia ilość towaru [szt]	Wartość nabywcza godziny pracy [%]
2009	17,20 zł	1 zł	17,2	100,00%
2018	11,88 zł	1,183 zł	10,04	58,37%
Razem obniżka				41,63%

Jeśli jednak uwzględnimy stopę inflacji, która na przestrzeni lat 2009–2018 wyniosła 18,3%, okaże się, że za jedną godzinę pracy można było nabyć 17,2 szt. towaru o wartości 1 zł, podczas gdy w 2018 roku towar ten kosztował średnio 1,183 zł i za godzinę pracy (wartą, jak wynika z tabeli 1, znacznie mniej – 11,88 zł) fizjoterapeuta mógł nabyć już tylko 10,04 szt. tego samego towaru. Wobec tego siła nabywcza godziny pracy fizjoterapeuty zmniejszyła się przez ostatnie 10 lat o blisko 42%.

Fizjoterapia a NFZ

Przez ostatnie 10 lat nie zmieniło się nie tylko wynagrodzenie fizjoterapeutów. Cały czas obowiązuje ta sama stawka punktowa za procedury, w większości przypadków mocno niedoszacowana. Nigdy bowiem nie przeprowadzono rzetelnej wyceny, w związku z czym za masaż ręczny podmiot będący związany umową kontraktową otrzyma od NFZ równowartość 10 punktów.

Stawka, jaką można było podać, ubiegając się o kontrakt w 2017 roku, wynosiła między 1,10 zł a 0,90 zł za punkt. Ze względu na to, iż zmniejszona została liczba podmiotów, które mogły związać się umową z NFZ, zasada konkurencyjności wymuszała zastosowanie najniższej możliwej stawki, a więc 90 groszy za punkt kontraktowy.

Jak łatwo wyliczyć, masaż wykonany w ramach umowy z NFZ jest wart 9 zł. Wyobraźmy sobie fizjoterapeutę, który podczas swojego dnia pracy jest maksymalnie wykorzystany przez 7 godzin. Średnio godzinę dziennie musi poświęcić na wypełnianie dokumentacji medycznej, a w czasie pozostałych 6 wykona 3 masaże na godzinę bez żadnej przerwy. Daje to 18 masaży × 9 zł = 162 zł. Pracownik ma jednak 26 dni płatnego urlopu, do tego, jeśli jest rodzicem dziecka poniżej 14 roku życia, należą mu się kolejne 2 dni wolne.

W całym roku 2019 jest 251 dni roboczych, z których pracownik może przepracować 223 (28 dni płatnych urlopów). Zakładając opisaną wyżej nierealną maksymalną wydajność 18 zabiegów masażu dziennie, zarabiając najniższą możliwą pensję, pracownik przyniesie pracodawcy zysk 36 126 zł, ale pracodawca wyda na niego 36 144 zł. Już samo to pokazuje, że pracownik przynosi stratę, a przecież nie zostały policzone wszelkie inne koszty utrzymania stanowiska (energia, woda, ogrzewanie itp.).

Jak dotąd różne grupy reprezentujące zawody medyczne wywalczyły sobie podwyżki, co wygląda w szerszej perspektywie dość kuriozalnie. To tak, jakby w szkole nauczyciele na przykład fizyki, chemii, języka polskiego czy biologii zażądali w kuratorium oświaty indywidualnych podwyżek dla uczących wyłącznie tych przedmiotów, zaś płace nauczycieli – na przykład matematyki – pozostałyby nadal niezmienione.

Zresztą nierówne traktowanie to nie tylko kwestia różnych zawodów. Nawet wśród samych fizjoterapeutów finansowanych z budżetu płace są zróżnicowane.

Minister Zdrowia uspokajał opinię społeczną: *Dyrektorzy szpitali dostali dodatkowe 680 mln zł z powodu wzrostu wyceny świadczeń i te pieniądze mogą przeznaczyć na podwyżki dla tych grup zawodowych, które jeszcze ich nie dostały, czyli dla fizjoterapeutów* [8].

Jednakże pieniądze, o których mowa, trafiły tylko na oddziały szpitalne będące w sieci, fizjoterapeuci pracujący na oddziałach będących poza ryczałtem nie otrzymają nic, podobnie jest z fizjoterapeutami, którzy w szpitalach nie pracują.

Oddział rehabilitacji neurologicznej

Skoro już poruszyliśmy temat szpitali, zobaczmy, jak wygląda sytuacja finansowa przykładowego oddziału rehabilitacji neurologicznej, który dysponuje 19 łóżkami.

Ów przykładowy oddział ma kontrakt w wysokości 1160 tys. zł, do tego należy doliczyć dodatek dla pielęgniarek finansowany przez Ministerstwo Zdrowia (1 600 zł × 12 miesięcy × 13 stanowisk) 249 600 zł. Razem rocznie konto oddziału będzie zasilone kwotą 1 409 600 zł. I znów widzimy (tab. 3), że już same płace przewyższają wpływy z NFZ i Ministerstwa Zdrowia. A przecież należy jeszcze doliczyć wyżywienie pacjenta (20 zł dziennie × 19 łóżek × 360 dni = 136 800 zł), wodę, ogrzewanie, energię elektryczną, media, leki i badania. W tej sytuacji oddział nie ma możliwości zbilansowania straty!

Nasuwa się jasna konkluzja – najtańszym hotelem w Polsce jest szpital – za 90 zł dziennie zagwarantowane są nocleg, zabiegi, całodzienna opieka medyczna, a także trzy posiłki.

Tab. 3. Stanowiska pracy wymagane przez NFZ, aby otrzymać kontrakt i minimalna (realna) płaca na tych stanowiskach (opracowanie własne)

Pracownik	Pensja brutto [zł]	Cały koszt pracodawcy [zł]	Liczba wymaganych stanowisk	Stanowisko na m-c [zł]	Razem rocznie [zł]
Lekarz rehabilitacji ruchowej (najniższa pensja za jaką będzie chciał świadczyć pracę)	6 500 zł	7 840 zł	1	7 840 zł	94 080 zł
Lekarz neurolog (j.w.)	6 500 zł	7 840 zł	1	7 840 zł	94 080 zł
Logopeda	3 347,50 zł	4 037 zł	1	4 037 zł	48 444 zł
Fizjoterapeuta (minimalna płaca po uwolnieniu w lipcu 2019 minimalnego wynagrodzenia w ochronie zdrowia)	3 347,50 zł	4 037 zł	4	16 148 zł	193 776 zł
Psycholog (najniższa możliwa stawka)	3 347,50 zł	4 037 zł	1	4 037 zł	48 444 zł
Terapeuta zajęciowy	2 934,40 zł	3 539 zł	1	3 539 zł	42 468 zł
Pielęgniarki (0,6 / łóżko + oddziałowa): 12+1	n/a	7 696 zł*	13	100 048 zł	1 200 576 zł
Razem				143 489 zł	1 721 868 zł

**Pensja brutto 2700 zł / miesiąc + 1 600 zł = 4 300 zł. 50% czasu pracy to godziny nocne i świąteczne - 150%, a więc koszt faktyczny to 2 150 zł za 100% i 3 225 zł za 150% razem 5375 zł. Konieczność zapewnienia zastępstwa dla pielęgniarki na urlopie lub zwolnieniu - razem około 17% dodatkowo = 6 300 zł rocznie plus koszty pracodawcy (ZUS) = 7 696 zł*

Brak pieniędzy w systemie?

W stosunku do 2009 roku w 2018 do NFZ z tytułu wpłat z ZUS, KRUS i budżetu wpłynęło o 60% więcej pieniędzy [9]. Mniej więcej o tyle samo wzrosło finansowanie rehabilitacji medycznej (tab. 4). Jednak nie były to pieniądze przeznaczone na podwyższenie wyceny świadczeń, a na zwiększenie ich liczby. Zresztą porównano nakłady na rehabilitację z nakładami na POZ czy opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Na rehabilitację leczniczą przyznano o 4,3 mld zł mniej niż na POZ – co wynikało z niższej kwoty wyjściowej. Ale z kolei na opiekę psychiatryczną NFZ przeznaczał w 2008 roku „tylko" 100 tys. zł więcej niż na rehabilitację medyczną, a 10 lat później różnica wynosiła już 300 tys. To trudniej zrozumieć w kontekście coraz bardziej starzejącego się społeczeństwa i coraz większej liczby pacjentów wymagających rehabilitacji. Tak więc pieniądze w systemie są, można tylko mieć nadzieję, że w kolejnych latach dystrybucja środków z NFZ uwzględni realne potrzeby pacjentów. Wydaje się, że istnieje dość prosta propozycja doraźnej poprawy finansowania procedur fizjoterapeutycznych.

