

Aktualne zasady finansowania procedur medycznych, w tym rehabilitacji, w systemie publicznej opieki zdrowotnej.



**Wskazania do leczenia rehabilitacyjnego
w systemie prywatnym.**

Spis treści

Wstęp.....	str. 2
Jak działa system ochrony zdrowia w Polsce?	str. 3
– Dorota M. Fal – Doradca Zarządu PIU	
Rodzaje rehabilitacji powypadkowej	str. 26
– prof. dr n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska	
Znaczenie rehabilitacji w ograniczaniu niepełnosprawności.	str. 42
Istniejące standardy rehabilitacji w Polsce	
– dr hab. n. med. prof. nadzw. Krystyna Księżopolska-Orłowska	
Wskazania do leczenia i rehabilitacji u osób po wypadkach	str. 62
– dr hab. n. med. Joanna Bugajska – Kierownik Zakładu Ergonomii Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy	
Optyka procesowa, pokrywanie kosztów leczenia prywatnego przez zakłady ubezpieczeń w świetle orzecznictwa sądowego	str. 78
– Łukasz Wilma – Radca Prawny	

Wstęp

13 grudnia 2016 r. Polska Izba Ubezpieczeń zorganizowała konferencję naukowo-szkoleniową pt. „Aktualne zasady finansowania procedur medycznych, w tym rehabilitacji, w systemie publicznej opieki zdrowotnej. Wskazania do leczenia rehabilitacyjnego w systemie prywatnym”. Konferencja dedykowana była osobom, które w zakładach ubezpieczeń zajmują się likwidacją szkód osobowych i stanowiła swoiste kompendium wiedzy dla ww. osób.

Konferencję otworzyła Dorota M. Fal, Doradca Zarządu PIU, która podniosła kwestię sposobu działania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Rodzaje rehabilitacji powypadkowej omówiła prof. dr n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – Prezes Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego, która podkreśliła znaczenie rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej w powrocie poszkodowanego do zdrowia i życia codziennego.

Głos zabrała także dr hab. n. med. prof. nadzw. Krystyna Księżopolska-Orłowska – konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, która omówiła znaczenie rehabilitacji w ograniczaniu niepełnosprawności i podniosła zagadnienie standardów rehabilitacji istniejących w Polsce.

W dalszej części spotkania głos zabrała dr hab. n. med. Joanna Bugajska – Kierownik Zakładu Ergonomii Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, która omówiła wskazania do leczenia i rehabilitacji u osób po wypadkach.

Zwieńczeniem konferencji był wykład mec. Łukasza Wilmy, który w aspekcie uchwały SN z dnia 19 maja 2016 r. dotyczącej kosztów leczenia i rehabilitacji, zaprezentował optykę procesową i zasadność pokrywania kosztów leczenia prywatnego przez zakłady ubezpieczeń w świetle orzecznictwa sądowego.

Zapraszamy Państwa do zapoznania się z treścią wystąpień oraz prezentacjami prelegentów.

Polska Izba Ubezpieczeń

Jak działa system ochrony zdrowia w Polsce?

Dorota M. Fal

W chwili obecnej system opieki zdrowotnej w Polsce stoi przed wyzwaniami oraz przed zmianami zapowiadany przez rząd, a określanymi przez ekspertów jako rewolucyjne.

Otoczenie opieką zdrowotną Polaków jest niewątpliwą wartością, zarówno w rozumieniu ekonomicznym, jak i humanitarnym. W kolejnych badaniach opinii publicznej, Polacy wskazują zdrowie jako najwyższą, najcenniejszą wartość.

Biorąc pod uwagę istotność zdrowia społeczeństwa i wszystkich obywateli z osobna, nic dziwnego, że w Polsce, podobnie jak w większości krajów z naszego kręgu kulturowego, podstawy systemu zdrowotnego zostały zdefiniowane w najważniejszym akcie prawnym, czyli Konstytucji RP.

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie **Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego** (wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r.) nie przesądza, który model organizacyjno-prawny systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinien zostać wprowadzony w przyszłości. Powinien być on jednak oparty na równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych z środków publicznych.

Niestety, system ochrony zdrowia zmagają się z niedoborami środków, zwłaszcza publicznych, które zgodnie z ustawą, finansują dostęp do szerokiego, zdefiniowanego koszyka świadczeń gwarantowanych. Jednakże ani ustawa, ani inne akty prawne nie definiują jednak czasu oczekiwania na te świadczenia. I właśnie okresy oczekiwania są podstawową przyczyną zainteresowania pacjentów prywatną opieką zdrowotną.

Na początek istotne jest jednak, aby zdefiniować pojęcia opieki zdrowotnej używane w artykule. Jako publiczną opiekę zdrowotną definiujemy taką, która jest finansowana ze środków publicznych, czyli za którą płaci płatnik publiczny, tj. Narodowy Fundusz Zdrowia.

Publiczny system ochrony zdrowia dostarcza pacjentom świadczeń na każdym z poziomów opieki zdrowotnej – lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarza, który na co dzień opiekuje się każdym z obywateli, którego to każdy wybiera samodzielnie i potwierdza ten wybór wpisem na tzw. listę aktywną lekarza. Narodowy Fundusz Zdrowia płaci ryczałtową opłatę lekarzowi za każdego zapisanego pacjenta. Lekarz z kolei udziela pomocy pacjentowi, a w razie potrzeby kieruje na badania laboratoryjne, diagnostyczne, kieruje pod opiekę specjalisty stanowiącego kolejny poziom opieki zdrowotnej, na rehabilitację lub bezpośrednio do szpitala. Warto zdawać sobie sprawę, jak ogromna ilość świadczeń jest udzielana pacjentom na poziomie lekarza pierwszego kontaktu – jest to ponad 1,2 mld świadczeń, podczas gdy diagnostyka, lekarze specjaliści i szpitale udzielają rocznie kolejnych ponad 600 milionów świadczeń.

Warto podkreślić, że dla tak przyjętej definicji publicznej opieki zdrowotnej nie ma znaczenia własność placówki opieki zdrowotnej, w której udzielane są świadczenia, czyli np. przychodni – czy jest to placówka publiczna, czy należąca do osoby lub firmy prywatnej. Z pewnością większość osób nie zdaje sobie sprawy z faktu, że niemal wszystkie przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej i ponad 80% przychodni specjalistycznych oraz ogromna część laboratoriów, placówek diagnostycz-

nych, a także część szpitali jest własnością prywatną, a przecież udzielają świadczeń w ramach systemu publicznego, tzn. płaci za nie Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście, aby udzielać świadczeń w systemie publicznym placówka opieki zdrowotnej musi zawrzeć stosowną umowę z NFZ.

Zdecydowanie mniejsza, ale także istotna część świadczeń opieki zdrowotnej jest udzielana w systemie prywatnym. Co oznacza system prywatny? Rozumiemy przez niego wszystkich płatników, którzy finansują świadczenia opieki zdrowotnej ze środków niepublicznych, czyli tak naprawdę jest to każdy, kto płaci za usługę ze środków prywatnych – sam pacjent, jego pracodawca, ubezpieczyciel oraz centrum medyczne w ramach zawartej umowy ubezpieczenia zdrowotnego czy abonamentu, ale także ubezpieczyciel pokrywający koszty leczenia prywatnego w ramach odszkodowania.

Struktura uczestników systemu publicznej opieki zdrowotnej w uproszczeniu wygląda następująco:

1. Ministerstwo Zdrowia, które wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działający przy nim konsultanci krajowi w poszczególnych specjalnościach medycznych, płatnik publiczny, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia (przeznaczony zresztą do likwidacji zgodnie z planami obecnego rządu),
2. organy kontroli i nadzoru, do których zaliczamy m. in. Państwową Inspekcją Sanitarną (tzw. Sanepid), Państwową Inspekcję Farmaceutyczną,
3. Rzecznik Praw Pacjenta,
4. Wojewodowie i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych specjalnościach medycznych,
5. świadczeniodawcy, czyli podmioty lecznicze, które mogą prowadzić działalność jako przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia oraz kościoły. Do podmiotów wykonujących działalność leczniczą zalicza się również praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarskie oraz położnicze,
6. apteki,
7. inni świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń na podstawie umowy z NFZ oraz świadczeniodawcy, czyli pacjenci, którzy zwracają się o udzielenie lub korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jak wygląda podział pieniędzy publicznych wydawanych na opiekę zdrowotną w Polsce? Budżet narodowego płatnika, czyli NFZ, blisko w połowie przeznaczony jest na finansowanie procedur szpitalnych. To bardzo dużo. Doświadczenia innych krajów oraz eksperci wskazują, że ciężar wydatków powinien przesuwać się w kierunku zwiększania liczby procedur wykonywanych ambulatoryjnie i przesuwania środka ciężkości finansowania opieki zdrowotnej w kierunku leczenia pozaszpitalnego pacjentów, redukując pobytu w szpitalu do niezbędnego minimum. Udział kosztów szpitalnych w budżecie płatnika w Polsce przekracza 49%. Inne zasadnicze pozycje w tym budżecie to podstawowa opieka zdrowotna na poziomie ok. 13%, ambulatoryjna opieka zdrowotna wynosząca 8,3% i koszty refundacji leków stanowiące ok. 12%. Warto zauważyć, że koszty rehabilitacji, często mające decydujące znaczenie w powrocie człowieka do normalnego funkcjonowania po chorobie lub wypadku, kształtują się na poziomie jedynie 3,25%.

Taki rozkład wydatków NFZ powoduje, że 5% świadczeniobiorców konsumuje blisko 60% środków publicznych, a 15% z nas odpowiada za ponad 80% wydawanych na opiekę zdrowotną publicznych środków finansowych.

Rosnący z roku na rok budżet opieki zdrowotnej nie przekłada się na wzrost zadowolenia z publicznej opieki zdrowotnej. Według sondaży CBOS odsetek osób twierdzących, że opieka zdrowotna poprawia się wynosi wciąż ok 2-3%, a ponad 75% respondentów jest z niej niezadowolonych.

Pomimo nominalnego wzrostu środków przeznaczanych na publiczną opiekę zdrowotną, udział tych środków w stosunku do PKB spada i wynosi obecnie 4,5% produktu krajowego brutto, co jest jednym z najniższych wyników w Europie.

Zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne i tworzenie kolejnych programów oraz wprowadzanie tzw. reform nie przynosi oczekiwanych efektów: kolejki pacjentów do lekarzy nie maleją, nie skraca się też czas oczekiwania na część zabiegów. Kolejna już kontrola NIK w zakresie wykonania zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia wykazała, że pomimo ponownego zwiększenia – tym razem o ponad 4 mld zł – wartości umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami oraz wprowadzenia tzw. pakietu kolejkowego, dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych w 2015 r. nadal nie poprawił się. NIK zwraca uwagę, że dzieje się tak pomimo niepełnego wykorzystania potencjału świadczeniodawców: blisko 90 proc. szpitali deklaruje, że mogłaby wykonywać więcej zabiegów bez zwiększania zatrudnienia i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o ok. 18%.

W porównaniu do roku 2014, średni czas oczekiwania na świadczenia w 2015 r. wydłużył się w przypadku siedmiu, spośród dziewięciu analizowanych, rodzajów oddziałów szpitalnych oraz pięciu, spośród dziewięciu analizowanych, rodzajów poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wydawany corocznie raport – Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, monitorujący opiekę zdrowotną w 35 krajach, na podstawie 48 parametrów plasuje polską opiekę zdrowotną na przedostatnim, 34. miejscu w Europie. Głównymi przyczynami takiego stanu rzeczy jest niska dostępność do specjalistów, brak systemów informatycznych, niski rozwój e-zdrowia (w rankingu EHCI 2016 Polska znalazła się na 31. miejscu – przyp. aut.).

Jednocześnie niezależnie od kryzysów finansowych i ograniczeń wydatków, skuteczność leczenia w europejskich systemach opieki zdrowotnej nieustannie poprawia się.

Zgodnie z przekazywanymi informacjami, rząd ustalił listę priorytetów dla opieki zdrowotnej w Polsce, stawiając na pierwszym miejscu budowę sprawnego systemu zarządzania powszechnie dostępną opieką zdrowotną, gwarantującego powszechny dostęp do świadczeń. Na razie mamy zapowiedzi likwidacji NFZ, wprowadzenia sieci szpitali, scentralizowania wydatków na szpitale wybranych dosięgi placówek szpitalnych, w głównej mierze tzw. SPZOZ-ach, czyli szpitalach publicznych. Projektowane jest także zwiększenie nakładów na publiczną opiekę zdrowotną, które w 2025 r. mają osiągnąć 6% PKB. Dla porównania należy wskazać, że obecnie tyle już wydają nasi sąsiedzi z Czech, a kraje tzw. „Starej Unii” wydają znacznie więcej – Niemcy 9,2%, Holandia 8,9% a Wielka Brytania, także walcząca z problemem kolejek do świadczeń opieki zdrowotnej, blisko 8%.

Powody rosnącej presji na wydatki zdrowotne to przede wszystkim procesy starzenia się społeczeństwa, rosnąca długość życia i wielochorobowość oraz występowanie chorób przewlekłych starzejącego się społeczeństwa, a także rozwój technologii medycznych oraz czynnik dochodowy – czyli bogacenie się społeczeństwa i związane z tym wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz skłonność do podnoszenia wymagań dotyczących opieki zdrowotnej. Nie do przecenienia jest także coraz łatwiejszy dostęp do informacji, także dotyczących leczenia, diagnostyki oraz wymiana opinii pomiędzy pacjentami, czyli rola internetu zwanego popularnie dr Google.

Szczególnie ważnym czynnikiem jest wpływ demografii. W nadchodzących dekadach odsetek osób starszych w populacji Polski istotnie wzrośnie. Zgodnie z raportem pt. „Rola i funkcje dodatko-

wych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski”, wydanym przez Polską Izbę Ubezpieczeń przy współpracy Ernst & Young, liczba osób w wieku 65+ wzrosła do 11,3 mln w 2060 r., co będzie stanowiło ponad 34% populacji. Jednocześnie odsetek osób w wieku produkcyjnym spadnie do 49%.

Kluczowy jest fakt, że wydatki na ochronę zdrowia znacząco rosną z wiekiem. Oznacza to, że przy braku istotnych zmian w strukturze zachorowalności według wieku, starzenie się populacji będzie prowadzić do wzrostu zapotrzebowania oraz zmiany struktury popytu na świadczenia zdrowotne. To z kolei będzie rodzić konsekwencje dla systemu finansowania oraz dla podaży usług medycznych. Zwraca uwagę fakt, że średnie wydatki NFZ na ochronę zdrowia są blisko trzykrotnie większe dla populacji poniżej 65. roku życia w porównaniu z resztą społeczeństwa.

Zjawiska te generują rosnącą lukę w finansach publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną – zgodnie z raportem przedstawionym przez EY „Systemowe aspekty finansowania ochrony zdrowia w Polsce”. Aby utrzymać obecny poziom finansowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych potrzebne będzie w roku 2060 dodatkowe 3,11% PKB. Jednocześnie należy pamiętać, że w chwili obecnej na całość wydatków publicznych związanych z ochroną zdrowia przeznaczane jest jedynie 4,4% PKB.

Problem finansowania opieki zdrowotnej nie jest jedynym, z którym zmagają się nasz system publiczny.

Kolejnym czynnikiem ograniczającym jego funkcjonowanie są zasoby ludzkie i sprzętowe. Przykładowo, w zakresie sprzętu medycznego możemy stwierdzić, że pomimo iż liczba sprzętu rośnie, to wciąż jest zdecydowanie niższa średnia w krajach Unii Europejskiej. Dodatkowo jego wykorzystanie jest gorsze niż w porównywanych krajach. Powodem są limity zabiegów spowodowane limitowanym, ograniczonym finansowaniem płatnika publicznego, które powodują, że wykorzystanie sprzętu jest niższe niż potencjalnie możliwe. Niewątpliwym problemem zarówno publicznej, jak i prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce jest ilość kadry medycznej. Polska ma jedną z najniższych w Europie liczbę praktykujących lekarzy na 100 tys. ludności. Jeszcze gorsza jest sytuacja, jeśli chodzi o ilość pielęgniarek. Niska liczba absolwentów medycyny grozi dalszym pogarszaniem się sytuacji. Niepokojący jest także fakt, że wielu absolwentów uczelni medycznych nie podejmuje pracy, lecz emigruje lub – zwłaszcza, jeśli chodzi o absolwentów wydziałów pielęgniarskich – nie podejmuje pracy w zawodzie wyuczonym.

Wszystkie te problemy powodują, że od lat rosną wydatki prywatne na opiekę zdrowotną w Polsce. Według danych OECD przekroczyły one 1,9% PKB, co nie jest wygórowaną wartością w porównaniu do innych krajów i średniej OECD, wynoszącej 2,4% PKB przy wydatkach publicznych na średnim poziomie 6,5% PKB (Polska 4,5%). Większy problem stanowi fakt, że stanowiąc blisko 1/3 wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, zdaniem ekspertów w Polsce środki te są wydawane bardzo nieefektywnie.

Warto pamiętać, że ponad połowę kwoty wydatkowanej ze środków prywatnych stanowią wydatki na leki i suplementy diety. Jesteśmy tu – zwłaszcza w wydatkach na leki wydawane bez recepty, jak i parafarmaceutyki – niewątpliwym liderem w Europie. W tej kwocie znajdują się również zakupy leków nierefundowanych i dopłaty do ceny leków refundowanych. Pozostała część środków prywatnych finansuje wydatki na leczenie – głównie wizyty u lekarzy specjalistów, opiekę stomatologiczną czy badania diagnostyczne lub zabiegi operacyjne. Z wyjątkiem stomatologii płacimy z kieszeni prywatnej za świadczenia finansowane przez NFZ, do których jednak dostęp jest ograniczony przez długi czas oczekiwania w tzw. kolejce.

Należy również zauważyć, że analizując czasy oczekiwania na dostęp do wybranych świadczeń w trybie „planowym”, widzimy jak zdecydowanie różni się on w zależności od miejsca na mapie. Przykładowo, jak wskazuje Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu

Zdrowia w 2015 r.” na endoprotezę stawu kolanowego w województwie podlaskim czy świętokrzyskim będziemy oczekiwali około 200 dni, a w województwie śląskim czas oczekiwania na tę samą procedurę przekroczy aż 1500 dni. Równie duże różnice dotyczą czasu oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Tutaj, w Wielkopolsce czy województwie zachodniopomorskim poczekamy mniej niż 100 dni, a w województwie podkarpackim blisko 1000 dni, czyli blisko 3 lata! Tak duże rozbieżności wskazują na bardzo duże nierówności w dostępie do gwarantowanych świadczeń, jakie zaobserwowano w dostępie do opieki specjalistycznej, czyli wizycie u lekarzy specjalistów.

Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.” podnosi, że w 2015 r. „NFZ nie zapewnił równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich ubezpieczonych, co naruszało podstawową zasadę ustawy o świadczeniach, czyli zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Było to spowodowane m.in. nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju*.

Największe różnice zaobserwowano w dostępie do endokrynologa dziecięcego – w Małopolsce okres oczekiwania przekraczał jeden rok, podczas gdy w województwie opolskim wynosił około miesiąca. Podobne rozbieżności i długie okresy oczekiwania dotyczyły także innych specjalności.

W aspekcie naszej konferencji istotna jest analiza dostępności szpitali i oddziałów chirurgicznych. Wspomniany raport podaje, że w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 124 144 do 124 801 osób (o 0,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 107 do 129 dni (o 20,6%). Jednocześnie najdłuższe okresy oczekiwania na oddziałach chirurgii urazowej zanotowano w Wielkopolsce i wynosiły one ok. 300 dni, natomiast na oddziałach neurochirurgicznych w województwie podlaskim przekraczały 400 dni.

Zauważyć należy również trudną sytuację na oddziałach rehabilitacyjnych, gdzie średni czas oczekiwania („przypadek stabilny”) wzrósł o 62 dni (z 286 do 348 dni, tj. o 21,7 proc.). Najdłużej na udzielenie świadczenia (a co za tym idzie – na przyjęcie do oddziału) trzeba było czekać w przypadku oddziałów: otorynolaryngologicznych dla dzieci (167 dni), audiologiczno-foniatrycznych (165 dni), leczenia oparzeń (162 dni), urologicznych dla dzieci (152 dni), otorynolaryngologicznych (131 dni) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (129).

Również średni czas oczekiwania w dniach („przypadek stabilny”) w rehabilitacji leczniczej był różnicowany w poszczególnych województwach.

Najdłużej oczekiwano („przypadki stabilne”) na świadczenia udzielane w rehabilitacji leczniczej w następujących komórkach organizacyjnych: w oddziałach paraplegii – średnio 1234 dni, oddziałach rehabilitacyjnych 348 dni, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu 232 dni, oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej 232 dni i zakładach rehabilitacji leczniczej 226.

Z kolei według Barometru WHC („Barometr Fundacji Watch Health Care nr 14/2/08/2016”, www.korektorzdrowia.pl) niezmiennie najdłużej pacjenci muszą czekać na świadczenia w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (OiT) – średnio 16,7 mies. Barometr także podjął się oszacowania skumulowanego okresu oczekiwania od postawienia rozpoznania do wyleczenia lub przeleczenia (dane za okresy październik/listopad 2016 r.). Okresy te wyniosły przykładowo dla operacji wymiany zastawki serca odpowiednio 16,6 miesiąca, usunięcia żyłaków – 22,1 miesiąca, zaś dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego 55,9 miesiąca.

* Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”

Warto dodać, że schorzenia narządu ruchu stanowią istotną przyczynę absencji chorobowej pracowników. Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowią trzecią najczęstszą przyczynę absencji chorobowej ubezpieczonych w ZUS. Odpowiadają za 14,4% wszystkich dni absencji chorobowej pracowników.

Niewydolność systemu publicznej opieki zdrowotnej jest powodem coraz częstszego sięgania pacjentów po leczenie finansowane prywatnie, pomimo że procedury, które finansują znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Według badań przeprowadzonych przez „ARC Rynek i Opinia – badania opinii publicznej” zdrowie i opieka medyczna są dla naszego społeczeństwa priorytetowym zagadnieniem – do tego stopnia, że część z nas byłaby skłonna ponosić dodatkowe koszty, jeśli zapewniłoby to lepszy dostęp do specjalistów, szybszą diagnostykę i wdrażanie lepszych terapii.

Ze wspomnianego raportu wynika także, że aż 95 proc. Polaków chce ponosić koszty związane z ochroną zdrowia. Niemal połowa respondentów uważa, że wysokiej jakości usługi medyczne są dla nich niedostępne. Żadna z osób z grupy wiekowej 60+ nie jest zadowolona z obecnie funkcjonującego systemu. Co więcej, co piąty Polak chciałby zastąpić państwową ochronę zdrowia prywatną – ten trend jest zauważalny szczególnie u młodszych osób. Zaledwie co piąty respondent uważa, że państwo zapewnia jemu i jego rodzinie wysoką jakość usług, kiedy tego potrzebuje, jednak aż 40 proc. Polaków nie jest w ogóle przekonanych co do tego faktu. 70 proc. badanych twierdzi, że dotychczasowa polityka zdrowotna zmierza w złym kierunku i prowadzi ochronę zdrowia do krytycznego stanu.

Dorota Maria Fal, lekarz i ekonomista.

Stały doradca zarządu Polskiej Izby Ubezpieczeń do spraw ubezpieczeń zdrowotnych, ekspert ds. opieki zdrowotnej BCC, współpracownik Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

Absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu oraz studiów MBA, sygnowanych przez Fachhochschule Aachen, University of Limerick, Groupe ESC. Specjalista zdrowia publicznego.

Początkowe doświadczenia zawodowe zdobywała jako lekarz klinicysta, a następnie na rynku farmaceutycznym.

Od 1997 r. aktywnie związana z rynkiem ubezpieczeniowym, początkowo w firmie AIG Amplico Life i AIG PTE, potem w spółkach grupy Generali.

Zajmowała się zarządzaniem produktami, ryzykiem ubezpieczeniowym, obsługą klienta i strukturami sprzedażowymi w ubezpieczeniach życiowych, osobowych oraz zdrowotnych.

Od wielu lat zajmuje się zagadnieniami związanymi z ochroną zdrowia, jej reformą oraz rozwojem ubezpieczeń zdrowotnych. Niezależny ekspert rynku, autorka licznych artykułów i publikacji z zakresu ochrony zdrowia i ubezpieczeń.

