



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

**Koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania
rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia
w Polsce**

Opracowanie analityczne

Nr: AOTMiT-WS.434.1.2016

Data ukończenia: 15.11.2018 r.

Wykaz wybranych skrótów

| | |
|---|---|
| Agencja / AOTMiT | Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji |
| ASIA | American Spinal Injury Association |
| AWF | Akademia Wychowania Fizycznego |
| ChZS | Choroby Zwrodnieniowej Stawów Obwodowych |
| EBM | Evidence-based medicine – Medycyna Oparta Na Faktach |
| F4S | Fee for service |
| GMFCS | Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy |
| ICD-9 | Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych |
| ICD-10 | Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych |
| IPOM | Indywidualny Plan Opieki Medycznej |
| JGP | Jednorodne Grupy Pacjentów |
| KIF | Krajowa Izba Fizjoterapeutów |
| KRUS | Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego |
| MZ | Ministerstwo Zdrowia |
| NIK | Najwyższa Izba Kontroli |
| NIL | Naczelna Izba Lekarska |
| NFZ, Fundusz | Narodowy Fundusz Zdrowia |
| PF | Pracowania fizjoterapii |
| PWZ | Prawo Wykonywania Zawodu |
| PWZFz | Prawo Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty |
| ZUS | Zakład Ubezpieczeń Społecznych |
| POChP | Przewlekła obturacyjna choroba płuc |
| POF | Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna |
| POZ | Podstawowa Opieka Zdrowotna |
| POZ+F | Budżet powierzony na realizację fizjoterapii pozostawionego w dyspozycji lekarza POZ |
| POZ PLUS | Program pilotażowy NFZ w ramach POZ |
| Rozporządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej UM | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz.465), wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach Uniwersytet Medyczny |
| Ustawa o świadczeniach | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz.1510, z późn. zm.) |
| Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty | Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 500, z późn.zm.) |
| Ustawa o zawodzie lekarza | Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn.zm.) |

Spis treści

| | |
|--|------------|
| Podstawowe informacje o zleceniu | 4 |
| 1. Przedmiot i historia zlecenia | 5 |
| 2. Analiza problemu decyzyjnego | 8 |
| 3. Problem zdrowotny | 16 |
| 3.1. Rehabilitacja lecznicza – znaczenie i rola w systemie opieki zdrowotnej | 16 |
| 3.2. Uwarunkowania formalno-prawne świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych | 16 |
| 4. Uwarunkowania dostępności i jakości świadczeń rehabilitacji leczniczej | 18 |
| 4.1. Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej - stan obecny | 18 |
| 4.1.1. Ocena poziomu dostępności do świadczeń | 18 |
| 4.1.2. Kolejka osób oczekujących | 19 |
| 4.1.3. Rozkład środków finansowych | 21 |
| 4.1.4. Zasady i sposób finansowania świadczeń | 24 |
| 4.1.5. Finansowanie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS | 28 |
| 4.1.6. Finansowanie rehabilitacji leczniczej w ramach KRUS | 31 |
| 4.2. Dostępność personelu medycznego | 32 |
| 4.3. Regulacje powiązane | 40 |
| 4.3.1. Wnioski z raportu Najwyższej Izby Kontroli | 40 |
| 4.3.2. Pilotaż POZ PLUS – założenia programu | 41 |
| 5. Koncepcja zmian w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej | 47 |
| 5.1. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych | 47 |
| 5.2. Konstrukcja świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej | 48 |
| 5.3. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych miejscach realizacji świadczeń | 50 |
| 5.4. Parametry świadczeń rehabilitacyjnych jako pochodna potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta | 51 |
| 5.5. Słownik pojęć | 54 |
| 5.6. Katalog interwencji | 56 |
| 5.7. Pomieszczenia służące do realizacji świadczeń | 59 |
| 5.8. Lista miejsc udzielania świadczeń | 62 |
| 5.9. Założenia do przestrzennego rozmieszczenia dostępu do miejsc udzielania świadczeń | 63 |
| 5.10. Idea i założenia Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej | 64 |
| 5.11. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla poszczególnych poziomów opieki | 65 |
| 6. Rozwiązania międzynarodowe w zakresie rehabilitacji leczniczej – na przykładzie wybranych krajów | 94 |
| 6.1. System rehabilitacji leczniczej w Wielkiej Brytanii | 94 |
| 6.2. System rehabilitacji leczniczej w Australii | 104 |
| 6.3. System rehabilitacji leczniczej w Niemczech | 112 |
| 7. Obszary wymagające dalszych prac | 120 |
| 8. Załączniki | 124 |
| 9. Spis rycin i tabel | 125 |

Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTM (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:
2016-11-15 r., znak: IK 744871.2016.IJ

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

Zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Zwrócenie szczególnej uwagi na kryteria kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu pod kątem interwencji udzielanych pacjentom oraz warunków realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
 - usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
 - realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)
-

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
 - leczenia szpitalnego
 - opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
 - rehabilitacji leczniczej
 - świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
 - leczenia stomatologicznego
 - lecznictwa uzdrowiskowego
 - ratownictwa medycznego
 - opieki paliatywnej i hospicyjnej
 - świadczeń wysokospecjalistycznych
 - programów zdrowotnych
-

Wnioskodawca (pierwotny):
Ministerstwo Zdrowia

1. Przedmiot i historia zlecenia

Przedmiotem niniejszego opracowania jest koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia (znak pisma: IK 744871.2016.IJ) z dnia 31 października 2016 roku z art. 31n pkt 5 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, dotyczące „zaproponowania, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności przedmiotowych świadczeń”.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce, która zakłada zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji/fizjoterapii, szybkie ustalenie i wdrożenie odpowiedniej formy terapii (ze względu na indywidualne potrzeby rehabilitacyjne), zaopatrzenie beneficjentów w świadczenia o poziomie jakości umożliwiającym realizację założonego celu terapeutycznego. Na postulowane zmiany składają się:

- 1) wyznaczenie kryteriów konstrukcji „nowego” pakietu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej, w oparciu o:
 - kryterium kwalifikacyjne – zdefiniowanie *explicite* warunków kwalifikacji do udzielenia świadczeń w ramach różnych poziomów opieki rehabilitacyjnej (opieki stacjonarnej oraz ośrodka/oddziału dziennego). Zdefiniowanie kryteriów kwalifikacji zostało oparte, m.in. o skale medyczne służące do oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta,
 - kryterium parametryzujące świadczenia – ze względu na stopień upośledzenia funkcji (stanu funkcjonalnego) oraz potencjał rehabilitacyjny pacjenta wyspecyfikowano cztery podstawowe kategorie parametrów świadczeń: (1) intensywność, (2) częstotliwość (systematyczność), (3) wczesności oraz (4) czas trwania terapii, wyodrębniając dwa typy świadczeń: podstawowe i kompleksowe,
 - kryterium zakresu gwarantowanych świadczeń uwzględniające specyfikę świadczeń rehabilitacyjnych – opracowanie profili interwencji realizowanych w ramach poszczególnych świadczeń,
 - kryterium specyfikacji warunków komórek organizacyjnych poszczególnych poziomów opieki – specyfikacja warunków miejsc realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej (podstawowych/kompleksowych), stanowiąca pochodną ich parametryzacji i kategoryzacji potrzeb rehabilitacyjnych,
- 2) utworzenia organizacji podmiotów udzielających świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej - POF (propozycja zawiera cztery alternatywne modele organizacji i finansowania POF). Ideą POF jest zabezpieczenie potrzeb rehabilitacyjnych wśród pacjentów o nieznacznych/umiarkowanych potrzebach rehabilitacyjnych, a więc pacjentów w stanach ostrych- „doraźnych” oraz z chorobami przewlekłymi (POF zabezpiecza potrzeby tej grupy pacjentów, która - zgodnie ze zdefiniowanymi warunkami kwalifikacji - nie kwalifikuje się do udzielenia świadczeń w warunkach ośrodka dziennego lub oddziału stacjonarnego);
- 3) zakwalifikowanie świadczeń, jako gwarantowane (*stanowiące przedmiot odrębnego opracowania analitycznego*):
 - porady kwalifikacyjnej (lekarskiej) oraz wizyty kwalifikacyjnej (fizjoterapeutycznej),
 - obowiązku przeprowadzenia oceny stanu funkcjonalnego pacjenta w oparciu o wybrane skale medyczne oraz określenia planu leczenia wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,
 - obowiązku przeprowadzenia oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/ fizjoterapeutycznej w oparciu o wybrane skale medyczne.

Wskazany zakres przedmiotowy stanowi fundament pozostałych, integralnych opracowań analitycznych Agencji, które zostaną przedłożone Radzie Przejrzystości w ramach realizacji odrębnych, uzupełniających zleceń Ministra Zdrowia.

Należy zaznaczyć, iż prezentowane w niniejszym opracowaniu ostateczne postulaty tzw. rozwiązań systemowych są jedynie częścią prac o tym charakterze, które zostały podjęte przez Agencję. W trakcie realizacji projektu zweryfikowano wiele innych propozycji, falsyfikując przy tym powszechnie głoszone tezy stanowiące przesłanki do proponowanych przez ekspertów zmian.

Przedmiot niniejszego opracowania „ogranicza się” także do rehabilitacji leczniczej (medycznej) - nie uwzględnia więc rozwiązań dedykowanych pozostałym elementom rehabilitacji kompleksowej (zgodnie z definicją W. Degi), tj. rehabilitacji społecznej i zawodowej. Z uwagi na przedmiot zlecenia oraz szeroki zakres prac w opracowaniu nie uwzględniono również innych form rehabilitacji funkcjonujących w ramach obecnego systemu ochrony zdrowia, tj. świadczeń rehabilitacji udzielanych w ramach lecznictwa uzdrowiskowego bądź rehabilitacji fazy ostrej (jako element hospitalizacji). Jednakże, w toku realizacji projektu analitycy Agencji uczestniczyli w pracach zespołowych pod egidą Ministerstwa Zdrowia, dotyczących opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego (zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego). Na bazie zdobytych doświadczeń oraz wniosków z przeprowadzonych analiz w podsumowaniu do niniejszego materiału analitycznego zawarto rekomendacje dotyczące również tych zakresów.

Całościowy materiał proponowanych zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej wraz z projektami dedykowanych świadczeń (*stanowiące przedmiot odrębnych opracowań analitycznych*) jest wynikiem prac zespołu analityków Agencji we współpracy ze specjalnie w tym celu powołanymi Zespołami ekspertów (w dziedzinach rehabilitacji: ogólnoustrojowej, neurologicznej, kardiologicznej, pediatrycznej i pulmonologicznej) oraz Zespołem Opiniodawczo-Doradczym (systemowym).

Wizja postulowanych zmian oraz założenia teoretyczne, stanowiące fundament przedmiotowej koncepcji stanowią w głównej mierze wynik prac analityków Agencji oraz wypadkową propozycji wyrażanych przez indywidualnych ekspertów bądź poszczególne, zainteresowane grupy zawodowe.

Tabela 1. Uczestnicy Zespołu Eksperskiego, współpracujący z AOTMiT

| Lp. | Imię i nazwisko eksperta | Afiliacja |
|-----|---|---|
| 1 | [REDAKTOWANE] | Ortopeda dziecięcy, [REDAKTOWANE] |
| 2 | [REDAKTOWANE] | [REDAKTOWANE] Stowarzyszenia Lekarzy Rehabilitacji |
| 3 | Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak | Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii |
| 4 | [REDAKTOWANE] | [REDAKTOWANE] KRF [REDAKTOWANE] |
| 5 | Dr n. med. Aleksandra Kuhn-Dymecka | Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychologii Klinicznej woj. Mazowieckiego |
| 6 | Justyna Żulewska | Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologopedii |
| 7 | Dr Mariola Rybka | Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. |
| 8 | [REDAKTOWANE] | [REDAKTOWANE] Klinika Rehabilitacji Reumatologicznej |
| 9 | [REDAKTOWANE] | [REDAKTOWANE] Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji |
| 10 | Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher | Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej |
| 11 | [REDAKTOWANE] | [REDAKTOWANE] Oddziału Lubelskiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji |
| 12 | [REDAKTOWANE] | Specjalista neurolog, w trakcie specjalizacji rehabilitacja lecznicza |
| 13 | [REDAKTOWANE] | Wysokiej klasy specjalista I stopnia w dziedzinie fizjoterapii |
| 14 | [REDAKTOWANE] | [REDAKTOWANE] Centrum Rehabilitacji |
| 15 | [REDAKTOWANE] | Dyplomowany terapeuta metody PNF, fizjoterapeuta, jest [REDAKTOWANE] Krajowej Izby Fizjoterapeutów i Stowarzyszenia |

| Lp. | Imię i nazwisko eksperta | Afiliacja |
|--------------------|--|---|
| | | Fizjoterapia Polska |
| Zespół Analityczny | | |
| 16 | | Polskiego Stowarzyszenia Terapii Zajęciowej (PSTZ) |
| 17 | | Katedrze Terapii Zajęciowej na Wydziale Rehabilitacji Ruchowej Akademii Wychowania Fizycznego im. B. Czecha w Krakowie |
| 18 | Dr n. hum. Katarzyna Sitnik-Warchulska | Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychologii Klinicznej woj. śląskie |
| 19 | | Oddziale Dziennym Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (dla dzieci starszych i młodzieży z problemami ortopedycznymi) oraz w Oddziale Dziennym dla Dzieci z Zaburzeniami Wieku Rozwojowego (dla niemowląt i dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi) |
| 20 | | Ortopeda, specjalista rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej |
| 21 | | Specjalista rehabilitacji i fizjoterapii; autorka licznych publikacji z zakresu rehabilitacji leczniczej |
| 22 | | Specjalista neurolog, w trakcie specjalizacji rehabilitacja lecznicza |
| 23 | | Specjalista rehabilitant, neurolog. |
| 24 | | Fizjoterapeuta; certyfikowany terapeuta oraz instruktor metody NDT-Bobath |
| 25 | | Lekarz specjalista ortopedii i traumatologii i rehabilitacji medycznej. Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu ŚCRiP |
| 26 | | Specjalista rehabilitacji dziecięcej |
| 27 | Dr n. med. Dominika Szalewska | Konsultant Wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji leczniczej |
| 28 | | Specjalista rehabilitant, balneolog |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Tabela 2. Uczestnicy Zespołu Opiniodawczo-Doradczego współpracujący z AOTMiT

| Lp. | Imię i nazwisko eksperta | Afiliacja |
|-----|--------------------------|---|
| 1 | | Katedry Podstaw Fizjoterapii, Wydziału Fizjoterapii w Katowicach |
| 2 | | Szpitala Rehabilitacyjnego Medpharma |
| 3 | | Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem |
| 4 | | Śląskiego Centrum Rehabilitacji w Ustroniu |
| 5 | | Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacji dla Dzieci w Ameryce k. Olsztynka |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

2. Analiza problemu decyzyjnego

W Polsce w roku 2017 zgodnie z danymi NFZ, aż 4 487 232 osób skorzystało ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Do najczęściej występujących chorób narządu ruchu, które były przyczyną kierowania na rehabilitację leczniczą należały:

- 1) choroby krążka międzykręgowego (M51),
- 2) zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47),
- 3) zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (G54),
- 4) następstwa urazów kończyny dolnej (T93),
- 5) choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (M17),
- 6) choroby kręgow szyjnych (M50).

Wśród chorób układu krążenia stanowiących przyczynę rehabilitacji, dominowały różne postacie choroby niedokrwiennej serca (I25), wśród schorzeń układu oddechowego – dychawica oskrzelowa (J45) i przewlekła obturacyjna choroba płuc (J44). Z grupy chorób psychosomatycznych rehabilitacji leczniczej podlegały przede wszystkim zaburzenia będące reakcją na ciężki stres (F43), a także zaburzenia lękowe (F41) i zaburzenia depresyjne (F33)

Źródło: ZUS, 2017 oraz dane pochodzące z Raportu nr WT.541.46.2016

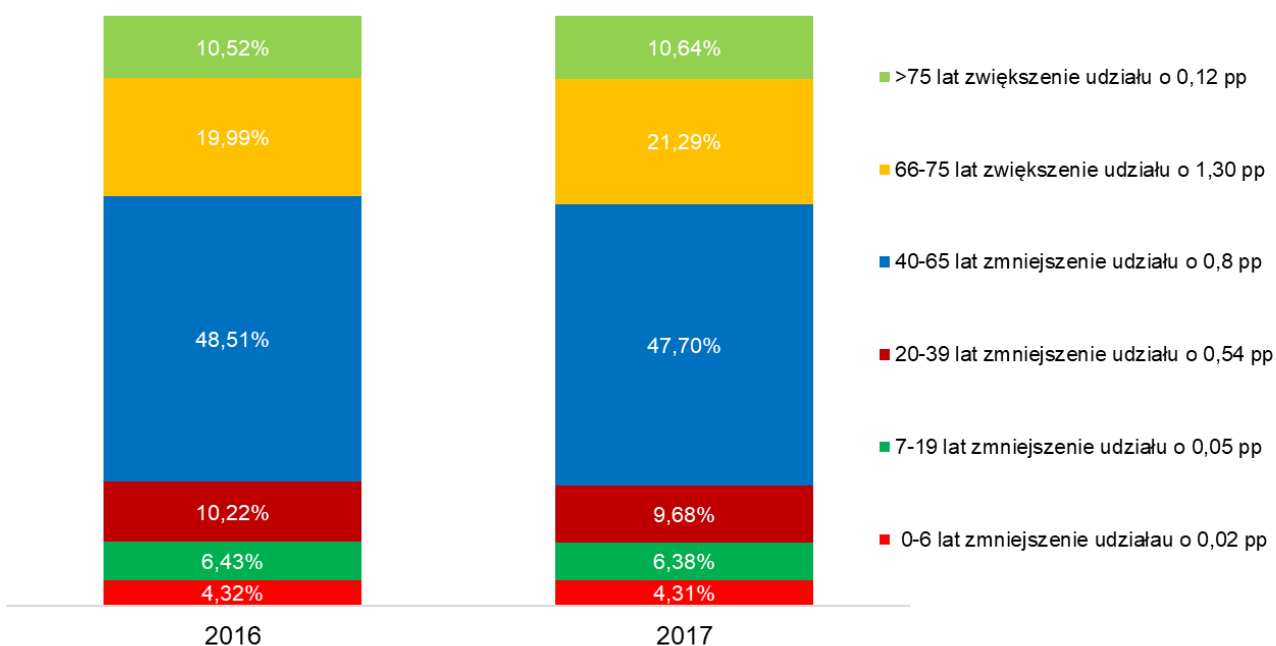
Tabela 3. Liczba osób korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w Polsce w latach 2016-2017

| Nazwa zakresu świadczeń | Liczba osób korzystających ze świadczeń (w danym zakresie)* | | Zmiana 2017 vs. 2016 | |
|--|---|------------------|----------------------|--------------|
| | 2016 | 2017 | liczba osób | % |
| Fizjoterapia ambulatoryjna | 2 644 703 | 2 620 321 | -24 382 | -0,90% |
| Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci | 1 699 | 2 346 | 647 | 38,10% |
| Fizjoterapia domowa | 4 804 | 8 734 | 3 930 | 81,80% |
| Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna | 1 398 327 | 1 361 545 | -36 782 | -2,60% |
| Rehabilitacja neurologiczna | 37 867 | 39 110 | 1 243 | 3,30% |
| Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym | 87 143 | 91 255 | 4 112 | 4,70% |
| Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych | 34 733 | 35 106 | 373 | 1,10% |
| Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/ oddziale dziennym | 9 717 | 10 337 | 620 | 6,40% |
| Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci | 40 | 44 | 4 | 10,00% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym | 166 965 | 168 774 | 1 809 | 1,10% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci | 1 098 | 1 281 | 183 | 16,70% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych | 140 759 | 134 916 | -5 843 | -4,20% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci | 86 | 119 | 33 | 38,40% |
| Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych | 11 333 | 10 874 | -459 | -4,10% |
| Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/ oddziale dziennym | 2 414 | 2 470 | 56 | 2,30% |
| Ogółem | 4 541 688 | 4 487 232 | -54 456 | -1,2% |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ |* unikatowy świadczeniobiorca na poziomie zakresu świadczenia

Na przestrzeni ostatnich lat obserwowane są zmiany w strukturze wiekowej pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych. Na Rysunku nr 1. zaprezentowano rozkład struktury wiekowej pacjentów na przestrzeni lat 2016-2017. W analizowanym okresie zmalały udziały w strukturze grup pacjentów w wieku 0-6, 7-19, 20-39, 40-65 korzystających z rehabilitacji leczniczej odpowiednio o 0,02, 0,05, 0,54, 0,8 pp. Natomiast wzrósł udział świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów z grup wiekowych 66-75 i 76+, odpowiednio o 1,3 i 0,12 pp.

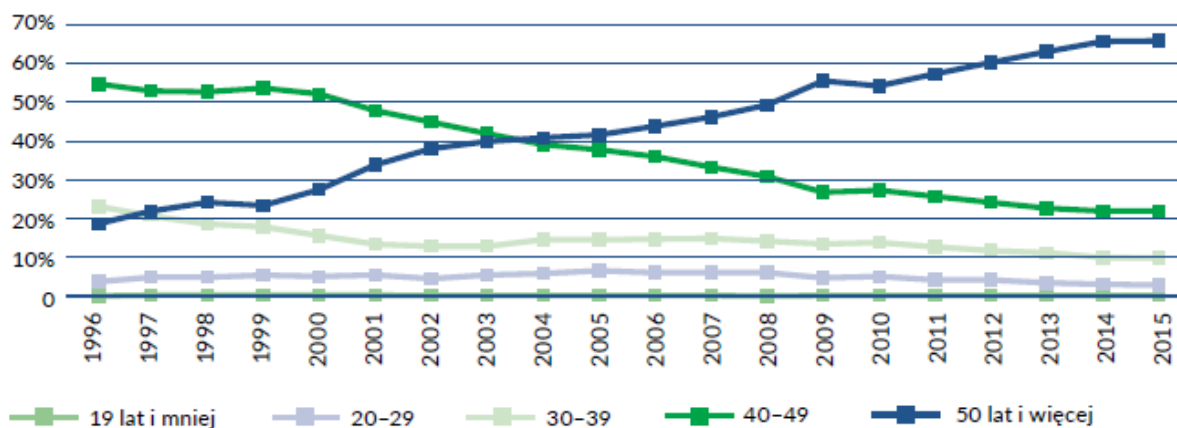
Wykres 1. Struktura wiekowa pacjentów korzystających z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ w latach 2016 i 2017



Źródło: Opracowanie AOTMiT w oparciu dane NFZ

Tendencję wzrostu wieku pacjentów rehabilitacyjnych obserwuje się również w grupie pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez ZUS. Poniższy wykres obrazuje zmiany w strukturze wiekowej pacjentów ZUS w latach 1996-2015. Znacznie wzrósł udział pacjentów powyżej 50 roku życia, głównie kosztem spadku udziału pacjentów z grupy wiekowej 40-49.

Wykres 2. Struktura wiekowa pacjentów korzystających z rehabilitacji finansowanej przez ZUS w latach 1996-2015



Źródło: M. Nietopiel, 20 lat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS, *Prewencja i Rehabilitacja*, Nr 2-3 (44-45) 2016

Pogarsza się dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych pomimo corocznego zwiększania nakładów na świadczenia rehabilitacyjne. Fakt ten potwierdzają dane Narodowego Funduszu Zdrowia wskazujące, iż w roku 2011 łączna wartość rozliczonych świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej wynosiła nieco ponad 1,84 mld, z kolei w 2017 roku było to ponad 2,36 mld zł.

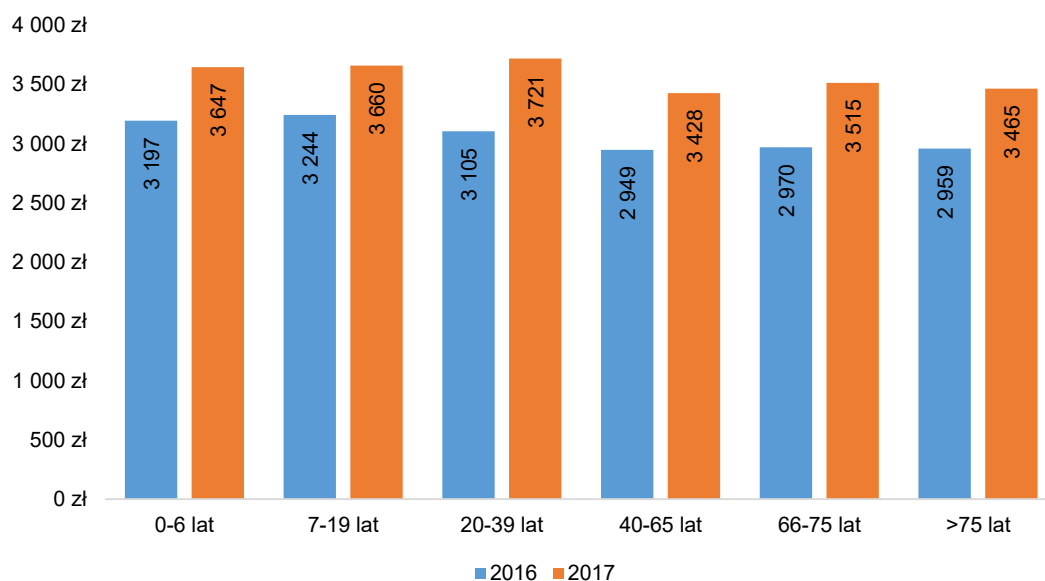
Tabela 4. Wartość zrealizowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2017

| Nazwa zakresu świadczeń | Wartość zrealizowana PLN | | Zmiana 2017 vs. 2016 | |
|---|--------------------------|----------------------|----------------------|-------------|
| | 2016 | 2017 | wartość PLN | % |
| Fizjoterapia ambulatoryjna | 912 832 875 | 904 006 000 | -8 826 875 | -1,00% |
| Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci | 668 201 | 1 213 497 | 545 296 | 81,60% |
| Fizjoterapia domowa | 14 832 876 | 20 650 566 | 5 817 690 | 39,20% |
| Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna | 63 231 699 | 60 840 314 | -2 391 385 | -3,80% |
| Rehabilitacja neurologiczna | 334 640 248 | 341 656 736 | 7 016 488 | 2,10% |
| Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym | 166 362 184 | 167 048 605 | 686 421 | 0,40% |
| Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych | 126 784 699 | 130 520 108 | 3 735 409 | 2,90% |
| Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/ oddziale dziennym | 13 143 709 | 14 033 847 | 890 138 | 6,80% |
| Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci | 172 278 | 287 803 | 115 525 | 67,10% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym | 225 849 399 | 223 971 799 | -1 877 600 | -0,80% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci | 1 235 921 | 1 465 202 | 229 281 | 18,60% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych | 421 833 989 | 471 751 883 | 49 917 894 | 11,80% |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci | 119 306 | 235 587 | 116 281 | 97,50% |
| Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych | 25 264 903 | 26 739 510 | 1 474 607 | 5,80% |
| Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/ oddziale dziennym | 2 783 088 | 2 902 921 | 119 833 | 4,30% |
| Ogółem | 2 309 755 375 | 2 367 324 378 | 57 569 003 | 2,5% |

Źródło: Opracowanie AOTMiT w oparciu dane NFZ

Warto zaznaczyć, iż liczba osób korzystających ze świadczeń realizowanych w ramach zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w 2017 roku wyniosła 134 916 i spadła w stosunku do 2016 roku o 5 843 osoby, czyli o 4,2%. Największą grupę świadczeniobiorców, stanowiącą blisko 40%, stanowiły osoby w wieku 40-65 lat. Średni koszt rehabilitacji świadczeniobiorców wyniósł w 2017 roku 3 500 zł i był zbliżony do kosztów w pozostałych grupach wiekowych. W każdym przedziale wiekowym koszt rehabilitacji w 2017 roku był wyższy niż w 2016 roku, średnio o 16%, co prawdopodobnie wynikało z wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów (JGP) i zmiany wyceny świadczeń w poszczególnych grupach (JGP).

Wykres 3. Średni koszt rehabilitacji udzielonej świadczeniobiorcom z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych w przedziałach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Z roku na rok rośnie również liczba oczekujących na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych. Przykładowo w roku 2018 (wg stanu na dzień 30 czerwca) średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie rehabilitacyjne w przypadku stabilnym w warunkach oddziału rehabilitacji narządu ruchu wysiłił 490 dni, zaś w przypadku pilnym 119 dni. Z kolei w przypadku pracowni fizjoterapii - w przypadkach stabilnych średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 120 dni, a w przypadkach pilnych 43 dni.

Tabela 5. Średni rzeczywisty czas oczekiwania ze względu na miejsce realizacji świadczeń w rehabilitacji leczniczej

| Miejsce realizacji świadczeń | Średni rzeczywisty czas oczekiwania (dni) | |
|---|---|--------------------|
| | Przypadek pilny | Przypadek stabilny |
| w warunkach domowych | | |
| Zespół rehabilitacji domowej | 29 | 67 |
| Zespół rehabilitacji domowej dla dzieci | 0 | 0 |
| w poradni rehabilitacji | | |
| Poradnia rehabilitacji narządu ruchu | 12 | 45 |
| Poradnia rehabilitacyjna | 12 | 44 |
| Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci | 22 | 73 |
| w warunkach ośrodka dziennego | | |
| Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej | 5 | 34 |
| Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej | 1 | 12 |
| Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej | 17 | 0 |
| Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej | 48 | 158 |
| Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci | 15 | 47 |
| Zakład/ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej | 0 | 143 |
| w warunkach stacjonarnych | | |
| Oddział rehabilitacji kardiologicznej | 3 | 15 |
| Oddział rehabilitacji narządu ruchu | 119 | 490 |
| Oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci | 0 | 0 |
| Oddział rehabilitacji neurologicznej | 21 | 349 |
| Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci | 15 | 71 |
| Oddział rehabilitacji pulmonologicznej | 82 | 292 |
| Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci | 16 | 46 |

| | | |
|--|-----|-----|
| Oddział rehabilitacyjny | 86 | 578 |
| Oddział rehabilitacyjny dla dzieci | 24 | 81 |
| Zakład rehabilitacji leczniczej | 109 | 471 |
| Zakład rehabilitacji leczniczej dla dzieci | 0 | 0 |
| fizjoterapia w warunkach ambulatoryjnych | | |
| Dział (pracownia) fizjoterapii | 43 | 120 |
| Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci | 8 | 47 |
| Dział (pracownia) fizykoterapii | 3 | 62 |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM_NFZ | stan na 30.06.2018 rok

Coraz większym problemem staje się także zróżnicowanie dostępności przestrzennej do świadczeń rehabilitacji leczniczej. Przejawem największego zróżnicowania są świadczenia fizjoterapeutyczne realizowane w warunkach domowych. W pierwszej połowie 2018 roku 288 świadczeniodawców zawarło umowy na realizację świadczeń z zakresu fizjoterapia domowa Umowy zostały zawarte w 13 z 16 OW NFZ (z wyjątkiem oddziału pomorskiego, zachodniopomorskiego i opolskiego).

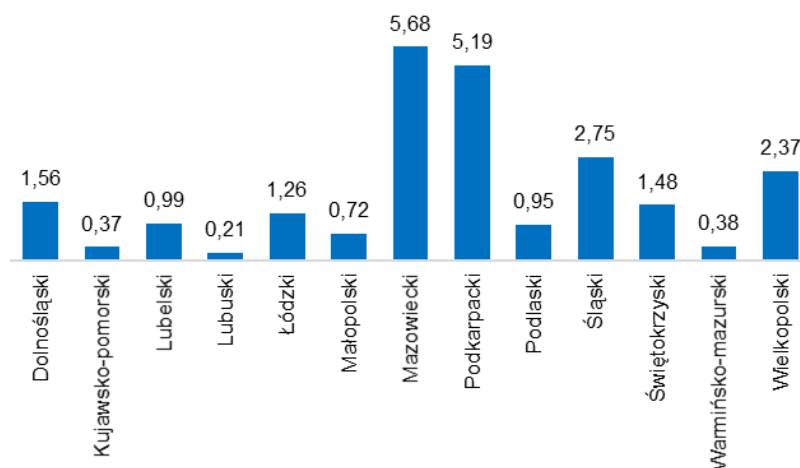
Rysunek 1. Liczba umów z zakresu fizjoterapia domowa w 2018 roku



Źródło: Opracowanie AOTMiT w oparciu dane NFZ

Wartość zawartych umów wyniosła 24 mln zł, z czego blisko połowę (45%) stanowiły umowy zawarte przez Mazowiecki i Podkarpacki OW NFZ (10,8 mln zł).

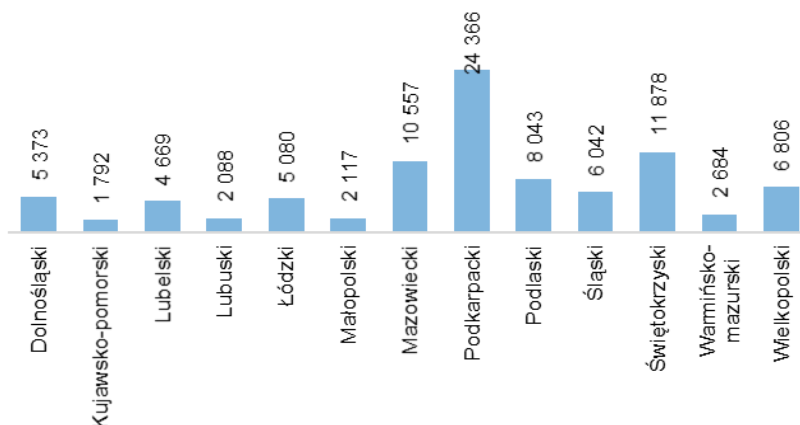
Wykres 4. Wartość umów z zakresu fizjoterapia domowa (I połowa 2018 roku, mln PLN)



Źródło: Opracowanie AOTMiT w oparciu dane NFZ

Najwyższa wartość umowy w przeliczeniu na 10 tys. osób została zawarta przez Podkarpacki OW NFZ. Natomiast najmniejsza w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ.

Wykres 5. Wartość umów z zakresu fizjoterapia domowa w przeliczeniu na 10 000 osób (I połowa 2018 roku, PLN)



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ | GUS – liczba ludności w 2017 roku

Wśród powszechnie znanych problemów związanych z rehabilitacją leczniczą w polskim systemie ochrony zdrowia, wyróżniane są najczęściej:

- brak koordynacji leczenia w pełnym procesie leczniczym (pomiędzy „poziomami” rehabilitacji);
- nadmiarowość wystawianych skierowań, które nie korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi pacjentów;
- brak kryteriów różnicujących potrzeby zdrowotne (rehabilitacyjne) pacjentów. Problem ten związany jest również z faktem, że pacjenci o odmiennych/różnych potrzebach rehabilitacyjnych są umieszczani na tych samych oddziałach i rozliczani w oparciu o te same produkty rozliczeniowe.







Bardziej szczegółowe kwestie problemowe odnoszą się z kolei do:









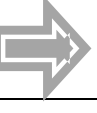
- braku określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny/ funkcjonalny pacjenta;
- wobec braku jasnych kryteriów (oraz niskiej wyceny, opartej na aktualnej strukturze hospitalizowanych pacjentów, nie uwzględniającej stanu ciężkości pacjenta) świadczeniodawcy preferują pacjentów „lżejszych” niż „cięższych” tzn. o niższym poziomie dysfunkcji. Pacjenci „ciężcy” najbardziej potrzebujący rehabilitacji, mają często największe problemy z dostępem do świadczeń rehabilitacyjnych. Zaniedbania w rehabilitacji początkowej są przyczyną dłuższej, droższej i mniej skutecznej rehabilitacji na późniejszych etapach leczenia.;
- przez zaniedbania w rehabilitacji i opiece pielęgniarskiej w fazie ostrej problemem (w skali całego systemu) są pacjenci z odleżynami, których trudno jest rehabilitować;
- braku specyficznych warunków realizacji świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci (m. in. kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt medyczny);
- w ramach zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym, stacjonarnym, określone warunki realizacji świadczeń nie różnicują się ze względu na specyfikę świadczeń udzielanych na rzecz dzieci i dorosłych. W dotychczasowej praktyce dotyczącej zawierania umów świadczeniodawcy deklarujący udzielanie świadczeń dla dzieci muszą spełniać wymagania jednolicie, takie jak dla świadczeń udzielanych pacjentom dorosłym.;
- w ramach poradni rehabilitacji świadczenia są udzielane przez lekarzy różnych specjalizacji np. w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii;
- małego udziału interdyscyplinarności w postępowaniu terapeutycznym w ramach rehabilitacji leczniczej;
- braku doszczegółowionych warunków udzielania świadczeń np. psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego itp.
- dużej liczby wykonywanych zabiegów fizykoterapeutycznych o niepotwierdzonej skuteczności i efektywności leczenia;
- braku mierników oceny skuteczności i efektywności leczenia/zleconej terapii;

- brak wymogu określenia planu rehabilitacji, w tym definiowania celu terapeutycznego stanowiącego kryterium oceny skuteczności leczenia.

Opracowany przez Agencję we współpracy z ekspertami, nowy model warunków organizacyjnych realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz pakiet zaprojektowanych - zgodnie z prezentowaną w niniejszym Opracowaniu koncepcją - opisów świadczeń, powinien dzięki zaproponowanym rozwiązaniom zapewniać zarówno efektywniejsze wykorzystanie środków finansowych pod względem ekonomicznym, jak również pod względem medycznym, skutkując lepszymi efektami zdrowotnymi.

Wśród kluczowych propozycji rozwiązań, stanowiących równoległe odrębne elementy problemu decyzyjnego wskazano:

| OBSERWOWANY PROBLEM | PROPONOWANE ROZWIĄZANIE W RAMACH KONCEPCJI |
|--|---|
| Długi czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia w trybie pilnym |  Zaprojektowanie oraz zakwalifikowanie jako świadczenie gwarantowane nowego świadczenia: podstawowa opieka fizjoterapeutyczna (dla pacjentów kierowanych z POZ), w ramach którego opieką objęci będą <u>pacjenci ze schorzeniami przewlekłymi oraz wymagający opieki doraźnej</u> . Pacjenci w stanie „ostрым” w trybie pilnym zostaną natomiast zakwalifikowani do innych świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej np. fizjoterapii ambulatoryjnej czy kompleksowej rehabilitacji ambulatoryjnej lub stacjonarnej. |
| Niska dostępność do świadczeń fizjoterapeutycznych udzielanych w warunkach domowych (mała liczba umów w fizjoterapii domowej). |  Włączenie fizjoterapii domowej do świadczeń realizowanych w ramach POF na zlecenie lekarza POZ, który zgodnie z deklaracją pacjenta znajduje się w jego bliskim dostępie (gmina lub gmina sąsiednia, w której zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń przez lekarza POZ). Zakres świadczeń realizowanych w warunkach domowych pozostaje bez zmian, jednak w ramach wyodrębnionych 5 „nowych” świadczeń doszczegółowiono kryteria włączenia. |
| Brak koordynacji leczenia w ramach pełnego procesu leczniczego (w tym pomiędzy „poziomami” rehabilitacji) |  W ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej rolę koordynatora będzie pełnił ośrodek koordynujący, natomiast w warunkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych lekarz na odpowiednim oddziale. |
| Nadmiarowość wystawianych skierowań, które nie korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi pacjentów. |  Zaprojektowanie nowej interwencji – kwalifikacji wstępnej, w ramach której weryfikowana jest przez lekarza/fizjoterapeutę, zasadność kierowania pacjenta do danego poziomu świadczeń rehabilitacyjnych (np. zmiana miejsca realizacji świadczeń z warunków stacjonarnych na oddział dzienny). Dostosowanie złożoności terapii w ramach rehabilitacji do realnych potrzeb zdrowotnych pacjentów. |
| Brak kryteriów różnicujących potrzeby zdrowotne (rehabilitacyjne) pacjentów. Problem ten związany jest również z faktem, że pacjenci o odmiennych/ różnych potrzebach rehabilitacyjnych są umieszczani na tych samych oddziałach i rozliczani w oparciu o te same produkty rozliczeniowe |  Ze względu na stopień upośledzenia funkcji (stanu funkcjonalnego) wyodrębniono w oparciu o kryteria intensywności, systematyczności, wczesności oraz czasu trwania rehabilitacji, dwa typy świadczeń: podstawowe i kompleksowe. Pochodną typów świadczeń są wyodrębnione miejsca realizacji świadczeń: <ul style="list-style-type: none"> - podstawowe - oddziały ambulatoryjne (pracownia fizjoterapii oraz gabinet lekarski), - kompleksowe - oddziały ambulatoryjne i stacjonarne. |
| Brak określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny/funkcjonalny pacjenta. Wobec braku jasnych kryteriów (oraz niskiej wyceny, nie uwzględniającej stanu ciężkości pacjenta) świadczeniodawcy preferują pacjentów |  Opisy świadczeń uwzględniające w kryteriach kwalifikacji skale medyczne służące do oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta oraz odnoszące się do aktualnych wytycznych postępowania |

| | | |
|--|---|--|
| <p>„lżejszych” niż „cięższych”.</p> | | |
| <p>Pacjenci „ciężcy” najbardziej potrzebujący rehabilitacji, mają często największe problemy z dostępem do świadczeń rehabilitacyjnych.</p> <p>Zaniedbania w rehabilitacji początkowej są przyczyną dłuższej, droższej i mniej skutecznej rehabilitacji na późniejszych etapach leczenia. Przez zaniedbania w rehabilitacji i opiece pielęgniarstwa w fazie ostrej problemem (w skali całego systemu) są pacjenci z odleżynami, których trudno jest rehabilitować.</p> |  | <p>Ustalenie ścisłych kryteriów włączenia do udzielenia świadczeń rehabilitacji dla pacjentów „pilnych”, czyli pourazowych i pozabiegowych, którzy ze względu na skuteczność i efektywność leczenia powinni mieć zapewniony dostęp do rehabilitacji tuż po/ w niedalekim czasie (do 30 dni) po incydencie.</p> <p>Ustalenie precyzyjnych wymagań rehabilitacyjnych jeszcze na etapie leczenia na oddziale fazy ostrej.</p> |
| <p>Brak specyficznych warunków realizacji świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci (m. in. kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt medyczny).</p> <p>W ramach zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym, stacjonarnym, określone warunki realizacji świadczeń nie różnicują się ze względu na specyfikę świadczeń udzielanych na rzecz dzieci i dorosłych.</p> <p>W dotychczasowej praktyce dotyczącej zawierania umów świadczeniodawcy deklarujący udzielanie świadczeń dla dzieci muszą spełniać wymagania jednolicie, takie jak dla świadczeń udzielanych pacjentom dorosłym.</p> |  | <p>Zaprojektowanie oraz zakwalifikowanie nowego zakresu świadczeń – kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej ambulatoryjnej i stacjonarnej</p> |
| <p>W ramach poradni rehabilitacji świadczenia są udzielane przez lekarzy różnych specjalizacji np. w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii</p> |  | <p>Wzrost znaczenia roli poradni rehabilitacji w systemie ochrony zdrowia, poprzez realizację udzielania świadczeń wyłącznie przez specjalistów posiadających kompetencje w dziedzinie rehabilitacji</p> |
| <p>Mały udział interdyscyplinarności w postępowaniu terapeutycznym w ramach rehabilitacji leczniczej</p> |  | <p>Dookreślenie interwencji realizowanych w ramach kompetencji personelu medycznego (logopedy, psychologa, terapeuty zajęciowego itp.)</p> |
| <p>Brak doszczegółowionych warunków udzielania świadczeń np. psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego itp.</p> |  | <p>Wskazanie optymalnych warunków realizacji świadczeń np. opisanie wymagań dotyczących niezbędnego wyposażenia gabinetów w których realizowane będą dane interwencje.</p> |
| <p>Duża liczba wykonywanych zabiegów fizykoterapeutycznych o niekiedy niepotwierdzonej skuteczności i efektywności leczenia</p> |  | <p>Brak obligatoryjności posiadania sprzętu do realizacji zabiegów fizykoterapeutycznych. Katalog procedur fizjoterapeutycznych nie wyklucza udzielania tych zabiegów.</p> |
| <p>Brak mierników oceny skuteczności i efektywności leczenia/zleconej terapii</p> |  | <p>Określenie wskaźników jakości rehabilitacji leczniczej</p> |
| <p>Brak wymogu określenia planu rehabilitacji w tym definiowania celu terapeutycznego stanowiącego kryterium oceny skuteczności leczenia</p> |  | <p>Wprowadzono wymóg określenia indywidualnego planu postępowania terapeutycznego i celu terapii, w oparciu o badanie pacjenta.</p> |
| <p>Zróznicowanie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w poszczególnych województwach</p> |  | <p>Doszczegółowienie kryteriów populacyjno-geograficznych do poszczególnych świadczeń</p> |

3. Problem zdrowotny

3.1. Rehabilitacja lecznicza – znaczenie i rola w systemie opieki zdrowotnej

Pojęcie rehabilitacji definiowane jest w literaturze przedmiotu jako zespół działań mających na celu przywrócenie człowiekowi niepełnosprawnemu funkcji fizjologicznych, biologicznych i społecznych, które zostały utracone z powodu choroby, a także wad rozwojowych lub wrodzonych. Rehabilitacja medyczna rozumiana jest natomiast jako proces leczenia, który umożliwia przyspieszenie procesu naturalnej regeneracji i zmniejszenia fizycznych i psychicznych następstw choroby. Zdolność człowieka do poruszania się, ma fundamentalne znaczenie dla możliwości realizowania podstawowych codziennych czynności. Wszelkie upośledzenia ruchowe istotnie ograniczają subiektywnie postrzeganą jakość życia. Istnieje wiele chorób, których wczesne lub późne skutki powodują znaczne ograniczenie funkcji organizmu przynajmniej w dwóch aspektach: somatycznych i psychicznych. Należą do nich m.in. choroby narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego czy układu nerwowego.

Wysoka zachorowalność, nawrotowość oraz trudności diagnostyczne i terapeutyczne w obszarze chorób narządu ruchu sprawiają, że choroby te stają się nie tylko problemem medycznym, ale również i społeczno-ekonomicznym. Skuteczne leczenie rehabilitacyjne skutków urazów narządu ruchu i chorób obniżających wydolność fizyczną stanowi ogromne wyzwanie. Potwierdzone naukowo, klinicznie i ekonomicznie metody leczenia, na które nieustannie rośnie zapotrzebowanie – motywują do rozwoju i doskonalenia znanych od dawna metod rehabilitacyjnych. Wyrażana przez pacjenta wola szybkiego odzyskania sprawności niejako zmusza lekarza, jak również innych terapeutów wchodzących w skład zespołu rehabilitacyjnego, do wyboru takiej metody leczenia, która zagwarantuje możliwie najszybszy powrót do pełnej aktywności. Zasadne wydaje się zatem ordynowanie optymalnych metod, których efekty są dobrze udokumentowane.

Rehabilitacja lecznicza jest istotna przy usprawnianiu osób starszych, dając korzystne skutki w procesie starzenia się. W związku z tym wzrasta na nie zapotrzebowanie również w tej grupie wiekowej. Koszty opieki zdrowotnej należy zatem wiązać z prognozami demograficznymi. Starzenie się organizmu jest naturalnym etapem życia każdego człowieka, podczas którego dochodzi do zmian inwolucyjnych. Jednak tempo i obszar tych przemian są cechą osobniczą i zależą od trybu życia człowieka. Coraz większy odsetek osób kierowanych na rehabilitację stanowią pacjenci w wieku poprodukcyjnym, dotknięci złożoną niesprawnością. Są oni wyzwaniem dla specjalistów z zakresu fizjoterapii. Ćwiczenia fizyczne to „podstawowe narzędzie” naprawcze w rękach fizjoterapeutów, zalecane w okresie starzenia się w celu zapobiegania i leczenia, a także mające przyczynić się do poprawy jakości życia. W organizmie człowieka zachodzi wiele zmian degeneracyjnych. Współtowarzyszące temu osłabienie funkcji poznawczych to istotne oznaki starzenia się organizmu. Ograniczenia te mogą się pogłębiać w przypadku występowania chorób współistniejących. Współczesny człowiek chce jak najdłużej utrzymać swoją niezależność i dobrą jakość życia. Pojęcie pomyślnego starzenia się (ang. successful ageing) należy wiązać z możliwością unikania przez człowieka chorób i urazów oraz utrzymywania wysokiego poziomu zdolności poznawczych i fizycznych. Pozytywnym wskaźnikiem starzenia, podkreślanym przez wielu autorów, jest też aktywne zaangażowanie w codzienne życie. To właśnie rehabilitacja może mieć kluczowe znaczenie dla poprawy kondycji psychicznej i jakości życia starzejącego się człowieka. Mówiąc o starzeniu się, należy mieć na uwadze wielochorobowość organizmu; oprócz schorzeń pojawiających się wraz z wiekiem można też mówić o patologii wynikających ze stylu życia (nadwaga, cukrzyca). Należy pamiętać, że wiek biologiczny każdego człowieka może zdecydowanie różnić się od wieku metrykalnego – zależy on bowiem od prędkości zmian, jakie zachodzą w organizmie indywidualnie. Rehabilitacja ma sprzyjać pomyślnemu starzeniu się.

3.2. Uwarunkowania formalno-prawne świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej przysługujące pacjentowi ubezpieczonemu zostały określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

Obowiązujące przepisy wydane na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz.U z 2017 r. poz. 1523), zawarte są w załączniku do oświadczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 roku zawierającego jednolity tekst rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U poz. 2162);
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2017 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. poz. 946).

Podstawą udzielenia świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej jest skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, co jest określone w art. 59 ustawy o świadczeniach. Decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia rehabilitacyjnego za każdym razem podejmuje lekarz.

W treści ww. rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej Minister Zdrowia określił minimalne wymogi jakie powinien spełnić świadczeniodawca chcący realizować poszczególne świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej na podstawie umowy zawartej z właściwym dla obszaru działania oddziałem wojewódzkim NFZ.

