

Magdalena A. Mrozek-Gąsiorowska

# Rehabilitacja medyczna osób starszych. Zasadność, potrzeby i możliwości

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja medyczna, fizjoterapia, dostęp do świadczeń zdrowotnych, osoby w wieku podeszłym

## ■ Wprowadzenie

Rehabilitacja medyczna jest postępowaniem medycznym skierowanym do osób z ograniczeniami sprawności. Jako że ograniczenia te stanowią także cechę dłuższego życia, potrzeba rehabilitacji medycznej dotyczy także podtrzymywania sprawności funkcjonalnej osób starszych. Postępowanie medyczne ma w takich przypadkach bardziej charakter profilaktyczny niż *sensu stricto* leczniczy. Obecnie, gdy mamy do czynienia ze wzrostem dynamiki starzenia się populacji, zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej istotnie wzrasta. W obecnym systemie opieki zdrowotnej nie ma jednak rozgraniczenia potrzeb rehabilitacyjnych jako rezultatu choroby czy uszkodzenia organizmu od potrzeb związanych z obniżaniem się sprawności na skutek starszego wieku.

Profilaktyczny charakter rehabilitacji medycznej jest istotnym elementem działań w ramach programów zdrowego starzenia się (*healthy aging*), które stają się finansowo coraz bardziej ważące w wydatkach na zdrowie. Proces starzenia się jest w Polsce bardzo dynamiczny (zob. artykuł Ewy Kocot w tym numerze „Zeszytów”). W szybkim tempie wzrasta liczba i udział osób starszych w populacji, czemu towarzyszy wzrost liczby osób borykających się z niepełnosprawnością bądź ograniczeniami sprawności. Rehabilitacja medyczna w programach zdrowego starzenia się ma dwa nurty działań. Jeden adresowany jest już do osób starszych. Zapewniając im bowiem lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji, umożliwia się dłuższe uczestnictwo w życiu społecznym (funkcja integracyjna), a także zmniejsza zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, m.in. na leczenie szpitalne i usługi opieki długoterminowej. Drugi nurt adresowany jest do osób niebędących jeszcze w starszym wieku i ma przede wszystkim charakter profilaktyczny. Zapobieganie niepełnosprawności może

ograniczyć późniejsze wydatki socjalne i zdrowotne na życie w takim stanie.

Celem artykułu jest instytucjonalne przedstawienie rehabilitacji medycznej: zdefiniowanie jej działań, organizacji oraz finansowania z próbą zidentyfikowania potrzeb rehabilitacyjnych i korzystania z usług rehabilitacyjnych przez osoby starsze. W przygotowaniu artykułu wykorzystano raporty i sprawozdania głównych instytucji sektora zdrowotnego, w tym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a także opracowania statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego (GUS).

W kolejnych częściach artykułu zaprezentowano system rehabilitacji medycznej w Polsce, jego organizację oraz źródła i wielkość finansowania usług rehabilitacyjnych. Oceniono również dostęp do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji medycznej, a także wybranych procedur medycznych na podstawie udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia danych odnośnie do liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na wybrane usługi rehabilitacyjne.

## 1. Definiowanie rehabilitacji medycznej

Według definicji WHO rehabilitacja jest kompleksowym, zespołowym postępowaniem w stosunku do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie tym osobom pełnej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do czynnego życia społecznego [1].

Pełna skuteczność rehabilitacji medycznej jest ściśle związana z towarzyszącym i rehabilitacyjnym usługom zdrowotnym działaniami w zakresie rehabilitacji społecznej oraz zawodowej. Działania rehabilitacyjne z zastosowaniem zróżnicowanych i dostosowanych do specyfiki wieku metod dają możliwość przynajmniej

częściowej redukcji deficytów, zwalczania izolacji i bierności, a w konsekwencji utrzymywania poczucia samodzielności i przydatności społecznej [2].

Polska koncepcja rehabilitacji, której inicjatorami byli prof. Wiktor Dega oraz prof. Marian Weiss, zakłada następujące cele i cechy:

- wczesność zapoczątkowania – rehabilitacja rozpoczyna się możliwie już w okresie leczenia, od czasu przyjęcia chorego do szpitala lub ambulatorium;
- powszechność – rehabilitacja jest dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują, i obejmuje wszystkie specjalności w lecznictwie szpitalnym, ambulatoryjnym i sanatoryjnym;
- ciągłość – z chwilą zapoczątkowania rehabilitacja jest prowadzona w sposób konsekwentny, systematyczny, aż do uzyskania pełnej sprawności, a u osób nierokujących pełnego powrotu do zdrowia do czasu uzyskania optymalnych mechanizmów kompensacyjnych, utrwalających wyniki usprawnienia lub utrzymania uzyskanej kondycji. Rehabilitacja medyczna jest ściśle powiązana z rehabilitacją zawodową i społeczną;
- kompleksowość – maksymalne wykorzystanie wszystkich dostępnych działów rehabilitacji, najnowszych metod terapii i sprzętu rehabilitacyjnego; rehabilitacja powinna być prowadzona przez zespół specjalistów różnych dziedzin i z zastosowaniem wielu dostępnych metod, technik i rodzajów terapii; uwzględnia się od początku wszystkie aspekty (etapy) rehabilitacji, tj. leczniczy, społeczny i psychologiczny. Wszystkie etapy procesu rehabilitacji mogą być realizowane tylko przez grupę przygotowanych specjalistów, tworzących interdyscyplinarny zespół, którego skład zależy od programu usprawniania, jaki zostaje opracowany indywidualnie dla określonej osoby. W zależności od indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej proces ten może obejmować całość postępowania rehabilitacyjnego, zawartego w trzech etapach, ściśle zalegających się z sobą (rehabilitacja lecznicza, społeczna, w tym zawodowa i psychologiczna) lub też przebiegać w formie ograniczonej [3].

Rehabilitacja medyczna zwana często również fizjoterapią jest bardzo złożoną i niejednorodną metodą leczniczą. Wyróżniamy trzy podstawowe obszary rehabilitacji medycznej: kinezyterapię, fizykoterapię oraz masaż leczniczy.

Kinezyterapia jest metodą leczniczą, w której wykorzystuje się ruch jako środek leczniczy. Wyróżniamy kinezyterapię o działaniu miejscowym i kinezyterapię o oddziaływaniu ogólnousprawniającym [4]. Fizykoterapia (inaczej medycyna fizykalna) jest działem lecznictwa, w którym stosuje się występujące w przyrodzie naturalne czynniki fizyczne (np. promieniowanie słońca) oraz czynniki fizyczne wytworzone przez różnego rodzaju urządzenia (np. urządzenia dostarczające promieniowania nadfioletowego) [5]. Fizykoterapia obejmuje takie działy, jak: wodolecznictwo, aerozoloterapię, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapię, balneoterapię, helioterapię, magnetoterapię czy elektroterapię [6]. Masaż leczniczy jest natomiast formą oddziaływania na ustrój, wykorzy-

stującą bodźce mechaniczne głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych. Wśród wielu metod masażu wyróżnia się przede wszystkim masaż klasyczny, segmentarny oraz podwodny [7].

Każdy z obszarów rehabilitacji medycznej jest szeroko wykorzystywany w lecznictwie uzdrowiskowym. W rehabilitacji osób starszych często stosowany jest także sprzęt rehabilitacyjny i zaopatrzenie ortopedyczne, takie jak protezy i sprzęt pomocniczy (kule, laski, wózki oraz specjalne obuwie).

## 2. Rehabilitacja medyczna adresowana do osób starszych

Uznanie rehabilitacji medycznej adresowanej do osób starszych, u których proces ograniczania sprawności nie jest często procesem chorobowym, lecz zmian biologicznych, postępujących z wiekiem, nastąpiło wraz z akceptacją i rozwojem koncepcji zdrowego starzenia się (*healthy aging*).

Punktem wyjścia do zdrowego starzenia się jest zagwarantowanie równowagi między możliwościami a celami jednostki. Zagadnienie zdrowego starzenia się pojawiło się już w 1998 roku jako element Celu 5 polityki WHO noszącej nazwę „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. WHO zaproponowała także trzy cele dla aktywnego starzenia się, z których jeden to przywracanie utraconej sprawności poprzez rehabilitację. Definicja zdrowego starzenia się stosowana w ramach programu „Zdrowe Miasta”, wprowadzonego przez WHO, uznaje prawo wszystkich ludzi do jednakowych możliwości i równego traktowania we wszystkich aspektach, szczególnie w podeszłym wieku [8]. W koncepcji zdrowego starzenia się nie chodzi tyle o przedłużenie życia, ile o zapewnienie, że będąc w wieku podeszłym, będziemy cieszyć się dobrym zdrowiem tak długo, jak to możliwe [9]. W Raporcie „Zdrowe starzenie się – wyzwanie dla Europy” zdrowe starzenie się zdefiniowano jako proces, w którym w konkretnych warunkach zdrowia (psychicznego, fizycznego i społecznego) jednostki stwarza się osobom starszym optymalne warunki uczestnictwa w życiu społecznym bez przejawów dyskryminacji, pozwalając na czerpanie satysfakcji z niezależności oraz dobrej jakości życia [8].

Jednym z dziesięciu omówionych w tym raporcie zagadnień o największym znaczeniu dla promowania zdrowego starzenia się jest aktywność fizyczna. Priorytetowym obszarem działania w obrębie zagadnienia odnoszącego się do aktywności fizycznej jest zwiększanie poziomu aktywności fizycznej wśród osób starszych w celu osiągnięcia zalecanego standardu międzynarodowego, który wynosi 30 lub więcej minut co najmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego w większość dni tygodnia, a najlepiej codziennie. Cel ten w przypadku osób starszych może być realizowany poprzez wykorzystanie metod rehabilitacyjnych, takich jak kinezyterapia, która jest zwana również gimnastyką leczniczą [10]. Osoba starsza może wykonywać wybrane ćwiczenia pod kierunkiem rehabilitanta. Należy jednak pamiętać, że zasady usprawniania pacjentów w wieku podeszłym są specyficzne, a rehabilitacja medyczna osób starszych skupiona

jest na innych celach w porównaniu z rehabilitacją medyczną stosowaną u osób młodszych. Fizjoterapia w geriatrici ma przede wszystkim podtrzymać lub przywrócić sprawność i wydolność obniżoną lub utraconą wskutek zmian inwolucyjnych oraz różnych chorób u osób w starszym wieku [11]. Wykazano, że np. ćwiczenia z oporem skutecznie zwiększają siłę osób starszych i wywierają pozytywny wpływ na ograniczenia funkcjonalne, takie jak szybkość chodu [8]. Jednak nie wszystkie ćwiczenia rehabilitacyjne są wskazane w fizjoterapii geriatrycznej. Nie zaleca się stosowania m.in. ćwiczeń szybkościowych czy ćwiczeń na bezdechu. Przeciwwskazane są również gwałtowne zmiany pozycji i ćwiczenia z wykorzystaniem skomplikowanych przyrządów gimnastycznych [11].