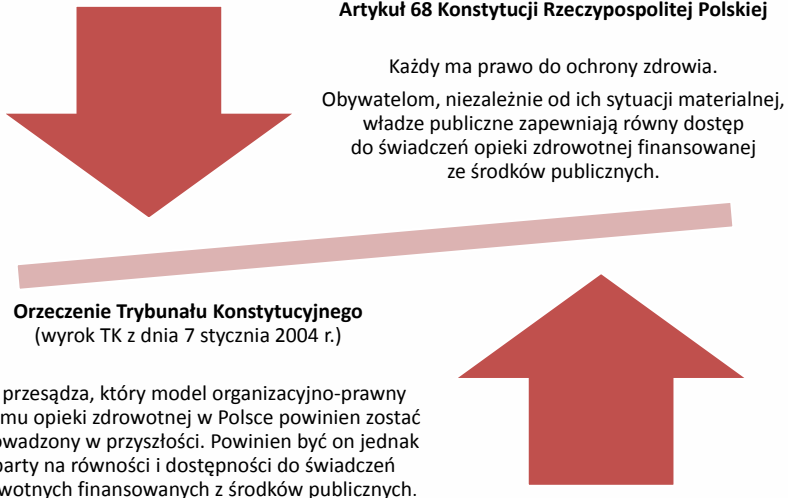
Jak działa system ochrony zdrowia w Polsce?

Warszawa, 13 grudnia 2016 r.

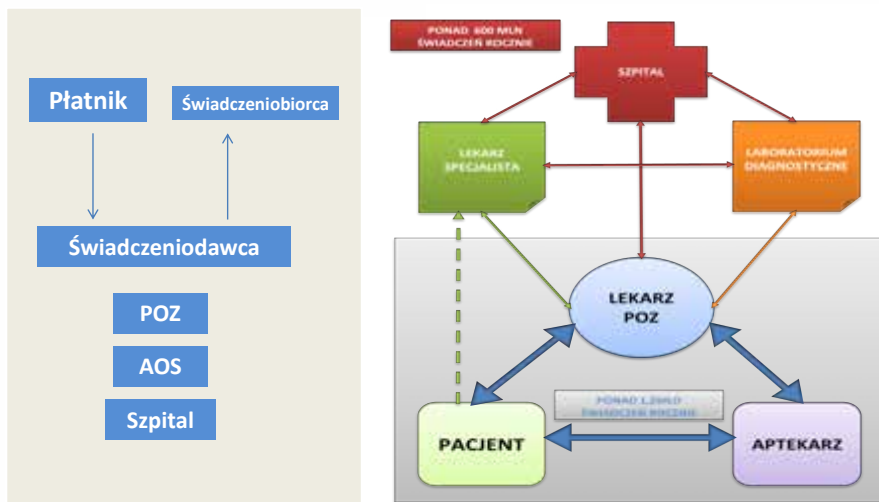
Dorota M. Fal

Konferencja szkoleniowa / warsztaty Polskiej Izby Ubezpieczeń
 „Aktualne zasady finansowania procedur medycznych, w tym rehabilitacji, w systemie publicznej opieki zdrowotnej. Wskazania do leczenia rehabilitacyjnego w systemie prywatnym.”

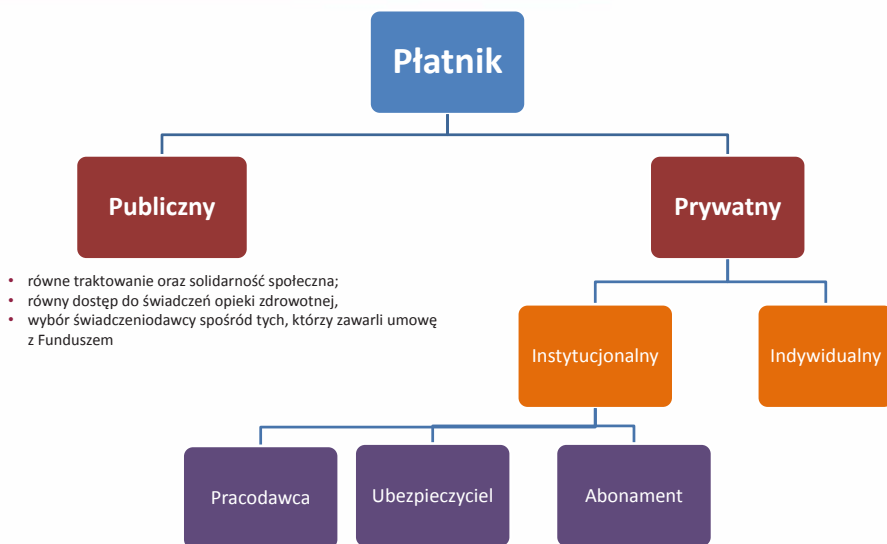
Otoczenie prawne systemu opieki zdrowotnej



System ochrony zdrowia w Polsce

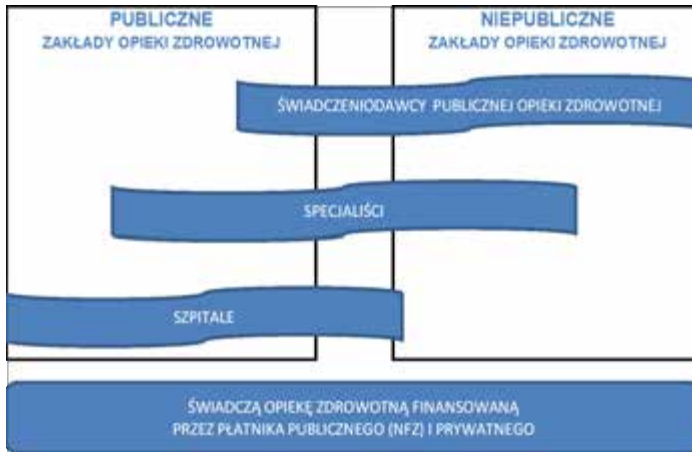


System ochrony zdrowia w Polsce



Sposoby finansowania usług medycznych

Publiczne i prywatne zakłady opieki zdrowotnej



Struktura uczestników systemu

Ministerstwo Zdrowia

- wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych

Narodowy Fundusz Zdrowia

- instytucja ubezpieczenia zdrowotnego pełniąca funkcję płatnika

Organy kontroli i nadzoru

- Państwowa Inspekcja Sanitarna (tzw. Sanepid)
- Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna
- Rzecznik Praw Pacjenta
- Wojewodowie i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych specjalnościach medycznych

Świadczeniodawcy

- **podmioty lecznicze**, które mogą prowadzić działalność jako przedsiębiorcy, **samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej** (SPZOZ), jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia oraz kościoły. Do podmiotów wykonujących działalność leczniczą zalicza się również praktyki **lekarskie**, **lekarsko-dentystyczne**, **pielęgniarskie** oraz **położnych**
- **apteki**
- inni świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń na podstawie umowy z NFZ

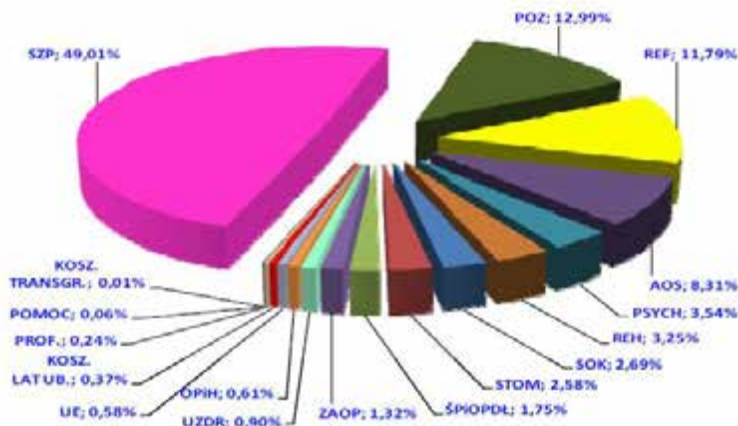
Świadczeniobiorcy

- Pacjenci, którzy który zwracają się o udzielenie lub korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Źródło: Opracowana na podstawie http://pl.wikipedia.org/wiki/System_opieki_zdrowotnej_w_Polsce



Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ w 2015 r.



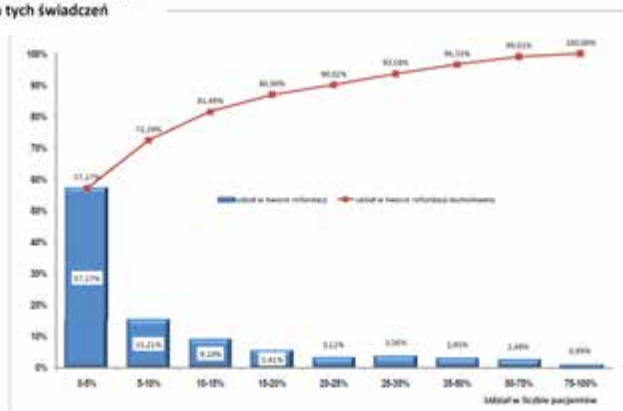
SZP – leczenie szpitalne, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, REF – refundacja, AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, PSYCH – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, REH – rehabilitacja lecznicza, SOK – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, STOM – leczenie stomatologiczne, ŚPIODŁ – świadczenia pielęgnacyjne i opieka długoterminowa, ZAOP – zaopatrzenie w wyroby medyczne, UZDR – leczenie uzdrowiskowe, OPIH – opieka paliatywna i hospicyjna, UE – świadczenia udzielane w ramach przepisów o koordynacji rzeczowych świadczeń pomiędzy państwami UE, PROF. – profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu, Kosz. Lat Ub. – koszty świadczeń z lat ubiegłych, POMOC – pomoc doraźna i transport sanitarny.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Udział w środkach NFZ

Analiza korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r.
i rozkładu indywidualnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem tych świadczeń



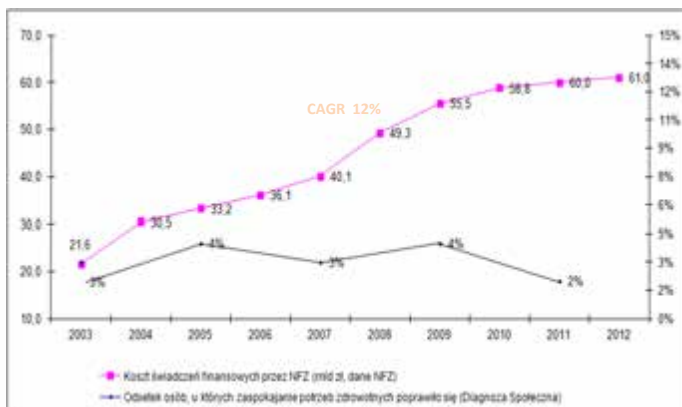
Wykres 1.1 - Udział w wydatkach NFZ na leczenie odniesiony do udziału w populacji pacjentów

5% ubezpieczonych konsumuje 57% środków
70% ubezpieczonych w ogóle korzysta ze świadczeń



Wydatki publiczne

Rosnący budżet NFZ nie przekłada się na zadowolenie pacjentów



Powody rosnących wydatków publicznych:

- Wzrost PKB
- Wyższe wpływy
- Lepsza ściągальność składek
- Rosnące wynagrodzenia

Według sondażu CBOS z marca 2012 78% Polaków nie jest zadowolonych z publicznej opieki zdrowotnej.



Wydatki publiczne

Rok	Wartość kosztów świadczeń zdrowotnych wg. planu finansowego NFZ	Dynamika wzrostu kosztów
2010	54,08	
2011	58,40	7,99%
2012	60,94	4,34%
2013	63,23	3,77%
2014	64,52	2,03%
2015	68,48	6,14%
2016	69,50	1,49%
2017	73,71	6,05%

• Wg badania CBOS najwięcej osób (40% ogółu badanych) leczyło się w sposób „mieszany” tj. w ramach NFZ i prywatnie.

• Podstawową motywacją wyboru leczenia prywatnego był krótszy czas oczekiwania na wizytę czy badanie (jest to deklaracja 70% badanych, którzy przynajmniej raz skorzystali z usług świadczonych poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym). Należy dodać, że prawie co piąty ankietowany, który potrzebował konsultacji specjalisty (17%), nie dostał się do niego w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej.

• Niezależnie od korzystania z publicznej opieki zdrowotnej, prawie co drugi ankietowany (47% ogółu badanych), leczył się „prywatnie” – poza systemem finansowanym czy współfinansowanym przez NFZ.

• Stosunkowo najmniej respondentów wykonywało badania diagnostyczne (10%) i analizy laboratoryjne (15%) poza systemem świadczeń gwarantowanych przez państwo.

Źródło: Plany finansowe NFZ oraz Raport CBOS „Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych”

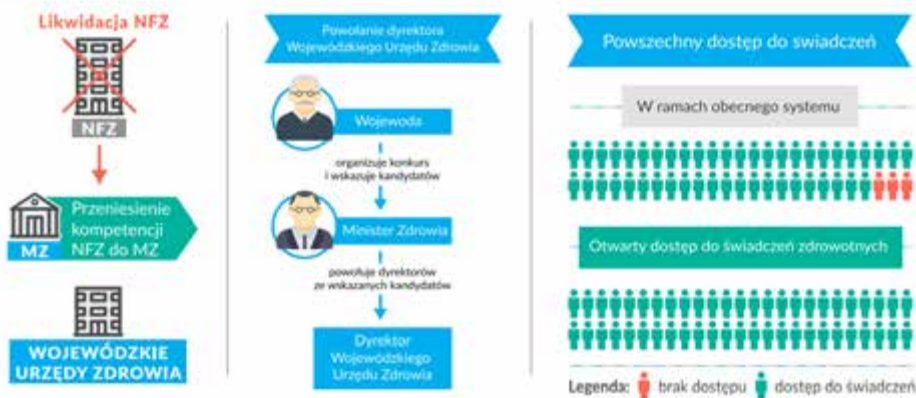


- Zwiększanie nakładów na świadczenia zdrowotne i tworzenie kolejnych programów nie przynosi oczekiwanych efektów: kolejki pacjentów do lekarzy nie maleją, nie skraca się też czas oczekiwania na większość zabiegów.
- Kolejna już kontrola wykonania zadań przez NFZ wykazała, że pomimo ponownego zwiększenia – tym razem o ponad 4 mld zł – wartości umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami oraz wprowadzenia tzw. pakietu kolejowego dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych w 2015 r. nadal się nie poprawił.
- NIK zwraca uwagę, że dzieje się tak pomimo niepełnego wykorzystania potencjału świadczeniodawców: blisko 90 proc. szpitali deklaruje, że mogłaby wykonywać więcej zabiegów bez zwiększania zatrudnienia i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o ok 18 proc.
- W porównaniu do roku 2014, średni czas oczekiwania na świadczenia w 2015 r. wydłużył się w przypadku siedmiu spośród dziewięciu analizowanych rodzajów oddziałów szpitalnych oraz pięciu (spośród dziewięciu analizowanych) rodzajów poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Priorytet I: Budowa sprawnego systemu zarządzania powszechnie dostępnej służby zdrowia



Źródło: Ministerstwo Zdrowia



Jakość opieki zdrowotnej mierzona wynikami leczenia w rankingu EHCI 2015

Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2015



- Niezależnie od kryzysów finansowych i ograniczeń wydatków, skuteczność leczenia w europejskich systemach opieki zdrowotnej nieustannie poprawia się.

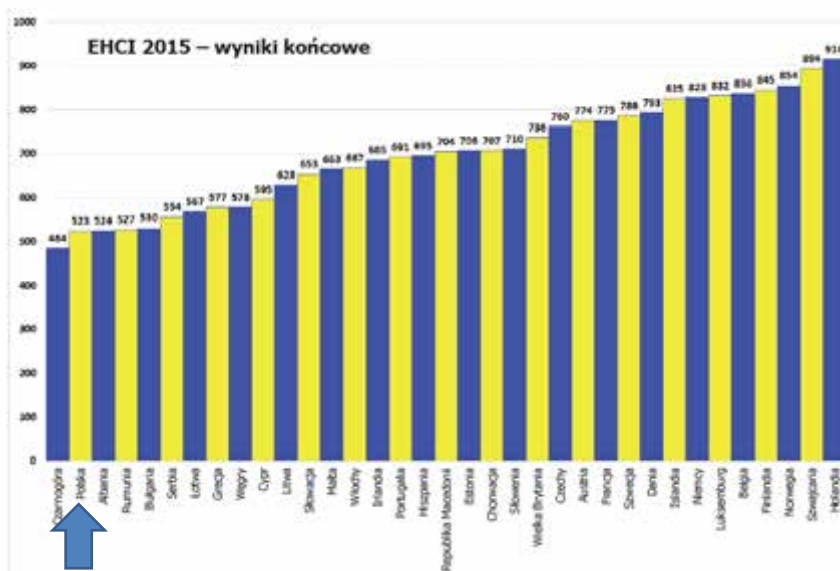
- W tej kategorii wartości graniczne dla wyniku zielonego, żółtego i czerwonego nie zmieniły się od 2006 roku, podczas gdy liczba krajów uzyskujących zielony wynik wzrosła z dziewięciu w 2006 r. do dwudziestu trzech w 2015 r. Poniżej znajduje się „mapa jakości opieki zdrowotnej” w Europie, przygotowana na podstawie punktacji uzyskanej w podkategorii „Wyniki leczenia” w rankingu EHCI 2015



Dzięki uprzejmości Johana Hjertqvista – Prezesa Health Consumer Powerhouse, „Europejski Konsumencki Inteks Zdrowia 2015”



Porównanie systemów opieki zdrowotnej w rankingu EHCI 2015



Dzięki uprzejmości Johana Hjertqvista – Prezesa Health Consumer Powerhouse, „Europejski Konsumencki Inteks Zdrowia 2015”



Priorytet III: Projektowane zwiększenie nakładów na zdrowie w latach

Nakłady publiczne w państwach OECD



Data OECD: EUR za 2013 rok są rocznymi WAZ2013

Mapa wzrostu nakładów na zdrowie

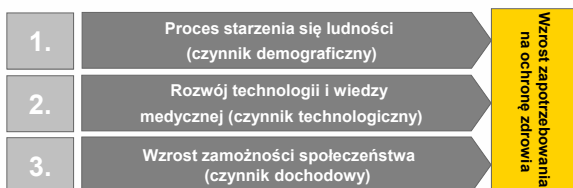


Źródło: Ministerstwo Zdrowia



Powody rosnącej presji na wydatki zdrowotne

- **Starsi - wielochorobowość, rosnąca długość życia**
 - **Dzieci - leczenie chorób rzadkich, diagnostyka genetyczna, terapie indywidualne**
- Wzrost naturalny zgodny ze zmianą demografii i rozwojem technologii znacząco obciąża budżet OZ
- **Osoby w wieku produkcyjnym – poprawa kondycji zdrowotnej zwiększy wydajność pracy. Przy zmniejszającym się odsetku tych osób w całej populacji WYDAJNOŚĆ jest podstawowym motorem wzrostu.**
- De facto FINANSUJĄ SYSTEM - wzrost wydajności zwiększy środki na OZ wszystkich grup.

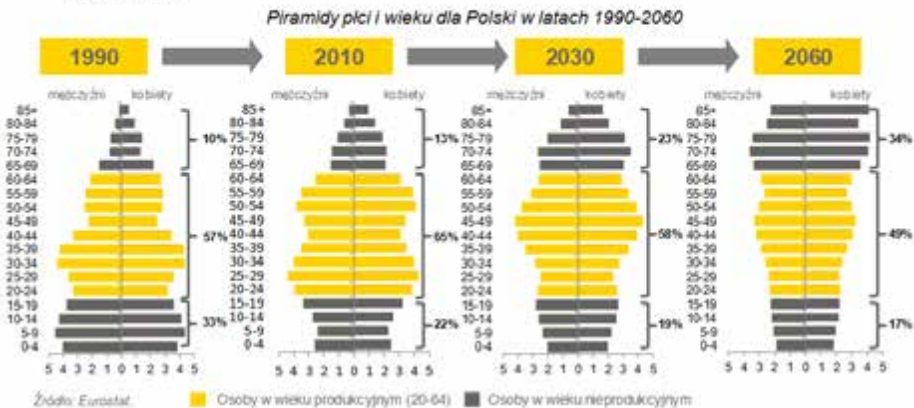


Źródło: Opracowanie EY.



W nadchodzących dekadach odsetek osób starszych w populacji Polski istotnie wzrośnie

- Liczba osób w wieku 65+ wzrośnie z 5,1 mln w 2010 roku (13% ludności) do 11,3 mln w 2060 roku (ponad 34% populacji).
- Odsetek osób w wieku produkcyjnym (20-64 lata) spadnie z 65% w 2010 do 49% w 2060 roku.



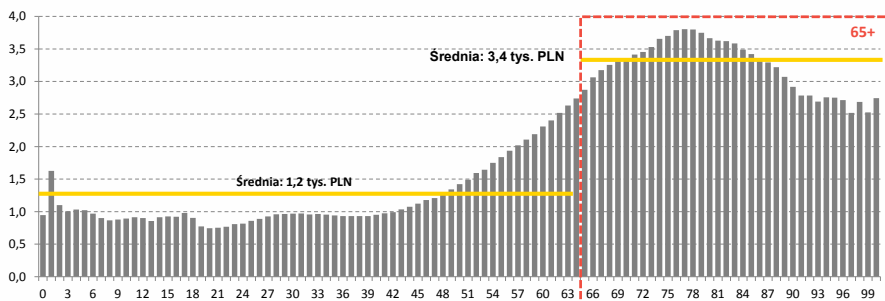
Źródło: Raport pt. „Rola i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski”, Polska Izba Ubezpieczeń przy współpracy Ernst & Young



Wydatki na ochronę zdrowia rosną wraz z wiekiem

- Oznacza to, że przy braku istotnych zmian w strukturze zachorowalności według wieku, starzenie się populacji będzie prowadzić do wzrostu zapotrzebowania oraz zmiany struktury popytu na świadczenia zdrowotne. To z kolei będzie rodzić konsekwencje dla systemu finansowania oraz dla podaży usług medycznych.

Profil wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce na mieszkańca w zależności od wieku w 2011 roku (tys. PLN)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dzięki uprzejmości Ernst & Young



Luka budżetowa będzie rosta

- Przy założeniu utrzymania obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce, do 2060 roku **luka w finansowaniu potrzeb zdrowotnych** ze środków publicznych może sięgnąć 3,1% PKB.
- W przypadku **stopniowego zwiększenia składki na ubezpieczenie zdrowotne** (z 9% w 2015 r. do 11% podstawy wymiaru składki w 2019 r.) lukę w finansowaniu uda się zniwelować **wyłącznie w krótkim okresie**.



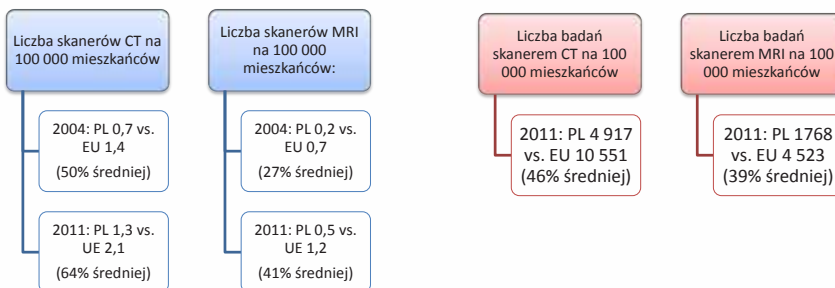
* W analizie przyjęto konserwatywne założenie, że obecnie zgłaszane zapotrzebowanie na świadczenia w ochronie zdrowia odpowiada bieżącemu finansowaniu. Dostępne finansowanie oszacowano na podstawie danych Ministerstwa Finansów. Popyt na podstawie European Commission, The 2015 Ageing Report (scenariusz AWG risk).

Źródło: „Systemowe aspekty finansowania ochrony zdrowia w Polsce”, EY, 2015.



Zasoby w ochronie zdrowia – sprzęt medyczny

- **Ilość sprzętu rośnie, ale jest zdecydowanie niższa w Unii Europejskiej:**
- Powód - limity zabiegów, które powodują, że wykorzystanie sprzętu jest niższe niż potencjalnie możliwe:



Źródło: „Rynek zdrowotny w Polsce – wydatki państwa i obywateli na leczenie w kontekście pakietu onkologicznego”, EY, 2014



Zasoby – kadra medyczna



- Polska ma jedną z najniższych liczbę praktykujących lekarzy na 100 tys. ludności w Europie.
- Niska liczba absolwentów medycyny grozi dalszym pogarszaniem się sytuacji.

