

Świadczenia rehabilitacji medycznej w Polsce w czasie pandemii COVID-19. Zagadnienia regulacyjne i organizacyjne

Magdalena A. Mrożek-Gąsiorowska  <https://orcid.org/0000-0003-1528-6876>

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Magdalena Mrożek-Gąsiorowska, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków, tel. 12 433 28 09, magdalena.mrozek-gasiorowska@uj.edu.pl

Abstract

Medical rehabilitation in Poland during the COVID-19 pandemic. Regulatory and organizational issues

The medical rehabilitation system in Poland includes various rehabilitation services, financed by various institutions, including the NFZ, ZUS, KRUS, PFRON and local governments. The aim of the study is to identify the most important problems and limitations of this system, especially in the context of the COVID-19 pandemic. The most important issues to be solved and proposed reforms of the medical rehabilitation system in Poland presented in recent years were identified. The impact of the COVID-19 pandemic on this system, providing rehabilitation services and problems related to the implementation of further legal regulations in the first months of the pandemic were discussed. One of the most important recommended changes is the implementation of the comprehensive care model and the activities aimed at coordinating various elements and levels of rehabilitation.

Key words: COVID-19, coronavirus, medical rehabilitation, National Health Fund, pandemic, spa treatment

Słowa kluczowe: COVID-19, koronawirus, rehabilitacja medyczna, Narodowy Fundusz Zdrowia, pandemia, lecznictwo uzdrowiskowe

Wprowadzenie

Wystąpienie pandemii COVID-19 wpłynęło na wszystkie sektory i gałęzie działalności gospodarczej. Jednym z sektorów, który najbardziej odczuł skutki pandemii, jest system opieki zdrowotnej. W ramach tego systemu rehabilitacja medyczna jest tym zakresem świadczeń zdrowotnych, który został dotknięty przez pandemię COVID-19 w bardzo znacznym stopniu, ale w jego przypadku wpływ i skutki pandemii na razie nie są być może zbyt dostrzegane czy akcentowane, w przeszłości mogą jednak doprowadzić do bardzo negatywnych konsekwencji, wpływając na znaczne pogorszenie stanu zdrowia populacji oraz wzrost liczby osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

Koncepcja tzw. polskiego modelu rehabilitacji medycznej opiera się na czterech podstawowych zasadach: powszechności, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości. Rehabilitacja jest najczęściej dopełnieniem procesu leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego. Odpowiednio wcześniej wdrożona oraz konsekwentnie

realizowana może prowadzić do uzyskania kompletnego i długotrwałego efektu zdrowotnego oraz zapobiega powstawaniu niepełnosprawności i niesamodzielności lub zmniejsza ich poziom. Wdrożona w proces diagnostyczno-terapeutyczny w ramach realizacji kompleksowego podejścia do pacjenta, przynosi liczne korzyści społeczne i ekonomiczne, obniża całkowite koszty obciążenia chorobami. Znaczenie rehabilitacji medycznej w procesie terapeutycznym i jej wpływ na uzyskanie długotrwałych efektów zdrowotnych oraz poprawę jakości życia pacjentów zostały potwierdzone [1, 2].

Realizacja tego modelu w praktyce napotyka jednak liczne bariery. Jedną z nich są ograniczenia finansowe i zbyt niskie środki pieniężne przeznaczane przez płatnika publicznego na ten zakres świadczeń zdrowotnych [3], a także nieoptymalne zagospodarowanie dostępnych środków w niektórych obszarach [4, 5]. To decyduje, przy dużym i nadal rosnącym zapotrzebowaniu na świadczenia rehabilitacyjne, o zmniejszeniu dostępności do nich oraz opóźnieniu w ich uzyskaniu ze względu na tworzące się długie kolejki do świadczeń [6, 7].

Rehabilitacja jest również prowadzona zbyt krótko, niż wynikałoby to z potrzeb zdrowotnych ze względu na wprowadzone ograniczenia w liczbie zabiegów fizjoterapeutycznych czy w liczbie osobodni terapii finansowanych ze środków publicznych. Pandemia COVID-19 uwypukliła dodatkowo występujące wcześniej problemy w tym sektorze, a także doprowadziła do zupełnie nowych, niewystępujących w zasadzie wcześniej kwestii. Z powodu ogłoszonej pandemii koronawirusa, szczególnie w okresie od połowy marca do maja 2020 roku (a w przypadku niektórych zakresów świadczeń nawet dłużej), w zasadzie całkowicie zawieszono lub mocno ograniczono udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych, przywracając je stopniowo dopiero od czerwca, jednak z wieloma ograniczeniami.

Przedmiotem rozważań i analizy jest system rehabilitacji medycznej finansowanej ze środków publicznych w Polsce. Celem pracy jest wskazanie najważniejszych problemów i ograniczeń tego systemu, szczególnie widocznych w czasie pandemii COVID-19. W ramach niniejszej pracy wskazano i przeanalizowano najważniejsze kwestie do rozwiązania oraz propozycje reform systemu rehabilitacji medycznej w Polsce przedstawione w ostatnich latach. Wykorzystano raporty i analizy odnalezione na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), a także Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Omówiono regulacje prawne i zasady postępowania wprowadzane w różnych okresach pandemii COVID-19 oraz wpływ tej pandemii na realizację świadczeń rehabilitacyjnych w praktyce na podstawie analizy zmian wprowadzonych między innymi w odpowiednich rozporządzeniach Rady Ministrów i zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, a także doniesień medialnych publikowanych w okresie od marca do września 2020 roku.

1. Rehabilitacja medyczna w Polsce – organizacja systemu i najważniejsze problemy oraz propozycje ich rozwiązań

Świadczenia rehabilitacji medycznej w Polsce, które może otrzymać każda osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu i mająca skierowanie, są finansowane ze środków publicznych przez NFZ. Dodatkowo Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) finansują rehabilitację leczniczą w ramach programu prewencji rentowej dla osób podlegających ubezpieczeniu społecznym, u których orzeczono celowość przeprowadzenia takiej rehabilitacji. Ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) dofinansowywane są natomiast turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych. Oprócz tego niektóre jednostki samorządu terytorialnego realizują programy polityki zdrowotnej ukierunkowane na zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla swoich mieszkańców. Brakuje jednak koordynacji działań poszczególnych

instytucji finansujących świadczenia rehabilitacyjne w Polsce, co może prowadzić do nieefektywnego wydatkowania środków publicznych. Brak spójności i klarowności systemu opieki rehabilitacyjnej w Polsce prowadzi do nadużyć ze strony niektórych świadczeniobiorców, co dodatkowo przekłada się na pogorszenie dostępu do tych świadczeń dla pozostałych osób. Uwzględniając długi czas oczekiwania na świadczenia oraz limity w zakresie możliwej do otrzymania liczby świadczeń finansowanych ze środków publicznych, przypadającej na jednego świadczeniobiorcę, rehabilitacja medyczna jest często finansowana ze środków prywatnych.