1. W przypadku rehabilitacji dzieci należałoby wprowadzić nielimitowany dostęp do fizjoterapii, a procedury wykonywane u osób niepełnoletnich powinny mieć 150% wartości punktowej. Podobnie jak zrobiono to w przypadku procedur stomatologicznych.
2. W przypadku rehabilitacji osób po urazach również wprowadzić nielimitowany dostęp do fizjoterapii do 9 miesięcy po zaistnieniu zdarzenia. Taka zmiana pozwoliłaby na szybsze doprowadzenie pacjentów do sprawności umożliwiającej powrót na rynek pracy. Wpłynie to na oszczędności budżetowe wynikające z krótszego okresu wypłacania zasiłków.

Tab. 4. Wydatki NFZ na wybrane dziedziny ochrony zdrowia (opracowanie własne)

Rok kalendarzowy	Wydatki NFZ na rehabilitację leczniczą [zł]	Wydatki NFZ na POZ [zł]	Wydatki NFZ na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień [zł]
2008	1 561 334 000,00	5 833 901 000,00	1 677 905 000,00
2018*	2 516 280 000,00	11 166 056 000,00	2 867 443 000,00
Procent wzrostu	61,16%	91,40%	70,89%
Wartość wzrostu	954 946 000,00	5 332 155 000,00	1 189 538 000,00

**Dane prognozowane*

Specjaliści fizjoterapii

W polskim systemie nie przyznawane są doktoraty z dziedziny fizjoterapii. Najlepiej wykształconymi fizjoterapeutami są specjaliści. Niestety z roku na rok wartość specjalizacji jest coraz bardziej deprecjonowana. Lata nauki, poniesione wydatki, trudny egzamin (zdawalność na poziomie 30%) wydają się niepotrzebnie poświęconym czasem, gdyż specjalistę od magistra bez specjalizacji, według rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty [10], różni możliwość wykonania:

• oceny stanu neuromotorycznego w zakresie fazowości działania mięśni i wykonania badania EMG,
• procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii,

oraz nadzór nad wykonywaniem procedur z zakresu:

• fizykoterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii,
• kinezyterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii.

Nieco większe zaostrzenie dotyczy realizowania wizyt fizjoterapeutycznych, które od 1 stycznia 2019 roku stały się obowiązkowe. Te przeprowadzić mogą specjaliści oraz magistrowie, ale z minimum 3-letnim doświadczeniem.

Trudno nie oprzeć się wrażeniu, że dziś tak naprawdę zupełnie nie warto podejmować się żmudnego procesu uzyskania specjalizacji. Bez niej można robić w praktyce to samo, a łatwiej jest o pracę, gdyż magister może zostać zatrudniony za znacznie niższą pensję niż specjalista (magister – współczynnik 0,73, specjalista – 1,05, czyli pensja minimalna o 43% większa [11].

Biorąc pod uwagę wcześniejsze wyliczenia stanowiskowe, możemy przypuszczać, że mając do wyboru magistra i magistra ze specjalizacją, kierując się rachunkiem ekonomicznym, pracodawca zatrudni osobę gorzej wykształconą, ale dysponującą takimi samymi uprawnieniami.

15 czerwca 2018 roku na stronie Ministerstwa Zdrowia pojawiła się wypowiedź Ministra Łukasza Szumowskiego: *To, w jaki sposób opiekujemy się chorym, niestety czasem przyczynia się do pogorszenia jego stanu zdrowia, a nawet śmierci. Dlatego tak ważne jest bezpieczeństwo pacjenta, które powinno być fundamentem kształtowania nowego systemu. Chciałbym, aby mierniki jakości, które wskażą nam obszary wymagające poprawy, coraz mocniej wchodziły do systemu i stały się powszechne* [12]. A jednak kolejne akty prawne zupełnie temu zaprzeczają. Dziwna polityka wyrównywania kompetencji w dół może sprawić jedynie, że pacjenci korzystający wyłącznie z finansowanej przez budżet ochrony zdrowia nie znajdą się pod opieką najlepszych z dostępnych na rynku, a najtańszych (mocno do tego ostatnio sfrustrowanych), a to nie ma nic wspólnego z podnoszeniem jakości.

Obecny system jest więc niewydolny nie tylko od strony ekonomicznej, ale także pod względem polityki kadrowej. Narzucanie podwyżek wynikających z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia, bez zapewnienia źródeł ich finansowania, sprawi, że pracodawcy będą zmuszeni sięgać po mniej wyedukowanych, a przez to mniej wymagających pracowników. Dysponujący dużą, sprawdzoną wiedzą specjaliści na pewno poradzą sobie na rynku, choćby w sektorze prywatnym, a straci jak zwykle pacjent.

Podsumowanie

Fizjoterapeuci, jako jedna z nielicznych grup zawodowych w ochronie zdrowia, od wielu lat nie otrzymują żadnych podwyżek. Wartość godziny pracy zmniejszyła się drastycznie i to nie tylko z powodu inflacji, ale także wydłużenia dnia pracy z 5 do nieco ponad 7,5 godziny. Po wejściu w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, a także rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, znacząco wzrosła ranga zawodu, ale w parze z tym także ilość obowiązków oraz odpowiedzialność za pacjenta. Nowe obciążenia również nie przekładają się na wyższe zarobki. Głównie dlatego, że pracodawcy nie mają środków, żeby odpowiednio pracownika wynagrodzić. Jednocześnie należy zauważyć, że inni przedstawiciele zawodów medycznych dosłownie wywalczyli dla siebie (pielęgniarki i położne, lekarze rezydenci, ratownicy medyczni) wyższe wynagrodzenia, co z niepokojem należy przyznać, jest jedynym sposobem, by poprawić sytuację danej profesji. Trudno więc dziwić się fizjoterapeutom, że, wzorem innych, starali się nagłośnić swoje położenie poprzez różne formy protestu i w ten sposób wymusić podwyżki. Na razie bezskutecznie, choć ci najniżej uposażeni od 1 lipca będą wynagradzani lepiej, co jednak z pewnością przełoży się m.in. na gorszą kondycję finansową zatrudniających ich placówek.

Jak zostało udowodnione, środków z NFZ nie wystarcza już teraz na utrzymanie nawet wydajnego pracownika. Podobnie z oddziałem szpitalnym- roczna kwota wynikająca z kontraktu nie pokryje pensji pracowników na poziomie możliwe najniż-

szym, aby ów kontrakt otrzymać i utrzymać przez cały okres jego obowiązywania. Nie wystarczy więc też na inne niezbędne elementy, bez których taki oddział nie może funkcjonować, a więc posiłków dla pacjenta, leków, energii elektrycznej, wody, ogrzewania itp.

Niewątpliwie pomoże tu jedynie całkowita zmiana systemu, jednakże ze względu na to, iż może być niewygodna politycznie – nie ma chętnych na jej dokonanie. Łata się więc obecny system niczym starą drogę, po której prawie nie da się już jeździć, ale też nie można powiedzieć, że nie zrobiło się nic. Przecież partie czy koalicje mające większość w parlamencie zawsze pozwalają, by przewodniczącym sejmowej komisji zdrowia był przedstawiciel opozycji (V kadencja – Ewa Kopacz z PO, koalicja rządząca: PiS, LPR, Samoobrona, VI Kadencja – Bolesław Piecha, PiS, VII Kadencja- Tomasz Latos PiS- obie kadencje koalicja: PO, PSL, VIII Kadencja – Bartosz Arłukowicz – większość parlamentarna – PiS) i dopiero od końca maja 2019 roku, po wyborach do Parlamentu Europejskiego, na kilka miesięcy nastąpił zapewne chwilowy wyjątek od tej reguły.

Ten niewydolny dziś system wpływa także na obniżenie poziomu opieki nad pacjentem, gdyż kompetencje najlepiej wykształconych fizjoterapeutów specjalistów są praktycznie takie same, jak magistrów z trzyletnim, a więc nie tak znów wielkim doświadczeniem.

Zmiany wymagają odwagi. Przed wyborami parlamentarnymi trudno ich oczekiwać, ale niepokojące jest to, że nikt nawet nie myśli poważnie o tym, by choćby je planować. Polska szkoła rehabilitacji stoi jeszcze na bardzo wysokim poziomie, jednak przyszłość, jaka się rysuje to studia, a po nich jedynie komercyjne, bodaj najdroższe w stosunku do wynagrodzeń, kursy w Europie o niesprawdzalnej wartości. A ci najlepsi? Niedostępni dla osób całe życie płacących składkę zdrowotną, będą pracować w prywatnych gabinetach i to niekoniecznie w Polsce.