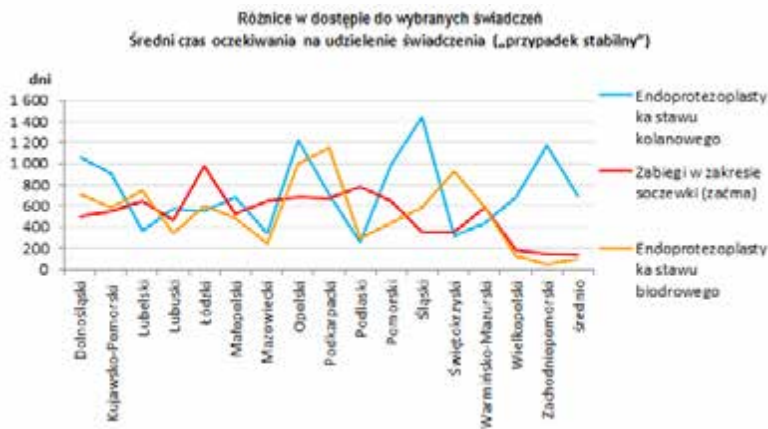
*W przypadku krajów, dla których dane w bazie Eurostat nie były dostępne dla roku 2011, uwzględniono obserwacje nie starsze niż 2008 rok.

Źródło: „Rynek zdrowotny w Polsce – wydatki państwa i obywateli na leczenie w kontekście pakietu onkologicznego”, EY, 2014 - na podstawie Eurostat.



Równy dostęp?

Szczególnie długo oczekiwano na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz zabiegów związanych z leczeniem zaćmy. Średni rzeczywisty czas oczekiwania (obliczony na podstawie rzeczywistych czasów oczekiwania osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia) w poszczególnych OW NFZ był zróżnicowany i mógł przekraczać nawet 1400 dni.



Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Czas oczekiwania-poradnie chirurgiczne

W poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 136 776 do 99 012 osób (o 27,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 34 do 37 dni (o 8,8%)

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne”



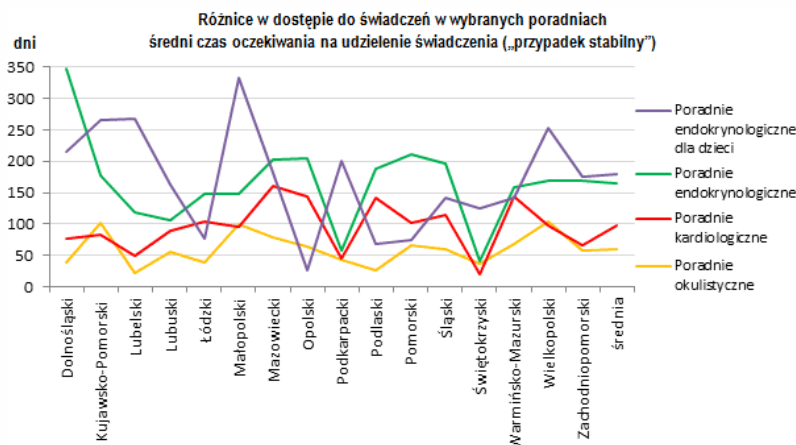
Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Poradnie specjalistyczne- równy dostęp?

Według NIK w 2015 r. NFZ nie zapewnił **równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich ubezpieczonych**, co naruszało podstawową zasadę ustawy o świadczeniach, czyli zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Było to spowodowane m.in. nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju.



Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Czas oczekiwania- szpitale chirurgiczne

W leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne) w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 124 144 do 124 801 osób (o 0,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 107 do 129 dni (o 20,6%).

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2013-2015, „przypadki stabilne”

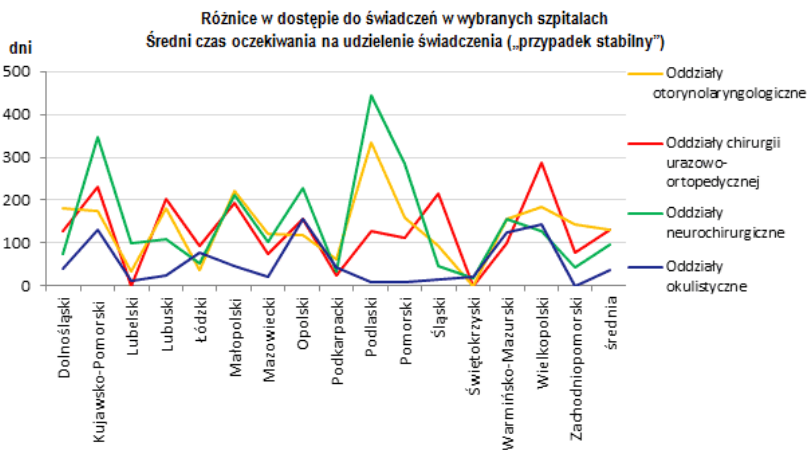


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Szpitalne- równy dostęp

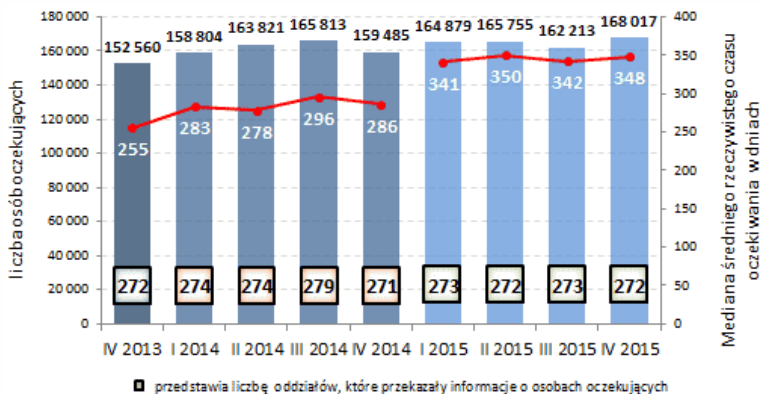


Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Oddziały rehabilitacyjne

W oddziałach rehabilitacyjnych średni czas oczekiwania („przypadek stabilny”) wzrósł o 62 dni (z 286 do 348 dni, tj. o 21,7 proc.).



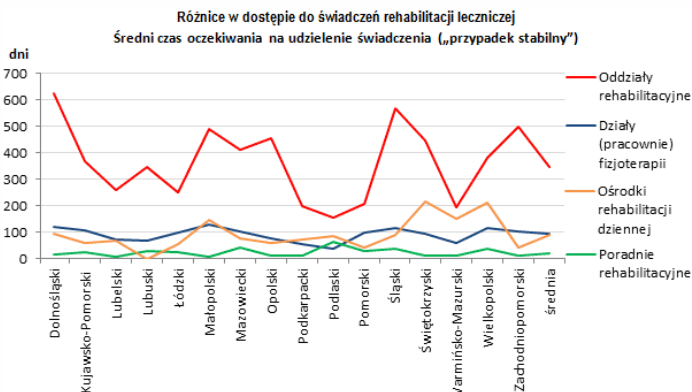
Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Rehabilitacja- równy dostęp?

Najdłużej na udzielenie świadczenia (a co za tym idzie - na przyjęcie do oddziału) trzeba było czekać w przypadku oddziałów: otorynolaryngologicznych dla dzieci (167 dni), audyologiczno-foniatrycznych (165 dni), leczenia oparzeń (162 dni), urologicznych dla dzieci (152 dni), otorynolaryngologicznych (131 dni) oraz chirurgii urazowo - ortopedycznej (129).

Również średni czasu oczekiwania w dniach („przypadek stabilny”) w rehabilitacji leczniczej był zróżnicowany w poszczególnych województwach.



Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Czas oczekiwania - rehabilitacja

Najdłużej oczekiwano („przypadki stabilne”) na świadczenia udzielane w rehabilitacji leczniczej w następujących komórkach organizacyjnych:

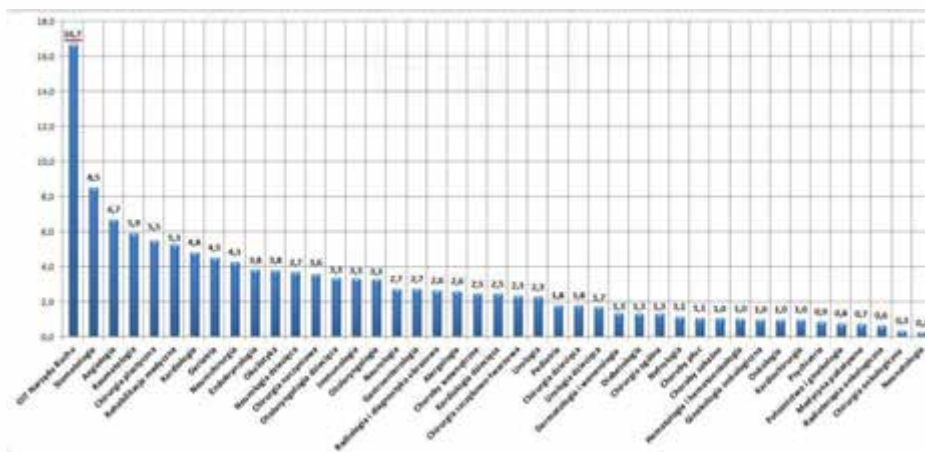
oddziałach paraplegii	średnio 1234 dni
oddziałach rehabilitacyjnych	średnio 348 dni
oddziałach rehabilitacji narządu ruchu	średnio 282 dni
oddziałach rehabilitacji pulmonologicznych	średnio 232 dni
zakładach rehabilitacji leczniczej	średnio 226 dni

Źródło: Raport Najwyższej Izby Kontroli „Relacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.”



Czas oczekiwania

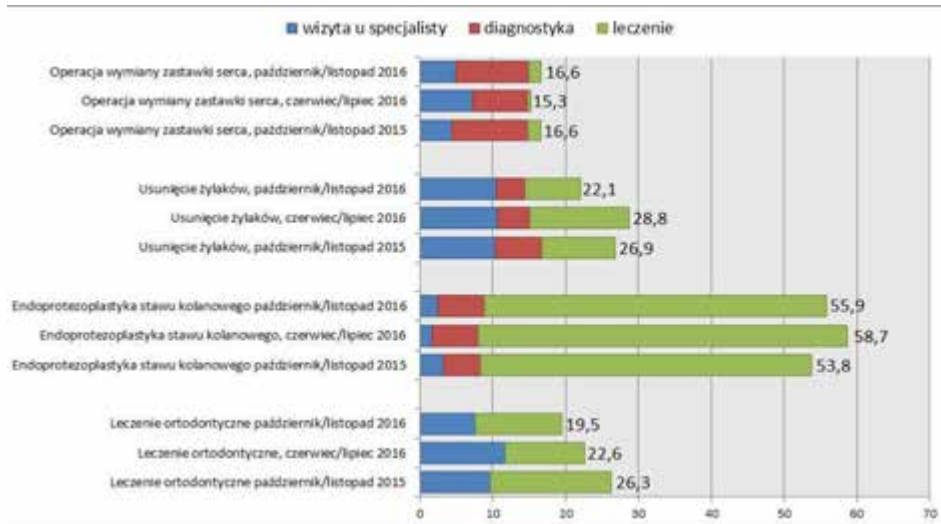
Według Barometru WHC niezmiennie najdłużej pacjenci muszą czekać na świadczenia w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu (OiT) – średnio 16,7 mies.



Źródło: „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 14/2/08/2016”, www.korektorzdrowia.pl



Wpływ poszczególnych etapów leczenia na skumulowany czas oczekiwania (wartości w mies.) od postawienia rozpoznania do wyleczenia lub przeleczenia (październik/listopad 2015 r. vs. czerwiec/lipiec 2016)



Źródło: „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 14/2/08/2016”, www.korektorzdrowia.pl.



Przykład zbyt długiego oczekiwania na świadczeni (c.d.)

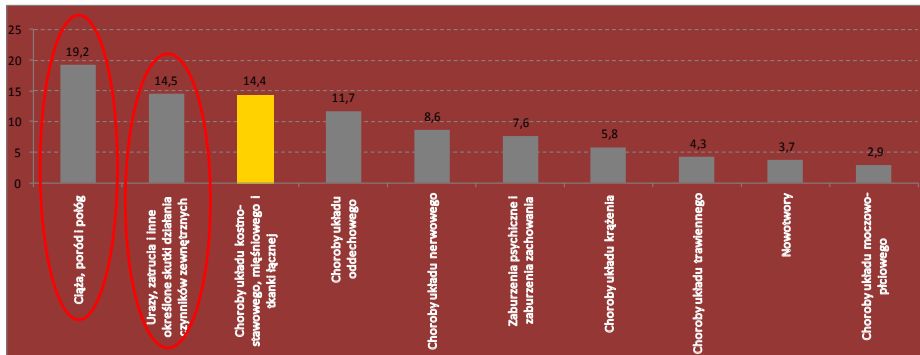


Źródło: „Barometr Fundacji Watch Health Care nr 14/2/08/2016”, www.korektorzdrowia.pl.



Schorzenia narządu ruchu stanowią istotną przyczynę absencji chorobowej pracowników

- Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej stanowią trzecią najczęstszą przyczynę absencji chorobowej ubezpieczonych w ZUS. Odpowiadają za 14,4% wszystkich dni absencji.



Źródło: ZUS.



Badania opinii 10.2016

- 95 proc. Polaków chce ponosić koszty związane z ochroną zdrowia
- Niemal połowa respondentów uważa, że wysokiej jakości usługi medyczne są dla nich niedostępne.
- Żadna z osób z grupy wiekowej 60+ nie jest zadowolona z obecnie funkcjonującego systemu.
- Co piąty Polak chciałby zastąpić państwową ochronę zdrowia prywatną – ten trend jest zauważalny szczególnie u młodszych osób.
- Zaledwie co piąty uważa, że państwo zapewnia jemu i jego rodzinie wysoką jakość usług, kiedy tego potrzebuje, jednak aż 40 proc. Polaków nie jest w ogóle przekonanych co do tego faktu.
- 70 proc. badanych twierdzi, że dotychczasowa polityka zdrowotna zmierza w złym kierunku i prowadzi ochronę zdrowia do krytycznego stanu

Zdrowie i opieka medyczna są dla naszego społeczeństwa priorytetowym zagadnieniem – do tego stopnia, że część z nas byłaby skłonna ponosić dodatkowe koszty, jeśli zapewniłoby to lepszy dostęp do specjalistów, szybszą diagnostykę i wdrażanie lepszych terapii.

Źródło: Według badań przeprowadzonych przez ARC Rynek i Opinia



ROLA REHABILITACJI W ZABEZPIECZENIU SPOŁECZNYM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny, i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej (niepełnosprawność, niesamodzielność).

Relację między chorobą, urazem a niepełnosprawnością i niesamodzielnością przedstawia tabela 1.

Choroba Wypadek Uraz	→ Wyzdrowienie	
	→ Niepełnosprawność	→ Niesamodzielność
	→ Zgon	

Tabela 1 – opracowanie własne

Od zarania dziejów ludzie chorowali, ulegali wypadkom i część z nich stawała się w następstwie tych zdarzeń osobami kalekimi. Wraz z upływem lat ulegało zmianom określenie tego stanu upośledzenia funkcjonowania człowieka spowodowane uszkodzeniem w różnym stopniu narządów i układów organizmu w następstwie chorób lub urazów. Od końca XIX wieku przyjęto termin „inwalidztwo” a od lat 80. XX wieku zaczęto określać ten stan upośledzenia funkcjonalnego, w następstwie chorób lub urazów, jako niepełnosprawność.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepełnosprawność to wynikające z upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub zakresie uważanym za normalny u człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, całkowicie lub częściowo, zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych.

W 1994 r. Europejskie Forum Niepełnosprawności zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyższyć w taki sposób jak inni ludzie.

Bariery te zbyt często są wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa, do którego zadań powinno należeć zmniejszanie, eliminacja lub kompensacja tych barier, aby każdej jednostce umożliwić korzystanie z dóbr publicznych jednocześnie respektując jej prawa i przywileje.

Według Światowego Raportu o Niepełnosprawności WHO opublikowanego w 2012 r. stwierdzone bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne powodują gorsze zdrowie osób niepełnosprawnych niż populacji ogólnej, mniejsze osiągnięcia edukacyjne, mniejszy udział w gospodarce, wyższe wskaźniki ubóstwa, zwiększoną zależność i zmniejszone uczestnictwo.

Z tego raportu wynika, że na świecie żyje ponad miliard ludzi niepełnosprawnych, w tym 110-190 mld. boryka się ze znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu. Według szacunków WHO w latach 70. poprzedniego stulecia osoby niepełnosprawne stanowiły 10% ogółu ludności świata. Ale liczba osób niepełnosprawnych rośnie i obecnie stanowi 15% wszystkich ludzi. Zmiana ta jest spowodowana wydłużeniem trwania życia, występowaniem chorób przewlekłych (choroby serca, cukrzyca itp.), a także urazami (wypadki drogowe, klęski żywiołowe).

Niepełnosprawność częściej występuje u kobiet oraz osób ubogich i starszych. Osoby niepełnosprawne doświadczają zależności oraz ograniczonego uczestnictwa spowodowanego izolacją i instytucjonalizacją. Głównym problemem osób niepełnosprawnych jest nie tylko ich stan zdrowia, ale sposób traktowania przez społeczeństwo.

Autorzy Światowego Raportu o Niepełnosprawności zalecają podjęcie przez rządy państw i ich partnerów następujących działań na rzecz rozwoju, a mianowicie :

- umożliwienie dostępu ON do głównych usług,
- inwestowanie w konkretne programy i usługi dedykowane ON (rehabilitacja, technologie wspomagające),
- przyjęcie krajowej strategii oraz planu działań w sprawie ON zawierających kompleksową i długoterminową wizję w zakresie głównych obszarów programowych, jak i konkretnych usług dla ON,
- podjęcie działań dążących do poprawy społecznej świadomości i zrozumienia niepełnosprawności.

1. Niepełnosprawność w Polsce

Polska jest krajem, gdzie gwałtownie zachodzi proces starzenia się populacji. Dotychczas Polska należała do grupy krajów europejskich z najniższą średnią wieku mieszkańców (38,6 lat). **Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazują, że za mniej niż czterdzieści lat średnia wieku w naszym kraju będzie należała do jednej z najwyższych w Europie (52 lata).**

Według danych GUS głównymi przyczynami niepełnosprawności w Polsce są: **choroby (80%), urazy (14%) oraz wady wrodzone (5%)**. Najczęstszymi przyczynami niepełnosprawności w latach 2012-2014 były: **uszkodzenia i choroby narządu ruchu, (59%), schorzenia układu krążenia (47%), schorzenia neurologiczne (38%) oraz uszkodzenia i choroby wzroku (ponad 35%), słuchu (19%), a także zaburzenia psychiczne (11%)**.

Wśród osób niepełnosprawnych w starszym wieku najczęstszą przyczyną niepełnosprawności były **schorzenia układu krążenia (63,7%), narządu ruchu (62,2%)**, wzroku i neurologiczne.

Liczbę osób niepełnosprawnych w Polsce w roku 2009 i 2014 przedstawia tabela 2.

Stopień niepełnosprawności	2009	2014	Różnica
	w tysiącach		
Ogółem	4155,3	3801,5	-353,8
Znaczny	1265,9	1062,8	-203,1
Umiarkowany	1497,8	1581,8	84
Lekki	1207,3	962,9	-244,4
Nie orzekano stopnia (dzieci do lat 16)	184,4	194	9,6

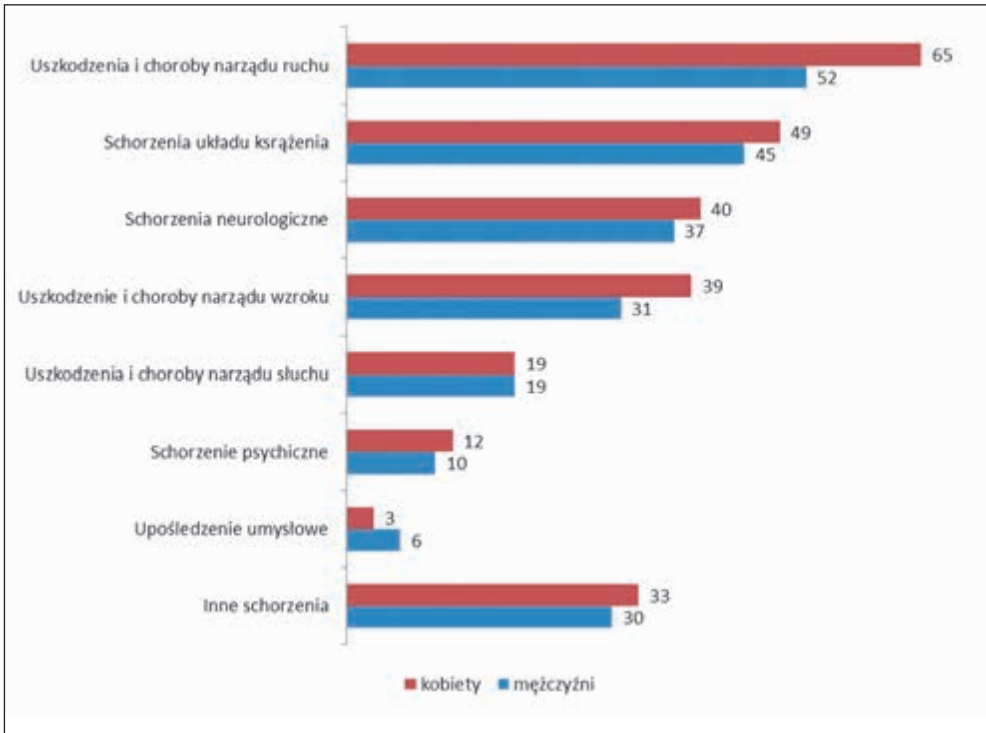
Tabela 2 – źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r., [GUS 2016]

Częstość występowania niepełnosprawności w Polsce w 2014 r. przedstawia tabela 3.

Województwa	Osoby niepełnosprawne					
	Ogółem	0-14 lat	15-29 lat	30-49 lat	50-69 lat	70 lat i więcej
	W odsetkach danej grupy wieku					
Ogółem	12,9	3,7	3,7	6,7	20,6	42
Dolnośląskie	12,8	4,4	4,8	4	20,1	45,2
Kujawsko-pomorskie	13,3	3,6	3,8	5,7	23	44,3
Lubelskie	13,9	5,6	1,6	8,3	20,7	46,5
Lubuskie	17,2	5,5	5,4	8,8	30,2	51,3
Łódzkie	15,7	4,7	5	8	22,1	50,8
Małopolskie	12	1,4	1,6	4,9	21,1	47,8
Mazowieckie	10,1	2,8	2,9	6,8	14,4	32,1
Opolskie	10,7	4,7	4,6	4,6	13,1	39,8
Podkarpackie	12	3,2	3,2	7,1	20,8	36,9
Podlaskie	12,6	1,4	4	5,8	18,5	46,4
Pomorskie	14,3	3,8	5,7	7,3	24,5	45,6
Śląskie	13,1	4,2	3,6	8	19,1	39,2
Świętokrzyskie	13,7	3,7	1,9	7,4	21,5	42,9
Warmińsko-mazurskie	14,7	4,6	4	8,5	25,9	44,6
Wielkopolskie	11,9	2	3	7	22	36,9
Zachodniopomorskie	15,1	8	7,3	5,6	24,4	44,1

Tabela 3 – Stan zdrowia ludności Polski

Przyczyny chorobowe niepełnosprawności w Polsce w 2014 r. przedstawia wykres 1.



Wykres 1 – Przyczyny chorobowe niepełnosprawności w 2014 r.
Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r. [GUS 2016]

2. Zabezpieczenie społeczne

System zabezpieczenia społecznego jest szczególnie istotną dziedziną polityki społecznej.

Jest on określony w aktach prawnych ONZ, MOP, WHO, Rady Europy i Unii Europejskiej. Pozostaje w związku z bezpieczeństwem socjalnym zajmującym czołowe miejsce wśród wartości i potrzeb ludzkich. Bezpieczeństwo socjalne jest jednym z podstawowych praw obywatelskich i społecznych. Potrzeba bezpieczeństwa socjalnego istnieje przed wystąpieniem zdarzeń losowych i ich skutków. Dobrze funkcjonujący system zabezpieczenia społecznego wyzwala człowieka od obawy przed skutkami ryzyk społecznych, a co za tym idzie, stwarza więcej przestrzeni dla aktywności zawodowej, gospodarczej, społecznej i politycznej.

Zabezpieczenie społeczne osób, które utraciły zdolność do pracy w następstwie chorób lub urazów, a tym samym do utrzymywania się z własnych zarobków, jest jedną z najważniejszych funkcji państwa.

Zabezpieczenie społeczne choroby i jej następstw przedstawia tabela 5.