NFZ kontraktuje świadczenia rehabilitacyjne w dwóch zakresach – w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego. Świadczenia rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego albo stacjonarnych [8], natomiast świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego obejmują uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub sanatoryjne dzieci i dorosłych, uzdrowiskową rehabilitację dla dorosłych w szpitalu lub sanatorium uzdrowiskowym, a także uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci [9].

Na świadczenia rehabilitacji leczniczej NFZ przeznaczył w 2019 roku 2,8 mld zł, natomiast na świadczenia leczenia i rehabilitacji uzdrowiskowej 0,7 mld zł. Stanowi to odpowiednio około 3% oraz niespełna 1% całkowitych rocznych wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne [7]. W zakresie finansowania świadczeń jednym z problemów rehabilitacji leczniczej i lecznictwa uzdrowiskowego są zbyt niskie stawki za osobodzień, a także niska wycena poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych, rozliczanych i finansowanych przez NFZ [3], znacznie odbiegająca od cen rynkowych. Przykładowo waga punktowa produktu rozliczeniowego/zabiegu fizjoterapeutycznego finansowanego ze środków publicznych przez NFZ, jakim jest elektrolecznictwo z wykorzystaniem różnego typu prądów, wynosi 4 punkty [10], co przy przykładowej obowiązującej średniej cenie tego produktu wynoszącej 1,30 zł [11] daje 5,20 zł, podczas gdy zabieg ten na rynku prywatnym kosztuje kilkanaście złotych. Podobnie jest z innymi zabiegami fizjoterapeutycznymi, w tym kinezyterapią oraz masażem.

Dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, mimo wielu wskazanych powyżej źródeł finansowania, jest ograniczony i z roku na rok ulega dalszemu pogorszeniu. Rośnie liczba oczekujących na realizację świadczeń zarówno w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, jak również na oddziałach rehabilitacyjnych i w ośrodkach lub oddziałach dziennych. Wydłuża się także realny czas oczekiwania na świadczenia. Podobnie jest w przypadku świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego. Przykładowo na świadczenia w sanatorium lub szpitalu uzdrowiskowym oczekiwało pod koniec 2019 roku łącznie 762,5 tys. osób, z czego w przypadku 414,3 tys. osób czas oczekiwania na udzielenie świadczeń przekraczał 12 miesięcy. Dodatkowo występuje duże zróżnicowanie w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych pomiędzy województwami [7].

Szacuje się, że przed pandemią koronawirusa rocznie z rehabilitacji korzystał nawet co czwarty Polak, czyli około 10 mln osób. Ogółem w 2019 roku odpowiednio około 3,3 mln osób oraz 406 tys. osób skorzystało ze świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego finansowanych przez NFZ, tj. 921/10 tys. oraz 114/10 tys. uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Z ambulatoryjnych i domowych zabiegów fizjoterapeutycznych finansowanych przez NFZ skorzystało w 2019 roku odpowiednio blisko 2,5 mln osób oraz 76 tys. osób. Dodatkowo 344 tys. osób miało udzielane świadczenia rehabilitacyjne w warunkach ośrodka/oddziału dziennego, a 209 tys. skorzystało z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych [7]. W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego przebywało w 2019 roku 782 tys. kuracjuszy na leczeniu w trybie stacjonarnym, a w trybie ambulatoryjnym przyjęto 76 tys. pacjentów. Ponad połowa pacjentów leczonych w opiece stacjonarnej korzystała z dofinansowania pobytu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, pozostałe osoby samodzielnie ponosiły koszty rehabilitacji albo korzystały ze świadczeń finansowanych przez inne instytucje [12]. Rehabilitację w warunkach sanatorium uzdrowiskowego otrzymało 304 tys. dorosłych osób w 2019 roku, a w warunkach szpitala uzdrowiskowego odpowiednio 38,5 tys. dorosłych osób [7, 13].

Z roku na rok coraz więcej osób korzysta również z rehabilitacji leczniczej w ramach programu prewencji rentowej ZUS/KRUS [12]. W przypadku tych świadczeń czas oczekiwania jest często zdecydowanie krótszy niż w przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ, a warunki finansowe dla świadczeniobiorcy (w tym zwrot kosztów dojazdu, realizacja świadczeń w ramach zwolnienia lekarskiego czy brak współfinansowania, inaczej niż ma to miejsce w przypadku leczenia sanatoryjnego u osób dorosłych) są korzystniejsze.

System rehabilitacji leczniczej w ostatnich latach był przedmiotem szczegółowej oceny przeprowadzonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ocena przeprowadzana była przede wszystkim na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia nr 215/2016, dotyczącego zaproponowania rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej mających na celu poprawę dostępności przedmiotowych świadczeń w procesie konsultacji z gromem interesariuszy systemu ochrony zdrowia [4], a także zlecenia nr 92/2018, dotyczącego oceny zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej [5]. Na podstawie przeprowadzonej oceny opracowano obszerną *Koncepcję zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce*. Ocena dotyczyła różnych zakresów rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ. Na przykładzie rehabilitacji ogólnoustrojowej można wskazać najważniejsze zidentyfikowane problemy tego zakresu świadczeń, jakimi są:

- długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia (średnio dla oddziału stacjonarnego 248 dni dla przypadku pilnego i ponad 1000 dni dla przypadku stabilnego), co wynika między innymi z braku standaryzacji ścieżki pacjenta, braku obiektywnych kryteriów

kwalifikacji pacjentów, zróżnicowania w dostępności do świadczeń w poszczególnych województwach oraz braków w zasobach personelu medycznego,

- brak możliwości oceny jakości i efektywności prowadzonej rehabilitacji, co wynika z braku standardów postępowania terapeutycznego oraz braku odpowiednich regulacji prawnych, które określałyby obowiązek oceny efektów rehabilitacji i płacenia za efekt terapeutyczny, a nie za świadczenie, a także
- brak ciągłości rehabilitacji między jej różnymi poziomami – w tym brak lub ograniczony dostęp do rehabilitacji wczesnej na oddziałach szpitalnych, brak określonych zasad kierowania chorych, którzy tego wymagają, z oddziałów szpitalnych na rehabilitację leczniczą oraz po zakończonej rehabilitacji np. do dalszego usprawniania na innych poziomach lub w ramach leczenia uzdrowiskowego [5].