Adres do korespondencji / Corresponding author

Marek Kiljański

e-mail: pazare@wp.pl

Piśmiennictwo/ References

1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2002 nr 173 poz. 1419)

2. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki, (Dz.U. 2007 nr 164 poz. 1166)

3. Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)

4. Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654)

5. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty Dz.U. 2015 poz. 1994 (Dz.U. 2015 poz. 1994)

6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 2396)

7. Zarządzenie Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

8. prawo.pl https://www.prawo.pl/zdrowie/fizjoterapeuci-chca-podwyzek-a-minister-zdrowia-szumowski-mowi, 411339.html z dn. 7.05.2019

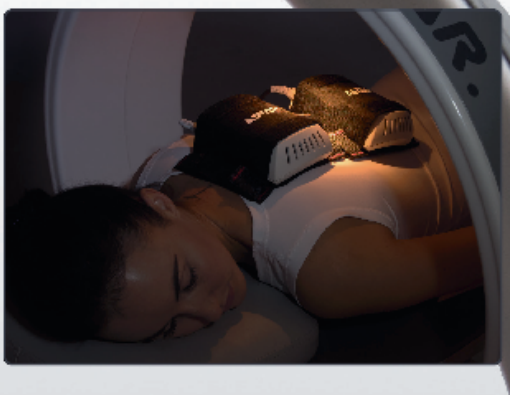
9. Sprawozdania finansowe NFZ lata 2008-2017 i plan finansowy 2018 http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz.U. 2018 poz. 1319)

11. Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2018 poz. 1942).

12. https://www.gov.pl/web/zdrowie/to-pacjent-jest-najwazniejszy z dn. 15.06.2018 r.

nowy wymiar magnetoterapii



seria aparatów

PhysioMG

rozbudowane funkcje
i poszerzone możliwości

producent nowoczesnej
aparatury fizykoterapeutycznej

ASTAR. fizjotechnologia®

ul. Świt 33, 43-382 Bielsko-Biała
tel. +48 33 829 24 40, fax +48 33 829 24 41

www.astar.eu

wsparcie merytoryczne
www.fizjotechnologia.com

Dr. Comfort®

NAGRODA POLSKIEGO TOWARZYSTWA REHABILITACJI

ACCEPTED
AMERICAN PODIATRIC MEDICAL ASSOCIATION

APROBATA AMERYKAŃSKIEGO MEDYCZNEGO STOWARZYSZENIA PODIATRYCZNEGO

CE WYRÓB MEDYCZNY

Nowy wymiar wygody dla stóp z problemami

Obuwie profilaktyczno-zdrowotne o atrakcyjnym wzornictwie i modnym wyglądzie

Miękki, wyściełany kołnierz cholewki
Minimalizuje podrażnienia

Wyściełany język
Zmniejsza tarcie i ulepsza dopasowanie

Stabilny, wzmocniony i wyściełany zapiętek
Zapewnia silniejsze wsparcie łuku podłużnego stopy

Lekka konstrukcja
Zmniejsza codzienne zmęczenie

Zwiększona szerokość i głębokość w obrębie palców i przodostopia
Minimalizuje ucisk i zapobiega urazom

Antypoślizgowa, wytrzymała podeszwa o lekkiej konstrukcji
Zwiększa przyczepność, amortyzuje i odciąża stopy

Ochronna przestrzeń na palce - brak szwów w rejonie przodostopia
Minimalizuje możliwość zranień

Wysoka jakość materiałów - naturalne skóry, oddychające siatki i Lycra
Dostosowują się do stopy, utrzymują je w suchości i zapobiegają przegrzewaniu

Trzy rozmiary szerokości

Podwyższona tęgość

Zwiększona przestrzeń na palce

WSKAZANIA

• haluksy • wkładki specjalistyczne • palce młotkowate, szponiaste • cukrzyca (stopa cukrzycowa) • reumatoidalne zapalenie stawów • bóle pięty i podeszwy stopy (zapalenie rozcięgna podeszwowego - ostroga piętowa) • płaskostopie (stopa poprzecznie płaska) • bóle pleców • wysokie podbicie • praca stojąca • nerwiak Mortona • obrzęk limfatyczny • opatrunki • ortezy i bandaże • obrzęki • modzele • protezy • odciski • urazy wpływające na ścięgna, mięśnie i kości (np. ścięgno Achillesa) • wrastające paznokcie

Wyłączny dystrybutor w Polsce:

KALMED
Iwona Renz, Poznań

ul. Wilczak 3
61-623 Poznań
tel. 61 828 06 86
fax. 61 828 06 87
kom. 601 640 223, 601 647 877
e-mail: kalmed@kalmed.com.pl
www.kalmed.com.pl

www.butydlazdrowia.pl **www.dr-comfort.pl**

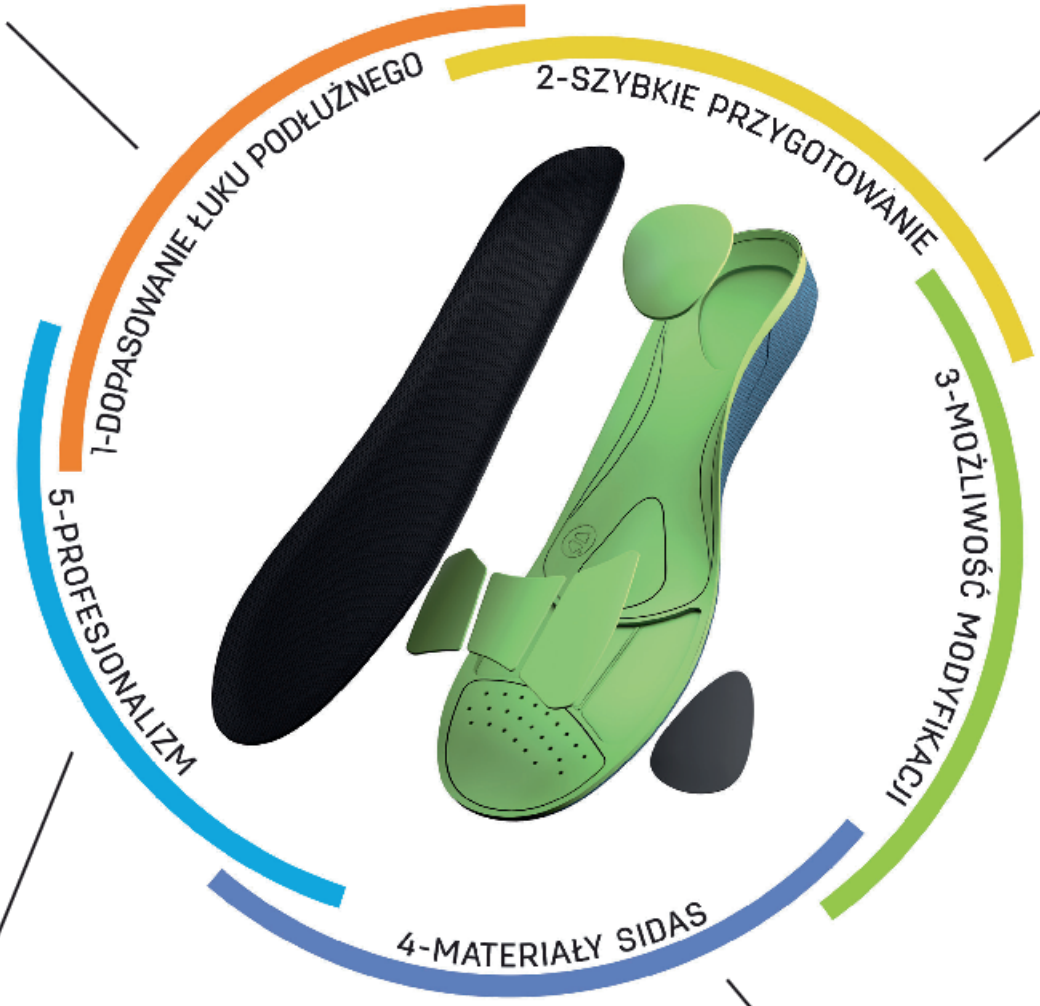
3Feet® PATHO-LOGIC®

WIELE PROBLEMÓW, **JEDNO** ROZWIĄZANIE

Pierwsze na świecie wkładki ortopedyczne dopasowywane w 5 minut, które mogą pomóc w 9 najczęściej występujących patologiach stóp.

1. DOPASOWANIE ŁUKU PODŁUŻNEGO

Wkładki 3Feet PATHO-LOGIC® dostępne są w 3 wysokościach łuku podłużnego (LOW, MID, HIGH). Umożliwia to ich prawidłowe dopasowanie do stóp pacjenta, zapewniające odpowiednie podparcie i komfort.