### 3. System rehabilitacji – zasady ogólne

W raporcie WHO dotyczącym niepełnosprawności kwestie dotyczące rehabilitacji podzielono na trzy kategorie:

- medycyna rehabilitacyjna;
- terapia;
- technologie asystujące [12].

Świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny rehabilitacyjnej są udzielane przez lekarzy posiadających specjalizację w rehabilitacji medycznej. Specjalizacja ta najczęściej jest łączona z innymi specjalizacjami, takimi jak pediatria, medycyna ogólna, chirurgia ogólna i chirurgia dziecięca oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu. W wielu krajach, gdzie brakuje lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej, świadczenia są udzielane przez innych lekarzy lub terapeutów. Do grupy terapeutów i rehabilitantów można zaliczyć m.in. fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, ortoptystów, protetyków, psychologów, asystentów osoby niepełnosprawnej, pracowników socjalnych oraz terapeutów mowy i języka. Terapia obejmuje:

- szkolenie, ćwiczenia i strategie wyrównujące;
- edukację;
- wsparcie i doradztwo;
- zmiany w otoczeniu;
- zapewnienie środków i technologii asystujących.

Wykazano, że stosowanie tych interwencji terapeutycznych w długookresowej opiece nad osobami starszymi zmniejsza poziom niepełnosprawności. Działania specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej wspomagają technologie asystujące. Technologie asystujące, w tym sprzęt rehabilitacyjny, to szeroka grupa rozwiązań umożliwiających większą niezależność osób niepełnosprawnych. Są to urządzenia, które ułatwiają osobom niepełnosprawnym funkcjonowanie w codziennym życiu oraz umożliwiają uczestnictwo w życiu społecznym, edukacji oraz na rynku pracy. Przykładami technologii asystujących są: kule, protezy, syntezytory mowy, a także alfabet Braille'a. Nowoczesną technologią asystującą jest np. monitor brajlowski oraz IBOT (zaawansowany technologicznie wózek inwalidzki) [12].

Potrzeby i możliwości rehabilitacji medycznej w poszczególnych krajach i regionach świata znacznie się różnią, szczególnie jeśli chodzi o porównanie krajów

o niskim i wysokim dochodzie. Kraje o niskim dochodzie borykają się z takimi problemami, jak brak specjalistów, brak dostępu do podstawowych technologii stosowanych w rehabilitacji medycznej, a także występującej w wielu z tych krajów nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz do kształcenia w zakresie rehabilitacji, m.in. ze względu na płeć (np. kraje islamskie). Krajów o średnim i wysokim dochodzie wiele z tych problemów nie dotyczy, jednak i tutaj na rehabilitację przeznaczają się zbyt mało środków, by zaspokoić choć podstawowe potrzeby, które, ze względu na zmiany demograficzne, wciąż rosną.

Dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji jest wielce zróżnicowany. Rozwiązania instytucjonalne są również bardzo rozmaite i brakuje standardów w tej dziedzinie. Świadczenia z zakresu medycyny rehabilitacyjnej i terapii mogą być udzielane na specjalnych oddziałach szpitalnych lub w szpitalach specjalistycznych czy klinikach, w odrębnych centrach rehabilitacyjnych, w ramach prywatnych lub grupowych praktyk. Nieodosobnione jest udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych na oddziałach szpitali ogólnych, w hospicjach, szkołach i w miejscu pracy oraz w miejscu zamieszkania osoby wymagającej terapii. Dane dotyczące dostępności usług są często niekompletne, a dla krajów, dla których informacje te są pełne, porównanie danych jest utrudnione m.in. z powodu różnic w definiowaniu i klasyfikacji instytucji oraz personelu, a także rozbieżności w sposobie zbierania danych oraz źródeł informacji [12].

Kolejną kwestią jest finansowanie świadczeń rehabilitacyjnych. Koszt rehabilitacji może być barierą dla wielu osób, zarówno w krajach o niskim dochodzie, jak również w krajach o wysokim dochodzie. Nawet jeśli część kosztów rehabilitacji ponosi budżet państwa lub ubezpieczyciel, mogą one nie być pokrywane na takim poziomie, by była ona dostępna, ponieważ osoby niepełnosprawne są często nieubezpieczone: osoby niepracujące czy inaczej wykluczone z głównego nurtu życia społecznego. W wielu krajach technologie asystujące, w tym sprzęt rehabilitacyjny, nie są w ogóle finansowane ze środków publicznych albo są w ogóle niedostępne, tak jak to ma miejsce dla technologii wysoce zaawansowanych. Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne w przypadku wielu krajów są bardzo trudne do oszacowania, ponieważ świadczenia te nie są często wyodrębnione z pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej [12].

Dane dotyczące zasobów ludzkich na potrzeby rehabilitacji są również często niedostateczne. Wprawdzie np. w polskich opracowaniach statystycznych przygotowanych corocznie przez GUS prezentowane są dane dotyczące liczby fizjoterapeutów i rehabilitantów w Polsce, to odnoszą się one tylko do tych pracowników medycznych, których głównym miejscem pracy jest zakład opieki zdrowotnej resortu zdrowia, resortu obrony narodowej bądź resortu spraw wewnętrznych, różnego rodzaju praktyka lub stacjonarne zakłady pomocy społecznej [13]. Dokładne określenie liczby fizjoterapeutów w Polsce jest utrudnione, ponieważ nie prowadzi się rejestrów wykonywania tego zawodu, inaczej niż w przypadku lekarzy lub pielęgniarek i położnych, których odpowiednie

rejestry są prowadzone przez okręgowe rady właściwe ze względu na miejsce wykonywania praktyki.

W wielu krajach w dostępnych opracowaniach statystycznych dotyczących zawodów medycznych w ogóle nie wyodrębnia się liczby fizjoterapeutów czy rehabilitantów. Na podstawie oszacowanych danych z wybranych krajów ocenia się, że liczba specjalistów jest bardzo zróżnicowana; najniższa w Afryce Subsaharyjskiej (kilku lekarzy specjalistów w rehabilitacji medycznej dla ponad 780 mln populacji), najwyższa natomiast w Europie i Stanach Zjednoczonych. Dla pozostałych profesji w dziedzinie rehabilitacji (np. fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi) różnice te są również bardzo duże. Jednym z powodów takiej sytuacji jest to, iż w wielu krajach rozwijających się brakuje programu kształcenia specjalistów w zakresie rehabilitacji medycznej [12].

#### 4. Organizacja i funkcjonowanie rehabilitacji medycznej w Polsce

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji medycznej w Polsce jest organizowane zarówno przez instytucje sektora ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ), jak również przez sektor ubezpieczeń społecznych (Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS oraz – Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS) oraz instytucje prywatne. NFZ kontraktuje świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, natomiast ZUS i KRUS realizują program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>1</sup> świadczenia te są realizowane w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, które obejmują:
  - a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną;
  - b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
    - wizytę fizjoterapeutyczną;
    - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 2) domowych, które obejmują:
  - a) poradę lekarską rehabilitacyjną;
  - b) fizjoterapię domową realizowaną przez:
    - wizytę fizjoterapeutyczną;
    - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują:
  - a) rehabilitację ogólnoustrojową;
  - b) rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego;
  - c) rehabilitację słuchu i mowy;
  - d) rehabilitację wzroku;
  - e) rehabilitację kardiologiczną;
  - f) rehabilitację pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii;
- 4) stacjonarnych, które obejmują:
  - a) rehabilitację ogólnoustrojową;
  - b) rehabilitację neurologiczną;
  - c) rehabilitację pulmonologiczną;
  - d) rehabilitację kardiologiczną.

Świadczenia realizowane w warunkach domowych są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych, realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, a wymagają rehabilitacji lub fizjoterapii. Świadczenia realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego są udzielane świadczeniobiorcom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymagają oni całodobowego nadzoru medycznego, natomiast świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego.

Poszczególne zabiegi rehabilitacyjne mogą być udzielane świadczeniobiorcy również w ramach leczenia uzdrowiskowego. Zgodnie z Ustawą z 28 lipca 2005 roku o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych<sup>2</sup> świadczenia zdrowotne w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego są udzielane na podstawie wystawionych przez lekarza: skierowania na leczenie uzdrowiskowe (koszty leczenia ponosi wówczas NFZ) albo zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku (koszty leczenia w tym przypadku ponosi świadczeniobiorca). Pacjent w ramach leczenia uzdrowiskowego może skorzystać z następujących zakładów lecznictwa uzdrowiskowego:

- 1) szpitala uzdrowiskowego;
- 2) sanatorium uzdrowiskowego;
- 3) sanatorium, szpitala uzdrowiskowego dla dzieci;
- 4) zakładu przyrodoleczniczego;
- 5) sanatorium, szpitala w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych;
- 6) przychodni uzdrowiskowej.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej jest prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS i KRUS oraz oparta na założeniach kompleksowego oddziaływania procedurami diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnymi i psychologicznymi, a także na szeroko prowadzonej edukacji zdrowotnej. Obecnie ZUS kieruje na rehabilitację leczniczą w następujących grupach schorzeń:

- 1) w systemie stacjonarnym:
  - a) narząd ruchu, w tym w ramach programu pilotażowego we wczesnych stanach pourazowych;
  - b) układ krążenia;
  - c) układ oddechowy;
  - d) schorzenia psychosomatyczne;
  - e) schorzenia onkologiczne po operacjach gruczołu piersiowego;
- 2) w systemie ambulatoryjnym:
  - a) narząd ruchu;
  - b) układ krążenia, w tym monitorowany telemedycznie [14].