Na podstawie przeprowadzonej oceny Prezes AOTMiT rekomendował zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej i wskazał szczegółowo rozwiązania poszczególnych problemów oraz rekomendował wdrożenie modelu opieki kompleksowej, który ma pozwolić na standaryzację ścieżki pacjenta i zapewnienie ciągłości rehabilitacji dostosowanej do różnych poziomów opieki, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów, a także zapewnienie równej dostępności do niezbędnych świadczeń w optymalnym czasie¹. Podobne rekomendacje zostały wydane również w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej², rehabilitacji neurologicznej³, rehabilitacji pulmonologicznej⁴, a także rehabilitacji pediatrycznej⁵.

System lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce również został w ostatnich latach poddany szczegółowej ocenie przez grono ekspertów systemu ochrony zdrowia. Na podstawie prac zespołu ekspertów do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego, powołanego przez Ministra Zdrowia (MZ) w 2016 roku, wydano w 2017 roku raport i rekomendacje dotyczące zmian w zakresie leczenia w uzdrowisku. Wśród słabych stron lecznictwa uzdrowiskowego wskazano między innymi brak precyzyjnego określenia roli lecznictwa uzdrowiskowego w polskim systemie opieki rehabilitacyjnej, brak spójności systemu opieki rehabilitacyjnej, brak standaryzacji usług, niedofinansowanie i niską rentowność głównych źródeł dochodu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (NFZ/ZUS). Największym zidentyfikowanym zagrożeniem dla lecznictwa uzdrowiskowego było natomiast kwestionowanie skuteczności, celowości stosowania i zasadności finansowania metod przyrodoleczniczych (szczegółowe wyniki analizy SWOT [Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats] omówionej w raporcie przedstawiono w tabeli 1) [3].

Jako kluczowe założenie rekomendowanych zmian systemowych w lecznictwie uzdrowiskowym wskazano udostępnienie zasobu łóżek szpitalnych oddziałów rehabilitacji leczniczej dla potrzeb rehabilitacji wczesnej i pilnej przy jednoczesnym wykorzystaniu zasobu łóżek uzdrowiskowych do prowadzenia stacjonarnego

i ambulatoryjnego leczenia uzdrowskiego i rehabilitacji uzdrowskiej w stanach przewlekłych i stabilnych oraz w celach prewencyjnych. Wskazano także, że realizacja proponowanych rozwiązań jest możliwa tylko przy systematycznym i realnym zwiększeniu nakładów na świadczenia rehabilitacyjne w Polsce. Wśród proponowanych rozwiązań wskazano także między innymi utworzenie „wspólnej” elektronicznej bazy pacjentów poddawanych różnym formom rehabilitacji w ramach całego systemu opieki rehabilitacyjnej (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON) [3].

Wskazane powyżej problemy i ograniczenia systemu rehabilitacji medycznej w Polsce uwidoczniły się jeszcze bardziej w ostatnich miesiącach. Obserwuje się dodatkowo zupełnie nowe kwestie, które pilnie należałoby rozwiązać, by zapobiec negatywnym konsekwencjom zdrowotnym w przyszłości.

2. Rehabilitacja medyczna w Polsce w dobie pandemii COVID-19

Branża fizjoterapii bardzo ucierpiała w związku z wprowadzeniem obostrzeń sanitarnych i tych dotyczących zachowania społecznego dystansu w związku z wystąpieniem pandemii koronawirusa. Duży wpływ pandemii COVID-19 na system rehabilitacji, w tym szczególnie lecnicstwo uzdrowskie, wynika, oprócz samej specyfiki udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, między innymi z tego, że ze świadczeń rehabilitacyjnych korzystają głównie osoby starsze i/lub niepełnosprawne, często z chorobami współistniejącymi, a to one właśnie są najbardziej narażone na ryzyko powikłań i zgonu z powodu zakażenia koronawirusem. Sytuacji nie poprawiają także częsta zmiana obowiązujących obostrzeń i zasad postępowania, ogólnych, jak i tych wprowadzanych w zakresie udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, oraz brak spójności tych zasad pomiędzy różnymi obszarami i zakresami rehabilitacji. Nawet w przypadku świadczeń udzielanych w takich samych warunkach (np. stacjonarnych) brakuje jednolitych zasad postępowania i występują znaczne różnice we wprowadzanych obostrzeniach w związku z pandemią koronawirusa.

NFZ zalecał w marcu 2020 roku ograniczenie do niezbędnego minimum lub wstrzymanie świadczeń rehabilitacji leczniczej, zarówno tej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych, jak i na oddziałach dziennych oraz oddziałach stacjonarnych, a także fizjoterapii domowej. Gabinety rehabilitacyjne, dostosowując się do wprowadzanych ograniczeń, wstrzymywały działalność w zasadzie z dnia na dzień, a terminy zabiegów były przekładane.

Od 1 kwietnia 2020 roku, na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r.⁶, zawieszono zupełnie możliwości wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych i masaży – zarówno w placówkach publicznych, jak i prywatnych. Wprowadzono także czasowy całkowity zakaz wykonywania usług rehabilitacyjnych realizowanych w ramach prewencji rentowej ZUS/KRUS. Świadczenia mogły być udzielane w zasadzie jedynie wtedy, gdy zaprzestanie ich udzielania skutkowałoby poważnym

pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. Dodatkowo mogły być realizowane świadczenia udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym świadczenia udzielane w ramach kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej [14].

Po miesiącu, od dnia 4 maja 2020 roku, umożliwiono otwarcie gabinetów fizjoterapeutycznych. Powróciła możliwość prowadzenia rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, ale mogły być udzielane tylko terapia indywidualna i nieliczne zabiegi. Salony masażu nadal pozostały zamknięte. Nie uruchomiono wtedy również jeszcze programu prewencji rentowej [15].

W związku z możliwością realizacji rehabilitacji ambulatoryjnej opracowano szczegółowe wytyczne dla funkcjonowania gabinetów fizjoterapeutycznych w systemie rehabilitacji ambulatoryjnej w trakcie pandemii COVID-19, obejmujące zapewnienie bezpieczeństwa pracownikom/obsłudze, zapewnienie bezpieczeństwa w obiekcie, procedury zapobiegawcze w sytuacji podejrzenia zakażenia koronawirusem u pracownika/obsługi oraz procedury postępowania w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem u osoby/klienta. Wytyczne te zostały opracowane przez Ministerstwo Rozwoju we współpracy z Głównym Inspektorem Sanitarnym na podstawie rekomendacji Krajowej Izby Fizjoterapeutów oraz Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii. W wytycznych wskazano np., że przed wykonaniem świadczeń rekomendowany jest wywiad telefoniczny, którego celem jest ustalenie występowania u danej osoby objawów choroby lub ryzyka narażenia na chorobę. Pacjentów obowiązuje między innymi nakaz noszenia maseczek i zakaz używania telefonów komórkowych w trakcie zabiegów. Także fizjoterapeuci są zobowiązani do noszenia maseczek medycznych bądź przyłbic oraz rękawiczek jednorazowych. Po każdym zabiegu wymagana jest także dezynfekcja stanowiska [16].