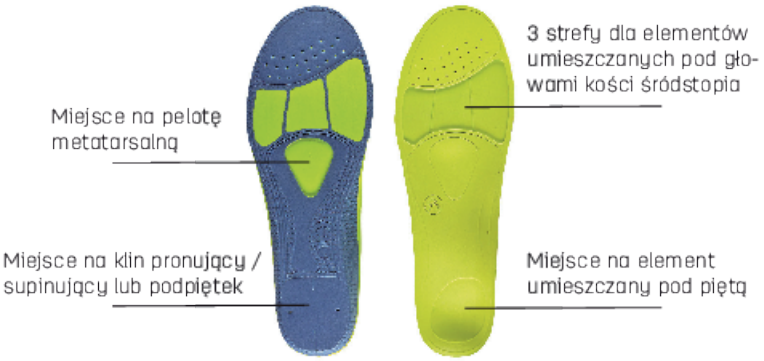


5. STWORZONE DLA SPECJALISTÓW

3Feet PATHO-LOGIC® to wkładki, których dopasowanie wymaga specjalnej wiedzy i doświadczenia. Zostały stworzone dla profesjonalistów zajmujących się stopami: ortopedów, fizjoterapeutów i podologów, poszukujących wkładek do szybkiego wykonania bez użycia specjalistycznych urządzeń.

4. WYSOKIEJ JAKOŚCI MATERIAŁY SIDAS

SIDAS wykorzystał swoje 40-letnie doświadczenie do zaprojektowania 3Feet PATHO-LOGIC®. Kluczem tego unikatowego projektu jest połączenie elementów, które łatwo i szybko można dobrać do potrzeb pacjenta: wkładki bazowej dostosowanej do łuku stopy pacjenta oraz elementów korekcyjnych i podnoszących komfort, umieszczanych w strategicznych miejscach wkładki bazowej.



2. SZYBKIE PRZYGOTOWANIE

Dzięki kombinacji wielu wymiennych elementów każda wkładka staje się indywidualna. Elementy te występują w kilku rozmiarach i wykonane są z różnych materiałów, odpowiednich do potrzeb pacjentów o zróżnicowanym stopniu aktywności.

3. MOŻLIWOŚĆ MODYFIKACJI - SZYBKIE ROZWIĄZANIA

Wystarczy kilka czynności dla otrzymania profesjonalnych, indywidualnych wkładek ortopedycznych. Każdy element jest już wstępnie zaprojektowany i posiada swoje zdefiniowane miejsce we wkładce.

Wkładki 3Feet PATHO-LOGIC® to innowacyjne rozwiązanie stworzone dla specjalistów zajmujących się stopami. Wykorzystując swoje 40-letnie doświadczenie w projektowaniu wkładek do butów Sidas stworzył zupełnie nową propozycję - 3Feet PATHO-LOGIC®: pierwsze na świecie wkładki ortopedyczne dopasowywane do stóp pacjenta w zaledwie 5 minut! Istotą tego wyjątkowego projektu jest możliwość szybkiego połączenia pasujących do siebie elementów:

1. wkładki bazowej dostosowanej do łuku stopy pacjenta,
2. elementów korekcyjnych i podnoszących komfort, umieszczanych w strategicznych miejscach wkładki bazowej (przodostopiu, śródstopiu i tyłostopiu).

ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY!

Dystrybutorem marki Sidas w Polsce jest:
Windsport A. Roszkowski, M. Śpiewak, Sp.J.
Ul. Zakopiańska 56A, 30-418 Kraków
e-mail: sidas@sidas.pl
Tel. 603 289 589

PODIATECH
SIDAS MEDICAL

Urządzenie do krioterapii miejscowej

KRIOPOL R

Zastosowanie: rehabilitacja • medycyna sportowa • odnowa biologiczna

Urządzenie przeznaczone jest do miejscowego wychładzania powierzchni ciała pacjenta przy pomocy par azotu, które u wylotu dyszy osiągają temperaturę **–160°C**

EFEKTY KRIOTERAPII:

- zmniejszenie bólu
- zwiększenie zakresu ruchomości stawów
- wzrost masy mięśniowej
- zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego
- ograniczenie stosowania leków przeciwzapalnych
- redukcja cellulitu

Umożliwiamy bezpłatne testowanie urządzenia

tel. 502 502 444

kriomedpol

KRIOMEDPOL Sp. z o.o.
ul. Warszawska 272 05-082 Stare Babice
tel. 22 733 19 05 tel./faks 22 752 93 21
www.kriomedpol.pl kriomedpol@kriomedpol.pl

gymna.PRO

innowacyjność - funkcjonalność - design

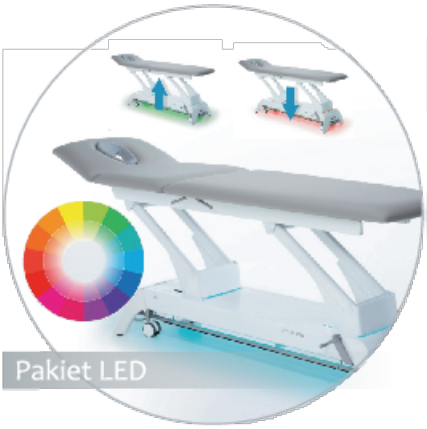
NOWE TRENDY

Stała pozycja pacjenta

Ergomax
maksymalny komfort i higiena

System „One-Click"
jednoczesna regulacja podłokietników

„One-Click" jednoczesna
regulacja podłokietników



Pakiet LED

System bezpieczeństwa SDM
automatyczne wykrywanie ruchu

Pamięć ustawień wysokości

elecpol ul.Łużycka 34a, 61-614 Poznań, 61 825 60 50, biuro@elecpol.pl, www.elecpol.pl

URZĄDZENIA DO REHABILITACJI, KRIOTERAPII, KINEZYTERAPII, FIZYKOTERAPII, HYDROTERAPII

TONUS | OAL Medical OrthoAgility | isoforce | BELA | hydrosun® | gymna | Zimmer MedizinSysteme | UNBESCHEIDEN Baden-Baden

Niestabilność kompleksu lędźwiowo-miednicznego jako jedna z przyczyn dolegliwości bólowych kręgosłupa

Terapia z wykorzystaniem aparatu LUMB-AS

mgr Andrzej Stolarz

Zespoły bólowe kręgosłupa zalicza się do najpowszechniejszych problemów zdrowotnych współczesnych społeczeństw wysoko rozwiniętych. Na bóle kręgosłupa o różnym pochodzeniu cierpi około 70-85% populacji. Dolegliwości te są również częstą przyczyną absencji chorobowych w kontekście życia zawodowego. Urządzenia do terapii bóli kręgosłupa LUMB-AS umożliwia realizację programu terapeutycznego przypisanego do poszczególnych faz odtwarzania uwarunkowań fizjologicznych i biomechanicznych.

Prototyp urządzenia do terapii bóli kręgosłupa LUMB-AS

Jedną z przyczyn wywołujących dolegliwości bólowe kręgosłupa jest jego niestabilność. Panjabi (1985), definiuje niestabilność jako zmniejszenie sztywności stawu, zwiększenie ruchomości i występowanie anormalnych ruchów kręgosłupa. Uważa on, że o stabilności kręgosłupa decyduje współdziałanie układu kontroli nerwowej oraz biernego i czynnego mechanizmu stabilizującego. Z klinicznego punktu widzenia, niestabilność kręgosłupa powstaje wówczas, gdy zakres strefy neutralnej zwiększa się w stosunku do całkowitego zakresu ruchu, a bierny i czynny układ nerwowy nie są w stanie zrównoważyć tego wzrostu.

W konsekwencji spada jakość i kontrola ruchu w strefie neutralnej. Niestabilność kręgosłupa wywołują zmiany zwyrodnieniowe oraz urazy mechaniczne wymienionych układów, powstałe w wyniku nieprawidłowej postawy ciała oraz osłabienia siły i upośledzenia kontroli mięśni na poziomie segmentarnym i/lub poziomie całkowitej orientacji odcinka lędźwiowego (Gardner-Morse i wsp. 1995).

Stabilność kręgosłupa na poziomie segmentarnym zapewniają mięśnie I układu odniesienia, takie jak: wielodzielny, poprzeczny brzucha, lędźwiowy, dna miednicy. Bogduk (1992) uważa, że również tylna część mięśnia lędźwiowego ma wpływ na wytwarzanie sił kompresyjnych dla segmentów odcinka lędźwiowego. Kolejnym mięśniem stabilizującym odcinek lędźwiowy są przyśrodkowe włókna mięśnia czworobocznego lędźwi (Mc Gill 1996).

Wilke i inni (1995) podkreślają kluczowe znaczenia mięśnia wielodzielnego, wykazując w swoich badaniach, że generuje on 2/3 siły koniecznej do zwiększenia stabilności odcinka lędźwiowego. Cresswell (1993) przeprowadził badania, w których rejestrował aktywność mięśnia poprzecznego brzucha, wykazując jego niezwykle istotną rolę w zapewnieniu stabilność odcinka lędźwiowego poprzez zwiększenie CS, napięcie powięzi Th/l, kompresję stawu krzyżowo-biodrowego i potencjalnie spojenia łonowego. Mięśnie dna miednicy wspólnie z przeponą i mięśniem poprzecznym brzucha, odpowiedzialne są natomiast za stabilność przedniej strony lędźwiowego odcinka kręgosłupa (Bakuła i inni 2011).