Schemat organizacji rehabilitacji medycznej w Polsce szczegółowo opisują *Wytyczne Krajowego Konsultanta*

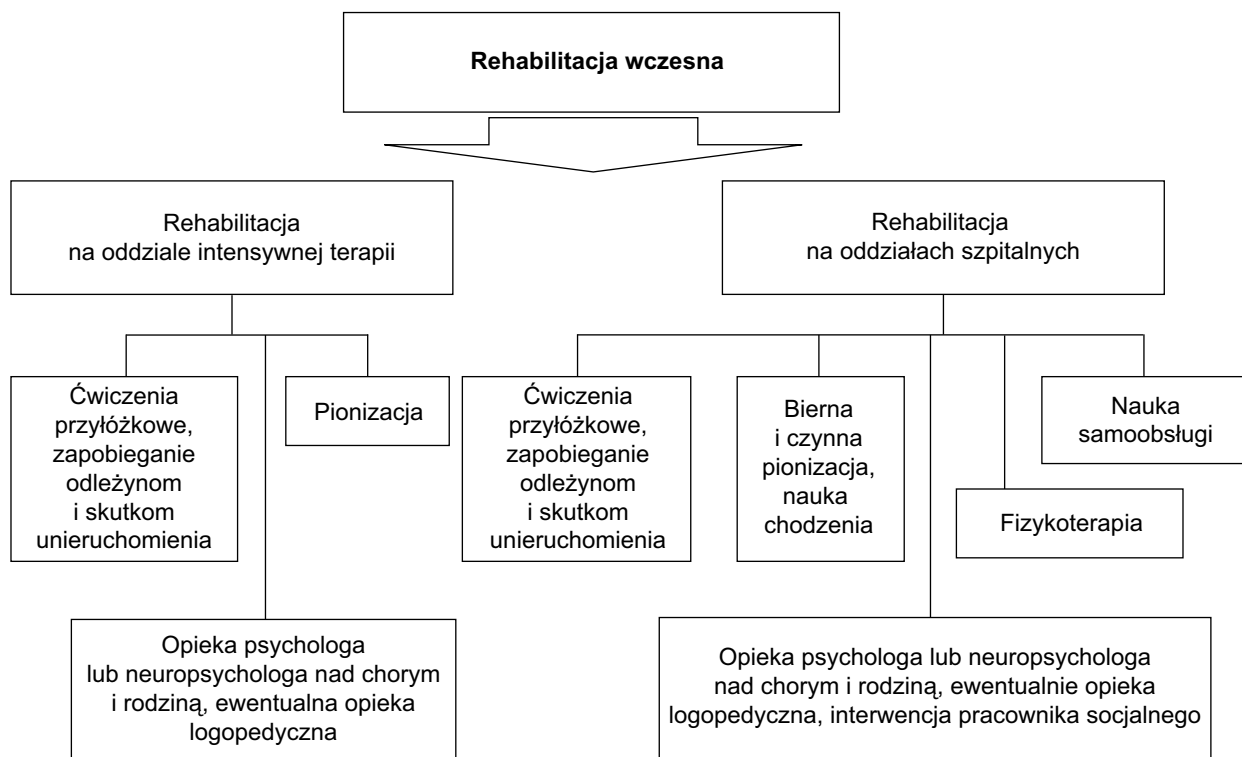
w *Dziedzinie Rehabilitacji Medycznej* dra n. med. Marka Krasuskiego z dnia 6 grudnia 2010 roku. Rehabilitacja medyczna dzielona jest na rehabilitację wczesną, która jest realizowana na oddziałach szpitalnych (**Rysunek 1**), na rehabilitację specjalistyczną wczesną i dalszą, która jest realizowana na oddziałach rehabilitacji stacjonarnej, oddziałach rehabilitacji dziennej oraz w poradni, przychodni i gabinetach fizjoterapii (**Rysunek 2**) oraz rehabilitację specjalistyczną późną realizowaną na oddziałach stacjonarnych i dziennych oraz w warunkach ambulatoryjnych, domowych i leczenia uzdrowiskowego (**Rysunek 3**). Rehabilitacja późna zawiera podstawy rehabilitacji społecznej i zawodowej, obejmuje też swymi działaniami chorych, osoby z niepełnosprawnością będące pod opieką lekarza rodzinnego, hospicjów, ośrodków medycyny paliatywnej, zakładów opiekuńczych, zakładów opiekuńczo-rehabilitacyjnych, zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych, pielęgniarek środowiskowych oraz ośrodków zajmujących się opieką nad chorymi w stanach wegetatywnych [15].

W 2009 roku w szpitalach ogólnych funkcjonowały 354 oddziały rehabilitacyjne (co stanowiło prawie 6% wszystkich oddziałów szpitalnych), natomiast jeszcze w 2005 roku było ich 308, co oznacza, że liczba oddziałów rehabilitacyjnych w szpitalach ogólnych wzrosła w tym okresie o blisko 15% (**Rysunek 4**). Wzrosła również liczba leczonych na oddziałach rehabilitacyjnych. W 2009 roku leczono na tych oddziałach 191 415 pacjentów, natomiast w 2005 roku o 28,5 tys. chorych

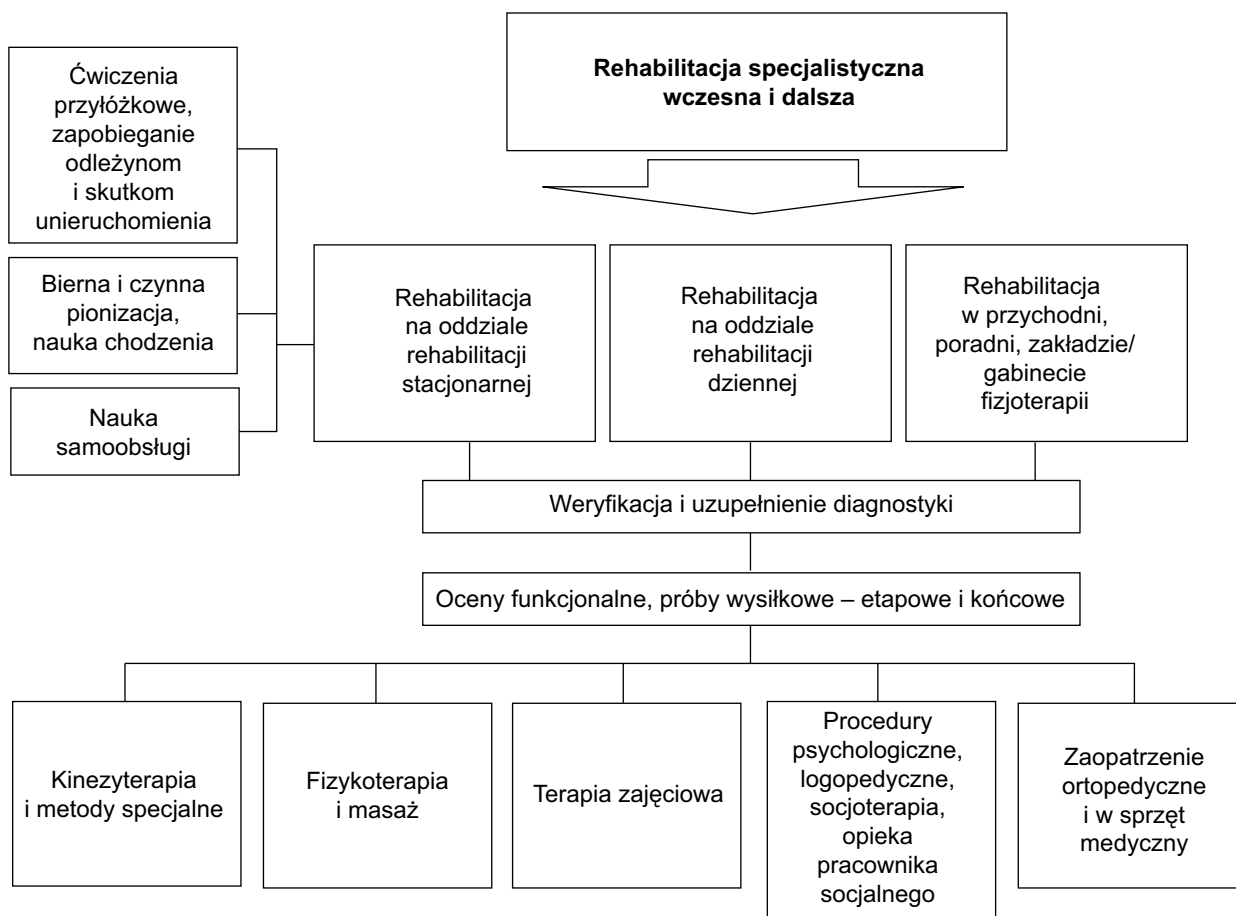
mniej (**Rysunek 5**). Średni okres pobytu chorego na oddziale rehabilitacyjnym (22,7 dnia w 2009 roku) jest prawie czterokrotnie dłuższy niż średnia długość pobytu na wszystkich oddziałach szpitalnych (5,8 dnia w 2009 roku) i krótszy tylko od średniego okresu pobytu pacjenta na oddziale psychiatrycznym, który w 2009 roku wynosił 27,9 dnia [13].

W badanym okresie (lata 2004–2009) wzrosła również liczba szpitali oraz sanatoriów uzdrowiskowych z 221 do 233 zakładów opieki zdrowotnej (rozmişczenie tych jednostek opieki zdrowotnej jest nierównomierne, najwięcej szpitali oraz sanatoriów uzdrowiskowych jest zlokalizowanych w województwie dolnośląskim, małopolskim, zachodniopomorskim oraz kujawsko-pomorskim). Wzrosła także liczba kuracjuszy stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego. W 2004 roku w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych leczono 533 303 chorych, natomiast w 2009 roku o ponad 15% więcej pacjentów (619 556 chorych) (w 2009 roku 23% wszystkich kuracjuszy leczenia stacjonarnego stanowili pacjenci pełnopłatni, opłacający koszty świadczeń zdrowotnych ze środków prywatnych) (**Rysunek 6**).