Szacuje się, że przed wystąpieniem pandemii koronawirusa kolejka oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej wynosiła około 2 mln osób. Kilkutygodniowa przerwa w realizacji świadczeń oraz wprowadzone obostrzenia (np. dotyczące prowadzenia rehabilitacji „indywidualnie” oraz odpowiednie grafiki zabiegów, by uniemożliwić kontakt pacjentów w poczekalni czy szatni, co zmniejsza przepustowość gabinetów, szczególnie tych realizujących świadczenia finansowane przez NFZ, ponieważ w gabinetach udzielających świadczeń prywatnych od lat funkcjonował tryb „indywidualny”) spowodowały jeszcze większe problemy z dostępnością świadczeń. Według niektórych szacunków czas oczekiwania na świadczenia może wydłużyć się o 50%. Może to również spowodować dalszy odpływ pacjentów do sektora prywatnego [17].

W odpowiedzi na sytuację epidemiologiczną i pandemię koronawirusa w przypadku wielu zakresów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał odpowiednie zarządzenia zmieniające obowiązujące zarządzenia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych zakresach świadczeń. Wydano również, w dniu

8 lipca 2020 roku, Zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, na mocy którego wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy w postaci dodatkowej opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Opłata ta, jak wskazano w zarządzeniu, stanowić będzie 3% wartości świadczeń wynikającej z rachunku za dany okres sprawozdawczy i dotyczyć będzie różnych zakresów świadczeń, w tym również świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego [18].

W przypadku świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na mocy Zarządzenia nr 85/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2020 r. [19], które wydano w celu dostosowania regulacji do przepisów wprowadzonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [20], dopuszczono w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii zawieszenie terminów, o których mowa w § 6 ust. 2 pkt 1, 3, 5 i 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [8]. Terminy te dotyczą zabiegów fizjoterapeutycznych udzielanych w warunkach domowych jako fizjoterapia domowa świadczeniobiorcom z zaburzeniami funkcji motorycznych, spowodowanymi odpowiednio:

- ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – zabieg fizjoterapeutyczny powinien być udzielony w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu,
- uszkodzeniem rdzenia kręgowego – zabieg fizjoterapeutyczny powinien być udzielony w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego,
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu – zabieg fizjoterapeutyczny powinien być udzielony w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji,
- złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych – zabieg fizjoterapeutyczny powinien być udzielony w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania, obrażenia lub amputacji [19].

Dopuszczono także zawieszenie terminów przyjęcia na wszystkie świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych, obejmujące rehabilitację: ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną, kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową, a także kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego⁷.

Dodatkowo w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w zakresie świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, domowych lub w warunkach ośrodka dziennego lub oddziału

dziennego⁸ dopuszczono realizację porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie grozi pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy. W Zarządzeniu nr 85/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2020 r. doprecyzowano dodatkowo zapisy Rozporządzenia MZ⁹, wskazując szczegółowo warunki realizacji świadczeń i potwierdzenia ich udzielenia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych (w tym odnotowanie w indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy zastosowanego narzędzia komunikacji oraz godziny rozpoczęcia realizacji świadczenia i jego zakończenia). W zasadach rozliczania świadczeń w przypadku realizacji osobodnia z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych dodano wskaźnik korygujący o wartości 0,69. W uzasadnieniu wprowadzenia tego wskaźnika korygującego wskazano na niższe koszty realizacji świadczeń, jeśli są realizowane „zdalnie”. Świadczeniodawca, realizując świadczenie w tradycyjny sposób, ponosi koszty utrzymania lokalu, w tym np. sprzątnięcia, amortyzacji sprzętu wykorzystywanego do realizacji zabiegów, a także dodatkowe koszty związane z zaostrzonym reżimem sanitarnym. W przypadku natomiast realizowania świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych ponoszone koszty są mniejsze. W katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych dodane zostały nowe produkty rozliczeniowe dla zabiegów realizowanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności – indywidualna praca z pacjentem, ćwiczenia czynne i ćwiczenia izometryczne z wykorzystaniem tych systemów.

Sanatoria i inne zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, podobnie jak w przypadku gabinetów fizjoterapeutycznych, również wstrzymały działalność w marcu 2020 roku. Od 14 marca 2020 roku, w związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego [21], uzdrowiska zawiesiły czasowo swoją działalność.

Kluczowe było ograniczenie przyjazdu nowych osób, dlatego w pierwszym etapie „wygaszano” trwające turnusy. Osoby, które rozpoczęły pobyt np. w sanatorium uzdrowiskowym i chciały go kontynuować, miały możliwość tej kontynuacji, natomiast nowe, kolejne turnusy zostały zawieszone. Szczególnie w marcu 2020 roku brakowało jednak dokładnych informacji, na jakich zasadach realizowane będą te przerwane, a także te potwierdzone już skierowania na leczenie i rehabilitację uzdrowiskową, która miała przypadać w okresie zawieszenia działalności uzdrowisk (jak się później okazało, pomiędzy 14 marca a 14 czerwca 2020 roku). Zastanawiano się, czy osoby te „stracą” swoje terminy, „wypadną” z kolejki i czy ponownie nie będą musiały składać wniosku do NFZ o przyznanie leczenia. Przedstawiciele MZ przyznawali, że „odmrożenie” lecznictwa uzdrowiskowego jest trudne logistycznie [22]. Od 1 kwietnia 2020 roku ustanowiono czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej, polegające na całkowitym zaprzestaniu udzielania świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego.

Miejscowości uzdrowiskowe w zasadzie na kilka miesięcy całkowicie opustoszały. Czas oczekiwania na świadczenia, szczególnie te udzielane w warunkach sanatorium uzdrowiskowego, był, jak wskazano wcześniej, bardzo długi jeszcze przed wystąpieniem pandemii koronawirusa. Pandemia spowodowała dodatkową trzymiesięczną lukę w udzielaniu świadczeń.

W przypadku świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego nie ma możliwości udzielania świadczeń „zdalnie”, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, ponieważ istota lecznictwa uzdrowiskowego polega na użyciu naturalnych surowców leczniczych i zabiegach z ich wykorzystaniem, dlatego z oczywistych względów takie świadczenia nie zostały dodane przez płatnika publicznego do zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jak to miało miejsce w przypadku świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, np. indywidualnej pracy z pacjentem i ćwiczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Wprowadzono jednak również, jak wskazano powyżej, płacenie „za gotowość” przez NFZ, co uzasadnia się kluczową rolą wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w realizacji działań w związku z wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, a także wzrostem kosztów prowadzenia działalności leczniczej, w tym wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej. Co istotne, dotyczy to wyłącznie podmiotów, które realizują świadczenia rehabilitacyjne na podstawie umowy podpisanej z NFZ. Sytuacja finansowa podmiotów, które udzielają świadczeń rehabilitacyjnych tylko komercyjnie lub na podstawie umowy z ZUS lub KRUS, jest obecnie dużo gorsza.