Z dotychczasowych badań Richardson, Jull, Hodges i Hides (1997) wynika, że w przypadku bólu kręgosłupa już po 1-3 tygodniach trwania dysfunkcji, dochodzi do atrofii mięśnia wielodzielnego, zmniejszenia siły, wytrzymałości, a także zaburzeń kontroli sensomotorycznej. Badania mięśnia poprzecznego wykazały natomiast, że aktywność stabilizująca tego mięśnia zaczyna się opóźniać i wykazywać zależność od kierunku ruchu tułowia oraz mam charakter fazowy (Hodges 1995). Hodges i Richardson (1996) udowodnili, że u pacjentów z chronicznymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa dochodzi do zaniku mechanizmu feedforward.

Zdaniem Stuart Mc Gill (1998), kręgosłup wydaje się być więc narażony na uszkodzenia w następstwie niestabilności, gdy krótka i nawet czasowa redukcja aktywności jednego z mięśni międzysegmentarnych może wywołać rotację pojedynczego stawu do tego punktu, w którym tkanki zostają podrażnione, a prawdopodobnie również uszkodzone.
Jeżeli kompleks biodrowo-lędźwiowy jest niestabilny i niezdolny do przenoszenia obciążeń, rehabilitacja musi być nastawiona na przywrócenie wytrzymałości i koordynacji pobudzenia mięśni I układu odniesienia (grupa wewnętrzna) oraz zewnętrznej (układ tylny i przedni skośny, układ boczny, układ podłużny głęboki).

Richardson, Jull, Hodges i Hides (1997) opracowali czteroetapowy program stabilizacji kręgosłupa, umożliwiający odtworzenie prawidłowej funkcji mięśni I i II układu odniesienia, co zapewnia zwiększenie stabilności kręgosłupa i w następstwie niwelowania dolegliwości bólowych. Realizacja etapów rekomendowanych przez Richardson nie jest jednak możliwa bez rozwiązania, które pozwala na wykonywanie ćwiczeń mięśni stabilizatorów lokalnych, stabilizatorów globalnych oraz mięśni antygrawitacyjnych z równoczesną kontrolą neutralnej pozycji kompleksu lędźwiowo-miednicznego w pozycji siedzącej i stopniowym włączeniem aktywności mięśni antygrawitacyjnych.

Tylko wykorzystanie urządzenia do terapii bóli kręgosłupa LUMB-AS umożliwia precyzyjną realizację programu terapeutycznego przypisanego do poszczególnych faz odtwarzania uwarunkowań fizjologicznych i biomechanicznych, angażując dodatkowo kolejne mięśnie, co intensyfikuje działania terapeutyczne, przyczyniając się do osiągnięcia efektu w skróconym czasie.

Faza I – izolowane napięcie mięśni I układu odniesienia.
Zadaniem tej fazy jest odtworzenie stabilizacji segmentarnej. Ćwiczenia wykonywane są w pozycji leżącej, co powoduje wyłączenia działania sił grawitacyjnych oraz mięśni II układu odniesienia. Leżanka aparatu LUMB-AS wyposażona jest w zestaw stabilizerów (biofeedback), umożliwiających przeprowadzenie precyzyjnej oceny wykonywanego ćwiczenia oraz system lin i gum zwiększających efektywność pracy mięśni.

Faza II – izolowane napięcie mięśni grupy zewnętrznej przy zachowanej kontroli mięśni grupy wewnętrznej.
Podstawowym założeniem metodycznym, które należy zrealizować na tym etapie terapii, jest odbudowa stabilizacji odcinkowej. Ćwiczenia tych grup mięśni możemy przeprowadzić w pozycji leżącej, a następnie siedzącej. Dodatkowe wyposażenie aparatu gwarantuje utrzymanie neutralnego ustawienia odcinka lędźwiowego oraz równoczesny, izometryczny współskurcz lędźwiowej części mięśnia prostownika grzbietu, a także mięśnia poprzecznego brzucha, co jest warunkiem zwiększenia stabilności kompleksu lędźwiowo-miednicznego.

Faza III – kontrola ruchów zachodzących w kręgosłupie lędźwiowym i obręczy biodrowej przy zachowanej kontroli grupy wewnętrznej.
Ostatecznym celem terapii jest uzyskanie stabilizacji globalnej kręgosłupa. Ćwiczenia odbywają się w pozycji siedzącej, w których można doprowadzić do kontrolowanej poprzez sprzężenie zwrotne współpracy pomiędzy mięśniami stabilizatorami lokalnymi, mięśniami antygrawitacyjnymi oraz taśmami mięśniowymi grupy zewnętrznej prostownika grzbietu.

Faza IV – utrzymanie stabilizacji podczas ruchów o dużej szybkości.
Badania Richardson i Jull (1995) wykazały, że ćwiczenia z użyciem dużych szybkości zmniejszają stabilność tułowia. W związku z powyższym, nie poleca się realizacji tej fazy u pacjentów, u których przyczyną dolegliwości bólowych jest niestabilność kręgosłupa.

TROMED TRAINING

program szkoleniowy

- Diagnostyka i leczenie manualne w dysfunkcjach stawu kolanowego
- Mobilność i stabilność – profilaktyka urazów w treningu sportowym i fizjoterapii
- Współczesne metody leczenia wybranych dysfunkcji stawu skokowego i stopy
- Schorzenia narządów ruchu u dzieci i młodzieży
- Mózgowe Porażenie Dziecięce - algorytm postępowania diagnostyczno-terapeutycznego
- Rehabilitacja Kardiologiczna w praktyce
- Podstawy neurorehabilitacji - udar mózgu
- Dysfagia - zaburzenia połykania w pracy z pacjentem neurologicznym
- Podstawy neuromobilizacji nerwów obwodowych - diagnostyka i praktyczne zastosowanie w fizjoterapii
- Terapia pacjentów z obrzękiem limfatycznym
- Fizjoterapia w onkologii
- Zaopatrzenie dla osób po urazie rdzenia kręgowego
- Zaopatrzenie dla osób po udarze mózgu
- Wybrane elementy zaopatrzenia ortopedycznego w praktyce
- Narzędzia coachingowe w pracy z pacjentem
- Trening diagnostyczno-rozwojowy personelu medycznego
- Skuteczna komunikacja z pacjentem i jego otoczeniem

Informacje i zapisy

TROMED Zaopatrzenie Medyczne
93-309 Łódź, ul. Grażyny 2/4 (wejście Rzgowska 169/171)
tel. 42 684 32 02, 501 893 590
e-mail: szkolenia@tromed.pl
www.szkolenia.tromed.pl

KALMED
Iwona Renz, Poznań

ARTROMOT®
WYŁĄCZNY PRZEDSTAWICIEL
WWW.KALMED.COM.PL

DJO GLOBAL

SPRZEDAŻ I WYPOŻYCZALNIA ZMOTORYZOWANYCH SZYN CPM ARTROMOT®

Nowoczesna rehabilitacja CPM stawu kolanowego, biodrowego, łokciowego, barkowego, skokowego, nadgarstka oraz stawów palców dłoni i kciuka.

ARTROMOT-K1

ARTROMOT-SP3

ARTROMOT-S3

ARTROMOT-E2

ARTROMOT-H

ARTROMOT-F

Najnowsze konstrukcje ARTROMOT zapewniają ruch bierny stawów w zgodzie z koncepcją PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation).

ARTROSTIM FOCUS PLUS

KALMED Iwona Renz
ul. Wilczak 3
61-623 Poznań
www.kalmed.com.pl

tel. 61 828 06 86
faks 61 828 06 87
kom. 601 64 02 23, 601 647 877
kalmed@kalmed.com.pl

Serwis i całodobowa pomoc techniczna:
tel. 501 483 637
service@kalmed.com.pl

Elektroniczna dokumentacja medyczna dla fizjoterapeuty

Zmiana przepisów prawnych z dnia 2 kwietnia 2019 wymusza na fizjoterapeutach, którzy chcą wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę fizjoterapeutyczną, uzyskanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL). Jest to też bardzo dobry moment dla tych podmiotów, które jeszcze nie prowadzą dokumentacji w formie elektronicznej, aby zdecydować się na narzędzie do tego dedykowane. Jest to zdecydowane kluczowy krok w kierunku optymalizacji swojej pracy i dostosowania się do wymogów i oczekiwań pacjentów.

Program do EDM – co jest istotne?