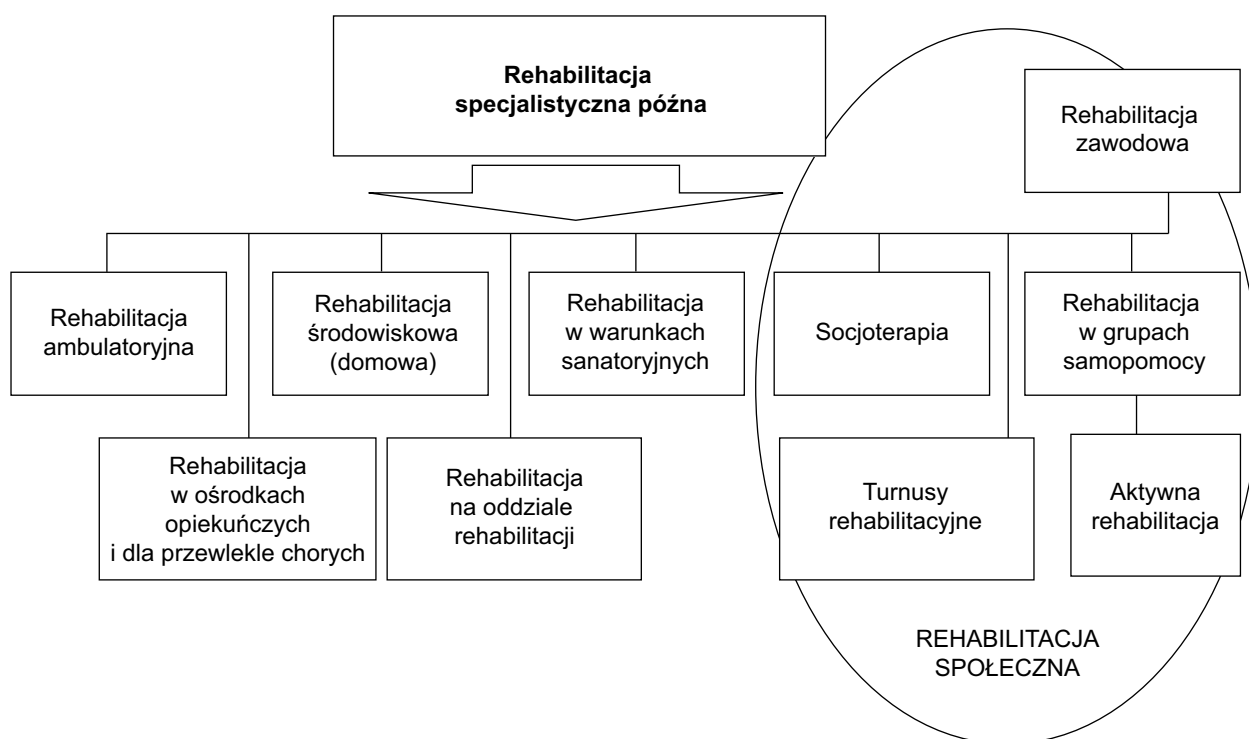
W dostępnych opracowaniach statystycznych GUS brakuje informacji w odniesieniu do struktury wiekowej pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w formie rehabilitacji leczniczej bądź leczenia uzdrowiskowego. Odnaleziono wyniki projektu badawczego KBN Nr 1 HO2D 037 16, w którym oceniono,



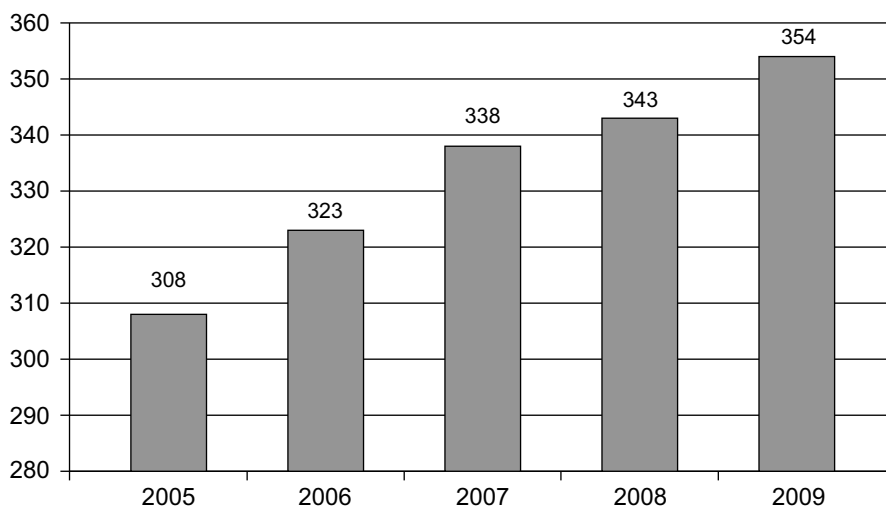
**Rysunek 1.** Schemat funkcjonowania rehabilitacji wczesnej [15].



Rysunek 2. Schemat funkcjonowania rehabilitacji specjalistycznej wczesnej i dalszej [15].

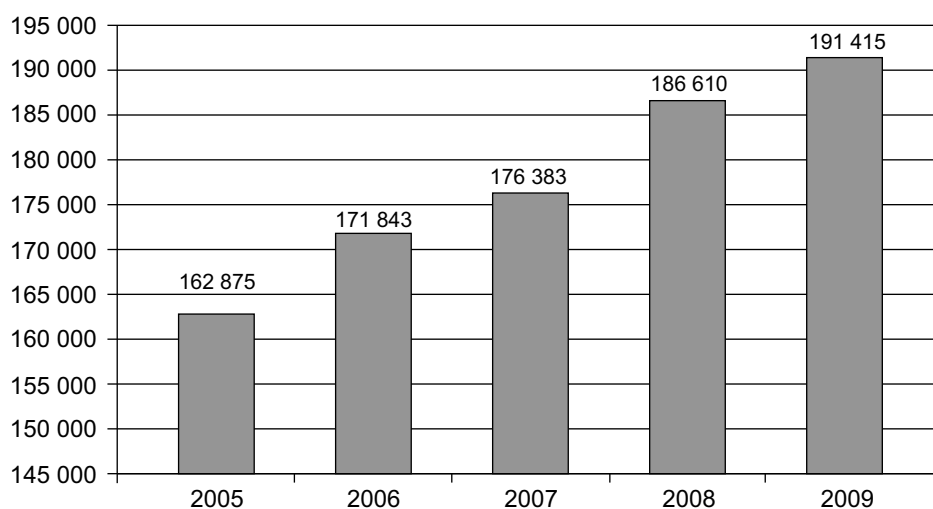


Rysunek 3. Schemat funkcjonowania rehabilitacji specjalistycznej późnej [15].



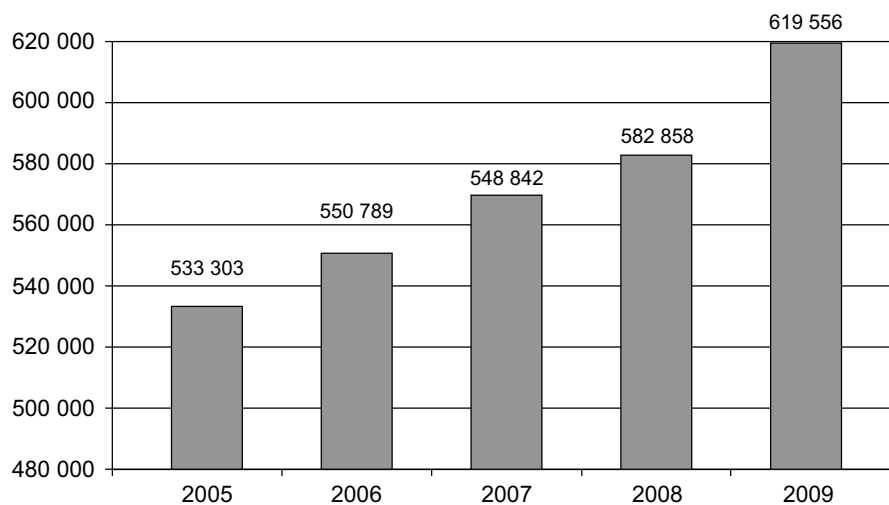
**Rysunek 4.** Liczba oddziałów rehabilitacyjnych w szpitalach ogólnych w Polsce w latach 2005–2009 [13].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS.



**Rysunek 5.** Liczba leczonych na oddziałach rehabilitacyjnych w szpitalach ogólnych w Polsce w latach 2005–2009 [13].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS.



**Rysunek 6.** Liczba kuracjuszy stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego (szpitale i sanatoria) w Polsce w latach 2004–2009 [13].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS.

że większość pacjentów leczących się w uzdrowiskach (70% badanych) to osoby w wieku 25–60 lat, natomiast 29% stanowią osoby w wieku powyżej 60 lat i tylko 1% pacjentów ma mniej niż 25 lat (dzieci wyłączone z badania). Projekt ten został jednak przeprowadzony 10 lat temu i na małej liczbie próbie (844 osoby, w tym 755 dorosłych pacjentów uzdrowiskowych, 24 kierowników zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i 65 ordynatorów z 7 uzdrowisk polskich) [16]. Ocenia się, że obecnie, w związku ze zmianą struktury wiekowej społeczeństwa, odsetek pacjentów w wieku powyżej 60 lat, korzystających z leczenia uzdrowiskowego, jest wyższy.

## 5. Finansowanie rehabilitacji medycznej w Polsce

### Całkowite wydatki na usługi rehabilitacyjne

Od 2005 roku w Narodowych Rachunkach Zdrowia rozpoczęto przedstawianie wydatków na ochronę zdrowia w podziale na usługi lecznicze i usługi rehabilitacyjne. Wcześniej obie te kategorie łączono, przez co niemożliwe było oszacowanie całkowitych wydatków ponoszonych tylko na usługi rehabilitacyjne. Ostatnie dostępne dane z Narodowych Rachunków Zdrowia dotyczą 2008 roku, dlatego w ramach niniejszej pracy przeprowadzono analizę wydatków na usługi rehabilitacyjne za okres 2005–2008.