Jednym z największych ograniczeń systemu lecznictwa uzdrowiskowego, co uwidoczniło się jeszcze bardziej w okresie pandemii koronawirusa, jest sposób kierowania na to leczenie i sposób rozliczania świadczeń. NFZ płaci tylko za zrealizowane świadczenia. Tym samym wszystkie przypadki, gdy pacjent nie dojedzie do sanatorium uzdrowiskowego, szczególnie gdy pacjent rezygnuje tuż przed terminem swojego turnusu, stanowią stratę dla świadczeniodawcy. Świadczeniodawcy nie mają jednak obecnie możliwości decydowania o obłożeniu danego turnusu. Możliwym rozwiązaniem tego problemu, wskazywanym przez świadczeniodawców, jest przeniesienie listy oczekujących z NFZ do sanatoriów uzdrowiskowych. Pomogłoby to zmniejszyć luki pomiędzy kolejnymi pacjentami, gdzie w miejsce pacjenta, który zrezygnował z leczenia, szybciej można byłoby przyjąć kolejnego pacjenta z listy. Innym rozwiązaniem, poprawiającym sytuację finansową świadczeniodawców i umożliwiającym im płynność finansową, szczególnie w obecnej sytuacji, gdy wskaźniki „niedojazdów” są bardzo duże, byłaby kontynuacja ryczałtowego „płacenia za gotowość” przez NFZ. Należy rozważyć również przeniesienie, przynajmniej częściowo, odpowiedzialności na samego pacjenta, który rezygnuje z leczenia bez obiektywnych przyczyn, mimo wcześniejszego potwierdzenia uczestnictwa w turnusie.

Tak jak wcześniej wskazano, problemem są również zbyt niskie stawki za osobodzień stosowane w rozliczeniach z NFZ. Sytuacja finansowa placówek jest coraz gorsza i brak poprawy w tym zakresie może sprawić, że udzielanie świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego przestanie być opłacalne. Placówki mogą być przekształcane w zwykłe hotele lub będą przyjmować więcej pacjentów komercyjnych, tzw. kuracjuszy pełnopłatnych. Wiele zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i tak ograniczało już liczbę miejsc dostępnych w sezonie letnim dla pacjentów, którym świadczenia finansuje NFZ, na rzecz pacjentów komercyjnych.

Dopiero od 15 czerwca 2020 roku, na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. [23], rozpoczęto stopniowe wznawianie działalności zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, jednak zasady pobytu w nich uległy zmianie. Zgodnie z tym Rozporządzeniem, a także zgodnie z Zarządzeniem nr 77/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 czerwca 2020 r. [24], każdy świadczeniobiorca musi zgłosić się w celu przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 i warunkiem umożliwiającym rozpoczęcie leczenia jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Pobranie materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność koronawirusa następuje na podstawie zlecenia wymazu wystawionego przez świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorca będzie realizował leczenie uzdrowiskowe. Osoby wyjeżdżające na leczenie uzdrowiskowe mogą wykonać test bezpłatnie. Można go jednak wykonać w terminie nie wcześniejszym niż 6 dni przed terminem rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Na przykład w województwie małopolskim działało w lipcu 18 punktów wymazowych dla osób na kwarantannie i wyjeżdżających do sanatoriów, a obecnie jest ich niewiele więcej, tj. 22 punkty [25]. Punkty zlokalizowane są w prawie każdym powiecie. W Krakowie dostępne były najpierw dwa takie punkty, natomiast obecnie dostępne są trzy. W większości przypadków punkty czynne są tylko we wskazanych godzinach i tylko np. dwie godziny w ciągu doby. W ostatnim czasie wprowadzono punkty całodobowe, jednak nieliczne i tylko w dużych miastach. Wykonanie tego testu jest uciążliwe dla wielu świadczeniobiorców, szczególnie że wskazuje się, by najlepiej dokładnie szóstego dnia przed wyjazdem zgłosić się na badanie, uwzględniając godziny otwarcia punktów, w których można je wykonać.

Kolejną kwestią związaną z testami na obecność wirusa SARS-CoV-2 jest to, że, jak na początku deklarowano, wskazane powyżej zasady miały dotyczyć wszystkich pacjentów leczonych w warunkach uzdrowiskowych, nie tylko tych, którzy uzyskali skierowanie na leczenie z NFZ czy ZUS. Wielu pacjentów korzysta z usług uzdrowisk na własny koszt i płaci za pobyt (kuracjusze pełnopłatni). W przypadku tych osób uzdrowiska, po wejściu w życie przywołanych przepisów, wskazywały, że nie będą wymagać wyników odpowiednich testów, jednak przedstawiciele MZ, powołując się na paragraf 9 ust. 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń,

nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii [23], podkreślali, że negatywny wynik testu jest warunkiem obowiązkowym umożliwiającym rozpoczęcie leczenia w przypadku wszystkich pacjentów, niezależnie od tego, czy korzystają ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, czy też nie. Pacjent w tym przypadku musiałby ponieść koszt testu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, mimo prezentowanych różnych stanowisk i opinii w tym względzie, w przypadku rehabilitacji finansowanej ze środków prywatnych nie wskazuje się jednak obecnie na obowiązek wykonania testu na obecność koronawirusa.

Po poluzowaniu obostrzeń leczenie uzdrowskowe na podstawie skierowania, potwierdzonego w oddziale wojewódzkim NFZ, przysługuje obecnie tym pacjentom, którzy:

- mają potwierdzone skierowanie na leczenie uzdrowskowe po 15 czerwca 2020 roku – realizacja odbywa się na podstawie tego skierowania,
- mieli rozpocząć leczenie w okresie od 14 marca do 14 czerwca 2020 roku,
- musieli przerwać leczenie uzdrowskowe z powodu pandemii (turnus leczniczy trwał poniżej 15 dni),

oraz kolejnym pacjentom oczekującym na rozpoczęcie leczenia [26].