Zgodnie z zapisami § 4 rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej, świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach:

- 1) ambulatoryjnych, świadczenia udzielane pacjentom poruszającym się samodzielnie, którzy wymagają rehabilitacji lub fizjoterapii, które obejmują:
 - a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 2) domowych, świadczenia udzielane pacjentom, którzy wymagają rehabilitacji lub fizjoterapii, ale nie poruszają się samodzielnie, które obejmują:
 - a) poradę lekarską rehabilitacyjną,
 - b) fizjoterapię domową realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;
- 3) ośrodka lub oddziału dziennego, świadczenia udzielane pacjentom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, lecz nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, które obejmują rehabilitację:
 - a) ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów,
 - b) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - c) osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
 - d) osób z dysfunkcją narządu wzroku,
 - e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
 - f) pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii,
 - g) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego;
- 4) stacjonarnych, świadczenia udzielane pacjentom, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego, które obejmują rehabilitację:
 - a) ogólnoustrojową,
 - b) neurologiczną,
 - c) pulmonologiczną,
 - d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
 - e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zgodnie z zapisami § 3 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), „*świadczeniodawca jest obowiązany zaopatrzyć się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy*”.

4. Uwarunkowania dostępności i jakości świadczeń rehabilitacji leczniczej

4.1. Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej - stan obecny

4.1.1. Ocena poziomu dostępności do świadczeń

Jednym z determinantów zdrowia jest wydolność systemu opieki zdrowotnej, który wymaga wsparcia również ze strony innych sektorów mających wpływ na zabezpieczenie społeczne, dotycząc zarówno dziedziny opieki społecznej, opieki zdrowotnej, jak i finansów i gospodarki oraz w sposób bezpośredni przyczynia się do konieczności alokowania dodatkowych środków na opiekę zdrowotną. Działania służące poprawie stanu zdrowia i jakości życia powinny dotyczyć oddziaływania na czynniki kształtujące zdrowie, powinny zmniejszać różnice w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz podnosić jakość i efektywność regionalnego systemu ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców winno być jednym z najważniejszych zadań stojących przed dysponentami systemu opieki zdrowotnej, zaś wszystkie wysiłki zmierzające do stworzenia warunków dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia powinny być poprzedzone działaniami zabezpieczającymi ich przyszłe finansowanie. Takie podejście sprzyja powstaniu realnej polityki zdrowotnej uwzględniającej rzeczywiste potrzeby danego społeczeństwa. W oparciu o zapisy art. 65 ustawy o świadczeniach, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- równego traktowania oraz solidarności społecznej;
- zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem.

Zgodnie z polskimi przepisami prawa świadczenia gwarantowane powinny być udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Celem tych świadczeń jest m.in. przywrócenie choremu utraconych sprawności oraz podjęcie działań zapobiegających utracie sprawności w przyszłości. Ze świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo i objętych przepisami prawa może skorzystać pacjent w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Przepisy ustawowe gwarantują pacjentowi określone świadczenie gwarantowane w określonym standardzie. W związku z czym pacjent, decydując się na skorzystanie ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, godzi się na standard świadczeń gwarantowanych uregulowanych przepisami odpowiednich rozporządzeń. Należy jednak pamiętać, że w każdym przypadku zgoda pacjenta na działanie medyczne stanowi wymóg niezbędny przy udzielaniu wszelkich świadczeń zdrowotnych. Usługi medyczne, w tym również rehabilitacyjne muszą ewoluować i nadażać za postępowaniem w medycynie oraz za rosnącymi potrzebami pacjentów. To właśnie pacjentowi należy zapewnić dostęp do nowych rozwiązań, ulepszonych technologii medycznych służących zwiększeniu skuteczności leczenia, bezpieczeństwa zdrowotnego oraz poprawie jakości jego życia. Planowane działania mogą pomóc w zreformowaniu regionalnego systemu opieki zdrowotnej, co oznacza poprawę warunków oraz wzrost efektywności funkcjonowania tego sektora. Nowe przedsięwzięcia mają wynikać z konkretnych potrzeb lub służyć wprowadzaniu nowoczesnych, a niekiedy unikalnych rozwiązań systemowych. Dzięki rozwojowi nauki rehabilitacja lecznicza rozwija się, szukając coraz lepszych rozwiązań dla złożonych problemów zdrowotnych współczesnego pacjenta, związanych nie tylko z dysfunkcjami narządu ruchu. Z jednej strony onkologia i neurochirurgia coraz częściej i skuteczniej ratują ludzkie życie, z drugiej zaś strony zarówno pacjenci onkologiczni, jak i neurochirurgiczni są nierzadko pacjentami stacjonarnych i ambulatoryjnych oddziałów rehabilitacyjnych. Chorzy uczestniczą w różnego rodzaju procedurach fizjoterapeutycznych, ale w zależności od stanu funkcjonalnego i ogólnego organizmu pacjentów dają one różne efekty końcowe.

Rehabilitacja lecznicza również staje przed nowymi zadaniami, a w podążaniu za zaspakajaniem potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów musi korzystać z dobrodziejstw rozwoju naukowego. Medycyna oparta na faktach (EBM evidence-based medicine) łączy badania naukowe z praktyką kliniczną. Stanowi ona zbiór standardów i procedur postępowania, możliwych do wykorzystania przy podejmowaniu decyzji w codziennej praktyce klinicznej. Zatem wykorzystanie wiarygodnych wytycznych praktyki klinicznej EBM może przyczynić się do zwiększenia efektywności udzielonych świadczeń. Jednakże trzeba mieć na uwadze, iż zapewnienie optymalnej opieki medycznej dotyczy również organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu. Zasady EBM odnoszą się nie tylko do indywidualnej praktyki lekarskiej, fizjoterapeutycznej czy opieki pielęgniarskiej, lecz także do instytucji, czyli wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Możliwość równoległego wykorzystania wytycznych dotyczących postępowania klinicznego oraz organizacji systemu, wpływa na zwiększenie jakości udzielanych świadczeń i tym samym do podniesienia poziomu dostępności

do rehabilitacji. Warto zauważyć, że za efektywnością danej metody klinicznej czy organizacyjnej, powinny iść dyskusje, opinie ekspertów klinicznych, dydaktycznych i naukowych, które finalnie doprowadzą do standaryzacji postępowania rehabilitacyjnego. Obecnie w Polsce brak jest prawnych standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, co może stanowić istotną barierę w rozwoju nowoczesnej rehabilitacji, charakteryzującej się wysoką jakością i efektywnością leczenia pacjentów ocenianą przy użyciu mierzalnych czynników, skal i testów.

4.1.2. Kolejka osób oczekujących

Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej odbywa się na zasadach ogólnych. W rehabilitacji leczniczej nie ma dodatkowych regulacji wpływających na czas przyjęcia pacjenta. Zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach: „Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Dodatkowo zasady umieszczania pacjentów w kolejce na udzielenie świadczeń reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniodawców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 r. Nr 200, poz.1661).

Placówka medyczna przy zapisie na rehabilitację kwalifikuje chorego do kategorii medycznej:

1. "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia, lub
2. "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły, pilny.

Pacjenta zakwalifikowanego do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących przed innymi pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny". O umieszczeniu chorego na liście oczekujących decydują następujące kryteria:

- stan zdrowia,
- rokowania co do dalszego przebiegu choroby,
- choroby współistniejące mając wpływ na chorobę objęta świadczeniem,
- zagrożenie wystąpienia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Należy podkreślić, iż w warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych w rehabilitacji leczniczej określonych w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej, nie zostały wskazane kryteria medyczne inne niż wymienione w ww. rozporządzeniu z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych. Ze względu na m.in. brak szczegółowych regulacji służących obiektywnej ocenie funkcjonalnej pacjenta (np. za pomocą wystandaryzowanych testów), kwalifikacji świadczeniobiorcy do poszczególnych form usprawniania, określeniu celu podjętej rehabilitacji, popyt przewyższa podaż. Następnym powyzszego jest bardzo długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresach ambulatoryjnych i domowych: lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż pacjent do każdego z powyższych zakresów oczekuje w odrębnej kolejce (brak przepisów dotyczących koordynacji i kompleksowości udzielonej rehabilitacji) co finalnie prowadzi do długiego odstępu czasu pomiędzy wystawieniem skierowania a udzieleniem niezbędnej pomocy w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej.

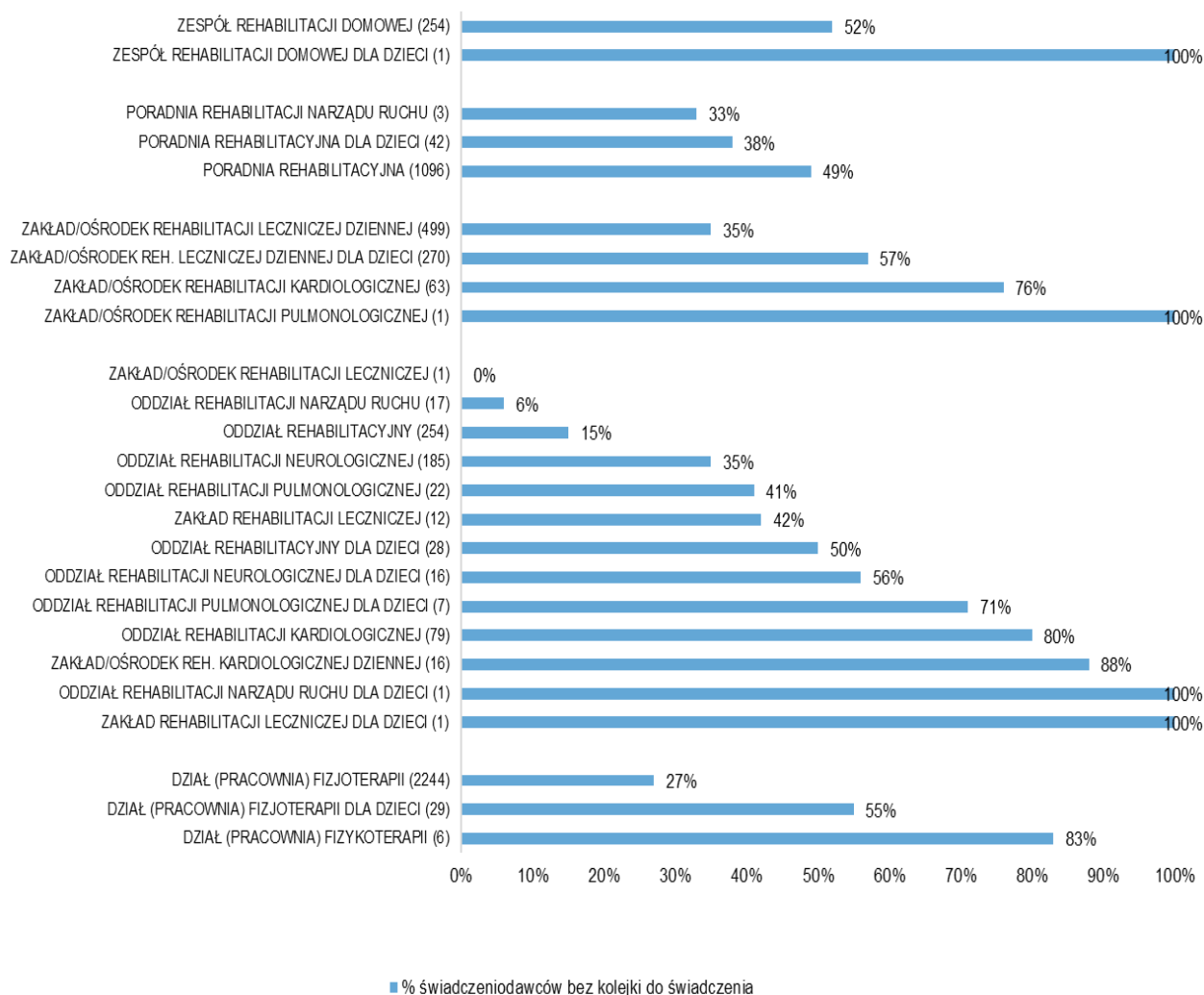
Jak wskazują dane zgromadzone w tabeli 3, czas oczekiwania „przypadków stabilnych” jest zazwyczaj kilkukrotnie dłuższy niż „przypadków pilnych”. Najdłuższe kolejki obserwuje się do oddziałów stacjonarnych rehabilitacji: oddziału rehabilitacji, oddziału rehabilitacji narządu ruchu oraz zakładu rehabilitacji leczniczej, do których w przypadku „przypadków stabilnych” jest to średnio 578, 490 i 471 dni. Pacjenci sklasyfikowani jako „przypadki pilne” czekają średnio do ww. oddziałów rehabilitacji odpowiednio - 86, 119 i 109 dni.

Duże różnicowanie pomiędzy średnim czasem oczekiwania dla przypadku pilnego i stabilnego odnotowano również w przypadku oddziałów rehabilitacji neurologicznej i pulmonologicznej. Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia dla pacjentów wymagających szybkiej rehabilitacji wynosi odpowiednio 21 i 82 dni. Natomiast kolejki dla przypadków stabilnych wynoszą odpowiednio 349 i 292 dni.

Jak można zauważyć czas oczekiwania na rehabilitację dzieci (dla miejsc udzielania świadczeń dedykowanych wyłącznie dla dzieci) jest zdecydowanie krótszy w porównaniu z miejscami, w których udzielane są świadczenia dla dorosłych.

Czas oczekiwania na przyjęcie na rehabilitację zależy nie tylko od zakresu świadczeń, ale również od podmiotu leczniczego. Poniższe dwie grafiki prezentują różnicowanie długości oczekiwania pomiędzy podmiotami leczniczymi z uwzględnieniem zakresu świadczeń.

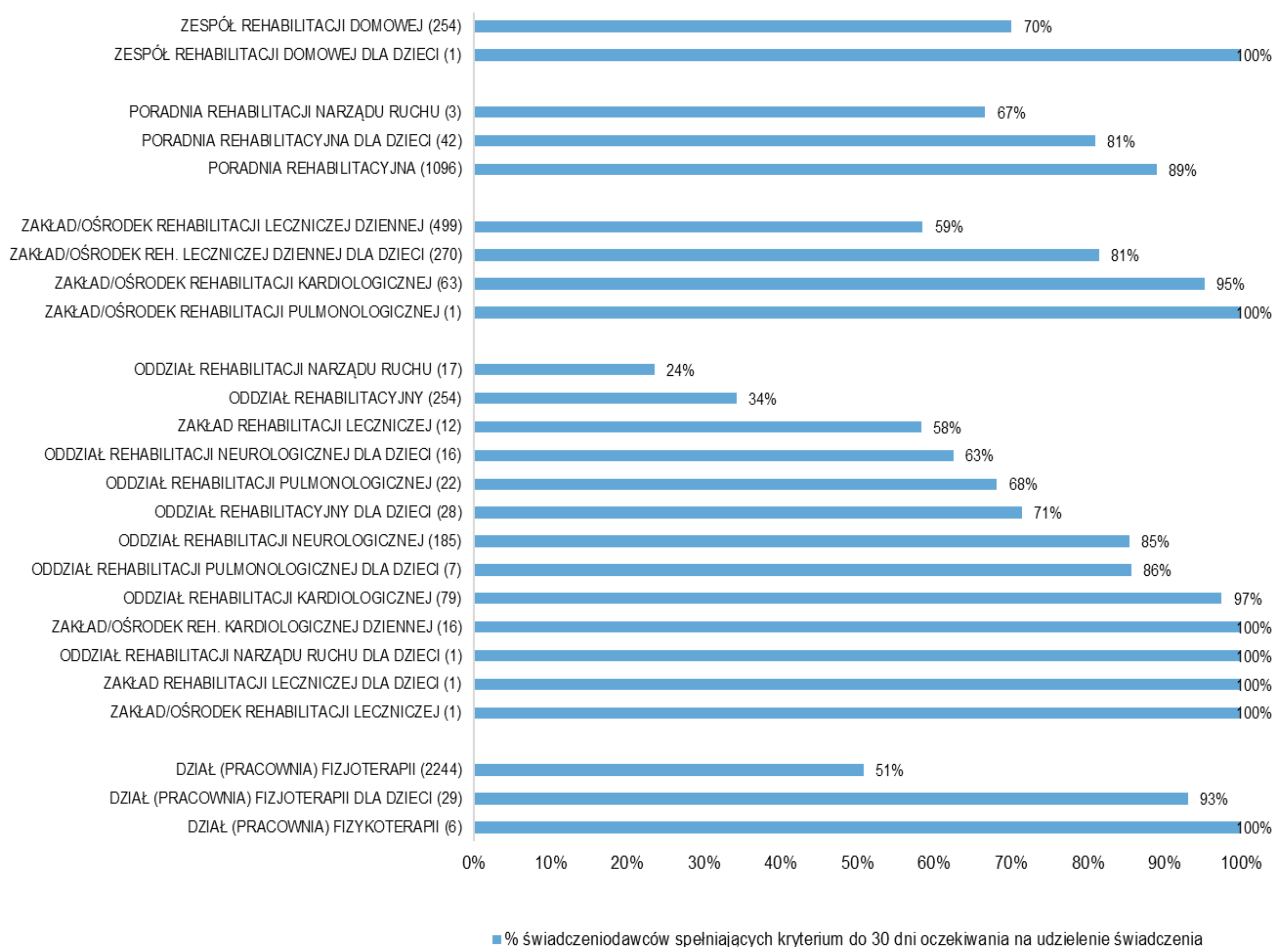
Wykres 6. Udział procentowy świadczeniodawców, w których nie odnotowano kolejki do uzyskania świadczenia



- w nawiasach podano liczbę świadczeniodawców

Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych RUM_NFZ | stan na 30.06.2018 rok | analiza obejmuje przypadki pilne

Wykres 7. Udział procentowy świadczeniodawców spełniających kryterium do 30 dni oczekiwania na udzielenie świadczenia



- w nawiasach podano liczbę świadczeniodawców

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych RUM_NFZ | stan na 30.06.2018 rok | analiza obejmuje przypadki pilne

Analiza informacji z trzech powyższych rysunków pozwala na dokładniejszą ocenę czasu oczekiwania na udzielane świadczenie. Po dodatkowej analizie można potwierdzić stwierdzenie, że najtrudniejszy dostęp odnotowany został w przypadku świadczeń na oddziałach rehabilitacji narządów ruchu. Praktycznie dane statystyczne nie wykazały świadczeniodawców udzielających świadczeń w tym zakresie bez kolejki oczekujących. Dodatkowo, rozpatrując kryterium 30 dni na przyjęcie pacjenta, tylko w przypadku 27% oddziałów rehabilitacji narządów ruchu odnotowano przyjęcia, przy czym należy zaznaczyć, że wśród nich zostały uwzględnione przypadki pilne.

4.1.3. Rozkład środków finansowych

Drugim czynnikiem mającym bezpośrednie przełożenie na poziom dostępności do świadczeń jest liczba zakupionych świadczeń przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców (osób ubezpieczonych).

Sposób podziału środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ powinien być zgodny z zapisami art.118 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.

Zgodnie z zapisami powyższego artykułu planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125 ustawy o świadczeniach, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając:

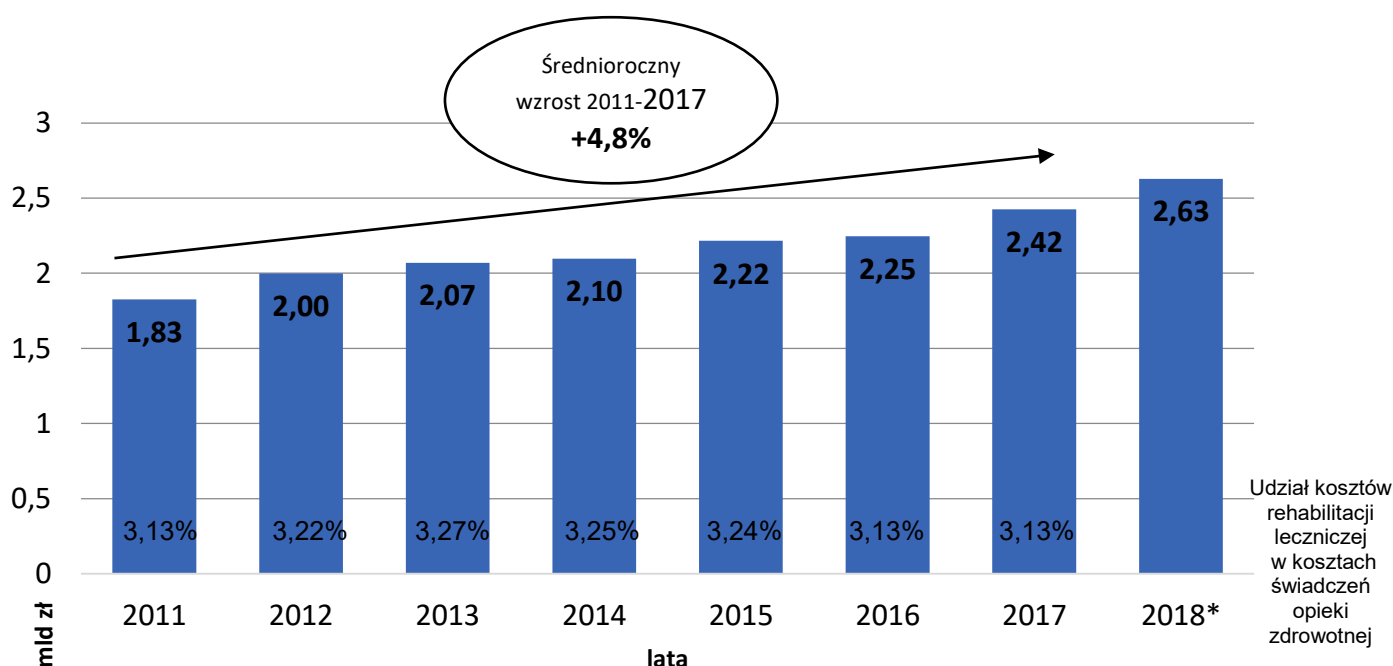
- 1) liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;

- 2) wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wyskoscjalistyczne;
- 3) ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki NFZ nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim.

Średnioroczny wzrost nakładów na rehabilitację leczniczą w latach 2011-2017 wyniósł +4,8%. Jednocześnie koszty świadczeń opieki zdrowotnej rosły w zbliżonym tempie +4,9%.

Wykres 8. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (pozycja B2 planu finansowego NFZ)

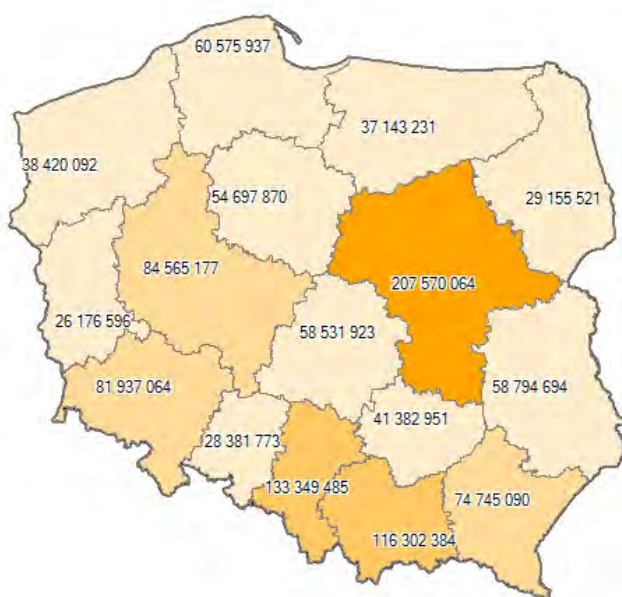


Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie ostatecznego planu finansowego NFZ w latach 2011 – 2017 |* wg planu finansowego z dnia 15 czerwca 2018 roku

Zgodnie z delegacją zawartą w art. 119 ustawy o świadczeniach, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniając przepisy art. 118 ustawy o świadczeniach (algorytm podziału środków).

W pierwszej połowie 2018 roku 2 762 świadczeniodawców zawarło umowy na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Wartość zawartych umów wyniosła ponad 1,13 mld zł, z czego 40% stanowiły umowy zawarte przez Mazowiecki, Śląski i Małopolski OW NFZ (457,2 mln zł).

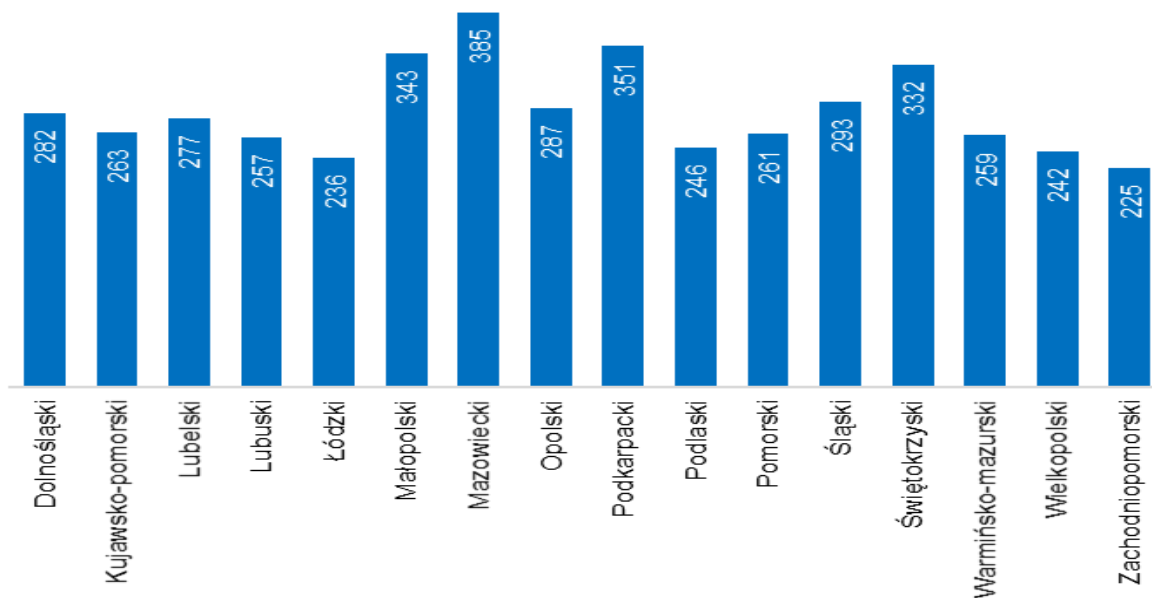
Rysunek 2. Wartość umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w I połowie 2018 roku



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Najwyższa wartość umowy w przeliczeniu na 10 tys. osób została zawarta przez Mazowiecki OW NFZ.

Wykres 9. Wartość umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w przeliczeniu na 10 000 osób (I połowa 2018 roku w tys. PLN)



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ | GUS – liczba ludności w 2017 roku

4.1.4. Zasady i sposób finansowania świadczeń

Finansowanie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej określonych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, znajduje się w kompetencjach NFZ. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Prezes Funduszu na podstawie upoważnienia zamieszczonego w art. 146 ustawy o świadczeniach wydaje zarządzenia, w których określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. Dodatkowo w związku z art. 146 ust. 1 pkt 1 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach, określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych świadczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń.

Obowiązującym przepisem wydanym przez Prezesa NFZ dotyczącym zasad finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej jest zarządzenie nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 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, zmienione zarządzeniem Nr 53/2018/DSOZ z dnia 22 czerwca 2018 r. oraz zmienione zarządzeniem Nr 60/2018/DSOZ z dnia 26 czerwca 2018 r., zwane dalej „zarządzeniem 42/2018/DSOZ”.

Zgodnie z zarządzeniem 42/2018/DSOZ podstawową i jednostkową miarą służącą do określenia wartości produktów rozliczeniowych, jest jednostka rozliczeniowa, czyli punkt. Dodatkowo w celu sprawozdania zrealizowanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej, Prezes Funduszu wskazał miarę służącą do ich rozliczania i sprawozdawania: poradę, zabieg, wizytę czy osobodzień. W rozumieniu zasad rozliczania świadczeń ww. miary sprawozdawcze definiują produkty rozliczeniowe, które zostały określone przez Prezesa Funduszu w załącznikach nr 1m, 1n i 1r do zarządzenia 42/2018/DSOZ. Natomiast ceny jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, art. 143, art. 159 i art. 161b ustawy o świadczeniach. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, stanowiącym element umowy.

1) Porada

Porada lekarska jest udzielana przez lekarza z poradni rehabilitacji, zarówno w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Może zostać rozliczona następującymi produktami rozliczeniowymi:

- poradą lekarską rehabilitacyjną,
- poradą lekarską rehabilitacyjną kompleksową,
- poradą lekarską rehabilitacyjną zabiegową,
- poradą lekarską rehabilitacyjną w warunkach domowych,
- poradą lekarską rehabilitacyjną kompleksową w warunkach domowych.

Porada lekarska rehabilitacyjna jest podstawową poradą i służy m. in. ocenie stanu pacjenta, określeniu postępowania terapeutycznego. Warunkiem rozliczenia porady lekarskiej rehabilitacyjnej kompleksowej jest zrealizowanie co najmniej 1 procedury diagnostycznej obrazowej lub co najmniej 2 procedur diagnostycznych laboratoryjnych spośród procedur wskazanych w załączniku do zarządzenia. Warunkiem rozliczenia porady lekarskiej rehabilitacyjnej zabiegowej jest zrealizowanie co najmniej 1 procedury zabiegowej spośród wymienionych w załączniku do zarządzenia.

2) Wizyta fizjoterapeutyczna

Osobą uprawnioną do realizacji tego świadczenia jest fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, lub fizjoterapeuta posiadający tytuł magistra oraz posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmuje:

- zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego, które realizuje cel skierowania na rehabilitację leczniczą i jest zgodne z tym skierowaniem;
- ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii;
- badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii;
- końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii;
- udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Warunkiem rozliczenia wizyty fizjoterapeutycznej jest podpisanie w karcie zabiegowej uzasadnienia wyboru wizyty fizjoterapeutycznej. W danym cyklu terapeutycznym może być rozliczona maksymalnie dwukrotnie. Może być realizowana w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

3) Zabieg fizjoterapeutyczny

Zabiegi fizjoterapeutyczne jako produkty rozliczeniowe są wskazane dla następujących zakresów:

- fizjoterapia ambulatoryjna,
- fizjoterapia domowa,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.

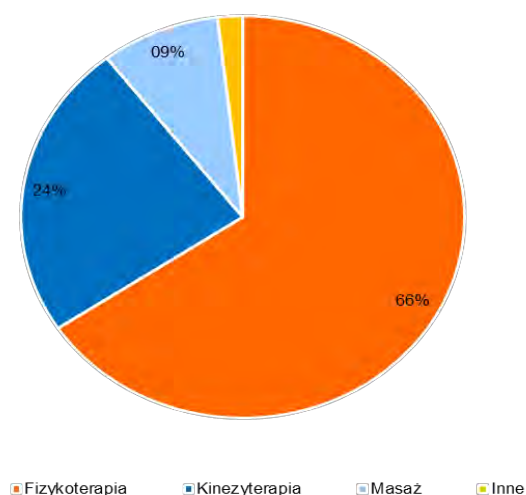
W ramach fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej określony jest katalog zabiegów fizjoterapeutycznych oraz waga produktów rozliczeniowych z przypisaną im wartością punktową, zgodnie z załącznikiem nr 1m do zarządzenia 42/2018/DSOZ. Jednocześnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej, w cyklu terapeutycznym Fundusz finansuje do 10 dni zabiegowych, a jednemu świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów dziennie. W przypadkach medycznie uzasadnionych lekarz kierujący może wypisać skierowanie jednorazowo na dwa cykle terapeutyczne.

Wyodrębnione świadczenia fizjoterapeutyczne:

- kinezyterapia
- masaż
- elektrolecznictwo
- leczenie polem elektromagnetycznym
- światłolecznictwo i termoterapia
- hydroterapia
- krioterapia
- balneoterapia.

Zabiegi fizjoterapeutyczne stanowiły ponad 65% zrealizowanych procedur w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Dane te przedstawia poniższy rysunek oraz tabela.

Wykres 10. Udział grup procedur ICD-9 - zakres fizjoterapii ambulatoryjnej*



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ |* w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność) | 2016 rok

Tabela 6. Udział grup procedur ICD-9 - zakres fizjoterapii ambulatoryjnej

| Nazwa grupy procedur | Nazwa procedury ICD-9 | Krotność procedury ICD-9 w 2016 roku | Udział procedury ICD-9 w grupie procedur |
|----------------------|---|--------------------------------------|--|
| Fizykoterapia | Laseroterapia punktowa | 157 269 049 | 15,5% |
| | Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości | 140 949 448 | 13,9% |
| | Ultradźwięki | 115 327 115 | 11,4% |

| Nazwa grupy procedur | Nazwa procedury ICD-9 | Krotność procedury ICD-9 w 2016 roku | Udział procedury ICD-9 w grupie procedur |
|----------------------|---|--------------------------------------|--|
| | Prądy TENS | 91 647 516 | 9,0% |
| | Laseroterapia | 89 707 452 | 8,9% |
| | Top 5 ogółem | 594 900 580 | 58,7% |
| Kinezyterapia | Ćwiczenia czynne w odciążeniu | 63 280 438 | 17,2% |
| | Ćwiczenia czynne wolne | 61 974 801 | 16,8% |
| | Ćwiczenia czynno - bierne | 33 709 455 | 9,2% |
| | Ćwiczenia wspomagane | 22 128 462 | 6,0% |
| | Ćwiczenia izometryczne | 21 415 736 | 5,8% |
| | Top 5 ogółem | 202 508 892 | 55,0% |
| Masaż | Masaż klasyczny - częściowy | 110 031 897 | 82,1% |
| | Masaż mechaniczny | 9 085 751 | 6,8% |
| | Masaż - inny | 3 960 925 | 2,9% |
| | Top 3 ogółem | 123 078 573 | 91,8% |
| Inne | Inne zabiegi fizjoterapeutyczne w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego | 5 131 268 | 18,3% |
| | Inne zabiegi fizjoterapeutyczne | 2 778 539 | 9,9% |
| | Reedukacja chodu | 2 778 200 | 9,9% |
| | Nauka posługiwania się protezą lub aparatem ortopedycznym | 2 621 231 | 9,3% |
| | Inna fizjoterapia | 2 279 332 | 8,1% |
| | Top 5 ogółem | 15 588 570 | 55,5% |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ |* w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność) | 2016 rok

4) Osobodzień

Osobodzień jest jednostkową miarą służącą do sprawozdawania produktów rozliczeniowych określonych w załączniku nr 1n oraz 1r do zarządzenia 42/2018/DSOZ. Osobodzień został przypisany do zakresów realizowanych w warunkach ośrodka/oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Do celów rozliczeniowych wskazuje się osobodni faktycznie wykonane, z wyłączeniem dni przebywania pacjenta na „przepustce”. W rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, dzień wypisu i dzień przyjęcia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień. Dopuszcza się łączenie osobodni udzielania świadczeń w oddziale stacjonarnym rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz w ośrodku lub oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej, z zabiegami krioterapii ogólnoustrojowej.

Jednocześnie w ramach rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej i ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych osobodni rozliczeniowe zostały pogrupowane według wyodrębnionych kryteriów spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) jest opisany poprzez określone grupy JGP oraz ich charakterystykę. Każda grupa posiada swój kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami. JGP służą kwalifikowaniu i rozliczeniu zakończonej hospitalizacji.

Wyznaczeniu grupy służy zbiór następujących elementów:

- oceny ciężkości stanu klinicznego pacjenta
- rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta ICD-10,
- procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9,
- wiek świadczeniobiorcy,
- czas pobytu.

Ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta została wskazana w załączniku nr 3 do zarządzenia 42/2018/DSOZ.

Tabela 7. Ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta wskazana w zarządzeniu Prezesa NFZ

| Zakres świadczenia | Ocena stanu klinicznego pacjenta lub stan funkcjonalny kwalifikujący do rozliczenia świadczeń grupami JGP |
|-------------------------------|--|
| rehabilitacja neurologiczna | <ul style="list-style-type: none"> – ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL index – ocena funkcji poznawczo-behavioralnych oraz zaburzeń czynności mowy oraz połykania po nabytych uszkodzeniach mózgu – ocena funkcjonalna wg skali ASIA (American Spinal Injury Association) – ocena głębokości niepełnosprawności wg GMFCS (Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy) – ocena zaburzeń znacząco zwiększających wymagania rehabilitacyjne/pielęgnacyjne dotyczące rehabilitacji neurologicznej dzieci |
| rehabilitacja ogólnoustrojowa | <ul style="list-style-type: none"> – ocena czynności dnia codziennego wg skali Barthel ADL index – ocena w skali Rankina – stopień i rodzaj oparzenia – stan po zabiegu operacyjnym – stan po leczeniu zachowawczym – po zakończeniu hospitalizacji, podczas której była leczona ostra faza choroby układu nerwowego |
| rehabilitacja kardiologiczna | <ul style="list-style-type: none"> – stan po zabiegach kardiochirurgicznych – niewydolność serca |

Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NFZ

Zarówno rozpoznania medyczne według ICD-10, jak i procedury medyczne według ICD-9 są scharakteryzowane oraz przypisane do poszczególnych grup JGP. Typowa charakterystyka grup JGP wyznacza minimalne parametry służące rozliczeniu świadczenia np.:

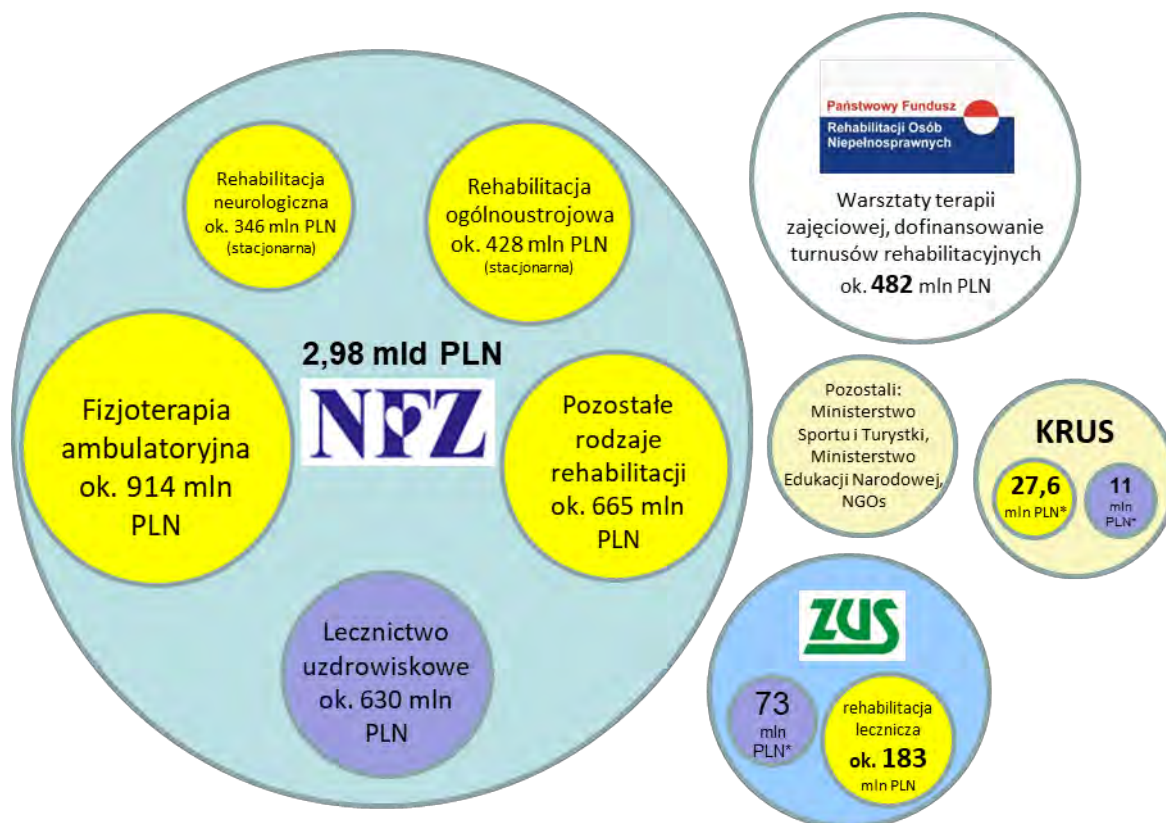
- 1) minimum 5 procedur fizjoterapeutycznych ICD-9 ze wskazanej listy procedur,
- 2) minimum po 1 procedurze psychologicznej lub diagnostycznej lub terapeutycznej ICD-9 ze wskazanej listy procedur,
- 3) rozpoznania zasadniczego ze wskazanej listy,
- 4) rozpoznania współistniejącego z wskazanej listy.

W zależności od rodzaju grupy JGP powyższe parametry będą się różnicowały pod kątem spójności postępowania medycznego.

Dodatkowo podział JGP uwzględnia kategorie wiekowe pacjentów. W szczególności ma to odzwierciedlenie w rehabilitacji neurologicznej. Należy podkreślić, iż podział JGP w zakresie rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej oparty jest na wyodrębnionych w rozporządzeniu w sprawie rehabilitacji leczniczej, populacjach pacjentów. Natomiast w rehabilitacji ogólnoustrojowej sposób rozliczeń świadczeń wskazany został przez Prezesa Funduszu.

W Polsce rehabilitacja lecznicza finansowana jest z różnych źródeł. Całkowite wydatki publiczne przeznaczone na ten cel w Polsce w 2016 r. szacowano na ponad 2,56 mld złotych. Największym budżetem na rehabilitację leczniczą dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia - w 2016 r. wyniósł on 2,35 mld złotych. Innym źródłem finansowania rehabilitacji leczniczej jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych z budżetem w 2016 roku ok. 183 mln złotych oraz KRUS z kwotą 27,6 mln złotych. Uzupełnieniem rehabilitacji leczniczej jest lecnicstwo uzdrowiskowe. Na świadczenia te wydano w 2016 roku ok. 714 mln złotych z czego NFZ przeznaczył 630 mln złotych, a ZUS i KRUS, według szacunków Agencji, odpowiednio 73 mln oraz 11 mln złotych. Do grupy świadczeń rehabilitacyjnych można także zaliczyć warsztaty terapii zajęciowej oraz dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych, na co Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) wydał w 2016 roku łącznie 482 mln złotych. Oczywiście nie jest to pełna lista źródeł finansowania rehabilitacji, gdyż wydają na nią także Ministerstwo Sportu i Turystyki, Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz liczne NGOs itd. Na rehabilitację przeznaczane są także istotne środki w formie świadczeń pieniężnych pochodzących z ZUS i PFRON.

Rysunek 3. Publiczne źródła finansowania rehabilitacji w Polsce w 2016 r.



Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NFZ, ZUS, KRUS, PFRON

* Szacunki własne AOTMiT na podstawie danych z NFZ i GUS przy założeniu, że wydatki na pobyt sanatoryjny przeciętnego pacjenta finansowanego ze środków ZUS i KRUS jest taki sam jak w przypadku średniego kosztu pobytu sanatoryjnego pacjenta finansowanego przez NFZ

4.1.5. Finansowanie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS

Z możliwości uzyskania skierowania na rehabilitację leczniczą ZUS mogą skorzystać ubezpieczeni zagrożeni całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy, a także osoby uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego oraz osoby pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Z możliwości odbycia rehabilitacji leczniczej ZUS nie mogą skorzystać osoby mające uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu trwałej niezdolności do pracy - art. 69 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, iż liczba osób ubezpieczonych jak i liczba osób pobierających świadczenia rehabilitacyjne rośnie z roku na rok; szczegółowe informacje prezentuje Tabela nr 2.

Tabela 8. Lista osób uprawnionych do świadczeń

| Świadczenia rzeczowe | Liczba ubezpieczonych (osoby fizyczne*) w ubezpieczeniu wypadkowym (w tys.) | Liczba osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne (w tys.) | Liczba osób pobierających rentę na czas określony (w tys.) |
|----------------------|---|--|--|
| Rok | | | |
| 2015 | 14 250,8 | 144,8 | 469,5 |
| 2016 | 14 535,6 | 153,5 | 445,1 |
| 2017 | 14 987,4 | 159,8 | 381,9 |

Źródło: dane ZUS

*- Osoba fizyczna - ubezpieczony występujący tylko raz - bez względu na liczbę kodów tytułów, z jakimi jest ubezpieczony.

Analizując powyższe dane można zaobserwować, że liczba osób pobierających świadczenia rehabilitacyjne w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 2015-2017 wzrosła. W roku 2015 wynosiła 144,8 tys., a w roku 2018 wzrosła do 159,8 tys. Co ciekawe w tym samym czasie liczba osób pobierających rentę spadła z 469,5 tys. osób w roku 2015 do 381,9 tys. osób w roku 2017.

W 2017 r. w ramach prewencji rentowej ZUS rehabilitacji leczniczej podlegały dysfunkcje wynikające ze schorzeń: narządu ruchu, układu krążenia, schorzeń psychosomatycznych, układu oddechowego, onkologii gruczołu piersiowego, a także chorób narządu głosu. Rehabilitacja w zakresie chorób narządu ruchu oraz chorób układu krążenia dostępna była zarówno w formie stacjonarnej w ośrodkach rehabilitacyjnych, jak i ambulatoryjnej. Dodatkowo część osób z chorobami układu krążenia rehabilitowana była telemedycznie.

Poniżej przedstawiono liczbę rehabilitowanych według grup chorób, w ramach prewencji rentowej ZUS. Reprezentowane dane dotyczą 79,8 tys. osób w roku 2015, 84,4 tys. osób w roku 2016 i 87,7 tys. osób w roku 2017 o unikalnym numerze PESEL. Jak widać z roku na rok przybywa osób rehabilitowanych ze środków ZUS. Tak samo jest w przypadku kosztów ponoszonych z tytułu świadczeń rehabilitacyjnych. W roku 2015 łączny koszt świadczeń rehabilitacyjnych wyniósł prawie 169 mln zł. W roku 2016 było to już 176,5 mln zł, czyli o ponad 7 mln więcej, natomiast w roku 2017 było to 182, 5 mln złotych, czyli kolejne 6 mln złotych. Największe koszty generuje rehabilitacja narządu ruchu, zarówno w trybie stacjonarnym jak i ambulatoryjnym.

Tabela 9. Dane dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 2015-2017

| Rok | Profil | Tryb | Liczba osób, które ukończyły rehabilitację o unikalnym nr PESEL | Liczba osób, które ukończyły rehabilitację | Liczba dni pobytu na rehabilitacji | Koszty rehabilitacji - bez kosztów dojazdu (w zł) |
|------|---|---------------|---|--|------------------------------------|---|
| 2015 | Narząd ruchu | Stacjonarny | 55 392 | 56 047 | 1 331 808 | 115 799 958,44 |
| | Układ krążenia | | 6 750 | 6 789 | 160 132 | 16 527 386,59 |
| | Schorzenia psychosomatyczne | | 4 853 | 4 895 | 116 614 | 14 291 440,75 |
| | Układ oddechowy | | 2 352 | 2 358 | 56 203 | 4 992 747,18 |
| | Onkologia gruczołu piersiowego | | 1 406 | 1 410 | 33 628 | 2 983 913,00 |
| | Narząd głosu | 494 | 495 | 11 719 | 1 619 585,00 | |
| | Narząd ruchu | Ambulatoryjny | 8 047 | 8 224 | 192 194 | 11 690 783,15 |
| | Układ krążenia | | 330 | 334 | 8 108 | 656 587,52 |
| | Układ krążenia monitorowany telemedycznie | | 183 | 183 | 4 563 | 433 485,00 |
| | Razem | | | 79 807 | 80 735 | 1 914 969 |
| 2016 | Narząd ruchu | Stacjonarny | 59 190 | 59 829 | 1 423 168 | 122 158 050,82 |
| | Układ krążenia | | 6 744 | 6 818 | 161 693 | 16 019 197,29 |
| | Schorzenia psychosomatyczne | | 4 355 | 4 422 | 105 334 | 12 108 465,81 |
| | Układ oddechowy | | 2 076 | 2 082 | 49 643 | 4 169 749,84 |
| | Onkologia gruczołu piersiowego | | 1 596 | 1 616 | 38 464 | 3 586 210,10 |
| | Narząd głosu | | 1 010 | 1 020 | 24 266 | 3 664 327,00 |
| | Narząd ruchu po wypadkach | 76 | 76 | 2 878 | 863 400,00 | |
| | Narząd ruchu | Ambulatoryjny | 8 892 | 9 084 | 213 907 | 13 057 253,93 |
| | Układ krążenia | | 250 | 252 | 5 784 | 456 151,17 |

| Rok | Profil | Tryb | Liczba osób, które ukończyły rehabilitację o unikalnym nr PESEL | Liczba osób, które ukończyły rehabilitację | Liczba dni pobytu na rehabilitacji | Koszty rehabilitacji - bez kosztów dojazdu (w zł) |
|------|---|---------------|---|--|------------------------------------|---|
| | Układ krążenia monitorowany telemedycznie | | 214 | 218 | 5 259 | 499 605,00 |
| | Razem | | 84 403 | 85 417 | 2 030 396 | 176 582 410,96 |
| 2017 | Narząd ruchu | Stacjonarny | 61 056 | 61 688 | 1467 439 | 125 483 142,74 |
| | Układ krążenia | | 6 305 | 6 366 | 150 982 | 14 740 013,53 |
| | Schorzenia psychosomatyczne | | 4 078 | 4 150 | 98 814 | 11 254 534,05 |
| | Układ oddechowy | | 2 210 | 2 224 | 52 827 | 4 696 084,09 |
| | Onkologia gruczołu piersiowego | | 1 668 | 1 699 | 40 500 | 3 755 115,04 |
| | Narząd głosu | | 1 246 | 1 255 | 29 969 | 4 571 991,00 |
| | Narząd ruchu po wypadkach | Ambulatoryjny | 275 | 288 | 9 324 | 2 797 200,00 |
| | Narząd ruchu | | 10 487 | 10 748 | 254 172 | 14 437 259,08 |
| | Układ krążenia | | 188 | 190 | 4 093 | 334 240,55 |
| | Układ krążenia monitorowany telemedycznie | | 187 | 194 | 5 035 | 432 530,00 |
| | Razem | | 87 700 | 88 802 | 2 113 155 | 182 502 110,08 |

Źródło: dane ZUS

Jak wskazują dane przedstawione powyżej, w 2015 r. z powodu chorób narządu ruchu rehabilitacji leczniczej w ramach programów prewencji rentowej ZUS poddano 55,4 tys. osób w systemie stacjonarnym i 8 tys. osób w systemie ambulatoryjnym. W związku z chorobami układu krążenia, stacjonarną formę rehabilitacji leczniczej zastosowano u 6,8 tys. osób, formę ambulatoryjną i telemedyczną – u 0,5 tys. Osób. Z powodu chorób psychosomatycznych leczeniu rehabilitacyjnemu poddano 4,9 tys. osób, ze względu na choroby układu oddechowego – 2,4 tys. a w następstwie onkologicznych chorób gruczołu piersiowego – 1,4 tys. osób. Osób rehabilitowanych z powodu chorób narządu głosu było prawie 500.