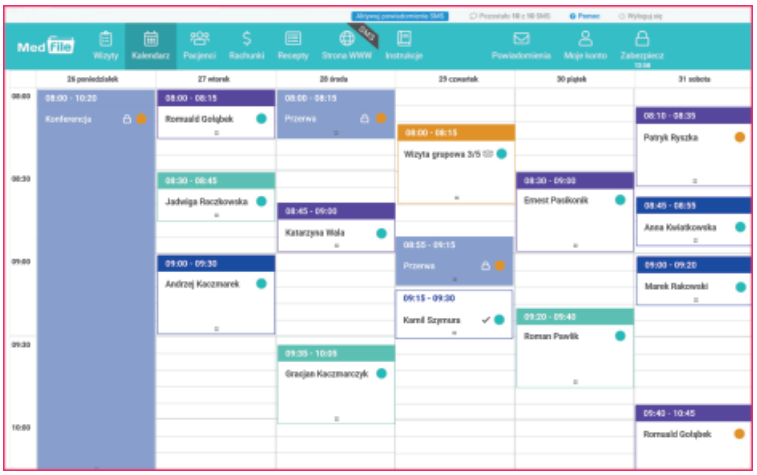
Najlepszy program do elektronicznej dokumentacji to taki, który odpowiada na realne potrzeby jego użytkowników. Proces tworzenia i rozwoju produktów informatycznych ściśle związany jest z procesem współtworzenia i podlega nieustannej ewolucji, która niekiedy może stać się rewolucją. W Medfile® doskonale wiemy, jak praca w oparciu o jeden program optymalizuje wszystkie działania, dlatego skupiliśmy się w pierwszej kolejności na 3 aspektach, jakie są związane z prowadzeniem gabinetu:

1. promocją i sprzedażą usług,
2. realizacją konsultacji,
3. obsługą po-konsultacji (posprzedażowa, praca biurowa).

Trzon aplikacji Medfile® stanowi karta fizjoterapeutyczna, która została zbudowana w oparciu o wytyczne Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Mając gotową kartę wizyty poszliśmy o krok dalej i skupiliśmy się na udogodnieniach związanych z zapisem pacjenta na wizytę. Uruchomiona została rejestracja online z automatycznym potwierdzaniem wizyt poprzez SMS, oddaliśmy do dyspozycji własne strony www na szablonie Medfile® oraz stworzyliśmy bezpłatny katalog gabinetów www.medfile.pl/gabinety/ oraz bazę www.gabinet-fizjoterapeuty.pl

Darmowe strony internetowe i katalog gabinetów to idealne rozwiązanie, dzięki któremu buduje się zasięg wśród pacjentów. Należy mieć na uwadze, iż obecnie pierwszym źródłem informacji jest Internet. Tam pacjenci szukają porad zdrowotnych czy samego specjalisty. W szybki sposób chcą zobaczyć opis jego usług, godziny pracy i dostępne terminy konsultacji. Dzięki własnym stronom www dotarcie do pacjentów jest szersze, a uruchomiona rejestracja online pozwala zapisywać się na wizyty 24/7. Ważne, aby użytkownicy mieli do dyspozycji także aplikację mobilną na system iOS i Android. To ułatwienie, które pozwala na zarządzanie gabinetem z poziomu telefonu. Moduły raportujące w Medfile® dostosowane są do monitorowania przychodów placówki oraz jej rozliczeń z NFZ. Dzięki takiemu rozwiązaniu finanse zawsze są pod kontrolą.

Te funkcje w Medfile® zwiększają komfort pracy

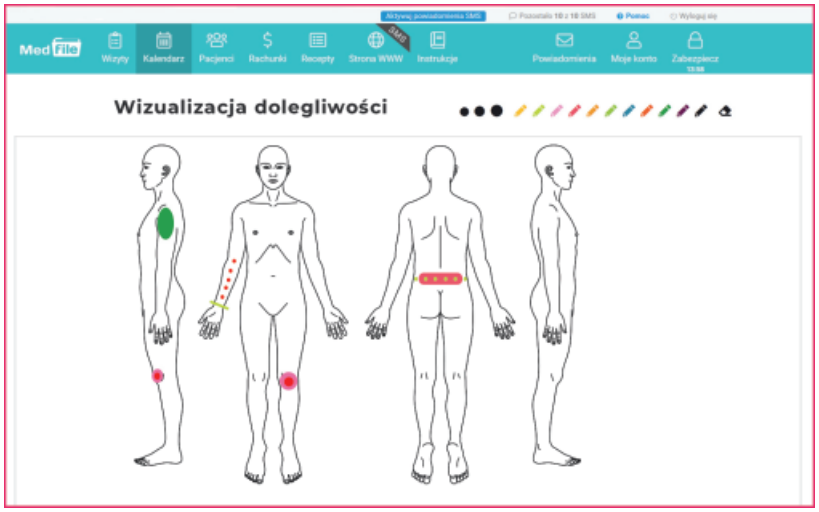


Interaktywny kalendarz

Wielofunkcyjny kalendarz zintegrowany jest z platformą ZnanyLekarz, Google Calendar oraz rejestracją pacjentów online Medfile®. Możliwe jest wprowadzanie wizyt pojedynczych i konsultacji grupowych. Dostępne są udogodnienia takie jak automatyzacja zapisu na wizytę, kopiowanie wizyt, tworzenie wizyt powtarzalnych, możliwość dodawania przerwy pomiędzy wizytami, autopodpowiadanie dostępnych godzin.

e-Kartoteka i karta fizjoterapeutyczna

Dedykowana karta dla fizjoterapeutów w oparciu o wytyczne Krajowej Izby Fizjoterapeutycznej z kodami ICF, wizualizacją dolegliwości (diagram fizjoterapeutyczny), możliwością budowania testów fizjoterapeutycznych w oparciu o dostępne formularze. Dostępne są również szablony dokumentów – zaświadczenia i skierowania, formularze i treść zgody RODO. Sekcja posiada rozbudowane funkcje, takie jak:



- pakiety usług specjalistycznych, scalanie pacjentów, operacje grupowe na pacjentach, tworzenie faktur zbiorowych, wystawianie rachunków, dodawanie załączników,
- kody ICF; ICD-10/ICD-9, bazy leków z codzienną aktualizacją, recepty (refundowane, nierefundowane, własne receptury), e-recepty, e-ZLA, e-WUŚ.

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Integracja z platformami P1 i P2 (CSIOZ). e-Recepta. e-ZLA. e-WUŚ.

Podpis pacjenta w formie elektronicznej

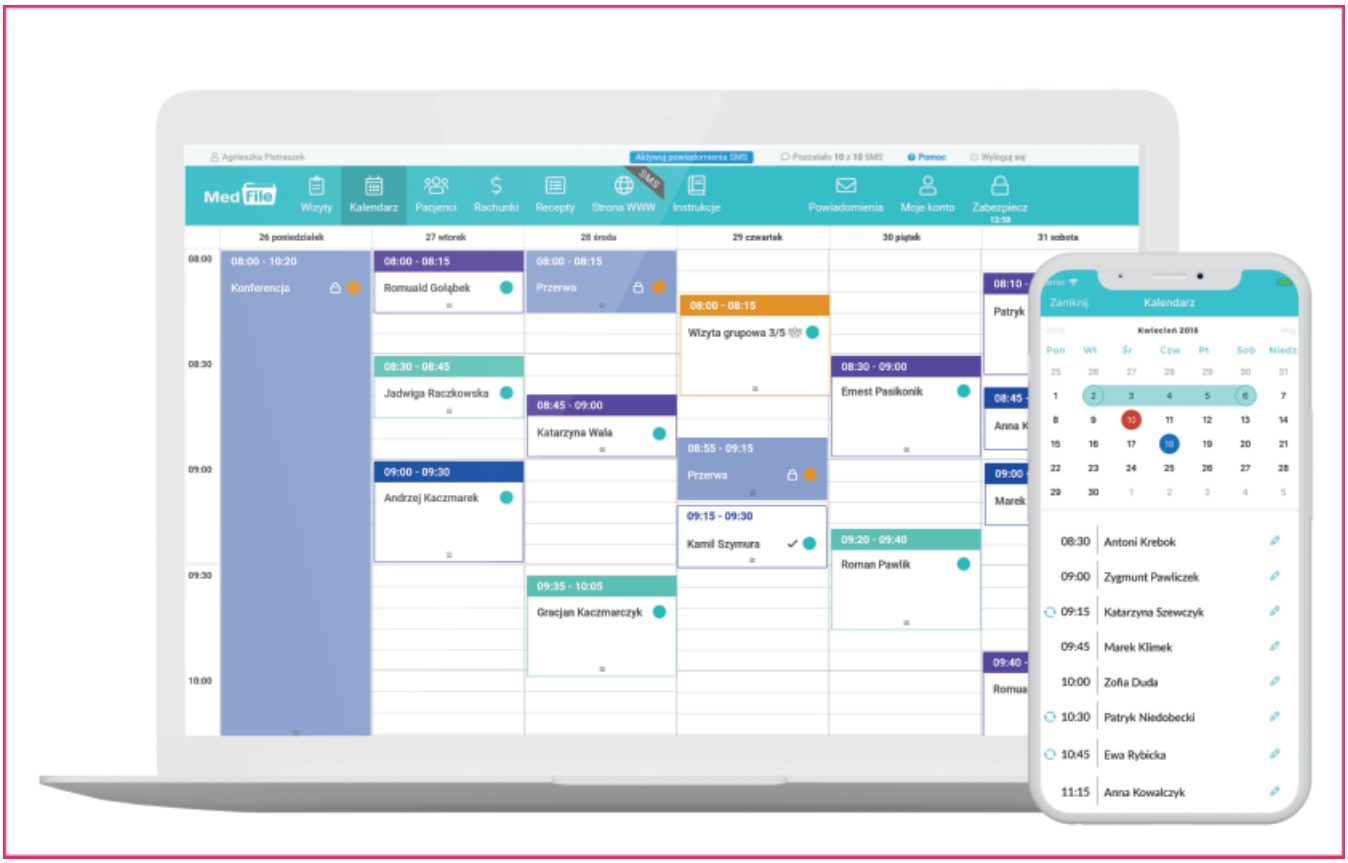
Podpis pacjenta w formie elektronicznej na formularzach przygotowanych przez specjalistów. Wysył-