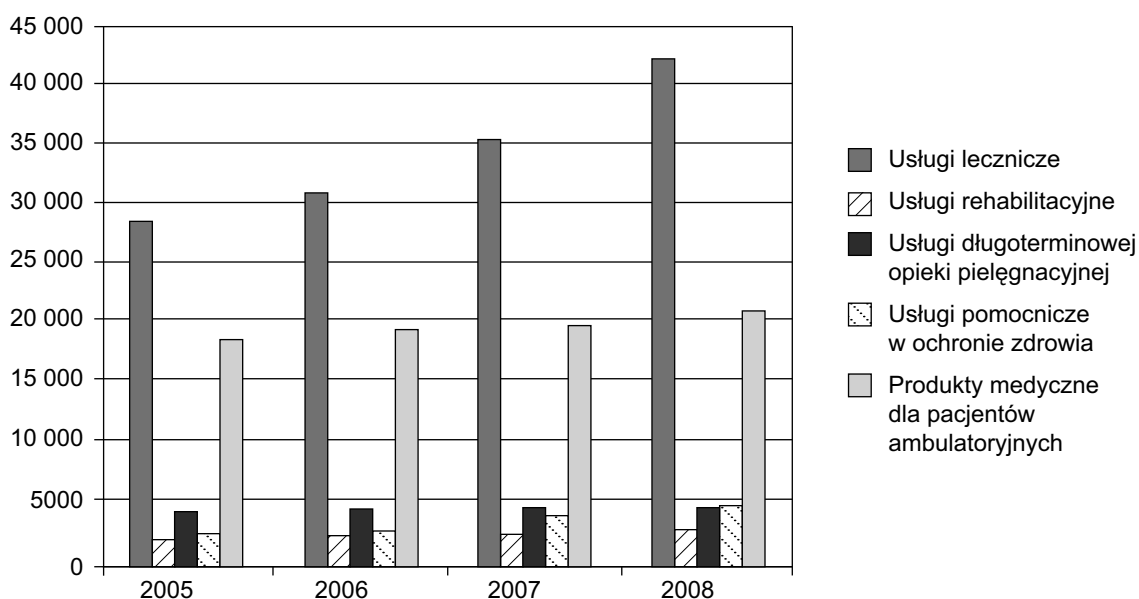
Na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia ocenia się, że wydatki na usługi rehabilitacyjne stanowiły w 2008 roku niespełna 3,5% wszystkich wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną. Najwięcej przeznaczają się na usługi lecznicze oraz produkty medyczne

dla pacjentów ambulatoryjnych, w tym leki i materiały nietrwałego użytku (odpowiednio 57% i 28% wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną w 2008 roku). Na **Rysunkach 7 i 8** zobrazowano zmianę wielkości wydatków w latach 2005–2008 (z uwzględnieniem zmian cen towarów i usług konsumpcyjnych [17]). W badanym okresie obserwuje się wzrost wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną we wszystkich zakresach, w tym na usługi rehabilitacyjne.

### Wydatki na usługi rehabilitacyjne ze środków publicznych i prywatnych

Blisko 82% wydatków na usługi rehabilitacyjne ponoszą instytucje publiczne rządowe i samorządowe (w tym fundusze zabezpieczenia społecznego), natomiast pozostałe 18% ponosi sektor prywatny (prywatne ubezpieczenia, gospodarstwa domowe, instytucje niekomercyjne i przedsiębiorstwa) (Rysunek 8). W przypadku wydatków na usługi lecznicze udział ten jest podobny (83% wydatków ponoszą instytucje rządowe i samorządowe), dla usług długoterminowej opieki pielęgnacyjnej znacznie wyższy (97%), natomiast w odniesieniu do produktów medycznych dla pacjentów ambulatoryjnych (w tym leki) – dużo niższy (tylko 39% wydatków pokrywają instytucje rządowe i samorządowe) [13].

Wydatki na usługi rehabilitacyjne, mimo że rosną, to znacznie mniej dynamicznie niż wydatki na usługi lecznicze i leki. Ponadto wydatki prywatne rosną mniej niż w sektorze publicznym. Jeśli wydatki na usługi rehabilitacyjne w sektorze publicznym w ciągu czterech lat (2005–2008) wzrosły o 50%, to w sektorze prywatnym – o 35% (Rysunek 8).

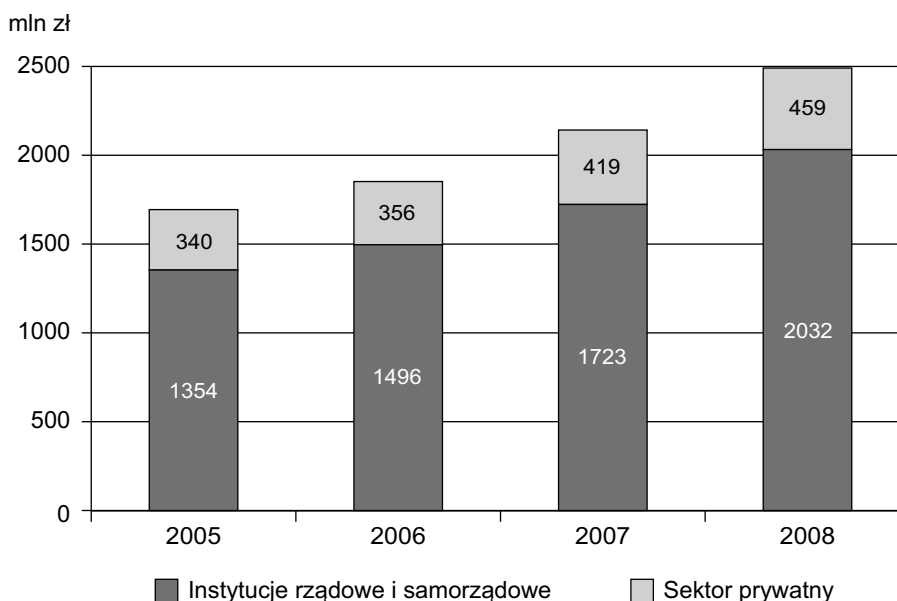


**Rysunek 7.** Wydatki na indywidualną opiekę zdrowotną w latach 2005–2008 według funkcji na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia (w mln zł)\* [13].

\* Z uwzględnieniem zmian cen towarów i usług (rok bazowy – 2005 r.; w obliczeniach wykorzystano roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych w kategorii Zdrowie) [17].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS.





**Rysunek 8.** Wydatki na usługi rehabilitacyjne w latach 2005–2008 według platników na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia (w mln zł)\* [13].

\* Z uwzględnieniem zmian cen towarów i usług (rok bazowy – 2005 r.; w obliczeniach wykorzystano roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych w kategorii Zdrowie) [17].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS.

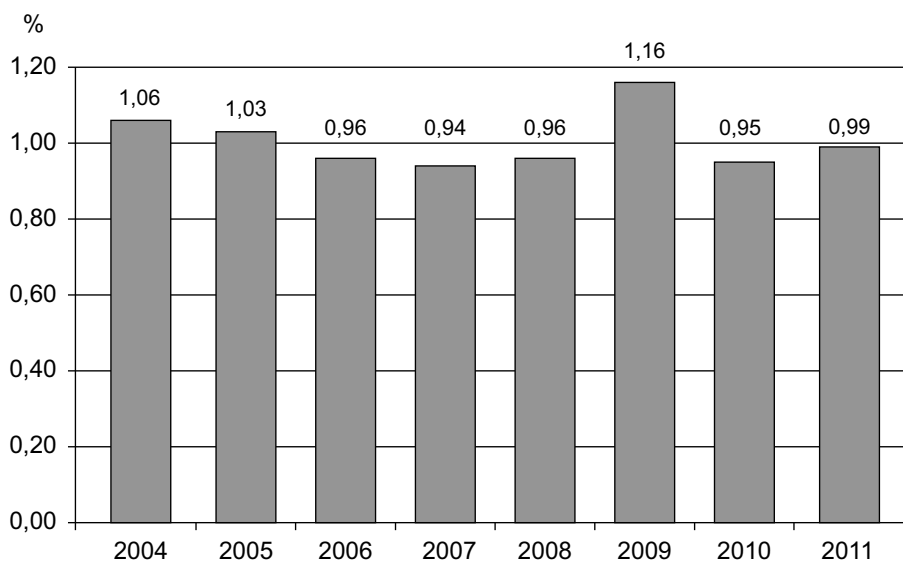
### Finansowanie rehabilitacji medycznej przez NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia rehabilitacyjne przede wszystkim na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zawartych pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą zgodnie z Zarządzeniem Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 2 września 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Rehabilitacja medyczna jest również finansowana przez NFZ na podstawie umów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe, zawartych zgodnie z Zarządzeniem Nr 54/2010/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 8 września 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe. Od wielu lat koszty świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej stanowią około 3%, natomiast koszty świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia uzdrowiskowego – około 1% całkowitych kosztów ponoszonych przez NFZ na świadczenia zdrowotne. W okresie 2004–2011 dla leczenia uzdrowiskowego obserwuje się nieduże wahania w tym zakresie (**Rysunek 9**), natomiast w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej odnotowano wyraźny wzrost na początku analizowanego okresu, a następnie utrzymywanie się udziału kosztów rehabilitacji leczniczej w kosztach wszystkich świadczeń zdrowotnych na podobnym poziomie (**Rysunek 10**) [13, 18, 19]. W 2011 roku NFZ planuje przeznaczyć na świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej 1815,8 mln zł, co stanowi 3,14% kosztów

świadczeń zdrowotnych finansowanych przez tę instytucję. Dodatkowo na leczenie uzdrowiskowe planuje się przeznaczyć w tym roku 573,3 mln zł (niespełna 1% kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ). Koszty zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne będą stanowić dodatkowo 1,03% kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ i wyniosą 595,6 mln zł [19]. Korzystając z leczenia uzdrowiskowego finansowanego przez NFZ, pacjenci ponoszą koszty dojazdu na leczenie oraz część kosztów zakwaterowania i wyżywienia w przypadku leczenia w sanatorium uzdrowiskowym, które od 1 lutego 2011 roku wynoszą od 8,50 do 33,00 zł za jeden dzień pobytu i są uzależnione od standardu pokoju oraz sezonu.

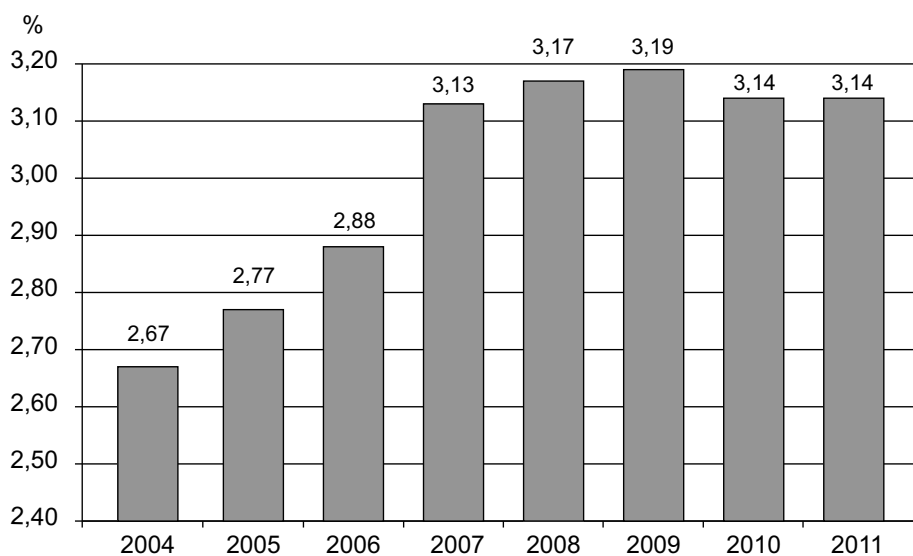
### Finansowanie rehabilitacji medycznej przez ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych finansuje świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach tzw. prewencji rentowej. Zgodnie z Ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>3</sup> w ustawie budżetowej określa się corocznie kwotę wydatków na prewencję rentową w wysokości do 0,4% wydatków na świadczenia z ubezpieczenia emerytalnego, rentowego, chorobowego i wypadkowego, przewidzianych w planie finansowym Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na dany rok budżetowy. Pełny koszt rehabilitacji uwzględniający w szczególności koszty leczenia, zakwaterowania i żywienia pokrywa ZUS. Koszty dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego z miejsca zamieszkania i z powrotem ZUS



**Rysunek 9.** Udział kosztów lecznictwa uzdrowiskowego w całkowitych kosztach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w latach 2004–2011 [13, 18, 19].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS oraz Sprawozdania finansowego i planu finansowego NFZ.



