



Związek Zawodowy Uzdrowisk Polskich

Zarząd Krajowy

87 – 800 Wieniec - Zdrój, ul. Zdrojowa 2

(54) 272 15 49

fax: (54) 236 23 07

tel. kom: 604 189 728



REGON 001399895

NIP 891-13-77-050

Wieniec Zdrój, 27.10.2022 r.

Szanowna Pani

Marlena Małąg

Minister Rodziny i Polityki Społecznej

Szanowna Pani Minister,

Związek Zawodowy Uzdrowisk Polskich Zarząd Krajowy, jako organizacja zrzeszająca Pracowników Uzdrowisk w naszym Kraju z ogromnym niepokojem ocenia zmiany zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia, przygotowane przy współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Parlamentarnym Zespołem d.s Uzdrowisk, Mundurowej Służby Zdrowia, Rehabilitacji i Gmin Uzdrowiskowych z zakresie reformy leczenia uzdrowiskowego.

Przedstawione poniżej kwestie budzą nasz głęboki niepokój, a przez osoby zaangażowane w proces wdrażania reformy są notorycznie bagatelizowane, omijany jest dialog społeczny a w samym środowisku, zarówno pracodawców jak i pracowników, budzą znaczne obawy w kontekście ograniczenia dostępności do leczenia uzdrowiskowego pacjentom, w szczególności seniorom i osobom ze specjalnymi potrzebami/z niepełnosprawnością/.

1. Wprowadzenie systemu e-skierowań dla leczenia uzdrowiskowego spowoduje maksymalizację braku dostępności do tej formy leczenia poprzez:

- wprowadzenie utrudnień natury techniczno - informatycznej dla seniorów oraz osób niepełnosprawnych. Około 70 % pacjentów korzystających z tej formy leczenia są to osoby

w wieku poprodukcyjnym, których jedynym źródłem utrzymania jest emerytura lub renta, nie posiadają sprzętu komputerowego, umiejętności poruszania się w systemach informatycznych, nie posiadają założonego konta IKP,

- nadmierną odmowę wystawiania skierowań na leczenie/rehabilitację uzdrowiskową przez lekarzy POZ lub lekarzy specjalistów podyktowaną: brakiem elementarnej wiedzy o wskazaniach i przeciwwskazaniach medycznych, rodzajów i ilości kierunków leczniczych każdej z poszczególnej z 46 miejscowości uzdrowiskowych oraz o ponad 140 zakładach lecznictwa uzdrowiskowego – obowiązkiem lekarza kierującego, zgodnie z założeniami reformy jest przekazanie e-skierowania do konkretnego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w danym uzdrowisku, czasochłonności wypisania skierowania w kontekście rozbudowanego wywiadu lekarskiego (tak stało się ze skierowaniami dla dzieci, co spowodowało brak skierowań a w konsekwencji zamknięcie szpitali/sanatoriów dziecięcych).

- lecznictwo uzdrowiskowe, jako jedyne świadczenie w systemie ochrony zdrowia charakteryzuje się swoistą specyfiką zastosowania do leczenia bogactw naturalnych- wód leczniczych i peloidów z uzupełnieniem leczenia mikroklimatem, zgodnie rodzajami kierunków leczniczych, stąd też porównanie zastosowania e-skierowań dla lecznictwa uzdrowiskowego wobec innych rodzajów świadczeń w systemie jest zupełnie nietrafione i bez medycznego uzasadnienia.

2. Wynik finalny przerzucenia kosztów na Pacjenta doprowadzi do:

- globalnej rezygnacji z leczenia uzdrowiskowego osób tej formy leczenia o niskich dochodach (emerytów, rencistów, niepełnosprawnych, bezrobotnych) – w założeniach reformy płatnik publiczny płaci wyłącznie za wykonaną procedurę leczniczą – koszty zakwaterowania, wyżywienia oraz wszelkie innego rodzaju koszty nie związane *stricto* z procedurą medyczną ponosił będzie pacjent np. koszty wynagrodzeń pracowników niemedycznych (m.in. np. kuchar, kelner, sprzątaczką, administracja), środki czystości i dezynfekcji, koszt mediów pionu administracji, hotelowego, żywienia, opłata uzdrowiskowa pobierana w miejscowościach uzdrowiskowych itp., co także ma bezpośrednie przełożenie na wykluczenie w dostępie do świadczeń z zakresu ochrony zdrowia, marginalizację polityki senioralnej oraz polityki na rzecz osób ze specjalnymi potrzebami dominować będzie zasada zabezpieczenia podstawowych potrzeb życiowych, leków, opłacenie mediów w

gospodarstwie domowym. Osoby te zostaną poza możliwością korzystania z dobrodziejstw klimatu, leczenia z udziałem leczniczych surowców naturalnych i wspomaganej fizjoterapią w dobie nagminnego rozwoju chorób cywilizacyjnych i potrzeby stosowania zdrowotnej profilaktyki na potrzeby rynku pracy, przeciwdziałania niniejszym oraz potrzebie leczenia schorzeń przewlekłych. Widoczny jest odwracający się coraz bardziej trend zapotrzebowania z najdroższego na najtańszy standard pokoju łóżkowego tj. pokoju wieloosobowego przez pacjentów, dla których obecnie ustalone kwoty dopłat do wyżywienia i zakwaterowania stanowią w obecnych realiach znaczną barierę finansową,