Wśród środków bezpieczeństwa, które zostały wprowadzone w zakładach lecznictwa uzdrowskowego, oprócz tych, które występują również ogólnie w każdej przestrzeni publicznej (maseczki/zasłanianie ust i nosa, płyny do dezynfekcji rąk), wskazywane są nowe zasady dotyczące zakwaterowania (w jednym pokoju mogą zamieszkać nie więcej niż dwie osoby) oraz warunków przebywania w częściach wspólnych, w tym np. w stołówce (tylko dwie osoby mogą zasiąść przy jednym stole w stołówce, jedzenie wydaje pracownik sanatorium w rękawiczkach), a także udzielania samych zabiegów rehabilitacyjnych (zabiegi są – jak również wcześniej – wyznaczane na konkretną godzinę, ale tych godzin trzymać się należy bardzo rygorystycznie). Postuluje się także, by kuracjusze ograniczali kontakty między sobą i życie towarzyskie. Zakłady nie organizują między innymi spotkań towarzyskich w postaci np. wieczorków tanecznych.

W pierwszym tygodniu wznowienia działalności uzdrowskiej rozpocząć się miało 65 turnusów, w których miało brać udział około 4,5 tys. pacjentów, natomiast do końca czerwca planowano skierować na leczenie około 20 tys. chorych [27]. Od początku wiadomo było jednak, że część pacjentów nie zdecyduje się na wyjazd do sanatorium. W normalnych warunkach, przed wystąpieniem pandemii koronawirusa, tzw. „niedojazdy” stanowiły, jak się szacuje, około 10% wszystkich skierowań na leczenie uzdrowskowe z NFZ. W połowie czerwca 2020 roku pojawiły się w prasie informacje o tym, że wielu pacjentów rezygnuje z pobytu w sanatorium uzdrowskowym. Szacuje się, że na pierwsze turnusy nie dojechało około 70% pacjentów, a w przypadku dzieci, które wyjeżdżają do sanatorium wraz z opiekunem, wskaźniki te były jeszcze wyższe [28]. Choć brak na razie dokładnych danych dotyczących liczby osób korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych w ostatnich

tygodniach na obszarze całego kraju, ocenia się, że sytuacja ta nie poprawiła się do tej pory i nadal obłożenie ośrodków sanatoryjnych jest około dwu-, trzykrotnie mniejsze niż planowane (na przykładzie jednego z sanatoriów zlokalizowanego w miejscowości Krynica-Zdrój można wskazać, że obecnie przebywa tam około 30 spośród 90 świadczeniobiorców, którzy uzyskali od NFZ potwierdzenie skierowania na ten termin). Jednym z powodów rezygnacji są na pewno strach i uciążliwości związane z poddaniem się testowi na obecność wirusa. Co trzeci pacjent, który otrzymał skierowanie na test, w ogóle nie zgłosił się na badanie. Punkty, w których można przeprowadzić test, nazywane są punktami testowania *drive-thru*, co odstrasza dodatkowo osoby starsze, które nie znają języka angielskiego, a dla których już sam przyjazd do miasta powiatowego, gdzie zlokalizowane są głównie te punkty, jest i tak dużą „wyprawą”. Muszą tam często dojechać środkami komunikacji publicznej, co wiąże się również ze zwiększeniem ryzyka zakażeniem koronawirusem. Dodatkowo, jak wskazano wcześniej, badanie można wykonać tylko w wyznaczonych godzinach. Rozwiązaniem mogłyby być w tym przypadku mobilne punkty pobrań dojeżdżające do osób skierowanych na leczenie uzdrowskowe, co byłoby jednak bardzo kosztowne i trudne organizacyjnie.

Dodatkowo spośród osób z negatywnym wynikiem testu również część nie dojechała do uzdrowska. Zdarzają się również przypadki, gdy pacjenci zgłaszają się do sanatorium mimo braku potwierdzenia wyniku testu w systemie. Wśród powodów rezygnacji w grupie osób z negatywnym wynikiem testu można wskazać przede wszystkim strach przed zakażeniem koronawirusem, który nie minął pomimo zniesienia części ograniczeń. Sytuacja zakładów lecznictwa uzdrowskowego pogorszyła się dodatkowo ze względu na mniejszą liczbę pacjentów pełnopłatnych. Sytuację pogarszały również, szczególnie w czerwcu 2020 roku, zmiana rozkładów jazdy i ograniczona możliwość dojazdu do miejscowości uzdrowskowych środkami transportu publicznego, związane z ograniczeniami sanitarnymi w kraju.

Jeśli chodzi o programy prewencji rentowej prowadzone przez ZUS i KRUS, zostały one również zawieszane w pierwszym okresie pandemii koronawirusa. Zgodnie z najbardziej aktualnymi informacjami z 4 sierpnia 2020 roku, dostępnymi na stronie internetowej ZUS, ubezpieczeni są ponownie kierowani na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej właśnie od 4 sierpnia tego roku. W przypadku skierowania na rehabilitację w systemie stacjonarnym, podobnie jak w przypadku świadczeń stacjonarnego leczenia i rehabilitacji uzdrowskowej finansowanych przez NFZ, konieczne jest wykonanie, bezpłatnie dla świadczeniobiorcy, testu w kierunku SARS-CoV-2 na podstawie wystawionego zlecenia na to badanie. Osoba skierowana na rehabilitację w systemie ambulatoryjnym nie musi wykonywać testu w kierunku SARS-CoV-2. Na stronie ZUS wskazano również, że turnusy w ośrodkach zlokalizowanych w powiatach „czerwonych” odbywają się zgodnie z harmonogramem [29]. Przekazywane w tym przypadku informacje są niespójne i nieprecyzyjne, ponieważ zgodnie

z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r.¹⁰ na obszarze czerwonym wprowadzono zakaz prowadzenia niektórych działalności do odwołania, w tym stacjonarnych form rehabilitacji i prewencji rentowej, precyzując, że zakaz ten nie obejmuje osób, które już rozpoczęły leczenie lub rehabilitację [30]. Warto zwrócić uwagę, że w omawianym Rozporządzeniu Rady Ministrów wskazano i opisano szczegółowo, których ze świadczeń rehabilitacyjnych nie można realizować. Były to:

- rehabilitacja lecznicza w systemie stacjonarnym w ramach prewencji rentowej ZUS lub KRUS,
- leczenie uzdrowskowe albo rehabilitacja uzdrowskowa oraz świadczenia uzdrowskowego leczenia sanatoryjnego dzieci wykonywanego pod opieką dorosłych,
- działania realizowane w ramach turnusów leczniczo-profilaktycznych w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej,
- turnusy leczniczo-profilaktyczne w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w których są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowskowego albo rehabilitacji uzdrowskowej, a także
- turnusy readaptacyjno-kondycyjne w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w których są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowskowego albo rehabilitacji uzdrowskowej, lub jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej [30].

Wśród świadczeń, których nie można udzielać w strefie czerwonej, nie znalazły się jednak takie zakresy rehabilitacji medycznej finansowanej ze środków publicznych, jak rehabilitacja lecznicza finansowana przez NFZ, zarówno ambulatoryjna, domowa, udzielana w ramach ośrodka i oddziału dziennego, jak i rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych.