**Rysunek 10.** Udział kosztów rehabilitacji leczniczej w całkowitych kosztach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w latach 2004–2011 [13, 18, 19].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS oraz Sprawozdania finansowego i planu finansowego NFZ.

refunduje do wysokości ceny biletu najtańszego środka komunikacji publicznej. Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej skierowana jest jednak tylko do osób zagrożonych długotrwałą niezdolnością do pracy, ale rokujących możliwość kontynuowania pracy zawodowej po zakończeniu rehabilitacji. Tak więc ta forma leczenia nie jest skierowana do osób w wieku podeszłym. Ze świadczeń korzystają głównie osoby otrzymujące zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne lub rentę okresową, natomiast osoby, których niezdolność do pracy została uznana za trwałą (otrzymujące rentę stałą) lub

osoby otrzymujące świadczenia emerytalne, nie mają do nich dostępu [14].

#### **Finansowanie rehabilitacji medycznej przez PFRON i inne instytucje**

Osoby niepełnosprawne mogą się starać o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), które zgodnie z rozporządzeniem<sup>4</sup> wynosi od 18 do 27% przeciętnego wynagrodzenia, a także przez organizacje pożytku publicznego i fundacje, nastawione na pomoc

wybranych grupom osób niepełnosprawnych. W 2009 roku 93 154 osoby skorzystały z dofinansowania PFRON do turnusów rehabilitacyjnych, z tego 70% stanowiły osoby niepełnosprawne, natomiast 30% ich opiekunowie [13].

## 6. Zasoby pracy na potrzeby rehabilitacji medycznej

Proces kompleksowej rehabilitacji chorych ma charakter interdyscyplinarny. Jest prowadzony przede wszystkim przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych na podstawie zlecenia lekarza, ale w skład zespołu rehabilitacyjnego, obok lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej (kierownik zespołu) i fizjoterapeuty (specjalista fizjoterapii, specjalista rehabilitacji ruchowej, mgr fizjoterapii, mgr rehabilitacji ruchowej, licencjat, technik fizjoterapii), wchodzi również: pielęgniarka, psycholog (psycholog kliniczny, neuropsycholog), pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy (ergoterapeuta), a także w zależności od potrzeb – logopeda, pedagog specjalny, foniatra, surdologopeda, doradca zawodowy dla niepełnosprawnych, nauczyciel zawodu i inni [15].

Zapotrzebowanie na usługi fizjoterapeutów w ostatnich latach bardzo wzrosło, dlatego zwiększyło się także zainteresowanie tym kierunkiem studiów. Fizjoterapia jako kierunek studiów (kształcenie na poziomie licencyjnym oraz magisterskim w systemie studiów dziennych, a także zaocznych) pojawiła się stosunkowo niedawno (na Wydziale Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Jagiellońskiego pierwszy nabór na ten kierunek przeprowadzono w 1998 roku) i od tego czasu sukcesywnie zwiększano liczbę studentów rozpoczynających kształcenie w tym zakresie<sup>5</sup>. Studia na kierunku fizjoterapii można ukończyć obecnie nie tylko na akademiach wychowania fizycznego oraz uczelniach medycznych, lecz także w wielu innych szkołach wyższych, zarówno państwowych, jak również niepublicznych (np. Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia)<sup>6</sup>. Szkoły te opuszcza rocznie kilka tysięcy absolwentów. Nie na wszystkich uczelniach realizowane są minima programowe z zakresu fizjoterapii. Najbardziej cenione okazują się dyplomy uzyskiwane na uczelniach medycznych i akademiach wychowania fizycznego. Dodatkowym atutem tych uczelni jest możliwość kontynuowania nauki na poziomie magisterskim [20]. Do tej pory nie uregulowano jednoznacznie statusu zawodu fizjoterapeuty. Znajduje się on już na liście zawodów medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia<sup>7</sup>.

Fizjoterapeuci mogą poszukiwać pracy w szpitalu lub innym niepublicznym lub publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, a także w gabinecie odnowy biologicznej, ośrodkach SPA, hotelach oraz placówkach o charakterze rekreacyjnym i sportowym, np. w salonach fitness oraz klubach sportowych. Mogą również rozpocząć własną działalność gospodarczą. Coraz częściej nie zajmują się leczeniem i rehabilitacją, tak jak to ma miejsce w przypadku pracy w szpitalu, a profilaktyką i poprawą kondycji fizycznej. Coraz częściej również fizjoterapeuci

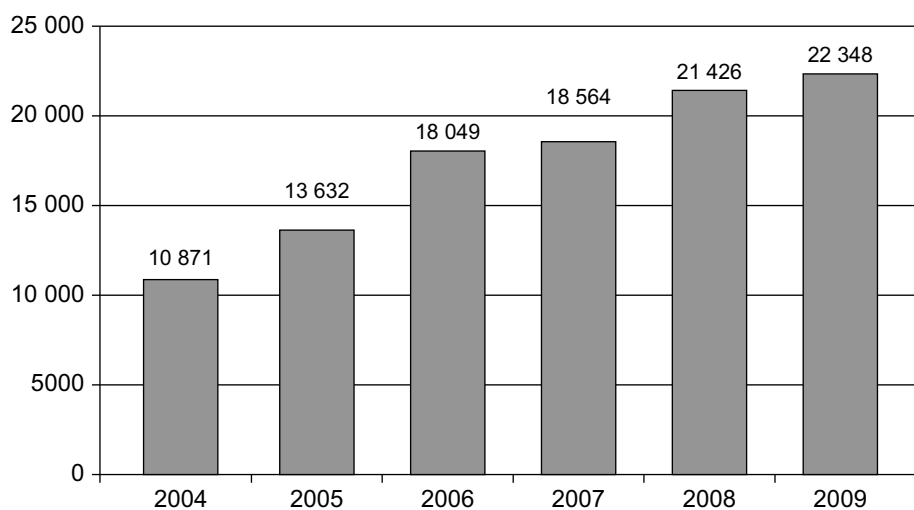
poszukują pracy nie w kraju, ale za granicą. Jednym z powodów takiej tendencji jest wysokość wynagrodzenia za pracę wykwalifikowanego fizjoterapeuty. Wynagrodzenie to jest bardzo zróżnicowane i zależne w dużej mierze od miejsca zatrudnienia (najniższe w przypadku pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej) oraz kraju (zarobki fizjoterapeutów w Europie Zachodniej są kilkakrotnie wyższe niż w Polsce).

W opracowaniach statystycznych GUS dla systemu ochrony zdrowia brakuje danych o liczbie lekarzy specjalistów ze specjalizacją w rehabilitacji medycznej. Mimo że wśród pracowników medycznych (osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem) wymienia się fizjoterapeutów i rehabilitantów, to dostępne dane obejmują wyłącznie fizjoterapeutów i rehabilitantów, dla których głównym miejscem pracy są zakłady opieki zdrowotnej resortu zdrowia, resortu obrony narodowej i resortu spraw wewnętrznych, różnego rodzaju praktyki lub stacjonarne zakłady pomocy społecznej. Nie obejmują natomiast m.in. osób, dla których głównym miejscem pracy jest NFZ, uczelnia, jednostka administracji publicznej lub samorządu, a także pracujących poza sektorem opieki zdrowotnej czy pomocy społecznej. W ciągu ostatnich lat (2004–2009) liczba fizjoterapeutów i rehabilitantów, dla których głównym miejscem pracy był zakład opieki zdrowotnej (prawie 95% osób uwzględnionych w opracowaniach GUS), stacjonarny zakład pomocy społecznej (około 5% fizjoterapeutów i rehabilitantów uwzględnionych w opracowaniach GUS) lub praktyka (kilkadziesiąt specjalistów), wzrosła ponaddwukrotnie i wynosiła 22,3 tys. fizjoterapeutów i rehabilitantów w 2009 roku w porównaniu z 10,9 tys. w 2004 roku (**Rysunek 11**) [13].

## 7. Dostęp do rehabilitacji medycznej i wybranych procedur medycznych

Dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest limitowany przede wszystkim przez wartość kontraktów między NFZ a świadczeniodawcami. Liczba zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych nie zaspokaja często wszystkich potrzeb pacjentów, dlatego tworzą się listy oczekujących. Czas oczekiwania wydłuża się, ponieważ zdarzają się przypadki przyjmowania osób spoza list lub poza kolejnością, bez wskazań medycznych. Opóźnieniom sprzyjają także zaniedbania i nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących, awarie sprzętu, niedostateczne wyposażenie placówek oraz braki personelu [21]. Problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych dotyczą zarówno osób młodszych, jak również tych w starszym wieku, ponieważ o miejscu na liście oczekujących decyduje wyłącznie kolejność zgłoszenia i kryteria medyczne oraz dynamika choroby (przypadki stabilne oraz przypadki pilne).

Analizy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dokonano na podstawie informacji o listach oczekujących<sup>8</sup> w województwie małopolskim, zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ<sup>9</sup>. W zamieszczonych tabelach zawarto uzyskane dane. W **Tabeli I** zestawio-



**Rysunek 11.** Liczba fizjoterapeutów i rehabilitantów w Polsce w latach 2004–2009 [13].

Dla lat 2007–2009 dane o liczbie fizjoterapeutów i rehabilitantów obejmują magistrów fizjoterapii i rehabilitacji oraz techników fizjoterapeutów, natomiast dla lat 2004–2006 – magistrów fizjoterapii i rehabilitacji, techników fizjoterapeutów oraz techników masażyстів, dodatkowo dane dla lat 2004–2006 nie obejmują osób, dla których głównym miejscem pracy były różnego rodzaju praktyki.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowań statystycznych GUS.