Urodzenia	Zdrowie	Sprawność	Samodzielność	Zgony
	Choroba	Niepełno-sprawność	Niesamo-dzielność	
Zasiłek macierzyński „Becikowe” (ZUS, KRUS, budżet państwa, pracodawcy)	- prewencja - diagnostyka - leczenie (NFZ) - zasiłki chorobowe - świadczenia rehabilitacyjne	a) renty z tytułu: - niezdolności do pracy (ZUS) - całkowitej niezdolności do pracy rolniczej (KRUS) - niezdolności do służby (MON, MSWiA, MS) b) renty socjalne c) renty inwalidów wojennych i kombatantów (budżet państwa)	Dodatek pielęgnacyjny (ZUS, KRUS, budżet państwa)	Zasiłek pogrzebowy
	Rehabilitacja (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON)			

Tabela 5 – Źródło: opracowanie własne

Wydatki na świadczenia pieniężne z tytułu niezdolności do pracy w 2014 r. przedstawia tabela 6.

	Wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności w tys. zł
ZUS	32 539 824,5
KRUS	2 951 213,0
Biuro emerytalno-rentowe służb mundurowych	1 234 423,0
Renty socjalne	2 267 271,7
Ogółem	38 992 732,2

Tabela 6 – Wysokość nakładów finansowych na świadczenia pieniężne w 2014 r.
Źródło: opracowanie własne

Bardzo istotne znaczenie dla zmniejszenia liczby osób niezdolnych do pracy, a co za tym idzie wydatków na świadczenia rentowe, ma możliwość poddania ubezpieczonych kompleksowej rehabilitacji. W większości systemów zabezpieczenia społecznego na świecie znaczenie priorytetowe ma **wykorzystanie, przed przyznaniem świadczenia rentowego, wszelkich działań z zakresu rehabi-**

litacji kompleksowej, zmierzających do przywrócenia zdolności do pracy zarobkowej lub znacznej poprawy tej zdolności.

Konwencja nr 128 MOP z 1967 roku przewiduje świadczenia pieniężne (rentę inwalidzką jako świadczenie podstawowe [art. 10]), ale stanowi również, że **każde państwo członkowskie związane konwencją powinno świadczyć usługi rehabilitacyjne mające na celu przygotowanie inwalidów w każdym przypadku, gdy jest to możliwe do powrotu do poprzednio wykonywanej pracy lub do innej pracy, która odpowiada najlepszym ich uzdolnieniom, a także podjąć środki ułatwiające podjęcie pracy.**

Rozporządzenie RE nr 1408/71 z 14.VI.1971 stosuje się również do świadczeń z tytułu inwalidztwa, łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarobkowania.

Inwalidztwo cechuje więc utrata zdolności do pracy, najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu. Powoduje to ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, **a więc konieczna jest nie tylko rekompensata utraconych dochodów z pracy, ale także podjęcie działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej.**

3. Rehabilitacja

3.1 . Historia rehabilitacji

- Czasy pierwotne – osoby kalekie stanowiły obciążenie dla reszty społeczeństwa, w wielu krajach porzucano je bez względu na to, jaki los je czekał.
- 2698 p.n.e. – Chiny – stosowanie ćwiczeń wolnych i oddechowych.
- IV p.n.e. – Diokles z Karystos zalecał ćwiczenia i ruch.
- Hipokrates – Dzieło „O chirurgii” – „Należy pamiętać, że ćwiczenia wzmacniają, a nieczynność osłabia ciało”.
- Średniowiecze – wojna i jej skutki stanowiły najsilniejszy bodziec rozwoju chirurgii i rehabilitacji.
- XVI w. – Ambroży Paré – po amputacji kończyny stosował rehabilitację, zaopatrywał chorego w drewnianą protezę i zwalniał do domu, gdy pacjent nauczył się chodzić.
- Leczenie usprawniające w psychiatrii wprowadził 1798 r. Philippe Pinel. Uznał on, że bodźce w postaci ruchu i ćwiczeń połączonych z pracą lub rozrywką powstrzymują chorych psychicznie od bezsensownego chodzenia, dają zdrowe zmęczenie i ożywczy sen.

3.2. Historia rehabilitacji – XX wiek

- 1918 – wprowadzenie pojęcia rehabilitacji przez Douglasa C. McMurtie’ego, dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku. Opisał on eksperymentalną szkołę reedukacji i rehabilitacji inwalidów wojennych.
- 1919 – założenie w Nowym Jorku Federalnego Biura Zawodowej Rehabilitacji, które określało

rehabilitację jako „przywracanie potrzebującym najpełniejszej, jak tylko można, fizycznej, psychicznej, społecznej, zawodowej i ekonomicznej przydatności”.

Dynamiczny rozwój rehabilitacji na świecie nastąpił po drugiej wojnie światowej. Odtąd obejmuje ona swoim działaniem nie tylko inwalidów wojennych, ale wszystkich chorych i wszystkie osoby niepełnosprawne.

W 1947 r. utworzono w Szpitalu Bellevue w Nowym Jorku pierwszy, 80-łóżkowy oddział w Wydziale Rehabilitacji i Medycyny fizykalnej pod kierunkiem dr. Howarda Ruska, który mówił: „Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego, a jego warsztatem pracy”, „Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało”.

3.3. Polska szkoła rehabilitacji

Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Rozwój rehabilitacji jako jednej ze specjalności medycznych rozpoczął się po II wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną, 3. fazę procesu terapeutycznego, obok diagnozowania i leczenia. Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli profesorowie: Wiktor Dega, Adam Gruca, Kazimiera Milanowska oraz Marian Weiss. Dzięki ich zaangażowaniu i olbrzymiej wiedzy uznawanej na całym świecie powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na 4 zasadach: powszechności, kompleksowości, wczesności, ciągłości. Utworzono w Polsce, w Konstancinie Stołeczne Centrum Rehabilitacji Narządu Ruchu (STOCER), któremu WHO nadało status ośrodka dydaktyki międzynarodowej.

Profesor Wiktor Dega wskazywał: **„Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny”.**

W wielu krajach przed przyznaniem świadczenia rentowego ocenia się, czy działania leczniczo-rehabilitacyjne lub nauka nowego zawodu dają możliwość poprawy lub wyeliminowania stwierdzonego lub zagrażającego ograniczenia zdolności do pracy zarobkowej. Efektywność procesu rehabilitacji wymaga, aby działania rehabilitacyjne były podejmowane jak najwcześniej. Uważa się, że wcześniej rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstawaniu lub utrwaleniu kalectwa. Rehabilitacja medyczna jest niezbędnym warunkiem przygotowania do pracy i odpowiedniego zatrudnienia, przy czym, im lepsze jest usprawnienie funkcjonalne, tym łatwiejsze jest przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej.

W programie rehabilitacji kompleksowej należy uwzględnić rehabilitację:

- **społeczną**, mającą na celu przygotowanie osób niepełnosprawnych do pełnego udziału w życiu społecznym, poprzez naukę pokonywania barier świadomościowych, prawnych i technicznych oraz poprzez uodpornienie psychiczne, zwiększające gwarancję zachowania i rozwijania zdobytych umiejętności zawodowych.
- **leczniczą**, traktowaną jako nowoczesny program leczenia umożliwiający w najkrótszym czasie przywrócenie sprawności do czynnego życia społecznego lub w przypadku uszkodzeń morfologicznych, wykształcenie mechanizmów zastępczych i utrwalenie ich dla rekonstrukcji zdolności do czynnego życia społecznego.
- **zawodową**, mającą na celu przywracanie zdolności do pracy, przekwalifikowanie zawodowe oraz stwarzanie warunków do podjęcia pracy przez osobę niepełnosprawną po zakończeniu rehabilitacji.

W naszym kraju rehabilitacja lecznicza jest realizowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

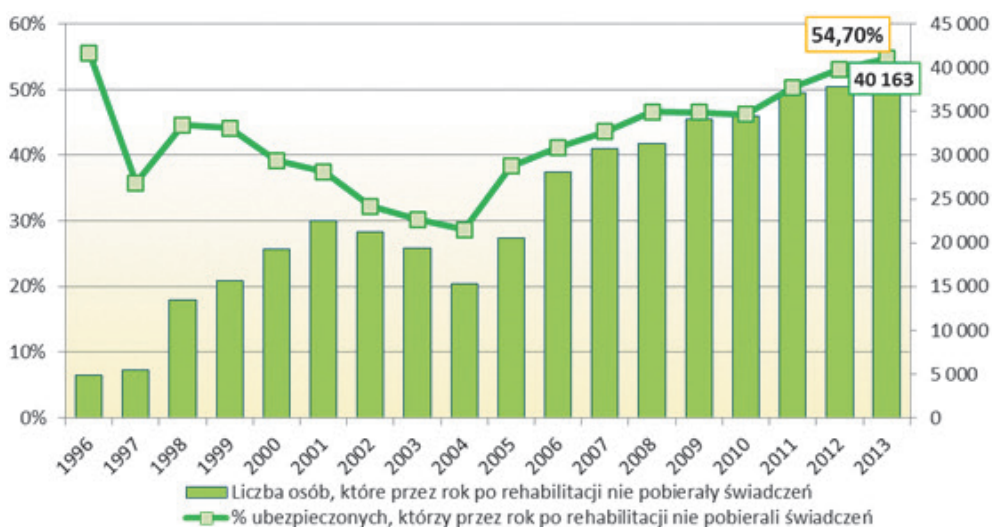
NFZ finansuje rehabilitację leczniczą zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne i lecznictwo uzdrowskowe. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodkach lub oddziałach dziennych i stacjonarnych.

Na rehabilitację leczniczą w 2013 r. NFZ wydał 2 076 920 470 zł, a umowy na świadczenia rehabilitacyjne podpisał z 4897 ośrodkami rehabilitacji (świadczeniodawcami). Na lecznictwo uzdrowskowe wydatkowano 609 801 000 zł. Liczba pacjentów korzystających z tej formy rehabilitacji wyniosła 394 970.

ZUS rozpoczął realizację programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w schorzeniach narządu ruchu i układu krążenia, gdyż schorzenia te stanowiły ok. 50% przyczyn niezdolności do pracy. Od połowy 2001 r. rehabilitacją leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS objęci są również ubezpieczeni ze schorzeniami układu oddechowego, psychosomatycznymi i narządu głosu i po amputacji gruczołu piersiowego.

Z programu rehabilitacji leczniczej, prowadzonego w ramach prewencji rentowej ZUS do chwili obecnej skorzystało ponad 1 000 000 ubezpieczonych.

Efektywność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 1996-2013 przedstawia wykres 2.



Wykres 2 – Źródło: statystyka ZUS

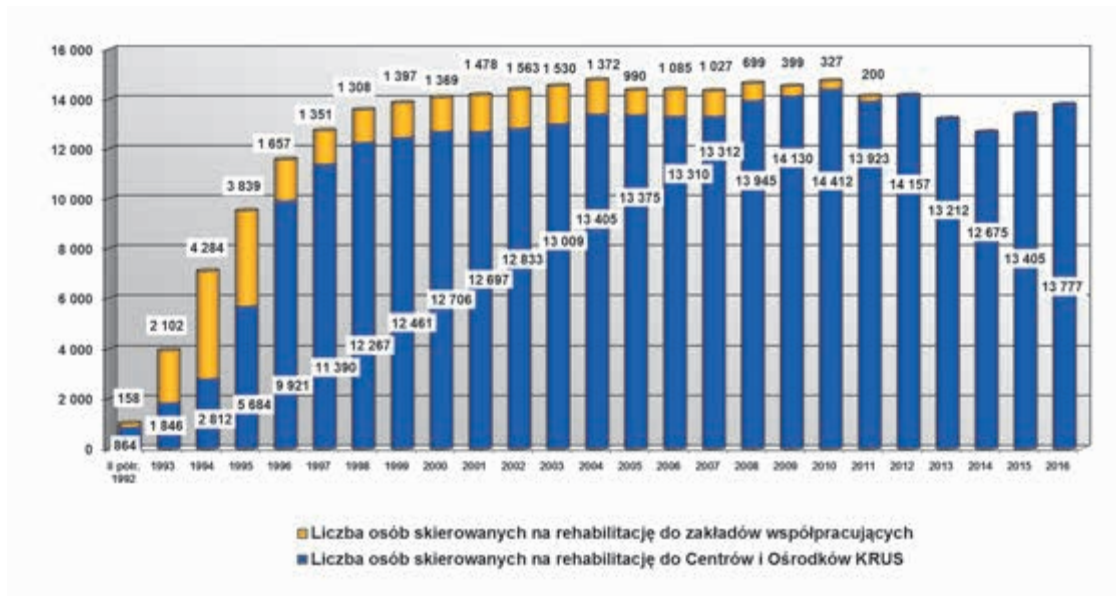
Koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2012 r. wyniosły:

163 382 100 zł

Liczba osób, które ukończą rehabilitację leczniczą zależy m.in. od wysokości środków finansowych przeznaczonych na prewencję rentową i określonych w ustawie budżetowej na dany rok.

KRUS również prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej we własnych Centrach Rehabilitacji.

Liczbę osób skierowanych na rehabilitację w KRUS w latach 1993-2016 przedstawia wykres 3.



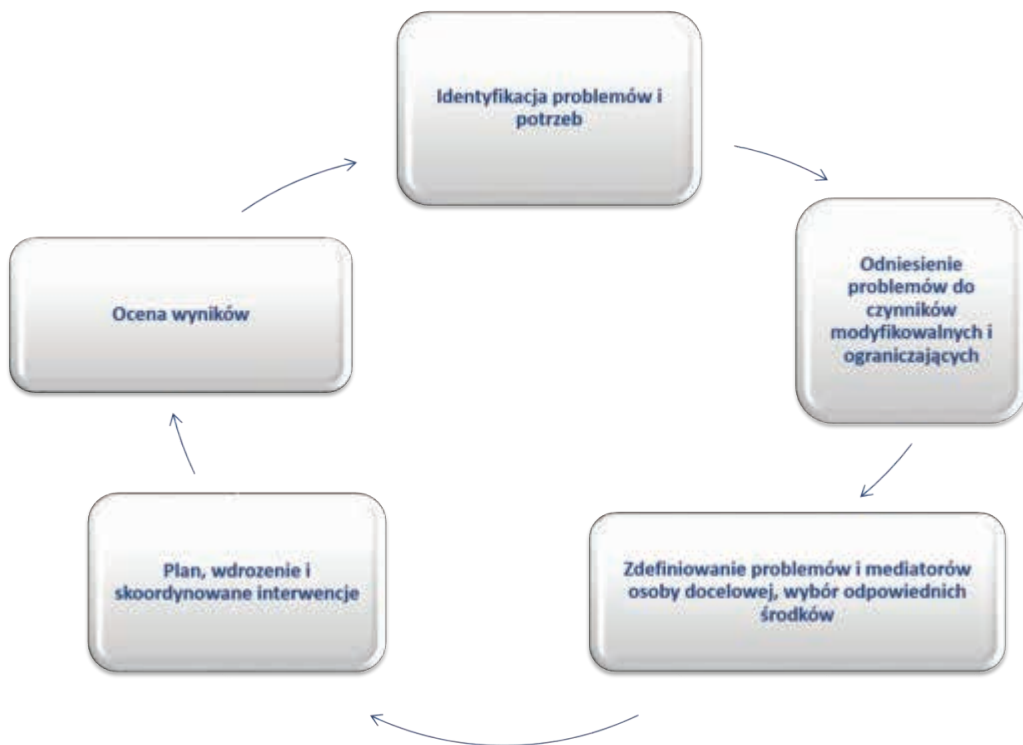
Wykres 3 – Liczba osób skierowanych na rehabilitację w KRUS.

Źródło: statystyka KRUS

Ten system działania pozwala, podobnie jak w systemie ubezpieczenia społecznego pracowników, na realizację zasady „rehabilitacja przed rentą”.

Według definicji WHO rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Światowy Raport o Niepełnosprawności definiuje rehabilitację jako „[...] zestaw środków wspierających te jednostki, które doświadczają lub u których prawdopodobne jest wystąpienie niepełnosprawności, w celu osiągnięcia i zapewnienia optymalnego funkcjonowania w interakcji z ich środowiskiem”.

Proces cyklu rehabilitacji wg WHO:



Źródło: Światowy Raport o Niepełnosprawności

3.4 Rehabilitacja społeczna i zawodowa

Głównym źródłem finansowania rehabilitacji społecznej i zawodowej jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), który w roku 2013 wydatkował 4,9 miliarda zł, w tym 74% na rehabilitację zawodową, a 26% na program rehabilitacji społecznej.

Rehabilitacja społeczna zgodnie z art. 9 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym i jest realizowana poprzez:

-
- wyrabianie zaradności osobistej i pobudzenie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej,
 - wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych,
 - likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i w dostępie do informacji oraz edukacji,
 - kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy. Do realizacji tego celu niezbędne jest:

- dokonanie oceny zdolności do pracy,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego ocenę zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia,
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia,
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie,
- określenia środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby – przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp.

Instytucje ubezpieczenia społecznego ZUS i KRUS prowadzą także działania w zakresie rehabilitacji zawodowej.

„Rehabilitacja zawodowa” – według definicji Międzynarodowej Organizacji Pracy – oznacza „część ogólnego procesu rehabilitacji, która polega na udzielaniu osobie niepełnosprawnej takich usług, jak: poradnictwo zawodowe, szkolenie zawodowe i zatrudnienie, aby umożliwić uzyskanie, utrzymanie i awans w odpowiedniej pracy, a przez to możliwość integracji w normalne życie społeczne”.

Renta szkoleniowa

Ustawa z dnia 28 czerwca 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym o ubezpieczeniu społecznym wprowadziła od 1 września 1997 r. nowe świadczenie – rentę szkoleniową – czyli umożliwiła przekwalifikowanie zawodowe osobom ubezpieczonym, które utraciły zdolność do pracy zarobkowej w swoim zawodzie.

O celowości przekwalifikowania zawodowego orzekają lekarze orzecznicy ZUS. Oceny dokonują w aspekcie społecznym, fizycznym i psychicznym.

Na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej i zawodowej, po analizie danych o sytuacji społecznej ubezpieczonego i po przeprowadzeniu badania lekarz orzecznik stwierdza, że osoba ubezpieczona jest niezdolna do pracy zarobkowej w dotychczas wykonywanym zawodzie, jednak jej wiek, stan pozostałych sprawności fizycznych i potencjał sprawności intelektualnych zezwalają na zdobycie nowych kwalifikacji, naukę nowego zawodu i reintegrację społeczną i występuje z propozycją przekwalifikowania zawodowego, kierując osobę ubezpieczoną na konsultację psychologiczną. Zadaniem psychologa jest pomoc osobie skierowanej na badanie w lepszym rozumieniu swoich predyspozycji i sprawności psychicznych oraz wskazanie możliwości wykorzystania ich przy nauce nowego zawodu.

Program rehabilitacji zawodowej pozwoliłby na lepsze wykorzystanie możliwości, jakie daje ubezpie-

czonym renta szkoleniowa, gdyby możliwe było odtworzenie specjalnych ośrodków rehabilitacji zawodowej. Obecnie słabym punktem tego programu są właśnie kłopoty z organizacją odpowiednich kursów przez urzędy pracy, z uwagi m.in. na ograniczone środki finansowe oraz ograniczenia lokalnych rynków pracy.

W latach 2000-2002 Wyszkowski i Witek przeprowadzili badanie efektywności renty szkoleniowej w Oddziale ZUS w Tarnowie.

W tym okresie wydano w tym Oddziale 52634 orzeczenia o niezdolności do pracy do celów rentowych.

Lekarze orzecznicy skierowali w tym okresie 249 osób (0,169% wszystkich badanych) na badanie przez psychologa, po uprzednim wyrażeniu przez te osoby zgody na podjęcie działań mających na celu przekwalifikowanie zawodowe.

W 160 przypadkach psycholog nie podzielił opinii o celowości przekwalifikowania zawodowego.

Przyczyny były następujące, niedostateczne przystosowanie się do kalectwa – u 67 osób, brak zainteresowania innym zawodem niż wykonywany – u 40 osób, niska sprawność intelektualna – u 53 osób. A więc z 249 skierowanych do psychologa potwierdzono celowość przekwalifikowania zawodowego u 89 osób.

Następnie lekarz medycyny pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy uznał, iż u 39 osób z 89 skierowanych na przekwalifikowanie zawodowe istnieją przeciwwskazania do wykonywania zaproponowanego i możliwego do realizacji przez Urząd Pracy szkolenia zawodowego.

Jednak żadna z 50 osób, u których lekarz medycyny pracy nie stwierdził przeciwwskazań do proponowanego szkolenia, nie została skierowana na odpowiednie kursy. Przyczyną był brak środków finansowych na przeprowadzenie tych szkoleń w Urzędzie Pracy.

Podobne badanie przeprowadzone w 2014 r. przez Uścińską i wsp. wykazały, że renta szkoleniowa nie spełnia swojego zadania, czyli renta szkoleniowa nie jest w obecnym kształcie skutecznym instrumentem aktywizacji zawodowej osób, które utraciły zdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie i nie daje im realnej możliwości przekwalifikowania zawodowego.

W 2005 r. wprowadzono do Ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników

art. 21b, który stanowi:

- Ubezpieczonemu spełniającemu warunki do uzyskania renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na trwałą całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, przysługuje przez okres **6 miesięcy** renta szkoleniowa.
- Osobę, której przyznano rentę szkoleniową, **Kasa** kieruje do powiatowego urzędu pracy w celu poddania przekwalifikowaniu zawodowemu.
- Okres 6 miesięcy ulega wydłużeniu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego, **nie dłużej niż do 36 miesięcy**.
- Koszty przekwalifikowania zawodowego rencisty w okresie pobierania renty rolniczej szkoleniowej są finansowane ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych.

Również w KRUS-ie renta szkoleniowa nie jest skutecznym instrumentem aktywizacji zawodowej rolników.

Celem renty szkoleniowej jest umożliwienie osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie przekwalifikowania zawodowego i uzyskania kwalifikacji, które przy jej stanie zdrowia poz-

wolityby na wykonywanie zatrudnienia. Przekwalifikowanie zawodowe powinno więc pełnić kluczową rolę w systemie ubezpieczenia społecznego w naszym kraju.

Niepowodzenia procesu przekwalifikowania zawodowego wynikają z faktu, że jest ono w praktyce realizowane przez różne podmioty. Konieczne jest więc ich ściśle współdziałanie w realizacji tego procesu.

Najważniejszą jednak sprawą jest pilne odtworzenie Specjalistycznych Ośrodków Rehabilitacji Zawodowej, które realizowałyby program rehabilitacji kompleksowej ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji zawodowej zgodnie z tradycjami Polskiej Szkoły Rehabilitacji rekomendowanej przez WHO jako wzór dla innych krajów.

Wydaje się więc, że rozwój rehabilitacji kompleksowej jest konieczny dla prawidłowego rozwiązywania problemów społecznych w każdym nowoczesnym kraju.

4. Doświadczenie zagraniczne

4.1 Niemcy

W Niemczech rehabilitacja zawodowa pobykowa jest realizowana przez Ośrodki Rehabilitacji Zawodowej (Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności Publicznej) i finansowana przez różne instytucje ubezpieczenia społecznego, Ministerstwo Pracy, Urzędy Pracy itp.

Do programu rehabilitacji zawodowej są kierowane osoby niepełnosprawne, samodzielnie funkcjonujące, u których stwierdzono możliwość nauki nowego zawodu w ciągu 2 lat. Osoby te kierowane są do Ośrodków Rehabilitacji Zawodowej, gdzie po przeprowadzeniu w okresie 2-4 tygodni kwalifikacji merytorycznej, psychologicznej, socjologicznej i zawodowej – opracowuje się indywidualnie dla każdej osoby niepełnosprawnej program rehabilitacji społecznej, leczniczej i zawodowej, czyli rehabilitacji kompleksowej.

Po zakończeniu szkolenia jest przeprowadzany egzamin państwowy dający uprawnienia do wykonywania nowego zawodu. Według ostatnich danych około 90% osób kończących szkolenia znajduje zatrudnienie.

Warunkiem pośredniczenia absolwentów na rynku pracy jest wysoki poziom szkolenia zawodowego (potwierdzony wynikiem końcowych egzaminów państwowych) oraz dobre rozpoznanie rynku pracy, prowadzone przez wyspecjalizowane komórki w Ośrodkach Rehabilitacji Zawodowej.

4.2 Litwa

Koncepcja rehabilitacji zawodowej zdefiniowana jest w prawie o integracji społecznej osób niepełnosprawnych, które określa rehabilitację zawodową jako proces przywracania lub rozwoju zdolności do pracy u osób niepełnosprawnych, kompetencji zawodowych oraz praktycznej możliwości uczestniczenia w rynku pracy. Zakres programu rehabilitacji zawodowej obejmuje ocenę umiejętności zawodowych, doradztwo zawodowe i ocenę predyspozycji w wyborze zawodu przywrócenia utraconych umiejętności zawodowych lub szkolenie pozwalające na uzyskanie nowych umiejętności zawodowych oraz pomoc w poszukiwaniu zatrudnienia na rynku pracy. W 2011 i 2012 r. zatrudniono

odpowiednio 64% i 57% osób, które ukończyły szkolenie.