Obecnie w strefie czerwonej nadal obowiązuje zakaz prowadzenia rehabilitacji i leczenia uzdrowskowego, natomiast w strefie żółtej brak dodatkowych ograniczeń. W informacjach dla świadczeniobiorców nie precyzuje się jednak szczegółowo, których zakresów i obszarów rehabilitacji to dotyczy [31]. Brak jasnego przekazu i chaos informacyjny pogłębiają występujące już wcześniej w systemie problemy i nie sprzyjają zmniejszeniu wskaźnika rezygnacji pacjentów ze świadczeń rehabilitacyjnych.

3. Podsumowanie i wnioski końcowe

System rehabilitacji medycznej w Polsce pozostawał przez wiele lat obszarem zaniedbanym pod względem prowadzonych prac badawczych i reformatorskich. W ocenie technologii medycznych skupiano się przede wszystkim na technologiach lekowych oraz świadczeniach wysokospecjalistycznych.

W ostatnich latach podjęto jednak szereg działań ukierunkowanych na ocenę świadczeń w innych zakresach, w tym systemu rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowskowego. W ramach podjętych prac określono mocne i słabe strony tego systemu oraz sformułowano

szereg rekomendacji zmian i reform, które mogą poprawić dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych oraz ich jakość i dostosowanie do potrzeb poszczególnych świadczeniobiorców. Wśród najważniejszych jest wdrożenie modelu kompleksowej opieki rehabilitacyjnej. Opieki skoordynowanej, która łączy różne, obecnie funkcjonujące w zasadzie niezależnie, elementy systemu rehabilitacji medycznej w Polsce. Innym ważnym aspektem jest podjęcie działań zmierzających do standaryzacji usług i stworzenia systemu kwalifikacji pacjentów do poszczególnych rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych, co poprawi dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych dla osób, które rzeczywiście tych świadczeń potrzebują.

Pandemia COVID-19 doprowadziła do czasowego, w zasadzie całkowitego zawieszenia udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, zarówno tych finansowanych ze środków publicznych, jak również tych udzielanych na rynku prywatnym. Specyfika warunków realizacji tych świadczeń, szczególnie w zakresie rehabilitacji prowadzonej w warunkach stacjonarnych, uniemożliwiła ich realizację przy równoczesnym przestrzeganiu wszystkich ograniczeń i reżimu sanitarnego wprowadzonego w czasie pandemii. Może to prowadzić do zmniejszenia dostępności świadczeń oraz wydłużenia czasu oczekiwania na udzielenie tych świadczeń, który już przed wystąpieniem pandemii koronawirusa był bardzo długi. Dodatkowo, mimo obniżenia obecnie wielu ograniczeń i dopuszczenia możliwości realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, udzielanych ambulatoryjnie i stacjonarnie, wielu świadczeniobiorców rezygnuje z tej możliwości. W konsekwencji wpłynie to na pogorszenie stanu zdrowia populacji. Z drugiej strony pandemia wymusiła szybsze wprowadzenie niektórych oczekiwanych zmian w zakresie jakości warunków udzielania świadczeń. Dobrze byłoby wykorzystać ten moment i wprowadzić choć część z postulowanych wcześniej przez ekspertów zmian, między innymi w zakresie systemu kierowania pacjentów na leczenie uzdrowskowe. System ten już wcześniej oceniany był jako zbyt skomplikowany i nieczytelny, szczególnie dla pacjenta, a w czasie pandemii zupełnie się nie sprawdził. Pandemia koronawirusa uwidoczniła brak spójności przepisów dotyczących poszczególnych obszarów i form rehabilitacji. Skoordynowanie i powiązanie poszczególnych elementów „systemu” ułatwiłoby obecnie realizację świadczeń rehabilitacyjnych.

Przypisy

¹ Rekomendacja nr 58/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej.

² Rekomendacja nr 24/2019 z dnia 19 kwietnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.

³ Rekomendacja nr 31/2019 z dnia 7 maja 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji neurologicznej.

Tabela 1. Analiza SWOT dla lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce

Mocne strony lecznictwa uzdrowiskowego	Słabe strony lecznictwa uzdrowiskowego
<ul style="list-style-type: none"> • marka polskich uzdrowisk: 45 miejscowości uzdrowiskowych, różnorodność regionalna • wielowiekowa tradycja polskiego lecznictwa uzdrowiskowego • doświadczenie polskiej medycyny uzdrowiskowej • wykorzystywanie w procesie leczenia zabiegów przyrodoleczniczych • różnorodność naturalnych surowców leczniczych (wody, gazy, peloidy) • różnorodność profili leczniczych • olbrzymi potencjał zabiegowy, wysoki standard i różnorodność zabiegów leczniczych • wykwalifikowana i doświadczona kadra medyczna • duży potencjał łóżkowy • bogata oferta turystyczna, rekreacyjna, sportowa i kulturalna • zróżnicowana baza hotelowa • zadowolająco rozwinięta infrastruktura ekologiczna i komunalna • klarowny centralny system rejestrowania skierowań oraz prowadzenia list oczekujących na realizację świadczenia wyłącznie jednego rodzaju 	<ul style="list-style-type: none"> • brak precyzyjnego określenia roli lecznictwa uzdrowiskowego w polskim systemie opieki rehabilitacyjnej, brak spójności i klarowności systemu opieki rehabilitacyjnej w Polsce • wieloprofilowość uzdrowisk, brak specjalizacji zakładów lecznictwa uzdrowiskowego • brak standaryzacji usług • brak rekomendacji AOTMiT dla świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego • wolne tempo uzyskiwania krajowych i międzynarodowych certyfikatów systemów jakości, akredytacji, ISO i HACCP • wysokie koszty działalności, niedofinansowanie, niska rentowność głównych źródeł dochodu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego • niepełne dostosowanie infrastruktury uzdrowiskowej i turystycznej do potrzeb osób niepełnosprawnych • niewystarczająca aktywność władz lokalnych i regionalnych w niektórych regionach kraju w sferze działalności wspierającej uzdrowiska • niewystarczająca aktywność w pozyskiwaniu środków finansowych z różnych funduszy europejskich na poprawę infrastruktury komunikacyjnej i z zakresu ochrony środowiska • niewystarczający marketing miejscowości i produktów • zróżnicowana sezonowo i regionalnie popularność uzdrowisk (brak mechanizmów „dyscyplinujących” pacjentów do zrealizowania świadczenia: problem „niedojazdów”) • zbyt restrykcyjne wybrane regulacje prawne dla zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz dla gmin uzdrowiskowych • mało klarowny dla lekarzy i pacjentów system kierowania na leczenie
Szanse dla lecznictwa uzdrowiskowego	Zagrożenia dla lecznictwa uzdrowiskowego
<ul style="list-style-type: none"> • precyzyjne określenie roli lecznictwa uzdrowiskowego w polskim systemie opieki rehabilitacyjnej, kompleksowej opiece nad pacjentem, polityce senioralnej i demograficznej (mapy potrzeb zdrowotnych) • trendy demograficzne (wzrost długości życia: konieczność budowy zaplecza geriatrycznego oraz zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych, rosnące zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne, wzrost dzietności: konieczność kompleksowego rozwiązywania problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży) • tworzenie specjalistycznych zakładów lecznictwa uzdrowiskowego • wprowadzenie standaryzacji usług • pozyskiwanie środków z funduszy zewnętrznych na rozwój infrastruktury uzdrowiskowej • podnoszenie standardu obiektów uzdrowiskowych, wzrost jakości oferowanych świadczeń, zwiększenie różnorodności oferowanych świadczeń, wprowadzanie innowacyjnych metod terapii • opieka transgraniczna (Dyrektywa 2011/24/UE): uzdrowiska jako polski medyczny produkt markowy • rozwój uzdrowisk geotermalnych • promowanie prozdrowotnego stylu życia, wspieranie inicjatyw związanych z aktywnością fizyczną seniorów • rozwijanie i wspomaganie działalności promocyjnej uzdrowisk 	<ul style="list-style-type: none"> • kwestionowanie skuteczności, celowości stosowania i zasadności finansowania metod przyrodoleczniczych • niedofinansowanie (ograniczenie nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe, zaprzestanie finansowania świadczeń) • niedobory kadrowe (w tym lekarze specjaliści, pielęgniarki, fizjoterapeuci) • kwestionowanie jakości walorów bioklimatycznych uzdrowisk (jakości powietrza) • wzrost konkurencji uzdrowisk europejskich (opieka transgraniczna) • konkurencja obiektów komercyjnych świadczących usługi substytucyjne (ośrodki „SPA & Wellness”, ośrodki „rehabilitacyjne”), niepodlegających tożsamym restrykcjom i regulacjom prawnym