Świadczenie	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba ZOZ	Liczba osób oczekujących (min.–maks.)	Średni czas oczekiwania w dniach (min.–maks.)
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	pilny	23	0–68	0–504
	stabilny		0–1232	0–921
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	pilny	20	0–43	0–552
	stabilny		0–1577	0–1000
Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	pilny	16	0–341	0–226
	stabilny		95–3484	48–709

**Tabela I.** Dostęp do wybranych procedur medycznych w województwie małopolskim.

Źródło: Opracowanie własne.

no informacje o średnim czasie oczekiwania oraz liczbie osób oczekujących na wybrane procedury medyczne, a w **Tabeli II** – na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej dla dorosłych w dwóch kategoriach medycznych: przypadek pilny oraz przypadek stabilny.

W przypadkach stabilnych maksymalny okres oczekiwania na wykonanie endoprotezoplastyki stawu biodrowego w województwie małopolskim wynosi 921 dni, przy czym tylko w dwóch spośród 23 ocenianych zakładów opieki zdrowotnej nie czeka się na usługę. Dla pozostałych 21 jednostek opieki zdrowotnej minimalny średni okres oczekiwania na zabieg wynosi 76 dni, jednak dla większości z nich (12 zakładów) jest on dłuższy niż rok. Na listach oczekujących na zabieg w Krakowskim Centrum Rehabilitacji (Oddział Chirurgii Urazowej, Ortopedii i Rehabilitacji) zapisanych jest 1232 pacjentów, a średni okres oczekiwania wynosi 508 dni. W przypadkach pilnych maksymalny okres oczekiwania na wyko-

nanie endoprotezoplastyki stawu biodrowego jest krótszy i wynosi 504 dni; w 6 z 23 ocenianych zakładów opieki zdrowotnej nie trzeba było czekać na zabieg.

W odniesieniu do endoprotezoplastyki stawu kolanowego okres oczekiwania na wykonanie zabiegu jest krótszy, chociaż maksymalny średni czas oczekiwania wynosi 1000 dni (Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem). Spośród 20 ocenianych zakładów opieki zdrowotnej w 9 placówkach w przypadkach pilnych w ogóle nie trzeba czekać na wykonanie endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

W przypadku zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) średni czas oczekiwania na zabieg wynosi od 48 do 709 dni w przypadkach stabilnych, przy czym dla 13 z 16 ocenianych zakładów opieki zdrowotnej jest on dłuższy niż 300 dni.

Obecnie w województwie małopolskim maksymalny czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane przez dział (pracownię) fizjoterapii dla przypadku stabil-

Świadczenie	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba ZOZ	Liczba osób oczekujących (min.–maks.)	Średni czas oczekiwania w dniach (min.–maks.)
Dział (pracownia) balneoterapii	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Dział (pracownia) fizjoterapii	Pilny	219	0–98	0–43
	Stabilny		0–1907	0–280
Dział (pracownia) fizykoterapii	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Dział (pracownia) hydroterapii	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Dział (pracownia) kinezyterapii	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Dział (pracownia) krioterapii	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Dział (pracownia) masażu leczniczego	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Oddział paraplegii i tetraplegii	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Oddział rehabilitacji kardiologicznej	Pilny	2	0	0
	Stabilny		0	0–16
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Oddział rehabilitacji neurologicznej	Pilny	11	0–23	0–92
	Stabilny		0–455	0–792
Oddział rehabilitacyjny	Pilny	25	0–276	0–130
	Stabilny		0–4131	0–747
Ośrodek rehabilitacji dziennej	Pilny	47	0–115	0–129
	Stabilny		0–1514	0–854
Poradnia rehabilitacji kardiologicznej	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Poradnia rehabilitacji narządu ruchu	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Poradnia rehabilitacji neurologicznej	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			
Poradnia rehabilitacyjna	Pilny	198	0–17	0–55
	Stabilny		0–1151	0–161
Zespół rehabilitacji domowej	Pilny	0	Brak danych	Brak danych
	Stabilny			

**Tabela II.** Dostęp do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej w województwie małopolskim.

Źródło: Opracowanie własne.

nego wynosi 280 dni, przy czym dla ponad połowy ocenianych zakładów opieki zdrowotnej wynosi on więcej niż 40 dni. Najdłużej (średnio 280 dni) trzeba czekać na świadczenia udzielane przez dział (pracownię) fizjoterapii Szpitala Specjalistycznego im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach. W przypadkach pilnych czas ten wynosi do 43 dni, przy czym najdłużej należy oczekiwać na świadczenia zdrowotne udzielane przez Gabinet Fizjoterapii Ambulatoryjnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej, jednak

w większości ocenianych zakładów opieki zdrowotnej pacjent nie musi w ogóle czekać na udzielenie świadczenia. Najwięcej osób (1907 pacjentów) oczekuje na świadczenia zdrowotne udzielane przez dział (pracownię) fizjoterapii Zespołu Przychodni Specjalistycznych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, gdzie średni czas oczekiwania wynosi 89 dni.

Spśród dwóch oddziałów rehabilitacji kardiologicznej, które przekazały dane dotyczące czasu i liczby osób oczekujących na świadczenia zdrowotne, na leczenie na

oddziale Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II należy oczekiwać średnio 16 dni (w przypadkach stabilnych), natomiast leczenie na oddziale Niepublicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko-Rabka” można rozpocząć bez oczekiwania w kolejce. Okres oczekiwania na leczenie na oddziale rehabilitacji neurologicznej jest zdecydowanie dłuższy i wynosi maksymalnie średnio 92 dni w przypadkach pilnych (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Pasternik” w Modlniczce) oraz maksymalnie średnio 792 dni w przypadkach stabilnych (Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie, Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej). Równie długo należy oczekiwać na świadczenia zdrowotne udzielane na oddziale rehabilitacyjnym. Maksymalny czas oczekiwania na leczenie na tym oddziale (przypadki stabilne) wynosi 747 dni, przy czym tylko w 2 spośród 25 ocenianych zakładów opieki zdrowotnej nie czeka się na usługę, natomiast dla pozostałych 23 jednostek opieki zdrowotnej minimalny średni okres oczekiwania wynosi 38 dni. Maksymalny średni okres oczekiwania na leczenie na oddziale rehabilitacyjnym w przypadkach pilnych jest również stosunkowo długi i wynosi 130 dni (20 Wojskowy Szpital Uzdrowsko-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej) w Krynicy-Zdroju.

Dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej udzielanych przez ośrodki rehabilitacji dziennej jest lepszy niż w przypadku oddziałów szpitalnych. Jednak i tutaj występują przypadki bardzo długich kolejek; dla 1514 pacjentów w przypadku świadczeń udzielanych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Kopalnia Soli „Wieliczka”, Podziemny Ośrodek Rehabilitacyjno-Leczniczy (Komory Solne) okres oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w przypadkach stabilnych wynosi średnio 209 dni, a dla przypadków stabilnych w Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „MULTIMED” Sp. z o.o. w Oświęcimiu – 854 dni.

W odniesieniu do ostatniej z ocenianych kategorii medycznych (poradnia rehabilitacyjna) stwierdzono, że w przypadku jednej trzeciej ocenianych zakładów opieki zdrowotnej (67 ze 198 zakładów) nie tworzą się kolejki oczekujących na świadczenia ani w przypadkach pilnych, ani stabilnych. Dla pozostałych zakładów opieki zdrowotnej średni okres oczekiwania na świadczenia zdrowotne udzielane przez poradnię rehabilitacyjną wynosi od 4 do 161 dni dla przypadków stabilnych, natomiast w przypadkach pilnych maksymalny średni okres oczekiwania to 55 dni (najczęściej jednak tylko kilka dni).

## Wnioski i rekomendacje

Przegląd funkcjonowania rehabilitacji medycznej w Polsce pozwala na postawienie kilku tez. **Po pierwsze – rola profilaktyczna usług rehabilitacyjnych jest istotnie ograniczona.** Do rehabilitacyjnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych uzyskują prawo tylko osoby ze zdiagnozowanym schorzeniem. W konsekwencji profilaktyczny wymiar usług rehabilitacyjnych w sektorze publicznym w zasadzie nie jest

realizowany. Realizowany jest głównie ze środków indywidualnych, co oznacza, że uwarunkowany jest wyższymi dochodami oraz większą świadomością znaczenia potrzeb rehabilitacyjnych w procesie zdrowego starzenia się.

**Po drugie – dostęp do usług rehabilitacji medycznej ze środków publicznych jest bardziej ograniczony niż do usług leczniczych.** Osoby z potrzebami rehabilitacyjnymi, w tym osoby starsze i z niepełnosprawnością, zbyt długo oczekują na uzyskanie świadczeń. Pacjent, potrzebując usługi rehabilitacyjnej lub leczenia uzdrowskiego, dwukrotnie „ustawia się w kolejce”, najpierw do specjalisty w celu uzyskania skierowania na leczenie, a następnie w kolejce po świadczenia zdrowotne.

Ograniczenia dostępu do usług rehabilitacyjnych mogą wynikać ponadto z konieczności dopłacania z dochodów indywidualnych pacjenta, i to niejednokrotnie z powodu zachowania ciągłości leczenia. Świadczenia rehabilitacyjne finansowane przez NFZ są bowiem limitowane pod względem okresu ich udzielania bez uwzględniania indywidualnych potrzeb świadczeniobiorców. NFZ nie finansuje również wszystkich zabiegów, w tym zabiegów innowacyjnych, które pacjent może uzyskać tylko w gabinetach prywatnych.

Problem kolejek i długich okresów oczekiwania na uzyskanie świadczenia zdrowotnego w zakresie rehabilitacji, które przekraczają często rok, jest szczególnie uciążliwy dla pacjentów w starszym wieku, a niekiedy wręcz uniemożliwia im powrót do sprawności. Gdy na przykład potrzebna jest rehabilitacja narządów ruchu na skutek złamań, co jest częstym zjawiskiem wśród osób starszych (osteoporoza), to w takich przypadkach jak najszybsza mobilizacja pacjenta jest nieodzowna. Ograniczenia dostępu zmuszają do korzystania z szybkiej usługi rehabilitacyjnej w gabinetach prywatnych. Tymczasem zdolność do płacenia osób starszych jest niższa niż przeciętnie, jako że najczęściej już nie pracują, a świadczenia emerytalno-rentowe są relatywnie niższe niż dochody z pracy.