W roku 2016 z powodu chorób narządu ruchu rehabilitacji leczniczej poddano już 59,2 tys. osób w systemie stacjonarnym i 8,9 tys. osób w systemie ambulatoryjnym, a z powodu narządu ruchu po wypadkach udzielonych było 76 świadczeń rehabilitacyjnych. W związku z chorobami układu krążenia, w formie stacjonarnej rehabilitacji leczniczej poddano 6,8 tys. osób, a formę ambulatoryjną i telemedyczną zastosowano u 0,5 tys. Osób. Z powodu chorób psychosomatycznych rehabilitację miało 4,4 tys. osób, ze względu na choroby układu oddechowego – 2 tys. W następstwie onkologicznych chorób gruczołu piersiowego – 1,6 tys. osób, a w następstwie chorób narządu głosu 1 tys. osób.

W roku 2017 liczby znowu wzrosły w przypadku chorób narządu ruchu zarówno stacjonarnie, ambulatoryjnie jak i w następstwie wypadków, i było ich kolejno 61 tys., 10,5 tys. i 275 osób. W przypadku chorób układu krążenia stacjonarnej rehabilitacji poddano nieznacznie mniej pacjentów w porównaniu do roku ubiegłego, bo 6,3 tys. osób, a ambulatoryjnie 375 osób. W onkologii gruczołu piersiowego nastąpił wzrost do 1,7 tys. osób, a z tytułu chorób narządu głosu do 1,2 tys. osób.

Dokładnie tak samo wygląda sytuacja finansowania powyższych świadczeń rehabilitacyjnych. Najwięcej środków przeznaczonych jest na rehabilitację narządu ruchu. Na cel ten w roku 2015 wydano 115,8 mln zł w trybie stacjonarnym oraz 11,7 mln zł w trybie ambulatoryjnym. W roku 2016 koszty te wzrosły do 122,2 mln zł stacjonarnie i 13,1 mln zł ambulatoryjnie oraz dodatkowo wydano 863 ,4 tys. zł na rehabilitację narządu ruchu po wypadku. W ramach prewencji rentowej na rehabilitację chorób układu krążenia wydano w 2015 roku prawie 5 mln zł, rok później mniej bo 4,2 mln zł i 4,7 mln zł w roku 2017. W przypadku chorób onkologicznych gruczołu

piersiowego wydano na rehabilitację 3 mln zł w roku 2015, 3,6 mln zł w roku 2016 i 3,8 mln zł w roku 2017. Tu kwoty rok rocznie rosły. Z tytułu chorób układu krążenia koszty rehabilitacji w trybie stacjonarnym malały, gdyż w roku 2015 w ramach prewencji rentowej wydano na ten cel 16,5 mln zł, w roku 2016 16 mln zł, a w roku 2017 14,7 mln zł., więc zanotowano spadek 1,7 mln zł między 2015 a 2017 rokiem. W trybie ambulatoryjnym w roku 2015 wydano na rehabilitację chorób układu krążenia 1,1 mln zł, w roku 2016 niecały 1 mln zł, a w roku 2017 0,7 mln zł. Tu także koszty malały.

4.1.6. Finansowanie rehabilitacji leczniczej w ramach KRUS

KRUS zgodnie ze swym ustawowym obowiązkiem zapewnia rolnikom uprawnionym do świadczeń Kasy możliwość korzystania z rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja jest organizowana w formie 21-dniowych turnusów prowadzonych we własnych Centrach Rehabilitacji Rolników KRUS. Z rehabilitacji leczniczej realizowanej za pośrednictwem KRUS mogą korzystać osoby zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym, albo uznane okresowo za całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujące odzyskanie tej zdolności w wyniku leczenia i rehabilitacji.

Tabela 10. Licza oraz wartość świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej finansowanych ze źródeł finansowych pochodzących z KRUS

| Rok | Nazwa świadczenia | Liczba osób, które skorzystały ze świadczenia | Liczba otrzymanych świadczeń | Wartość świadczeń wyrażona w PLN |
|---------|--|---|------------------------------|---|
| 2015 r. | Rehabilitacja w trybie stacjonarnym | 13 405 | 277 584 | 26 822 021,54 (w tym 5 375,00 w trybie ambulatoryjnym) |
| | Rehabilitacja w trybie dziennego pobytu (ambulatoryjnym) | 10 | | |
| 2016 r. | Rehabilitacja w trybie stacjonarnym w tym pilotaż programu „Szkoła Pleców” | 13 777 | 285 560 | 27 636 833,61 (w tym 8 032,50 w trybie ambulatoryjnym) |
| | | 48 | | |
| | Rehabilitacja w trybie dziennego pobytu (ambulatoryjnym) | 11 | | |
| 2017 r. | Rehabilitacja w trybie stacjonarnym w tym program „Szkoła Pleców” | 14 231 | 294 883 | 28 598 058,76, (w tym 5 932,50 w trybie ambulatoryjnym) |
| | | 97 | | |
| | Rehabilitacja w trybie dziennego pobytu (ambulatoryjnym) | 8 | | |

Źródło: Dane KRUS, 2015-2017r.

Z powyższych tabel wyczytać można, że tak samo jak w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych ZUS, zarówno liczba osób korzystających ze świadczeń, jak i wydatki na ten cel z roku na rok rosną. W roku 2015 KRUS wydał na świadczenia rehabilitacyjne 26,8 mln zł. W ramach świadczeń KRUS z rehabilitacji w trybie stacjonarnym skorzystało 13,4 tys. osób. Co ciekawe z rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym skorzystało w tym czasie wyłącznie 10 osób, a koszt tych świadczeń wyniósł niecałe 6 tys. zł. W roku 2016 liczba osób wzrosła do 13,7 tys., a całkowity koszt usług rehabilitacji leczniczej wyniósł 27,6 mln zł. W tym roku wdrożony został program pilotażowy „Szkoła Pleców”, z którego skorzystało 48 osób. W trybie dziennym ze świadczeń rehabilitacyjnych skorzystało 11 osób na łączną kwotę nieco ponad 8 tys. zł. W roku ubiegłym liczba osób, które skorzystały ze świadczeń rehabilitacyjnych w trybie stacjonarnym wzrosła do 14,2 tys., w tym 97 osób wzięło udział w programie „Szkoła Pleców”, a koszt tych świadczeń wyniósł 28,6 mln zł. W trybie ambulatoryjnym nastąpił zaś spadek do 8 osób, które w ciągu całego roku skorzystały z tej formy rehabilitacji, a łączna kwota wyniosła niecałe 6 tys. zł.

4.2. Dostępność personelu medycznego

Lekarze ze specjalizacją w zakresie rehabilitacji

W ramach prac nad wypracowaniem propozycji rozwiązań zmierzających do poprawy dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej istotnym elementem była ocena dostępności lekarzy rehabilitacji.

Analizie poddano dostępność lekarzy posiadających specjalizację w zakresie szeroko rozumianej rehabilitacji. W przeprowadzonych analizach oparto się na danych uzyskanych z Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) dotyczących lekarzy specjalistów I stopnia oraz lekarzy specjalistów, posiadających co najmniej jedną ze specjalności należących do kodu dziedziny 33 – rehabilitacja medyczna oraz kodu dziedziny 38 - balneologia i medycyna fizykalna wg nazewnictwa z załącznika nr 2 - Kody charakteryzujące dziedziny medycyny, pielęgniarstwa albo dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w której są udzielane świadczenia zdrowotne, z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594, z późn. zm.). W przekazanym materiale w ramach kodów każdej z ww. dziedzin wchodziło kilka specjalizacji lekarskich.

33 – Rehabilitacja medyczna

- rehabilitacja medyczna
- rehabilitacja
- rehabilitacja ogólna
- rehabilitacja w chorobach narządu ruchu

38 - Balneologia i medycyna fizykalna

- balneologia i medycyna fizykalna
- balneoklimatologia i medycyna fizykalna
- fizjoterapia
- fizjoterapia i balneoklimatologia
- medycyna fizykalna i balneoklimatologia
- medycyna fizykalna i bioklimatologia

Obecnie spośród wyżej wymienionych specjalności lekarskich możliwe jest uzyskanie specjalizacji jedynie z rehabilitacji medycznej oraz z balneologii i medycyny fizykalnej. Oprócz informacji o posiadanej specjalizacji i jej poziomie (specjalista lub specjalista I st.), NIL przekazał Agencji również następujące informacje: datę uzyskania prawa wykonywania zawodu (skrót PWZ), datę uzyskania specjalizacji, imię lekarza, informacje o przynależności do okręgowej izby lekarskiej, dane o wszystkich innych niż powyżej wymienione specjalizacjach lekarskich posiadanych przez lekarzy, a także informację o rodzaju posiadanego prawa wykonywania zawodu.

Ograniczenia w dostępie do danych oraz przyjęte założenia

W związku z ochroną danych osobowych Agencja nie otrzymała z NIL informacji o dacie urodzenia poszczególnych lekarzy, lecz o dacie uzyskania przez nich prawa wykonywania zawodu (po raz pierwszy po zakończeniu studiów medycznych). Do wyliczeń przejęto założenie, że prawo to uzyskiwane jest w wieku 26 lat. W przypadku części przekazanych danych data uzyskania prawa wykonywania zawodu nie była datą we wskazanym powyżej rozumieniu, gdyż była to data późniejsza niż data uzyskania specjalizacji lub też przedział czasowy między uzyskaniem specjalizacji, a podaną datą uzyskania prawa wykonywania zawodu był zbyt krótki, w kilku przypadkach był on też zbyt długi. W tych przypadkach konieczne było skorygowanie ww. danych stosując szereg dodatkowych założeń. Założenia te przekładają się na wyniki dotyczące średniej wieku lekarzy posiadających specjalizacje rehabilitacyjne. Przy czym mogą one skutkować raczej obniżeniem niż podwyższeniem średniej wieku analizowanej grupy lekarzy. Dane z bazy NIL obejmowały okres do 30 kwietnia 2018 r., jednakże z powodu ich niekompletności w zakresie liczby lekarzy, którzy uzyskali specjalizację rehabilitacyjną w 2018 r. zdecydowano, że optymalnym rozwiązaniem będzie przyjęcia 31 grudnia 2017 r. jako punktu odniesienia do przeprowadzanych analiz¹.

¹ Dane z bazy NIL obejmowały okres do 30.04.2017 r. lecz zgodnie z tymi danymi w 2018 r. tytuł specjalisty z grupy specjalizacji rehabilitacyjnych otrzymało tylko 6 nowych lekarzy. Sesja egzaminów specjalizacyjnych jest realizowana dwukrotnie w roku na wiosnę i jesienią. W celu wyjaśnienia tak małej liczby nowych specjalistów skontaktowano się z Centrum Egzaminów Medycznych oraz z ekspertem współpracującym z Agencją w ramach projektu rehabilitacyjnego, w wyniku czego uzyskano informację, że w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2018 r. ok. 50 osób uzyskało specjalizację z ww. grupy specjalizacji. W związku z brakiem możliwości uzyskania danych o brakujących specjalistach podjęto decyzję o przyjęciu 31.12.2017 r. jako punktu odniesienia do przeprowadzanych analiz.

Podsumowanie najważniejszych informacji

Według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. ogólna liczba lekarzy posiadających specjalizacje wymienione powyżej to 2 715 osób (2 478 czynnych zawodowo), z czego 1 686 osób było w wieku aktywności zawodowej (w tej grupie 13 osób nie wykonywało zawodu lub miało ograniczone prawo wykonywania zawodu), a 1 029 osób tj. 38% było w wieku emerytalnym (z czego 220 osób nie wykonywało zawodu). W analizowanej grupie lekarzy dominowały kobiety, które stanowiły aż 68 %. Spośród wszystkich lekarzy posiadających specjalizację z wymienionych powyżej dziedzin 2 469 osób było lekarzami specjalistami, zaś 246 było lekarzami posiadającymi specjalizację I stopnia.

Powyższe informacje w podziale na poszczególne specjalizacje zostały zawarte w formie tabelarycznej.

Tabela 11. Podstawowe informacje na temat analizowanych specjalizacji lekarskich

| Nazwa specjalizacji i jej stopień | Liczba kobiet | Liczba mężczyzn | Razem | Odsetek ogółu | Średnia wieku | Odsetek emerytów |
|--|---------------|-----------------|-------------|---------------|---------------|------------------|
| Rehabilitacja medyczna* | 1236 | 519 | 1755 | 65% | 53 | 19% |
| specjalista | 1164 | 475 | 1639 | 60% | 52 | 18% |
| specjalista I st. | 72 | 44 | 116 | 4% | 61 | 41% |
| Balneoklimatologia i medycyna fizykalna | 148 | 91 | 239 | 9% | 66 | 64% |
| specjalista | 147 | 91 | 238 | 9% | 66 | 64% |
| specjalista I st. | 1 | | 1 | 0% | 88 | 100% |
| Rehabilitacja w chorobach narządu ruchu | 143 | 67 | 210 | 8% | 78 | 100% |
| specjalista | 129 | 56 | 185 | 7% | 77 | 100% |
| specjalista I st. | 14 | 11 | 25 | 1% | 82 | 100% |
| Balneologia i medycyna fizykalna | 119 | 87 | 206 | 8% | 51 | 11% |
| specjalista | 119 | 87 | 206 | 8% | 51 | 11% |
| Fizjoterapia i balneoklimatologia | 74 | 51 | 125 | 5% | 78 | 100% |
| specjalista | 73 | 51 | 124 | 5% | 78 | 100% |
| specjalista I st. | 1 | | 1 | 0% | 72 | 100% |
| Rehabilitacja ogólna | 62 | 31 | 93 | 3% | 75 | 99% |
| specjalista | 14 | 12 | 26 | 1% | 74 | 100% |
| specjalista I st. | 48 | 19 | 67 | 2% | 75 | 99% |
| Medycyna fizykalna i balneoklimatologia | 30 | 13 | 43 | 2% | 83 | 98% |
| specjalista | 20 | 7 | 27 | 1% | 83 | 96% |
| specjalista I st. | 10 | 6 | 16 | 1% | 85 | 100% |
| Rehabilitacja | 28 | 14 | 42 | 2% | 83 | 98% |
| specjalista | 16 | 7 | 23 | 1% | 83 | 96% |
| specjalista I st. | 12 | 7 | 19 | 1% | 83 | 100% |
| Fizjoterapia | 1 | | 1 | 0% | 82 | 100% |
| specjalista | 1 | | 1 | 0% | 82 | 100% |
| Medycyna fizykalna i bioklimatologia | 1 | | 1 | 0% | 77 | 100% |
| specjalista I st. | 1 | | 1 | 0% | 77 | 100% |
| Suma końcowa | 1842 | 873 | 2715 | 100% | 59 | 38% |
| specjalista | 1683 | 786 | 2469 | 91% | 58 | 35% |
| specjalista I st. | 159 | 87 | 246 | 9% | 71 | 72% |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NIL

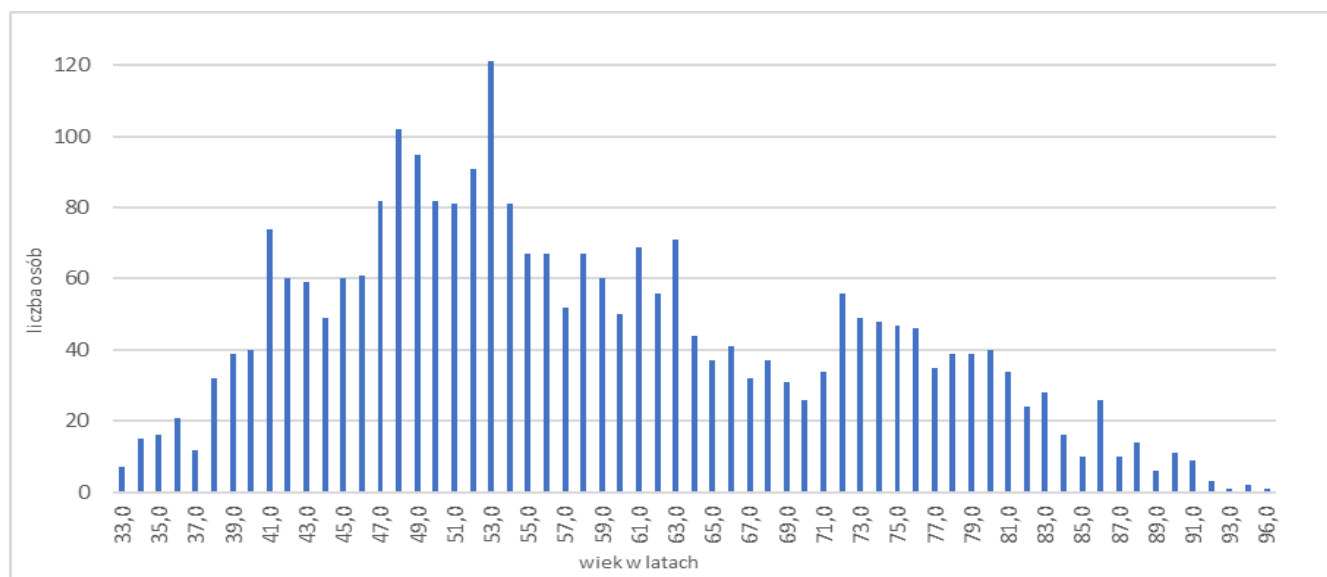
*99 lekarzy posiada zarówno specjalizację należącą do grupy specjalizacji rehabilitacyjnych jak i do grupy balneologicznych (jeżeli dany lekarz posiadał ten sam poziom obu specjalizacji został w powyższej tabeli ujęty w grupie osób ze specjalizacją z grupy rehabilitacyjnej (kod dziedziny 33), w jeżeli poziom specjalizacji był wyższy w grupie specjalizacji balneologicznych niż rehabilitacyjnych został ujęty w zestawieniu specjalizacji z grupy balneologicznych (kod dziedziny 38).

Średnia wieku w opisywanej grupie lekarzy wynosi 59 lat. Jeżeli chodzi o średnią wieku w poszczególnych specjalizacjach to zdecydowanie „najstarszymi” specjalizacjami są rehabilitacja oraz medycyna fizykalna i balneoklimatologia – średnia wieku lekarzy wynosi tu 83 lata, z kolei średnia dla fizjoterapii, balneoklimatologii oraz dla rehabilitacji w chorobach narządu ruchu wynosi 78 lat. „Najmłodsze” specjalizacje to rehabilitacja medyczna oraz balneologia i medycyna fizykalna ze średnimi wieku odpowiednio 53 i 51 lat.

Najliczniejszą grupę stanowią lekarze ze specjalizacją w zakresie rehabilitacji medycznej 1 755 osób tj. 65% ogólnej liczby lekarzy w analizowanej grupie. Kolejnymi najliczniej reprezentowanymi specjalizacjami są: balneoklimatologia i medycyna fizykalna – 239 osób, czyli ok. 9% ogólnej liczby lekarzy, rehabilitacja w chorobach narządu ruchu oraz balneologia i medycyna fizykalna 210 oraz 206 osób, czyli po ok. 8% ogólnej liczby lekarzy. Liczebność lekarzy reprezentantów aż 5 spośród przedstawionych w tabeli specjalizacji, nie przekracza 100 osób, a prawie 100% z nich stanowią emeryci (rehabilitacja ogólna, medycyna fizykalna i balneoklimatologia, rehabilitacja, fizjoterapia, medycyna fizykalna i bioklimatologia).

Dane zawarte w powyższej tabeli wskazują, iż 38% ogólnej liczby lekarzy w analizowanej grupie jest w wieku emerytalnym tj. ma 60 lat w przypadku kobiet lub 65 w przypadku mężczyzn (w dalszej części analizy zostanie przedstawiona sytuacja w zakresie aktywności zawodowej lekarzy posiadających specjalizacje rehabilitacyjne). Dla lepszego zobrazowania struktury wiekowej przeprowadzona została analiza w grupach rocznikowych.

Wykres 11. Histogram wieku lekarzy specjalistów (łącznie dla wszystkich specjalności oraz mężczyzn i kobiet)

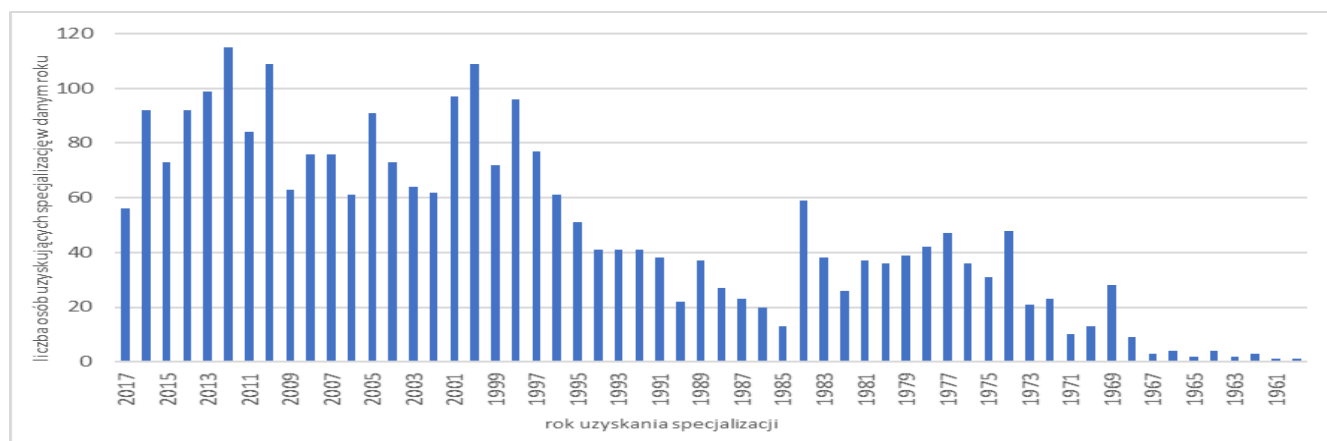


Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NIL

Specjalizacje rehabilitacyjne to domena osób dojrzałych oraz w wieku emerytalnym. Wśród lekarzy specjalności rehabilitacyjnych osoby w wieku do 40 lat stanowią niewielki odsetek 6,7% (182 osoby). Jak to widać na wykresie, struktura rocznikowa analizowanych lekarzy ma dwa piki z maksimum dla wartości ok. 53 lat oraz 72 lat.

Decydujące znaczenie dla dostępności lekarzy posiadających specjalizacje rehabilitacyjne jest regularne przybywanie nowych lekarzy specjalistów, którzy będą mogli zastępować lekarzy odchodzących na emeryturę. Także pod tym kątem przeanalizowano dostępne w bazie NIL informacje.

Wykres 12. Liczba lekarzy specjalistów wg roku uzyskania specjalizacji



Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NIL

Widać dużą zmienność liczby specjalizacji uzyskiwanych w poszczególnych latach kalendarzowych od poniżej 20 w roku 1985 do 109 i 115 odpowiednio w roku 2010 i 2012. W latach 2008-2017 każdego roku przybywało niespełna 86 nowych specjalistów, a w okresie 1998-2017 było to ok. 83 osób rocznie, co świadczy o w miarę stabilnym wchodzeniu na rynek pracy nowych lekarzy specjalistów.

Analiza pod względem rodzaju prawa wykonywania zawodu i aktywności zawodowej

Wśród informacji przekazanych przez NIL zostały zawarte dane o rodzaju posiadanego PWZ. Wszystkich lekarzy, na podstawie posiadanego przez nich rodzaju PWZ, przyporządkowano pod względem aktywności zawodowej do jednej z dwóch grup tj.: czynnych zawodowo oraz nieczynnych zawodowo. Wśród wszystkich analizowanych lekarzy (tj. 2 715 osób) czynnych zawodowo było 2 478² osób – 91,3% osób (w grupie tej 809 osób osiągnęło wiek emerytalny i nadal wykonuje zawód, co stanowi 32,6% ogólnej liczby lekarzy czynnych zawodowo), natomiast nieczynnych zawodowo wg rodzaju PWZ było 237 osób, co stanowi ok. 8,7% ogólnej liczby lekarzy

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące analizowanej grupy lekarzy z uwzględnieniem ich aktywności zawodowej.

Tabela 12. Podstawowe informacje na temat aktywności zawodowej lekarzy specjalizacji rehabilitacyjnych

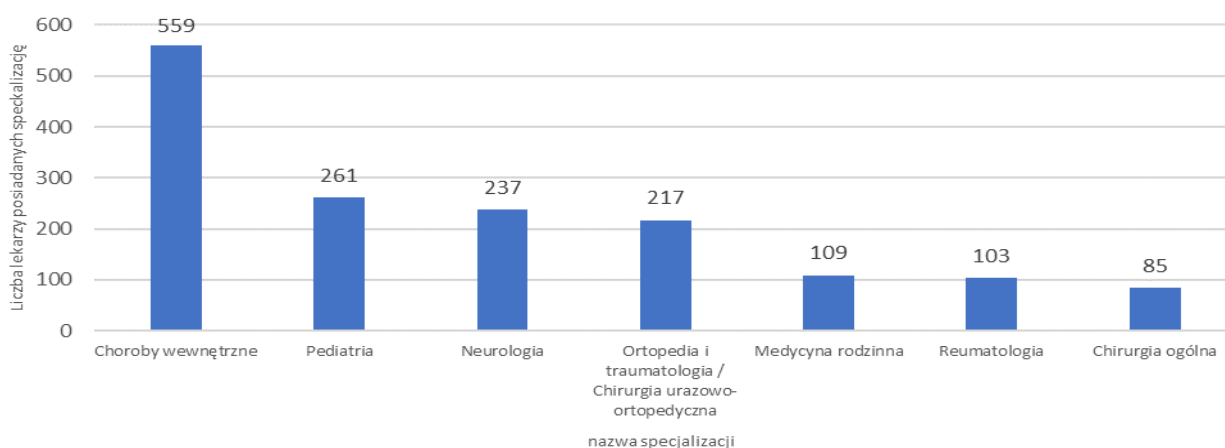
| Wyszczególnienie | Specjaliści | | | | Specjaliści I st. | | | | Łącznie | |
|----------------------|--------------------------|---------|-------|-------|--------------------------|---------|-------|-------|---------|-------|
| | W wieku aktyw. zawodowej | Emeryci | Razem | % | W wieku aktyw. zawodowej | Emeryci | Razem | % | Razem | % |
| Czynni zawodowo* | 1 603 | 685 | 2 288 | 92,7% | 66 | 124 | 190 | 77,2% | 2 478 | 91,3% |
| Nieczynni zawodowo** | 13 | 168 | 181 | 7,3% | 4 | 52 | 56 | 22,8% | 237 | 8,7% |
| Razem | 1 616 | 853 | 2 469 | 100% | 70 | 176 | 246 | 100% | 2 715 | 100% |

Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NIL, **/*** definicje analogiczne jak w przypisie

Dodatkowe specjalizacje lekarzy rehabilitacji

Zdecydowana większość lekarzy, bo aż 1 708 osób (na 2 715 lekarzy tj. 63%) posiada co najmniej jedną dodatkową specjalizację spoza grupy rehabilitacyjnej. Najczęściej posiadaną specjalizacją są choroby wewnętrzne - ma ją 21% analizowanych lekarzy (559 osób). Kolejnymi specjalizacjami pod względem częstości posiadania są: pediatria 10% (261 osób), neurologia 9% (237 osób) oraz ortopedia i traumatologia łącznie z chirurgią urazowo-ortopedyczną 8% (217 osób).

Wykres 13. Najczęstsze dodatkowe specjalizacje posiadane przez lekarzy rehabilitacji



Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NIL

² W ogólnej liczbie uwzględniono następujące rodzaje PWZ: 11- prawo wykonywania zawodu lekarza, 14 - prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca - na czas określony, 15 - prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca z UE (rodzaje PWZ 11, 14, 15 tworzą grupę czynni zawodowo), oraz PWZ: 16 - prawo wykonywania zawodu lekarza - ograniczone uchwałą ORL, 19 - prawo wykonywania zawodu lekarza – zawieszony, 22 – prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, w przekazanej bazie w ogóle nie było ani jednego przypadku innych rodzajów PWZ (rodzaje PWZ 16, 19, 22 tworzą grupę nieczynni zawodowo).

Dodatkowe specjalizacje lekarzy rehabilitacji są zbieżne z potrzebami pacjentów i specjalizacją, jaka występuje, czy też jest planowana w obszarze świadczeń rehabilitacyjnych. Szczególnie ważne z punktu widzenia projektu wydzielenia zakresu rehabilitacji pediatrycznej jest spory odsetek lekarzy rehabilitacji, którzy mają także specjalizację z pediatrii.

Prognoza na najbliższe 5 i 10 lat

Planowane zmiany w obszarze rehabilitacji leczniczej będą wywierały długookresowy wpływ na zapotrzebowanie na specjalistów rehabilitacji medycznej oraz specjalizacji pokrewnych, a bez odpowiedniej liczby specjalistów rehabilitacja pacjentów na odpowiednim poziomie nie będzie możliwa. Jak zostało to przedstawione w niniejszym rozdziale lekarze posiadający specjalizację z rehabilitacji leczniczej i specjalizacji pokrewnych charakteryzują się wysoką średnią wieku. Dodatkowo na podstawie danych uzyskanych przez Agencję ich dopływ do systemu nie jest duży. W związku z powyższym wykonano symulację dostępności tych lekarzy w polskim systemie ochrony zdrowia w dwóch wariantach czasowych tj. za 5 oraz 10 lat.

Prognozę tę wykonano przy następujących założeniach:

- dopływ lekarzy specjalistów w najbliższych 5 i 10 latach będzie taki sam jaki był w ciągu ostatnich 5 i 10 lat (dopływ lekarzy jest tutaj rozumiany jako liczba osób, które ukończyły specjalizację w ciągu ostatnich 5 lat w pierwszym wariantcie prognozy oraz w ciągu 10 ostatnich lat w wariantcie drugim³),
- wiek emerytalny kobiet i mężczyzn będzie taki sam jak obecnie, czyli odpowiednio 60 i 65 lat,
- nie uwzględniono umieralności lekarzy będących w wieku produkcyjnym zakładając, że wszyscy dożyją emerytury,
- w prognozach nie wyliczono liczby aktywnych zawodowo specjalistów w wieku emerytalnym, ponieważ wymagałoby to stworzenia skomplikowanego modelu, który uwzględniałby zarówno tablice trwania życia jak i strukturę aktywności zawodowej wśród poszczególnych grup wiekowo-pciowych emerytów.

Tabela 13. Wyniki prognozy liczby lekarzy specjalizacji rehabilitacyjnych dla okresu najbliższych 5 i 10 lat

| Wyszczególnienie | Grupy specjalizacji* | Stan na dzień 31 grudnia 2017 r. | | Prognoza 5-letnia stan na dzień 31 grudnia 2022 r. | | Prognoza 10-letnia stan na dzień 31 grudnia 2027 r. | |
|---|--|----------------------------------|------------------|--|------------------|---|------------------|
| | | wiek produkcyjny | wiek emerytalny* | wiek produkcyjny | wiek emerytalny* | wiek produkcyjny | wiek emerytalny* |
| Grupa specjalistów wg. stanu z 31 grudnia 2017 r. | Grupa rehabilitacji medycznej (kod dziedziny 33) | 1 416 | 684 | 1 188 | 912 | 833 | 1 267 |
| | Grupa balneologii i medycyny fizykalnej (kod dziedziny 38) | 270 | 345 | 206 | 409 | 133 | 482 |
| | Razem | 1 686 | 1 029 | 1 394 | 1 321 | 966 | 1 749 |
| Nowo wchodzący specjaliści w okresie prognozy | Grupa rehabilitacji medycznej (kod dziedziny 33) | X | X | 288 | 4 | 642 | 11 |
| | Grupa balneologii i medycyny fizykalnej (kod dziedziny 38) | X | X | 110 | 10 | 184 | 22 |
| | Razem | X | X | 398 | 14 | 826 | 33 |
| Wynik końcowy | Grupa rehabilitacji medycznej (kod dziedziny 33) | 1 416 | 684 | 1 476 | 916 | 1 475 | 1 278 |
| | Grupa balneologii i medycyny fizykalnej (kod dziedziny 38) | 270 | 345 | 316 | 419 | 317 | 504 |
| | Razem | 1 686 | 1 029 | 1 792 | 1 335 | 1 792 | 1 782 |

Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NIL

*w przypadku Grupy rehabilitacji medycznej (kod dziedziny 33) i Grupy balneologii i medycyny fizykalnej (kod dziedziny 38) uwzględniono specjalizacje szczegółowo wymienione we wstępie do niniejszego rozdziału

³ Wystąpiono do konsultantów krajowych z dziedziny rehabilitacji medycznej oraz balneoklimatologii i medycyny fizykalnej z prośbą o przekazanie danych o liczbie lekarzy, którzy są obecnie w trakcie specjalizacji, ale nie otrzymano do nich tych danych, wystąpiono także z prośbą w tej sprawie do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, ale na dzień 16.07. 32018 r. nie otrzymana stamtąd żadnych danych.

Prognoza 5-letnia

W przeciągu ostatnich 5 lat specjalizację w zakresie specjalizacji rehabilitacyjnych uzyskało 398 lekarzy (którzy do końca tego okresu byli w wieku aktywności zawodowej) i taka liczba specjalizacji, została wzięta pod uwagę jako potencjalny „dopływ” lekarzy rehabilitacji w następnych pięciu latach. W celu uzyskania łącznej liczby lekarzy ze specjalizacjami rehabilitacyjnymi wg stanu na dzień 31 grudnia 2022 r. do prognozowanych nowych specjalistów dodano prognozę dotyczącą struktury wiekowej i specjalizacji lekarzy figurujących w przekazanej bazie NIL na dzień 31 grudnia 2017 r. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że w następnych pięciu latach część z nich osiągnie wiek emerytalny.

Jak widać przy przyjętych założeniach liczba lekarzy w wieku aktywności zawodowej ze specjalizacją rehabilitacyjną na dzień 31 grudnia 2022 r. wyniesie 1 792, co będzie oznaczało wzrost o 106 osób w stosunku do sytuacji z 31 grudnia 2017 r.

Prognoza 10-letnia

Prognozuje się, że za 10 lat tj. wg stanu na dzień 31 grudnia 2027 r. liczba specjalistów w wieku aktywności zawodowej w specjalizacjach rehabilitacyjnych wyniesie 1 792 osoby, czyli będzie nieco wyższa niż obecnie (wzrost o 106 osób), a więc dokładnie taka sama jak w prognozie 5-letniej.

Wnioski

O ile liczba lekarzy specjalizujących się w zakresie specjalizacji rehabilitacyjnych w następnych 5 i 10 latach będzie zbliżona do liczby, jaka uzyskała te specjalizacje w analogicznym okresie w przeszłości, ogólna liczba tych lekarzy w wieku produkcyjnym utrzyma się na obecnym poziomie z lekką tendencją wzrostową.

Fizjoterapeuci

Z dniem 31 maja 2018 r. zakończył się okres przejściowy przewidziany w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty. Od dnia 1 czerwca 2018 r., żadna osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii nie może być zatrudniona lub prowadzić działalności gospodarczej, jeżeli nie będzie wpisana do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów, czyli tym samym nie będzie posiadać prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Poniższa tabela ukazuje dokładne dane dotyczące liczby fizjoterapeutów z przyznanym Prawem Wykonywania Zawodu Fizjoterapeuty w ujęciu wojewódzkim (stan na dzień 28 czerwca 2018 r.). Dodatkowo z tabeli tej wyczytać można ilu z uprawnionych fizjoterapeutów posiada tytuł zawodowy technika, licencjata, magistra oraz ilu jest po specjalizacji.

Tabela 14. Fizjoterapeuci z przyznanym Prawem Wykonywania Zawodu (PWZFz)

| Województwo | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem technika | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem licencjata | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem magistra | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem magistra i ze specjalizacją | Liczba kobiet | Liczba mężczyzn | Ogólna liczba osób w woj. |
|--------------------|---|---|---|--|---------------|-----------------|---------------------------|
| Dolnośląskie | 598 | 831 | 3 138 | 74 | 3 390 | 1 178 | 4 568 |
| Kujawsko-Pomorskie | 625 | 590 | 1 481 | 85 | 2 021 | 675 | 2 696 |
| Lubelskie | 282 | 552 | 2 228 | 21 | 2 286 | 776 | 3 062 |
| Lubuskie | 199 | 244 | 575 | 17 | 795 | 223 | 1 018 |
| Łódzkie | 458 | 518 | 1 985 | 77 | 2 101 | 860 | 2 961 |
| Małopolskie | 635 | 1 130 | 3 983 | 68 | 4 338 | 1 410 | 5 748 |
| Mazowieckie | 777 | 1 549 | 5 326 | 142 | 5 340 | 2 313 | 7 652 |
| Opolskie | 117 | 186 | 1 160 | 33 | 1 109 | 354 | 1 463 |
| Podkarpackie | 489 | 487 | 2 878 | 42 | 3 008 | 846 | 3 854 |
| Podlaska | 180 | 259 | 825 | 8 | 959 | 305 | 1 264 |
| Pomorskie | 438 | 681 | 1 383 | 27 | 1 925 | 577 | 2 502 |
| Śląskie | 1 066 | 1 245 | 4 021 | 89 | 4 735 | 1 597 | 6 332 |

| Województwo | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem technika | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem licencjata | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem magistra | Liczba Fizjoterapeutów z tytułem magistra i ze specjalizacją | Liczba kobiet | Liczba mężczyzn | Ogólna liczba osób w woj. |
|---------------------|---|---|---|--|---------------|-----------------|---------------------------|
| świętokrzyskie | 199 | 470 | 1 696 | 47 | 1 860 | 505 | 2 365 |
| Warmińsko-Mazurskie | 177 | 341 | 1 011 | 23 | 1 140 | 389 | 1 529 |
| Wielkopolskie | 453 | 879 | 3 312 | 45 | 3 457 | 1 187 | 4 644 |
| Zachodniopomorskie | 521 | 801 | 1 144 | 10 | 1 832 | 634 | 2 466 |
| SUMA | 7 214 | 10 763 | 36 146 | 808 | 40 296 | 13 829 | 54 124 |

Źródło: Dane KIF, stan na dzień 28 czerwca 2018 r.

Dane prezentowane w powyższej tabeli stanowią oryginalne zestawienie przekazane przez KIF

Jak wynika z przedstawionych przez KIF danych, najwięcej w Polsce mamy fizjoterapeutów z tytułem magistra, bo aż 36,1 tys. Osób, w tym 808 osób ze specjalizacją. Fizjoterapeutów z tytułem licencjata jest w kraju 10,7 tys., a techników fizjoterapii jest 7,2 tys. W tym aż 74% jest kobiet. Najwięcej fizjoterapeutów jest w województwie mazowieckim, zarówno z tytułem licencjata, jak i magistra. Jest ich bowiem kolejno 1 549 i 5 326 osób. To samo tyczy się fachowców ze specjalizacją. Techników fizjoterapii jest zaś najwięcej na Śląsku, bo aż 1 066. Najmniej fizjoterapeutów z tytułem technika jest w województwie opolskim, jedynie 117, tak samo jak osób z tytułem licencjata - 186. Natomiast magistrów oraz fizjoterapeutów ze specjalizacją najmniej mamy w województwie lubuskim - 575 osób z tytułem magistra oraz 17 magistrów ze specjalizacją.

Psycholodzy kliniczni

Psycholodzy kliniczni stanowią kolejną grupę zawodową niezbędną w procesie rehabilitacji pacjentów. Specjalizacja z psychologii klinicznej ma już w Polsce dosyć długą historię, ponieważ oficjalnie została wprowadzona w 1983 r. na podstawie odpowiedniego zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i była to specjalizacja dwustopniowa. Od tego czasu kilkakrotnie zmieniały się zasady jej uzyskiwania. Obecnie jest to specjalizacja jednostopniowa, a od marca 2018 roku⁴ do chwili obecnej obowiązuje nowy czteroletni program nauczania (2 lata szkolenia specjalizacyjnego podstawowego w bloku podstawowym i 2 lata szkolenia specjalizacyjnego szczegółowego w jednym z czterech wybranych bloków szczegółowych). Specjalizację w zakresie psychologii klinicznej mogą uzyskiwać osoby posiadające tytuł magistra psychologii, które ukończyły pięcioletnie jednolite magisterskie lub w trybie 3 + 2 studia z psychologii.

Nie funkcjonuje żaden oficjalny rejestr obejmujący wszystkich psychologów klinicznych (zarówno na poziomie krajowym jak i wojewódzkim), jednakże szacuje się, że obecnie jest dostępnych w Polsce ok. 2 600 psychologów klinicznych. Z tej liczby w trybie dwustopniowym specjalizację uzyskało ponad 1 600 osób, a w trybie jednostopniowym ok. 1 000 osób⁵. Razem w latach 2017 - 2018 – tytuł specjalisty psychologii klinicznej uzyskało ok. 200 osób.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychologii klinicznej prowadzone jest zgodnie ze specjalnym programem i kończy się państwowym egzaminem specjalizacyjnym (PES) w Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). Do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego są uprawnione jednostki, które uzyskały akredytację i zostały wpisane na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji i staży kierunkowych prowadzoną przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Akredytowana jednostka szkolenia specjalizacyjnego organizuje zajęcia teoretyczne i staże kliniczne. Kierownik specjalizacji nadzoruje przebieg szkolenia specjalizacyjnego realizowanego przez poszczególnych psychologów. Szkolenie specjalizacyjne odbywa się poprzez uczestniczenie w kursach specjalizacyjnych, udział w stażach kierunkowych w wytypowanych instytucjach, samokształcenie drogą studiowania piśmiennictwa oraz nabywanie doświadczenia w wyniku realizacji zadań praktycznych. W zależności od wybranej ścieżki kształcenia specjalizacyjnego szczegółowego, absolwent szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologii klinicznej uzyska także dodatkowe kompetencje szczegółowe.

Szkolenie specjalizacyjne składa się z dwóch części:

- specjalistycznego bloku podstawowego;

⁴ Tryb uzyskiwania specjalizacji z psychologii klinicznej odbywa się na podstawie ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2017 r. poz. 599)

⁵ Wartość uzyskana poprzez uogólnienie danych zebranych, na potrzeby niniejszego raportu, od konsultantów wojewódzkich z psychologii klinicznej.

- specjalistycznego bloku szczegółowego.

W bloku podstawowym psycholog zdobywa podstawową wiedzę i umiejętności dotyczące zastosowania psychologii klinicznej w 4 obszarach medycyny:

- psychiatrii;
- pediatrii;
- neurologii;
- chorób somatycznych.

W bloku szczegółowym psycholog wybiera jedną z 4 ścieżek szkolenia specjalizacyjnego i pogłębia swoją wiedzę i umiejętności szczegółowe, właściwe dla zaburzeń i chorób danego obszaru medycyny. Wyróżnia się następujące ścieżki:

- psychologii klinicznej zaburzeń psychicznych,
- psychologii klinicznej chorób somatycznych,
- neuropsychologii klinicznej,
- psychologii klinicznej dzieci i młodzieży.

W dziedzinie psychologii dzieci i młodzieży zaplanowano zwiększenie dotychczasowych miejsc kształcenia specjalizacyjnego o ok. 220 – gdyby ww. specjalizacja była finansowana z funduszy MZ na zasadzie specjalizacji lekarskich (co wg eksperta współpracującego z Agencją, planuje MZ w związku z niedoborem psychiatrów dzieci i młodzieży), zapewne przełożyłoby się na wzrost zainteresowania nią, gdyż dotychczas wszystkie koszty związane z realizacją specjalizacji ponoszą sami psychologowie i z powodów finansowych nie zawsze mogą sobie pozwolić na podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych.

Obecnie w skali kraju istnieje 27 ośrodków akredytowanych do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych z psychologii klinicznej, które posiadają akredytację do 2022 roku. W skali kraju w tych ośrodkach jest zagwarantowanych 1 041 miejsc szkoleniowych.

Tabela 15. Informacje o bazie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologii klinicznej oraz liczbie osób specjalizujących się wg stanu na 2016 r. oraz o bazie akredytacyjnej i potencjalnej liczbie miejsc do uzyskania specjalizacji do 2022 r.

| Województwo | Liczba ośrodków akredytowanych | Liczba osób w toku kształcenia specjalizacyjnego | Czas zakończenia kształcenia specjalizacyjnego |
|---------------------|--------------------------------|--|--|
| Mazowieckie | 4 | 179 (265) | 2019 |
| Wielkopolskie | 4 | 81 (119) | 2016 |
| Małopolskie | 3 | 82 (89) | 2019 |
| Łódzkie | 3 | 90 (125) | 2017 - 2019 |
| Śląskie | 2 | 61 (100) | 2017 |
| Pomorskie | 2 | 60 (110) | 2016 |
| Lubelskie | 2 | 55 | 2017 |
| Zachodnio-Pomorskie | 2 | 35 | 2019 |
| Dolnośląskie | 1 | 62 | 2017 |
| Podlaskie | 1 | 30 (6) | 2016 |
| Kujawsko-Pomorskie | 1 | 24 (40) | 2016 - 2017 |
| Podkarpackie | 1 | 20 | 2019 |
| Warmińsko-Mazurskie | 1 | 12 | 2018 |
| Lubuskie | 0 | 6 | 2016-2019 |
| Opolskie | 0 | 0 | 0 |
| Świętokrzyskie | 0 | 0 | 0 |
| Razem | 27 | 796 | 2016 - 2019 |

Źródło: Informacja od eksperta psychologii klinicznej współpracującego z AOTMiT

Jeżeli aktualna liczba ośrodków akredytowanych oraz potencjalna liczba miejsc szkoleniowych są identyczne z liczbą ośrodków akredytowanych i liczbą faktycznie uzyskiwanych specjalizacji (wg stanu na 2016 r.), w danej

komórce tabeli umieszczono tylko 1 liczbę. W przypadku różnic między tymi wartościami wpisano dodatkowo liczbę w nawiasie odpowiadającą liczbie aktualnych ośrodków akredytowanych i potencjalnej liczbie miejsc szkoleniowych.

Psychologowie kliniczni są zatrudnieni w klinikach, oddziałach (psychiatrycznych, neurologicznych, rehabilitacji neurologicznej, dziecięco-młodzieżowych, kardiologicznych, onkologicznych, ginekologicznych), poradniach zdrowia psychicznego, poradniach neurologicznych, psychologiczno-pedagogicznych, ośrodkach interwencji kryzysowej, ośrodkach wczesnej interwencji, szkołach, przedszkolach, Rodzinnym Ośrodku Diagnostyczno-Konsultacyjnym (RODK), są powoływani jako biegli w sądach.

Terapeuci zajęciowi

Ważnymi członkami zespołu rehabilitacyjnego są terapeuci zajęciowi. Terapia zajęciowa jest oddzielną formą rehabilitacji, która jest w Polsce stosunkowo nową dziedziną. Jej głównym celem jest usprawnienie pacjenta z ubytkami funkcjonalnymi i przygotowanie go do wykonywania różnych czynności niezbędnych zarówno w pracy, jak i w życiu codziennym.

Aktualnie na rynku pracy jest dostępnych około 410 terapeutów zajęciowych, z czego 360 z tytułem licencjata oraz około 50 terapeutów zajęciowych z tytułem magistra.

Kształcenie terapeutów zajęciowych odbywa się w Polsce w czterech ośrodkach akademickich. Są nimi: AWF Kraków, AWF Wrocław, UM Poznań, AWF Warszawa, przy czym wszędzie są to studia licencjackie, a na AWF Kraków dodatkowo studia magisterskie. Kształcenie na poziomie akademickim odbywa się od roku 2012 (AWF Warszawa od 2017 roku) – pierwsi absolwenci ukończyli studia licencjackie w 2015 roku, a magisterskie w 2017 roku. W kolejnym roku liczba terapeutów zajęciowych z tytułem licencjata wzrośnie o liczbę absolwentów z AWF Warszawa.

Tabela 16. Informacje na temat systemu kształcenia terapeutów zajęciowych

| Uczelnie | Liczba absolwentów w każdym roku akademickim (dane szacunkowe) | |
|--------------|---|---------------------|
| | Studia licencjackie | Studia magisterskie |
| AWF Kraków | 50 | 20 – 25 |
| AWF Wrocław | 20 | - |
| UM Poznań | 20 | - |
| AWF Warszawa | 20 | - |
| Suma | 110 | 20-25 |

Źródło: Informacja od eksperta terapii zajęciowej współpracującego z AOTMiT

Jak widać rocznie na rynek pracy wchodzi około 110 absolwentów studiów licencjackich oraz dodatkowo od 2022 roku będzie na niego wchodzić 20-25 osób z tytułem magistra terapii zajęciowej.

4.3. Regulacje powiązane

4.3.1. Wnioski z raportu Najwyższej Izby Kontroli

Najwyższa Izba Kontroli w wynikach kontroli „Dostępność i Finansowanie Rehabilitacji Leczniczej” KZD-4101-04/2013 nr ewid. 37/2014/P/13/131/KZD, krytycznie ocenia przyjęty w Polsce rozbudowany i skomplikowany model finansowania przez NFZ rehabilitacji leczniczej, nieuwzględniający podstawowego i najważniejszego miernika procesu rehabilitacji, jakim jest końcowy rezultat interwencji terapeutycznej. W przyjętym systemie kontraktowania i rozliczania przez NFZ świadczeń rehabilitacji leczniczej oparto się, podobnie jak w przypadku innych świadczeń, wyłącznie na rozliczaniu liczby i poprawności procedur, nie uwzględniając efektów terapii. Takie podejście sprzyja w ocenie NIK marnotrawieniu środków publicznych oraz ograniczaniu dostępu do rehabilitacji osobom faktycznie jej potrzebującym. Warunkiem skutecznej rehabilitacji leczniczej, przyjętym jako kanon polskiego modelu rehabilitacji, jest jej wczesne zapoczątkowanie. Co jak wynika z ustaleń kontroli, nie zostało w Polsce realizowane.