3. Likwidacja szpitali uzdrowiskowych poprzez rozważaną koncepcję zmian doprowadzi do:

- obniżenia dostępności do lecznictwa uzdrowiskowego seniorom, emerytom, rencistom, osobom niepełnosprawnym i pacjentom ubogim z uwagi na likwidację bezpłatnej formy leczenia i rehabilitacji uzdrowiskowej poprzez wprowadzenie całkowicie rynkowej, wysokości „systemu” dopłat do kosztów wyżywienia i noclegu za pobyt w sanatorium,
- odebrania możliwości korzystania przez pacjentów z krótszej ścieżki dostępności do rehabilitacji (krótsze terminy oczekiwania na leczenie w szpitalu uzdrowiskowym)
- konieczności dodatkowego opłacenia opłaty uzdrowiskowej (około 4,50 – 5 zł. / doba, której obecnie nie uiszczają osoby ze skierowaniami szpitalnymi.

4. Wprowadzenie swobody wyboru miejscowości uzdrowiskowej i zakładu lecznictwa uzdrowiskowego

nie dość, że będzie miało charakter pozorny z uwagi na obligatoryjność odbycia leczenia w uzdrowisku o właściwym dla schorzenia kierunku leczniczym z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań dla danego uzdrowiskowego mikroklimatu leczniczego i posiadanych zasobów naturalnych to w konsekwencji:

- wydłuży kolejki i zwiększenie zainteresowania pacjentów miejscowościami uzdrowiskowymi o znacznie większej rozpoznawalności, kosztem pozostałych miejscowości

uzdrowiskowych o mniejszym zainteresowaniu pacjentów, ale posiadających np. unikalne, naturalne surowce lecznicze,

- spowoduje przekształcenie lecznictwa uzdrowiskowego, jako integralnej części systemu ochrony zdrowia w turystyczny „Booking.com”, co jest przeciwstawne ideologii powstania uzdrowisk i wykorzystania ich walorów leczniczych, rekomendacji medycznych światowych i krajowych od wielu wieków lekarzy specjalistów balneologii i medycyny fizykalnej – ponad 3.5 tys. opracowań naukowych, opracowanych procedur i zasad leczenia i niedopuszczalne w krajach z Polską sąsiadujących – przykładem m.in. Czechy powracające do idei klasycznego lecznictwa uzdrowiskowego po krótkotrwałym bumie SPA i Wellness, jako najtańszej formy wspomagania leczenia schorzeń poza warunkami typowego szpitalnictwa,

1) doprowadzi do znacznej likwidacji miejsc pracy osób bezpośrednio zatrudnionych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i w otoczeniu gmin uzdrowiskowych mniej rozpoznawalnych (gastronomia, usługi, handel itp.), upadłości zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, będących niejednokrotnie największymi zakładami pracy i pracodawcami w okolicy. Powodem bezrobocia, likwidacji działalności leczniczej będzie niewystarczające obłożenie całoroczne. Zaznaczyć należy, że zakłady lecznictwa uzdrowiskowego zatrudniają niejednokrotnie całe rodziny, dla których pozyskane wynagrodzenie z tytułu świadczenia w nich pracy są jedynym źródłem utrzymania – w okolicach gmin uzdrowiskowych w przeważającej części brak typowego przemysłu, a co za tym idzie w parze i alternatywnych miejsc zatrudnienia, jak i brak wydzielonych środków finansowych, wg oświadczenia projektodawców (MZ i NFZ), na realizację reformy i zmian funkcjonowania lecznictwa uzdrowiskowego w zakresie nowej wyceny świadczeń zdrowotnych, poprawy jakości usług czy sfinansowania czterech zabiegów zadeklarowanych przez MZ.

5. Raport 2017 r.

Opracowany w 2017 r. Raport Końcowy dotyczący koncepcji zmian w lecznictwie uzdrowiskowym przez Zespół Ekspertów powołany przez Ministra Zdrowia zakładał rozwój uzdrowisk oraz wykorzystanie potencjału uzdrowiskowego na potrzeby profilaktyki, leczenia schorzeń przewlekłych, polityki senioralnej i potrzeby osób niepełnosprawnych.