ka na adres e-mail z zabezpieczeniem w formie tokena. Odpowiedzi pacjenta zapisywane są w jego kartotece. Zastosowania w postaci wypełnienie przez pacjenta wywiadu medycznego, ankiety zdrowotnej czy wyrażenie zgodny na oferowane usługi specjalistyczne.

Rejestracja pacjentów online 3w1 i powiadomienia SMS
Możliwość osadzenia formularza zapisu na wizytę na stronie www, w którym godziny dostępnych wizyt generują się dynamicznie w odniesieniu do kalendarza w aplikacji uwzględniając zarezerwowane już w kalendarzu wizyty. Rejestracja w podziale na usługę/specjalistę/gabinet. Przypomnienie o wizycie poprzez SMS.
Medfile® oferuje 100 SMS gratis na start dla każdego Użytkownika oraz 10 SMS w okresie testowym.

Darmowa strona www gabinetu i katalog gabinetów
Dzięki przygotowanym szablonom w prosty sposób można zbudować swoją stronę www, która pracuje 24/7. Na stronie można również zamieścić formularz do rejestracji pacjentów online oraz automatycznie uzyskać swoją stronę w katalogu „gabinetów" – zobacz www.medfile.pl/gabinety/

Aplikacja mobilna iOS i Android
Aplikacja pozwala na sprawne zarządzanie wizytami. Szybki dostęp do umówionych pacjentów przez mobile ułatwia lekarzowi sprawdzenie godzin pracy w danym dniu, a recepcjonistce pozwala zarządzać kalendarzem lekarza przez pominięcie tradycyjnego papierowego kalendarza. Z poziomu aplikacji można przejść do responsywnej karty pacjenta.



Import bazy danych pacjentów do Medfile

Integracja z Laboratoriami
Szybkie i skuteczne zlecanie badań laboratoryjnych i ich odczytu dzięki automatycznemu załadowaniu wyników do karty pacjenta.

Telemedycyna /Zdalny Gabinet
Telemedycyna to moduł, który pozwala na połączenie specjalistów z pacjentami w świecie online poprzez sieć teleinformatyczną 24/7. e-Konsultacje za pomocą wideo, czatu czy telefonu w oparciu o przeprowadzony wywiad lekarski czy dostarczone wyniki badań pacjenta.

Telefonia VoIP
Telefonia VoIP w Medfile to kompletna oferta obejmująca własny numer stacjonarny / komórkowy centralę telefoniczną ze scenariuszami IVR, nagrywanie połączeń i wirtualny fax.

Chcesz dowiedzieć się więcej o naszej ofercie? Umów się na bezpłatną prezentację systemu.
Zadzwoń pod numer (+48) 530 610 330 lub napisz do nas maila na adres: biuro@medfile.pl

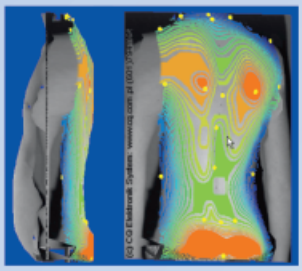
CQ Elektronik System

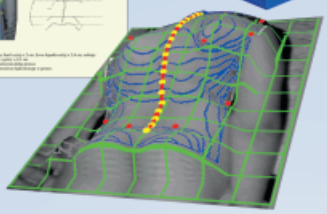
Nowoczesna diagnostyka
Terapia rehabilitacyjna

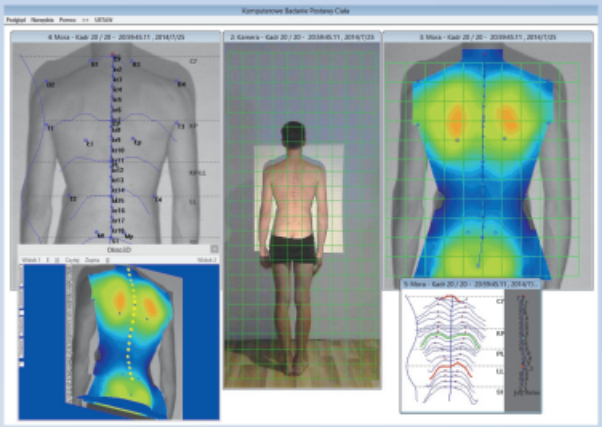
www.cq.com.pl

ZESTAW APARATURY DO LABORATORIUM KOMPUTEROWEJ DIAGNOSTYKI I KOREKCJI POSTAWY CIAŁA

SYSTEM MORA 4G



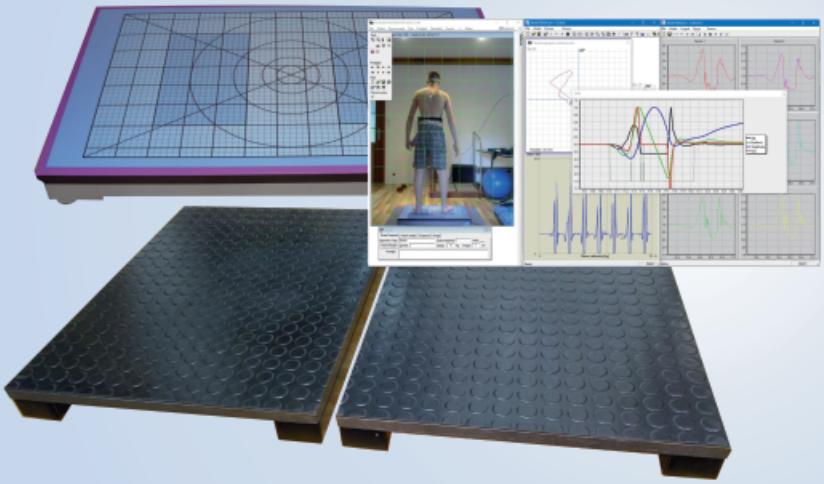


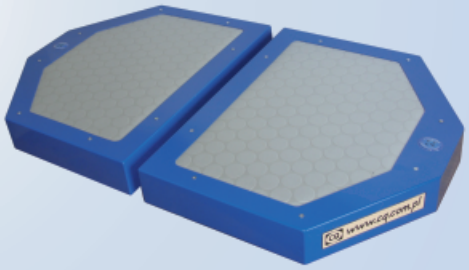


Fotogrametria przestrzenna 3D
Druga kamera całosylwetkowa

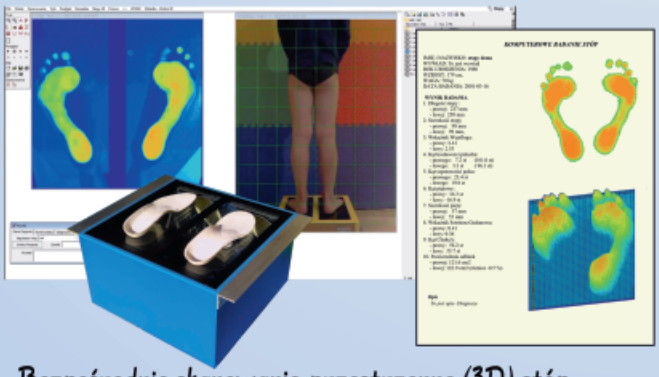
Platformy CQ-Stab2P

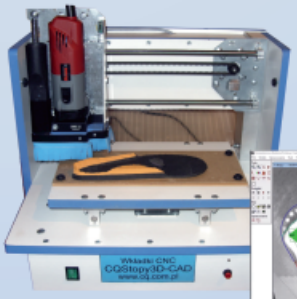
stabilograficzne i DYNAMOMETRYCZNE
jedno i DWUPŁYTOWE
do badania wyskoku dla SPORTOWCÓW

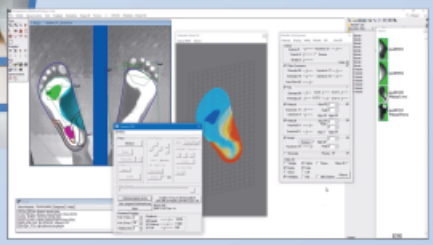




CQ-Stopy3D CAD-CNC







Bezpośrednie skanowanie przestrzenne (3D) stóp
System komputerowego wykonywania indywidualnych wkładek
Dokładna diagnostyka stóp i koślawości/szpotawości kolan i pięt

KOMPUTEROWE FREZOWANIE WKŁADEK
NA MIEJSCU, NA MIARĘ, NA CZAS !