Z treści wyników kontroli NIK wynika, że koncepcja zmian w obszarze rehabilitacji powinna uwzględniać:

- skalę i rozmieszczenie infrastruktury rehabilitacyjnej,
- organizację procesu udzielania świadczeń rehabilitacyjnych oraz ich finansowanie, przy zapewnieniu odpowiedniej koordynacji działań,
- efektywność terapii mierzoną za pomocą uniwersalnych i obiektywnych wskaźników, które pozwalałyby na porównanie wyników leczenia w różnych ośrodkach.

To z kolei powinno wpłynąć na eliminowanie różnic geograficznych oraz objęcie rehabilitacją wszystkich pacjentów, którzy jej potrzebują.

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli wskazała także potrzebę wprowadzenia zmian w obszarze zawodu fizjoterapeuty. Ustawą o zawodzie fizjoterapeuty uregulowany został zawód fizjoterapeuty jako samodzielny zawód medyczny, w którym to ustawodawca uregulował prawa i obowiązki fizjoterapeuty oraz określił na czym polega wykonywanie zawodu fizjoterapeuty. Dodatkowo w rozporządzeniu z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz.U poz. 1319), Minister Zdrowia określił szczegółowy wykaz czynności zawodowych fizjoterapeuty w ramach poszczególnych zadań zawodowych i odpowiadający im poziom wykształcenia, niezbędny do ich wykonywania.

4.3.2. Pilotaż POZ PLUS – założenia programu

Na podstawie art. 48e ust. 1 w zw. z ust. 8 ustawy o świadczeniach oraz art. 35 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431) oraz w związku z umową grantową o dofinansowanie nr POWR.05.02.00-00-0039/17-00 z dnia 28 listopada 2017 r. zawartą przez NFZ ze Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia, zarządzeniem Prezesa NFZ, wprowadzono do realizacji pilotażowy program POZ PLUS, którego przedmiotem jest przetestowanie nowego modelu opieki koordynowanej nad pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej, obejmującego poza świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi na podstawie umowy podstawowej POZ, dodatkowo: profilaktyczne świadczenia opieki zdrowotnej, program zarządzania chorobą oraz koordynację i monitorowanie przebiegu leczenia świadczeniobiorców przez Zespół POZ PLUS.

Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. modelu POZ PLUS. Cele szczegółowe modelu POZ PLUS to:

- poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- zwiększenie ilości świadczeń medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie POZ ma na celu stopniowe tworzenie systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym zamiast koncentracji na świadczeniu usług medycznych, kładzie się większy nacisk na stosowanie narzędzi zapobiegawczych. System taki będzie lepiej dostosowany do obecnej sytuacji w środowisku opieki zdrowotnej i procesów demograficznych.

Pilotażowy program POZ PLUS trwać będzie od 1 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2019 r. Oczekiwany wynik pilotażu jest między innymi wprowadzenie takiego sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, który zapewni realizację celów założonych w programie pilotażowym.

Szczegółowe zasady funkcjonowania pilotażu zostały zawarte w zarządzeniach Prezesa NFZ Nr:

- 23/2018/DAiS z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie Programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”,
- 24/2018/DAiS z dnia 21 marca 2018 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”,
- 46/2018/DAiS z dnia 5 czerwca 2018 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”, dalej zwane „Zarządzeniem”.

Wyżej wymienione zarządzenia regulują m.in. kwestie wyboru realizatorów programu pilotażowego oraz ich liczbę (45 miejsc udzielania świadczeń POZ wyłonionych w drodze konkursu), określają zasady procedury odwoławczej, zawierania umów, zasady finansowania pilotażu; określają też warunki udziału świadczeniobiorcy w pilotażu, określają profil pacjentów, do których kierowana jest opieka koordynowana.

Opieka zdrowotna, realizowana w ramach programu POZ PLUS, obejmuje poza świadczeniami opieki zdrowotnej udzielanymi na podstawie umowy podstawowej POZ, dodatkowo:

- profilaktyczne świadczenia bilansowe, określone w załączniku nr 1a do zarządzenia,
- program zarządzania chorobą określony w załączniku nr 2a do zarządzenia oraz
- koordynację i monitorowanie przebiegu leczenia świadczeniobiorców przez zespół POZ PLUS.

Z uwagi na przedmiot niniejszego raportu, poniżej szczegółowo zaprezentowano część programu dotyczącą fizjoterapii abmulatoryjnej.

Fizjoterapia ambulatoryjna dostępna w ramach programu pilotażowego POZ PLUS

Najistotniejsze z punktu widzenia kompleksowych zmian w obszarze rehabilitacji jest to, że POZ PLUS obejmuje także opiekę koordynowaną nad przewlekłymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów. Są to jednostki chorobowe, na które cierpi większość pacjentów korzystających dzisiaj z fizjoterapii ambulatoryjnej. W dalszej części rozdziału zostaną omówione ogólne zasady funkcjonowania pilotażu POZ PLUS, po czym zostanie szczegółowo opisana część pilotażu dotycząca opieki koordynowanej nad pacjentami z przewlekłymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów.

Kryteria kwalifikacji (wskazania) do programu zarządzania chorobą

Do programu zarządzania chorobą uprawnieni są pacjenci, którzy ukończyli 18 r.ż. i zostali zakwalifikowani przez lekarza POZ zgodnie z warunkami kwalifikacji określonymi w załączniku nr 2a do zarządzenia, tzn. z podejrzeniem lub rozpoznaną przynajmniej jedną z 5 wymienionych w zarządzeniu jednostek chorobowych (wg ICD-10):

- 1) diabetologia - cukrzyca typu II;
- 2) kardiologia:
 - a) nadciśnienie tętnicze samoistne,
 - b) przewlekła choroba wieńcowa,
 - c) przewlekła niewydolność serca,
 - d) utrwalone migotanie przedsionków;
- 3) pulmonologia:
 - a) astma oskrzelowa,
 - b) POCHP;
- 4) endokrynologia:
 - a) niedoczynność tarczycy,
 - b) wole miąższowe i guzowate tarczycy;
- 5) reumatologia i neurologia:
 - a) choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych,
 - b) zespoły bólowe kręgosłupa.

Świadczenia z zakresu fizjoterapii realizowane będą, na rzecz pacjentów ze schorzeniami reumatologicznymi i neurologicznymi z niżej wymienionymi rozpoznaniem:

- a) choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych (M15 – zwyrodnienia wielostawowe, M16 – choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, M17 – choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, M18 – choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo - śródreźnego, M19 – inne choroby zwyrodnieniowe, M20 – nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp, M21 – inne nabyte zniekształcenia kończyn),
- b) zespoły bólowe kręgosłupa (M43 – inne zniekształcające choroby grzbietu, M45 – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M46 – inne zapalne choroby kręgosłupa, M47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M48 – inne choroby kręgosłupa, M50 – choroby kręgów szyjnych, M51 – inne choroby kręga międzykręgowego, M53 – inne choroby grzbietu, M54 – bóle grzbietu).

Kwalifikacja pacjenta do programu zarządzania chorobą

Odbywa się podczas porady wstępnej u lekarza POZ. Porada ta może być poprzedzona wykonaniem niezbędnych badań diagnostycznych z katalogu świadczeń stanowiących załącznik nr 2b Zarządzenia, zleconych przez lekarza POZ mających na celu potwierdzenie/wykluczenie wstępnego rozpoznania. Wykluczenie wstępnego rozpoznania dyskwalifikuje pacjenta z przystąpienia do programu zarządzania chorobą w związku z danym rozpoznaniem.

Po potwierdzeniu wstępnego rozpoznania lekarz POZ:

- proponuje pacjentowi przystąpienie do programu zarządzania chorobą, jeżeli stan zaawansowania choroby pacjenta pozwala na kontynuację leczenia w POZ, a gdy Pacjent wyrazi zgodę na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą poprzez złożenie deklaracji, której wzór stanowi załącznik nr 10 do Zarządzenia POZ PLUS pacjent, przystępuje do pilotażu.
lub
- wystawia skierowanie do lekarza specjalisty posiadającego umowę z NFZ na świadczenia specjalistyczne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna gdy:

-
- stan zaawansowania choroby pacjenta nie pozwala na kontynuację leczenia w POZ,
 - pacjent nie zgodził się na objęcie opieką przez lekarza POZ programem zarządzania chorobą.

Świadczenia finansowane w ramach programu zarządzania chorobą obejmują:

- 1) **Poradę kompleksową** w skład, której wchodzi: badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz wykonanie niezbędnych badań, konsultacji specjalistycznych i fizjoterapeutycznych, z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie (chyba, że ich powtórzenie jest niezbędne w procesie terapeutyczno – leczniczym). Podczas porady kompleksowej lekarz ocenia stopień zaawansowania choroby i samodzielności pacjenta, kwalifikuje go do odpowiedniej grupy dyspanseryjnej (dokonuje stratyfikacji), opracowuje i uzgadnia z pacjentem indywidualny plan opieki medycznej (IPOM), oraz zleca niezbędne kontrolne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, do których może wykorzystać ścieżki postępowania diagnostyczno – terapeutycznego (1 raz w ciągu 12 m-cy).
 - a) Konsultacje specjalistyczne - zlecane indywidualnie w zależności od potrzeb.
 - b) Konsultacje fizjoterapeuty – zlecane indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa (nie częściej niż 2 razy w ciągu 12 m-cy).
 - c) Fizjoterapię - zlecana indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa trwająca łącznie nie dłużej niż 6 m-cy w ciągu 12 m-cy.
- 2) **Poradę kontrolną**, której celem jest kontrola realizacji IPOM tj. założonego celu terapeutycznego lub zaleceń (np. wykonania zleconych badań diagnostycznych i/lub konsultacji specjalistycznych) przez pacjenta (1 - 3 razy w ciągu 12 m-cy).
- 3) **Poradę edukacyjną** – realizowaną przez pielęgniarkę zespołu POZ PLUS lub edukatora zdrowotnego, której celem jest poszerzenie wiedzy pacjenta o chorobie oraz sposobach radzenia sobie z nią w trakcie jej trwania. Elementem tej porady jest uświadamianie celowości przyjętego IPOM i wynikającego z niego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (realizowana po opracowaniu IPOM i każdej jego zmianie).
- 4) **Cykl porad dietetycznych** – cykl 3 porad dietetycznych realizowanych przez dietetyka: – pierwsza, polega na analizie dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, analizie dotychczasowego sposobu odżywiania, analizie składu ciała, opracowaniu indywidualnych zaleceń żywieniowych, w tym m.in.: zapotrzebowanie na białka, węglowodany, tłuszcze, rozkład czasowy posiłków i wyszczególniona ich kaloryczność, a także opracowanie planu interwencji dietetycznej; druga, polega na analizie implementacji zaleconej korekty zachowań żywieniowych, w tym barier implementacji; trzecia, polega na ocenie skuteczności zastosowanych interwencji (cykl 3 porad w zależności od potrzeb /1 cykl na 12 m-cy/).

Finansowanie i organizacja udzielania świadczeń finansowanych w programie zarządzania chorobą

Pilotaż POZ PLUS jest finansowany z dwóch źródeł:

- 1) środków finansowych pochodzących z projektu grantowego przekazywanych realizatorom programu pilotażowego jako:
 - grant technologiczny na dostosowanie systemów informatycznych (oprogramowania) realizatora programu pilotażowego do wymogów realizacji pilotażu POZ PLUS,
 - grant koordynacyjny na sfinansowanie wynagrodzenia koordynatora,
 - grant na finansowanie udzielania profilaktycznych świadczeń bilansowych (bilanse dorosłych);
- 2) środków finansowych Oddziału Funduszu, przeznaczonych na finansowanie programu zarządzania chorobą.

Świadczenia w programie zarządzania chorobą finansowane są poprzez następujące mechanizmy:

- osobomiesięc - kwotę za objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy programem zarządzania chorobą, wypłacaną w okresach miesięcznych – ryczałt,
- cenę jednostkową - kwotę za świadczenia udzielone zgodnie z katalogiem określonym w załączniku nr 2b do Zarządzenia POZ PLUS.

Porady w programie zarządzania chorobą udzielane poza przedstawionym wcześniej schematem finansowane są w ramach stawki osobomiesięcia za objęcie pacjenta programem zarządzania chorobą i należy je sprawozdawać jako produkty statystyczne określone w katalogu świadczeń. Badania diagnostyczne zlecane w programie zarządzania chorobą z zakresu świadczeń gwarantowanych, finansowane są w ramach stawki kapitacyjnej lekarza POZ.

Podsumowanie fizjoterapii ambulatoryjnej w koncepcji POZ PLUS

Z punktu widzenia zmian w obszarze rehabilitacji leczniczej najważniejszym elementem pilotażu jest ujęta w nim koncepcja fizjoterapii ambulatoryjnej adresowanej do pacjentów cierpiących na przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa oraz zmiany zwyrodnieniowe stawów. Są one najbardziej powszechnymi jednostkami chorobowymi wśród pacjentów korzystających dzisiaj z fizjoterapii ambulatoryjnej, więc odpowiednie zorganizowanie opieki nad tymi pacjentami jest niezwykle istotne dla wypracowania optymalnego modelu rehabilitacji.

Najważniejszymi cechami POZ PLUS w odniesieniu do fizjoterapii ambulatoryjnej są:

- lekarz POZ nie musi mieć nawiązanej współpracy z fizjoterapeutami, którzy będą prowadzić fizjoterapię pacjentów ujętych w ramach pilotażu, ale taka współpraca udokumentowana przedstawieniem stosownej umowy/porozumienia/listu intencyjnego jest jednym z warunków dodatkowo punktowanych znajdujących się w Kryteriach wyboru świadczeniodawców do realizacji pilotażu POZ PLUS;
- w ramach prac nad koncepcją POZ PLUS zostały wypracowane tzw. ścieżki diagnostyczne, z których dwie grupy dedykowane są rehabilitacji, tj. zespołom bólowym kręgosłupa i chorobie zwyrodnieniowej stawów obwodowych. Dokumenty te w sposób kompleksowy opisują sposób postępowania z pacjentem, począwszy od diagnostyki po fizjoterapię.

Proces diagnostyczno-terapeutyczny zespołów bólowych kręgosłupa (ICD-10: M40-M54) został opisany następująco:

- 1) Cel procesu: celem procesu jest osiągnięcie, a następnie utrzymanie optymalnego poziomu zdrowia pacjenta, u którego rozpoznano zespoły bólowe kręgosłupa. Cel zostanie osiągnięty poprzez szybkie rozpoznanie lub wykluczenie zespołów bólowych kręgosłupa oraz, w przypadku rozpoznania, właściwe zdiagnozowanie przyczyn, a następnie w oparciu o zgromadzoną wiedzę, opracowanie i realizację Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM).
- 2) Opis procesu: proces obejmuje realizację czynności prowadzących do rozpoznania choroby, wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych mających na celu ustalenie przyczyn i przygotowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, a następnie systematyczną realizację zadań określonych w IPOM oraz monitoring osiąganych rezultatów klinicznych w tym ewentualną korektę postępowania. Proces jest inicjowany i koordynowany przez lekarza POZ z wykorzystaniem dostępnych zasobów i konsultacji specjalistycznych realizowanych w modelu POZ PLUS.

Tabela 17. Proces diagnostyczno-terapeutyczny zespołów bólowych kręgosłupa (ICD-10: M40-M54) – części programu

| Nazwa procesu | Cel procesu | Opis procesu |
|---|--|---|
| Proces rozpoznania | Wykluczenie lub rozpoznanie zespołu bólowego kręgosłupa u pacjenta w POZ w ramach modelu POZ PLUS. | Wykonanie porady wstępnej zawierającej przeprowadzenie badania podmiotowego, przedmiotowego w celu wykluczenia lub postawienia rozpoznania |
| Proces diagnostyki poszerzonej | Przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki, przeprowadzenie konsultacji specjalistycznych dla ustalenia Indywidualnego Planu Opieki Medycznej dla danego pacjenta z uwzględnieniem chorób współistniejących mogących mieć wpływ na prowadzenie terapii. | Wykonanie badań diagnostycznych, porady kompleksowej i wizyt fizjoterapeutycznych oraz konsultacyjnych w celu ustalenia Indywidualnego Planu Opieki Medycznej |
| Proces postępowania terapeutycznego | Realizacja i bieżąca aktualizacja IPOM dla pacjenta leczonego w POZ ramach modelu POZ PLUS z wykorzystaniem poszerzonej diagnostyki oraz konsultacji specjalistycznych | Realizacja zadań określonych w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oraz rehabilitacji środowiskowej, monitoring osiąganych rezultatów klinicznych, przeprowadzenie edukacji zdrowotnej pacjenta. |
| Proces leczenia w ramach postępowania terapeutycznego | Uzyskanie założonego celu terapeutycznego, poprawy lub utrzymania stanu zdrowia pacjenta poprzez realizację działań ustalonych w IPOM oraz analizy zmian stanu zdrowia pacjenta mogących wpływać na modyfikację IPOM. | Realizacja zadań określonych w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, monitoring osiąganych rezultatów klinicznych. |

Źródło: materiały NFZ

W ramach koordynowanej opieki w zespołach bólowych kręgosłupa pacjent uzyskuje w zależności od potrzeb:

- poradę wstępną,
- poradę kompleksową (1 raz w ciągu 12 m-cy),
- wykonanie badań diagnostycznych,
- konsultacja lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej,
- konsultację fizjoterapeutyczną - zlecaną indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa (nie częściej niż 2 razy w ciągu 12 m-cy),
- fizjoterapię - zlecaną indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa trwającą łącznie nie dłużej niż 6 m-cy w ciągu 12 m-cy,
- poradę konsultacyjną (udziela jej lekarz specjalista)⁶,
- poradę kontrolną – zgodnie z IPOM wraz z niezbędnymi badaniami – 1-3 razy w ciągu 12 m-cy,
- poradę edukacyjną - realizowana po opracowaniu IPOM i każdej jego zmianie,
- poradę dietetyczną – cykl 3 porad w zależności od potrzeb (1 cykl na 12 m-cy).

Proces diagnostyczno-terapeutyczny choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych został opisany następująco:

- 1) Cel procesu: osiągnięcie, a następnie utrzymanie optymalnego poziomu zdrowia pacjenta, którego rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów obwodowych.(ChZS). Cel zostanie osiągnięty poprzez szybkie rozpoznanie lub wykluczenie ChZS oraz w przypadku rozpoznania, właściwe zdiagnozowanie jej przyczyn, a następnie w oparciu o zgromadzoną wiedzę, opracowanie i realizację Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM).
- 2) Opis procesu: realizacja czynności prowadzących do rozpoznania choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych (ChZS), wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych mających na celu ustalenie przyczyn i przygotowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM), a następnie systematyczną realizację zadań określonych w IPOM oraz monitoring osiąganych rezultatów klinicznych w tym ewentualną korektę postępowania. Proces jest inicjowany i koordynowany przez lekarza POZ z wykorzystaniem dostępnych zasobów i konsultacji specjalistycznych realizowanych w modelu POZ PLUS.

Tabela 18. Proces diagnostyczno-terapeutyczny choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych (ICD-10: M16, M17) – części programu

| Nazwa procesu | Cel procesu | Opis procesu |
|-------------------------------------|--|---|
| Proces rozpoznania | Wykluczenie lub rozpoznanie choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych (ChZS) u pacjenta w POZ w ramach modelu POZ PLUS. | Wykonanie porady wstępnej zawierającej przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz zależnie od decyzji lekarza porady konsultacyjnej w celu wykluczenia lub postawienia rozpoznania |
| Proces diagnostyki poszerzonej | Przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki, przeprowadzenie konsultacji specjalistycznych dla ustalenia Indywidualnego Planu Opieki Medycznej dla danego pacjenta z uwzględnieniem chorób współistniejących mogących mieć wpływ na prowadzenie terapii ChZS | Wykonanie badań diagnostycznych, porady kompleksowej i wizyt fizjoterapeutycznych oraz konsultacyjnych w celu ustalenia Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. |
| Proces postępowania terapeutycznego | Realizacja i bieżąca aktualizacja IPOM dla pacjenta leczonego w POZ ramach modelu POZ PLUS z wykorzystaniem poszerzonej diagnostyki oraz konsultacji specjalistycznych | Realizacja zadań określonych w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, prowadzenie leczenia, wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oraz rehabilitacji środowiskowej, monitoringu osiąganych rezultatów klinicznych, oraz edukacji zdrowotnej pacjenta. |
| Proces leczenia w ramach | Uzyskanie założonego celu terapeutycznego, poprawy lub utrzymania stanu zdrowia pacjenta | Realizacja zadań określonych w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej, |

⁶ Na podstawie załącznika 2c do Zarządzenia POZ PLUS wynika, że w zależności od fazy procesu diagnostyczno-terapeutycznego istnieje możliwość konsultacji u różnych specjalistów zawsze u reumatologa i neurologa. Ale także w zależności od fazy u onkologa, pulmonologa, alergologa, ortopedy i lekarza rehabilitacji medycznej.

| Nazwa procesu | Cel procesu | Opis procesu |
|------------------------------|--|--|
| postępowania terapeutycznego | poprzez realizację działań ustalonych w IPOM oraz analizy zmian stanu zdrowia pacjenta mogących wpływać na modyfikację IPOM. | wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, monitoring osiągniętych rezultatów klinicznych. |

Źródło: materiały NFZ

Świadczenia, które uzyskuje pacjent w ramach koordynowanej opieki w chorobie zwyrodnieniowej stawów obwodowych - analogicznie do zespołów bólowych kręgosłupa. Katalog świadczeń z zakresu fizjoterapii dostępny w ramach programu zarządzania chorobą wraz z wyceną punktową zawiera załącznik nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ.

5. *Koncepcja zmian w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej*

Podejmując prace w zakresie rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce przyjęto, iż zakres gwarantowanych świadczeń zdrowotnych powinien zapewniać realizację głównego celu rehabilitacji, jakim jest zabezpieczenie (poprzez neutralizację lub ograniczenie rozmiarów niekorzystnych skutków) ryzyka niepełnosprawności wśród pacjentów. Niepełnosprawność rozumiemy tu jako następstwo choroby, urazu, zaburzeń lub wad wrodzonych.

Koncepcja zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia, opracowana przez Agencję we współpracy z ekspertami, jak już wspomniano, dotyczy sposobu organizacji i funkcjonowania opieki rehabilitacyjnej. Mając na uwadze powszechnie znane słabości aktualnego systemu (jak na przykład: długi czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych w trybie pilnym, brak koordynacji całości leczenia, wystawianie skierowań, które dotychczas nie zawsze korelowały z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi pacjentów) przyjmujemy, iż wprowadzenie proponowanych zmian służyć ma przede wszystkim poprawie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych. Identyfikacja kluczowych kwestii problemowych skłania do wypracowania mechanizmów efektywnościowych w organizacji systemu rehabilitacji, głównie na rzecz:

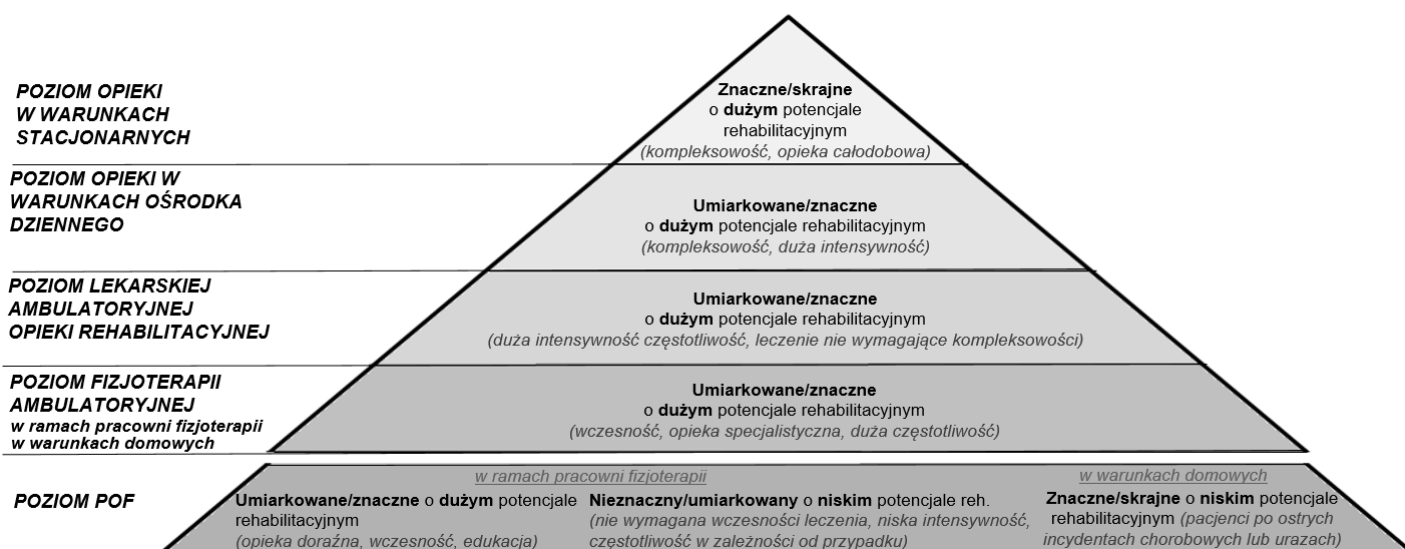
- pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach, którzy ze względu na swój stan zdrowia (kliniczny i funkcjonalny) powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenia rehabilitacyjne, gwarantujące skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych bądź wyłącznie procedur rehabilitacyjnych;
- pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz osób z niepełnosprawnościami, którzy wymagają stałej opieki rehabilitacyjnej, niekoniecznie w trybie hospitalizacji, jednak w warunkach najbardziej właściwych do ich potrzeb rehabilitacyjnych (zdrowotnych);
- pacjentów o doraźnych/nieznacznym potrzebach rehabilitacyjnych, którzy wymagają pilnej konsultacji, instruktażu lekarza rehabilitacji⁷ bądź fizjoterapeuty.

5.1. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych

Podstawowym założeniem w pracach, stało się przekonanie o konieczności klasyfikacji i kategoryzacji potrzeb rehabilitacyjnych (szacowanie stopnia niepełnosprawności) oraz zakresu świadczeń, jakie mają być należne pacjentom z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w zależności od zidentyfikowanej potrzeby rehabilitacyjnej (zdrowotnej) pacjenta. Najbardziej właściwe kryterium klasyfikacji i kategoryzacji potrzeb rehabilitacyjnych stanowi bowiem nie tyle stan kliniczny, co stan funkcjonalny pacjenta. Stan funkcjonalny – w świetle prezentowanego w niniejszym opracowaniu, szerszego kontekstu koncepcji – został jednoznacznie określony, na poziomie poszczególnych świadczeń (zaprojektowanych przez AOTMiT), wedle odpowiednio dobranych przez ekspertów skal medycznych, dzięki czemu decyduje on o intensywności, wczesności zapoczątkowania oraz czasie trwania rehabilitacji. Przyjmując jednak, generalną klasyfikację poziomu upośledzenia funkcji ruchowych i innych funkcji (np. kognitywnych), wyróżniono następujące kategorie stanów funkcjonalnych: (1) nieznaczny, (2) umiarkowany, (3) znaczny, (4) skrajny. Na wynikające stąd klasy potrzeb rehabilitacyjnych nakłada się jeszcze inne, ważne kryterium, jakie stanowi poziom mobilności pacjenta. Założono również, że realizacja celu rehabilitacji ze względu na określone potrzeby wymaga także (względnie precyzyjnego) określenia potencjału rehabilitacyjnego pacjenta, czyli realnej możliwości przywrócenia bądź poprawy w określonym stopniu jego funkcji ruchu i innych funkcji (przy założeniu rozpoczęcia rehabilitacji we właściwym czasie). Należy zaznaczyć, iż specyfika leczenia rehabilitacyjnego uniemożliwia określenie sztywnych algorytmów postępowania terapeutycznego, względem zdefiniowanych klas/kategorii potrzeb rehabilitacyjnych. W większości przypadków rehabilitacja stanowi bowiem uzupełnienie pełnego procesu leczniczego (zachowawczego bądź zabiegowego), a jedynie w stanach doraźnych / „drobnych” stanowi wyłączny zakres terapii. Uwzględniamy również fakt, iż potrzeby rehabilitacyjne istotnie korelują ze współchorobowością, co stanowi dodatkowe, istotne kryterium doboru właściwych procedur rehabilitacyjnych.

⁷ Lekarz udzielający porady lekarskiej rehabilitacyjnej – w rozumieniu rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Rysunek 1. Specyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych ze względu na poszczególne poziomy opieki



Źródło: opracowanie AOTMiT

5.2. Konstrukcja świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej

Przytoczona powyżej specyfikacja (złożoność) leczenia rehabilitacyjnego, związanego z różnorodnymi potrzebami zdrowotnymi pacjentów (szczególnie ze współchorobowością), wymusza stworzenie elastycznego katalogu gwarantowanych świadczeń rehabilitacyjnych. Skonstruowany w oparciu o wskazane założenia koszyk świadczeń rehabilitacyjnych, stwarza możliwość dla lekarzy/fizjoterapeutów oraz innych przedstawicieli zespołu rehabilitacyjnego doboru odpowiednich procedur medycznych, z uwzględnieniem kryteriów takich jak: 1) stan kliniczny pacjenta, 2) wiek, 3) płeć, 4) historia przebytych chorób itp. Z tych powodów, autorzy koncepcji zaproponowali wyodrębnienie tzw. profili interwencji⁸, a więc zbiorów procedur medycznych przyporządkowanych kluczowym dla procesu rehabilitacji przedstawicielom zespołu rehabilitacyjnego. Przyjmujemy bowiem, iż warunkiem skuteczności pełnego procesu rehabilitacyjnego jest współpraca wielodyscyplinarnego zespołu złożonego z przedstawicieli różnych grup zawodowych, udzielającego na rzecz pacjenta, różnorodnych świadczeń w celu osiągnięcia założonego (realnego) celu terapii. Wyodrębniono zatem następujące interwencje realizowane w profilach⁹:

- konsultacja dietetyczna, poradnictwo/edukacja dietetyczna w profilu interwencji dietetycznych;
- konsultacja fizjoterapeutyczna, kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, fizjoterapia indywidualna, funkcjonalny trening medyczny w profilu interwencji fizjoterapeutycznych;
- konsultacja lekarska, porada kwalifikacyjna, porada lekarska, opieka lekarska w profilu interwencji lekarskich;
- konsultacja logopedyczna, terapia logopedyczna w profilu interwencji logopedycznych;
- konsultacja pedagoga specjalnego i terapia pedagoga specjalnego w profilu interwencji pedagogicznych;
- opieka pielęgniarska w profilu interwencji pielęgniarskich;
- konsultacja psychologiczna, terapia psychologiczna w profilu interwencji psychologicznych;
- konsultacja terapeuty zajęciowego, terapia zajęciowa w profilu interwencji terapii zajęciowej.

W oparciu o liczbę profili interwencji niezbędnych w procesie terapeutycznym podzielono świadczenia na:

- jednoprofilowe (podstawowe) – obejmujące interwencje realizowane przez lekarza lub terapeutę w ramach pojedynczego profilu interwencji;

⁸ **Interwencja** to pojedyncza procedura lub kombinacja procedur medycznych realizowana przez uprawniony personel oraz dostosowana do stanu klinicznego pacjenta i zdefiniowanego celu terapeutycznego, realizowana w określonym czasie.

⁹ Całkowity zakres procedur odpowiadających poszczególnym profilom interwencji nie zmniejszył się w stosunku do aktualnego wykazu świadczeń rehabilitacyjnych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U poz. 2162).

- wieloprofilowe (kompleksowe) – obejmujące interwencje realizowane przez interdyscyplinarny zespół rehabilitacyjny w ramach przynajmniej 3 profili interwencji (Tabela nr 20).

Prace zespołu AOTMiT prowadzone były dodatkowo przy założeniu, iż o sprawności systemu rehabilitacji leczniczej (czyli jego skuteczności i efektywności) przesądza komplementarność elementów tegoż systemu, a więc tzw. poziomów opieki. Poszczególne poziomy opieki, za sprawą zaprojektowanych obligatoryjnych, minimalnych wymogów (personelowych, sprzętowych, lokalowych), mają zapewnić możliwość realizacji skutecznej i efektywnej terapii, odpowiadającej zdiagnozowanym potrzebom rehabilitacyjnym pacjenta. Mechanizmem decydującym o realizacji określonych świadczeń (ujętych w poszczególnych profilach interwencji) na odpowiednim poziomie opieki (a wręcz odpowiadającym tym poziomom komórkom organizacyjnym) są wspomniane kryteria kwalifikacji. W ramach prezentowanego podejścia kluczowe znaczenie miało zdefiniowanie stanu zdrowia (głównie funkcjonalnego) pacjentów, którzy powinni być leczeni w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych – możliwie szybko, tak aby leczenie było zorientowane na nadrzędny cel świadczeń – leczenia by możliwie wyleczyć (po ostrych incydentach chorobowych, zaostrzeniach choroby lub urazach). Jak wiadomo w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi, zaburzeniami lub wadami wrodzonymi, celem rehabilitacji leczniczej nie jest restytucji pełnego zdrowia pacjenta (przywrócenie utraconych funkcji nie musi być równoznaczne chociażby z przywróceniem oczekiwanego komfortu życia). Leczenie takich pacjentów powinno zatem odbywać się w warunkach umożliwiających im stały dostęp do lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty, jednak najczęściej nie powinno wiązać się z kosztowną – i wydaje się, że w większości przypadków – zbędną hospitalizacją.

Biorąc pod uwagę wskazane założenia wyodrębniono rodzaje miejsc realizacji świadczeń z uwzględnieniem:

- potrzeby zapewnienia całodobowej opieki medycznej oraz stopnia mobilności pacjenta wyrażonych w trybie realizacji świadczeń;
- profilu możliwych do realizacji świadczeń: jednoprofilowych lub wieloprofilowych (kompleksowych).

Tabela 19. Zestawienie rodzajów miejsc realizacji świadczeń ze względu na odpowiadający im profil świadczeń

| Tryb opieki | Profil świadczenia | | Rodzaj miejsc realizacji świadczeń |
|---------------|--------------------|------------------------------|---|
| | jednoprofilowe | wieloprofilowe (kompleksowe) | |
| całodobowa | | x | oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji |
| ambulatoryjna | | x | ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej |
| | x | | pracownia fizjoterapii |
| | x | | poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna |
| domowa | x | | pracownia fizjoterapii |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.3. Specyfikacja interwencji realizowanych w poszczególnych miejscach realizacji świadczeń

Tabela 20. Zestawienie zakresu interwencji w zakresie rehabilitacji leczniczej ze względu na miejsca udzielania świadczeń w rehabilitacji leczniczej

| Interwencje w rehabilitacji leczniczej | Miejsca udzielania świadczeń w rehabilitacji leczniczej | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------|-----------------|------------------|---------------|--|---------------|-----------------|------------------|---|------------------------|--|--------------------------------------|---|
| | oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej | | | | | ośrodek* kompleksowej rehabilitacji dziennej | | | | | pracownia fizjoterapii | poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna | | |
| | ogólnoustrojowej | neurologicznej | kardiologicznej | pulmonologicznej | pediatrycznej | ogólnoustrojowej | pediatrycznej | kardiologicznej | pulmonologicznej | dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy | | | dla osób z dysfunkcją narządu wzroku | |
| konsultacja lekarska | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | x |
| porada kwalifikacyjna | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | |
| porada lekarska | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | x |
| opieka lekarska | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | |
| konsultacja fizjoterapeutyczna | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | |
| wizyta fizjoterapeutyczna | | | | | | | | | | | | | x | |
| wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | x | |
| fizjoterapia indywidualna | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | x | |
| funkcjonalny trening medyczny | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | x | |
| konsultacja dietetyka | x | x | x | | | x | | x | | | | | | |
| edukacja dietetyczna | x | x | x | | | x | | x | | | | | | |
| konsultacja logopedyczna | x | x | | | x | x | x | | | | | | | |
| terapia logopedyczna | x | x | | | x | x | x | | | | | | | |
| konsultacja psychologiczna | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | |
| terapia psychologiczna | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | |
| konsultacja terapeuty zajęciowego | x | x | | | x | x | x | x | | | | | | |
| terapia zajęciowa | x | x | | | x | x | x | x | | | | | | |
| opieka pielęgnarska | x | x | x | | x | x | x | x | x | | | | | |
| terapia realizowana przez innego terapeutę (terapeuta widzenia, pedagog specjalny itp.) | | | | | x | | x | | | | | | | |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Kolor – zakres w trakcie opracowywania przez zespół AOTMiT

*- konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej w ośrodku zapewniona jest w podrozdziale „Katalog interwencji”

Wymagania względem personelu w odniesieniu do miejsc udzielania świadczeń

- Wymogi dotyczące personelu są pochodną minimalnych warunków dotyczących miejsc udzielania świadczeń oraz interwencji.
- Szczegółowe warunki w odniesieniu do kwalifikacji personelu są uzależnione od rodzaju świadczenia przypisanego do odpowiedniego typu komórki organizacyjnej.

Tabela 21. Zestawienie personelu medycznego udzielającego świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej ze względu na miejsca udzielania świadczeń

| Personel medyczny (w miejscu realizacji świadczeń) | Miejsca udzielania świadczeń w rehabilitacji leczniczej | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------|-----------------|------------------|---------------|---|---------------|-----------------|------------------|---|--------------------------------------|------------------------|--|
| | oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej | | | | | ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej | | | | | | pracownia fizjoterapii | poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna |
| | ogólnoustrojowej | neurologicznej | kardiologicznej | pulmonologicznej | pediatrycznej | ogólnoustrojowej | pediatrycznej | kardiologicznej | pulmonologicznej | dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy | dla osób z dysfunkcją narządu wzroku | | |
| lekarz | x | x | x | | x | x | x | x | | | | | x |
| fizjoterapeuta | x | x | x | | x | x | x | x | | | | x | |
| psycholog | x | x | x | | x | x | x | x | | | | | |
| logopeda | x | x | | | x | x | x | x | | | | | |
| dietetyk | K | K | x | | K | K | | x | | | | | |
| terapeuta zajęciowy | x | x | | | x | x | x | | | | | | |
| pedagog specjalny/inny terapeuta | | | | | x | x | x | | | | | | |
| pielęgniarka | x | x | x | | x | x | x | x | | | | | |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Kolor – zakres w trakcie opracowywania przez zespół AOTMiT; K- konsultacje

5.4. Parametry świadczeń rehabilitacyjnych jako pochodna potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta

Przystępując do konstrukcji świadczeń rehabilitacyjnych zastosowano następujący zestaw parametrów opisujących cechy poszczególnych świadczeń:

- intensywność – krotność interwencji i/lub zasobochłonność (tj. wymagana liczba terapeutów przypadających jednocześnie na 1 pacjenta) interwencji w ciągu pojedynczego dnia zabiegowego;
- częstotliwość interwencji – liczba dni zabiegowych w wymiarze tygodnia kalendarzowego udzielania świadczenia. Wysoka częstotliwość odnosi się do interwencji udzielanych w interwałach dziennych (każdego dnia);
- wczesność dostępu – odnosi się do wymaganego czasu rozpoczęcia leczenia (rehabilitacyjnego) od momentu zaistnienia potrzeby rehabilitacyjnej. Wysoka wartość tego parametru występuje w przypadku rozpoczęcia świadczenia bezpośrednio po poprzedzającym etapie leczenia;
- długość czasu trwania świadczenia – parametr określany w dwóch ujęciach – poprzez odniesienie do liczby dni zabiegowych w ujęciu pojedynczego cyklu oraz w liczby dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
- kompleksowość – odnosi się do liczby profili interwencji realizowanych w ramach świadczenia;
- tryb realizacji – odnosi się do miejsca realizacji świadczenia z wyszczególnieniem trybów (stacjonarnej – całodobowej, ambulatoryjnej – ośrodek dzienny/fizjoterapia lub poradnia ambulatoryjna oraz trybu domowego).

Kombinacjom powyższych parametrów odpowiadają różne parametry świadczeń rehabilitacyjnych determinujące szansę uzyskania przez pacjenta optymalnego poziomu funkcjonalnego lub przy odpowiednim potencjale zdrowotnym możliwości pełnego powrotu do zdrowia.

Tabela 22. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych na użytek konstrukcji świadczeń

| Potrzeby zdrowotne pacjenta | | | | Parametry świadczenia | | | | | Świadczenie | |
|-------------------------------|----------------------------|---|---|-----------------------|---------------|-----------|------------------|-----------------|--|--|
| Stopień upośledzenia funkcji* | Potencjał reha-bilita-cyny | Potrzeby w zakresie kompleksowości leczenia | Możliwość dostępu do świadczeń w trybie** | Intensywność | Częstotliwość | Wczesność | Czas trwania | | Miejsce realizacji | Rodzaj świadczenia*** |
| | | | | | | | w wymiarze cyklu | w wymiarze roku | | |
| Nieznaczny / umiarkowany | + | jednoprofilowe | ambulatoryjnym | + | + | + | + | ++ | Pracownia fizjoterapii | Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna |
| | +++ | jednoprofilowe | ambulatoryjnym | ++ | ++ | +++ | ++ | ++ | Pracownia fizjoterapii | Dedykowane świadczenia fizjoterapeutyczne |
| Umiarkowany / znaczny | +++ | jednoprofilowe | ambulatoryjnym | ++ | +++ | +++ | +++ | + | Pracownia fizjoterapii Poradnia lekarza rehabilitacji | Dedykowane świadczenia fizjoterapeutyczne |
| | +++ | kompleksowe | ambulatoryjnym | +++ | +++ | +++ | +++ | nd | Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej | Dedykowane świadczenia rehabilitacji w ośrodku dziennym |
| | +++ | jednoprofilowe | domowym | ++ | +++ | +++ | +++ | ++ | Dom | Dedykowane świadczenia fizjoterapii domowej |
| Znaczny /skrajny | +++ | kompleksowe / jednoprofilowe | stacjonarnym | +++ | +++ | +++ | +++ | nd | Oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej | Dedykowane świadczenia rehabilitacji w oddziale rehabilitacji |
| | + - | jednoprofilowe | domowym | + | + | + | + | ++ | Dom | Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna - fizjoterapia domowa długookresowa |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Podsumowując, zbiór świadczeń zdefiniowanych dla wyspecyfikowanej populacji pacjentów, wedle przyjętych kryteriów klasyfikacji, stanowi kombinację interwencji (procedur medycznych) wraz z odpowiadającym poszczególnym świadczeniom miejscem ich realizacji (szczegółowy wykaz świadczeń prezentuje Tabela nr 3). Należy raz jeszcze podkreślić, iż wskazana w pojedynczych świadczeniach kombinacja interwencji nie stanowi opisu standardu bądź wytycznych postępowania rehabilitacyjnego. Ostateczną decyzję o przebiegu terapii (o zastosowanych interwencjach) podejmuje „prowadzący” pacjenta. Przyjęcie takiego rozwiązania wynika z rekomendowanego tutaj paradygmatu zastosowania indywidualnego podejścia do pacjenta i jego problemu zdrowotnego.

Tabela 23. Wykaz świadczeń zaprojektowanych zgodnie „Koncepcją zmian w organizacji i funkcjonowaniu rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce”

| Rodzaj miejsca realizacji świadczeń | Nazwa świadczenia gwarantowanego |
|--|--|
| Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej | Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I |
| | Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II |

| Rodzaj miejsca realizacji świadczeń | Nazwa świadczenia gwarantowanego |
|---|---|
| | Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza I |
| | Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza II |
| | Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I |
| | Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II |
| Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej | Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego |
| | Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami ogólnoustrojowymi |
| | Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w przedziale wiekowym 0-3 lata |
| | Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w przedziale wiekowym 4-18 lat |
| Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej | Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna dla pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym |
| | Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna dla pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (w trakcie prac) |
| Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej | |
| Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej | Kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna |
| Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej ogólnoustrojowej | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów po udarach mózgu |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami nowotworowymi, |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów po amputacjach |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi OUN |
| | Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami zapalnymi tkanki łącznej i konsekwencjami infekcji układu mięśniowo – szkieletowego |
| Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej kardiologicznej | Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna dzienna dla pacjentów po incydencie sercowo-naczyniowym |
| | Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna dzienna kontynuacyjna, |
| | Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna dzienna dla pacjentów z niewydolnością serca HFrEF i HFmEF (LVEF < 50%) – II-IV klasa czynnościowa wg NYHA (objawowa niewydolność krążenia) |
| | Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna dzienna dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym o bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym ocenianym przy pomocy aktualnego systemu Pol-SCORE |
| | Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego |
| Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej pediatrycznej - świadczenia w zakresie kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej ambulatoryjnej | Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w przedziale wiekowym 0-3 lata |
| | Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w przedziale wiekowym 4-18 lat |
| Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej pulmonologicznej | (w trakcie prac) |
| Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy lub wzroku | świadczenia w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcjami narządu słuchu i mowy (w trakcie prac), świadczenia w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcjami narządu wzroku (w trakcie prac). |
| Poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna | świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz rehabilitacji |
| Pracownia fizjoterapii | a) świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej: – Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, |

| Rodzaj miejsca realizacji świadczeń | Nazwa świadczenia gwarantowanego |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego, - Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych, - Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, - Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi) <p>b) świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych - Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach domowych - Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu - Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego - Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy - Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy, po amputacjach kończyn dolnych. |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Proponuje się wprowadzenie dla wszystkich świadczeń zapisu o: „realizacji świadczeń z wykorzystaniem metod i procedur o udowodnionej skuteczności klinicznej, zgodnie z aktualnymi zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego opracowanych przez odpowiednie towarzystwa naukowe o zasięgu ogólnopolskim, w szczególności opublikowanymi w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia”.

5.5. Słownik pojęć

Zastosowane w opisie nowych założeń w zakresie rehabilitacji leczniczej określenia zostały pogrupowane tematycznie w następujących kategoriach:

Klasyfikacja dostępności do świadczeń lub interwencji

- 1) dostęp – zapewnienie realizacji części świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 2) dostęp do POF – zapewnienie realizacji świadczeń opieki fizjoterapeutycznej na obszarze gminy, w której jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń przez lekarza POZ lub gminy sąsiadującej;
- 3) lokalizacja - budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 4) miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczenia gwarantowanych;

Personel realizujący świadczenia

- 1) dietetyk – osoba, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki, obejmujące co najmniej 1630 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie dietetyki obejmujące co najmniej 1 220 godzin w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł magistra, lub
 - b) ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe w specjalności dietetyka obejmujące co najmniej 1 784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskała tytuł licencjata lub magistra, lub
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata, lub magistra, lub magistra inżyniera na tym kierunku, lub

- e) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk, lub
 - f) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia technikum lub szkołę policealną i uzyskała tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka;
- 2) fizjoterapeuta – osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty;
 - 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną/wizytę kwalifikacyjną – fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do kwalifikowania do terapii fizjoterapeutycznej na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych;
 - 4) lekarz specjalista – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
 - 5) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarz, który rozpoczął specjalizację w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
 - 6) lekarz rehabilitacji:
 - a) lekarz specjalista rehabilitacji - lekarz specjalista II stopnia w rehabilitacji medycznej, lub specjalista rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub
 - b) lekarz specjalista medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
 - c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
 - d) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej.
 - 7) logopeda - osoba, która:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
 - b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub
 - c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii, lub
 - d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra;
 - 8) masażysta - osoba, która uzyskała dyplom technika masażyisty po ukończeniu technikum, lub szkoły policealnej publicznej, lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej;
 - 9) neurologopeda – logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii;
 - 10) osoba prowadząca terapię integracji sensorycznej (SI) – osoba, która posiada uprawnienia do prowadzenia terapii integracji sensorycznej (SI), potwierdzone odpowiednimi kursami lub szkoleniami lub studiami;
 - 11) pedagog specjalny – osoba, która:
 - a) uzyskała tytuł magistra na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed 1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł magistra, lub
 - b) uzyskała tytuł licencjata na kierunku pedagogiki specjalnej lub rozpoczęła przed 1 października 2012 r. studia na kierunku pedagogika specjalna i uzyskała tytuł licencjata, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny, lub
 - c) terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej lub inny terapeuta z zakresu oligofrenopedagogiki, surdopedagogiki, tyflopädagogiki, pedagogiki terapeutycznej, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci

z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny – studia pedagogiczne lub podyplomowe pedagogiczne,

- 12) psycholog - osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej albo dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej ze specjalizacją filozoficzno-psychologiczną uzyskany na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim do dnia 1 października 1981 r. lub dyplom magistra filozofii chrześcijańskiej w zakresie psychologii uzyskany w Akademii Teologii Katolickiej do dnia 31 grudnia 1992 r. oraz pracowała w zawodzie co najmniej dwa lata;
- 13) specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej - psycholog, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej w sposób określony w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 599) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2002 r. Nr 173 poz. 1419, z późn. zm.) albo zgodnie z § 35 tego rozporządzenia zachował tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej;
- 14) specjalista fizjoterapii – fizjoterapeuta z uzyskanym tytułem specjalisty po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, ustalonego programem specjalizacji i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (zgodnie z art. 35.1 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty);
- 15) terapeuta zajęciowy – osoba, która:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3000 godzin kształcenia, w tym 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata, lub
 - b) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego, lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego**, lub
 - c) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktor terapii zajęciowej**, lub
 - d) ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1 665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata, lub
 - e) rozpoczęła po dniu 30 sierpnia 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata.

** - pięcioletni okres przejściowy dla terapeutów zajęciowych nieposiadających wykształcenia wyższego na kierunku terapia zajęciowa.

5.6. Katalog interwencji

Na poziomie „Słownika pojęć” zdefiniowano poszczególne terminy, natomiast szczegóły (zakres, warunki realizacji, itd.) opisano na poziomie odpowiednich świadczeń.