4.3 Akty prawa międzynarodowego

Deklaracja Praw Człowieka ONZ stanowi, że osoba niepełnosprawna **nie powinna być przez całe życie traktowana jako przedmiot opieki. Osoba taka jest obywatelem o specjalnych potrzebach wynikających z konkretnej niepełnosprawności.**

Potrzeby te powinny być spełniane na gruncie społecznym w kontekście „normalności”. Zasadnicze znaczenie ma uczestnictwo, zaś głównym jego warunkiem jest dostęp do społeczeństwa.

Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych ONZ stanowią, że „**Rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji** dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób niepełnosprawnych oraz na zasadach pełnego uczestnictwa i równości. Rehabilitacja powinna być dostępna dla wszystkich osób, której jej potrzebują i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychosocjalnym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe, jak i środowiskowe, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Niepełnosprawności (WHO). Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do pełnego ich uczestnictwa we wszystkich aspektach życia”.

Konwencja ONZ o pracach osób niepełnosprawnych ratyfikowana przez Polskę w 2012 r. w art. 26 zobowiązuje Państwa Strony **do organizacji, wzmocnienia, i rozwinięcia usług i programów w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych, w taki sposób**, aby usługi i programy: były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału oraz wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.

Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014-2021 zobowiązuje Państwa do:

- usunięcia barier oraz poprawy dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych,
- wzmocnienia i rozwoju **rehabilitacji i technologii wspomagających dla osób wymagających pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej,**
- wzmocnienia zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej danych na temat niepełnosprawności oraz wspierania badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

4.4 Rehabilitacja to inwestycja

Joachim Breuer – przewodniczący Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego twierdzi, że rehabilitacja, powrót do pracy, oraz wszelkie inne środki wspierające uczestnictwo i włączenie społeczne osób niepełnosprawnych to inwestycja, a nie koszt dla społeczeństwa. Uważa on, że wciąż brakuje świadomości potencjału tkwiącego w rehabilitacji – zwłaszcza w kwestii zmiany percepcji, jaką może spowodować rehabilitacja, tzn. skupieniu się na sprawności zamiast na niepełnosprawności.

Rehabilitacja może prowadzić do poprawy stanu zdrowia, obniżyć koszty leczenia poprzez skrócenie okresów hospitalizacji, zmniejszyć stopień niepełnosprawności oraz poprawić jakość życia pod warunkiem, że stanowi ona kontinuum opieki, poczynwszy od opieki szpitalnej do rehabilitacji w społeczeństwie.

Rehabilitacja jest międzysektorowa i może być prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia, wraz ze specjalistami w dziedzinie edukacji, zatrudnienia, pomocy społecznej i innych.

Rehabilitacja, która zaczyna się wcześnie, przynosi lepsze efekty funkcjonalne w przypadku niemal wszystkich osób dotkniętych schorzeniami powodującymi niepełnosprawność. Skuteczność wczesnej interwencji jest szczególnie zauważalna u dzieci obciążonych ryzykiem opóźnienia rozwoju i potwierdzono, że przyczynia się ona do zwiększenia korzyści edukacyjnych i rozwojowych.

Kraje zachodnie posiadają od dawna wysoce zorganizowane systemy rehabilitacyjne, aby zwalczyć problem niepełnosprawności zawodowej jak najszybciej po wypadku i zapobiec rozwojowi niepełnosprawności oraz świadczeniom z tytułu zabezpieczenia społecznego.

Koszty rehabilitacji w krajach Unii Europejskiej, Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie, wynoszące w granicach od 3 do 8 tysięcy dolarów za pracownika, są minimalne w porównaniu z uniknięciem wypłacania świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, których wysokość, w przypadku młodego pracownika, może sięgać miliona dolarów na osobę w ciągu całego życia tej osoby.

Prof. Wiktor Dega, współtwórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji mówił, iż:

„Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia, a potem pozostawienie go samemu sobie. Tymczasem właśnie wczesna i dostępna dla wszystkich rehabilitacja zmniejsza cierpienie, poprawia sprawność i jakość życia, i co jest ważne – sama w sobie nie jest powodem powikłań i działań ubocznych tak częstych w farmakoterapii”.

Duża liczba osób, które z powodu chorób, urazów i ich następstw stają się niepełnosprawne, tworzy konieczność podjęcia aktywnych działań mających na celu przywrócenie lub poprawę sprawności tych osób i umożliwienie im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Głównym celem rehabilitacji jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenie życia zgodnego z ich życzeniem przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności wynikających z uszkodzeń będących skutkiem choroby lub urazu.

Cel ten można osiągnąć przez połączenie następujących działań:

- likwidacja lub redukcja dysfunkcji,
- likwidacja lub redukcja barier dla uczestnictwa w środowisku, w którym żyje osoba niepełnosprawna,
- wspieranie reintegracji społecznej.

W działaniach zogniskowanych na potrzeby pacjenta właściwe jest dążenie do optymalizacji zarówno aktywności, jak i uczestnictwa.

Wykazanie poprawy samopoczucia i uczestnictwa społecznego leczonej osoby jest istotnym elementem głównego wyniku rehabilitacji zorientowanej na pacjenta. Niestety, w Polsce nie istnieje zintegrowany system wczesnej rehabilitacji kompleksowej, co powoduje, że koszty ochrony zdrowia dla osób chorych, które nie wymagają hospitalizacji, ale aktywnej kompleksowej rehabilitacji i pomocy w powrocie do pracy są zbyt wysokie. Równocześnie osoby chore, bez wczesnej rehabilitacji nie powracają szybko do pracy, narażając pracodawcę na straty ekonomiczne oraz system zabezpieczenia społecznego na konieczność wypłaty świadczeń z tytułu czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy.

Polska gospodarka oraz polityka społeczna wymagają natychmiastowego stworzenia systemu wczesnej rehabilitacji kompleksowej, który ułatwiłby powrót osobom niepełnosprawnym do pracy. Sprawnie działający system zapobiegnie przedłużającej się hospitalizacji oraz zwiększonym kosz-

tom opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Dla zwiększenia liczby osób powracających do pracy po przebyciu chorób lub urazów konieczne jest podjęcie działań mających na celu zmianę organizacji udzielania świadczeń w zakresie:

- leczenia (wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia i skrócenia okresu czasowej niezdolności do pracy),
- wczesnej rehabilitacji kompleksowej dostosowanej do stanu funkcjonalnego ON zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia.

5. Podsumowanie

Aktualnie w Polsce nie ma możliwości rehabilitacji leczniczej bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Czas oczekiwania wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia się stanu psychicznego pacjenta. Rehabilitacja powinna stać się w naszym kraju, podobnie jak w innych krajach, ważnym elementem polityki społecznej.

Uzasadnieniem konieczności szybkiego wprowadzenia systemu kompleksowej rehabilitacji jest sytuacja demograficzna w naszym kraju, a także rosnące koszty świadczeń dla osób niepełnosprawnych (aktualnie ok. 14% naszego społeczeństwa). Znaczna część osób niepełnosprawnych to ludzie w wieku produkcyjnym, którzy po prawidłowo przeprowadzonej rehabilitacji powrócą do pracy lub będą zdolni do stworzenia sobie miejsc pracy.

Dla realizacji tego celu konieczne jest wspólne działanie wszystkich instytucji służących osobom niepełnosprawnym oraz koordynacja tych działań w celu stworzenia spójnego kompleksowego programu rehabilitacji.

Rehabilitacja kompleksowa osób niepełnosprawnych jest warunkiem intergacji społecznej i realizowania praw osób niepełnosprawnych. Dostęp do rehabilitacji należy do podstawowych praw człowieka. Rehabilitacja kompleksowa to społeczna i ekonomiczna konieczność.

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Przewodnicząca Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Inicjator wdrożenia ICF w Polsce. Autor i współautor ponad 200 publikacji, monografii i podręczników w zakresie zdrowia publicznego, zabezpieczenia społecznego, orzecznictwa lekarskiego i zapobiegania niepełnosprawności ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowej rehabilitacji. Wykładowca studiów podyplomowych na Uniwersytecie Medycznym w Warszawie, w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i na Wydziale Prawa Uniwersytetu Warszawskiego. Organizator i uczestnik licznych naukowych konferencji krajowych i międzynarodowych. Wieloletni Naczelny Lekarz ZUS – inicjator i współorganizator reformy orzecznictwa lekarskiego o czasowej i trwałej niezdolności do pracy oraz systemu rehabilitacji w ramach prewencji rentowej. Lekarz Naczelny KRUS. Ekspert w Radach oraz Zespołach organów administracji rządowej. Dyrektor Instytutu Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Doradca Prezesa Zarządu PFRON. Przewodniczyła Zespołowi ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym i Radzie ds. Osób Niezależnych przy Ministrze Zdrowia. Członek Rady Towarzystw Naukowych przy prezydium PAN. Bierze czynny udział w pracach Komitetów Redakcyjnych czasopism naukowych. Współpracuje z krajowymi i międzynarodowymi organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami zajmującymi się problematyką niepełnosprawności i niesamodzielności.

Jest członkiem Rady Senioralnej przy Ministrze Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz prezesem Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego i członkiem Narodowej Rady Rehabilitacji.

Znaczenie rehabilitacji w ograniczaniu niepełnosprawności. Istniejące standardy rehabilitacji długoterminowej.

Krystyna Księżopolska-Orłowska

Krystyna Księżopolska-Orłowska

Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej od 2012 r., Kierownik Kliniki Rehabilitacji w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie. Lekarz ortopeda, specjalista rehabilitacji, autor i współautor opracowań z zakresu rehabilitacji medycznej oraz rozdziałów w książkach obejmujących tematykę: krioterapii, diagnostyki i leczenia osteoporozy, termoregulacji oraz recenzji i instrukcji.

Członek organów doradczych Ministra Zdrowia oraz Zespołów opracowujących ustawy i rozporządzenia.

Jest ekspertem do spraw realizacji umowy między Ministerstwem Zdrowia i WHO dotyczącej wdrożenia Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w Polsce oraz ekspertem do spraw realizacji umowy między Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i WHO dotyczącej tłumaczenia ICF na język polski.

Jest przewodniczącą Zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia ds. opracowania standardów w rehabilitacji leczniczej.

Prowadzi działalność w towarzystwach naukowych, tj. w Polskim Towarzystwie Rehabilitacji, Polskim Towarzystwie Osteoartrologii, Wielodyscyplinarnym Forum Osteoporotycznym, Polskim Towarzystwie Reumatologicznym, Lekarskim Towarzystwie Terapii Manualnej, Osteoarthritis Research Society International (OARSI). Członek Rady Naukowej czasopisma „Fizjoterapia Polska”, Członek Rady Naukowej czasopisma „Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja”.

Od 1984 r. prowadzi wykłady i seminaria w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii dla studentów Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Jest promotorem i recenzentem prac magisterskich i licencjackich w zakresie fizjoterapii dla Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także prac doktorskich i habilitacyjnych w zakresie rehabilitacji medycznej i fizjoterapii.

Niepełnosprawność

(wg WHO)

to wynikające
z uszkodzenia lub upośledzenia
funkcji organizmu
ograniczenie lub brak zdolności
do wykonywania czynności w sposób
lub w zakresie uważanym za normalny
dla człowieka



REHABILITACJA

definicja wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)

to użycie
wszystkich środków mających
na celu
zmniejszenie wpływu niepełnosprawności
i stanów upośledzających
oraz stworzenie warunków,
w których osoby z **niepełnosprawnością**
osiągają optymalny poziom
integracji społecznej



Rehabilitacja

wg WHO - specyfika

- „to proces aktywnej zmiany umożliwiającej osobie, która stała się niepełnosprawna, nabycie wiedzy i umiejętności potrzebnych do optymalnego **funkcjonowania somatycznego, psychicznego i społecznego**”

Cel: rozwijanie własnych zdolności wykonawczych
– jako jednego z najbardziej skutecznych oddziaływań promowanych w rehabilitacji medycznej

Rehabilitacja

wg Polskiej Szkoły Rehabilitacji

bio – psycho - społeczny model rehabilitacji

- Powszechna
- Kompleksowa
 - medyczna
 - społeczna
 - zawodowa
- Wczesna
- Ciągła

Biała Księga Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji w Europie

Opracowania przez:

Sekcja Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS)
Europejska Rada Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji (ESPRM)
Europejska Akademia Rehabilitacji Medycznej

określa rolę i zadania zespołu rehabilitacyjnego i jego członków

REHABILITACJA MEDYCZNA **Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja (MFIR)**

**Konieczna jest obecność specjalisty
rehabilitacji medycznej
na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej
od oddziałów przeznaczonych do leczenia ostrej fazy choroby
do środowiska zamieszkania pacjenta**

Po dokonaniu oceny za pomocą swoistych narzędzi
prowadzą leczenie w oparciu o:

- interwencje farmakologiczne,
 - techniczne,
 - edukacyjne,
 - zawodowe

Cel rehabilitacji

ogólny

Umożliwienie osobom niepełnosprawnym

- prowadzenia życia zgodnego z ich życzeniem, przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności, wynikających z uszkodzeń będących skutkiem choroby lub urazu

poprzez

- likwidację lub redukcję dysfunkcji
- likwidację lub redukcję barier dla uczestnictwa osoby w środowisku w którym żyje osoba z niepełnosprawnością
- wspieranie reintegracji społecznej



REHABILITACJA MEDYCZNA

Medycyna Fizykalna i Rehabilitacja (MFiR)



CEL:

Optymalizacja uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym oraz poprawa jakości życia
(zgodnie z życzeniem i poszanowaniem praw człowieka)

poprzez:

- leczenie choroby podstawowej
- redukcja upośledzenia lub/i niepełnosprawności
- zapobieganie powikłaniom i ich leczenie
- poprawa funkcjonowania i czynności
- umożliwienie uczestnictwa społecznego

Skład **Interdyscyplinarnego Zespołu Rehabilitacyjnego**

Kierownik Zespołu

lekarz specjalista rehabilitacji medycznej (MFiR)

(dostępni w ramach konsultacji inni specjaliści np: internista, pediatra, kardiolog, neurolog, ortopeda, psychiatra, okulista, laryngolog)

oraz

przedstawiciele innych profesji medycznych:

- fizjoterapeuta
- terapeuta zajęciowy (ergoterapeuta)
 - psycholog
 - logopeda
- pedagog/ pedagog specjalny
 - pielęgniarka
- ortotyk/technik ortopedyczny

inni specjaliści (zależnie do potrzeb)

- duchowny
- instruktor pracy zawodowej
- asystent socjalny
- wolontariusz



Rehabilitacja **to działania interdyscyplinarne,**

zależne od:

- właściwego porozumienia między współpracownikami
- indywidualnych umiejętności specjalistów zaangażowanych w pracę.

Skuteczność

zależy od precyzyjnego ustalenia **celu**

zarówno **dla pacjenta**

jak i **jego otoczenia**

Rehabilitacja zależy od:

- czasu jaki upłynął od urazu
- miejsca urazu
- obecności lub braku złamań
- sposobu leczenia (operacyjne/zachowawcze)
- chorób współistniejących
- wieku
- sprawności ogólnej

Rola fizjoterapeuty w utrzymaniu sprawności pacjenta z RZS

Przywrócenie utraconych **funkcji**
przez

- przywrócenie stanu prawidłowego
lub

- utworzenie nowych wzorców ruchowych i właściwą kompensację

Metody:

- kinezyterapia tradycyjna
- nowe techniki fizjoterapeutyczne
- fizykoterapia
- masaż

Kinezyterapia tradycyjna **rodzaje ćwiczeń**

- Bierne
- Czynno – bierne
- Prowadzone
- Samo - wspomagane
- Czynne w odciążeniu
- Czynne w odciążeniu z oporem
- Czynne wolne
- Czynne z oporem

Kinezyterapia **metody specjalne**

- Terapia manualna
- PNF
- Techniki tkanek miękkich
(np. powięziowe, punktów spustowych bólu)
- Kinjology taping

Kinezyterapia
opór stawiany przez partnerem



Kinezyterapia
z użyciem taśmy Tera-band



Kinezyterapia z użyciem piłki mięśnie pośladkowe



ćwiczenia siłowe opór wody



Kinezyterapia poduszka sensomotoryczna



Kinezyterapia

PNF **Proprioceptywna Nerwowo-mięśniowa Facylitacja**

wzmacnia działanie mechanizmów nerwowo - mięśniowych przez stymulację proprioceptorów

mm brzucha i ustawienie miednicy



Kinezyterapia

mięśnie kulszowo – goleniowe



Kinezyterapia

Techniki terapii manualnej

Relaksacja poizometryczna mięśni
dla grupy kulszowo-goleniowej



Kinezyterapia
Techniki tkanek miękkich



Kinezyterapia
Techniki terapii manualnej
bark



Kinezyterapia

Techniki terapii manualnej

PIR staw łokciowy



fizykoterapia

Przygotowanie tkanek do kinezyterapii

Działanie: przeciwbólowe, przeciwzapalne, regulujące napięcie mięśni

Przeciwbólowo najsilniej działa:

- **krioterapia** miejscowa i ogólnoustrojowa
- **TENS** (przezskórna elektrostymulacja mięśni)
- **laseroakupunktura**

oraz

- elektroterapia: stymulacje, DD, galwanizacja, interdyn
- pole magnetyczne (wysokiej i niskiej częstotliwości)
- laser
- ultradźwięki



- masaż ręczny
- hydroterapia: masaż podwodny, wirowy, perełkowy, aquavibron

Rola terapia zajęciowej/ergoterapii

- Utrwalanie efektów uzyskanych przez fizjoterapeutę
- w czynnościach dnia codziennego
 - pracy zawodowej

Czynności dnia codziennego

przenoszenie



Dostosowanie mieszkania/stanowiska pracy do możliwości funkcjonalnych np. toalety / łazienki



Dostosowanie kuchni



Rola psychologa

walka ze stresem pourazowym
walka ze skutkami bólu
zmianami wyglądu
akceptacja własnej niepełnosprawności

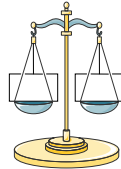
potrzeby

sprawność

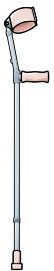


wzrastają

maleje



Zaopatrzenie ortopedyczne



- kule, laski, balkoniki
- gorsety: Jewetta, kołnierz odciążający
- stabilizatory
- buty ortopedyczne, wkładki

Zadanie: zmniejszenie bólu
odciążenie
stabilizacja
wczesne uruchomienie



Rehabilitacja

- Postawienie diagnozy lekarskiej na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego (badania laboratoryjne i obrazowe)
- Ocena funkcjonalna
- Zaplanowanie rehabilitacji z wyznaczeniem celów krótko i długoterminowych
- Rozpoczęcie rehabilitacji już w oddziale ostrej fazy choroby

Świadczenia gwarantowane w ramach rehabilitacji leczniczej

- Ambulatoryjne w warunkach poradni/domowa
 - porada lekarska
 - fizjoterapia
- Ośrodek/oddział dzienny
- Oddział stacjonarny: oddziały rehabilitacji:
 - ogólnoustrojowej
 - neurologicznej
 - kardiologicznej
 - pulmonologicznej

Rehabilitacja w warunkach uzdrowiskowych

Procedury fizjoterapeutyczne w rehabilitacji leczniczej

- **Co najmniej 2 zabiegi kinezyterapii**
- **Co najmniej 1 rodzaj fizykoterapii**

- Masaż i zabiegi hydroterapii zależnie od wskazań

Najczęstsze urazy narządu. ruchu

- Krwiaki i stłuczenia tkanek miękkich
- Uszkodzenia głowy (śpiączka, krwiak, niedowład)
- Klatka piersiowa: złamania mostka, żeber
(odma opłucnowa, uszkodzenie: mięśnia sercowego, wątroby, śledziony, pęknięcie aorty)
- Złamania kości kończyn górnych i dolnych
(uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów obwodowych)
- Złamania miednicy
(uszkodzenia jelit, pęcherza moczowego, nerek)
- Złamania kręgosłupa z /bez uszkodzenia rdzenia kręgowego
- Whiplash - smagnięcie biczem (skręcenie w odcinku szyjnym kręgosłupa)



Rola kompleksowej rehabilitacji w przywracaniu zdolności do pracy osób po wypadkach

dr hab. n. med. Joanna Bugajska
Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Wprowadzenie

Ze względu na różnorodność przyczyn wypadków, trudno jest o jednoznaczne dane statystyczne na ich temat. Z danych Komendy Głównej Policji wiadomo, że w 2016 r. odnotowano w Polsce ponad 33 tys. wypadków drogowych (na drogach publicznych, w strefach zamieszkania lub strefach ruchu), co w porównaniu z 2015 r. oznacza wzrost o 1,8%. W wyniku tych wypadków 3 026 osób poniosło śmierć, co oznacza wzrost o 80 osób (+2,7%) w porównaniu z rokiem 2015, rannych zostało 40 766 osób (w tym ciężko 12 109), co również oznacza wzrost o 829 osób, tj. o 2,1% w porównaniu z 2015 r. (KGP, 2017). Z kolei według danych GUS, w wyniku wypadków przy pracy każdego roku niemal 80 tys. pracowników doznaje urazów ciała powodujących czasową lub trwałą niezdolność do pracy (w 2014 r. – 77 829), a ponad 500 osób doznaje ciężkich urazów ciała, naruszających sprawność organizmu i skutkujących całkowitą lub znaczną niezdolnością do pracy w zawodzie (w 2014 r. – 530 ciężkich wypadków przy pracy). Najczęściej wypadkom przy pracy ulegają osoby dopiero rozpoczynające swoje życie zawodowe (w wieku 27-28 lat). Aż 25% poszkodowanych w wypadkach przy pracy to osoby poniżej 30. roku życia, a ponad 70% poszkodowanych w wypadkach przy pracy to osoby młode lub w średnim wieku (od 20 do 49 lat). Wykluczenie ich z rynku pracy, wynikające z niezdolności do pracy w następstwie wypadków przy pracy, powoduje długoletnie straty finansowe dla państwa i całego społeczeństwa.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego urazy ciała powstałe w wyniku wypadków są przyczyną 14% niepełnosprawności w Polsce, po chorobach (80%) i wadach wrodzonych (5%).

Dane te uzasadniają konieczność podejmowania wszelkich działań w celu stworzenia systemu ukierunkowanego na ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych urazów powstałych w wyniku wypadków, a także ich wpływu na funkcjonowanie społeczne, w tym zawodowe.

Jednym z podstawowych elementów takiego systemu powinna być kompleksowa rehabilitacja ograniczająca niepełnosprawność, czy nawet niesamodzielność osób, które w wyniku wypadku doznały w różnym stopniu naruszenia struktur i funkcji organizmu. Postępowanie lecznicze, a potem rehabilitacyjne, w przypadku osób po wypadkach powinno być ukierunkowane na odzyskanie w jak największym stopniu i u jak największej liczby osób zdolności do aktywności społecznej i zawodowej.

Rehabilitacja jest procesem umożliwiającym nabywanie wiedzy i umiejętności koniecznych do najlepszego z możliwych funkcjonowania somatycznego, psychicznego i społecznego, w tym zawodowego. Wczesna, kompleksowa i dostępna dla wszystkich rehabilitacja jest nieodłączną częścią na wszystkich etapach leczenia chorego. Poprawia sprawność i jakość życia, umożliwia optymalny stopień samodzielności i niezależności, a w wielu przypadkach pełną niezależność. Tym samym zmniejsza cierpienie nie tylko fizyczne, ale również psychiczne. Kompleksowa rehabilitacja pozwala również zapobiegać powikłaniom i skutkom ubocznym przewlekłego leczenia farma-

kologicznego (np. stosowania leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych).

Kompleksowa rehabilitacja uwzględnia (Wilmowska-Pietruszyńska A. 2015):

- rehabilitację leczniczą – nowoczesny program leczenia mający na celu przywrócenie w jak najkrótszym czasie sprawności psychofizycznej pozwalającej na uczestnictwo w życiu społecznym, a w przypadku uszkodzeń morfologicznych – wykształcenie i utrwalenie mechanizmów zastępczych;
- rehabilitację psychologiczną – wsparcie w zakresie m. in. budowania poczucia własnej wartości (akceptacji siebie), redefinicji celów życiowych;
- rehabilitację społeczną – przygotowanie osoby po wypadku do czynnego udziału w życiu społecznym (nauka pokonywania barier środowiskowych i technicznych oraz uodpornienie psychiczne);
- rehabilitację zawodową – przywrócenie psychospołecznych i fizycznych kompetencji do pracy, przekwalifikowanie zawodowe.