Półowa emerytów w Polsce otrzymuje emeryturę w wysokości do 1544,63 zł (przeciętna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS w marcu 2011 roku wyniosła 1721,01 zł) [22], a najniższa gwarantowana emerytura lub renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wynosi 728,18 zł od 1 marca 2011 r., podczas gdy typowy koszt 14-dniowego turnusu rehabilitacyjnego w jednym z polskich uzdrowisk waha się od 924 do 1456 zł (w zależności od standardu pokoju)<sup>10</sup>. Na turnusy tego typu można oczywiście otrzymać dofinansowanie, dotyczy to jednak najczęściej pacjentów z orzeczoną już niezdolnością do pracy. Pozostali mogą korzystać m.in. ze skierowania na leczenie uzdrowskowe finansowane ze środków publicznych, jednak również tutaj pacjent ponosi częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania, które wynoszą 336 zł lub 462 zł (w zależności od sezonu rozliczeniowego) przy pobycie 21-dniowym w pokoju 2-osobowym. Dodatkowo chory ponosi koszty przyjazdu oraz opłatę uzdrowskową<sup>11</sup>.

Zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych wymaga zainwestowania w tę dziedzinę ochrony zdrowia, jaką jest rehabilitacja medyczna. Potrzebne

jest przyznanie jej wyższego priorytetu w warunkach wzrostu całkowitych wydatków na sektor zdrowotny. Wtedy będzie możliwe zwiększenie liczby kontraktowanych świadczeń zdrowotnych szczególnie w tych placówkach, w których ustawiają się wyjątkowo długie kolejki. Zwiększenie limitów na świadczenia rehabilitacyjne nie jest jednak jedynym rozwiązaniem, ponieważ listy oczekujących nie tworzą się wyłącznie dlatego, że NFZ przeznacza zbyt mało pieniędzy na świadczenia z zakresu rehabilitacji. Potrzebne jest lepsze zarządzanie w dostępie do tych świadczeń oraz taka kontrola prowadzonych list oczekujących, by wyeliminować przypadki przyjmowania osób spoza list lub poza kolejnością, bez wskazań medycznych.

Zainwestowanie w rehabilitację medyczną oznacza również konieczność modernizacji sprzętu (jego wysoka awaryjność jest bolączką wielu ośrodków) oraz rozwoju zasobów kadrowych, w tym poprawę zarządzania zasobami istniejącymi. Niekiedy tylko ich uzupełnienie zmniejszyłoby czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne.

Poprawie dostępu do usług rehabilitacyjnych nie sprzyja nierównomierne rozmieszczenie ośrodków rehabilitacyjnych pod względem geograficznym. W niektórych rejonach kraju dostęp do opieki medycznej, w tym rehabilitacyjnej, jest wyraźnie trudniejszy. To wymaga stosowania narzędzi planowania przestrzennego i wprowadzenia odpowiednich regulacji, zachęcających świadczeniodawców do tworzenia nowych placówek na obszarach gorszego dostępu.

Zwiększeniu dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych może sprzyjać lepsza sieć transportowa z wyposażeniem dostosowanym do potrzeb osób z ograniczeniami sprawności oraz starszych. Realizacja szerokich inwestycji transportowych i komunikacyjnych wymaga uwzględnienia tego aspektu. Zrozumienie i zastosowanie europejskiego punktu widzenia „zdrowie we wszystkich sektorach” byłoby istotnym krokiem w poprawie dostępu do usług rehabilitacji medycznej.

Zapewnienie rozwoju rehabilitacji medycznej w warunkach dynamicznie starzejącej się populacji wymaga rozważania dodatkowego źródła finansowania, jakim mogłyby być prywatne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze uzupełniającym (na świadczenia „pozakoszykowe”, czyli niefinansowane z funduszy publicznych), uwzględniające w szerokim zakresie usługi rehabilitacyjne także o charakterze profilaktycznym.

## Przypisy

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. Nr 140, poz. 1145 z późn. zm.).

<sup>2</sup> Ustawa z 28 lipca 2005 roku o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. Nr 167, poz. 1399 z późn. zm.).

<sup>3</sup> Ustawa z 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 1998 Nr 137 poz. 887 z późn. zm.).

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. 2007 Nr 230 poz. 1694).

<sup>5</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu. Instytut Fizjoterapii (<http://infizjot.cm-uj.krakow.pl/?ml=3>, dostęp z 20.08.2011 roku).

<sup>6</sup> Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia (<http://www.kwspz.pl/>, dostęp z 20.08.2011 roku).

<sup>7</sup> Projekt Ustawy o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia ([http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/puzawmedyczne\\_23022010.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/puzawmedyczne_23022010.pdf), dostęp z 20.08.2011 roku).

<sup>8</sup> Prezentowane na stronie dane, przekazane przez świadczeniodawców, nie zostały zweryfikowane ani przez MZ, ani przez NFZ.

<sup>9</sup> Ministerstwo Zdrowia – Kolejki oczekujących: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/>, dostęp z 23.05.2011 roku oraz NFZ – Kolejki oczekujących: <http://kolejki.nfz.gov.pl>, dostęp z 25.07.2011 roku.

<sup>10</sup> Kolejowy Szpital Uzdrowiskowy sp. z o. o. w Ciechoćniku, Cennik turnusów (<http://www.ksu-rehabilitacja.pl/cennik-turnusow-rehabilitacyjnych>, dostęp z 25.07.2011 roku).

<sup>11</sup> Ministerstwo Zdrowia. Odpłatność za pobyt w sanatorium (<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m86271&ms=627&ml=pl&mi=634&mx=0&ma=10287>, dostęp z 25.07.2011 roku).

## Abstract

### *Medical rehabilitation of elderly people. Validity, needs and potential*

**Key words:** medical rehabilitation, physiotherapy, access to health services, elderly people

Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels. WHO, in “World Report on Disability”, defines rehabilitation as a set of measures that assist individuals who experience, or are likely to experience, disability to achieve and maintain optimal functioning in interaction with their environments. Lack of rehabilitation services creates a barrier to full inclusion and participation in all aspects of life.

The aim of this article was to present the nature of medical rehabilitation, in particular medical rehabilitation of elderly people. The basic definitions of medical rehabilitation and physiotherapy were also presented. The medical rehabilitation system in Poland, its organization and funding system was shown based on publications and statistical data of the Central Statistical Office (GUS) as well the access to medical rehabilitation services and selected medical procedures was assessed based on available data from National Health Fund (NFZ) and Ministry of Health (MZ).

## Piśmiennictwo:

1. Ponikowska I., *Kompendium balneologii. Rekomendacje Krajowego Konsultanta. Kierunki i wskazania do leczenia uzdrowiskowego*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2001.
2. Gorzkowska A., Opala G., *Rehabilitacja w wieku podeszłym*, „Postępy Nauk Medycznych” 2010; 6: 492–498.
3. Karwat I., Skwarcz A., *Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne*, „Postępy Nauk Medycznych” 2000; 3: 61–69.

4. Zembaty A. (red.), *Kinezyterapia*. Tom I. *Zarys podstaw teoretycznych i diagnostyka w kinezyterapii*, Wydawnictwo „Kasper”, Kraków 2002.
5. Mika T., Kasprzak W., *Fizykoterapia*, PZWL, Warszawa 2001.
6. Straburzyński G., Straburzyńska-Lupa A., *Medycyna fizykalna*, PZWL, Warszawa 2000.
7. Magiera L., *Klasyczny masaż leczniczy*, Wydawnictwo Bio-Styl, Kraków 2000.
8. The Swedish National Institute of Public Health S, *Healthy Ageing – a challenge for Europe* (wersja skrócona). Raport opracowany w ramach projektu „Zdrowe starzenie się”, 2007: 12.
9. EuroHealthNet, *Everybody has a role to play!*, Brochure on the European Year 2012 for Active Ageing and Solidarity between Generations ([http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/documents/v10\\_22858\\_AGE\\_solidarintergener\\_A5\\_EN.pdf](http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/documents/v10_22858_AGE_solidarintergener_A5_EN.pdf), dostęp z 16.08.2011 roku).
10. Milanowska K., *Kinezyterapia. Gimnastyka lecznicza*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1970.
11. Józwiak A., Zasadzka E., Kostka J., *Fizjoterapia w geriatricii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
12. WHO, *World Report On Disability*, 2011.
13. GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*. Informacje i opracowania statystyczne z odpowiednich lat, Warszawa 2006, 2007, 2008, 2009, 2010.
14. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), *Prewencja Rentowa* (<http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=420>, dostęp z 25.07.2011 roku).
15. Krasuski M., *Wytyczne Krajowego Konsultanta w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej w sprawie organizacji i postępowania w rehabilitacji medycznej z dnia 6 grudnia 2010 roku* (<http://www.ptreh.com/aktualnosc/42/wytyczne-w-sprawie-organizacji-i-postepowania-w-rehabilitacji-medycznej>, dostęp z 1.09.2011 roku).
16. Ponikowska I., Styś A., Iwankiewicz-Rak B., *Typowanie głównych parametrów jakości w lecznictwie uzdrowiskowym*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2002.
17. GUS, *Ceny w gospodarce narodowej w 2008 r. Informacje i opracowania statystyczne*, Warszawa 2009.
18. NFZ, *Łączne Sprawozdanie Finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie za okres 1.01–31.12.2010 r.*, Warszawa 2011.
19. NFZ, *Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 rok (ze zmianami zatwierdzonymi w dniu 15 lipca 2011 roku przez MZ w porozumieniu z MF)* (<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b32521&ms=252&ml=pl&mi=254&mx=0&ma=2312>, dostęp z 24.07.2011 roku).
20. Hałoń M., Tomczak H, Lass P., *Kształcenie fizjoterapeutów w krajach Unii Europejskiej*, „Acta Balneologica” 2008; L, 4: 341–346.
21. Najwyższa Izba Kontroli. Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, Nr ewid. 39/2010/P/09/093/KPZ, Warszawa 2010.
22. ZUS. Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych, *Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2011 roku*, Warszawa 2011 (<http://www.zus.pl/files/Struktura%20wysoko%C5%9Bci%20emerytur%20i%20rent%20wyp%C5%82acanych%20przez%20ZUS%20po%20waloryzacji%20w%20marcu%202011%20r.pdf>, dostęp z 23.07.2011 roku).

## O autorce

**mgr Magdalena A. Mrozek-Gąsiorowska** – doktorantka w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.