- 1) Interwencja to pojedyncza procedura lub kombinacja procedur medycznych realizowana przez uprawniony personel, dostosowana do stanu klinicznego i celu terapeutycznego pacjenta, realizowana w określonym czasie. Wyodrębniono następujące interwencje realizowane w profilach:
 - a) profil interwencji dietetycznych - konsultacja dietetyczna, edukacja dietetyczna,
 - b) profil interwencji fizjoterapeutycznych:
 - konsultacja fizjoterapeutyczna,
 - kwalifikacja wstępna do fizjoterapii,
 - wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna,
 - fizjoterapia indywidualna,
 - funkcjonalny trening medyczny,
 - c) profil interwencji lekarskich:

- konsultacja lekarska,
 - porada kwalifikacyjna;
 - porada lekarska,
 - opieka lekarska;
- d) profil interwencji logopedycznych – konsultacja logopedyczna, terapia logopedyczna,
- e) profil interwencji pedagogicznych – konsultacja pedagoga specjalnego, terapia pedagoga specjalnego,
- f) profil interwencji pielęgniarских – opieka pielęgniarська,
- g) profil interwencji psychologicznych – konsultacja psychologiczna, terapia psychologiczna,
- h) profil interwencji terapii zajęciowej – konsultacja terapeuty zajęciowego, terapia zajęciowa.

Rodzaj interwencji możliwych do realizacji na poszczególnych poziomach miejsc udzielania świadczeń, uwzględnia minimalne wymogi niezbędne dla danego miejsca oraz opcjonalnie inne interwencje zależne od rodzaju świadczenia przypisanego do odpowiedniego typu komórki organizacyjnej. W ramach świadczeń podstawowych realizowanych w pracowni fizjoterapii, z uwagi na jednoprofilowy charakter interwencji, do tych świadczeń nie jest przypisana cecha opcjonalności.

W ramach rodzajów miejsc udzielania świadczeń zostały wyodrębnione następujące szczegółowe kategorie, uwzględniające specyfikę populacji:

- a) oddział kompleksowej rehabilitacji stacjonarnej: (1) ogólnoustrojowej, (2) neurologicznej, (3) kardiologicznej, (4) pulmonologicznej, (5) pediatrycznej;
- b) ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziennej: (1) ogólnoustrojowej, (2) kardiologicznej, (3) pulmonologicznej, (4) pediatrycznej, (5) dla osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, (6) dla osób z dysfunkcją narządu wzroku, (7) poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna, (8) pracownia fizjoterapii.

Słownik:

Konsultacja – badania przeprowadzone w trakcie wizyty lub przegląd dokumentacji medycznej, której celem jest wydanie opinii/stanowiska eksperckiego dotyczącego wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych, kwalifikacji pacjenta do określonego profilu interwencji lub weryfikacji terapii; obejmuje wizytę kwalifikacyjną.

1) **profil dietetyczny** – obejmuje następujące interwencje:

- a) konsultację dietetyczną,
- b) edukację dietetyczną.

2) **profil fizjoterapeutyczny** - obejmuje następujące interwencje:

- a) fizjoterapia indywidualna - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych indywidualnie przez fizjoterapeutę na rzecz jednego świadczeniobiorcy;
- b) funkcjonalny trening medyczny - to interwencja obejmująca realizację procedur fizjoterapeutycznych oraz fizjoprofilaktyki, określonych w planie fizjoterapii, wykonywanych samodzielnie przez pacjenta, pod nadzorem fizjoterapeuty, który jest częścią trwającego procesu fizjoterapii w celu utrwalenia uzyskanych efektów leczenia lub grupowo;
- c) konsultacja fizjoterapeutyczna – proces zakończony wydaniem opinii dot. stanu funkcjonalnego;
- d) wizyta fizjoterapeutyczna - to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez fizjoterapeutę zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktach wykonawczych;
- e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna – wizyta ukierunkowana na kwalifikację do fizjoterapii, diagnostykę funkcjonalną pacjenta zakończoną sformułowaniem mierzalnego celu terapeutycznego, zgodnie z ustawią z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz odpowiednich aktów wykonawczych.

3) **profil lekarski** – obejmuje następujące interwencje:

- a) konsultacja lekarska;

- b) opieka lekarska - zabezpieczenie ogólnolekarskich potrzeb pacjenta w trakcie pobytu na oddziale stacjonarnym;
 - c) porada kwalifikacyjna – porada lekarska ukierunkowana w szczególności na ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz postępowanie diagnostyczne zakończone sformułowaniem mierzalnego celu leczenia. Powyższy zakres realizowany jest na podstawie wyników badań diagnostycznych i diagnostyki stanu funkcjonalnego oraz wymaganych konsultacji członków zespołu terapeutycznego;
 - d) porada lekarska – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez lekarza zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 618 z późn. zm.).
- 4) **profil logopedyczny** – obejmuje następujące interwencje:
- a) konsultacja logopedyczna;
 - b) terapia logopedyczna.
- 5) **profil psychologiczny** – obejmuje następujące interwencje:
- a) konsultacja psychologiczna,
 - b) terapia psychologiczna - obejmuje czynności takie jak: diagnozę lub terapię lub interwencję, zgodnie z kompetencjami psychologa określonymi w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 r. Nr 73 poz. 763, z późn. zm.).
- 6) **profil terapii zajęciowej** – obejmuje następujące interwencje:
- a) konsultacja terapeuty zajęciowego;
 - b) terapia zajęciowa.
- 7) **profil pielęgniarstwa** – obejmuje opiekę pielęgniarską – to interwencja obejmująca czynności wykonywane przez pielęgniarkę lub położną zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.)
- 8) **profil pedagoga specjalnego** – obejmuje następujące interwencje:
- a) konsultacja pedagoga specjalnego;
 - b) terapia pedagoga specjalnego;

Wszystkie interwencje wymagają prowadzenia dokumentacji medycznej.

Rysunek 4. Model kompleksowej rehabilitacji leczniczej



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

5.7. Pomieszczenia służące do realizacji świadczeń

Warunki lokalowe wspólne – warunki dotyczące obiektów, w których realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej:

- a) przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową,
- b) w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty,
- c) w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową – w warunkach stacjonarnych wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- d) budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom,
- e) pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.

Słownik:

- 1) gabinet dietetyczny - pomieszczenie wyposażone w:
 - a) wagę z pomiarem masy ciała >150 kg,
 - b) miernik długości (wysokości) ciała,
 - c) taśmę antropometryczną do pomiaru obwodów części ciała.
- 2) gabinet fizjoterapeutyczny – odrębne pomieszczenie wyposażone w:
 - a) stół z regulowaną wysokością,
 - b) drobny sprzęt pomiarowy oraz terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń.

- 3) gabinet lekarski – odrębne pomieszczenie wyposażone w:
 - a) leżanka lub stół z regulowaną wysokością;
 - b) sprzęt do pomiarów antropometrycznych.
- 4) gabinet logopedyczny – pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu wyposażone w:
 - a) stanowisko komputerowe z programem komputerowym do terapii zaburzeń mowy,
 - b) lustro kontrolne,
 - c) testy niezbędne do postawienia diagnozy,
 - d) gry dydaktyczne dla dzieci,
 - e) książki i inne pomoce logopedyczne,
 - f) sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku.
- 5) gabinet masażu – odrębne pomieszczenie wyposażone w stół do masażu z regulowaną wysokością.
- 6) gabinet psychologiczny – pomieszczenie (ze światłem dziennym), o powierzchni, która umożliwi w przypadku dzieci na swobodne rozmieszczenie sprzętu służącego do przeprowadzenia prób diagnostycznych, w tym oceniających m.in. sprawność psychomotoryczną, funkcje poznawcze, funkcje emocjonalno- społeczne i zabawy dziecka, wyposażony w:
 - a) stoisko komputerowe z programem komputerowym do diagnozy i terapii psychologicznej,
 - b) testy, skale i kwestionariusze niezbędne do postawienia diagnozy neuropsychologicznej/ psychologicznej,
 - c) materac lub mata,
 - d) zabawki dla dzieci do procesu diagnozy lub terapii.
- 7) gabinet terapii zajęciowej – odrębne pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu, wyposażone w:
 - a) drobne elementy adaptacyjne do treningu czynności życia codziennego (np. łyżki z pogrubionym trzonkami, antypoślizgowe talerze, nakładki na krany, chwytaki do zakładania ubrań etc.),
 - b) stanowisko z elementami wyposażenia kuchni przystosowane dla dzieci lub dorosłym,
 - c) łazienka przystosowana dla osób z niepełnosprawnościami do treningu ADL – w dostępie,
 - d) elementy do terapii ręki (np. specjalne zestawy do terapii ręki),
 - e) zabawki i gry edukacyjne,
 - f) artykuły biurowe.
- 8) gabinet diagnostyczno-zabiegowy – gabinet zgodnie z określeniem użytym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
- 9) oddział leczenia ostrej fazy choroby – oddział szpitalny, w którym pacjent jest leczony z powodu choroby podstawowej, będącej przyczyną hospitalizacji, lub powikłań będących następstwem tej choroby
- 10) poradnia leczenia ostrej fazy choroby – poradnia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w której pacjent jest leczony w związku z ostrą fazą choroby lub z powodu zaostrzenia lub rzutu choroby chronicznej (przewlekłe postępującej).
- 11) sala fizjoterapii - pomieszczenie wyposażone w:
 - a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon,
 - b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka,
 - c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje,
 - d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje,
 - e) lustro kontrolne.

- 12) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) - pomieszczenie wyposażone w:
- urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc.,
 - urządzenia do ćwiczeń równoważnych,
 - drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę,
 - materace lub maty.
- 13) sala do terapii integracji sensorycznej IS (dla dzieci powyżej 4 r. ż.) - odrębne pomieszczenie o powierzchni pozwalającej na swobodne rozmieszczenie sprzętu, co najmniej wyposażona w:
- podwieszenie do sprzętu integracji sensorycznej (SI), jako wyposażenie sal w których ze względów technicznych lub bezpieczeństwa nie można montować w suficie uchwytów mocujących do podwieszania sprzętów do terapii,
 - platformę podwieszaną,
 - huśtawkę terapeutyczną,
 - grzybek,
 - helikopter,
 - hamak,
 - deskorołki,
 - deskę rotacyjną,
 - materace, pufy, beczkę,
 - pomoce do stymulacji: wzrokowej, dotykowej, węchowej, słuchowej.
- 14) stanowisko intensywnego nadzoru (intensywnej opieki) – przeznaczone dla chorych wymagających wzmożonego nadzoru; składa się z łóżka szpitalnego (wyodrębnionego spośród łóżek oddziału) ze sztywnym, mobilnym podłożem, umożliwiającym zmianę położenia pacjenta (unoszenie nóg, głowy), wraz z niezbędnym wyposażeniem, spełniającym wymagania określone w ppkt. a – f, znajdującym się w wyodrębnionym pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, próżni i sprężonego powietrza;
- W pomieszczeniu ze stanowiskiem intensywnego nadzoru, zapewniającym swobody dostęp ze wszystkich stron, z pozostawieniem miejsca na manipulację aparatami przyłóżkowymi, znajdują się:
- kardiowerter- defibrylator (co najmniej jeden),
 - elektryczne lub próżniowe urządzenie do ssania- (co najmniej dwa),
 - zestaw do intubacji (co najmniej jeden),
 - worek samorozprężalny (co najmniej jeden),
 - kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji (na każde stanowisko),
 - pompy infuzyjne (co najmniej dwie na jedno stanowisko).

Dla stanowiska intensywnego nadzoru zapewniona jest możliwość stałej obserwacji pacjenta ze stanowiska pielęgniarki.

Inne zastosowane pojęcia

- dzień zabiegowy - to zestaw interwencji realizowanych w ciągu jednego dnia, obejmujących świadczenia udzielane przez lekarza lub fizjoterapeutę lub psychologa lub logopedę lub inny personel uprawniony do udzielania świadczeń;
- koordynacja POF – koordynacja podstawowej opieki fizjoterapeutycznej nad świadczeniobiorcą polegająca na współpracy pomiędzy świadczeniodawcą POZ, u którego jest zdeklarowany pacjent, a świadczeniodawcą realizującym POF, obejmującej przekazywanie informacji z realizacji świadczeń, w tym z możliwością wykorzystania systemów informatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych;
- POF – podstawowa opieka fizjoterapeutyczna;

- 4) skierowanie – element dokumentacji medycznej zewnętrznej, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

5.8. Lista miejsc udzielania świadczeń

1. w warunkach stacjonarnych:

- 1) oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej,
- 2) oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej,
- 3) oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej,
- 4) oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej,
- 5) oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej.

2. w warunkach ambulatoryjnych:

- 1) ośrodek kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej,
- 2) ośrodek kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej,
- 3) ośrodek kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej,
- 4) ośrodek kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej,
- 5) ośrodek kompleksowej rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
- 6) ośrodek kompleksowej rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku,
- 7) poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna,
- 8) pracownia fizjoterapii, w tym w warunkach domowych.

Tabela 24. Lista miejsc udzielania świadczeń - stan obecny vs. propozycja zmian

| STAN OBECNY | | PROPOZYCJA ZMIANY | |
|---|--|---|---|
| Nazwa zakresu kontraktowego | Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej | Nazwa miejsca realizacji świadczeń | Kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej wskazany do miejsca |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych | 4300 Oddział rehabilitacyjny 4302 Oddział rehabilitacji narządu ruchu | Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej | 4300 Oddział rehabilitacyjny |
| Rehabilitacja neurologiczna | 4300 Oddział rehabilitacyjny 4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej | Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej | 4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej |
| Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych | 4300 Oddział rehabilitacyjny 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej | Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej | 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej |
| Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych | 4300 Oddział rehabilitacyjny 4310 Oddział rehabilitacji pulmonologicznej | Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej | 4310 Oddział rehabilitacji pulmonologicznej |
| BRAK | BRAK | Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej | 4301 Oddział rehabilitacyjny dla dzieci |
| Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym | 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej 2306 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej 2312 Zakład/Ośrodek rehabilitacji neurologicznej dziennej 2314 Zakład/Ośrodek rehabilitacji neurologicznej | Ośrodek kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej | 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej |
| Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym | 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej 2302 Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej 2306 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej 2308 Zakład/Ośrodek rehabilitacji | Ośrodek kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej | 2308 Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | kardiologicznej dziennej | | |
| Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii | 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej 2304 Zakład/Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej 2306 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej 2310 Zakład/Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej dziennej | Ośrodek kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej | 2310 Zakład/Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej |
| Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego | 2301 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci 2307 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dla dzieci | Ośrodek kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej | 2301 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci |
| Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy | 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej 2306 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej | <i>(w toku prac)</i> | <i>(w toku prac)</i> |
| Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku | 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej 2306 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej | <i>(w toku prac)</i> | <i>(w toku prac)</i> |
| Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna | 1300 Poradnia rehabilitacyjna 1302 Poradnia rehabilitacji narządu ruchu 1306 Poradnia rehabilitacji neurologicznej 1308 Poradnia rehabilitacji kardiologicznej | Poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna | 1300 Poradnia rehabilitacyjna |
| Fizjoterapia ambulatoryjna | 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii 1312 Dział (pracownia) fizykoterapii 1314 Dział (pracownia) kinezyterapii 1316 Dział (pracownia) hydroterapii 1318 Dział (pracownia) krioterapii 1320 Dział (pracownia) masażu leczniczego 1330 Dział (pracownia) balneoterapii | Pracownia fizjoterapii | 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii |
| Fizjoterapia domowa | 2146 Zespół rehabilitacji domowej | | |
| BRAK | BRAK | Pracownia fizjoterapii - w ramach POF | |

5.9. Założenia do przestrzennego rozmieszczenia dostępu do miejsc udzielania świadczeń

Tabela 25. Wykaz propozycji rozmieszczenia miejsc udzielania świadczeń z uwzględnieniem przyjętych kryteriów przestrzennych

| Lp. | Nazwa miejsca udzielania świadczeń | Kryterium terytorialne | Kryterium populacyjne |
|-----|--|--------------------------|-----------------------|
| 1 | oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej | województwo | <i>nie dotyczy</i> |
| 2 | oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej | województwo | <i>nie dotyczy</i> |
| 3 | oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej | województwo | <i>nie dotyczy</i> |
| 4 | oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej | województwo | <i>nie dotyczy</i> |
| 5 | oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej | województwo | <i>nie dotyczy</i> |
| 6 | ośrodek kompleksowej rehabilitacji leczniczej ogólnoustrojowej dziennej | powiat | <i>nie dotyczy</i> |
| 7 | ośrodek kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej | powiat | <i>nie dotyczy</i> |
| 8 | ośrodek kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej | powiat | <i>nie dotyczy</i> |
| 9 | ośrodek kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej | powiat grupa powiatów | <i>nie dotyczy</i> |
| 10 | ośrodek kompleksowej rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy | województwo | <i>nie dotyczy</i> |
| 11 | ośrodek kompleksowej rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku | województwo | <i>nie dotyczy</i> |
| 12 | poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna | powiat | <i>nie dotyczy</i> |

| Lp. | Nazwa miejsca udzielania świadczeń | Kryterium terytorialne | Kryterium populacyjne |
|-----|------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| 13 | pracownia fizjoterapii | gmina/grupa gmin | w zależności od zakresu świadczenia |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Za kryteria przestrzenne przyjęto:

- 1) kryteria populacyjne – uwzględniające liczbę mieszkańców zamieszkującą dany obszar geograficzny jako potencjalnych odbiorców świadczenia,
- 2) kryteria terytorialne – uwzględniające podział terytorialny Polski (województwo, powiat, gmina) jako optymalny obszar zabezpieczenia dostępu do świadczeń (obszar kontraktowania).

5.10. Idea i założenia Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej

Stanowi wyodrębniony dokument pn. „Zmiany organizacji w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej”
 Opracowanie analityczne nr: AOTMiT-WS.434.1.2016 (Data ukończenia: 15.11.2018 r.)

5.11. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla poszczególnych poziomów opieki

Tabela 26. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej

| 1) Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej | |
|--|---|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej |
| Tryb udzielania świadczeń | Stacjonarny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny, 2) sala treningu medycznego, dodatkowo wyposażona w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji - równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu; 2) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu; 3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną; 4) psycholog lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu; 5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) dietetyka - w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia, b) technika elektroradiologii lub pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa kardiologicznego, lub po kursie specjalistycznym „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, 6) personel uprawniony do udzielania świadczeń po spełnieniu warunków wymaganych - lekarz w trakcie specjalizacji. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2) w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista kardiologii; 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 4) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji). 5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej. |
| Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aparatura medyczna wymagana w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) defibrylator, 2) aparat EKG, 3) aparat EKG metodą Holtera, 4) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr), |

| | |
|----------------------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 5) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), 6) zestaw do ergospirometrii. <ol style="list-style-type: none"> 2. Dodatkowe wyposażenie w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> 1) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację, 2) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami, 3) urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające werbalny kontakt w każdym momencie procedury oraz sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej, zdalną zmianę programu treningu, rejestrację i przesyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego, 4) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych, 5) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 3. Warunki lokalowe wspólne. |
| Pozostałe wymagania | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń stanowiska intensywnego nadzoru. 2. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. 3. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub lekarza rehabilitacji. |

Tabela 27 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej

| 2) Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej | |
|--|--|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej |
| Tryb udzielania świadczeń | Stacjonarny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno- zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet logopedyczny, 2) gabinet psychologiczny, 3) gabinet terapeuty zajęciowego, 4) sala treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji lub lekarz w trakcie specjalizacji – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu; 2) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub w dziedzinie chorób wewnętrznych – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu; 3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną; 4) psycholog lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu; 5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) terapeuty zajęciowego, b) logopedy – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia, 6) zapewnienie konsultacji (w zależności od potrzeb pacjenta): <ol style="list-style-type: none"> a) lekarza specjalisty [urologii, lub ortopedii, lub (...)], b) dietetyka. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2) w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista neurologii lub w dziedzinie chorób wewnętrznych; 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 4) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji); 5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej. |
| Dodatkowe warunki wymagane | <ol style="list-style-type: none"> 1. Stanowisko intensywnego nadzoru - w miejscu. 2. Warunki lokalowe wspólne. |

| | |
|----------------------------|--|
| Pozostałe wymagania | <ol style="list-style-type: none">1. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.2. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub lekarza rehabilitacji lub w dziedzinie chorób wewnętrznych. |
|----------------------------|--|

Tabela 28. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej

| 3) Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej | |
|--|---|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 4300 Oddział rehabilitacyjny |
| Tryb udzielania świadczeń | Stacjonarny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet logopedyczny, 2) gabinet psychologiczny, 3) gabinet terapeuty zajęciowego, 4) sala treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji lub 2) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub 3) lekarz specjalista w dziedzinie reumatologii – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej; 4) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną 5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) psychologa lub psychologa klinicznego, b) logopedy, c) terapeuty zajęciowego – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia, 6) zapewnienie konsultacji (w zależności od potrzeb pacjenta), w tym dietetyka. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1. personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2. w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii lub reumatologii; 3. fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 4. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji); 5. zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej. |
| Dodatkowe warunki wymagane | Warunki lokalowe wspólne |

| | |
|----------------------------|---|
| Pozostałe wymagania | <ol style="list-style-type: none">1. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.2. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, terapeutycznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii lub reumatologii lub lekarza rehabilitacji. |
|----------------------------|---|

Tabela 29 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej

| 4) Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej | |
|--|--|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 4301 Oddział rehabilitacyjny dla dzieci |
| Tryb udzielania świadczeń | Stacjonarny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny, 2) gabinet logopedyczny, 3) gabinet terapii zajęciowej, 4) sala do terapii SI, 5) sala treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub 2) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii – równoważnik co najmniej co najmniej 1 etatu, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej; 3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną; 4) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) psychologa lub psychologa klinicznego, b) pedagoga specjalnego, c) logopedy, d) terapeuty zajęciowego – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 5) zapewnienie konsultacji (w zależności od potrzeb pacjenta), w tym dietetyka; 6) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii jeśli nie jest lekarzem w oddziale. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2) w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii; 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 4) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji); 5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej. |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Dodatkowe warunki wymagane | Warunki lokalowe wspólne |
| Pozostałe wymagania | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. 2. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, logopedycznych, terapeutycznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii lub lekarza rehabilitacji. |

Tabela 30 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej

| 5) Oddział stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej | |
|--|--|
| Wymagania formalne (Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 4310 Oddział rehabilitacji pulmonologicznej |
| Tryb udzielania świadczeń | Stacjonarny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno - zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) sala fizjoterapii. 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet psychologiczny, 2) sala treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji - równoważnik co najmniej ½ etatu; 2) lekarz specjalista chorób płuc, lub lekarz specjalista alergologii - równoważnik co najmniej ½ etatu; 3) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną; 4) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale psychologa lub psychologa klinicznego – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 5) zapewnienie konsultacji (w zależności od potrzeb pacjenta), w tym dietetyka |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) personel medyczny - udziela świadczeń w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 2) w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, jest obecny lekarz rehabilitacji lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc lub alergologii; 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; 4) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (jeżeli oddział rehabilitacji funkcjonuje w ramach struktur szpitala wieloprofilowego lub monoprofilowego szpitala rehabilitacyjnego, całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami szpitalnymi, będącymi w lokalizacji); 5) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarstwa. |
| Dodatkowe warunki wymagane | Warunki lokalowe wspólne |
| Pozostałe wymagania | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kierownik oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. 2. Dopuszcza się zabezpieczenie udzielania świadczeń w godzinach realizacji interwencji o profilach fizjoterapeutycznych, psychologicznych, zamiennie przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób płuc lub alergologii lub lekarza rehabilitacji. |

Tabela 31 Warunki szczególne miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej

| 6) Ośrodek kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej | |
|--|---|
| Wymagania formalne /Kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej/ | 2300 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej |
| Tryb udzielania świadczeń | Ambulatoryjny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet lekarski, 3) gabinet fizjoterapeutyczny, 4) sala fizjoterapii, 5) sala treningu medycznego, 6) gabinet terapii zajęciowej, 2. W miejscu lub w lokalizacji udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet logopedyczny, 2) gabinet psychologiczny, 3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej; 3) fizjoterapeuta, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej; 4) terapeuta zajęciowy – równoważnik co najmniej ½ etatu; 5) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) psychologa lub psychologa klinicznego, b) logopedy, – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia c) pielęgniarki – w wymiarze niezbędnym do realizacji świadczeń, d) dietetyka – w dostępie. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub w trakcie specjalizacji – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej. 2) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. |
| Dodatkowe warunki wymagane | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte. 2. Warunki lokalowe wspólne. |

| | |
|----------------------------|---|
| Pozostałe wymagania | Kierownik ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. |
|----------------------------|---|

Tabela 32 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanym dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej

| 7) Ośrodek kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej | |
|--|--|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 2308 Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej |
| Tryb udzielania świadczeń | Ambulatoryjny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet lekarski, 3) gabinet fizjoterapeutyczny, 4) sala fizjoterapii, 5) sala treningu medycznego, wyposażona dodatkowo w cykloergometr lub bieżnię nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców; 2. W miejscu lub w lokalizacji udzielania świadczeń gabinet psychologiczny, 3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji <ul style="list-style-type: none"> – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej; 3) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej co najmniej ¼ etatu; 4) fizjoterapeuta, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej; 5) psycholog lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej ½ etatu; 6) pozostały personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) technika elektroradiologii lub pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa internistycznego, lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa kardiologicznego, lub po kursie specjalistycznym „wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia – w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, b) dietetyka - w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) zapewnienie realizacji świadczeń lekarskich w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej przez: <ol style="list-style-type: none"> a) lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, lub b) lekarza rehabilitacji. 2) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia |
| Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aparatura medyczna wymagana w miejscu: <ol style="list-style-type: none"> 1) aparat EKG metodą Holtera, 2) aparat EKG, 3) aparat USG z Dopplerem (echokardiografia), 4) defibrylator, 5) zestaw do ergospirometrii, 6) zestaw do prób wysiłkowych (bieżnia lub cykloergometr), |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Wyposażenie wymagane w przypadku realizacji świadczenia kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: <ol style="list-style-type: none"> 1) zestaw komputerowy z monitorem i drukarką wraz z oprogramowaniem umożliwiającym zaplanowanie, realizację, monitorowanie, weryfikację świadczenia oraz jego pełną dokumentację oraz archiwizację, 2) system łączności umożliwiający werbalny kontakt z pacjentami, 3) urządzenie peryferyjne udostępniane świadczeniobiorcy wykorzystujące sieć telefonii komórkowej i umożliwiające werbalny kontakt w każdym momencie procedury oraz sterowanie treningiem w zakresie umożliwiającym realizację formy ciągłej lub interwałowej, zdalną zmianę programu treningu, rejestrację i przesyłanie EKG lub wartości ciśnienia tętniczego, 4) w przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, z kardiowerterem-defibrylatorem, stymulatorem desynchronizującym – dostęp do systemu telemonitorowania funkcji terapeutycznych urządzeń wszczepialnych, 5) fantom do nauki resuscytacji krążeniowo-oddechowej. 3. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte. 4. Warunki lokalowe wspólne. |
| <p>Pozostałe wymagania</p> | <p>Kierownik ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.</p> |

Tabela 33 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej

| 8) Ośrodek kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej | |
|--|--|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 2301 Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci |
| Tryb udzielania świadczeń | Ambulatoryjny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski, 4) gabinet terapii zajęciowej, 5) sala do terapii integracji sensorycznej (SI), 6) sala fizjoterapii, 7) sala treningu medycznego 2. W miejscu lub w lokalizacji udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet logopedyczny, 2) gabinet psychologiczny, 3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji <ul style="list-style-type: none"> – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej; 3) fizjoterapeuta, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej; 4) pozostali personel – realizacja świadczeń przy udziale: <ol style="list-style-type: none"> a) psychologa lub psychologa klinicznego, b) logopedy, c) terapeuty zajęciowego, d) osoby z uprawnieniami do prowadzenia terapii integracji sensorycznej (SI) <ul style="list-style-type: none"> – w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia; e) pielęgniarki – w wymiarze niezbędnym do realizacji świadczeń. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub w trakcie specjalizacji – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej; 2) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w godzinach realizacji interwencji o profilu fizjoterapeutycznym, w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia |
| Dodatkowe warunki wymagane | <ol style="list-style-type: none"> 1. Możliwość realizacji świadczeń przez pedagoga specjalnego. 2. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte. 3. Warunki lokalowe wspólne. |

| | |
|----------------------------|--|
| Pozostałe wymagania | Kierownik ośrodka kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. |
|----------------------------|--|

Tabela 34 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej

| 9) Ośrodek kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej | |
|--|---|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 2310 Zakład/Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej |
| Tryb udzielania świadczeń | Ambulatoryjny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet fizjoterapeutyczny, 3) gabinet lekarski. 4) sala fizjoterapii, 5) sala treningu medycznego; 2. W miejscu lub w lokalizacji - gabinet psychologiczny; 3. Dopuszcza się organizowanie wspólnie: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinetu lekarskiego i diagnostyczno-zabiegowego, 2) sali fizjoterapii i sali treningu medycznego. |
| Personel medyczny | <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz rehabilitacji, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej; 3) lekarz specjalista chorób płuc, lub 4) lekarz specjalista alergologii, lub 5) lekarz specjalista pediatrii (w przypadku udzielania świadczeń dzieciom) – równoważnik co najmniej 1/4 etatu; 6) fizjoterapeuta, w tym fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną - równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej; 7) pozostali personel – realizacja świadczeń przy udziale psychologa lub psychologa klinicznego w wymiarze czasu pracy zgodnym z opisem świadczenia. |
| Organizacja udzielania świadczeń | <ol style="list-style-type: none"> 1) zapewnienie realizacji świadczeń lekarskich w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej przez: <ol style="list-style-type: none"> a) lekarza rehabilitacji, lub b) lekarza specjalistę chorób płuc, lub alergologii, lub pediatrii (w przypadku udzielania świadczeń dzieciom); 2) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy ośrodka kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej. |
| Dodatkowe warunki wymagane | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sala dla świadczeniobiorców do wypoczynku pomiędzy zabiegami w miejscu, jako wydzielone pomieszczenie zamknięte. 2. Warunki lokalowe wspólne. |

| | |
|----------------------------|---|
| Pozostałe wymagania | Kierownik ośrodka kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej - jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. |
|----------------------------|---|

Tabela 35 Warunki szczególne miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej

| 10) Poradnia specjalistyczna rehabilitacyjna | |
|--|--|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 1300 – poradnia rehabilitacyjna W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej |
| Tryb udzielania świadczeń | Ambulatoryjny |
| Warunki lokalowe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: <ol style="list-style-type: none"> 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy, 2) gabinet lekarski, 2. Wymagane w lokalizacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) pracownia pomiarowa, 2) ultrasonograf – z możliwością badania w prezentacji B w czasie rzeczywistym, posiadający opcje (oprogramowanie) dostosowane do zakresu badania, wyposażony w specjalistyczne głowice właściwe dla zakresu badania; 3) urządzenie do rejestracji obrazu lub drukarka do USG. |
| Personel medyczny | lekarz rehabilitacji - udziela świadczeń w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej |
| Dodatkowe warunki wymagane | <ol style="list-style-type: none"> 1. Warunki lokalowe wspólne. 2. Zapewnienie dostępu do badania spirometrycznego - w lokalizacji. |
| Pozostałe wymagania | Kierownik poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. |

Tabela 36 Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii

| 11) Pracownia fizjoterapii | | |
|--|--|--|
| Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej) | 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej | |
| Tryb udzielania świadczeń | Ambulatoryjny lub domowy | |
| Warunki lokalowe | 1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet fizjoterapeutyczny, 2) sala fizjoterapii, 3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM), 2. Dopuszcza się organizowanie wspólnej sali fizjoterapii i sali treningu medycznego. | |
| Personel medyczny | 1) fizjoterapeuta, w tym z tytułem magistra – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii 2) dodatkowy fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów. 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący wizytę kwalifikacyjną/ konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii | |
| Dodatkowe warunki wymagane | Warunki lokalowe wspólne | |
| Pozostałe wymagania | Kierownik pracowni fizjoterapii – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną. | |
| Kryteria usieciowienia | Kryteria populacyjne | w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii |
| | Kryteria terytorialne | gmina lub grupa gmin w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii |

Podsumowanie

Tabela 37. Porównanie zakresu świadczeń aktualnie finansowanych ze środków publicznych oraz zakresu świadczeń wynikającego z prezentowanej koncepcji zmian

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | |
|---|-----------------|--|--|---|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | nazwa | zakres |
| - | - | podstawowa opieka fizjoterapeutyczna (POF) | <ol style="list-style-type: none"> 1) Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ, 2) Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach domowych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ, 3) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu w ramach POF, 4) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego w ramach POF, 5) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy w ramach POF, 6) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy, po amputacjach kończyn dolnych, w ramach POF. | 1) profil interwencji fizjoterapeutycznych: <ol style="list-style-type: none"> a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, d) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna. |
| lekarska ambulatoryjna opieka | porada lekarska | poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej | Świadczenia w zakresie diagnostyki, planowania oraz rehabilitacji leczniczej | 1) profil interwencji lekarskich <ol style="list-style-type: none"> a) konsultacja lekarska, |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | nazwa | zakres |
| rehabilitacyjna | | | | b) porada kwalifikacyjna, c) porada lekarska. |
| fizjoterapia ambulatoryjna | 1) wizyta fizjoterapeutyczna, 2) zabieg fizjoterapeutyczny: a) kinezyterapia (10 świadczeń) b) masaż (7 świadczeń) c) elektrolecznictwo (13 świadczeń) d) leczenie polem elektromagnetycznym (3 świadczenia) e) światłolecznictwo i termoterapia (4 świadczenia) f) hydroterapia (3 świadczenia) g) krioterapia (2 świadczenia) h) balneoterapia (4 świadczenia) | fizjoterapii ambulatoryjnej | 1) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego, 2) Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego, 3) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych, 4) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, 5) Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi). | 1) profil interwencji fizjoterapeutycznych: a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, d) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna. |
| fizjoterapia domowa | 1) porada lekarska, 2) wizyta fizjoterapeutyczna, 3) zabieg fizjoterapeutyczny: a) kinezyterapia (9 świadczeń) b) masaż (3 świadczeń) c) elektrolecznictwo (11 świadczeń) d) leczenie polem elektromagnetycznym (1 świadczenie) e) światłolecznictwo i termoterapia (3 świadczenia) f) balneoterapia (1 świadczenie) | | | |
| rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) inne opcjonalne świadczenia realizowane przez: a) psychologa b) terapeutę zajęciowego 4) świadczenie realizowane na rzecz pacjentów z | kompleksowa rehabilitacja ambulatoryjna | 1) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z porażeniami i niedowładami będącymi skutkiem uszkodzeń układu nerwowego o różnej etiologii, | 1) profil interwencji fizjoterapeutycznych: a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) konsultacja |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | |
|---|------------------------|---------------------------|--|---|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | nazwa | zakres |
| | obrzękiem limfatycznym | | 2) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów po długotrwałym unieruchomieniu, czynnościowym leczeniu urazów i rozległych korekcjach, 3) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów po udarach mózgu, 4) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami nowotworowymi, 5) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym, 6) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów po amputacjach, 7) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów po leczeniu operacyjnym, 8) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami demielinizacyjnymi ośrodkowego układu nerwowego, 9) Kompleksowa rehabilitacja dzienna dla pacjentów z chorobami zapalnymi tkanki łącznej i konsekwencjami infekcji układu mięśniowo – szkieletowego. | fizjoterapeutyczna, d) kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, 2) profil interwencji lekarskich: a) konsultacja lekarska, b) kwalifikacja wstępna, c) opieka lekarska, d) porada kwalifikacyjna, e) porada lekarska, 3) profil interwencji logopedycznych: a) konsultacja logopedyczna, b) terapia logopedyczna, 4) profil interwencji psychologicznych: a) konsultacja psychologiczna, b) terapia psychologiczna, 5) profil interwencji terapeuty zajęciowego: a) konsultacja terapeuty zajęciowego, b) terapia zajęciowa, 6) profil interwencji pielęgniarских: a) opieka pielęgniarська |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | nazwa | zakres |
| rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) inne opcjonalne świadczenia realizowane przez: a) psychologa b) terapeutę zajęciowego 4) świadczenie realizowane na rzecz pacjentów z obrzękiem limfatycznym. | kompleksowa rehabilitacja ambulatoryjna pediatryczna | 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w przedziale wiekowym 0-3 lata, 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna dzienna dla pacjentów w przedziale wiekowym 4-18 lat | 1) profil interwencji fizjoterapeutycznych: a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) konsultacja fizjoterapeutyczna, d) kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, 2) profil interwencji lekarskich: a) konsultacja lekarska, b) kwalifikacja wstępna, c) opieka lekarska, d) porada kwalifikacyjna, e) porada lekarska, 3) profil interwencji logopedycznych: a) konsultacja logopedyczna, b) terapia logopedyczna, 4) profil interwencji psychologicznych: a) konsultacja psychologiczna, b) terapia psychologiczna, 5) profil interwencji terapeuty zajęciowego: a) konsultacja terapeuty zajęciowego, b) terapia zajęciowa, 6) profil interwencji pielęgniarских: a) opieka pielęgniarська, 7) profil interwencji pedagoga specjalnego: a) konsultacja pedagogiczna, b) terapia pedagogiczna. |
| rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) inne opcjonalne świadczenia realizowane przez: a) psychologa, b) terapeutę zajęciowego/pedagoga lub innego terapeutę, c) logopedę. | | | |
| rehabilitacja | 1) porada lekarska | kompleksowa | 1) Kompleksowa rehabilitacja | 1) profil interwencji |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | | nazwa | zakres |
| kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym | 2) zabieg fizjoterapeutyczny 3) świadczenia realizowane przez: a) psychologa b) opcjonalnie technika elektrokardiologia w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej; | | rehabilitacja kardiologiczna ambulatoryjna | <p>kardiologiczna dzienna dla pacjentów po incydencie sercowo-naczyniowym,</p> <p>2) Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna dzienna kontynuacyjna,</p> <p>3) Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna dzienna dla pacjentów z niewydolnością serca HFrEF i HFmEF (LVEF < 50%) – II-IV klasa czynnościowa wg NYHA (objawowa niewydolność krążenia),</p> <p>4) Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna dzienna dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym o bardzo dużym ryzyku sercowo-naczyniowym ocenianym przy pomocy aktualnego systemu Pol-SCORE,</p> <p>5) Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach oddziału lub ośrodka dziennego</p> | <p>fizjoterapeutycznych</p> <p>a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) konsultacja fizjoterapeutyczna, d) kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna,</p> <p>2) profil interwencji lekarskich</p> <p>a) konsultacja lekarska, b) kwalifikacja wstępna, c) opieka lekarska d) porada kwalifikacyjna, e) porada lekarska,</p> <p>3) profil interwencji psychologicznych</p> <p>a) konsultacja psychologiczna, b) terapia psychologiczna,</p> <p>4) profil interwencji dietetycznych:</p> <p>a) konsultacja dietetyczna, b) edukacja dietetyczna,</p> <p>5) profil interwencji pielęgniarskich</p> <p>a) opieka pielęgniarska, Opcjonalnie technik elektrokardiolog w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej;</p> |
| rehabilitacja neurologiczna | 1) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I 2) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) świadczenia realizowane przez: a) psychologa oraz b) terapeutę zajęciowego lub | kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna | 1) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu – faza I, 2) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji mózgu - faza II, | <p>1) profil interwencji fizjoterapeutycznych:</p> <p>a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) konsultacja fizjoterapeutyczna, d) kwalifikacja wstępna do</p> |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | | nazwa | zakres |
| | 3) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria I 4) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – kategoria II 5) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria I 6) rehabilitacja neurologiczna zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe – kategoria II 7) rehabilitacja neurologiczna przewlekła | c) logopedę 4) całodobowa opieka lekarska, 5) całodobowa opieka pielęgniarska. | | 3) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza I, 4) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami funkcji rdzenia i korzeni nerwowych – faza II, 5) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza I, 6) Kompleksowa rehabilitacja neurologiczna stacjonarna dla pacjentów z zaburzeniami obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych – faza II. | fizjoterapii, wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, 2) profil interwencji lekarskich: a) konsultacja lekarska, b) kwalifikacja wstępna, c) opieka lekarska, d) porada kwalifikacyjna, e) porada lekarska, 3) profil interwencji logopedycznych: a) konsultacja logopedyczna, b) terapia logopedyczna, 4) profil interwencji psychologicznych: a) konsultacja psychologiczna, b) terapia psychologiczna, 5) profil interwencji terapeutów zajęciowego: a) konsultacja terapeuty zajęciowego, b) terapia zajęciowa, 6) profil interwencji pielęgniarskich: a) opieka pielęgniarska, Dodatkowo: <ul style="list-style-type: none"> • całodobowa opieka lekarska, • całodobowa opieka pielęgniarska. |
| rehabilitacja neurologiczna | 1) rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria i 2) rehabilitacja neurologiczna dziecięca – kategoria ii 3) rehabilitacja neurologiczna | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) świadczenia realizowane przez: a) psychologa oraz b) terapeutę, zajęciowego lub | kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna | 1) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego, 2) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów z ciężkimi | 1) profil interwencji fizjoterapeutycznych a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) konsultacja fizjoterapeutyczna, d) kwalifikacja wstępna do |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | | nazwa | zakres |
| | dziecięca – kategoria III | c) logopedę, 4) całodobowa opieka lekarska, 5) całodobowa opieka pielęgniarska | | dysfunkcjami ogólnoustrojowymi, 3) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w przedziale wiekowym 0-3 lata, 4) Kompleksowa rehabilitacja pediatryczna stacjonarna dla pacjentów w przedziale wiekowym 4-18 lat, | fizjoterapii, e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, 2) profil interwencji lekarskich: a) konsultacja lekarska, b) kwalifikacja wstępna, c) opieka lekarska, d) porada kwalifikacyjna, e) porada lekarska, 3) profil interwencji logopedycznych: a) konsultacja logopedyczna, b) terapia logopedyczna, 4) profil interwencji psychologicznych: a) konsultacja psychologiczna; b) terapia psychologiczna 5) profil interwencji terapeuty zajęciowego: a) konsultacja terapeuty zajęciowego, b) terapia zajęciowa, 6) profil interwencji pielęgniarskich: a) opieka pielęgniarska Dodatkowo: • całodobowa opieka lekarska, • całodobowa opieka pielęgniarska |
| rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) świadczenia: a) w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych zapewnienie pomocy lekarza na wezwanie, b) całodobowa opieka pielęgniarska. | | | | |
| rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) świadczenia: a) w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych zapewnienie pomocy lekarza na wezwanie, b) całodobowa opieka pielęgniarska. | | kompleksowa rehabilitacja ogólnoustrojowa stacjonarna | Świadczenie w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej | 1) profil interwencji fizjoterapeutycznych a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening medyczny, c) konsultacja fizjoterapeutyczna, d) kwalifikacja wstępna do |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | | |
|---|-------------|--|--|---|---|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | | nazwa | zakres |
| | | | | | fizjoterapii, e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, 2) profil interwencji lekarskich: a) konsultacja lekarska, b) kwalifikacja wstępna, c) opieka lekarska, d) porada kwalifikacyjna, e) porada lekarska, 3) profil interwencji logopedycznych: c) konsultacja logopedyczna, d) terapia logopedyczna, 4) profil interwencji psychologicznych: c) konsultacja psychologiczna; d) terapia psychologiczna 5) profil interwencji terapeuty zajęciowego: c) konsultacja terapeuty zajęciowego, d) terapia zajęciowa, 6) profil interwencji dietetycznych: a) konsultacja dietetyczna, b) edukacja dietetyczna, 7) profil interwencji pielęgniarских: b) opieka pielęgniarська Dodatkowo: <ul style="list-style-type: none"> • całodobowa opieka lekarska, • całodobowa opieka pielęgniarська |
| rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna | | 1) porada lekarska, 2) zabieg fizjoterapeutyczny, 3) świadczenia | kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna | 1) Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna dla pacjentów po zabiegu kardiochirurgicznym, | 8) profil interwencji fizjoterapeutycznych a) fizjoterapia indywidualna, b) funkcjonalny trening |

| Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej | | | | | |
|---|-------------|--|---------------------------|---|--|
| Aktualny wykaz świadczeń finansowanych ze środków publicznych | | | Proponowane świadczenia | | |
| Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | | Nazwa zakresu świadczenia | świadczenia | |
| | | | | nazwa | zakres |
| telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych | | realizowane przez: a) psychologa, b) dietetyka, c) opcjonalnie technika elektrokardiologa w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej; 4) całodobowa opieka pielęgniarska. | | 2) Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna dla pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, 3) Rehabilitacja kardiologiczna lub hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego realizowana w warunkach stacjonarnych | medyczny, c) konsultacja fizjoterapeutyczna, d) kwalifikacja wstępna do fizjoterapii, e) wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna, 9) profil interwencji lekarskich a) konsultacja lekarska, b) kwalifikacja wstępna, c) opieka lekarska d) porada kwalifikacyjna, e) porada lekarska, 10) profil interwencji psychologicznych a) konsultacja psychologiczna, b) terapia psychologiczna, 11) profil interwencji dietetycznych: a) konsultacja dietetyczna, b) edukacja dietetyczna, 12) profil interwencji pielęgniarskich a) opieka pielęgniarska, Opcjonalnie technik elektrokardiolog w przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej; |

Źródło: Opracowanie AOTMiT

Eksperti w drodze konsultacji przedstawili propozycję listy procedur ICD-9, które w ich opinii powinny znaleźć się w koszyku świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Proponowane procedury podzielone zostały na profile interwencji odpowiadające obszarom rehabilitacji leczniczej, tj. profil lekarski, fizjoterapeutyczny, logopedyczny, psychologiczny, terapii zajęciowej oraz dietetyczny.

Załącznik nr 2 prezentuje wyniki przeglądu koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresów: rehabilitacji leczniczej, leczenia szpitalnego, podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, opieki paliatywnej i hospicyjnej, ratownictwa medycznego, świadczeń wyspospecjalistycznych, programów zdrowotnych, leczenia uzdrowiskowego i leczenia stomatologicznego, celem wyróżnienia tych świadczeń które aktualnie finansowane są ze środków publicznych oraz świadczeń (procedur) proponowanych do zakwalifikowania jako świadczenie gwarantowane lub usunięcia z wykazu. Spośród wszystkich 455 procedur zawartych w 6 profilach, największą część

stanowią procedury z obszaru fizjoterapeutycznego, których liczba wynosi 317. Wśród nich: 88 procedur objętych zostało w wykazie świadczeń gwarantowanych, a 114 nie znalazło się w nich. W zakresie tego profilu eksperci zaproponowali włączenie 115 nowych, obecnie nie znajdujących się na liście ICD-9 procedur. Profil lekarski obejmuje 81 procedur. 79 procedur jest obecnych, a dwóch procedur brak w koszykach świadczeń gwarantowanych. W ramach tego profilu eksperci nie zaproponowali utworzenia nowych procedur, a jedynie włączenie aktualnie występujących na liście ICD-9 procedur. W profilu psychologicznym, który zawiera łącznie 41 procedur, 26 umieszczonych jest w wykazie świadczeń gwarantowanych, 1 nie znalazła zapisu, zaś 14 stanowi propozycje zespołu eksperckiego. Profil logopedyczny zawiera 10 procedur, w ramach których 5 z nich figuruje w wykazie procedur ICD-9, 1 brak, a 4 zostały zaproponowane jako nowe. Eksperti zaproponowali dodanie 5 nowych procedur do koszyka świadczeń gwarantowanych w obrębie profilu terapii zajęciowej oraz 1 procedury z zakresu profilu dietetycznego, które dotychczas nie zawierały żadnych zapisów proceduralnych.

6. Rozwiązania międzynarodowe w zakresie rehabilitacji leczniczej – na przykładzie wybranych krajów

6.1. System rehabilitacji leczniczej w Wielkiej Brytanii

Opieka fizjoterapeutyczna w Wielkiej Brytanii

Cele fizjoterapii

Fizjoterapia pomaga przywrócić ruchomość i funkcjonowanie, gdy ktoś jest dotknięty urazem, chorobą lub niepełnosprawnością. Może również pomóc zmniejszyć ryzyko obrażeń lub choroby w przyszłości. Fizjoterapię cechuje podejście holistyczne do pacjenta, traktują osobę jako całość, a nie skupia się na indywidualnych aspektach urazu lub choroby. Może być pomocna dla osób w każdym wieku z szerokim zakresem problemów zdrowotnych, w tym problemów wpływających na:

- kości, stawy i tkanki miękkie - takie jak ból pleców, szyi, ból barku i urazy sportowe,
- mózg lub układ nerwowy - takie jak problemy ruchowe wynikające z udaru, stwardnienia rozsianego (MS) lub choroby Parkinsona,
- serce i krążenie - takie jak rehabilitacja po zawale serca,
- płuca i oddychanie - takie jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i mukowiscydoza.

Fizjoterapia może poprawić aktywność fizyczną, pomagając jednocześnie zapobiegać dalszym obrażeniom.

Personel i miejsce udzielania świadczeń

Fizjoterapia jest prowadzona przez fizjoterapeutów, którzy często pracują w ramach wielodyscyplinarnego zespołu w różnych dziedzinach medycyny i miejscach, w tym:

- szpitalach,
- lokalnych ośrodkach zdrowia lub klinikach,
- przychodniach lekarskich GP,
- przy drużynach sportowych, klubach, organizacjach charytatywnych.
- niektórzy fizjoterapeuci mogą również oferować wizyty domowe.