Rehabilitacja powinna być podejmowana w każdym przypadku, w którym w wyniku chorób i urazów powypadkowych, może dojść do ograniczenia w funkcjonowaniu człowieka w życiu osobistym, społecznym i zawodowym. Jednym z ważniejszych wskazań do rehabilitacji osób po wypadkach jest możliwość odzyskania przez nich zdolności do pracy. Głównym warunkiem skuteczności rehabilitacji, poza kompleksowością, jest wczesne jej wdrożenie, tuż po leczeniu szpitalnym, bowiem każde opóźnienie podjęcia rehabilitacji zmniejsza jej skuteczność oraz wydłuża czas powrotu do pracy. Pacjent poszkodowany w wypadku, po zakończeniu leczenia szpitalnego, nie powinien oczekiwać na rehabilitację leczniczą (bywa, że nawet kilka miesięcy), ponieważ w tym okresie może dojść do utrwalenia się negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia jego stanu psychicznego.

Rola rehabilitacji w przywróceniu zdolności do pracy

W artykule 27. ratyfikowanej przez Polskę konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych pt.: Praca i zatrudnienie zapisano, że Państwa Strony uznając prawo osób niepełnosprawnych do pracy na zasadzie równości z innymi osobami będą chronić i popierać realizację prawa do pracy również tych osób, które staną się niepełnosprawne w okresie zatrudnienia. W konwencji wymieniono działania, jakie powinny być podejmowane w tym celu. Są wśród nich m.in.: zapewnienie wprowadzenia racjonalnych usprawnień dla osób niepełnosprawnych w miejscu pracy (punkt i) oraz popieranie programów rehabilitacji zawodowej, utrzymania pracy i powrotu do pracy adresowanych do osób niepełnosprawnych (punkt k).

Jak wynika z tego zapisu, istotną rolę w odzyskaniu zdolności do pracy i powrocie do pracy odgrywa rehabilitacja zawodowa, a także działania mające na celu przystosowanie środowiska i stanowisk pracy do psychofizycznych możliwości osób niepełnosprawnych. Takie podejście znajduje odzwierciedlenie w działaniach podejmowanych na tym polu przez wiele państw, co świadczy o tendencji światowej. Dowodem na to są doniesienia przedstawione w dwóch najnowszych dokumentach powstałych przy okazji międzynarodowych konferencji European Forum of Insurance Against Accidents at Work and Occupational Diseases (czerwiec 2014 i wrzesień 2015, Wiedeń) oraz seminarium Rehabilitation International on Return to Work (wrzesień 2015, Hong Kong). Przedstawione w wyżej wymienionych dokumentach programy ułatwiające powrót do pracy realizowane są

w wielu krajach europejskich, m.in. w: Szwecji, Finlandii, Austrii, Szwajcarii, Niemczech, a także poza europejskich, m.in. w USA (Svanholm M. 2015, Kauma J. 2015, Upeguin H. 2015, Notkola V. 2015).

O tym, jak ważna jest rehabilitacja, świadczy również stanowisko Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego (ISSA) promujące ideę zamiany roli instytucji ubezpieczeniowych z roli „płatnika” na rolę „gracza” aktywnie zaangażowanego w prewencję i rehabilitację osób powracających do pracy po długotrwałej absencji chorobowej (Konkolewsky H.H. 2015).

Rola pracodawcy w powrocie do pracy

Kolejnym ważnym czynnikiem sprzyjającym powrotowi do pracy osobie po wypadku jest postawa pracodawcy, u którego zatrudniona była osoba przed wypadkiem. Istotna rola, jaką odgrywa pracodawca w ułatwianiu pracownikowi po wypadku powrotu do pracy, szczególnie w zakresie podtrzymywania więzi pracownika z zakładem pracy i dostosowania warunków pracy, jest dobrze udokumentowana badaniami polskimi i światowymi (Pawłowska-Cyprysiak K. 2015, Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO i Banku Światowego 2012).

Na podstawie przeglądu publikacji z okresu 1990-2003 na temat powrotu do pracy (Return to Work) osób po wypadkach, gdzie jako kryterium udanego powrotu do pracy brano pod uwagę okres pozostawania bez pracy (jak najkrótszy, w zależności od urazu), koszty wynikające z absencji chorobowej oraz jakość życia osób poszkodowanych w wypadkach, w IWH (Institute for Work and Health) sformułowano 7 głównych zasad udanego powrotu do pracy osób po wypadkach, tzw. „successful Return to Work” (MacEachen E. i in. 2006, Franche R. L. i in. 2006, IWH 2007). Należą do nich:

1. respektowanie w pełni zasad bezpieczeństwa i higieny pracy w przedsiębiorstwie;
2. dostosowanie stanowiska pracy do psychofizycznych możliwości pracownika poszkodowanego w wypadku przy pracy;
3. zapewnienie, że działania umożliwiające powrót do pracy nie będą niekorzystne dla pozostałych współpracowników;
4. zapewnienie pracodawcy wiedzy w zakresie zapobiegania niezdolności do pracy, co umożliwi mu aktywny udział w planowaniu działań ułatwiających powrót do pracy pracownikowi po wypadku;
5. nawiązanie przez pracodawcę wczesnego (już na etapie leczenia szpitalnego) kontaktu z pracownikiem poszkodowanym w wypadku;
6. wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za „powrót do pracy” pracownika;
7. współpraca pomiędzy pracodawcą i pracownikami służby medycyny pracy w celu określenia wymagań pracy i możliwości pracownika.

Przedstawione zasady udanego powrotu do pracy osób po wypadkach wymagają ścisłego współdziałania pomiędzy pracodawcą, pracownikami służby bezpieczeństwa i higieny pracy, specjalistami realizującymi rehabilitację kompleksową oraz pracownikami służby medycyny pracy na każdym etapie rehabilitacji, powrotu do zdrowia i pracy osoby poszkodowanej w wypadku. Jest to trudne ze względu na brak obecnie instytucjonalnych podstaw do takiej współpracy. Rozwiązaniem tej kwestii byłoby wykształcenie nowej grupy pracowników „zarządzających” działaniami ukierunkowanymi na rozwiązywanie problemów stojących na drodze do odzyskania zdolności do pracy i powrotu do pracy.

Inną kwestią, mogącą utrudniać powrót do pracy po wypadkach, jest obawa pracodawcy przed

zwiększonymi kosztami zatrudnienia osoby, która po wypadku stała się osobą niepełnosprawną, związanymi z koniecznością dostosowania warunków i stanowiska pracy. Związana jest ona głównie z brakiem jasnych, kompleksowych wytycznych na temat dostosowania warunków pracy do możliwości osób niepełnosprawnych. Na podstawie ekspertyz na około 80 stanowiskach pracy w 15 przedsiębiorstwach, przeprowadzonych w ramach projektu realizowanego przez CIOP-PIB w partnerstwie z PFRON w latach 2012-2014, wykazano, że zapewnienie warunków pracy zgodnie z wymaganiami zawartymi w ogólnych przepisach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczących obiektów, pomieszczeń i stanowisk pracy (m.in. Dz.U. 2003, nr 169, poz. 1650) jest często wystarczające dla umożliwienia sprawnego i bezpiecznego funkcjonowania wielu osób niepełnosprawnych w środowisku pracy. Często jednak potrzebne jest podjęcie – w różnym zakresie – działań przystosowujących obiekt, pomieszczenia czy stanowisko pracy odpowiednio do specyficznych uwarunkowań wynikających z niepełnosprawności. Istotne jest, że zawsze działania takie wpływają pozytywnie na organizację pracy, klimat psychospołeczny oraz bezpieczeństwo wszystkich pracowników, a nie jedynie osób niepełnosprawnych [Zawieska W.M. i in. 2015].

Kompleksowa ocena zdolności do pracy – ważny element powrotu do pracy

Zdolność do pracy jest powszechnie rozumiana jako brak zdrowotnych przeciwwskazań do wykonywania pracy lub podlegania związanym z nią czynnikom środowiska. W ujęciu opracowanym przez zespół w Fińskim Instytucie Zdrowia Zawodowego (FIOH) zdolność do pracy to pojęcie, które opisuje stan równowagi pomiędzy możliwościami pracownika (stanem jego zdrowia, możliwościami czynnościowymi oraz umiejętnościami) a wymaganiami jakie stawia przed nim praca [Tuomi K. 1998]. W celu zobrazowania koncepcji zdolności do pracy powstał graficzny model tej koncepcji, który obrazuje czteropiętrowy budynek, którego poszczególne piętra opisują następujące obszary funkcjonowania pracownika:

1. zdrowie i cechy funkcjonalne, czyli zdrowie fizyczne i psychiczne oraz funkcjonowanie społeczne,
2. kompetencje, czyli wiedza i umiejętności wraz z ich ciągłym doskonaleniem,
3. wartości, postawy i motywacje. Uważa się, że są one bliskie „piętra” praca, bowiem dobre doświadczenia w pracy wzmacniają pozytywne wartości i motywację do pracy, zaś złe doświadczenia – osłabiają je.
4. pracę, funkcjonowanie w społeczności pracy oraz zarządzanie. Autorzy koncepcji uważają to za jedno z „cięższych pięter” w tym sensie, że wyznacza standardy, które musi spełnić człowiek ze swoimi możliwościami określonymi przez niższe piętra budynku.

Wyniki badań przeprowadzonych przez wielu autorów, w tym również polskich wskazują, że na zdolność do pracy określają wskaźnikiem zdolności do pracy (Work Ability Index), opracowanym przez wspomnianych wcześniej fińskich autorów, w najistotniejszym stopniu wpływa stan zdrowia i wiek pracownika oraz niedostosowanie wymagań pracy do możliwości psychofizycznych pracownika.

Po zakończeniu rehabilitacji, a przed powrotem do pracy osoby po wypadku konieczne jest przeprowadzenie kompleksowej oceny zdolności do pracy obejmującej ocenę sprawności psychofizycznych pracownika poszkodowanego w wypadku w porównaniu z psychofizycznymi wymaganiami pracy. Kompleksowa ocena sprawności psychofizycznych pracownika poszkodowanego w wypadku pozwoli na:

- określenie możliwości wykonywania pracy na stanowisku, na którym pracował przed wypadkiem,
- określenie wskazań do przystosowania warunków i stanowiska pracy, do zmienionych psy-

chofizycznych możliwości osoby po wypadku,

- identyfikację kierunków reorientacji zawodowej, w przypadku utraty możliwości wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie.

Zakres ocenianych aspektów zdolności do pracy powinien być określany indywidualnie w zależności od rodzaju urazu i stopnia ograniczenia sprawności oraz wymagań pracy.

W zakresie psychospołecznych aspektów zdolności do pracy oceniany powinien być dobrostan/ zdrowie psychiczne, m.in. symptomy somatyczne, zaburzenia funkcjonowania, poczucie własnej wartości, samokontrola, witalność, spójność obrazu siebie, potrzeba aprobaty społecznej, stopień akceptacji choroby/niepełnosprawności.

W zakresie fizycznych aspektów zdolności do pracy oceniane powinny być, w zależności od wskazań wynikających z fizycznych wymagań pracy, następujące parametry: ogólna wydolność fizyczna ($\text{VO}_2 \text{ max}$), siły maksymalne, zakresy ruchów, zdolność utrzymania równowagi ciała.

W przypadku konieczności zmiany zawodu oceniane powinny być także następujące aspekty zdolności do pracy:

- zainteresowania i preferencje zawodowe (m. in. matematyczno-logiczne, praktyczno-techniczne, praktyczno-estetyczne, opiekuńczo-usługowe, kierowniczo-organizacyjne, biologiczne, motywacja do osiągnięć),
- zdolności umysłowe (m.in. poziom inteligencji ogólnej, rozumienie werbalne, organizacja percepcyjna, pamięć i uwaga),
- osobowość i temperament,
- sprawność psychomotoryczna (m.in. refleks, koordynacja wzrokowo-ruchowa, odporność na dystraktory).

Taka kompleksowa ocena zdolności do pracy powinna być także zinterpretowana zgodnie z zasadami Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) opracowanej przez ekspertów WHO (ICF WHO 2001), pozwalającej na określenie stopnia funkcjonowania osoby poszkodowanej w odniesieniu do sytuacji kontekstowych życia społecznego i zawodowego (Escorpizo i in. 2010, Wilmowska-Pietruszyńska, 2013 Froese 2013).

Bibliografia

- Escorpizo R., Ekholm J., Gmunder H.P., Cieza A., Kostanjsek N., Stucki G. (2010). Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability, and health (ICF). *J Occup Rehabil. Dec*; 20(4):502-11. doi: 10.1007/s10926-010-9241-9,
- Franche R-L., Severin C.N., Hogg-Johnson S., Cote P., Vidmar M., Lee H., The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: a 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury. *J Occup & Environ Med. Oct 2007*:960-974.
- Froese E. (2013). Workplace-related Rehabilitation – An ICF-orientated Strategy and its Outcome in Work Accident Cases, Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. II(7),
- IWH disability prevention tools. Seven 'Principles' for Successful Return to Work. March 2007 [rev. 2014]. https://www.iwh.on.ca/system/files/documents/seven_principles_rtw_2014_0.pdf.
- Kauma J., Return to work in Finland. Building Bridges. Work-between labor and fulfilment. Conference report (June 12-13 2015).
- KGP, Wypadki drogowe w Polsce w 2016 r. Warszawa 2017 r.
- Kloimuller I., Return to work: The challenge of reintegration after sickness leave. Building Bridges. Work-between labor and fulfilment. Conference report (June 12-13 2015).
- Konkolewsky H.H., Dynamic social security: Towards and integrated approach. Building Bridges. Working together. Abstract book (September 10-11 2015 Vienna).
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych. Dz.U. z dn. 25 października 2012 r., poz. 1169.
- MacEachen E., Clarke J., Franche R. L., Irvin E., Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scan J Work Environ Health* 2006;32(4):257-269.
- Notkola V., Return to work: Important areas of research to be developed. Rehabilitation International on return to work (September 22 2015, Hong Kong).
- Pawłowska-Cyprysiak K., Uwarunkowania reintegracji zawodowej po nabyciu niepełnosprawności ruchowej. Sprawozdanie z realizacji projektu. 2015. Biblioteka CIOP-PIB.
- Svanholm M., Brief information about rehabilitation/Return to work Management in Sweden. Building Bridges. Work – between labor and fulfilment. Conference report (June 12-13 2015).
- Światowy Raport o Niepełnosprawności WHO i Banku Światowego (2012).
- Tuomi K., Ilmarinen J., Jahkola A., Katajarinne L., Tulkki A., Work Ability Index. FIOH, 1998.
- Upegui H., Technology, future generation and return-to-work programs: Are we prepare for future? Building Bridges. Work – between labor and fulfilment. Conference report (June 12-13 2015).
- Wilmowska-Pietruszyńska A., Rehabilitacja w systemie zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych. *Studia BAS*, 2015 2(42):47-65.
- Wilmowska-Pietruszyńska A., Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia/International Classification of Functioning, Disability and Health. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania, 2013, II(7).
- Zawieska W.M. (red.), Projektowanie obiektów, pomieszczeń oraz przystosowanie stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specyficznych potrzebach – ramowe wytyczne. CIOP-PIB, Warszawa 2014.

Joanna Bugajska

Doktor habilitowany nauk medycznych, prof. nadzw. CIOP-PIB, pracownik naukowy Instytutu i kierownik Zakładu Ergonomii. Autorka ponad 180 wystąpień i publikacji dotyczących czynników warunkujących bezpieczeństwo i zdrowie w miejscu pracy. W swoich pracach badawczych zajmuje się przede wszystkim problematyką związaną z dostosowaniem fizycznych i psychicznych wymagań pracy do możliwości pracowników, w szczególności osób starszych i osób niepełnosprawnych, zapobieganiem chorobom zawodowym i związanym z wykonywaną pracą, rehabilitacją zawodową oraz programami interwencji w przedsiębiorstwach, ukierunkowanych na zapobieganie chorobom układu krążenia i układu mięśniowo-szkieletowego.

Wskazania do leczenia i rehabilitacji u osób po wypadkach

dr hab. n. med. J. Bugajska
Kierownik Zakładu Ergonomii CIOP-PIB

CIOP  **PIB**

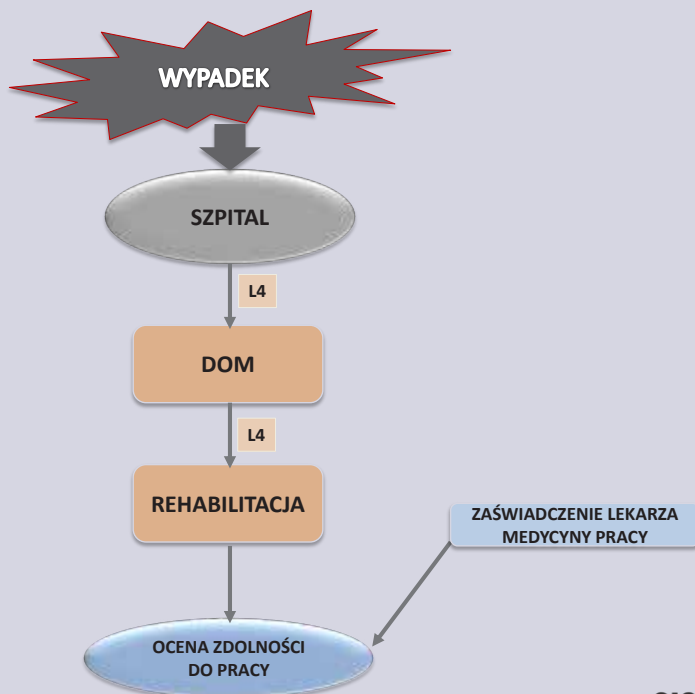
Spis treści:

- **Jak powinna wyglądać prawidłowo rehabilitacja powypadkowa, opis projektu z ZUS, zalety rehabilitacji, zagrożenia związane z brakiem rehabilitacji**
- **Doświadczenia własne – opis przypadków osób biorących udział w pilotażowym programie wczesnej, kompleksowej rehabilitacji**

CIOP  **PIB**

JAK JEST ?

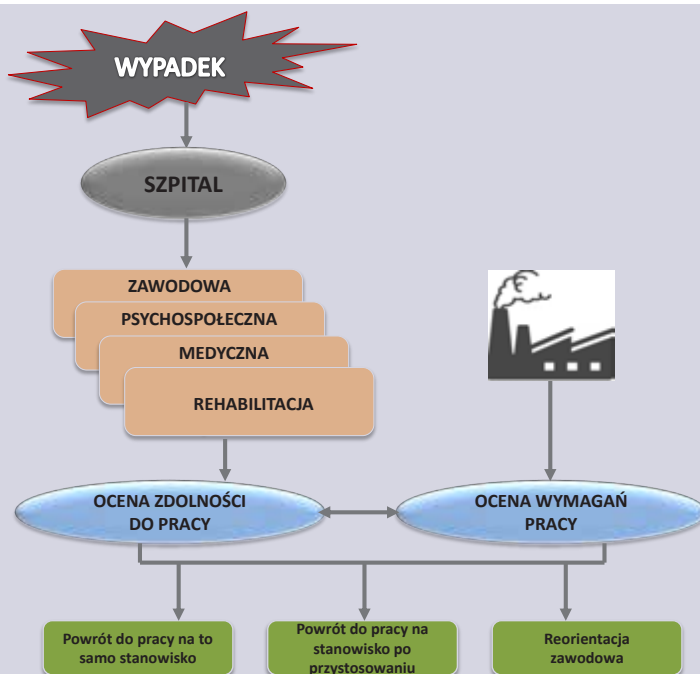
CIOP  PIB



CIOP  PIB

JAK POWINNO BYĆ ?

CIOP  PIB



CIOP  PIB



CIOP  PIB

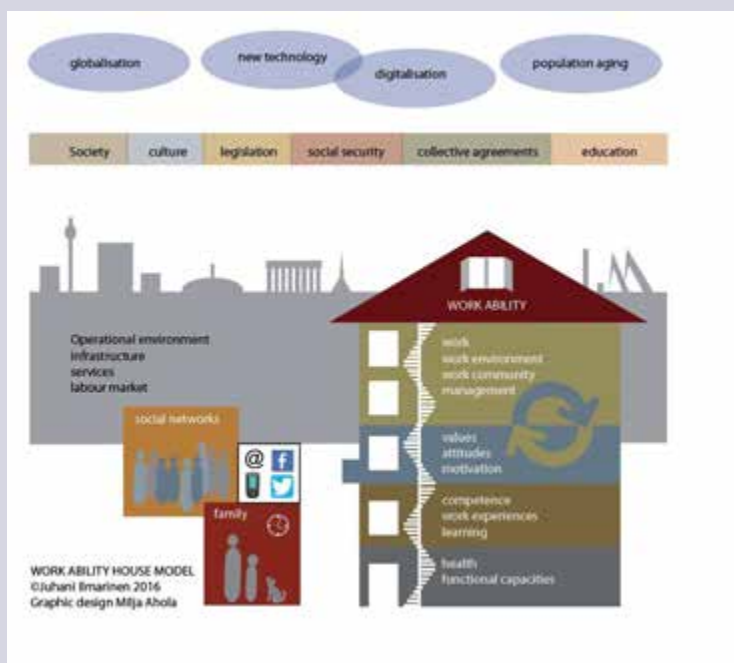
Budynek TECH-SAFE-BIO

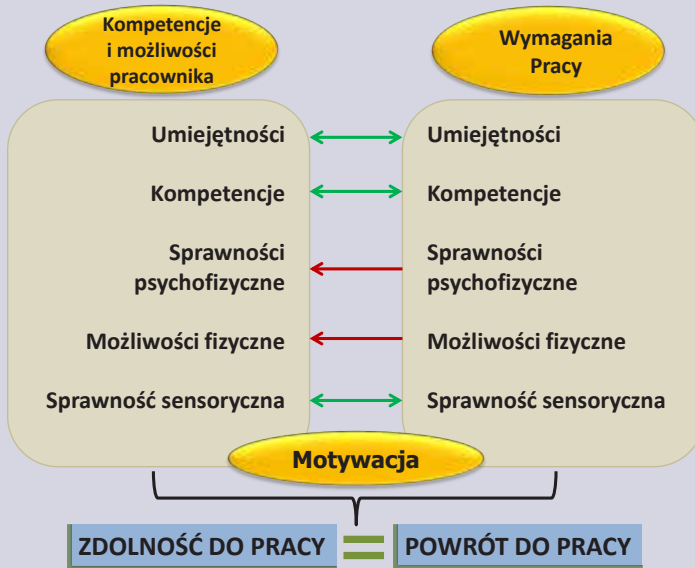


CIOP  PIB

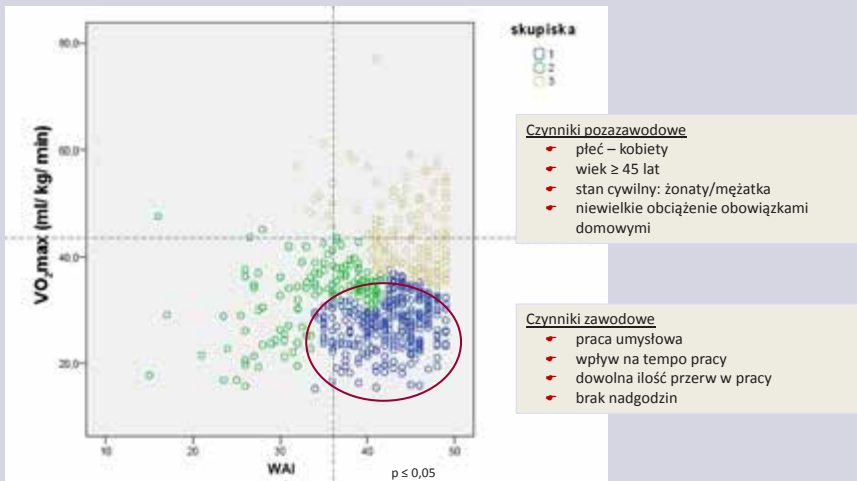
Zdolność do pracy powinna być rozumiana nie tylko jako brak zdrowotnych przeciwwskazań do wykonywania pracy.

Zdolność do pracy powinna określać czy poziom możliwości fizycznych i funkcjonalnych, sprawności psychospołecznych i sensorycznych pracownika pozwala na sprawne wykonywanie przez niego pracy, bez ryzyka dla bezpieczeństwa i zdrowia własnego i innych osób.