Źródło: Raport Zespołu ds. opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego [3].

⁴ Rekomendacja nr 57/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej.

⁵ Rekomendacja nr 78/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji pediatrycznej.

⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

⁷ Świadczenia określone szczegółowo w Dz.U. z 2018 r., poz. 465 (załącznik nr 4).

⁸ Świadczenia określone w Dz.U. z 2018 r., poz. 465; § 4 pkt 1–3.

⁹ Dz.U. z 2020 r., poz. 660.

¹⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Piśmiennictwo

1. Czechowski K., Wilmowska-Pietruszyńska A., *O potrzebie rehabilitacji kompleksowej*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania” 2016; II (19): 35–52.
2. Sekcja Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), Europejska Rada Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji, Europejska Akademia Rehabilitacji Medycznej, *Biała księga medycyny fizykalnej i rehabilitacji w Europie*, „Europa Medicophysica” 2007; 42 (4): 287–332.
3. Ministerstwo Zdrowia, *Raport Zespołu ds. opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-zespołu-do-spraw-opracowania-koncepcji-zmian-w-zakresie-systemu-lecznictwa-uzdrowiskowego> (dostęp: 7.07.2020).
4. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Zlecenie 215/2016, <http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2016/837-materiały-2016/4802-215-2016-zlc> (dostęp: 20.07.2020).
5. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Zlecenie 92/2018, <http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2018/883-materiały-2018/5537-92-2018-zlc> (dostęp: 20.07.2020).
6. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Informator o terminach leczenia*, <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> (dostęp: 21.09.2020).
7. Uchwała nr 6/2020/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2019 r.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [Dz.U. z 2018 r., poz. 465]).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. z 2019 r., poz. 168]).
10. Zarządzenie nr 183/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.
11. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Informator o zawartych umowach*, <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/> (dostęp: 22.09.2020).
12. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 roku*, Warszawa 2020.
13. Główny Urząd Statystyczny, *Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2019 roku*, Warszawa 2020.
14. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r., poz. 566).
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r., poz. 792).
16. Ministerstwo Rozwoju, *Wytyczne dla funkcjonowania gabinetów fizjoterapeutycznych w systemie rehabilitacji ambulatoryjnej w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce*, <https://www.gov.pl/web/rozwoj/rehabilitacja> (dostęp: 3.07.2020).
17. *Od dziś odmrażanie fizjoterapii. Którzy pacjenci będą przyjmowani w pierwszej kolejności?*, Medonet, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,fizjoterapia-a-koronawirus--od-4-maja-otwieraja-sie-gabinety,artykul,08505356.html> (dostęp: 13.07.2020).
18. Zarządzenie nr 104/2020/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1082020dsoz,7209.html> (dostęp: 15.07.2020).
19. Zarządzenie nr 85/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 660).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020 r., poz. 433).
22. *MZ zapowiada otwarcie sanatoriów i uzdrowisk już w połowie czerwca*, Termedia, <https://www.termedia.pl/koronawirus/MZ-zapowiada-otwarcie-sanatoriow-i-uzdrowisk-juz-w-polowie-czerwca,38053.html> (dostęp: 11.07.2020).
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r., poz. 964).
24. Zarządzenie nr 77/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.
25. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Punkty wymazowe dla osób na kwarantannie i wyjeżdżających do sanatoriów*, <https://nfz-kra-kow.pl/dla-pacjenta/aktualnosc/punkty-wymazowe-dla-osob-ktore-musza-wykonac-test-w-kierunku-covid-19,383.html> (dostęp: 20.09.2020).

26. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Aktualności Centrali. Uzdrowiska wznawiają swoją działalność*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/uzdrowiska-wznawiaja-swoja-dzialalnosc,7731.html> (dostęp: 8.07.2020).
27. *Dziś wracają sanatoria. Jakie warunki muszą spełnić pacjenci, by rozpocząć turnus?*, Medonet, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,dzis-wracaja-sanatoria--jakie-warunki-musza-spelnic-pacjenci--by-rozpozaczac-turnus-,artykul,24164582.html> (dostęp: 9.07.2020).
28. *Koronawirus: pacjenci rezygnują z pobytu w sanatorium*, Medexpress.pl, <https://www.medexpress.pl/koronawirus-pacjenci-rezygnuja-z-pobytu-w-sanatorium/78039> (dostęp: 20.07.2020).
29. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Rehabilitacja lecznicza*, <https://www.zus.pl/swiadczenia/prewencja-i-rehabilitacja/prewencja-rentowa/kierowanie-na-rehabilitacje-lecznicza-w-ramach-prewencji-rentowej-zus> (dostęp: 19.09.2020).
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r., poz. 1356).
31. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, *Koronawirus: informacje i zalecenia*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/regionalne-obstrzenia-dla-wybranych-powiatow> (dostęp: 22.09.2020).