Elementy fizjoterapii

Główne czynności realizowane przez fizjoterapeutów obejmują:

- a) edukację i porady - fizjoterapeuci mogą udzielać ogólnych porad dotyczących elementów (czynności), które mogą mieć wpływ na codzienne życie, takich jak:
 - a) postawa i prawidłowe techniki podnoszenia lub przenoszenia, aby zapobiegać urazom,
 - b) udzielanie ogólnych porad dotyczących sposobów poprawy samopoczucia – na przykład poprzez regularne ćwiczenia i utrzymywanie wagi adekwatnej do wzrostu i budowy – co jest ważną częścią leczenia,
 - c) udzielanie szczegółowych porad, które można zastosować do codziennych czynności, aby zadbać o siebie i zmniejszyć ryzyko bólu lub obrażeń np. przy bólu pleców udziela porad na temat dobrej postawy, prawidłowego podnoszenia lub przenoszenia oraz unikania kłopotliwego skręcania, nadmiernego rozciągania lub długotrwałego stania,
- b) ruch, ćwiczenia i porady dotyczące aktywności fizycznej - ćwiczenia mogą być zalecane w celu poprawy ogólnego stanu zdrowia i mobilności oraz wzmocnienia określonych części ciała, mogą obejmować:
 - ćwiczenia mające na celu poprawę ruchomości i siły w określonej części ciała - zwykle muszą być powtarzane regularnie przez określony czas,
 - czynności obejmujące poruszanie całym ciałem, takie jak chodzenie lub pływanie - mogą pomóc w przypadku wyzdrowienia po operacji lub urazach wpływających na ruchomość,
 - ćwiczenia wykonywane w ciepłej, płytkiej wodzie (hydroterapia lub terapia wodna) - woda może pomóc rozluźnić mięśnie i stawy, jednocześnie zapewniając opór, aby stopniowo je wzmacniać,

- porady i ćwiczenia, które pomogą zwiększyć lub utrzymać aktywność fizyczną - doradzą, jak ważne jest utrzymanie aktywności i jak to zrobić w bezpieczny i skuteczny sposób,
 - zapewnienie pomocy w poruszaniu się – np. poprzez wyroby medyczne takie jak kule lub laska, które ułatwiają poruszanie się,
 - fizjoterapeuta może również zalecić ćwiczenia, które należy kontynuować, aby pomóc w radzeniu z bólem w perspektywie długoterminowej lub zmniejszyć ryzyko ponownego urazu,
 - pacjent może uzyskać ulotki z ćwiczeniami na niektóre najczęstsze problemy, a także ćwiczenia zapobiegające upadkom, w tym na stronie internetowej Chartered Society of Physiotherapy (CSP).
- c) terapię manualną - gdy fizjoterapeuta wykorzystuje techniki manualne, manipulacji, mobilizacji czy masażu tkanek ciała, które pomagają:
- łagodzić ból i sztywność,
 - poprawić krążenie krwi,
 - w efektywniejszym odpływie płynu z części ciała,
 - poprawić ruchomość różnych części ciała,
 - promować relaksację.
- Terapia manualna może być stosowana w leczeniu określonych problemów, takich jak ból pleców, ale może być również przydatna w wielu stanach, które nie wpływają na kości, stawy lub mięśnie np. masaż może poprawić jakość życia u niektórych osób w ciężkich lub długotrwałych stanach chorobowych poprzez zmniejszenie poziomu lęku i poprawę jakości snu. Techniki manualne są również wykorzystywane do pomocy w pewnych chorobach płuc.
- d) inne techniki, które mogą być czasami używane takie jak: ćwiczenia wykonywane w wodzie (hydroterapia lub terapia wodna) lub akupunktura czy leczenie ultrasonograficzne, które mogą pomóc złagodzić ból i wspomagać leczenie, obejmują:
- akupunkturę - gdzie drobne igły są umieszczane w określonych punktach ciała, w celu zmniejszenia bólu i przyspieszenia powrotu do zdrowia,
 - przezskórną elektryczną stymulację nerwów (TENS) - służy poddaniu działaniem prądu elektrycznego miejsc chorobowych, w celu złagodzenia bólu,
 - ultradźwięki - gdzie fale dźwiękowe o wysokiej częstotliwości są wykorzystywane do leczenia urazów głębokich tkanek poprzez stymulację krążenia krwi i aktywności komórek, w celu zmniejszenia bólu i przykurczów, jak również przyspieszenia gojenia ran.

Wg NHS:

- nie ma wielu dowodów naukowych na poparcie skuteczności ich działania, jednak niektóre osoby uznały te metody leczenia za skuteczne,
- istnieją także pewne pozytywne dowody na akupunkturę, ale Narodowy Instytut Zdrowia i Opieki Doskonałości (NICE) zaleca jedynie rozważenie stosowanie tej metody do wybranych wskazań: bólu krzyża, przewlekłych bólów typu napięcia i migren.

Dostępność i tryb udzielania fizjoterapii

Fizjoterapia jest udzielana:

- 1) w ramach powszechnego i publicznego ubezpieczenia (NHS):
 - a) jest bezpłatna w całej Wielkiej Brytanii,
 - b) w zależności od miejsca zamieszkania – pacjent może mieć możliwość:
 - semi-referral (bezpośredni kontakt) do fizjoterapeuty (na niektórych obszarach Wielkiej Brytanii) - jest szczególnie odpowiednia dla osób z lekkimi stanami chorobowymi, takimi jak bóle stawów, napięcia lub inne urazy, lub
 - odwiedzić swojego lekarza rodzinnego lub konsultanta, który może skierować do fizjoterapeuty - dotyczy to złożonych potrzeb i stanów - na przykład po udarze lub w stwardnieniu rozsianym,
 - c) niektórzy fizjoterapeuci pracują w przychodniach lekarskich GP jako punkt pierwszego kontaktu dla pacjentów z problemami mięśniowo-szkieletowymi, takimi jak ból karku i pleców, oraz dla pacjentów z chorobami i stanami przewlekłymi, takimi jak stwardnienie rozsiane czy udar. Czasami pacjent jest proszony przez GP o wizytę bezpośrednio u fizjoterapeuty, bez konieczności wizyty u lekarza rodzinnego.

Fizjoterapeuci pracujący w tych przychodniach, mogą mieć dodatkowe uprawnienia, takie jak przepisywanie i zlecanie badań obrazowych.

https://www.csp.org.uk/system/files/001404_fcp_guidance_england_2018.pdf

- 2) prywatnie - listy oczekujących na fizjoterapię w ramach NHS mogą być długie, dlatego część pacjentów decyduje się na prywatne leczenie, które jest odpłatne. Zwykle można skorzystać z usług fizjoterapeutycznych bezpośrednio, bez skierowania od lekarza.
- 3) w miejscu pracy - niektóre firmy świadczą usługi medycyny pracy, które obejmują leczenie fizjoterapeutyczne.
- 4) osobom aktywnym zawodowo, które z powodu złego stanu zdrowia nie mogą pracować przez cztery tygodnie lub dłużej, lekarz GP może skierować do rządowej instytucji o nazwie Fit for Work, aby uzyskać pomoc i porady. Tak ścieżka kierowania pracownika przysługuje również pracodawcy, w przypadku absencji przez cztery tygodnie.
- 5) za pośrednictwem służb medycyny pracy, organizacji charytatywnych, grup pacjentów i wolontariatu.

Fizjoterapia może obejmować wiele różnych metod leczenia i profilaktyki, w zależności od konkretnych problemów pacjenta.

Pierwsza wizyta obejmuje ocenę, której celem jest określenie jakiej pomocy pacjent może potrzebować. (<https://www.nhs.uk/conditions/physiotherapy>, 26/01/2016)

Usługi rehabilitacyjne w Anglii

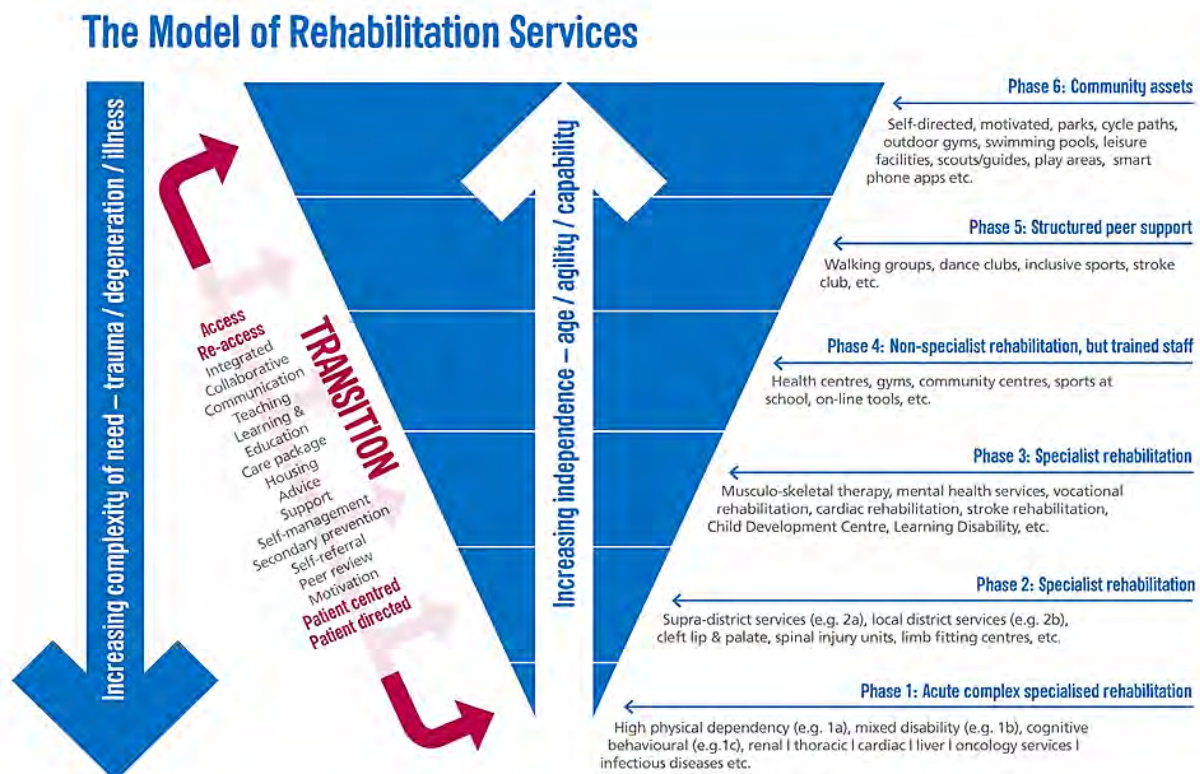
Anglia, NHS_England_2016 Wytyczne realizacji dla rehabilitacji

Model usług rehabilitacyjnych

Model rehabilitacji w Anglii charakteryzuje się podejściem holistycznym, jak iindywidualizowanym.

Opis. Model usług rehabilitacyjnych składa się z sześciu faz, które wyodrębniono na podstawie potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów. Przechodzenie pacjentów z faz niższych do wyższych ma na celu uzyskanie jak największego stopnia samodzielności i niezależności, uwzględniając wiek, stopień sprawności oraz możliwości indywidualnego pacjenta. Z kolei, im niższy numer fazy modelu, tym bardziej wzrasta kompleksowość potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów.

Na poniższym schemacie przedstawiono poszczególne fazy modelu rehabilitacji prowadzonego na terenie Anglii.



Charakterystyka poszczególnych faz modelu:

Faza 1: Rehabilitacja wczesna, kompleksowa, okres ostry. Niska samodzielność pacjenta (np. 1a), zróżnicowana niepełnosprawność (np. 1b), zachowania kognitywne (np. 1c), (...), itp.

Faza 2: Rehabilitacja specjalistyczna. Usługi rehabilitacyjne na poziomie ponad okręgowym (np. 2a), usługi rehabilitacyjne na poziomie okręgu lokalnego (np. 2b), rozszczep wargi i podniebienia, jednostki uszkodzenia rdzenia kręgowego, centra dopasowujące protezy kończyn dolnych, itp.

Faza 3: Rehabilitacja specjalistyczna. Terapia mięśniowo-szkieletowa, usługi w zakresie zdrowia psychicznego, rehabilitacja zawodowa, rehabilitacja kardiologiczna, rehabilitacja poudarowa, Centrum Rozwoju Dziecka, trudności w nauce/uczeniu się, itp.

Faza 4: Rehabilitacja niespecjalistyczna, prowadzona przez przeszkolony personel. Centra zdrowia, sale gimnastyczne, ośrodki kultury, sport w szkołach, narzędzia on-line, itp.

Faza 5: Zorganizowane wsparcie wzajemne. Grupa uprawiająca chodzenie, kluby tańca, integracja sportowa, kluby zrzeszające pacjentów po udarze, itp.

Faza 6: Zasoby społeczne. Samowystarczalność, motywowanie, parki, ścieżki rowerowe, siłownie plenerowe, baseny pływackie, zaplecze rekreacyjne, przewodnicy, place zabaw, aplikacje na smartfony, itp.

Interpretacja schematu. Schemat modelu rehabilitacji w Anglii ma charakter ogólny i powinien być interpretowany w zależności od potrzeb lokalnej populacji czy ścieżki leczenia rehabilitacyjnego każdego pacjenta:

- Pacjent mogący osiągnąć swój potencjał w fazie 1. Pacjenci wymagający kompleksowego pakietu opieki i wsparcia w celu osiągnięcia jak największej możliwej samodzielności.

- Pacjent mogący osiągnąć swój potencjał w fazie 3. Pacjenci mogą wymagać wsparcia w celu zarządzania ich stanem zdrowia i potrzebami zdrowotnymi; mogą potrzebować ponownego dostępu do specjalisty w odstępach czasowych, aby pomóc im utrzymać niezależność i funkcjonowanie przez cały okres ich życia.

- Pacjent przebywający w fazie 3 może być pacjentem z postępującym stanem długoterminowym. Złożoność potrzeb takich pacjentów może oznaczać, że będą oni wymagali ciągłego dostępu do konsultacji lekarskiej oraz regularnych i intensywnych interwencji terapeutycznych.

- W zależności od potrzeb pacjentów, indywidualny pacjent może być w stanie radzić sobie bez potrzeby dodatkowego wsparcia spoza kręgu rodziny, jednakże ma dostęp do zasobów przewidzianych dla fazy 4, 5 lub 6 w celu podtrzymania ich zdrowia fizycznego i psychicznego, a także sprawności fizycznej.

Przejścia pomiędzy fazami, przebywanie czy ponowne wejście do różnych faz modelu rehabilitacji mogą być momentami krytycznymi dla pacjentów i ich rodzin. Dobra organizacja i sprawna komunikacja w obrębie systemu są więc konieczne i muszą być niezawodne i spójne.

Zasady finansowania w modelu rehabilitacji. Istnieją trudności w określeniu szczegółowych rekomendacji, który z płatników finansuje konkretną sekcję lub fazę w powyższym modelu rehabilitacji, ponieważ finansowanie uzależnione jest od stanu zdrowia pacjenta oraz jego szczególnych potrzeb.

Można jednak wyodrębnić pewne ogólne zasady finansowania w ramach modelu:

- faza 1 – w większości finansowana przez płatnika narodowego (NHS England),
- faza 2 – możliwość finansowania albo przez płatnika narodowego, albo płatnika lokalnego (NHS England lub CCG i lokalne organy władzy),
- faza 3 – w większości finansowana lokalnie,
- faza 4 – może być finansowana lokalnie lub prywatnie (przez pacjenta),
- faza 5 i 6 – może być finansowana prywatnie, dobrowolnie lub charytatywnie (dotacje na cele organizacji charytatywnych, grup wolontariackich i usług, które nie są finansowane przez sektor publiczny).

Rehabilitacja specjalistyczna – definicje, opis

Rehabilitacja jest procesem oceny, leczenia i zarządzania, za pomocą którego pacjenci (oraz ich rodziny bądź opiekunowie) są wspierani w celu osiągnięcia swojego maksymalnego potencjału w następujących obszarach: funkcji fizycznych, poznawczych, społecznych i psychologicznych,

aktywności społecznej oraz jakości życia. Cele pacjenta dotyczące rehabilitacji różnią się w zależności od przebiegu choroby i stanu zdrowia.

Rehabilitacja specjalistyczna to całkowita aktywna opieka nad pacjentami z niepełnosprawnością i ich rodzinami realizowana przez zespół ekspertów z różnych dziedzin terapeutycznych, którzy przeszli specjalistyczne szkolenia rehabilitacyjne, prowadzony lub wspierany przez przeszkolonego i akredytowanego konsultanta w dziedzinie rehabilitacji medycznej (RM).

Specjalistyczne usługi rehabilitacyjne mogą być świadczone wzdłuż **trzech głównych**, często nachodzących na siebie, **ścieżek**:

- 1) **przywrócenie funkcji** – np. przywrócenie ze stanu „nagłego” lub „okresowego”, w którym cele terapeutyczne pacjenta nie tylko są skoncentrowane na zwiększaniu samodzielności w codziennych czynnościach życiowych, ale także na zaangażowaniu w takie działania, jak praca, rodzicielstwo czy inne aktywności.
- 2) **zarządzanie niepełnosprawnością** – np. u pacjentów w stanie stabilnym lub postępującym, gdy cele pacjenta lub rodziny skupiają się na utrzymaniu aktualnego poziomu funkcjonalności i aktywności; kompensacja utraconych funkcji; wsparcie dostosowania się do zmian w kontekście pogarszających się funkcji fizycznych, poznawczych czy psychospołecznych.
- 3) **rehabilitacja neuropaliatywna** – koncentruje się na zarządzaniu objawami i stosowaniu interwencji mających na celu poprawę jakości życia w późniejszych fazach stanu postępującego lub głębokiej niepełnosprawności; współdziałanie rehabilitacji i opieki paliatywnej.

[BSRM 2010 w: UK ROC 2015]

Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej

Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej jest to przeszkolony i akredytowany w dziedzinie rehabilitacji medycznej lekarz, odpowiedzialny za ogólne leczenie i koordynację opieki medycznej pacjentów. Szkolenie w zakresie rehabilitacji medycznej trwa cztery lata i rozpoczyna się na 3 roku po szkoleniu podstawowym w dziedzinach medycyny, opieki medycznej, chirurgii, psychiatrii lub ogólnej praktyki (GP). Stażyści mogą pracować w każdym z czterech głównych obszarów klinicznych w rehabilitacji medycznej, przed rozpoczęciem szkolenia i rozwijania kompetencji w jednym zaawansowanym obszarze, prowadzące do certyfikatu ukończenia szkolenia w danej specjalności.

Rehabilitacja medyczna to specjalność odpowiednia dla lekarzy, którzy chcą pracować z zespołem opracowującym kreatywne i innowacyjne rozwiązania problemów swoich pacjentów. Praca w zakresie rehabilitacji medycznej wymaga szerokiego zakresu kompetencji, aby zapewnić holistyczną i trwałą opiekę nad pacjentami. Podstawowe umiejętności kliniczne konsultanta w dziedzinie rehabilitacji medycznej polegają na:

- postawieniu diagnozy,
- sformułowaniu rokowań,
- zaplanowaniu specjalistycznych interwencji medycznych,
- udzielaniu informacji, wsparcia i poradnictwa dla pacjentów i ich rodzinom i opiekunom (w tym informacje o rehabilitacji zawodowej lub powrocie do pracy).
- umiejętności kierowania multidyscyplinarnym zespołem w trudnych sytuacjach.

Konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej współpracuje z opiekunami medycznymi, którzy zapewniają codzienną opiekę medyczną pacjentom. Konsultanci mogą kierować pacjentów na inne specjalistyczne konsultacje, na przykład do ortopedy, urologa, chirurga plastycznego, radiologa, psychiatry i innych. Zespół medyczny współpracuje z lekarzami pierwszego kontaktu (GP), polecając konsultacje lub wizyty u innych lekarzy, w zależności od potrzeb każdej osoby.

[Kanchana Devinuwara, Dan Burden, Rory J O'Connor 2013]

Specjalistyczne usługi rehabilitacyjne

Kluczowe cechy każdej specjalistycznej usługi rehabilitacyjnej to:

- zespół multidyscyplinarny, który przeszedł szkolenia specjalistyczne w zakresie rehabilitacji;
- prowadzone lub wspierane przez przeszkolonego i akredytowanego konsultanta w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
- skoordynowany zespół międzydyscyplinarny działający na rzecz uzgodnionego zestawu celów terapeutycznych;

- realizowane u pacjentów z bardziej złożonymi potrzebami rehabilitacyjnymi niż niespecjalistyczne usługi rehabilitacyjne;
- posiadanie specjalistycznych pomieszczeń, urządzeń oraz personelu, które są w stanie sprostać złożonym potrzebom rehabilitacyjnym;
- rutynowe zbieranie i raportowanie danych klinicznych określonych przez UK National Dataset for Specialist Rehabilitation Services (w tym dane określające potrzeby rehabilitacyjne oraz dane dotyczące skuteczności terapii) – raz w roku dla wszystkich pacjentów;
- spełnianie krajowych standardów BSRM dotyczących specjalistycznych usług rehabilitacyjnych;
- wspieranie lokalnych zespołów rehabilitacyjnych w szpitalu i poza szpitalem (in community);
- uznana renoma jednostki świadczącej usługi rehabilitacyjne w zakresie kształcenia i szkolenia w dziedzinie rehabilitacji.

[SNSS 2015]

Definicja specjalistycznych usługi rehabilitacyjnych (**Tertiary specialised rehabilitation services**) bazuje na **pięciu głównych kryteriach**:

1. jest kierowana przez **wyszkolonego i akredytowanego konsultanta w dziedzinie rehabilitacji medycznej**, i/lub neuropsychiatrii, w zależności od rozpoznania;
2. dotyczy **populacji >1 mln pacjentów**, dlatego wymaga prowadzenia wspólnych zamówień (collaborative commissioning);
3. przeznaczona dla osób, których potrzeby wykraczają poza zakres lokalnych usług specjalistycznych, a zatem populacja pacjentów charakteryzuje się **wysokim odsetkiem pacjentów o bardzo złożonych potrzebach rehabilitacyjnych**;
4. zapewnia **wyższy poziom usług** w zakresie specjalistycznej wiedzy, urządzeń i intensywności programu w celu zaspokojenia tych potrzeb;
5. pełni **rolę sieci**, która obejmuje:
 - a. wsparcie lokalnych zespołów specjalistycznych i ogólnych w leczeniu skomplikowanych przypadków, oraz
 - b. działa jako **źródło badań i rozwoju**, a także edukacji i szkoleń.

[BSRM 2010 w: UK ROC 2015]

Poziomy specjalizacyjnych usług rehabilitacyjnych na przykładzie rehabilitacji neurologicznej

Tło historyczne. Na podstawie zaleceń przedstawionych w raporcie Royal College of Physicians (1986) w połowie lat 1980-tych usługi rehabilitacyjne zostały wpisane w trójpoziomowy model obejmujący poziom lokalny, okręgowy i regionalny. Na początku programu powyższe trzy poziomy usług nie były formalnie zdefiniowane, a ich klasyfikację w większości pozostawiono do samodzielnej decyzji dostawców.

W r. 2009 na podstawie raportu Warner'a (2006) Ministerstwo Zdrowia Wielkiej Brytanii opublikowało dla Anglii uaktualnioną trzecią edycję National Definition Set (prop. tłum. Krajowy Słownik Definicji), w której określono szczegółowe kryteria dla formalnego wyznaczenia „Usług Specjalistycznych” w 36 domenach opieki zdrowotnej. Np. definicja nr 7 pn. „Kompleksowa rehabilitacja specjalistyczna w zakresie uszkodzenia mózgu i złożonej niepełnosprawności” identyfikuje trzy poziomy usług rehabilitacyjnych i cztery kategorie pacjentów (rysunek poniżej):

1. **POZIOM 1:** specjalistyczne usługi rehabilitacyjne realizowane w szpitalach wieloprofilowych i specjalistycznych (Tertiary Specialist rehabilitation services). Wysokie koszty i niski wolumen; pacjenci o bardzo złożonych potrzebach (Kategoria A); ośrodki obejmujące swoim zasięgiem 1–3 mln ludności.
2. **POZIOM 2:** specjalistyczne usługi rehabilitacyjne, prowadzone lub wspierane przez wyspecjalizowanego konsultanta w dziedzinie rehabilitacji medycznej, realizowane na poziomie lokalnym (Local Specialist rehabilitation services). Pacjenci o umiarkowanie złożonych potrzebach (Kategoria B); ośrodki działające na szczeblu lokalnym i okręgowym, obejmujące swoim zasięgiem najczęściej 350–500 tys. ludności.
 - a. **POZIOM 2a:** usługi realizowane ponadlokalnie
 - b. **POZIOM 2b:** usługi realizowane lokalnie

3. **POZIOM 3:** niespecjalistyczne usługi rehabilitacyjne, realizowane na poziomie lokalnym. Pacjenci z kategorii C lub D.
 - a. **POZIOM 3a:** inne specjalistyczne usługi
 - b. **POZIOM 3b:** usługi rehabilitacji ogólnej

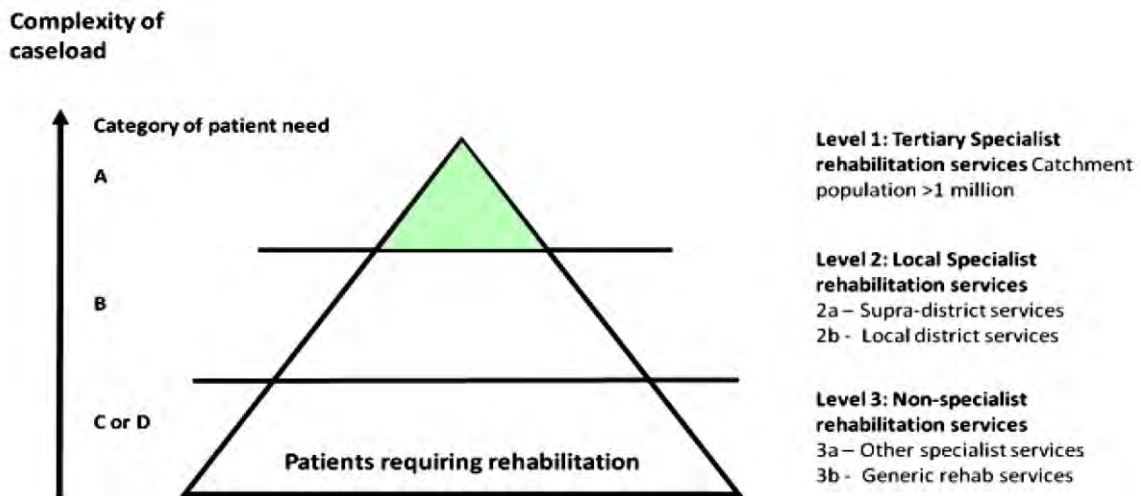


Figure 1: Levels of rehabilitation services defined by the DH SSNDS third edition

Ogólnie rzecz biorąc, usługi rehabilitacyjne na poziomie 1 świadczone dla większej części skomplikowanych przypadków. Jednak ze względu na niedobór takich usług, część ośrodków z poziomu 2 zaczęła świadczyć usługi dla ludności

Generalnie, usługi rehabilitacyjne z poziomu 1 obejmują znaczną część skomplikowanych przypadków. Jednak ze względu na niedobór takich usług, usługi na poziomie 2 w wielu dziedzinach ewoluowały, i zaczęto je realizować w skali ponadlokalnej (np. 600 000 – 1 mln ludności), a także dla stosunkowo dużej części skomplikowanych przypadków.

W r. 2010 Brytyjskie Towarzystwo Medycyny Rehabilitacyjnej (BSRM) opublikowało dokument pn.: „Specialist neurorehabilitation services: providing for patients with complex rehabilitation needs” (tłum. Agencji: „Specjalistyczne usługi neurorehabilitacyjne dla pacjentów o złożonych potrzebach rehabilitacyjnych”), w którym w poziomie 2 wyodrębniono poziom 2a, pokrywający usługi rehabilitacyjne realizowane w skali ponadlokalnej. Zrewidowany przez BSRM schemat przedstawiono na rysunku poniżej.

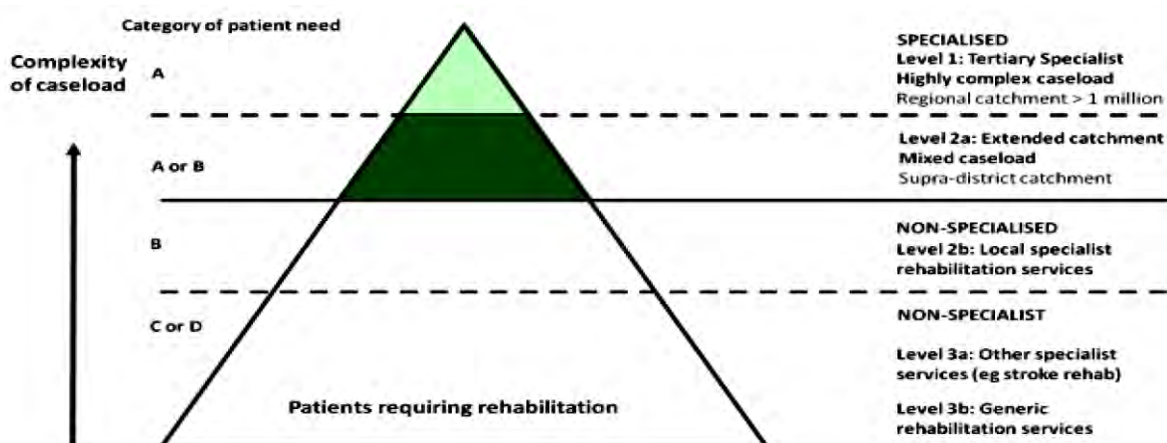


Figure 2: Further definition of service levels according to the BSRM 2010

[UKROC 2015]

W tabeli poniżej zebrano istotne informacje dotyczące poziomów usług rehabilitacyjnych wg BSRM 2010.

Tabela 38 Poziomy usług rehabilitacyjnych w Wielkiej Brytani

| SPECJALISTYCZNE USŁUGI REHABILITACYJNE (Tertiary specialised rehabilitation services) – realizacja na poziomie regionalnym i ogólnokrajowym | | |
|--|---|--|
| POZIOM 1: | Specjalistyczne usługi rehabilitacyjne (Tertiary specialised rehabilitation services) Realizowane przez specjalistyczne zespoły rehabilitacyjne prowadzone przez wyszkolonego i akredytowanego konsultanta w dz. rehabilitacji medycznej (i/lub neuropsychiatrii): | |
| | - realizacja dla ludności na poziomie regionalnym lub ponadregionalnym; - obejmuje pacjentów z kategorii A; - zbieranie i raportowanie pełnych danych do Krajowej Bazy Danych Rehabilitacji Specjalistycznej (National Specialist Rehabilitation Dataset). | - zasięg terytorialny: 1–3 mln osób; - przewaga pacjentów o bardzo złożonych potrzebach (np. 60–70% pacjentów z wynikiem ≥ 10 pkt w skali RCS). |
| REGIONALNE USŁUGI REHABILITACYJNE (Local Rehabilitation Services) – realizacja na poziomie lokalnym (okręgowe) | | |
| POZIOM 2: | Lokalne (okręgowe) specjalistyczne usługi rehabilitacyjne (Local (district) specialist rehabilitation services) Realizowane przez interdyscyplinarne zespoły prowadzone przez wyszkolonego i akredytowanego konsultanta w dz. rehabilitacji medycznej, oraz zgodne z wytycznymi BSRM dla specjalistycznych usług rehabilitacyjnych | |
| Poziom 2a | - realizacja przez konsultanta w dz. rehabilitacji medycznej. Usługi świadczone dla poszerzonej populacji lokalnej w rejonach, w których jest słaby dostęp do usług z Poziomu 1; - obejmuje pacjentów z kategorii B oraz niektórych pacjentów z kategorii A o wysokim poziomie złożoności potrzeb; - zbieranie i raportowanie pełnych danych do Krajowej Bazy Danych Rehabilitacji Specjalistycznej (National Specialist Rehabilitation Dataset). | - zasięg terytorialny: 600 tys. – 1 mln osób; - zróżnicowana populacja pacjentów (np. 50% pacjentów z wynikiem ≥ 10 pkt w skali RCS) |
| Poziom 2b | - realizacja lub wsparcie przez konsultanta w dz. rehabilitacji medycznej. Usługi świadczone dla populacji lokalnej; - przewaga pacjentów z kategorii B potrzeb rehabilitacyjnych; - zbieranie i raportowanie danych co najmniej na poziomie minimalnym Krajowej Bazy Danych Rehabilitacji Specjalistycznej (National Specialist Rehabilitation Dataset). | - zasięg terytorialny: 250 – 500 tys. osób; - populacja pacjentów o mniejszym stopniu złożoności potrzeb (np. 50% pacjentów z wynikiem ≥ 10 pkt w skali RCS) |
| POZIOM 3: | Lokalne usługi niespecjalistyczne (Local non-specialist services) Obejmuje ogólną rehabilitację wykonywaną w szerokim zakresie rozpoznania, realizowana w kontekście stanu ostrego pacjenta, opieka nad pacjentem ustabilizowanym (intermediate care) i obiektach użyteczności publicznej, lub inne usługi specjalistyczne (np. oddziały udarowe) | |
| Poziom 3a | - inne specjalistyczne usługi rehabilitacyjne realizowane przez lub pod nadzorem konsultanta specjalizacji innej niż rehabilitacja medyczna – np. usługi cateringowe dla pacjentów ze szczególnych grup diagnostycznych; - obejmuje pacjentów z kategorii C - zespoły terapeutyczne lub pielęgniarskie dysponuje wiedzą specjalistyczną w zakresie stanu docelowego. | |
| Poziom 3b | - rehabilitacja ogólna dla szerokiego zakresu rozpoznania, realizowana często przez personel niewykwalifikowany; - realizowana w kontekście stanu ostrego pacjenta, opieka nad pacjentem ustabilizowanym (intermediate care) i w obiektach użyteczności publicznej - obejmuje pacjentów z kategorii D | |
| Uwagi: RCS – Rehabilitation Complexity Scale | | |

Kategorie pacjentów w zależności do potrzeb rehabilitacyjnych w Wielkiej Brytanii

W poniższej tabeli przedstawiono kategorie potrzeb rehabilitacyjnych.

Tabela 39 Kategorie potrzeb rehabilitacyjnych w Wielkiej Brytanii

| Kategoria potrzeb rehabilitacyjnych | Charakterystyka potrzeb rehabilitacyjnych |
|-------------------------------------|--|
| A | <p>1. Cele rehabilitacyjne pacjenta mogą obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none">- poprawa funkcji fizycznych, poznawczych, społecznych i psychologicznych, osiągnięcie samodzielności w warunkach domowych i w warunkach pozadomowych, w których pacjent funkcjonuje;- udział pacjenta w rolach społecznych (np. praca, rodzicielstwo, relacje);- zarządzanie niepełnosprawnością, np. w celu utrzymania istniejącej funkcjonalności; zarządzanie zachowaniami niepożądanymi, pomoc w przystosowaniu się do zmian;- poprawa jakości życia i utrzymania, w tym zarządzanie objawami, kompleksowe planowanie opieki, wsparcie dla rodziny i opiekunów, włącznie z rehabilitacją neuropaliatywną; <p>2. Stopień niepełnosprawności: pacjenci o znacznym stopniu niepełnosprawności lub niezdolni do samodzielnej egzystencji, np. znaczna niepełnosprawność fizyczna i komunikatywno-kognitywna lub zaburzenia zachowania.</p> <p>3. Poziom złożoności potrzeb rehabilitacyjnych: pacjenci mają bardzo złożone potrzeby rehabilitacyjne i wymagają wyspecjalizowanych placówek oraz wyższego poziomu wkładu wniesionego (input) od bardziej wykwalifikowanego personelu, niż świadczone są w lokalnej specjalistycznej jednostce rehabilitacyjnej. W szczególności rehabilitacja zazwyczaj obejmuje co najmniej jedną z następujących czynności:</p> <ul style="list-style-type: none">- intensywne, skoordynowane multidyscyplinarne leczenie (≥4 dziedzin medycyny*), oprócz specjalistycznej rehabilitacji medycznej i opieki pielęgniarskiej, realizowane w środowisku rehabilitacyjnym;- średnio- do długoterminowy program rehabilitacyjny wymagany do osiągnięcia celów rehabilitacyjnych – czas trwania zazwyczaj 2–4 miesięcy, z możliwością przedłużenia do 6 i więcej miesięcy, jeżeli jest to uzasadnione wymiernymi wynikami oceny skuteczności leczenia;- bardzo wysokie wskaźniki zatrudnienia personelu, np. 24-godzinna 'specjalna' (specialling) opieka pielęgniarska 1:1 lub jednoczesny udział 2–3 wyszkolonych terapeutów w indywidualnej sesji terapeutycznej pacjenta;- pomieszczenia i wyposażenie o najwyższym poziomie zaawansowania technologicznego, np. dostosowane do indywidualnych potrzeb technologie wspomagające, systemy siedzisk, ortezy, systemy do kontroli środowiska i komputery lub urządzenia umożliwiające komunikację, respiratory;- kompleksowa rehabilitacja zawodowa, w tym ocena interdyscyplinarna, współpraca wielu podmiotów w celu wsparcia powrotu do pracy, przekwalifikowania zawodowego lub zaprzestanie aktywności zawodowej, nauka planowania finansowego w nowej sytuacji życiowej pacjenta. <p>4. Ponadto pacjenci mogą dodatkowo wymagać:</p> <ul style="list-style-type: none">- wysokospecjalistycznego udziału klinicznego np. usunięcie rurki tracheostomijnej, zarządzanie upośledzeniem poznawczym i/lub behawioralnym, nad pacjentami ze stanami minimalnej świadomości czy wsparcie dla rodzin w sytuacji kryzysowej;- bieżących badań, leczenia złożonych bądź niestabilnych problemów medycznych w warunkach ostrej opieki szpitalnej;- opieki neuropsychiatrycznej, w tym: zarządzania ryzykiem, prowadzenia leczenia zgodnie z Ustawą o Zdrowiu Psychicznym (Mental Health Act),- wsparcie w zakresie spraw medyczno-prawnych, w tym ograniczeń umysłowych i kwestii merytorycznych. <p>5. Pacjenci są leczeni w specjalistycznych jednostkach rehabilitacyjnych (tj. jednostki z Poziomu 1).</p> <p>6. Pacjenci mogą czasami być leczeni w jednostce z Poziomu 2, ale jest to uzależnione od dostępności wykwalifikowanego personelu oraz posiadanych urządzeń specjalistycznych, a także odpowiednich wskaźników kadrowych.</p> |
| B | <p>1. Cele rehabilitacyjne pacjenta mogą być takie same jak w kategorii A.</p> <p>2. Pacjenci charakteryzują się umiarkowanym lub ciężkim stopniem niepełnosprawności fizycznej, poznawczej i/lub komunikatywnej, które mogą obejmować również łagodne zaburzenia behawioralne.</p> <p>3. Pacjenci wymagają usług rehabilitacyjnych realizowanych przez wykwalifikowany zespół w dedykowanej jednostce rehabilitacyjnej zapewniającej specjalistyczne pomieszczenia.</p> <p>4. W szczególności rehabilitacja zazwyczaj obejmuje co najmniej jedną z następujących czynności:</p> <ul style="list-style-type: none">- intensywne, skoordynowane multidyscyplinarne leczenie (≥4 dziedzin medycyny*), oprócz specjalistycznej rehabilitacji medycznej i opieki pielęgniarskiej, realizowane w środowisku rehabilitacyjnym;- średnioterminowy program rehabilitacyjny wymagany do osiągnięcia celów rehabilitacyjnych – czas trwania zazwyczaj 1–3 miesięcy, z możliwością przedłużenia do maksymalnie 6 miesięcy, jeżeli jest to uzasadnione wymiernymi wynikami oceny skuteczności leczenia;- specjalistyczne pomieszczenia i wyposażenie (np. specjalistyczne pomoce w zakresie mobilności i |

| Kategoria potrzeb rehabilitacyjnych | Charakterystyka potrzeb rehabilitacyjnych |
|-------------------------------------|--|
| | treningu, ortezy, technologie wspomagające) lub interwencje (np. podawanie toksyny botulinowej czy baklofenu dooponowo w zarządzaniu spastycznością) - interwencje mające na celu wsparcie celów, takich jak powrót do pracy lub innych aktywności życia codziennego, np. prowadzenie gospodarstwa domowego, zarządzanie finansami osobistymi itp. 5. Pacjenci mogą również mieć problemy medyczne, które wymagają bieżących badań lub leczenia. 6. Pacjenci są leczeni w lokalnych specjalistycznych jednostkach rehabilitacyjnych (tj. jednostki rehabilitacyjne z Poziomu 2). |
| C | 1. Cele pacjentów są skupione typowo na: - przywróceniu funkcji i samodzielności, oraz - na skoordynowanej kontynuacji rehabilitacji po planowym wypisie poza szpitalem. 2. Pacjent wymaga rehabilitacji w kontekście leczenia specjalistycznego w ramach określonej grupy diagnostycznej (np. udar). 3. Pacjenci mogą być niestabilni pod względem medycznym lub wymagać specjalistycznych badań lekarskich lub procedur dotyczących określonego stanu klinicznego. 4. Pacjenci zazwyczaj wymagają mniej intensywnej interwencji rehabilitacyjnej złożonej z 1–3 dyscyplin terapeutycznych w ramach stosunkowo krótkich programów rehabilitacyjnych (tj. do 6 tygodni). 5. Pacjenci są leczeni przez lokalny zespół specjalistyczny (tj. usługi z Poziomu 3a), który może być prowadzony przez konsultanta w dziedzinie innej niż rehabilitacja medyczna (np. neurologia, lekarz specjalizujący się w leczeniu udarów) oraz uzupełnionych o zespół terapeutyczny i pielęgniarski, które posiadają specjalistyczną wiedzę w docelowym zakresie. |
| D | 1. Cele pacjenta są zwykle skupione na: - przywróceniu funkcji i samodzielności, oraz - jeśli to konieczne , na skoordynowanej kontynuacji rehabilitacji po planowym wypisie poza szpitalem 2. Pacjenci charakteryzują się szerokim zakresem warunków, ale zazwyczaj są w stanie stabilnym. 3. Pacjenci wymagają mniej intensywnej interwencji rehabilitacyjnej złożonej z 1–3 dyscyplin terapeutycznych w ramach stosunkowo krótkich programów rehabilitacyjnych (tj. 6–12 tygodni). 4. Pacjenci otrzymują lokalną, nie-specjalistyczną rehabilitację w warunkach szpitalnych (tj. Poziom 3b), która jest prowadzona przez personel niemedyczny. |

* - dyscypliny terapeutyczne mogą obejmować: fizjoterapię, terapię zajęciową, terapię mowy i języka, psychologię, dietetykę, pracę socjalną, protetykę, inżynierię rehabilitacyjną, wsparcie zawodowe, wsparcie edukacyjne (w tym terapię zabawą w leczeniu dzieci).

[BSRM 2010 w: UK ROC 2015]

Rola skal w określaniu i prowadzeniu usług rehabilitacyjnych

Złożoność potrzeb, narzędzia kliniczne i ocena skuteczności terapii. Pełne możliwości bazy danych UKROC reprezentuje podzbiór Bazy Danych Długoterminowych Stanów Neurologicznych (Long Term Neurological Conditions dataset) prowadzony dla rehabilitacji świadczonej w lecznictwie zamkniętym. Baza ta zawiera informacje na temat danych demograficznych i przetwarzanych danych dla każdego przyjętego pacjenta, wraz ze:

- skalą stopnia złożoności rehabilitacji (**Rehabilitation Complexity Scale**) służącą do oceny potrzeb rehabilitacyjnych, oraz
- co najmniej jedną z uzgodnionych skal oceniających skuteczność terapii, które obejmują:
 - pełny zestaw danych – skala: **UK FIM+/-FAM**,
 - minimalny zestaw danych – skala: **Barthel Index**.

Oprócz powyższych narzędzi, które oceniają "potrzeby rehabilitacyjne" i "skuteczność terapii", istnieją dwa dodatkowe narzędzia, które oceniają wielkość "wkładu wniesionego" – skale: **Nursing and Therapy dependency scales** (prop. tłum. skale zależności od opieki pielęgniarskiej i leczenia).

[KCL 2017]

Stosowane skale

Najpełniejszy obraz systemu rehabilitacji specjalistycznej w Anglii prezentuje się dla długoterminowych stanów neurologicznych, gdzie rehabilitacja specjalistyczna świadczona jest w lecznictwie zamkniętym.

Pacjent po zdarzeniu neurologicznym oceniany jest wg następujących skal, w celu:

oceny stopnia złożoności potrzeb rehabilitacyjnych:

- **skala stopnia złożoności rehabilitacji** (Rehabilitation Complexity Scale, RCS),
- zapotrzebowania w zakresie opieki pielęgniarskiej i interwencji terapeutycznych: **Northwick Park nursing and therapy dependency scales** (prop. tłum. skale zależności od opieki pielęgniarskiej i leczenia):

- **NPDS** (Northwick Park Dependency Score) – ocena zapotrzebowania na ilość i rodzaj opieki pielęgniarskiej,
- **NPTDA** (Northwick Park Therapy Dependency Assessment) – ocena zapotrzebowania na interwencję terapeutyczną,
- oceny skuteczności leczenia za pomocą co najmniej jednej ze standaryzowanych skal, tj.:
 - **UK FIM+/-FAM** – dla tych kategorii pacjentów, gdzie wymagane jest raportowanie **do systemu** pełnego zestawu informacji o pacjencie; standard pomiaru efektywności leczenia oraz raportowania danych dla świadczeniodawców z poziomu 1 i 2;
 - **Barthel Index** – dla tych kategorii pacjentów, gdzie wymagane jest w systemie angielskim raportowanie minimalnego zestawu informacji o pacjencie.
- ocena pacjentów o specjalnych potrzebach rehabilitacyjnych:
 - skala **GAS** (Goal Attainment Scaling) – pacjenci z głębokim upośledzeniem, u których prowadzi się rehabilitację neuropaliatywną, a cele rehabilitacji koncentrują się na zarządzaniu objawami oraz na poprawie jakości życia, a nie na zwiększaniu samodzielności.

Wyniki uzyskane w obu skalach FIM i NPDS przekładają się na wynik uzyskany w skali Barthel, a więc każdy z tych narzędzi może zapewnić wspólny język na poziomie skali Barthel (Barthel Index).

[SNSS 2015, KCL 2017]

UK Rehabilitation Outcomes Collaborative (UKROC)

UK Rehabilitation Outcomes Collaborative (UKROC) został utworzony w 2008 roku w celu utworzenia krajowej bazy danych klinicznych dla specjalistycznej rehabilitacji. UKROC uzyskał finansowanie w ramach grantu przyznanego przez program NIHR (RP-PG-0407-10185). UKROC jest częścią wspólnego przedsięwzięcia pomiędzy Brytyjskim Towarzystwem Rehabilitacji Medycznej (BSRM) a Centrum Informacji NHS (NHS Information Centre), utworzonego w ramach programu finansowanego przez Departament Zdrowia w celu informowania o rozwoju kohorty pacjentów otrzymujących usługi rehabilitacyjne.

Baza danych UKROC gromadzi dane na temat potrzeb, nakładów i skuteczności leczenia wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do świadczenia usług rehabilitacyjnych w lecznictwie zamkniętym (poziom 1 i 2) w Anglii. Ponadto UKROC dostarcza kwartalnych raportów porównawczych dotyczących jakości i analizy kosztów-efektywności, porównując wydajność każdej usługi z grupą kontrolną (peer group) w zakresie kluczowych standardów jakości.

Od 2012 r. UKROC dostarcza dane do zamówień dla NHS England. Jest to narzędzie poprzez które aktywność rehabilitacji specjalistycznej w lecznictwie zamkniętym jest zliczana, a waluta zamówień jest ważona poprzez stopień złożoności potrzeb rehabilitacyjnych (complexity-weighted commissioning currency). Zatem, aby możliwe było wyznaczenie i zamówienie specjalistycznej usługi rehabilitacyjnej, wszystkie usługi realizowane na poziomach 1 i 2 muszą być rejestrowane w UKROC i rutynowo raportowane do bazy danych UKROC dla wszystkich pacjentów przyjętych do leczenia.

[SNSS 2015]

Wykaz skrótów:

| | |
|------------|--|
| CCG | zespół ds. zaopatrzenia zdrowotnego (ludności) (ang. clinical commissioning group) |
| NHS | Narodowa Służba Zdrowia (ang. National Health Service) |

6.2. System rehabilitacji leczniczej w Australii

Organizacja systemu ochrony zdrowia w Australii

Podstawową wartością, leżącą u podstaw australijskiego systemu ochrony zdrowia, jest uniwersalny dostęp do dobrej jakości opieki zdrowotnej bez względu na możliwości finansowe pacjentów. System ochrony zdrowia jest w Australii dosyć skomplikowany, ze względu na ilość instytucji odpowiedzialnych za poszczególne obszary opieki zdrowotnej. W systemie konieczne są ciągłe konsultacje i współpraca, pomiędzy poszczególnymi szczeblami rządowymi oraz samorządowymi. Często nie ma wystarczająco jasno zarysowanej granicy kompetencji pomiędzy poszczególnymi instytucjami, czy nawet pomiędzy publicznym, a prywatnym sektorem ochrony zdrowia. System jest zorganizowany na czterech płaszczyznach:

- rządowej – za sprawą Rządu Związku Australijskiego, przy pomocy Ministra ds. Ochrony Zdrowia i Starzenia się Społeczeństwa,
- stanowej – poprzez Stany i Terytoria,
- lokalnej – poprzez samorządy lokalne,

- prywatnej – poprzez prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych.

Rząd Związku Australijskiego jest odpowiedzialny w dużej mierze za finansowanie systemu ochrony zdrowia, a także za dofinansowanie leków i zapewnienie domów opieki dla osób starszych. Rząd pełni wiodącą rolę w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia, ustala zasady polityki zdrowotnej kraju. Odpowiada też za takie obszary jak badania, czy zarządzanie centralnym systemem informatycznym. Poza tym rząd stanowi główne źródło, z którego są finansowane medyczne badania naukowe.

Stany i Terytoria, zajmują się zarządzaniem systemem publicznej opieki zdrowotnej.

W każdym z nich jest minister odpowiedzialny za ochronę zdrowia. Mają dużą dozę autonomii w zakresie zarządzania usługami medycznymi, jednak są ograniczone własnym prawem, oraz umowami podpisanymi z rządem federalnym. Stany i Terytoria współfinansują system ochrony zdrowia, oraz są odpowiedzialne za zarządzanie publicznymi szpitalami oraz personelem medycznym. Zajmują się także opieką psychiatryczną oraz odpowiadają za wiele usług medycznych takich jak opieka zdrowotna w szkołach, opieka medyczna matek z dziećmi, niektóre usługi dentystryczne, czy promowanie zdrowego trybu życia. Wspólnie z rządem finansują działalność szpitali publicznych oraz system opieki społecznej dla osób starszych i niepełnosprawnych. W gestii Stanów leży również licencjonowanie szpitali publicznych oraz prywatnych.

Samorzady lokalne nie zajmują się usługami medycyny klinicznej, jednak w ich gestii leży głównie profilaktyka ochrony zdrowia, np. szczepienia, oraz są odpowiedzialne za opiekę nad pacjentami w domu. Ważną częścią ich zadań są również kwestie związane z ochroną środowiska, jak uzdatnianie wody czy inspekcje sanitarne.