Zawodowe i pozazawodowe czynniki sprzyjające dobrej zdolności do pracy u osób z niską wydolnością fizyczną



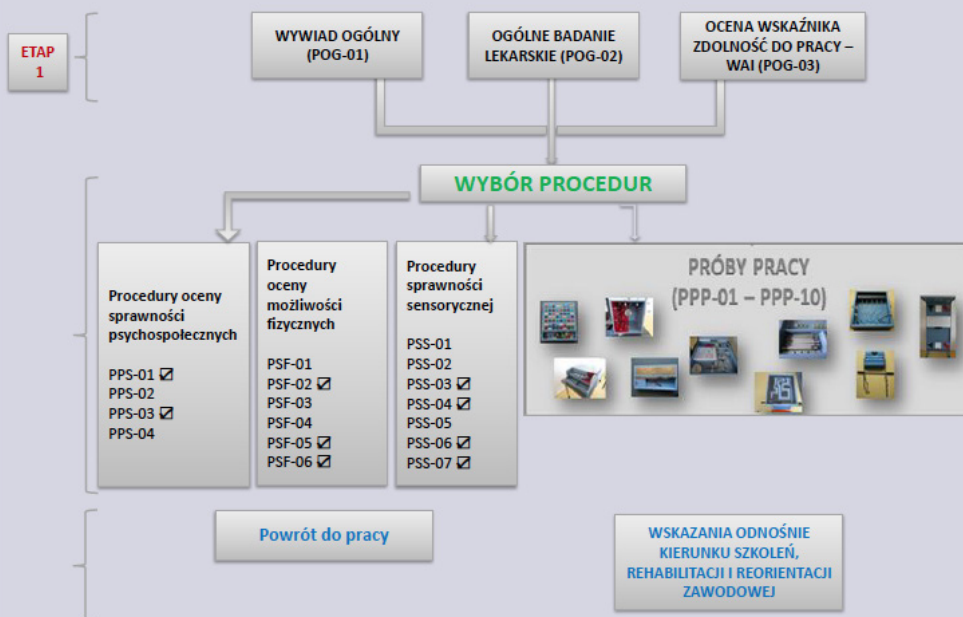
wg J. Bugajska, CIOP-PIB, 2013

Bazę dla systemu oceny zdolności do pracy będą stanowiły wymienione niżej laboratoria i stanowiska TECH-SAFE-BIO, zlokalizowane w budynku B Centralnego Instytutu Ochrony Pracy - Państwowego Instytutu Badawczego:

- Laboratorium Fizjologii Wysiłku Fizycznego,
- Laboratorium Oceny Obciążenia Układu Mięśniowo-Szkieletowego,
- Laboratorium Badań Sprawności Sensorycznej,
- Laboratorium Badań Sprawności Psychoruchowej,
- Laboratorium Diagnostyki i Adaptacji Psychospołecznej,
- stanowisko audiometryczne,
- stanowisko do badań okulistycznych

CIOP  PIB

Algorytm postępowania podczas oceny zdolności do pracy



CIOP  PIB

I. Procedury ogólne (POG)

- POG-01 – Wywiad psychologiczny
- POG-02 – Ogólne badanie lekarskie
- POG-03 – Ocena zdolności do pracy (WAI)



II. Procedury oceny psychologicznych kompetencji zawodowych - procedury psychologiczne (symbol PPS)

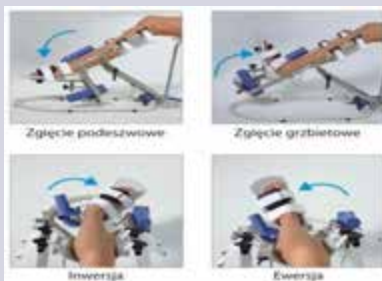
- PPS-01 – Dobrostan i radzenie sobie ze stresem
- PPS-02 – Sprawność psychomotoryczna
- PPS-03 – Osobowość, temperament, kompetencje społeczno-zawodowe, motywacja
- PPS-04 – Sprawność umysłowa



CIOP  PIB

III. Procedury oceny fizycznych kompetencji zawodowych – sprawności fizycznej (symbol PSF)

- PSF-01 – Ocena ogólnej wydolności fizycznej
- PSF-02 – Ocena sprawności układu żylnego kończyn dolnych
- PSF-03 – Maksymalna siła ręki
- PSF-04 – Siła kończyny górnej i kończyny dolnej
- PSF-05 – Zakres ruchu w stawach
- PSF-06 – Badanie równowagi ciała



CIOP  PIB

IV. Procedury oceny sprawności sensorycznej (symbol PSS)

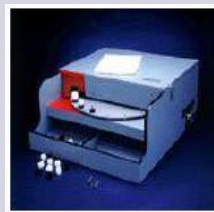
- PSS-01 – Badanie progu słyszenia (audiometria tonalna)
- PSS-02 – Badanie zrozumiałość mowy (audiometria słowna)
- PSS-03 – Badanie okulistyczne - ocena ostrości wzroku i refrakcji
- PSS-04 – Badanie okulistyczne - ocena zdolności rozpoznawania barw, widzenia stereoskopowego, wrażliwość na kontrast oraz zakresu akomodacji i konwergencji
- PSS-05 – Badanie okulistyczne - ocena pola widzenia
- PSS-06 – Badanie okulistyczne - ocena widzenia zmierzchowe i wrażliwość na olśnienie,
- PSS-07 – Badanie przedniego i tylnego odcinka oka, pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego



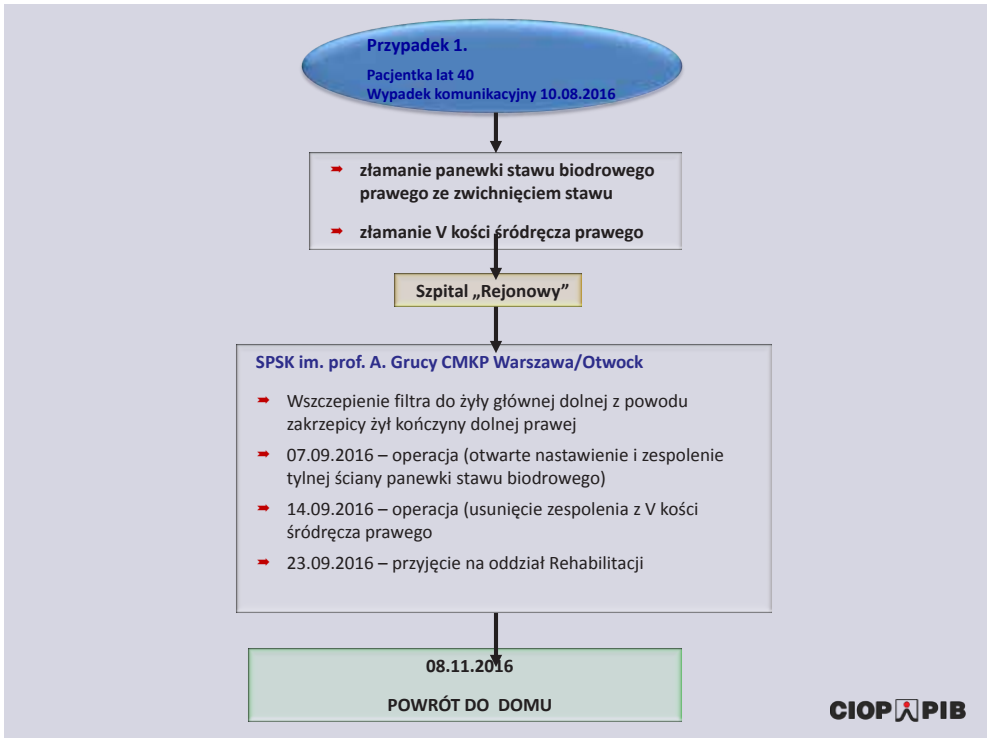
CIOP  PIB

V. Procedury oceny sprawności praktycznych – próby pracy (symbol PPP)

- PPP-01 – Zakresy ruchu kończyn górnych (VCWS 4)
- PPP-02 – Złożone sortowanie (VCWS 7)
- PPP-03 – Symulacja montażu (VCWS 8)
- PPP-04 – Zakres ruchu całego ciała (VCWS 9)
- PPP-05 – Kontrola jakości (VCWS 10)
- PPP-06 – Koordynacja oko-ręka-stopą (VCWS 11)
- PPP-07 – Kreślarstwo (VCWS 16)
- PPP-08 – Sprawność manualna (VCWS 17B)
- PPP-09 – Ocena sprawności podnoszenia i możliwości siłowych (VCWS 201)
- PPP-10 – Zręczność palców (VCWS 204)



CIOP  PIB



Refundacja kosztów leczenia poszkodowanych w świetle orzecznictwa sądowego

Łukasz Wilma

I Wstęp

Zagadnienie obejmujące problematykę refundacji kosztów leczenia osób poszkodowanych stanowi jedną z żywiej komentowanych aktualnie instytucji dotyczących odpowiedzialności odszkodowawczej sprawców zdarzeń rodzących odpowiedzialność w reżimie *ex delicto*.

Przyczyną, która ponownie przykuła uwagę komentatorów i praktyków szeroko pojętego rynku odszkodowawczego jest niewątpliwie uchwała Sądu Najwyższego podjęta w dniu 19 maja 2016 r. w sprawie o sygn. akt III CZP 63/15, stanowiąca odpowiedź na wniosek Rzecznika Finansowego (wówczas Ubezpieczonych) z dnia 18 czerwca 2015 r., który przedstawił Sądowi Najwyższemu następujące zagadnienie prawne do rozstrzygnięcia:

„Czy odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych z tytułu roszczenia o pokrycie kosztów leczenia prywatnego na podstawie art. 444 § 1 KC jest uzależniona od braku możliwości skorzystania przez poszkodowanego z leczenia lub rehabilitacji w ramach uspołecznionej służby zdrowia albo wydłużonego okresu oczekiwania na takie leczenie lub rehabilitację, mającego ujemny wpływ na stan zdrowia poszkodowanego¹?”

Na tak sformułowane zagadnienie Sąd Najwyższy udzielił następującej odpowiedzi:

Świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 KC)².

Teza uchwały pozwala na wysnuć szeregu praktycznych wniosków na przyszłość, niemniej dla jej pełnego zrozumienia, wymaga osadzenia w kontekście, który stanowi w szczególności dotychczasowy dorobek orzeczniczy.

II Ewolucja orzecznictwa w przedmiocie kompensaty kosztów leczenia

Orzecznictwo sądów powszechnych, a także Sądu Najwyższego jest pochodną nie tylko brzmienia regulacji prawnej będącej przedmiotem wykładni, ale także kontekstu danej sprawy oraz, co istotne, kontekstu społecznego, czy też szerzej, kontekstu społeczno-gospodarczego chwili orzekania. Teza ta znajduje uzasadnienie w tzw. klauzulach generalnych, zawierających określone postulaty aksjologiczne, determinujące sposób dokonywania oceny danego zachowania, w tym zachowania dłużnika, pod kątem jego poprawności czy też nawet skuteczności. W szczególności na uwagę zasługuje postulat braku ochrony dla prawnej dla działań sprzecznych ze społeczno-gospodarczym

¹ Wniosek Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 18 czerwca 2015 r., RU/116/AD/15.

² Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., sygn. akt III CZP 63/15.

przeznaczeniem danego prawa lub też z zasadami współżycia społecznego (art. 5 KC) lub też postulat pożądanego sposobu wykonania zobowiązania przez dłużnika, który winien odpowiadać treści zobowiązania, jednocześnie odpowiadając celowi społeczno-gospodarczemu danego prawa, jak i zasadom współżycia społecznego (art. 354 § 1 KC).

Część z powyższych okoliczności oczywiście jest niezmienna, przynajmniej w długim horyzoncie czasowym, niemniej część, w tym w szczególności te powiązane z poziomem dobrobytu społeczeństwa, jak i rozwojem jego świadomości prawnej ulegają ewolucji. Świetnym przykładem tego zjawiska jest wykładnia przepisów statuujących w polskim prawie deliktowym prawo do kompensaty kosztów leczenia stanowiących następstwo czynu niedozwolonego.

Zgodnie z art. 444 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. (t.j., Dz. U. z 2017, poz. 459) Kodeksu cywilnego, dalej zwanego KC:

W razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.

Brzmienie powyższego przepisu prawa jest niezmiennie od czasu wejścia w życie KC, niemniej jego aktualna wykładnia, której emanację stanowi m.in. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r. wspomniana powyżej, jest efektem wieloletnich doświadczeń, które z jednej strony definiują podstawowe pojęcia zawarte w treści przepisu, które nie zawsze są jednoznaczne, z drugiej wskazują kierunek interpretacji całej regulacji z punktu widzenia celowościowego.

*

Na początek wskazać należy na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 r., wydany w sprawie o sygn. akt II PR 217/69, w którego tezie wskazano, iż:

W sytuacji konkretnego zagrożenia całkowitą ślepotą, szukanie pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym nie może być uznane za zbędne, obowiązek więc zwrotu związanych z tym wydatków objęty jest przepisem art. 444 § 1 KC.

W uzasadnieniu powyższego orzeczenia, obejmującego analizę zasadności roszczenia powoda, który w wyniku nadmiernego wysiłku przy pracy doznał odwarstwienia siatkówki lewego oka, w wyniku czego utracił w tym oku wzrok, wskazano iż:

Fakt konsultowania się powoda u specjalistów tej miary co prof. Krwawicz w L. i prof. Arkin w W., jak również fakt leczenia się w Instytucie Okulistycznym im. Piłatowa w O. oraz fakt poniesionych w związku z tym wydatków nie może być kwestionowany w świetle wiarygodnych zeznań jego żony i świadectwa Instytutu z 13.VI.1966 r. W sytuacji konkretnego zagrożenia całkowitą ślepotą, szukanie pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym nie może być uznane za zbędne, obowiązek więc zwrotu związanych z tym wydatków, co do wysokości których nie ma zarzutu ich wygórowania, objęty jest przepisem art. 444 § 1 KC.

Sąd Najwyższy jednoznacznie wskazał, iż naruszenie takiego dobra, jakim jest zdrowie i podjęte w kierunku jego ratowania przez poszkodowanego działania, których celowości nie zanegowano, znajduje uzasadnienie w przytoczonym przepisie punkt ciężkości został położony na poziom usługi rodzącej koszty podlegającej kompensacie, wynikający z niekwestionowanych kompetencji lekarzy, u których konsultacji w celu leczenia doznanego rozstroju zdrowia poszukiwał poszkodowany.

**

Utrwalanie stanowiska co do celowości poniesienia określonych kosztów jako kryterium oceny ich zasadności jest efektem także kolejnego orzeczenia Sądu Najwyższego, a mianowicie wyroku z dnia 21 maja 1973 r., wydanego w sprawie o sygn. akt II CR 194/73, w którym Sąd wyjaśnił, iż:

Wydatki ponoszone na podawanie choremu bardziej wyszukanych potraw, dostarczanie większych ilości owoców, słodyczy itp., choćby z punktu widzenia czysto lekarskiego chory nie wymagał specjalnej diety, są z reguły celowe, chyba że byłyby wyraźne zalecenia lekarskie, nakazujące ograniczenie diety. Przez swój dodatni wpływ psychiczny na chorego przyspieszają one bowiem proces leczenia. Dlatego też zwrot tych wydatków znajduje usprawiedliwienie w art. 444 § 1 KC, który nakazuje zwrot „wszelkich kosztów” wynikłych w związku z uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia.

Oznacza to więc, iż nie tylko kwalifikacje lekarzy, do których o pomoc zwraca się poszkodowany przesądzać mogą o zasadności poniesionych w związku z tym kosztów, ale także koszty obejmujące kategorie ocenne, może nawet czasami w pierwszym odruchu stanowiące zbytek, niemniej w kontekście danej sprawy, uwzględniając takie okoliczności jak wpływ na psychikę osoby poszkodowanej, mogą przynosić mierzalną wartość dodaną w procesie leczenia, a tym samym zasługują na uznanie i kompensatę.

Kamieniem milowym w tworzeniu się wykładni przepisu art. 444 § 1 KC jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 sierpnia 1972 r., wydanym w sprawie o sygn. akt I CR 246/72, w którym Sąd Najwyższy stwierdził, iż:

Zgodnie z art. 444 KC żądanie pokrycia wszelkich szkód na osobie oraz zwrotu poniesionych w tym kosztów przysługuje tylko poszkodowanemu jako podmiotowi wyłącznie w tym zakresie czynnie legitymowanemu; osoba trzecia, nawet jeśli by koszty te wyłożyła, nie posiada legitymacji czynnej w roszczeniu o zwrot tych kosztów.

Orzeczenie to dotyczy więc odmiennej materii, a mianowicie kwestii podmiotu legitymowanego czynnie do żądania kompensaty z tytułu poniesionych kosztów leczenia. Teza komentowanego orzeczenia jest o tyle kluczowa, iż zdanie pierwsze art. 444 § 1 KC nie reguluje kwestii podmiotowej, skupiając się na przesłankach samego roszczenia, a tym samym niezbędne było rozwianie wątpliwości co do osoby, której przysługuje prawo do kompensaty. Jakkolwiek brak było wątpliwości, że szkodą czyjej osoby związana jest kompensata, a jest nią osoba poszkodowana, a więc osoba, która doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, niemniej możliwe przecież jest, iż faktycznie koszty powstałe w czasie ratowania zdrowia takiej osoby poniósł kto inny, jak członkowie rodziny, ale także instytucje publiczne, w tym zakłady opieki zdrowotnej, tak krajowe, jak i zagraniczne. Sąd Najwyższy przeciął w tej materii wszelkie dywagacje (nie dotyczy to przypadków, w których uprawnienie takie wynika z odrębnych przepisów prawa) wskazując na jedną z podstawowych zasad polskiego prawa deliktów, a więc legitymację czynną osób bezpośrednio poszkodowanych, tj. osób, z naruszeniem których dobra, w tym zdrowia związana jest odpowiedzialność odszkodowawcza, bez względu na to, kto faktycznie takie koszty poniósł.

Z celowością poniesienia szeroko pojętych kosztów leczenia związany jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 r., wydany w sprawie o sygn. akt I CR 455/80, w którym Sąd zdecydował, iż:

Do kosztów objętych paragrafem pierwszym art. 444 KC nie należą koszty pojazdu inwalidzkiego, jeżeli nie jest on konieczny do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej, a w szczególności do kontynuowania pracy zarobkowej wykonywanej przed wypadkiem.

Stan faktyczny powyższej sprawy obejmował następstwa wypadku komunikacyjnego, w którym poszkodowany w następstwie doznanego uszkodzenia mózgu cierpiał na encefalopatię pourazową w postaci charakteropatii. W związku z tym został zaliczony do drugiej grupy inwalidów z ogólnego stanu zdrowia.

Sąd przyjął, iż do kosztów objętych paragrafem pierwszym art. 444 KC nie należą koszty pojazdu inwalidzkiego, jeżeli nie jest on konieczny do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej, a w szczególności do kontynuowania pracy zarobkowej wykonywanej przed wypadkiem. Powód nie był zdolny do żadnej pracy i dlatego właśnie przyznano mu rentę z ubezpieczenia społecznego oraz rentę wyrównawczą, służące kompensacie uszczerbku związanego z utraconymi dochodami. Poszkodowany nie należał do kategorii inwalidów, nie mogących się w ogóle poruszać bez pomocy wózka inwalidzkiego, ani do inwalidów będących w stanie wykonywać pracę zawodową nie inaczej, jak np. przy użyciu samochodu. Pojazd specjalny nie przywróciłby więc powodowi zdolności do pracy zarobkowej poza domem. Zwiększone wydatki na środki komunikacji, z której poszkodowany musiał korzystać przy dojazdach do przychodni lekarskiej lub po zakupy pokrywano z przyznanej mu renty na zwiększone potrzeby. Opinia biegłego lekarza, który stwierdził, że pojazd jest dla powoda wskazany, miałyby istotne znaczenie, gdyby powód był zdolny do pracy zarobkowej poza swoim mieszkaniem, a jedynie brak pojazdu inwalidzkiego uniemożliwiał mu jej podjęcie.

Istotą powyższego orzeczenia jest wykładnia pojęcia celowości kosztów nie tylko jako ich uzasadnienie in plus, ale także dla wskazania jego granic, przez które należy rozumieć niezbędność poniesienia danego kosztu dla celów restytucji utraconych zdolności lub możliwości zarobkowych, czy szerzej – życiowych, w kontekście danej sprawy. Skoro więc poszkodowany jest osobą trwale niezdolną do pracy, dla której poprawy jakości życia, w tym podniesienia samodzielności, użytkowanie wózka inwalidzkiego jest bez znaczenia, to tym samym koszt taki nie jest ani niezbędny, ani celowy, a więc jest niezasadny i nie podlega kompensacie.

Orzeczenie to ma ogromne znaczenie z praktycznego punktu widzenia, kładąc nacisk na konieczność analitycznej oceny ponoszonych przez poszkodowanych kosztów, których subiektywne przekonanie o ich celowości, pomimo niewątpliwego związku z samym wypadkiem może odbiegać od obiektywnych kryteriów i prowadzić do nadmiernego obciążania sprawcy wypadku jego skutkami.

Potwierdzeniem, ale także rozwinięciem powyższej zasady jest orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 1997 r. wydane w sprawie o sygn. akt. II UKN 113/97, w której rozstrzygano zasadność roszczenia o wyłożenie środków niezbędnych do nabycia pojazdu przystosowanego do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Powód, urodzony 6 lipca 1957 r., uległ w stosunkowo młodym wieku dnia 24 kwietnia 1990 r. wypadkowi przy pracy, którego następstwa zdrowotne spowodowały zaliczenie go do II grupy inwalidów z powodu trwałych i postępujących powypadkowych ciężkich uszkodzeń narządu ruchu i układu moczowego. Powód – uprawniony do uzyskania naprawienia szkody obejmującej wszelkie wynikające z tego tytułu koszty (art. 444 § 1 zdanie pierwsze KC), już w dniu 22 czerwca 1992 r. uzyskał zaświadczenie z Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w W., które przydzielało mu samochód inwalidzki (oprzyrządowany), z czego należało wywodzić potrzebę posługiwania się takim pojazdem przez niego. Na celowość korzystania z samochodu inwalidzkiego w okresie leczenia powypadkowych

schorzeń narządu ruchu i konieczności systematycznego leczenia urologicznego wskazywały obie uzyskane w postępowaniu pierwszoinstancyjnym opinie medycznych instytucji naukowych. Wyrażona tam sugestia, że aktualny stan narządu ruchu nie stanowi bezwzględnej wskazania do posługiwania się takim pojazdem, nie dyskwalifikowała przecież celowości posługiwania się przez powoda takim pojazdem, a przez to nie powinna prowadzić do przekreślenia takich uzasadnionych potrzeb powoda. Nie można przecież racjonalnie przyjąć, że dopiero chorobowa progresja prowadząca do pełnej utraty sprawności narządu ruchu poszkodowanego pracownika może uzasadniać jego żądanie przyznania samochodu inwalidzkiego. Pojazd taki jest aktualnie potrzebny do skompensowania ciężkich następstw wypadku przy pracy powoda, który podejmuje uprawnione próby aktywnego funkcjonowania w społeczeństwie poprzez prowadzenie działalności gospodarczej, wymagającej dysponowania środkiem transportu samochodowego.

Sąd przyjął więc, iż nie tylko utrata faktycznie dotychczas wykonywanej aktywności uzasadniać może określone oprzyrządowanie poszkodowanego, ale także znajdujące uzasadnienie w danej sprawie rzeczywiste i możliwe do zrealizowania plany, które stanowią normalną reakcją poszkodowanego na doznane przez niego skutki wypadku. W takich okolicznościach bezpodstawne i niestosowne jest odnoszenie się, czy też swoiste przyrównywanie przez sądy orzekające potrzeb korzystania przez ciężko poszkodowanego powoda z pojazdu specjalistycznego do sytuacji ludzi zdrowych, którym samochody osobowe zapewniają wygodę i ułatwiają życie.

Powyższe prowadziło Sąd Najwyższy do wyrażenia poglądu, że:

Obowiązek odszkodowawczy wyznaczony treścią art. 444 § 1 KC obejmuje koszty nabycia samochodu inwalidzkiego niezbędnego dla prowadzenia leczenia i działalności gospodarczej przez pracownika ciężko poszkodowanego wskutek zawinionego przez pracodawcę wypadku przy pracy.

Efektom rozwoju jurysprudencji w zakresie wykładni przepisu art. 444 § 1 KC było pojawienie się kolejnych prób podsumowujących dotychczasowe osiągnięcia w tej materii.

Przykładem tego zjawiska jest m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 2005 r., wydany w sprawie o sygn. akt II CK 481/04, w którym Sąd przesądził, iż:

Odszkodowanie z § 1 art. 444 KC obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Chodzi tu zatem o koszty leczenia, specjalnego odżywiania, dodatkowej pomocy pielęgniarstwa, koszty zabiegów rehabilitacyjnych itp.