Proponowane założenia wprowadzenia Jednorodnych Grup Pacjentów w lecznictwie uzdrowiskowym, po dokonaniu dogłębnych, w następstwie raportu, analiz medycznych korzystających z leczenia/ rehabilitacji uzdrowiskowej grup pacjentów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego mogą mieć zastosowanie jedynie w przypadku szpitala uzdrowiskowego, do którego powinni być kierowani wyłącznie pacjenci w ramach kontynuacji leczenia szpitalnego – po operacjach, długotrwałym leczeniu w warunkach szpitalnych natomiast nie mają zupełnie odniesienia do klasyfikacji medycznej pacjenta z wielochorobowością, a taki pacjent kierowany jest do sanatorium uzdrowiskowego.

Zaznaczyć należy, że współtwórcą i gorącym orędownikiem koncepcji tychże zmian, zaangażowanym w rozwój lecznictwa uzdrowiskowego i zwiększenia autorytetu walorów naturalnych uzdrowisk w systemie ochrony zdrowia i polityki społecznej była powołana na Konsultanta Krajowego przez Ministra Zdrowia w dniu 6 października br. lekarz medycyny, specjalista z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej, co napawa ogromnym optymizmem całe środowisko branży uzdrowiskowej, gdyż obecnie planowane zmiany są produktem finalnym odwróconej o 180 stopni koncepcji z 2017 r. Mamy więc nadzieję, że prace nad reformą z udziałem obecnego Konsultanta Krajowego nie doprowadzą do marginalizacji lub wykluczenia ok. 60-70 % pacjentów z dostępności do tej formy leczenia oraz miejscowości uzdrowiskowych (ok. 50 proc.) mniej rozpoznawalnych przez ubezpieczonych pacjentów w związku z nowym systemem „upodmiotowienia pacjentów” na rzecz miejscowości uzdrowiskowych.

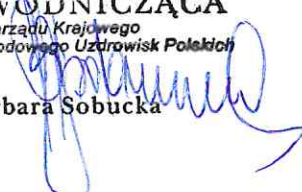
6 . Konkluzja

Związki Zawodowe i Środowisko branży uzdrowiskowej nie negują, że prace nad reformą należy prowadzić, poszukiwać konsensusu pomiędzy potrzebą eliminacji w społeczeństwie tj. interes zdrowotny pacjenta, gospodarczy- interes Państwa i świadczeniodawców – pracodawców i płatników podatków, a narracją decydentów polityki zdrowotnej i społecznej.

Organizacje uzdrowiskowe SUUP, IGUP, SGU RP oraz Uzdrowiskowe Organizacje Związkowe jednym głosem wskazują, że wdrożenie zmian o charakterze „Rewolucji Uzdrowiskowej”- bez programu pilotażowego, w okresie potęgującego się kryzysu gospodarczego i finansowego w kraju i na świecie, galopującej inflacji, dramatycznego wzrostu kosztów działalności u świadczeniodawców oraz kosztów

życia pacjentów będzie miało bezpośredni negatywnie wpływ na dostępność do świadczeń medycznych dla pacjenta i polityki społecznej, na organizację leczenia i płynne przyjazdy pacjentów do uzdrowisk, wzrost bezrobocia w miejscowościach uzdrowiskowych oraz upadłość zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Przyczyni się to bezspornie do likwidacji lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce, uzdrowisk i ich walorów leczniczych. Lecznictwo uzdrowiskowe w systemie ochrony zdrowia jest od lat najtańszą formą leczenia dla systemu ochrony zdrowia i należy je kultywować nie tylko dla ówczesnych ale i kolejnych pokoleń Polaków, a jego potencjał w pełni przeznaczyć na potrzeby wskazane w Raporcie z 2017 r. Należy to uczynić, mając na uwadze starzejące się społeczeństwo naszego kraju, efekty uboczne dla stanu zdrowia jednostki ludzkiej po przebytych zakażeniu COVID, które to dają możliwość poprawy zdrowia, dbałość Państwa o Pacjenta.


PRZEWODNICZĄCA
Zarządu Krajowego
Związku Zawodowego Uzdrowisk Polskich

Barbara Sobucka

Do wiadomości:

1. Zofia Czernow –Parlamentarny Zespół d.s Uzdrowisk
2. Rajmund Miller-Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu d.s Zdrowia Publicznego
3. Elżbieta Ostrowska – Przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów
4. Stanisław Maćkowiak- Prezes Federacji Pacjentów Polskich
5. Andrzej Radzikowski-Przewodniczący Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych
6. Maria Ochman-Przewodnicząca Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ "Solidarność"
7. Waldemar Krupa-Prezes Izby Gospodarczej Uzdrowisk Polskich
8. Jerzy Szymańczyk- Prezes Stowarzyszenia Unii Uzdrowisk Polskich
10. Przewodniczący Organizacji Związkowych Związku Zawodowego „Uzdrowisk Polskich” w Uzdrowiskach
11. Media