Prywatny sektor opieki zdrowotnej finansowany jest przez prywatne zakłady ubezpieczeń zdrowotnych. Sektor ten uważany jest za istotny element systemu opieki zdrowotnej. Osoby wykupujące prywatne ubezpieczenie mogą otrzymać nawet 30% dofinansowanie od instytucji rządowych. Ubezpieczeniem można objąć koszty leczenia szpitalnego, tak w placówkach publicznych jak i prywatnych, jak i koszty dodatkowych usług, koszty zakupu aparatów czy urządzeń.

Większa część systemu ochrony zdrowia opiera się na systemie „Medicare”. Ma on zapewnić wysokiej jakości usługi dostępne dla wszystkich mieszkańców Australii. Finansowanie tego systemu opiera się w znacznej mierze na wpływach podatkowych, które są zróżnicowane w zależności od poziomu dochodów.

Każdy będący w systemie Medicare ma możliwość skorzystania z darmowej opieki zdrowotnej, w publicznych placówkach zdrowia lub w placówkach prywatnych, które podpisały stosowne umowy o współpracy z jednostkami rządowymi. W takim wypadku Medicare pokrywa w pełni leczenie pacjentów. Ceny usług są ustalane i mają przypisaną wartość w cenniku świadczeń Medicare (MBS36).

Pacjenci uprawnieni do korzystania z ubezpieczenia Medicare, mają prawo do bezpłatnego zakwaterowania oraz opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w szpitalach finansowanych przez rządy stanowe. Opieka ambulatoryjna (out-patient treatment) w szpitalach publicznych jest bezpłatna. W przypadku ubezpieczenia Medicare, leczenie w publicznym szpitalu, jako „pacjent publiczny”, jest bezpłatne, ale tylko w przypadku leczenia przez lekarzy i specjalistów, z którymi szpital ma podpisaną umowę. Pacjent nie ma wówczas prawa wyboru lekarza.

Medicare pokrywa szereg świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem tzw. dodatkowych usług medycznych (ancillary services), do których należą m.in.:

- leczenie dentystryczne i usługi protetyczne (z wyjątkiem zabiegów, które muszą być wykonywane w szpitalu przez lekarzy specjalistów),
- konsultacje okulistyczne (w tym koszty zakupu okularów i soczewek kontaktowych),
- fizjoterapia, terapia zajęciowa,
- koszty leków spoza wykazu,
- koszty związane z transportem pacjentów,
- opieka pielęgniarska w domu chorego,
- konsultacje logopedy,
- koszty aparatów słuchowych,
- zabiegi, które nie mają klinicznego uzasadnienia, w tym chirurgii plastycznej.

Praktyka lekarza rodzinnego w Australii

Lekarze rodzinni (GP) (około 60% czynnego personelu medycznego praktykującego) zapewniają większość opieki medycznej i w większości pracują na własny rachunek.

Lekarze pierwszego kontaktu są pierwszym punktem kontaktu i działania medycznego jako „gatekeeper” w stosunku do reszty systemu opieki zdrowotnej, ponieważ pacjenci muszą mieć skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu w celu uzyskania konsultacji ze specjalistą.

Lekarze rodzinni zapewniają większość konsultacji medycznych.

Ogólna praktyka GP jest główną formą praktyki medycznej w Australii, z której wynika ponad 60% aktywnych lekarzy w 2005 r. (Australian Institute of Health and Welfare 2006).

Lekarze ogólni zapewniają

- ogólną opiekę medyczną,
- planowanie rodziny i doradztwo,
- przeprowadzają drobne zabiegi (niektórzy lekarze rodzinni, głównie na obszarach wiejskich, również podejmować bardziej złożone zabiegi chirurgiczne, takie jak usunięcie wyrostka robaczkowego),
- oferują usługi profilaktyczne, w tym szczepienia,
- udzielają doradztwa zdrowotnego dla pacjentów,
- wystawiają recepty na leki,
- Inicjują większość badań diagnostycznych.

Pacjenci konsultują się u GP w szerokim zakresie problemów. Do najczęstszych przyczyn należy:

- nadciśnienie
- infekcja górnych dróg oddechowych,
- zaburzenia lipidowe,
- cukrzyca,
- choroba zwyrodnieniowa stawów,
- ból pleców,
- astma,
- zapalenie oskrzeli i immunizacja.

Zachęca się lekarzy rodzinnych do aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności, do większej współpracy z innymi pracownikami służby zdrowia i podejmowania działań na rzecz promocji zdrowia.

W zależności od regionu oferuje się lekarzom GP sieć profesjonalnego wsparcia, celem umożliwienia kontaktu z innymi pracownikami służby zdrowia i konsumentami, kontynuacji edukacji, finansowania i administrowania projektami promocji zdrowia, koordynowania ustaleniami dotyczącymi opieki (Swerissen i Duckett, 1997).

W ramach praktyki GP realizują Program Enhanced Primary Care (EPC), który został wprowadzony aby zapewnić lepszą opiekę profilaktyczną starszym Australijczykom i poprawić koordynację opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi i złożonymi potrzebami w zakresie opieki. Program zapewnia ramy dla multidyscyplinarnego podejście do zdrowia.

Płatności motywacyjne (SIP) zostały wprowadzone do celu prowadzenia chorób takich jak astma, cukrzyca, zdrowie psychiczne czy badania przesiewowe szyjki macicy, które mieszczą się w priorytetowych obszarach zdrowia publicznego.

Inna podstawowa opieka zdrowotna

Inni pracownicy służby zdrowia również zapewniają podstawową opiekę zdrowotną.

Praktyka pielęgniarki obejmuje kontrolę stanu zdrowia, szczepienia, badania zdrowia reprodukcyjnego i poradnictwo zdrowotne. Konsultacje pielęgniarskie nie podlegają zwrotowi w ramach Medicare. Pielęgniarki mogą potencjalnie podjąć więcej opieki podstawowej, ponieważ pracują bardziej niezależne, a ich role i funkcje rozszerzają się; na przykład, przepisują ograniczoną liczbę leków i zlecają badania medyczne. Jednak istnieje obecnie tylko niewielka liczba wykwalifikowanych pielęgniarek w Australii. Podstawową opiekę zdrowotną zapewniają również pielęgniarki domowe i pielęgniarki w sektorze publicznym, w klinikach zdrowia matki i dziecka.

Także pokrewni pracownicy służby zdrowia, tacy jak fizjoterapeuci i dietetycy oferują podstawową opiekę zdrowotną, pracując zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym.

Konsultacje mogą być objęte prywatnymi programami ubezpieczeniowymi. Wyjątkiem są osoby z przewlekłymi chorobami i złożonymi problemami, którzy są uprawnieni do rabatów Medicare na pięć porad i trzech usług stomatologicznych, do których umawiają się przez lekarza rodzinnego.

Ośrodki zdrowia są dofinansowywane przez państwo, niektóre z nich działają jako centra wielousługowe dla szeregu usług zdrowotnych i społecznych.

Klasyfikacja AN-SNAP

Klasyfikacja AN-SNAP National Subcute and Non-Acute Casemix Classification została opracowana jako klasyfikacja zróżnicowanych przypadków pacjentów wymagających leczenia ostrego i nieostrego (przewlekłego). AN-SNAP klasyfikuje epizody podostrego i nieostrego leczenia pacjenta, które są świadczone w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych i środowiskowych. Pacjenci są klasyfikowani na podstawie m. in. rodzaju opieki, etapu opieki, oceny zaburzeń czynnościowych, wieku i innych czynników. W grudniu 2013 r. opracowano AN-SNAP wersja 4. Proces opracowywania klasyfikacji obejmował znaczący poziom konsultacji z prawnikami,

lekarzami i innymi kluczowymi interesariuszami w całym kraju. Utworzono pięć wyspecjalizowanych komisji klinicznych w celu wspierania rozwoju klasyfikacji w dziedzinie opieki paliatywnej, rehabilitacji, geriatry (Geriatric evaluation and management GEM), psychogeriatry i pediatrii oraz wyspecjalizowanych technik statystycznych w celu opracowania w pełni zaktualizowanej wersji klasyfikacji AN-SNAP, która odzwierciedla obecną i rozwijającą się praktykę kliniczną. AN-SNAP wersja 4 została wydana w maju 2015 r. i jest używana do wyceny usług.

[<https://www.ihoa.gov.au/what-we-do/subacute-and-non-acute-care>]

Klasyfikacja AN-SNAP dla rehabilitacji dorosłych

Tabela 40 Klasyfikacja AN-SNAP epizodów rehabilitacyjnych w Australii

| Klasyfikacja | Opis | |
|---------------------|--|--|
| 4AZ1 | Weighted FIM motor score 13-18, Brain, Spine, MMT, Age ≥ 49 | Ważony wynik skali FIM 13-18, mózg, kręgosłup, MMT, wiek ≥ 49 |
| 4AZ2 | Weighted FIM motor score 13-18, Brain, Spine, MMT, Age ≤ 48 | Ważony wynik skali FIM 13-18, mózg, kręgosłup, MMT, wiek ≤ 48 |
| 4AZ3 | Weighted FIM motor score 13-18, All other impairments, Age ≥ 65 | Ważony wynik skali FIM 13-18, wszystkie inne zaburzenia, wiek ≥ 65 |
| 4AZ4 | Weighted FIM motor score 13-18, All other impairments, Age ≤ 64 | Ważony wynik skali FIM 13-18, mózg, rdzeń kręgowy, MMT, wiek ≤ 64 |
| 4AA1 | Stroke, weighted FIM motor 51-91, FIM cognition 29-35 | Udar, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 13-18, FIM funkcje poznawcze 29-35 |
| 4AA2 | Stroke, weighted FIM motor 51-91, FIM cognition 19-28 | Udar, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 13-18, FIM funkcje poznawcze 19-28 |
| 4AA3 | Stroke, weighted FIM motor 51-91, FIM cognition 5-18 | Udar, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 13-18, FIM funkcje poznawcze 5-18 |
| 4AA4 | Stroke, weighted FIM motor 36-50, Age ≥ 68 | Udar, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 36-50, wiek ≥ 68 |
| 4AA5 | Stroke, weighted FIM motor 36-50, Age ≤ 67 | Udar, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 36-50, wiek ≤ 67 |
| 4AA6 | Stroke, weighted FIM motor 19-35, Age ≥ 68 | Udar, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-35, wiek ≥ 68 |
| 4AA7 | Stroke, weighted FIM motor 19-35, Age ≤ 67 | Udar, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-35, wiek ≤ 67 |
| 4AB1 | Brain dysfunction, weighted FIM motor 71-91, FIM cognition 26-35 | Dysfunkcje mózgu, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 71-91, FIM funkcje poznawcze 26-35 |
| 4AB2 | Brain dysfunction, weighted FIM motor 71-91, FIM cognition 5-25 | Dysfunkcje mózgu, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 71-91, FIM funkcje poznawcze 5-25 |
| 4AB3 | Brain dysfunction, weighted FIM motor 41-70, FIM cognition 26-35 | Dysfunkcje mózgu, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 41-70, FIM funkcje poznawcze 26-35 |
| 4AB4 | Brain dysfunction, weighted FIM motor 41-70, FIM cognition 17-25 | Dysfunkcje mózgu, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 41-70, FIM funkcje poznawcze 17-25 |
| 4AB5 | Brain dysfunction, weighted FIM motor 41-70, FIM cognition 5-16 | Dysfunkcje mózgu, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 41-70, FIM funkcje poznawcze 5-16 |
| 4AB6 | Brain dysfunction, weighted FIM motor 29-40 | Dysfunkcje mózgu, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 29-40 |
| 4AB7 | Brain dysfunction, weighted FIM motor 19-28 | Dysfunkcje mózgu, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-28 |
| 4AC1 | Neurological conditions, weighted FIM motor 62-91 | Zaburzenia neurologiczne, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 62-91 |
| 4AC2 | Neurological conditions, weighted FIM motor 43-61 | Zaburzenia neurologiczne, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 43-61 |
| 4AC3 | Neurological conditions, weighted FIM motor 19-42 | Zaburzenia neurologiczne, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-42 |
| 4AD1 | Spinal cord dysfunction, Age ≥ 50, weighted FIM motor 42-91 | Dysfunkcje rdzenia kręgowego, wiek ≥ 50, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 42-91 |
| 4AD2 | Spinal cord dysfunction, Age ≥ 50, weighted FIM motor 19-41 | Dysfunkcje rdzenia kręgowego, wiek ≥ 50, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-41 |
| 4AD3 | Spinal cord dysfunction, Age ≤ 49, weighted FIM motor 34-91 | Dysfunkcje rdzenia kręgowego, wiek ≤ 49, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 34-91 |
| 4AD4 | Spinal cord dysfunction, Age ≤ 49, weighted FIM motor 19-33 | Dysfunkcje rdzenia kręgowego, wiek ≤ 49, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-33 |
| 4AE1 | Amputation of limb, Age ≥ 54, weighted FIM | Amputacja kończyny, wiek ≥ 54, ważony wynik skali FIM |

| Klasyfikacja | Opis | |
|--------------|--|---|
| | motor 68-91 | funkcje motoryczne 68-91 |
| 4AE2 | Amputation of limb, Age \geq 54, weighted FIM motor 31-67 | Amputacja kończyny, wiek \geq 54, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 31-67 |
| 4AE3 | Amputation of limb, Age \geq 54, weighted FIM motor 19-30 | Amputacja kończyny, wiek \geq 54, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-30 |
| 4AE4 | Amputation of limb, Age \leq 53, weighted FIM motor 19-91 | Amputacja kończyny, wiek \leq 53, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-91 |
| 4AH1 | Orthopaedic conditions, fractures, weighted FIM motor 49-91, FIM cognition 33-35 | Stany ortopedyczne, złamania, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 49-91, FIM funkcje poznawcze 33-35 |
| 4AH2 | Orthopaedic conditions, fractures, weighted FIM motor 49-91, FIM cognition 5-32 | Stany ortopedyczne, złamania, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 49-91, FIM funkcje poznawcze 5-32 |
| 4AH3 | Orthopaedic conditions, fractures, weighted FIM motor 38-48 | Stany ortopedyczne, złamania, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 38-48 |
| 4AH4 | Orthopaedic conditions, fractures, weighted FIM motor 19-37 | Stany ortopedyczne, złamania, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-37 |
| 4A21 | Orthopaedic conditions, all other (including replacements), weighted FIM motor 68-91 | Stany ortopedyczne, wszystkie inne stany (łącznie z wymianą), ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 68-91 |
| 4A22 | Orthopaedic conditions, all other (including replacements), weighted FIM motor 50-67 | Stany ortopedyczne, wszystkie inne stany (łącznie z wymianą), ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 50-67 |
| 4A23 | Orthopaedic conditions, all other (including replacements), weighted FIM motor 19-49 | Stany ortopedyczne, wszystkie inne stany (łącznie z wymianą), ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-49 |
| 4A31 | Cardiac, Pain syndromes, Pulmonary, weighted FIM motor 72-91 | Kardiologiczne, zespoły bólowe, pulmonologiczne, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 72-91 |
| 4A32 | Cardiac, Pain syndromes, Pulmonary, weighted FIM motor 55-71 | Kardiologiczne, zespoły bólowe, pulmonologiczne, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 72-92 |
| 4A33 | Cardiac, Pain syndromes, Pulmonary, weighted FIM motor 34-54 | Kardiologiczne, zespoły bólowe, pulmonologiczne, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 72-93 |
| 4A34 | Cardiac, Pain syndromes, Pulmonary, weighted FIM motor 19-33 | Kardiologiczne, zespoły bólowe, pulmonologiczne, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 72-94 |
| 4AP1 | Major Multiple Trauma, weighted FIM motor 19-91 | Poważne wielomiejscowe urazy, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-91 |
| 4AR1 | Reconditioning, weighted FIM motor 67-91 | Ponowna, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 67-91 |
| 4AR2 | Reconditioning, weighted FIM motor 50-66, FIM cognition 26-35 | Ponowna, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 50-66, FIM funkcje poznawcze 26-35 |
| 4AR3 | Reconditioning, weighted FIM motor 50-66, FIM cognition 5-25 | Ponowna, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 50-66, FIM funkcje poznawcze 5-25 |
| 4AR4 | Reconditioning, weighted FIM motor 34-49, FIM cognition 31-35 | Ponowna, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 34-49, FIM funkcje poznawcze 31-35 |
| 4AR5 | Reconditioning, weighted FIM motor 34-49, FIM cognition 5-30 | Ponowna, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 34-49, FIM funkcje poznawcze 5-30 |
| 4AR6 | Reconditioning, weighted FIM motor 19-33 | Ponowna, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-33 |
| 4A91 | All other impairments, weighted FIM motor 55-91 | Wszystkie inne zaburzenia, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 55-91 |
| 4A92 | All other impairments, weighted FIM motor 33-54 | Wszystkie inne zaburzenia, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 33-54 |
| 4A93 | All other impairments, weighted FIM motor 19-32 | Wszystkie inne zaburzenia, ważony wynik skali FIM funkcje motoryczne 19-32 |
| 4J01 | Adult Same-Day Rehabilitation | Rehabilitacja jednodniowa dorosłych |
| 499A | Adult Overnight Rehabilitation - Ungroupable | Rehabilitacja całodobowa dorosłych (wymagają nocnej opieki stacjonarnej) - niesklasyfikowana |

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Wskaźnik funkcjonalny FIM Functional Independence Measure <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/495857Man>

Manualna ocena siły mięśniowej MMT Manual Muscle Testing <http://www.scottsevinsky.com/pt/mmt.html>

Klasyfikacja AN-SNAP dla rehabilitacji dzieci

W rehabilitacji dzieci klasyfikacja AN-SNAP nie używa skali. Klasy są zróżnicowane pod względem rodzaju upośledzenia / dysfunkcji u dzieci w wieku 4 lat i starszych. Kategorie to:

- dysfunkcja rdzenia kręgowego
- dysfunkcja mózgu
- choroby neurologiczne

Wszystkie pozostałe zaburzenia / choroby są następnie zgrupowane w jednej kategorii.

W przypadku dzieci w wieku poniżej 3 lat istnieje tylko jedna klasa, bez rozróżnienia na rodzaj upośledzenia / dysfunkcji.

Powyższa klasyfikacja jest stosowana w przypadku dzieci przyjmowanych do szpitala, które są hospitalizowane co najmniej jedną noc oraz w przypadku dzieci nieprzyjętych do szpitala (tj. leczonych w ambulatorium).

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Dzieci przyjmowane do szpitala i wypisane w tym samym dniu kalendarzowym (zwane w Australii „leczeniem jednego dnia”) są również zgrupowane w jednej klasie, bez różnicowania na podstawie upośledzenia / dysfunkcji.

| Klasyfikacja | OPIS | |
|--------------|---|---|
| 4F01 | Rehabilitation Age <= 3 | Rehabilitacja, wiek <=3 |
| 4F02 | Rehabilitation Age >= 4, Spinal cord dysfunction | Rehabilitacja, wiek >=4, zaburzenia rdzenia kręgowego |
| 4F03 | Rehabilitation Age >= 4, Brain dysfunction | Rehabilitacja, wiek >=4, zaburzenia mózgowe |
| 4F04 | Rehabilitation Age >= 4, Neurological conditions | Rehabilitacja, wiek >= 4 zaburzenia neurologiczne |
| 4F05 | Rehabilitation Age >= 4, All other impairments | Rehabilitacja, wiek >=4 wszystkie inne zaburzenia |
| 4O01 | Paediatric Same-Day Rehabilitation | Rehabilitacja dzieci jednodniowa |
| 499F | Paediatric Overnight Rehabilitation - Ungroupable | Rehabilitacja całodobowa dzieci (wymagają nocnej opieki stacjonarnej) – niesklasyfikowana |

Istnieje skala pomiaru niezależności funkcjonalnej dzieci, która jest stosowana w Australii i Stanach Zjednoczonych (WeeFIM). Narzędzie mierzy potrzebę pomocy i stopnia niepełnosprawności u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 7 lat. Może być stosowane u dzieci w wieku powyżej 7 lat, o ile ich możliwości funkcjonalne są poniżej oczekiwań w porównaniu do dzieci w wieku 7 lat, które nie mają niepełnosprawności. Mierzy ono funkcjonalną niezależność w trzech dziedzinach: samoopieki (na przykład jedzenie, kąpanie, toaleta), mobilność (na przykład chodzenie, wchodzenie po schodach) i funkcje poznawcze (np. rozumienie, pamięć). Liczba punktów wynosi od 1, czyli całkowitej pomocy, do 7 co oznacza całkowitą niezależność.

Organizacja udzielania usług rehabilitacyjnych na przykładzie Południowej Australii

(<https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+services/rehabilitation+services/statewide+rehabilitation+services>)

Świadczenia rehabilitacyjne są udzielane na następujących poziomach:

Rehabilitacja stacjonarna

Rehabilitacja stacjonarna udzielana jest osobom przebywającym w szpitalu. Programy rehabilitacji szpitalnej zapewniają intensywną rehabilitację szpitalną dla osób, które nie są w stanie uzyskać rehabilitacji domowej w następujących schorzeniach:

- złożone złamania (w tym biodra i miednica),
- kompleksowe zabiegi endoprotezoplastyki stawów biodrowych i kolanowych oraz chirurgia kręgosłupa,
- ciężkie schorzenia w wyniku przedłużających się hospitalizacji z powodu intensywnej opieki,
- syndrome Guillian Barre i inne schorzenia neurologiczne, w tym guzy mózgu,
- amputacja kończyny,
- łagodne obrażenia mózgu,
- uraz wielonarządowe (na przykład uraz w wyniku wypadku samochodowego),
- udar i krwotoki podpajęczynówkowe (krwawienie w obszarze między mózgiem a tkanką, która go pokrywa),
- poważne oparzenia,
- uraz rdzenia kręgowego.

Programy stacjonarne są dostarczane przez doświadczone zespoły interdyscyplinarne oraz studentów.

W trakcie rehabilitacji można także mieć dostęp do:

- hydroterapii,
- ortez (szyny / klamry),
- protetyki (sztuczne kończyny),
- leczenia spastyczności,
- robotyki,
- innych specjalizacji medycznych, takich jak kardiologia i geriatrya.

Aby uzyskać dostęp do usług rehabilitacji szpitalnej, wymagane jest skierowanie ze szpitala, w którym aktualnie przebywa pacjent lub od lekarza rodzinnego lub specjalisty. Po otrzymaniu skierowania, koordynator do spraw rehabilitacji lub pielęgniarka odwiedza pacjenta w szpitalu, aby pomóc zdecydować, czy rehabilitacja w szpitalu jest najbardziej odpowiednią opcją. Jeśli rehabilitacja szpitalna nie jest dostępna w szpitalu, w którym pacjent jest hospitalizowany, może zostać przeniesiony do miejsca, które zapewnia rehabilitację w szpitalu.

Rehabilitacja w domu

Rehabilitacja w domu zapewnia osobom, które przebywały w szpitalu, dostęp do terapii rehabilitacyjnych i pielęgnacji w domu zamiast w szpitalu. Wymagane jest skierowanie. Programy rehabilitacji mogą być organizowane bezpośrednio w czasie wizyt domowych lub, gdy jest to odpowiednie, za pomocą rozmów wideo za pomocą telefonu, który może być zapewniony przez usługę Rehabilitacja w domu. Regularne sesje terapeutyczne są dostępne w domu w dogodnych dla pacjenta godzinach. Zespół rehabilitacyjny będzie współpracować z pacjentem w celu opracowania celów rehabilitacyjnych, które można osiągnąć w ramach czasowych programu. Rehabilitacja w domu może obejmować usługi różnych pracowników służby zdrowia, w tym pielęgniarek i lekarzy, i ma na celu umożliwienie odzyskania niezależności w codziennych zadaniach. Pacjent może również otrzymać sprzęt na wsparcie rehabilitacji. Rehabilitacja w domu zapewnia następujące usługi:

- rehabilitację i ocenę specjalisty medycyny geriatrycznej,
- pielęgniarstwo,
- fizjoterapię,
- terapię zajęciową,
- logopedę,
- dietetyka,
- pracowników społecznych
- Allied Health Assistant,
- pomoc osobistą, jeżeli jest to określony cel rehabilitacji,
- krótkoterminowe wypożyczenie sprzętu.

Rehabilitacja domowa obejmuje także dostęp do usług telerehabilitacyjnych, Kryteria kwalifikacji - aby uzyskać dostęp do rehabilitacji w domu, pacjent musi:

- mieć ukończone 18 lat,
- obecnie przebywać w szpitalu i kwalifikować się do rehabilitacji (mieć określone cele rehabilitacyjne),
- być zmotywowanym do uczestnictwa,
- być stabilnym pod kątem parametrów medycznych,
- mieć warunki domowe odpowiednie do terapii.

Rehabilitacja dzienna

Codziennie usługi rehabilitacyjne świadczone są w szpitalu lub placówkach służby zdrowia w pobliżu miejsca zamieszkania. Codzienna rehabilitacja może wiązać się z udzielaniem świadczeń przez szereg różnych terapeutów i pracowników służby zdrowia współpracujących z pacjentem, aby osiągnąć cele rehabilitacji. Pacjent może uczestniczyć w wielu sesjach w tygodniu, w zależności od celów rehabilitacyjnych. Niektóre programy terapeutyczne mogą być świadczone za pośrednictwem telerehabilitacji, pacjent łączy się za pomocą wideokonferencji z lekarzem prowadzącym. Często rehabilitacja organizowana jest przez szpital leczący pacjenta, aby mógł kontynuować terapię po powrocie do domu. W przeciwnym razie wymagane jest skierowanie od lekarza rodzinnego lub innego specjalisty medycznego.

Day Rehabilitation Services oferują zintegrowane programy z dostępem do szeregu usług, w tym:

- lekarza rehabilitacji,
- fizjoterapii,
- terapii zajęciowej,
- logopedy,
- fizjologii ćwiczeń,
- psychologa,
- dietetyka,
- pracownika pomocy społecznej.

Terapie rehabilitacyjne mogą obejmować:

- hydroterapię,
- trening siłowy i obwodowy,
- sesje indywidualne i grupowe,

- telerehabilitację,
- wykorzystanie robotyki i innego specjalistycznego sprzętu,
- zarządzanie spastycznością.

Kryteria kwalifikacji - aby uzyskać dostęp do rehabilitacji dziennej, pacjent musi:

- mieć ukończone 18 lat,
- mieć jasno określone cele rehabilitacji w ramach multidyscyplinarnego zespołu, które można osiągnąć w programie krótkoterminowym,
- być zmotywowanym do uczestnictwa,
- mieć fizyczną i kognitywną zdolność do uczestniczenia,
- być stabilny pod względem parametrów medycznych i być w stanie tolerować podróż do centrum rehabilitacji,
- samodzielny w utrzymywaniu higieny osobistej.

Ambulatoryjne usługi rehabilitacyjne

Ambulatoryjne programy rehabilitacji oferują zintegrowane usługi rehabilitacyjne realizowane przez różnych specjalistów, w celu poprawienia zdolności osoby do bycia bardziej mobilnym i uczestniczenia w codziennym życiu. Ambulatoryjna rehabilitacja odbywa się w klinikach, gdzie wielu pracowników służby zdrowia może być zaangażowanych w pracę z pacjentem, aby osiągnąć cele rehabilitacji. Ambulatoryjne usługi rehabilitacyjne są również dostępne w przypadku urazów rdzenia kręgowego. Pacjent jest poddany indywidualnej ocenie w celu zidentyfikowania programów najbardziej odpowiadających jego potrzebom i obecnej sytuacji.

Ukierunkowane kliniki oferują usługi np.:

- Klinika udaru mózgu (TQEH)
- Amputee Clinic (dla pacjentów niezwiązanych z Day Rehabilitation Service),
- Medycyna rehabilitacji (TQEH),
- Spastyczność (TQEH),
- Klinika amputacji / ortozy i protezy (kompleksowy przegląd nerwowo-mięśniowy (TQEH),
- Centrum aktywności fizycznej i starzenia się,
- Klinika młodzieży itp.

Aby uzyskać dostęp do przychodni ambulatoryjnej, pacjent musi zostać skierowany przez lekarza rodzinnego lub specjalistę rehabilitacji.

Stanowe usługi rehabilitacyjne

Oferowany jest szereg stanowych wyspecjalizowanych usług rehabilitacyjnych dla określonych rodzajów urazów lub chorób, w tym m.in.:

- Urazy rdzenia kręgowego w Południowej Australii (SASCIS),
- South Australia Brain Injury Rehabilitation Services (SA BIRS).

Telerehabilitacja

Telerehabilitacja ma zapewnić najlepszą możliwą opiekę pacjentom tak blisko domu jak to możliwe. Usługi telerehabilitacyjne wykorzystują internetowe wideokonferencje (telezdrowia) do świadczenia usług rehabilitacyjnych osobom w ich domach za pośrednictwem telefonu lub komputera. Umożliwia także większości pacjentów w kraju dostęp do specjalistycznej opieki znacznie bliżej domu w lokalnej służbie zdrowia. Usługi telerehabilitacyjne świadczone są za pomocą bezpiecznej, zaszyfrowanej platformy i podobnie jak w przypadku osobistych konsultacji, zapewniają prywatność i poufność.

Usługi telerehabilitacyjne są dostępne dla wszystkich konsumentów i opiekunów rehabilitacji, tam gdzie jest to klinicznie uzasadnione, w tym dla wielu osób, które mogą przebywać na obszarach wiejskich i oddalonych. Telerehabilitację można wykorzystać do konsultacji lekarskich, pokrewnych ocen stanu zdrowia oraz konsultacji terapeutycznych i pielęgnacyjnych. Telerehabilitacja nie zastępuje wszystkich bezpośrednich konsultacji - działa w połączeniu z tymi spotkaniami w celu zmniejszenia:

- ciężaru podróży,
- kosztów zakwaterowania,
- czasu oczekiwania,
- stresu pacjenta, członków jego rodziny i opiekunów.

Istnieją dwa sposoby dostępu do telerehabilitacji: wypożyczenie sprzętu lub własne urządzenie.

Usługi z zakresu protetyki i zaopatrzenia ortopedycznego

Ortotyka i Protetyka SA (OPSA) zapewnia leczenie osobom z różną długością kończyn lub amputacją oraz dla potrzeb ortotycznych. Zespół projektuje, produkuje, dopasowuje protezy (sztuczne kończyny) oraz ortezy (szyny, szelki). Usługi OPSA dotyczą:

- leczenia pediatrycznego i dorosłych,
- specjalizacji dla kończyn górnych i dolnych,
- zindywidualizowanego podejścia w połączeniu ze współczesnymi rozwiązaniami.

6.3. System rehabilitacji leczniczej w Niemczech

Podstawowe zasady funkcjonowania niemieckiego systemu opieki zdrowotnej

Podstawowe elementy systemu ochrony zdrowia

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) organizowane jest przez państwo, które określa zasady funkcjonowania i finansowania systemu opieki zdrowotnej poprzez odpowiednie przepisy prawne gwarantujące, że ubezpieczeni otrzymają potrzebne im świadczenia na możliwie najwyższym poziomie wiedzy medycznej. Świadczenia te obejmują również ratownictwo medyczne oraz nagłą pomoc w czasie, gdy gabinety lekarskie są zamknięte. Obowiązujący obecnie sposób finansowania systemu opieki zdrowotnej w Niemczech wprowadziła ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym, która weszła w życie 1 stycznia 2007 r. Od tego dnia każdy mieszkaniec Niemiec podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby. Możliwe jest ubezpieczenie w ustawowej kasie chorych (niem. Die Gesetzliche Krankenkasse) lub prywatnie. 1 stycznia 2009 r. rozpoczął działalność Centralny Fundusz Zdrowia (niem. Gesundheitsfonds), będący podstawowym elementem ustawowej opieki zdrowotnej.

Drugim elementem są ustawowe kasy chorych, trzecim – świadczeniodawcy (lekarze oraz szpitale), czwartym – 70 mln świadczeniobiorców (ok. 90% społeczeństwa Niemiec; pozostałe 10% obywateli ubezpiecza się prywatnie).

Ustawowe kasy chorych są jednostkami prawa publicznego. Są zorganizowane głównie na poziomie landów, chociaż największe mają zasięg ogólnoniemiecki. Wykonują zadania powierzone im przez państwo, a jednocześnie pozostają niezależne finansowo i organizacyjnie. Kasy chorych podpisują umowy z lekarzami i szpitalami oraz zawierają porozumienia cenowe z wytwórcami leków.

W chwili obecnej tj. w roku 2017 w Niemczech występuje 113 kas chorych. Wobec silnej konkurencji na rynku kasy chorych muszą ograniczać swoje koszty administracyjne i zabiegać o jak największą liczbę członków. Obserwuje się więc tendencję do łączenia się kas chorych. Specjaliści oceniają, że za kilka lat na rynku niemieckim będzie funkcjonowało nie więcej niż 50 ogólnodostępnych ustawowych kas chorych. Istnieją oddzielne kasy chorych dla rolników i nie mogą oni przechodzić do innych kas chorych.

Rysunek 5. Model opieki w Niemczech



Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia Republiki Federalnej Niemiec

W Niemczech katalog świadczeń udzielanych ubezpieczonym ustalany jest przez Federalną Komisję Lekarzy i Kas Chorych. Rozliczenie zaświadczenia na rzecz osób ubezpieczonych w ustawowych kasach chorych są dokonywane na podstawie umów zbiorowych zawieranych między kasami chorych a stowarzyszeniami lekarzy. Rozliczenie poszczególnych świadczeń lekarskich odbywa się między lekarzem a Stowarzyszeniem

Lekarzy na podstawie systemu punktowego. Możliwość otwierania przez lekarzy nowych gabinetów na danym terenie jest ograniczona ustawowo. Ma to na celu zapobieganie nierównomiernemu nasyceniu lekarzami poszczególnych regionów kraju. Liczba i rodzaj lekarzy dopuszczonych do praktykowania na danym terenie jest ustalana w komisji składającej się z przedstawicieli kas chorych i landowego Stowarzyszenia Lekarzy. Kasy chorych współpracują wyłącznie z lekarzami po egzaminach specjalizacyjnych. Lekarzem specjalistą zostaje w Niemczech lekarz po kilkuletnim szkoleniu w określonej specjalności oraz po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego. Szczegółowe wymagania dotyczące lekarzy specjalistów określają Izby Lekarskie w poszczególnych landach. Wszyscy lekarze praktykujący w danym landzie są wpisani do rejestru lekarzy, prowadzonego przez Stowarzyszenie Lekarzy.

Każdy ubezpieczony mieszkaniec Niemiec ma w portfelu elektroniczną kartę zdrowia (podobną do bankomatowej) ze specjalnym chipem, na którym znajdują się jego dane. Idąc do lekarza, trzeba okazać tę kartę w rejestracji. Na tej podstawie lekarz rozlicza się z kasą chorych. Sam pacjent zasadniczo nie płaci za usługi. Oprócz umieszczonego na niej zdjęcia osoby ubezpieczonej, w chipie jest zakodowanych szereg danych o pacjencie (imię, nazwisko, adres zamieszkania, grupa krwi, numer ubezpieczonego, ubezpieczenie „europejskie”).

W roku 1996 wprowadzono prospektywne stawki za przypadek i za procedurę, co było wstępem do powszechnego wprowadzenia systemu case-mix. Od 01.01.2003 roku w Niemczech obowiązują Jednorodne Grupy Pacjentów (DRG), jako mechanizm finansowania szpitali. Niemiecki system bazował na zmodyfikowanym Australian Refined Diagnosis Related Groups.

Ochrona zdrowia finansowana jest z czterech podstawowych źródeł: podatków, funduszy pochodzących z ubezpieczeń społecznych, płatności pacjentów, ubezpieczeń prywatnych.

Opieka ambulatoryjna w Niemczech

Opieka ambulatoryjna w Niemczech, która jest domeną kas chorych, funkcjonuje przede wszystkim w oparciu o prywatną praktykę lekarską, organizowaną w różnych formach – gabinetu indywidualnego, praktyki grupowej, zespołu lekarskiego. Prowadzący praktykę prywatną ponosi wszystkie koszty funkcjonowania gabinetu, a więc m.in. wyposaża swój gabinet w urządzenia medyczne na własny koszt, opłaca personel, koszty najmu lokalu, podatki itp. Gabinety lekarskie w Niemczech są bardzo dobrze wyposażone, często dysponują najnowocześniejszym sprzętem diagnostycznym i leczniczym. Na szczeblu opieki ambulatoryjnej są wykonywane badania specjalistyczne, zabiegi i operacje, takie które w wielu innych krajach wykonywane są tylko w szpitalu (choć sytuacja ta ostatnio się zmienia). Doskonale wyposażenie prywatnych gabinetów lekarskich, a także przeniesienie części świadczeń ze szczebla szpitala na szczebel ambulatorium wynika w dużym stopniu z konkurencji wśród lekarzy, a także z dążenia do obniżenia kosztów funkcjonowania sfery zdrowotnej, w której najdroższe jest leczenie szpitalne.

Opieka ambulatoryjna finansowana jest poprzez negocjacje między kasami chorych, a stowarzyszeniami lekarzy. W 2007 roku, w Niemczech zarejestrowanych było 413696 lekarzy (5,03 lekarzy na 1000 mieszkańców).

Opieka stacjonarna w Niemczech

Opieka stacjonarna obejmuje specjalistów opieki ambulatoryjnej i opiekę szpitalną. Sieć szpitali tworzy 2240 placówek pracujących w trybie ostrych dyżurów, 1380 szpitali prewencji i rehabilitacji, 46 uniwersyteckich centrów medycznych, w których łącznie pracuje 145 tys. lekarzy. Połowa szpitali to szpitale publiczne, pozostałe to szpitale non-profit (prowadzone głównie przez Kościół i Czerwony Krzyż), a ponad 5% to szpitale komercyjne. Lekarze są zatrudnieni w szpitalach na etatach. W Niemczech na dzień 31.12.2015 było 1.956 szpitali natomiast w roku 2014 liczba ta wynosiła 1.980. Ograniczoność zasobów w zakresie opieki stacjonarnej skutkuje niestety kolejkami do specjalistów.

Rynek rehabilitacji w Niemczech

Rodzaje rehabilitacji leczniczej

W Niemczech wyróżnia się następujące rodzaje rehabilitacji:

- rehabilitacja osób niepełnosprawnych,
- rehabilitacja kardiologiczna,
- rehabilitacja neurologiczna,
- rehabilitacja ortopedyczna,
- rehabilitacja sportowa (medycyny sportu),
- rehabilitacja potraumatyczna (polytrauma- powypadkowa),
- rehabilitacja psychiatryczna,
- rehabilitacja psychosomatyczna,

- rehabilitacja dla osób niesłyszących (np. choroba zawodowa nauczycieli),
- rehabilitacja dziecka.

Koncepcja rehabilitacji leczniczej

Koncepcja rehabilitacji obejmuje trzy obszary: medyczny, edukacyjny / rehabilitacji zawodowej i społecznej. Poniższa wersja odnosi się głównie do rehabilitacji medycznej.

Oprócz zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, obejmuje głównie fizjoterapię, terapię zajęciową, logopedię, terapię psychologiczną, dietetykę i doradztwo żywieniowe, edukację zdrowotną, konsultacje i opiekę społeczną.

W Niemczech kontynuacją rehabilitacji jest tzw. rehabilitacja końcowa lub rehabilitacja po poważnej chorobie (niem. AR- Anschlussrehabilitation - rehabilitacja końcowa). Celem rehabilitacji końcowej jest przywrócenie pacjenta, po długim okresie choroby, do codziennego życia i pracy zawodowej oraz przede wszystkim odbudowanie jego sił fizycznych i witalnych. Rehabilitację po poważnej chorobie najlepiej przeprowadzić natychmiast po ostrej fazie leczonej choroby, ale nie później niż po upływie 14 dni. W zależności od nasilenia i czasu trwania danej choroby, rehabilitację końcową można przeprowadzić w warunkach stacjonarnych, półstacjonarnych i ambulatoryjnych. Zazwyczaj rehabilitacja końcowa trwa trzy tygodnie, a po konsultacji z lekarzem może być przedłużona do kilku tygodni. Rehabilitacja ma na celu przywrócenie utraconych umiejętności oraz pomóc uniknąć (zagrożającej) niepełnosprawności, aby prowadzić w miarę samodzielne życie. Rehabilitacja medyczna w Niemczech odbywa się głównie w placówkach stacjonarnych.

Ubezpieczenie emerytalne jest odpowiedzialne za osoby czynne zawodowo i ma za zadanie przywrócenie do czynnej pracy zarobkowej swojego ubezpieczonego.

Ubezpieczenie zdrowotne jest pomocne jeśli z przyczyn niezależnych występuje niemożliwość wykonywanej pracy. Oprócz tego występuje ustawowe ubezpieczenie wypadkowe (niem. Unfallversicherung, GUV), które jest wykorzystywane w sytuacji gdy konieczne jest wprowadzenie rehabilitacji niezbędnej po wypadku podczas pracy lub przestawiania. Pomimo dość dużego zaangażowania tylko niecałe 2 % (0,14 mld euro) wszystkich przypadków obsługiwane są w klinikach rehabilitacyjnych. Należy tutaj wspomnieć, że wydatki na rehabilitację w dużej mierze zależą od decyzji ustawodawcy. Przykładowo, od roku 1996 do 1997 wydatki spadły o około 19%, czyli prawie 1,5 mld euro w wyniku wejścia w życie ustawy o wspieraniu zatrudnienia (WFG).

W roku 2012 około 119 000 osób (około 90 500 zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin) poddanych zostało rehabilitacji stacjonarnej. W niektórych regionach landów, gdzie jest wysoki wskaźnik gospodarczy i pokaźny poziom zatrudnienia, rehabilitacja medyczna wynosiła powyżej 7 %.

Z danych ubezpieczenia rentowego wynika, że (bez rehabilitacji dziecięcej) średni wiek kobiet wynosił 51,8 lat, a mężczyzn 51,6, natomiast uczestnicy rehabilitacji ambulatoryjnej byli nieco młodszy.

Analiza z roku 2012 pokazuje, że rehabilitacja ortopedyczna (tzn. diagnozy z obszaru mięśni, szkieletu i tkanki łącznej) wynosiła 31,9 % i była jednym z najczęściej wykonywanych rodzajów rehabilitacji. W przypadku chorób psychicznych ich wartość wynosiła około 15,1 %, tuż za nimi klasyfikowały się choroby naczyniowo-sercowe z 14,7 % i choroby nowotworowe 11,2 %. Pozostałe kategorie diagnostyczne posiadały niewielkie znaczenie procentowe.

Jak wynika z danych niemieckiego funduszu emerytalnego spektrum chorób leczonych ambulatoryjnie i stacjonarnie jest znacznie zróżnicowany. W przypadku chorób leczonych stacjonarnie była to jedna trzecia (1/3) przypadków, natomiast ambulatoryjnie wynosiła około dwóch trzecich (2/3). Były to choroby systemu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. W roku 2012 ambulatoryjna rehabilitacja chorób psychicznych, przemiany materii i chorób nowotworowych była bardzo niska i wynosiła około 23 %.

Średni czas trwania rehabilitacji stacjonarnej w 2012 roku trwał około 25,5 dni. W przypadku rehabilitacji ambulatoryjnej zarówno u pacjentów z ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego (18,3 dni do 22,7 dni), jak i pacjentów z ubezpieczenia rentowo-emerytalnego (21 dni do 30 dni) jest znacznie skrócony.

W systemie przewidziane są również środki finansowe dla pracodawców. Przeznaczone są one na dotacje do prowadzenia szkoleń, subsydiowanie płac (do 70% kosztów wynagrodzenia przez okres 12–24 miesięcy), częściowy lub pełny zwrot kosztów zatrudnienia na okres próbny, programy służące zwiększeniu dostępności miejsc pracy dla osób z niepełnosprawnością. Wsparcie to udzielane jest przez Urząd ds. Integracji.

Jeśli leczenie jest w trybie ambulatoryjnym niewystarczające do osiągnięcia celów rehabilitacji (zapobieganie, eliminowanie, łagodzenie, równoważenie i zapobieganie pogorszeniu stanu lub złagodzenie skutków inwalidztwa lub potrzeby stałej opieki), usługi świadczone są w szpitalnej placówce rehabilitacyjnej. Osoby ubezpieczone podlegają współpłaceniu w wysokości 10 EUR dziennie, maksymalnie 28 dni kalendarzowych rocznie. Aby otrzymać usługi rehabilitacyjne zgodnie z zaleceniami, konieczne są dwa kroki. Za zgodą pacjenta, akredytowana przez SHI lekarz informuje fundusz chorobowy za pomocą krótkiej pisemnej formy, iż opieka lecznicza nie jest wystarczająca i wskazane są usługi rehabilitacyjne. Fundusz chorobowy sprawdza i bada zasadność tego leczenia. W drugim kroku lekarz akredytowany przez SHI zaleca ośrodek rehabilitacyjny. Skierowanie

na rehabilitację, zawiera informacje na temat potrzeby rehabilitacji, zdolność rehabilitacji, celu rehabilitacji i rokowań. Po tym SHI Medical Review Board analizuje wskazania rehabilitacyjne i skierowanie. Odpowiedzialny fundusz chorobowy określa rodzaj, czas trwania, zakres, początek, datę i wykonanie świadczonej usługi oraz kieruje się zaleceniami ramowymi w odniesieniu do treści usługi i wymagany czas trwania określone przez Federalną Radę Rehabilitacji. Opieka ambulatoryjna nie może trwać dłużej niż 20 dni leczenia lub trzy tygodnie w przypadku leczenia szpitalnego i może być powtarzana co cztery lata. Fundusze chorobowe mogą zezwalać jedynie na świadczenie usług rehabilitacyjnych w instytucjach oferujących usługi rehabilitacyjne, z którymi posiada umowę i które zapewniają stały nadzór medyczny, wykwalifikowany personel i postępowanie zgodnie z planem leczenia.

Organizacja rehabilitacji leczniczej

Rehabilitacja lecznicza posiada najczęściej nie tylko jeden dział leczenia (np. kardiologię), lecz wykonywana jest w obrębie różnych oddziałów (np. kardiologia i ortopedia). Wszystkich stacjonarnych oddziałów rehabilitacyjnych, finansowanych z ubezpieczenia rentowo-emerytalnego, jest 1 034. Z tego 300 są to ambulatoryjne centra rehabilitacji i 44 oddziały rehabilitacji dziecięcej (pediatrycznej).

Procentowy udział poszczególnych stacjonarnych oddziałów rehabilitacji odpowiada zapotrzebowaniu na rehabilitacji w poszczególnych chorobach.

Podczas interpretacji poszczególnych udziałów procentowych należy uwzględnić również ilość łóżek i czas trwania poszczególnych zabiegów. Można wyraźnie zaobserwować, że występuje prawie tyle samo oddziałów dla ortopedii (26 %), jak dla oddziałów uzależnień (23 %), mimo wszystko jest więcej zabiegów rehabilitacyjnych w zakresie ortopedii.

Specjalne oddziały rehabilitacji uzależnień posiadają przeciętnie mniej łóżek, jak to jest w przypadku oddziałów rehabilitacji ortopedycznej. Poza tym zabiegi rehabilitacji na oddziałach ortopedycznych trwają z reguły od trzech do czterech tygodni, a w przypadku rehabilitacji uzależnień nawet do kilku miesięcy.

Po rehabilitacji ortopedycznej i uzależnień występują z mniejszym udziałem procentowym od 14 %, 10 % i 7 % oddziały rehabilitacji psychosomatyczno-psychoterapeutyczne, onkologiczne, kardiologiczne i neurologiczne .

Tabela 41. Oddziały specjalistyczne w rehabilitacji w Niemczech

| Stacjonarny oddział specjalistyczny | Liczba oddziałów |
|-------------------------------------|------------------|
| Ortopedia | 287 |
| Uzależnienia | 249 |
| Neurologia | 75 |
| Psychoterapia | 148 |
| Onkologia | 106 |
| Kardiologia | 75 |
| Interna | 29 |
| Pneumologia/ Dermatologia | 37 |
| Gastrologia | 28 |
| Pediatryka | 44 |
| Suma | 1 078 |

Źródło: Niemieckie Ubezpieczenia Emerytalne, Rehabilitacja 2014.

Podobnie jak w przypadku rzadkiego występowania chorób, taki sam niski udział jest w rehabilitacji schorzeń gastrologicznych, pneumologicznych, dermatologicznych i internistycznych. Oddziały rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży posiadają również niski udział około 4 %.

Rehabilitowani pacjenci spędzają średnio 29 dni w oddziałach rehabilitacji stacjonarnej. Najdłużej trwają rehabilitacje chorób neurologicznych, psychicznych i uzależnień, od 37 do 89 dni.

Rozpatrując czas trwania rehabilitacji osobno dla kobiet i osobno dla mężczyzn nie zauważa się dużych różnic w przypadku pojedynczych grup diagnostycznych. Tylko w odniesieniu do chorób psychicznych jej czas trwania u kobiet wynosi jeden dzień krócej niż u mężczyzn.