Ten sam atrybut dotyczy wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2007 r., sygn. akt III CSK 109/2007, w tym Sąd ocenił, iż:

Zawarte w art. 444 § 1 k.c. pojęcie „wszelkie wynikłe koszty” powinno być interpretowane szeroko. Rozważając wzajemne relacje między przepisami art. 444 § 1 i § 2 oraz art. 447 k.c., należy wskazać, że art. 444 § 1 zd. 2 k.c. traktować należy jedynie jako egzemplifikację rodzajów i sposobów pełnej kompensaty szkód wynikających z czynu niedozwolonego.

Novum, którego refleks do dziś jest przedmiotem kontrowersji, stanowiło orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., opublikowane w sprawie o sygn. akt I CSK 384/07, gdzie Sąd zwrócił uwagę, iż:

Okolicznością sprzeciwiającą się uwzględnieniu żądania poszkodowanego wyłożenia z góry przez zobowiązanego do naprawienia szkody sumy potrzebnej na koszty leczenia (art. 444 § 1 zd. 2 KC) nie jest wykazanie, że poszkodowany objęty jest finansowaniem świadczeń opieki zdrowot-

nej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów. Przesłanką uwzględnienia żądania, o którym mowa w art. 444 § 1 zd. 2 KC, jest więc wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że suma, której wyłożenia z góry domaga się od zobowiązanego do naprawienia szkody, jest sumą potrzebną na koszty leczenia. Natomiast to strona pozwana, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niej żądaniu wyłożenia z góry tej sumy, powinna zaofiarować dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych.

Tezy powyższego orzeczenia z jednej strony sumują dotychczasowe osiągnięcia orzecznictwa w tej materii, tj. w szczególności fakt, iż punktem wyjścia przy ocenie zasadności kompensaty jest celowość i niezbędność danego wydatku, niemniej dodatkowo rozprawia się zauważalnymi w praktyce próbami ograniczania obowiązku zwrotu takich wydatków, które mogły być zaoszczędzone, gdyby poszkodowany skorzystał z publicznej służby zdrowia, finansowanej ze składek wszystkich ubezpieczonych, a więc korzystanie z której nie wiąże się z wydatkowaniem jakichkolwiek dodatkowych kwot.

W uzasadnieniu takiego stanowiska Sądu Najwyższego zawarto ocenę, iż przepis art. 444 § 1 KC ani nie warunkuje uwzględnienia przewidzianego nim żądania od istnienia potencjalnej możliwości pokrycia kosztów leczenia ze środków publicznych, ani tym bardziej nie uzależnia jego uwzględnienia od wykazania przez poszkodowanego negatywnej okoliczności, a mianowicie, że koszty leczenia nie zostaną opłacone ze środków publicznych. Uprawnienia poszkodowanego żądania wyłożenia z góry przez zobowiązanego sumy potrzebnej na koszty leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, że jest on osobą uprawnioną do korzystania z systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jeżeli tylko zostanie wykazane, że celowe jest stosowanie takich metod leczenia, zabiegów lub środków leczniczych, które nie wchodzą w zakres świadczeń objętych finansowaniem ze środków publicznych. Interpretacja przepisu art. 444 § 1 zd. 2 KC musi być zgodna z celem i funkcją tej regulacji, tj. umożliwić poszkodowanemu wcześniejsze pozyskanie od zobowiązanego do naprawienia szkody środków finansowych potrzebnych na koszty leczenia, zważywszy zwłaszcza, że w razie nieobjęcia umową o udzielenie świadczeń zdrowotnych określonego świadczenia zdrowotnego ubezpieczony nie mógł żądać ustalenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, iż przysługuje mu prawo do danego świadczenia zdrowotnego (patrz uchwała składu siedmiu sędziów SN z dnia 24.1.2007 r., III UZP 4/06, OSNP 2007, nr 15-16, poz. 226). Dlatego należy przyjąć, że uwzględnienie roszczenia poszkodowanego, skierowanego przeciwko zobowiązanemu do naprawienia szkody, o wyłożenie z góry sumy potrzebnej na koszty leczenia, jest niezależne od tego, czy poszkodowany dysponuje odpowiednimi środkami własnymi na pokrycie wskazanych wyżej kosztów oraz czy jest objęty systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba że strona zobowiązana do naprawienia szkody wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów.

W istocie więc Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, iż fakt podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu i wynikająca z tego faktu możliwość korzystania bez dodatkowej odpłatności ze świadczeń publicznego sektora opieki zdrowotnej jest bez znaczenia w kontekście zakresu obowiązku odszkodowawczego dla oceny jego zakresu. Innymi słowy, publiczny system opieki zdrowotnej nie jest punktem odniesienia dla oceny, który z kosztów poniesionych przez poszkodowanego był celowy i niezbędny.

Wynika to z przyjęcia, iż przesłanką uwzględnienia żądania, o którym mowa w art. 444 § 1 zd. 2

KC, jest wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że suma, której wyłożenia z góry domaga się od zobowiązanego do naprawienia szkody, jest sumą potrzebną na koszty leczenia, natomiast to strona pozwana, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niej żądaniu wyłożenia z góry tej sumy, powinna zaofiarować dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych. Oznacza to więc, iż ciężar dowodu wystąpienia faktów tamujących oraz niweczających spoczywa na przeciwniku tej strony, która występuje z roszczeniem, czyli z zasady na pozwanym.

III Stan aktualny

W takim stanie orzeczniczym doszło do złożenia przez Rzecznika Ubezpieczonych do Sądu Najwyższego wniosku o rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa w zakresie zasad kompensaty poniesionych kosztów leczenia, który w dniu 19 maja 2016 r. w składzie 7 sędziów podjął uchwałę w brzmieniu:

Świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także uzasadnione i celowe koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 KC).

Już pobieżna analiza przytoczonej tezy sugeruje, iż z pewnością nie ma mowy o rewolucji co do wykładni przepisu art. 444 § 1 KC, a jedynie o pewnym podsumowaniu dotychczasowego dorobku orzeczniczego, uwzględniając także jego ewolucję, która niewątpliwie przebiegała w kierunku rozszerzania wykładni pojęć uzasadnione, celowe i niezbędne, stanowiących rdzeń przesłanek tego roszczenia, przy jednoczesnym ich doprecyzowywaniu. Wniosek ten wynika także z analizy uzasadnienia rzeczony Uchwały, które obejmuje kluczowe zagadnienia, będące osią sporu między podmiotami uprawnionymi i zobowiązanymi w tego typu sprawach.

Wszelkie wynikiły z tego powodu koszty

Punktem wyjścia rozstrzygnięcia zagadnienia prawnego przedstawionego przez Rzecznika Finansowego Sąd Najwyższy uczynił treść art. 444 § 1 k.c. oraz ogólne reguły prawa odszkodowawczego, zgodnie z którym możliwe jest objęcie roszczeniem odszkodowawczym wszelkich kosztów wynikłych z faktu uszkodzenia lub wywołania rozstroju zdrowia. Odszkodowanie takie kompensuje uszczerbek majątkowy poszkodowanego w postaci *damnum emergens* (art. 361 § 2 KC), których poniesienie miało miejsce z woli podmiotu poszkodowanego, ale w celu usunięcia lub ograniczenia niekorzystnych dla zdrowia poszkodowanego konsekwencji spowodowanych czynem niedozwolonym. Ocena więc tych wydatków winna zmierzać do analizy ich pod kątem celowości. Oznacza to, iż co do roszczeń o zwrot kosztów leczenia ma zastosowanie zasada pełnej kompensacji szkody, która służyć ma pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego lub przynajmniej spowodowania takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy.

Poniesione przez poszkodowanego koszty leczenia lub rehabilitacji są zatem celowe (uzasadnione, konieczne, usprawiedliwione), jeżeli odpowiadają wspomnianej funkcji odszkodowania określonego w art. 444 § 1 KC.

Sam natomiast rozmiar tych kosztów zależy od zakresu celowych czynności leczniczych lub rehabilitacyjnych, którym został poddany poszkodowany (np. diagnostyka, terapie, leki, zabiegi, typ i czas rehabilitacji). Nie ma przy tym znaczenia, czy chodzi o skompensowanie już poniesionych kosztów, czy o koszty, które mają być poniesione w związku z przyszłym, planowanym leczeniem (art. 444 § 1 KC). Przepis art. 444 § 1 k.c. nie przesądza, w jakim systemie organizacyjno-prawnym

może dojść do poddania się poszkodowanego czynnościom leczniczym lub rehabilitacyjnym. Rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania, przy czym punktem wyjścia do oceny winna być teza, iż poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji, które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego w zakresie jego stanu zdrowia, nawet jeżeli realizowane świadczenia medyczne powodować mogą powstanie odpowiednich, zwiększonych kosztów. Chodzi tu przede wszystkim o sytuacje typowe, tj. szerszy zakres prywatnych usług medycznych, niemożność skorzystania przez poszkodowanego ze świadczenia medycznego oferowanego przez publiczny system świadczeń z powodu odległego, niewskazanego medycznie czasu jego zrealizowania. Katalog takich zdarzeń może być, oczywiście, uzupełniony o sytuacje szczególne wynikające z konkretnego stanu faktycznego, w którym istotny jest nie sam dostęp faktyczny do publicznej usługi medycznej, ale także poziom merytoryczny i techniczny takiej usługi z punktu widzenia medycznych rokowań jej efektywności. Nie jest też wyłączone, że w sytuacjach, w których zachodzi ograniczony dostęp do usługi medycznej, za koszty celowe w rozumieniu art. 444 § 1 k.c. można uznać także koszty leczenia lub rehabilitacji poniesione za granicą.

Związek przyczynowy, ciężar dowodu

Tak szczególnie, jak i ogólne przepisy prawa odszkodowawczego nie normują kwestii tego, na kim spoczywa ciężar wykazania zasadności poniesienia wskazanych powyżej kosztów, a więc i zasadności ich kompensaty. Oznacza to, iż opierając się na ogólnej zasadzie ciężaru dowodu, to poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji, pozostające w związku przyczynowym z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Taki dowód „celowości kosztów” oznacza także konieczność wykazania poszczególnych rodzajów kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji (struktura kosztów szczegółowych).

Jednocześnie brak jest formalnoprawnych podstaw do obciążania poszkodowanego obowiązkiem każdorazowego dowodzenia zasadności skorzystania z leczenia wyłącznie za pomocą wskazanych przez zobowiązanego środków dowodowych. Jednocześnie zobowiązany może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego, zdefiniowanych jak powyżej, niemniej spoczywa na nim ciężar dowodu, do którego przerzucania na poszkodowanego brak jest podstaw prawnych.

IV Wnioski

Aktualna sytuacja orzecznicza skłania do refleksji, iż z perspektywy podmiotu zobowiązanego do kompensaty poniesionych przez poszkodowanych kosztów leczenia rozumianych w sposób, jak to wskazano powyżej, wymaga mniej doktrynalnego podejścia, zakładającego w szczególności możliwość ograniczania odpowiedzialności za skutki wypadków w oparciu o przerzucanie na poszkodowanych ciężaru dowodu, a więcej na detalicznej analizie zgłoszonych roszczeń. Podejście to zakładać powinno ścisłą współpracę z szeroko pojętym rynkiem podmiotów leczniczych, dysponujących niezbędną wiedzą i doświadczeniem, pozwalającym na ocenę, z jakimi faktycznie skutkami należy się liczyć przy danym rozstroju zdrowia, jaka diagnostyka rzeczywiście pozwoli na ocenę zasadności zgłoszonych roszczeń oraz jakie leczenie pozwoli na wyzdrowienie poszkodowanego, jak i gdzie są granice możliwości w przywracaniu zdrowia do stanu sprzed wypadku, co pozwoli także na właściwą, zgodną z aktualną wykładnią art. 444 § 1 KC kalkulację kosztów wynikłych z danego wypadku, a więc i ustalenia właściwej kwoty tytułem odszkodowania.

Łukasz Wilma

Radca prawny prowadzący działalność zawodową w formie kancelarii radcy prawnego, świadczący usługi prawne głównie na rzecz podmiotów rynku ubezpieczeń ze szczególnym naciskiem na obszar likwidacji szkód.

Refundacja kosztów leczenia poszkodowanych w świetle orzecznictwie sądowego

Warszawa, dnia 13. grudnia 2016 r.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

podstawy prawne

Art. 444 KC

§ 1

*W razie **uszkodzenia ciała** lub wywołania **rozstroju zdrowia** naprawienie szkody obejmuje wszelkie wynikię z tego powodu koszty.*

Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

podstawy prawne

Art. 361 KC

§ 1

Zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za **normalne** następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

§ 2

W powyższych granicach, w braku odmiennego przepisu ustawy lub postanowienia umowy, naprawienie szkody obejmuje **straty**, które poszkodowany poniósł oraz **korzyści**, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzone.



KANCELARIA RADCY PRAWNEGO
ŁUKASZ WILMA

KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

podstawy prawne

Art. 363 KC

§ 1

Naprawienie szkody powinno nastąpić, **według wyboru poszkodowanego**, bądź przez **przywrócenie stanu poprzedniego**, bądź przez **zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej**. Jednakże gdyby przywrócenie stanu poprzedniego było niemożliwe albo gdyby pociągało za sobą dla zobowiązanego nadmierne trudności lub koszty, roszczenie poszkodowanego ogranicza się do świadczenia w pieniądzu



KANCELARIA RADCY PRAWNEGO
ŁUKASZ WILMA

KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

cel i zakres zastosowania

- przedmiotem kompensacji jest powiązany ze szkodą osobową **uszczerbek majątkowy**;
- określa **sposób** naprawienia szkody na osobie;
- wskazuje mające zastosowanie **zasady odpowiedzialności cywilnej**;
- odpowiedzialność ma charakter **deliktowy**;
- **legitymowanym czynnie** jest poszkodowany;



KANCELARIA RADCY PRAWNEGO
ŁUKASZ WILMA

KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

przesłanki stosowania przepisu

Uszkodzenie ciała

naruszenie integralności cielesnej (fizycznej), pozostawiające wyraźne ślady, zarówno o charakterze zewnętrznym, jak i uszkodzenie narządów wewnętrznych

Rozstrój zdrowia

Różnorakie zakłócenia normalnego funkcjonowania organizmu ludzkiego, takie jak nerwice czy choroby psychiczne



KANCELARIA RADCY PRAWNEGO
ŁUKASZ WILMA

KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

charakter odpowiedzialności

„Naprawienie szkody obejmuje **wszelkie**
wynikłe z tego powodu koszty”

Istotnym zagadnieniem jest zatem:

- katalog **wszelkich kosztów**;
- ustalenie związku przyczynowego, a więc ocena **celowości** ich poniesienia.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 r., II PR 217/69

*W sytuacji konkretnego zagrożenia całkowitą ślepotą szukania pomocy i porady u wybitnych specjalistów oraz w znanym zakładzie leczniczym **nie może być uznane za zbędne**, obowiązek więc zwrócenia związanych z tym wydatków objęty jest przepisem art. 444 § 1 KC*



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 1973 r., II CR 194/73

Wydatki ponoszone na podawanie choremu bardziej wyszukanych potraw, dostarczanie większych ilości owoców, słodczy itp. choćby z punktu widzenia czysto lekarskiego chory nie wymagał specjalnej diety, są **z reguły celowe**, chyba że byłyby wyraźne zalecenia lekarskie, nakazujące ograniczenie diety. Przez swój dodatni wpływ psychiczny na chorego przyspieszają one bowiem proces leczenia. Dlatego też zwrot tych wydatków znajduje usprawiedliwienie w art. 444 § 1 KC, który nakazuje zwrot "wszelkich kosztów" wynikłych w związku z uszkodzeniem ciała lub wywołaniem rozstroju zdrowia.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 r., I CR 455/80

*Do kosztów objętych paragrafem pierwszym art. 444 KC **nie należą** koszty pojazdu inwalidzkiego, **jeżeli** nie jest on konieczny do kompensowania kalectwa osoby poszkodowanej, a w szczególności do kontynuowania pracy zarobkowej wykonywanej przed wypadkiem.*



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 1997 r., II UKN 113/97

*Obowiązek odszkodowawczy z art. 444 § 1 zdanie 1 KC obejmuje **zwrot kosztów nabycia samochodu inwalidzkiego** niezbędnego dla leczenia i prowadzenia działalności gospodarczej pracownika poszkodowanego wskutek wypadku przy pracy.*



KANCELARIA RADCY PRAWNEGO
ŁUKASZ WILMA

KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 2005 r., sygn. akt II CK 481/04

*Odszkodowanie z § 1 art. 444 KC obejmuje **wszelkie wydatki pozostające w związku** z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. Chodzi tu zatem o koszty leczenia, specjalnego odżywiania, dodatkowej pomocy pielęgniarskiej, koszty zabiegów rehabilitacyjnych itp. Natomiast zasądzenie renty z uwagi na zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowią wyrównanie szkody przyszłej, wyrażającej się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie np. konieczność stałych zabiegów, dalszego leczenia, specjalnego odżywiania.*



KANCELARIA RADCY PRAWNEGO
ŁUKASZ WILMA

KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2007 r., sygn. akt III CSK 109/2007

Zawarte w art. 444 § 1 k.c. pojęcie „wszelkie wynikiłe koszty” powinno być interpretowane **szeroko**. Rozważając wzajemne relacje między przepisami art. 444 § 1 i § 2 oraz art. 447 k.c., należy wskazać, że art. 444 § 1 zd. 2 k.c. traktować należy jedynie jako **egzemplifikację** rodzajów i sposobów pełnej kompensaty szkód wynikających z czynu niedozwolonego.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07

Okolicznością sprzeciwiającą się uwzględnieniu żądania poszkodowanego wyłożenia z góry przez zobowiązanego do naprawienia szkody sumy potrzebnej na koszty leczenia (art. 444 § 1 zd. 2 KC) **nie jest wykazanie**, że poszkodowany objęty jest finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, **chyba że** strona zobowiązana do naprawienia szkody wykaże, że koszty leczenia poszkodowanego zostaną pokryte w całości ze środków publicznych, w tym także przyznawanych w ramach szczególnych procedur obejmujących także decyzje uznaniowe uprawnionych podmiotów.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07

Przesłanką uwzględnienia żądania, o którym mowa w art. 444 § 1 zd. 2 KC, jest więc wyłącznie wykazanie przez poszkodowanego, że suma, której wyłożenia z góry domaga się od zobowiązanego do naprawienia szkody, jest sumą potrzebną na koszty leczenia.

Natomiast to strona pozwana, chcąc skutecznie sprzeciwić się skierowanemu przeciwko niej żądaniu wyłożenia z góry tej sumy, powinna zaoferować dowód na okoliczność, że nie jest to suma potrzebna poszkodowanemu na koszty leczenia, ponieważ koszty te zostaną pokryte ze środków publicznych.”



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10

*Celowość ponoszenia wydatków na rehabilitację może być wiązana nie tylko z możliwością **uzyskania poprawy stanu zdrowia**, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu, **jego niepogarszania**.*



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 sierpnia 1972 r., I CR 246/72

Zgodnie z art. 444 KZ żądanie pokrycia wszelkich szkód na osobie oraz zwrotu poniesionych w tym kosztów przysługuje **tylko poszkodowanemu** jako podmiotowi wyłącznie w tym zakresie czynnie legitymowanemu; osoba trzecia nawet jeśli by koszty te wyłożyła nie posiada legitymacji czynnej w roszczeniu o zwrot tych kosztów.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

katalog kosztów

Koszty leczenia pojmowane są w orzecznictwie **bardzo szeroko**;

Obejmują różnorodne wydatki i winny być zawsze oceniane w kontekście stanu faktycznego danej sprawy. W szczególności są nimi koszty związane z:

- pobytem w szpitalu, wizytami lekarskimi, konsultacjami ze specjalistami, opieki, w tym pielęgniarskiej, rehabilitacji;
- farmakologii, nabycia sprzętu rehabilitacyjnego, oprotezowania;

Uzasadnieniem dla ich kompensat jest **prawo poszkodowanego** do wyboru sposobu leczenia, które jednak podlega ograniczeniom wynikającym z celowości poniesienia danych kosztów.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

Uchwała Sądu Najwyższego
z dnia 19 maja 2016 r., sygn. akt **III CZP 63/15**

- podjęta w składzie 7 sędziów, w trybie art. 60 ustawy o Sądzie Najwyższym (...), tj. na skutek wniosku Rzecznika Finansowego;
- przesłanką podjęcia uchwały jest rozstrzygnięcie rozbieżności w wykładni prawa w zakresie sformułowanego przez wnioskodawcę zagadnienia prawnego;
- rozbieżność musi mieć charakter rzeczywisty i obejmować prawomocne orzeczenia sądowe, oparte na odmiennej wykładni przepisów



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

Uchwała Sądu Najwyższego sygn. akt III CZP 63/15

*"Czy odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych z tytułu roszczenia o pokrycie kosztów **leczenia prywatnego** na podstawie art. 444 § 1 KC jest uzależniona od:*

braku możliwości skorzystania przez poszkodowanego z leczenia lub rehabilitacji w ramach uspołecznionej służby zdrowia albo

wydłużonego okresu oczekiwania na takie leczenie lub rehabilitację, mającego ujemny wpływ na stan zdrowia poszkodowanego?"



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

Uchwała Sądu Najwyższego sygn. akt III CZP 63/15

*Świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych obejmuje także **uzasadnione i celowe** koszty leczenia oraz rehabilitacji poszkodowanego niefinansowane ze środków publicznych (art. 444 § 1 KC).*



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

Uchwała Sądu Najwyższego sygn. akt III CZP 63/15

Jakich kwestii dotyczyły rozbieżności w orzecznictwie?

- katalog kosztów podlegających kompensacie;
- wysokość kosztów podlegających kompensacie;
- przesłanki uznania kosztów za podlegające kompensacie;
- kogo i w jakim zakresie obciąża ciężar dowodu



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

Uchwała Sądu Najwyższego sygn. akt III CZP 63/15

„wszelkie wydatki”

Pojęcie winno być interpretowane przy uwzględnieniu zasady pełnej kompensacji szkody

Naprawienie szkody powinno służyć pełnej restytucji stanu istniejącego przed dokonaniem czynu niedozwolonego, a przynajmniej spowodowania takiego stanu, w którym poszkodowanemu zapewnione zostaną warunki życiowe zbliżone do tych, jakie miał przed wyrządzeniem mu krzywdy

Poniesione koszty leczenia/rehabilitacji są zatem celowe (uzasadnione, konieczne, usprawiedliwione), jeżeli odpowiadają restytucyjnej funkcji odszkodowania



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

Uchwała Sądu Najwyższego sygn. akt III CZP 63/15

„wszelkie wydatki”

Rozmiar kosztów zależy od zakresu celowych czynności leczniczych lub rehabilitacyjnych, którym został winien zostać poddany poszkodowany

Nie ma znaczenia, czy koszty zostały poniesione, czy też wydatki dopiero mają być poniesione

Rygorystyczne preferowanie systemu ubezpieczeń społecznych, oferującego bezpłatne usługi medyczne, z wielu powodów jest trudne do zaakceptowania, gdyż poszkodowany nie może być pozbawiony możliwości korzystania z leczenia lub rehabilitacji które mogłyby doprowadzić do odpowiedniego efektu restytucyjnego



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

Uchwała Sądu Najwyższego sygn. akt III CZP 63/15

„związek przyczynowy, ciężar dowodu”

Poszkodowany powinien udowodnić poniesione przez niego koszty celowe leczenia lub rehabilitacji, pozostają w związku przyczynowym z doznany uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia

Dowód „celowości kosztów” oznacza także konieczność wykazania poszczególnych rodzajów kosztów powiązanych z etapami leczenia lub rehabilitacji (struktura kosztów szczegółowych)

Nie można obciążać poszkodowanego obowiązkiem każdorazowego dowodzenia zasadności skorzystania z leczenia wyłącznie za pomocą wskazanych przez zobowiązanego środków dowodowych

Zobowiązany może kwestionować celowość kosztów poniesionych przez poszkodowanego, niemniej spoczywa na nim ciężar dowodu.



KOSZTY LECZENIA POSZKODOWANYCH

wnioski

Kluczowym pojęciem jest **zasada pełnej kompensaty szkody**

Wyznacznikiem zakresu kompensaty jest **związek przyczynowy** między zdarzeniem rodzącym odpowiedzialność a podnoszonymi następstwami

Punktem odniesienia jest postulat **restytucji naturalnej**

Ciężar dowodu jest rozłożony między obie strony

- nie wystarczy samo przedstawienie faktur/rachunków, niezbędne jest wykazanie celowości ich poniesienia,
- kwestionowanie zakresu lub stawek wymaga inicjatywy dowodowej i wykazania ich nie pozostawiania w związku przyczynowym.





Polska Izba Ubezpieczeń

00-105 Warszawa, ul. Twarda 18

tel.: +48 22 420 51 05 | faks: + 48 22 420 51 87

office@piu.org.pl | www.piu.org.pl