PROJEKTUJEMY RÓWNIEŻ NA INDYWIDUALNE ZAMÓWIENIA
W OFERCIE · KOMPUTEROWE BADANIE POSTAWY · RUCHU · TREMORU · SIŁY · BALANSU · TRENINGU

Polski PRODUCENT * ul.Wiśniowa 15 * Czernica * tel.(71)3180104 * (601)794162

1 WYPRÓBUJ egzemplarz ZA DARMO

Wyślij sms pod nr **607 104 325**

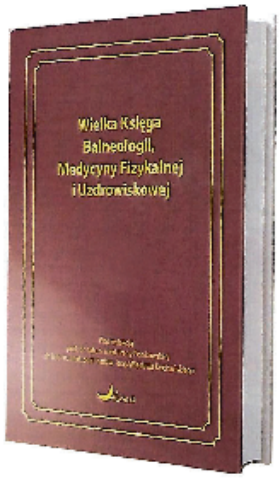
o treści: **BEZPŁATNY EGZEMPLARZ KE**

Kosmetologia Estetyczna
www.kosmetologiaestetyczna.com

CZASOPISMO DOSTĘPNE
w salonach Empik oraz w prenumeracie
kosmetologiaestetyczna/sklep
KosmetologiaEstetyczna

Wielka Księga Balneologii, Medycyny Fizykalnej i Uzdrowiskowej

Unikalne w skali światowej opracowanie wymienionych w tytule tematów. Księga pod redakcją prof. Ireny Ponikowskiej składa się z dwóch tomów, zawiera łącznie 59 rozdziałów opracowanych przez 62 znamienitych autorów, w tekście zamieszczono dużo kolorowych zdjęć, rycin i tabel. Starannie wydana, okładki w okleinie imitującej oprawę materiałową w kolorze burgunda.



www.wielkaksiegabalneologii.pl

Acta Balneologica
jest naukowym czasopismem Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej.
Ukazuje się od 1905 roku.

Na łamach kwartalnika publikowane są recenzowane prace z zakresu medycyny uzdrowiskowej – balneologii, bioklimatologii, balneochemii, hydrogeologii i medycyny fizykalnej – fizjoterapii, krioterapii, kinezyterapii, presoterapii, a także rehabilitacji.

Czasopismo indeksowane w bazie Emerging Sources Citation Index (ESCI) Web of Science.

www.actabalneologica.pl

Prenumerata roczna kosztuje 100 zł.
Koszty wysyłki na terenie kraju wliczone w cenę prenumeraty.
Ceny zawierają 5% VAT.

Zamówienia prenumeraty i książek oraz wszelkie pytania prosimy kierować na adres:
prenumerata@wydawnictwo-aluna.pl
Wydawnictwo ALUNA, Z.M.Przesmyckiego 29, 05-510 Konstancin-Jeziorna, tel. 22 245 10 55 w godz. 9-15.

ULTRASONOGRAFY

DLA FIZJOTERAPEUTÓW

HONDA 2200

!

Przy zakupie USG profesjonalne kilkudniowe szkolenie GRATIS!

CHCESZ MIEĆ W GABINECIE?
- najlepszy, przenośny ultrasonograf b/w na świecie,
- nowoczesne 128-elem. głowice,
- 3 lata gwarancji i niską cenę!

CHCESZ MIEĆ?
- szybką i trafną diagnozę narządu ruchu i skutecznie dobraną terapię
- sonofeedback w leczeniu schorzeń i rehabilitcji pod kontrolą USG,
- wyselekcjonowanie pacjentów już na pierwszej wizycie (rehabilitacja czy skierowanie do szpitala).

CHCESZ IŚĆ NA PROFESJONALNE SZKOLENIE dla fizjoterapeutów kupując USG?

CHCESZ MIEĆ SUPER WARUNKI LEASINGU i uproszczoną procedurę przy zakupie USG?

NIE CZEKAJ, AŻ INNI CIĘ WYPRZEDZĄ!

Made in Japan

ULTRASONOGRAFIA W UROGINEKOLOGII !!!

CHCESZ?
- szybko diagnozować specyficzne i niespecyficzne bóle lędźwiowo-krzyżowe i zaburzenia uroginekologiczne,
- odczytywać, interpretować obrazy usg i leczyć podstawy pęcherza moczowego, mięśnie dna miednicy, mięśnie brzucha, rozejście kresy białej,
- poszerzyć zakres usług w swoim gabinecie i praktycznie wykorzystywać usg do terapii pacjentów w uroginekologii.

KUP ULTRASONOGRAF HONDA 2200 I IDŹ NA PROFESJONALNE SZKOLENIE !!!

My zapłacimy za kurs, damy najlepszy leasing, dostarczymy aparat, przeszkolimy! I otoczymy opieką gwarancyjną i pogwarancyjną!

Małgorzata Rapacz kom. 695 980 190

polrentgen®

www.polrentgen.pl

TERAPIA DNA MIEDNICY
METODA KOSZLI

Fizjoterapia w uroginekologii, położnictwie i seksuologii – KURSY

Zapraszamy na autorskie kursy praktyczne. Prowadzi je mgr Michał Koszla – fizjoterapeuta, który tą dziedziną fizjoterapii zajmuje się od 2001 roku. Opracował on własną diagnostykę i strategie terapii dna miednicy w takich schorzeniach, jak:

- u kobiet i mężczyzn: nietrzymanie moczu, stolca, gazów i inne problemy z mikcją czy defekacją; bóle w obrębie podbrzusza i miednicy
- u kobiet: bóle miesiączkowe, owulacyjne; wulwodynia; dysfunkcje seksualne, takie jak pochwica, dyspareunia, anorgazmia, brak czucia współżycia;
- u mężczyzn – trudności z erekcją, inne dysfunkcje seksualne; bóle po prostatektomii

Prowadzi też pacjentki po porodach fizjologicznych i po cięciu cesarskim. Od pierwszych dni połogu zajmuje się takim aspektami, jak:

- przywracanie poprawnej synergii mięśni brzucha, pracując nie tylko z rozejściem kresy białej, ale odruchami warunkującymi poprawną pracę mięśni
- terapia bóli narządu ruchu oraz praca nad powrotem do sylwetki
- terapia bólu blizny po cięciu cesarskim
- terapia bólu po nacięciu krocza oraz dysfunkcji dna miednicy

Kurs Fizjoterapia zaburzeń dna miednicy obejmuje 3 stopnie, każdy trwa 5 dni.
Już I stopień daje terapeutom wiedzę i umiejętności wystarczające do wyprowadzenia większości zaburzeń dna miednicy.
Stopień II to praca z całym ciałem, dzięki której terapia dna miednicy przynosi szybsze efekty.
Natomiast stopień III to nauka diagnostyki USG mięsni brzucha i mięśni dna miednicy i praktyczne aspekty wykorzystania USG do strategii terapii.

Najbliższy termin kursu I stopnia: 16-20 września 2019 Poznań
Cena: 3900 zł

Kurs Fizjoterapia w połogu trwa 4 dni. Skupia się on głównie na pracy z mięśniami brzucha, przywracaniu równowagi mięsniowej potrzebnej do powrotu do prawidłowej sylwetki oraz na profilaktyce zaburzeń dna miednicy i na działaniu przeciwbólowym (bóle pleców, karku, podstawowa praca z bólem krocza)

Najbliższy termin kursu: 16-19 października 2019 Poznań
Cena: 2400 zł

pytania i zgłoszenia: biuro@koszla.pl

więcej informacji na: http://terapiadnamiednicy.pl/kursy-dla-fizjoterapeutow

MedFile®

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

Kompleksowy program dla gabinetu

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

+ Promocja Gabinetu
+ Powiadomienia SMS
+ Rejestracja Online
+ Strona WWW

Załóż **DARMOWE** konto

Gabinet **w Internecie** | Pozyskuj **Pacjentów** | Realizuj **wizyty**

Z kodem "ptf06" Medfile Plus za 490 zł brutto/rok. Oferta ważna do 31.12.2019.

www.medfile.pl