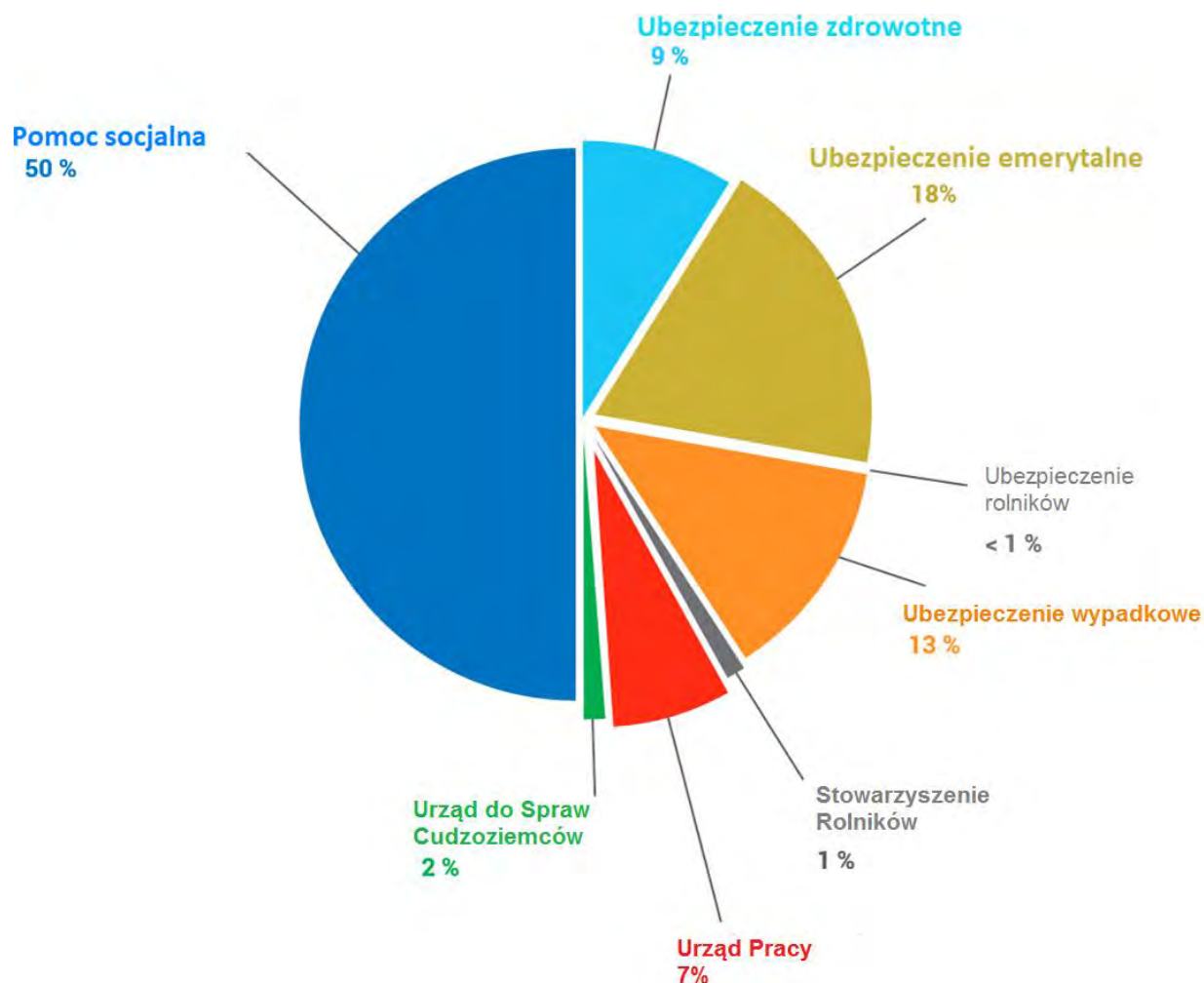
W rehabilitacji ambulatoryjnej w przypadku chorób szkieletu, mięśni, tkanki łącznej u kobiet wynosił 59 %, a w przypadku mężczyzn 65%. Jest to dużo więcej jak w przypadku rehabilitacji stacjonarnej

W 2012 r. było zatrudnionych w szpitalnych rehabilitacyjnych i emerytalnych funduszach 119 000 osób (około 90 500 ekwiwalentów pełnego czasu pracy). W niektórych obszarach wiejskich będzie to zatem stanowić istotny czynnik gospodarczy oraz pracodawczy. W niektórych obszarach, proporcja pracowników rehabilitacji medycznej wynosi więcej niż 7%.

Finansowanie rehabilitacji w Niemczech

Rehabilitacja w Niemczech jest finansowana z różnych źródeł.

Rysunek 6 Źródła finansowania rehabilitacji w Niemczech



Źródło: Narodowy Instytut Rehabilitacji (BAR).

Dopłaty

Wszyscy pacjenci powyżej 18. roku życia muszą uiszczać opłaty według następujących zasad:

- dopłata 10 euro za dzień w przypadku opieki szpitalnej i rehabilitacyjnej;
- dopłaty uiszczane są do 28 dni pobytu pacjenta w palcówce;
- limit dodatkowej płatności wynosi 2% dochodów brutto lub 1% w przypadku choroby chronicznej i przewlekłej.

Dane statystyczne:

- 1) Wydatki na rehabilitację stacjonarną w przypadku choroby fizycznej wynosiły około 2727,00 euro w przeliczeniu na pacjenta.
- 2) Rehabilitacja w przypadku chorób psychicznych trwała dłużej, a jej koszt wynosił 6285,00 euro na pacjenta.
- 3) 85 % pacjentów, w przeciągu dwóch ostatnich lat powróciło po rehabilitacji do czynnej pracy zawodowej.
- 4) Na wsparcie osób niepełnosprawnych i ich szybki powrót do pracy (50.613 przypadków) przeznaczono 187,45 mln euro.
- 5) Prognozy przewidują, że do roku 2060 liczba osób wymagających opieki wzrośnie do 4,7 mln., co oznacza, że 6% społeczeństwa będzie wymagało pomocy rehabilitacyjnej – dwa razy więcej jak obecnie.

Grupy DRG w rehabilitacji leczniczej – przykłady

Tabela 42 Grupy DRG w rehabilitacji leczniczej w Niemczech

| Kod grupy | Nazwa grupy | Waga | Taryfa (EUR) | Taryfa (PLN*) |
|-----------|--|-------|--------------|---------------|
| B42A | Wczesna rehabilitacja chorób i zaburzeń układu nerwowego, do 27 dni ze złożonym kompleksowym leczeniem neurologicznym ostrego udaru oraz chorób wielodyscyplinarnych oraz inne wczesne rehabilitacje z kompleksowym neurologicznym leczeniem ostrego udaru | 4,182 | 13 850,70 | 58 254,66 |
| B42B | Wczesna rehabilitacja chorób i zaburzeń układu nerwowego, do 27 dni bez neurologicznego kompleksowego leczenia neurologicznego ostrego udaru | 3,501 | 11 595,24 | 48 768,43 |
| B44A | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne chorób i zaburzeń układu nerwowego z poważnymi motorycznymi ograniczeniami, z neurologicznym kompleksowym leczeniem ostrego udaru. | 3,615 | 11 972,81 | 50 356,43 |
| B44B | Geriatryczne kompleksowe leczenie chorób i zaburzeń układu nerwowego z poważnymi motorycznymi ograniczeniami z kompleksowym leczeniem ostrego udaru lub bez poważnych motorycznych ograniczeń z kompleksowym leczeniem ostrego udaru | 3,065 | 10 151,22 | 42 695,01 |
| B44C | Geriatryczne, kompleksowe leczenie chorób i zaburzeń układu nerwowego z poważnymi motorycznymi ograniczeniami lub bez poważnych motorycznych ograniczeń z innym neurologicznym leczeniem ostrego udaru | 2,207 | 7 309,54 | 30 743,19 |
| B44D | Geriatryczne, kompleksowe leczenie chorób i schorzeń układu nerwowego bez poważnych motorycznych ograniczeń funkcyjnych bez kompleksowego leczenia ostrego udaru | 1,834 | 6 074,17 | 25 547,36 |
| E42Z | Geriatryczna, kompleksowa rehabilitacja chorób i schorzeń narządów oddechowych | 2,2 | 7 286,36 | 30 645,68 |
| B48Z | Wczesna rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym z ataksją mózdkową, bez ostrej paraplegii/tetraplegii lub innych neurologicznych schorzeń | 1,909 | 6 322,57 | 26 592,10 |
| F48Z | Geriatryczna, kompleksowa rehabilitacja chorób i schorzeń układu krążenia | 2,116 | 7 008,15 | 29 475,58 |
| G14Z | Geriatryczne kompleksowe leczenie rehabilitacyjne z określonymi OR- Procedurami chorób i schorzeń narządów trawiennych | 5,309 | 17 583,30 | 73 953,61 |
| G52Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne chorób i zaburzeń układu trawiennego | 2,15 | 7 120,76 | 29 949,19 |
| H44Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne chorób i schorzeń układu hepatologicznego i trzustki | 2,184 | 7 233,36 | 30 422,81 |
| I34Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne z poszczególnymi OR-Procedurami chorób i schorzeń układu mięśniowo szkieletowego i tkanki łącznej | 3,135 | 10 383,06 | 43 670,10 |
| I41Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne chorób i schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej | 1,955 | 6 474,92 | 27 232,87 |
| J44Z | Geriatryczne, kompleksowe rehabilitacyjne leczenie chorób i schorzeń skóry, tkanki podskórnej i piersi | 2,148 | 7 114,13 | 29 921,33 |
| K44Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne zaburzeń endokrynologicznych, chorób metabolicznych i przemiany materii | 2,132 | 7 061,14 | 29 698,45 |
| L44Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne chorób i schorzeń narządów układu moczowego | 2,256 | 7 471,83 | 31 425,76 |
| T44Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne chorób zakaźnych i pasożytniczych | 2,476 | 8 200,46 | 34 490,32 |
| U40Z | Geriatryczne, kompleksowe leczenie rehabilitacyjne chorób i zaburzeń psychicznych | 1,898 | 6 286,14 | 26 438,87 |

*według aktualnego kursu waluty 1 EUR= 4,2059 (kurs NBP z dn. 08.05.2017 r.)

Rehabilitacja a niepełnosprawność

Reforma polityki wobec tych osób z niepełnosprawnościami nastąpiła w Niemczech na przełomie stuleci. W II poł. lat 90. zredukowano subsydia płacowe, natomiast po 2002 r. wprowadzono nowe regulacje, mające przeciwdziałać bezrobociu wśród osób z niepełnosprawnością (prawo do asystenta w pracy, dostosowanie miejsc pracy, szkolenia, zatrudnienie w zmniejszonym wymiarze godzin).

Orzekaniem o niepełnosprawności zajmuje się w Niemczech personel medyczny, który dokonuje szczegółowej analizy stanu zdrowia. Następnie lekarz prowadzący sporządza raport, który zawiera zalecenia do kolejnych badań, a także ocenę zdolności danej osoby z niepełnosprawnością do zatrudnienia. W trakcie orzekania określa się, czy zdolność do pracy w przyszłości prawdopodobnie zostanie zachowana lub czy może zostać odzyskana albo ulec poprawie.

Stopnie niepełnosprawności

Niepełnosprawność określa się w skali od 20 do 100 punktów, przy czym wynik powyżej 50 punktów oznacza niepełnosprawność znaczną. W indywidualnych przypadkach do stopnia znacznego można też zaliczyć osoby o 30–50-procentowym stopniu niepełnosprawności, które nie są w stanie znaleźć zatrudnienia na otwartym rynku pracy.

Pracownicy ze znaczną niepełnosprawnością objęci są szczególną ochroną przed zwolnieniem. Planując redukcję zatrudnienia, pracodawca jest zobowiązany do zaoferowania osobie niepełnosprawnej innego stanowiska pracy, najlepiej o zbliżonym charakterze.

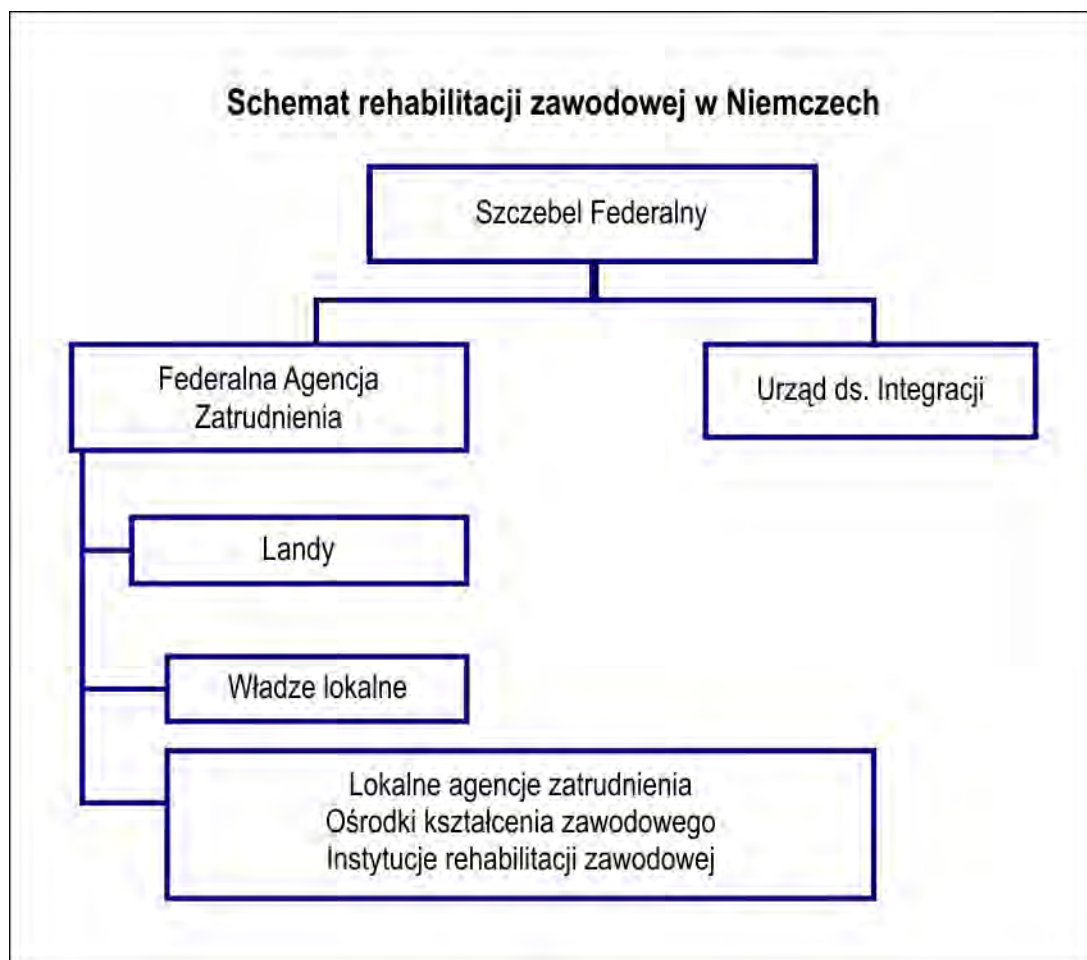
Jeśli pracodawca chce zwolnić osobę z niepełnosprawnością, musi skonsultować ten zamiar z Urzędem ds. Integracji. Urząd ocenia możliwość kontynuowania pracy, uwzględniając interesy obu stron.

Najpierw rehabilitacja, potem renta

Bardzo ważną zasadą niemieckiego systemu jest pierwszeństwo działań aktywizujących przed działaniami pasywnymi oraz położenie nacisku na rehabilitację, nie na świadczenia rentowe. Na możliwie wczesnym etapie stosowana jest więc rehabilitacja, a dopiero gdy nie przyniesie ona oczekiwanych skutków, osoba z niepełnosprawnością otrzymuje rentę.

Działania na rzecz osób z niepełnosprawnością sprawują instytucje na poziomie władz federalnych, landowych i gminnych. Na najwyższym szczeblu istnieją: wspomniany już Urząd ds. Integracji, odpowiedzialny za zatrudnienie, udzielanie świadczeń osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności, szczególną ochronę przed zwolnieniem, oraz Federalna Agencja Zatrudnienia zajmująca się doradztwem zawodowym i nadzorem nad wywiązywaniem się pracodawców z obowiązku zatrudniania wymaganej liczby osób z niepełnosprawnością. Na szczeblu lokalnym działają ośrodki kształcenia zawodowego i inne instytucje.

Rysunek 7 Schemat rehabilitacji zawodowej w Niemczech



Źródło: *Rehabilitacja zawodowa – stan aktualny i proponowane zmiany*, red. G. Uścińska i A. Wilmowska - Pietruszyńska, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2014

Różne formy wsparcia pacjenta

W niemieckim systemie istnieje wiele form rehabilitacji dostosowanych do potrzeb różnych grup osób z niepełnosprawnościami. Usługi rehabilitacji zawodowej udzielane są przez okres niezbędny do osiągnięcia celu rehabilitacji, czyli usamodzielnienia się danej osoby jako pracownika. Świadczenia pieniężne zasadniczo udzielane są przez 2 lata, okres ten można jednak w indywidualnych przypadkach wydłużyć.

Do form wsparcia należy m.in. **zatrudnienie wspomagane** obejmujące indywidualne szkolenie zawodowe i wsparcie zatrudnienia. Szkolenie prowadzone jest na otwartym rynku pracy, a każda osoba szkolona jest przez trenera (mentora). Etap ten może trwać do 2 lat. Następnie osoba z niepełnosprawnością otrzymuje wsparcie w znalezieniu stabilnego zatrudnienia. Tu nie obowiązuje czasowy limit pomocy.

Istnieją także **centra rehabilitacji zawodowej**, gdzie osoby z niepełnosprawnością (młodzież oraz dorośli) poddawane są kompleksowej rehabilitacji – medycznej, psychologicznej, zawodowej i społecznej. Efektywność centrów jest wysoka – 70% uczestników programu najpóźniej po roku znajduje zatrudnienie.

Niemiecki system rehabilitacji zawodowej jest zdecentralizowany, a oferowane usługi wsparcia są bardzo różnorodne. Istnieje tam instytucja „osobistego budżetu” – osoba z niepełnosprawnością może otrzymać kwotę pieniężną lub voucher i samodzielnie zdecydować, na jakie usługi z zakresu rehabilitacji przeznaczy tę sumę.

W Niemczech, podobnie jak w Polsce i we Francji, obowiązuje system kwotowy. Zgodnie z nim każdy niemiecki pracodawca, u którego pracuje ponad 20 osób, musi zatrudniać co najmniej 5% pracowników ze znaczną niepełnosprawnością. Jeśli firma postępuje wbrew tym zasadom, jest zobowiązana co miesiąc uiścić opłatę naliczaną od każdego miejsca pracy, które powinno być zajmowane przez osobę z niepełnosprawnością. Obecnie są to kwoty rządu 105–260 euro w zależności od wielkości przedsiębiorstwa i liczby dostępnych miejsc pracy.

Tak uzyskane środki przeznacza się na finansowanie świadczeń aktywizujących i przystosowanie miejsc pracy. W systemie nie istnieje jeden fundusz, z którego finansowane byłyby powyższe zadania. Funduszy i instytucji zajmujących się rehabilitacją medyczną, zawodową i społeczną jest wiele.

Do obowiązków niemieckich pracodawców, którzy zatrudniają co najmniej pięć osób z niepełnosprawnością, należy stworzenie stanowiska rzecznika pracowników niepełnosprawnych.

Częścią niemieckiego systemu są **zakłady pracy chronionej** zwane warsztatami dla osób niepełnosprawnych. Dostępne są głównie dla osób posiadających największy stopień niepełnosprawności, dlatego tylko niewielka liczba pracowników znajduje zatrudnienie na otwartym rynku. Osoby zatrudnione w warsztatach mają status podobny do statusu pracownika – są ubezpieczone, a po 20 latach otrzymują prawo do emerytury.

Od 2001 r. w Niemczech istnieje także „**osobisty budżet**”. Ta forma wsparcia pozwala osobie z niepełnosprawnością na wybór określonej kwoty pieniężnej lub vouchera zamiast usług i pomocy rzeczowej. Beneficjent sam pokrywa koszty rehabilitacji, przy czym rodzaje możliwych wydatków są szczegółowo opisane w umowie. Wyniki wstępnych badań pokazały, że „osobisty budżet” faktycznie wspiera niezależność i samodzielność osób z niepełnosprawnością.

Wsparcie dla pracodawców

W systemie przewidziane są również środki finansowe dla pracodawców. Przeznaczane są one na dotacje do prowadzenia szkoleń, subsydiowanie płac (do 70% kosztów wynagrodzenia przez okres 12–24 miesięcy), częściowy lub pełny zwrot kosztów zatrudnienia na okres próbny, programy służące zwiększeniu dostępności miejsc pracy dla osób z niepełnosprawnością. Wsparcie to udzielane jest przez Urząd ds. Integracji.

Rehabilitacja w ustawowym ubezpieczeniu wypadkowym

Podmioty ubezpieczenia wypadkowego odpowiadają za wszelkie świadczenia w zakresie:

- rehabilitacji leczniczej,
- rehabilitacji zawodowej,
- rehabilitacji społecznej,
- pielęgnacji,
- innych skutków wypadku.

Proces leczenia obejmuje:

- pierwszą pomoc na miejscu wypadku,
- leczenie przez lekarzy i dentystów,
- lekarstwa / środki lecznicze i pomocnicze,
- domową opiekę nad chorym,
- stacjonarne leczenie szpitalne,
- rehabilitację leczniczą,
- psychoterapię.

W procesie leczenia uwzględniane są kryteria jakościowe i dotyczą:

- lekarzy,
- fizjoterapeutów,
- szpitali,
- ośrodków rehabilitacyjnych,

- postępowania leczniczego,
- dopuszczenia lekarzy i szpitali przez DGUV.

Szpitalne wypadkowe (BG-Kliniken) specjalizują się w leczeniu chorób zawodowych i bardzo ciężkich obrażeniach np.:

- urazy wielonarządowe,
- paraliż,
- oparzenia,
- urazowe uszkodzenie mózgu,
- amputacje,
- kompleksowe obrażenia ręki,
- choroby płucne.

7. Obszary wymagające dalszych prac

Zaprezentowany w niniejszym Opracowaniu komplet materiałów kompleksowo prezentuje proponowaną koncepcję zmian w systemie rehabilitacji leczniczej. Szczegółowe informacje uzupełniające, zawarte w załącznikach do Opracowania nie uwzględniają jedynie świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej – świadczenia te są przedmiotem aktualnych prac Zepsou AOTMiT, a ich finalizacja została zaplanowana na połowę sierpnia 2018 r. Brakujący opis zostanie sporządzony zgodnie z prezentowanymi w Opracowaniu założeniami konceptualnymi.

Poniżej przedstawiono, inne obszary związane z systemem rehabilitacji leczniczej, które nie były analizowane w niniejszym Opracowaniu, ze względu na specyfikę analiz oraz przedmiot zleceń. Dotyczą one, m.in. aspektu polityki społecznej.

Rehabilitacja początkowa

Analizując kompleksowo organizację udzielania oraz finansowanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej należy uwzględnić również te świadczenia rehabilitacyjne, które pomimo, iż nie są finansowane w ramach umowy na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej stanowią, bardzo istotny, początkowy etap procesu rehabilitacyjnego, a więc świadczenia udzielane pacjentem na oddziałach fazy ostrej, gdzie leczona jest jego choroba podstawowa i powinna odbywać się tzw. rehabilitacja początkowa. Rehabilitacja początkowa w dużej mierze decyduje o końcowym wyniku całej rehabilitacji. Zaniedbania poczynione w rehabilitacji pacjenta na tym wstępnym etapie są często nieodwracalne. Wydaje się, iż aktualnie znaczenie rehabilitacji początkowej nie jest wystarczająco doceniane. Do takiego wniosku skłania szczegółowa analiza wymagań stawianych w zakresie rehabilitacji początkowej różnym oddziałom fazy ostrej, jaka została przeprowadzona w ramach prac projektowych. W przypadku większości oddziałów fazy ostrej nie są stawiane żadne oficjalne wymagania dotyczące rehabilitacji. Oddziały nie są zobligowane do zatrudnienia fizjoterapeutów (należy do nich także oddział neurochirurgii), wiele oddziałów ma bardzo nieprecyzyjne wymagania dotyczące rehabilitacji, zaledwie w przypadku kilku oddziałów kryteria dotyczące zasobów fizjoterapii i innych członków zespołu rehabilitacyjnego są precyzyjnie określone (np. oddział udarowy).

Wyniki wstępnego przeglądu literatury dotyczące omawianego zagadnienia wskazują następujące korzyści zdrowotne wynikające z realizacji świadczeń rehabilitacji początkowej:

Tabela 43. Wyniki niesystematycznego przeglądu korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji świadczeń rehabilitacji początkowej

| Interwencja | Efekt |
|--|--|
| Intensywna rehabilitacja poudarowa do 20 dni, vs 40-60 dni ¹⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • średni czas pobytu w szpitalu skraca się 9% • częstość występowania afazji 17,8% vs 28,9% • poprawa o 51,5% (według skali Bartel) we wczesnej fazie w stosunku do 27,7 |

¹⁰ Stefano Paolucci, MD, Gabriella Antonucci, PhD, Maria Grazia Grasso, MD, PhD, Daniela Morelli, MD, Elio Troisi, MD, Paola Coiro, MD, Maura Bragoni, MD, PhD Early versus delayed inpatient stroke rehabilitation: a matched comparison conducted in Italy Phys Med Rehabil 2000; 81: 695-700.

| | |
|---|---|
| Intensywna rehabilitacja na oddziale intensywnej terapii w stosunku do standardowej opieki | <ul style="list-style-type: none"> • poprawa w % w skali Bartel- 59 vs 35¹¹ • poprawa w % w skali FIM- 44,6 vs 34,2¹² |
| Prerehabilitacja wraz z wczesną rehabilitacją w stosunku do standardowej rehabilitacji po operacji kręgosłupa lędźwiowego ¹³ | <ul style="list-style-type: none"> • obniżenie kosztów całkowitych rehabilitacji o 30% • zwiększone zadowolenie z życia według skali 15D |

Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie przeglądu literatury

W ramach prac nad zleceniami przygotowano wstępną listę oddziałów, które powinny być ujęte w przyszłych pracach nad rehabilitacją początkową. W tym celu analitycy Agencji przesłali do konsultantów krajowych i wojewódzkich (współpracujących z Agencją) prośbę o wskazanie spośród wszystkich oddziałów, według rozporządzenia w sprawie systemu resortowych kodów, tych które w ich opinii powinny zostać uwzględnione w rehabilitacji początkowej. Wstępna analiza otrzymanych odpowiedzi wskazuje, iż potrzeba rehabilitacji początkowej powinna zostać zdefiniowana jako wymóg formalny, odnosząc się do ponad 20 rodzajów oddziałów (w wariacie zachowawczym).

Rehabilitacja początkowa nie została ujęta w propozycjach rozwiązań wypracowanych w ramach niniejszego projektu, gdyż wychodzi ona poza zakres aktualnego zlecenia Ministra Zdrowia ograniczonego do rehabilitacji leczniczej, jednakże ze względu na bardzo duże jej znaczenie Agencja postuluje by została ona uwzględniona w przyszłych zleceniach Ministra. Przyszłe ewentualne zlecenie dotyczące rehabilitacji początkowej musiałyby objąć zakres leczenia szpitalnego, bowiem do niego należą świadczenia, które są udzielane pacjentom na oddziałach fazy ostrej. Zapewne wiedza i doświadczenie z obecnie realizowanego zlecenia byłyby bardzo pomocne w wypracowaniu dobrych rozwiązań w rehabilitacji początkowej. Trzeba także mieć świadomość, że podniesienie i sformalizowanie wymagań dotyczących rehabilitacji początkowej będzie się wiązało prawdopodobnie z potrzebą podniesienia wyceny dużej liczby świadczeń szpitalnych, co może się przełożyć na istotne podniesienie kosztów leczenia szpitalnego.

Fizjoprofilaktyka

Oprócz tzw. pacjentów ostrych, którzy wymagają szybkiej i intensywnej rehabilitacji jest w Polsce bardzo liczna grupa pacjentów, którzy posiadają różnego rodzaju choroby przewlekłe. Pacjenci „oczekując w kolejkach” do rehabilitacji ambulatoryjnej, nierzadko, ze względu na aktualnie brak zdefiniowanych kryteriów włączenia do świadczeń, hospitalizowani są leczeni w ramach rehabilitacji stacjonarnej. Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna (POF) proponowana jako jedno z rozwiązań usprawniających system rehabilitacji nie zlikwiduje w całości omawianego problemu, POF będzie bowiem służyć uzyskiwaniu poprawy w okresach zaostrzeń dolegliwości u pacjentów. Niezbędne jest zatem uzupełnienie POF o rozwiązanie, które będzie wspomagało pacjentów w utrzymaniu, czy nawet pogłębieniu wyników rehabilitacji oraz profilaktyce zaostrzeń. Skutecznym sposobem do osiągnięcia tego celu jest stworzenie tzw. fizjoprofilaktyki, czyli świadczenia skierowanego do pacjentów z przewlekłymi schorzeniami, którzy wymagają długotrwałej systematycznej rehabilitacji w formie niskokosztowych i mało specyficznych zajęć grupowych systematycznie prowadzonych przez fizjoterapeutów. W ramach tego rodzaju „zajęć” pacjenci uczestniczyliby na podstawie skierowania/zlecenia wystawianego przez lekarzy POZ. Kierowanie przez lekarza oraz prowadzenie zajęć przez fizjoterapeutę zapewniłoby pełne bezpieczeństwo pacjentów oraz maksymalizację uzyskiwanego efektu fizjoprofilaktyki. Świadczenie to mogłoby być skierowane do pacjentów z przewlekłymi zespołami bólowymi kręgosłupa oraz zmianami zwyrodnieniowymi stawów, a także z innymi schorzeniami np.: pacjentów z osteoporozą, chorobami sercowo-naczyniowymi, POChP, chorobami neurologicznymi (stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, polineuropatie). Zajęcia z pacjentami mogłyby przyjąć formę gimnastyki, pływania, gier ruchowych, Nordic Walking itp. Jednym ze sposobów finansowania fizjoprofilaktyki mogłyby być środki finansowe, pozostające w dyspozycji jednostek samorządu terytorialnego przeznaczane na tzw. działalność fakultatywną. Fizjoprofilaktyka z powodzeniem funkcjonuje już w innych krajach, czego przykładem są Niemcy i Walia.

Fizjoprofilaktyka w Niemczech¹⁴

¹¹ Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 373(9678): 1874–82.

¹² Chen YH, Lin HL, Hsiao HF, Chou LT, Kao KC, Huang CC, et al. Effects of exer-cise training on pulmonary mechanics and functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Respir Care* 2012; 57(5): 727–34.25

¹³ Nielsen PR, Andreasen J, Asmussen M, Tønnesen H. Costs and quality of life for prehabilitation and early rehabilitation after surgery of the lumbar spine. *BMC Health Services Research* 2008, 8:209

¹⁴ http://www.kbv.de/media/sp/Muster_56.pdf

W Niemczech fizjoprofilaktyka przyjmuje dwie formy REHA Sport oraz Funktionstraining. Oba programy przeznaczone są dla osób ze ściśle określonymi chorobami przewlekłymi (między innymi: astma, POChP, epilepsja, stwardnienie rozsiane, wrodzona łamliwość kości – w REHA Sport, reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporoza, kolagenoza – w Funktionstraining) oraz innymi problemami zdrowotnymi np.: uszkodzenie mózgu ograniczonego stopnia oraz stan po amputacji (w REHA Sport). Skierowanie na fizjoprofilaktykę może obejmować okres od 1 do 3 lat. Dodatkowo lekarz decyduje, czy pacjent może ćwiczyć samodzielnie czy też musi wykonywać ćwiczenia w asyście drugiej osoby.

REHA-Sport - zawsze odbywa się w grupach podczas regularnych spotkań, co pomaga integracji pacjentów, a pojedyncze zajęcia trwają 45 minut. Pacjent ma możliwość wybrania dowolnego, honorowanego przez organizatorów REHA-Sport klubu sportowego lub gabinetu fizjoterapeutycznego. Zajęcia odbywają się w sali gimnastycznej, pływalni lub stadionie lekkoatletycznym. W ramach REHA Sport mogą być prowadzone różne zajęcia np. gimnastyka, pływanie, lekkoatletyka, gry ruchowe. Celem REHA Sport są: poprawa motoryki, wzmocnienie wytrzymałości i siły, poprawienie koordynacji ruchu i elastyczności stawów, wzmocnienie pewności siebie, zwłaszcza pacjentów, niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością.

Funktionstraining - występuje w formie aerobiku wodnego lub suchego (gimnastyka). Celem funktionstraining jest zapobieganie lub ograniczenie utraty funkcji poszczególnych organów i części ciała oraz poprawa funkcji ruchowych. Całkowity koszt REHA Sport oraz Funktionstraining wyniósł łącznie w 2015 roku ok. 234 mln EUR¹⁵.

Fizjoprofilaktyka w Walii¹⁶

W Walii fizjoprofilaktyka jest realizowana w formie National Exercise Referral Scheme (NERS). Program jest skierowany do osób w wieku od 16 lat z ryzykiem chorób przewlekłych narażonych na postępowanie choroby. Kryteriami kwalifikacji określono siedzący tryb życia (małą aktywność fizyczną < 3 razy w tygodniowo) oraz spełnienie przynajmniej jednego z następujących warunków: ból mięśniowo-szkieletowy, w tym ból pleców, ryzyko osteoporozy, zapalenie stawów (łagodne), podwyższone ciśnienie krwi powyżej 140/90 (oba), lub 180/100 (jedno z nich), BMI > 28, kontrolowana cukrzyca, wysoki poziom cholesterolu > 5,0, historia chorób serca lub cukrzycy w rodzinie, stwardnienie rozsiane, łagodny lęk, depresja lub stres. Jak widać w przypadku programu walijskiego kryteria wejścia są łagodniejsze niż w przypadku programów niemieckich. W NERS są także ustalone precyzyjne kryteria wyłączenia z programu obejmujące szereg przeciwwskazań medycznych np.: niekontrolowany częstoskurcz, zaburzenia rytmu serca, wada zastawkowa serca, niewyjaśnione zawroty głowy, nadmierna lub niewyjaśniona duszność przy wysiłku, niekontrolowana lub słabo kontrolowana cukrzyca, niekontrolowana lub słabo kontrolowana padaczka. Program zazwyczaj trwa 16 tygodni (w zależności od skierowania od 4 do 32 tygodni) zajęcia standardowo odbywają się 2 razy w tygodniu. Pojedyncza sesja zajęć trwa 1 godzinę. Zajęcia możliwe do realizacji w ramach programu obejmują: ćwiczenia gimnastyczne, ćwiczenia mało obciążające, pływanie, zumba, joga, aerobik, spacerowanie itp. (dostępność ćwiczeń może być różna w zależności od lokalizacji). Nad uczestnikami programu sprawowana jest specjalistyczna opieka. Obejmuje ona między innymi konsultację wstępną odbywaną w celu wypełnienia kwestionariusza stylu życia, dokonania prostych pomiarów zdrowotnych (ciśnienie, tętno, pomiar masy ciała i obwodu talii), ustalenia celów uczestnictwa w programie i zmotywowania pacjenta. W trakcie uczestnictwa w programie odbywane są okresowe rozmowy telefoniczne z instruktorami dotyczące przeglądu celów i motywacji, a po 12-miesiącach od rozpoczęcia programu dokonywany jest przegląd obejmujący powtórzenie kontroli zdrowotnej z konsultacji wstępnej.

Decydenci służby zdrowia w Walii przeznaczyli na program w roku budżetowym 2016-2017 ok. 3,5 mln GBP, a władze samorządowe ok. 1,4 mln GBP. W roku budżetowym 2015-2016 wydano pacjentom 29,4 tys. skierowań na NERS, z czego ok. 17,9 tys. (61%) pacjentów uczestniczyło w pierwszej konsultacji, a na wzięcie udziału w programie zdecydowało się ok. 14,9 tys. osób¹⁷.

Podsumowanie

Fizjoprofilaktyka obejmuje zakres nie tylko chorób układu kostno-stawowego, ale również innych układów ludzkiego organizmu. Fizjoprofilaktyka może być stosowana zarówno w profilaktyce pierwotnej w celu zapobiegania wystąpieniu choroby u osób z czynnikami ryzyka, jak również w ramach profilaktyki wtórnej w celu zapobieżenia pogorszenia się stanu zdrowia u osób, które już zaczęły chorować na chorobę przewlekłą. Zapewne bardzo dobrze wpisuje się ona w obecne i przyszłe potrzeby zdrowotne polskiego społeczeństwa i w budowanie postawy zaangażowania pacjentów w sprawy swojego zdrowia oraz odpowiedzialności za nie.

Poniższe sugestie obszarów wymagających zmian w systemie rehabilitacji leczniczej są wyłącznie zestawieniem postulatów ekspertów współpracujących z AOTMiT. Nie były one jak dotąd przedmiotem analiz.

¹⁵ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/323986/umfrage/rehabilitation-und-teilhabe-ausgaben-der-gkv-nach-art-der-massnahmen/>

¹⁶ <http://wlga.wales/national-exercise-referral-scheme-ners>

¹⁷ <http://www.senedd.assembly.wales/documents/s64309/ELGC5-20-17%20Paper%203.pdf>

Skuteczna walka z odleżynami

W obszarze rehabilitacji istotny problem stanowią odleżyny. Pacjenci, u których doszło do wytworzenia odleżyn nie tylko narażeni są na spowodowany nimi ból, odleżyny utrudniają lub nawet uniemożliwiają prowadzenie skutecznej rehabilitacji. W związku z powyższym postuluje się wprowadzenie skutecznych metod walki z odleżynami, rejestracji faktu ich powstania w ten sposób by jednoznacznie można było określić świadczeniodawcę, u którego do nich doszło.

Uniemożliwienie nadużywania uprawnień do udzielenia świadczeń

Aktualne rozwiązania bazodanowe w systemie ochrony zdrowia w Polsce uniemożliwiają identyfikowanie, ile razy i gdzie pacjent skorzystał z przysługujących mu uprawnień do rehabilitacji. Nie ma systemu weryfikacji czy pacjent oczekuje w kolejce do innych świadczeniodawców. Niektórzy pacjenci wykorzystują te „słabości” systemu i nadużywają swoich uprawnień do świadczeń. Niezbędne jest zatem wprowadzenie narzędzi kontrolnych w postaci Centralnej Bazy Danych służących do weryfikacji zapisywania się do kolejek oraz korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych. Każdy świadczeniodawca miałby obowiązek sprawdzenia w rejestrze czy zgłaszający się do niego na rehabilitację pacjent nie wyczerpał już przysługującego mu limitu na świadczenia rehabilitacyjne.

Udostępnienie hospitalizowanemu pacjentowi indywidualnie dobranego sprzętu rehabilitacyjnego

Zgodnie z opinią ekspertów pacjenci w trakcie pobytu na oddziałach rehabilitacyjnych nie korzystają z właściwie dobranych, tj. stosownie do swoich indywidualnych potrzeb wózków, protez i ortez. Przyczyn tego zjawiska upatruje się w niesprzyjających regulacjach prawnych. Aktualnie nakazują one finansowanie wszystkich świadczeń u hospitalizowanego pacjenta ze środków, z których finansowana jest hospitalizacja. W wyniku tej sytuacji pacjent nie korzysta w trakcie pobytu na oddziale rehabilitacyjnym z dobranego do swoich potrzeb sprzętu rehabilitacyjnego, co utrudnia rehabilitację. Jakikolwiek sprzęt rehabilitacyjny pacjent dostaje dopiero po wyjściu ze szpitala. Postulowane jest zatem umożliwienie dopasowywania i wydawania na oddziale rehabilitacyjnym wózków, protez i ortez w trakcie rehabilitacji w szpitalu, które byłyby używane przez pacjentów także po wypisie z oddziału rehabilitacyjnego i nie byłyby finansowane ze środków świadczeniodawcy.

Zwiększenie poziomu wiedzy rehabilitowanego pacjenta o swojej chorobie i uprawnieniach

Przygotowanie standardowych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną materiałów informacyjnych dla pacjentów, na temat najczęstszych schorzeń rehabilitowanych oraz zaleceń rehabilitacyjnych z nimi związanych, które byłyby dystrybuowane wśród pacjentów leczonych w różnych warunkach realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej. Dużym problem jest również w braku kompleksowej informacji o uprawnieniach rehabilitowanego pacjenta i różnych aspektach rehabilitacji leczniczej, zawodowej i społecznej, która jest często organizowana przez różnego rodzaju instytucje. Docelowo można rozważyć stworzenie internetowej platformy dla rehabilitowanych pacjentów, która dostarczałaby kompleksowej informacji dla pacjentów. Działania te mogłyby być współfinansowane przez instytucje zaangażowane w szeroko rozumianą rehabilitację tj. ZUS, KRUS i PFRON.

Analiza zasadności wprowadzenia kardiologicznej rehabilitacji pediatrycznej

W ramach prac projektowych analizowana była kwestia utworzenia świadczeń kardiologicznej rehabilitacji pediatrycznej. Zespołowi projektowemu przekazano opis założeń do pilotażowego projektu pt. „Program rehabilitacji kardiologicznej u dzieci z chorobami układu sercowo-naczyniowego (CHUSN)”, przygotowany przez zespół z Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie. Na chwilę obecną projekt jest na etapie budowania koncepcji, a zakładany czas jego realizacji ma wynieść od 24-36 miesięcy. Dopiero po jego zakończeniu będzie wiadomo, czy przyniósł on spodziewane rezultaty i czy należy dogłębnie przeanalizować zasadność wyodrębnienia produktów dedykowanych kardiologicznej rehabilitacji kardiologicznej.

Umożliwienie lekarzom rehabilitacji udziału w stosowaniu pompy baklofenowej

Ważnym obszarem wymagającym zmian jest także leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej. Obecnie w cały proces związany z kwalifikacją do wszczepienia pompy, jej wszczepieniem, dostosowaniem dawki i uzupełnianiem pompy są zaangażowani neurochirurdzy. Posiadanie pompy może przynieść największe korzyści dla pacjenta tylko w przypadku odpowiednio prowadzonej rehabilitacji. W związku z powyższym niezbędne wydaje się skoordynowanie procesu rehabilitacji z wszczepieniem pompy i korzystaniem z możliwości, jakie ona daje w zwalczeniu spastyczności występującej u pacjenta.

Umożliwienie lekarzom rehabilitacji udziału w terapii toksyną botulinową

Jednym z problemów, z którymi borykają się lekarze rehabilitacji jest brak możliwości sprawowania kompleksowej opieki nad pacjentem ze spastycznością. Stawka za osobodzień na oddziale rehabilitacji neurologicznej jest na tyle niska, że nie daje możliwości leczenia spastyczności toksyną botulinową. W szczególności problem ten dotyczy pacjentów po udarze mózgu. Istniejący program lekowy leczenia spastyczności toksyną botulinową

u tych pacjentów nie uwzględnia możliwości podawania jej przez lekarzy rehabilitacji medycznej na oddziałach rehabilitacji neurologicznej, czy też w poradniach rehabilitacyjnych. W obecnie obowiązujących uregulowaniach podawaniem botuliny zajmują się neurologi, a kryterium czasowym do włączenia tej terapii u pacjenta jest upływ co najmniej 3 miesięcy od przebytego udaru mózgu potwierdzonego wypisem ze szpitala. Trzy miesiące po udarze pacjent powinien być w trakcie rehabilitacji prowadzonej pod opieką lekarza rehabilitacji w związku z tym, wydaje się, że lekarz rehabilitacji powinien mieć możliwość podawania toksyny botulinowej. Dzięki takiemu rozwiązaniu można byłoby lepiej zsynchronizować podawanie botuliny z rehabilitacją, dzięki czemu uzyskano by lepsze wyniki rehabilitacji.

8. Załączniki

| Lista załączników | | |
|--------------------------|-------------------------|--|
| Lp. | Numer załącznika | Nazwa dokumentu |
| 1. | Załącznik 1 | Opisy świadczeń |
| 2. | Załącznik 2 | Wykaz procedur w poszczególnych profilach interwencji |
| 3. | Załącznik 3 | Raport - Rehabilitacja neurologiczna pacjentów po udarze mózgu – przegląd rekomendacji klinicznych |
| 4. | Załącznik 4 | Raport - Rehabilitacja neurologiczna pacjentów po urazie rdzenia kręgowego – przegląd rekomendacji klinicznych |
| 5. | Załącznik 5 | Uwagi zewnętrzne |
| 6. | Załącznik 6 | Zestawienie uwag po konsultacjach dokumentu pn. „Koncepcja zmian w zakresie gwarantowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej” |

9. Spis rycin i tabel

Tabele

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Uczestnicy Zespołu Ekspertskiego, współpracujący z AOTMiT | 6 |
| Tabela 2. Uczestnicy Zespołu Opiniodawczo-Doradczego współpracujący z AOTMiT | 7 |
| Tabela 3. Liczba osób korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w Polsce w latach 2016-2017 | 8 |
| Tabela 4. Wartość zrealizowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2017 | 10 |
| Tabela 5. Średni rzeczywisty czas oczekiwania ze względu na miejsce realizacji świadczeń w rehabilitacji leczniczej | 11 |
| Tabela 6. Udział grup procedur ICD-9 - zakres fizjoterapii ambulatoryjnej | 25 |
| Tabela 7. Ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta wskazana w zarządzeniu Prezesa NFZ | 27 |
| Tabela 8. Lista osób uprawnionych do świadczeń | 28 |
| Tabela 9. Dane dotyczące rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 2015-2017 | 29 |
| Tabela 10. Liczba oraz wartość świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej finansowanych ze źródeł finansowych pochodzących z KRUS | 31 |
| Tabela 11. Podstawowe informacje na temat analizowanych specjalizacji lekarskich | 33 |
| Tabela 12. Podstawowe informacje na temat aktywności zawodowej lekarzy specjalizacji rehabilitacyjnych | 35 |
| Tabela 13. Wyniki prognozy liczby lekarzy specjalizacji rehabilitacyjnych dla okresu najbliższych 5 i 10 lat | 36 |
| Tabela 14. Fizjoterapeuci z przyznanym Prawem Wykonywania Zawodu (PWZFz) | 37 |
| Tabela 15. Informacje o bazie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologii klinicznej oraz liczbie osób specjalizujących się wg stanu na 2016 r. oraz o bazie akredytacyjnej i potencjalnej liczbie miejsc do uzyskania specjalizacji do 2022 r. | 39 |
| Tabela 16. Informacje na temat systemu kształcenia terapeutów zajęciowych | 40 |
| Tabela 17. Proces diagnostyczno-terapeutyczny zespołów bólowych kręgosłupa (ICD-10: M40-M54) – części programu | 44 |
| Tabela 18. Proces diagnostyczno-terapeutyczny choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych (ICD-10: M16, M17) – części programu | 45 |
| Tabela 19. Zestawienie rodzajów miejsc realizacji świadczeń ze względu na odpowiadający im profil świadczeń | 49 |
| Tabela 20. Zestawienie zakresu interwencji w zakresie rehabilitacji leczniczej ze względu na miejsca udzielania świadczeń w rehabilitacji leczniczej | 50 |
| Tabela 21. Zestawienie personelu medycznego udzielającego świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej ze względu na miejsca udzielania świadczeń | 51 |
| Tabela 22. Klasyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych na użytek konstrukcji świadczeń | 52 |
| Tabela 23. Wykaz świadczeń zaprojektowanych zgodnie „Koncepcją zmian w organizacji i funkcjonowaniu rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce” | 52 |
| Tabela 24. Lista miejsc udzielania świadczeń - stan obecny vs. propozycja zmian | 62 |
| Tabela 25. Wykaz propozycji rozmieszczenia miejsc udzielania świadczeń z uwzględnieniem przyjętych kryteriów przestrzennych | 63 |
| Tabela 26. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej | 65 |
| Tabela 27. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji neurologicznej | 67 |
| Tabela 28. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej | 69 |
| Tabela 29. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej | 71 |
| Tabela 30. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla oddziału stacjonarnej kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej | 73 |
| Tabela 31. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej | 74 |
| Tabela 32. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej dziennej | 76 |
| Tabela 33. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji pediatrycznej dziennej | 78 |
| Tabela 34. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla ośrodka kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej dziennej | 80 |
| Tabela 35. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej | 82 |
| Tabela 36. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii | 83 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 37. Porównanie zakresu świadczeń aktualnie finansowanych ze środków publicznych oraz zakresu świadczeń wynikającego z prezentowanej koncepcji zmian | 84 |
| Tabela 38 Poziomy usług rehabilitacyjnych w Wielkiej Brytani | 101 |
| Tabela 39 Kategorie potrzeb rehabilitacyjnych w Wielkiej Brytanii | 102 |
| Tabela 40 Klasyfikacja AN-SNAP epizodów rehabilitacyjnych w Australii | 107 |
| Tabela 41. Oddziały specjalistyczne w rehabilitacji w Niemczech | 115 |
| Tabela 42 Grupy DRG w rehabilitacji leczniczej w Niemczech..... | 116 |
| Tabela 43. Wyniki niesystematycznego przeglądu korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji świadczeń rehabilitacji początkowej | 120 |

Rysunki

| | |
|---|-----|
| Rysunek 1. Liczba umów z zakresu fizjoterapia domowa w 2018 roku | 12 |
| Rysunek 2. Wartość umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w I połowie 2018 roku | 23 |
| Rysunek 3. Publiczne źródła finansowania rehabilitacji w Polsce w 2016 r..... | 28 |
| Rysunek 4. Model kompleksowej rehabilitacji leczniczej | 59 |
| Rysunek 5. Model opieki w Niemczech | 112 |
| Rysunek 6 Źródła finansowania rehabilitacji w Niemczech..... | 116 |
| Rysunek 7 Schemat rehabilitacji zawodowej w Niemczech | 118 |

Wykresy

| | |
|---|----|
| Wykres 1. Struktura wiekowa pacjentów korzystających z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ w latach 2016 i 2017 | 9 |
| Wykres 2. Struktura wiekowa pacjentów korzystających z rehabilitacji finansowanej przez ZUS w latach 1996-2015 | 9 |
| Wykres 3. Średni koszt rehabilitacji udzielonej świadczeniobiorcom z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych w przedziałach wiekowych..... | 10 |
| Wykres 4. Wartość umów z zakresu fizjoterapia domowa (I połowa 2018 roku, mln PLN) | 12 |
| Wykres 5. Wartość umów z zakresu fizjoterapia domowa w przeliczeniu na 10 000 osób (I połowa 2018 roku, PLN)..... | 13 |
| Wykres 6. Udział procentowy świadczeniodawców, w których nie odnotowano kolejki do uzyskania świadczenia | 20 |
| Wykres 7. Udział procentowy świadczeniodawców spełniających kryterium do 30 dni oczekiwania na udzielenie świadczenia | 21 |
| Wykres 8. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (pozycja B2 planu finansowego NFZ)..... | 22 |
| Wykres 9. Wartość umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w przeliczeniu na 10 000 osób (I połowa 2018 roku w tys. PLN) | 23 |
| Wykres 10. Udział grup procedur ICD-9 - zakres fizjoterapii ambulatoryjnej*..... | 25 |
| Wykres 11. Histogram wieku lekarzy specjalistów (łączenie dla wszystkich specjalności oraz mężczyzn i kobiet)..... | 34 |
| Wykres 12. Liczba lekarzy specjalistów wg roku uzyskania specjalizacji | 34 |
| Wykres 13. Najczęstsze dodatkowe specjalizacje posiadane przez lekarzy rehabilitacji | 35 |