



World Health  
Organization

European Region

# Pracownicy sektora rehabilitacji w Polsce

## Raport z oceny



2022–2023





---

European Region

# Pracownicy sektora rehabilitacji w Polsce

## Raport z oceny

2022–2023

# Keywords

REHABILITATION, HEALTH WORKFORCE, EVALUATION REPORT

Numer dokumentu: WHO/EURO:2023-7367-47133-69001

© World Health Organization 2023

Niektóre prawa zastrzeżone. Niniejsza publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons AttributionNonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Zgodnie z warunkami licencji dozwolone jest kopiowanie i rozpowszechnianie i adaptowanie publikacji do celów niekomercyjnych pod warunkiem prawidłowego cytowania, o czym mowa poniżej. Wykorzystanie niniejszej publikacji nie może sugerować, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) popiera jakąkolwiek organizację, wyroby lub usługi. Wykorzystywanie logo WHO jest niedozwolone. Adaptacja publikacji wymaga objęcia jej taką samą licencją Creative Commons lub równoważną. Tłumaczenie publikacji powinno zawierać zastrzeżenie prawne o następującej treści: „Niniejsze tłumaczenie nie zostało wykonane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie odpowiada za treść ani wierność tłumaczenia. Wiążącym i autentycznym wydaniem jest oryginalne wydanie angielskie: The rehabilitation workforce in Poland: evaluation report 2022–2023. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023”.

Wszelkie mediacje dotyczące sporów wynikających z niniejszej licencji będą prowadzone zgodnie z zasadami mediacji Światowej Organizacji Własności intelektualnej (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Sugerowany sposób cytowania.** Pracownicy sektora rehabilitacji w Polsce: raport z oceny, 2022–2023. Kopenhaga: Regionalne Biuro WHO na Europę, 2023. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Katalogowanie w publikacji (CIP).** Dane CIP są dostępne na stronie <http://apps.who.int/iris>.

**Sprzedaż, prawa i udzielanie licencji.** Nabycie publikacji WHO – zob. <http://apps.who.int/bookorders>. Wniosek o komercyjne wykorzystanie publikacji oraz zapytania o prawa do utworu i udzielenie licencji – zob. <http://www.who.int/about/licensing>.

**Materiały osób trzecich.** W przypadku wykorzystania materiałów pochodzących z publikacji, których autorstwo przypisane jest osobom trzecim, np. tabeli, rysunków lub zdjęć, obowiązek ustalenia, czy potrzebna jest zgoda posiadacza praw autorskich i jej uzyskania spoczywa na użytkowniku. Odpowiedzialność za roszczenia z tytułu naruszenia praw osób trzecich do elementów niniejszej publikacji spoczywa wyłącznie na użytkowniku.

**Zastrzeżenia ogólne.** Określenia zastosowane w niniejszym materiale i sposób jego prezentacji nie sugerują opinii wyrażonych przez Światową Organizację Zdrowia dotyczących statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru, władz bądź przebiegu granic. Przerywane linie na mapach odpowiadają przybliżonym liniom granicznym, które w momencie publikacji mogą nie być w pełni uzgodnione. Wzmianki o konkretnych firmach lub wyrobach konkretnych producentów nie sugerują, że są one popierane bądź zalecane przez WHO jako preferowane w stosunku do innych firm lub wyrobów niewymienionych w niniejszej publikacji. Nazwy własne wyrobów pisane są wielką literą z wyjątkiem pomyłek i przeoczeń. Światowa Organizacja Zdrowia podjęła wszelkie możliwe starania, aby zweryfikować informacje zawarte w niniejszej publikacji, niemniej opublikowany materiał rozpowszechniany jest bez jakiegokolwiek gwarancji – wyraźnie określonej lub domniemanej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie niniejszego materiału spoczywa na czytelniku. WHO nie ponosi żadnej odpowiedzialności za szkody wynikające z wykorzystania niniejszego materiału.

Zdjęcie na okładce: © WHO

# Spis treści

Wykaz tabel.....	v
Wykaz rycin.....	v
Przedmowa.....	vi
Podziękowania.....	viii
Skróty.....	ix
Glosariusz.....	x
Streszczenie.....	xii
<b>1. Wprowadzenie.....</b>	<b>1</b>
1.1 Kontekst.....	2
1.2 Założenia i cele krajowej oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce.....	3
1.3 Zakres krajowej oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce.....	3
1.4 Demograficzne i zdrowotne trendy populacyjne w Polsce.....	4
1.5 Kontekst gospodarczy i polityczny.....	6
1.6 Omówienie polskiego systemu ochrony zdrowia, oświaty i szkolnictwa wyższego.....	7
<b>2. Metodologia.....</b>	<b>9</b>
2.1 Proces.....	10
2.2 Zaangażowanie zainteresowanych stron.....	10
2.3 Sprawdzanie poprawności danych.....	11
<b>3. Wyniki oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce.....</b>	<b>13</b>
3.1 Omówienie uwzględnionych pracowników sektora rehabilitacji.....	14
3.2 Zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji.....	16
3.3 Dyspozycyjność pracowników sektora rehabilitacji.....	20
3.4 Dostępność pracowników sektora rehabilitacji.....	30
3.5 Akceptowalność pracowników sektora rehabilitacji.....	32
3.6 Jakość pracowników sektora rehabilitacji.....	33
<b>4. Implikacje kadrowe dla świadczenia usług rehabilitacyjnych w Polsce.....</b>	<b>39</b>
<b>5. Projekcje.....</b>	<b>43</b>
5.1 Fizjoterapeuci.....	44
5.2 Terapeuci zajęciowi.....	45
5.3 Protetycy i ortotycy.....	46
5.4 Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej.....	47
5.5 Logopedzi.....	48
<b>6. Wnioski.....</b>	<b>49</b>
6.1 Mocne strony pracowników sektora rehabilitacji w Polsce.....	50
6.2 Wnioski i wyłaniające się zagadnienia dotyczące pracowników sektora rehabilitacji w Polsce.....	50

<b>7.</b>	<b>Zalecenia.....</b>	<b>53</b>
7.1	Wzmocnienie zasobu pracowników sektora rehabilitacji .....	54
7.2	Przyciągnięcie i zatrzymanie pracowników sektora rehabilitacji .....	54
7.3	Organizacja pracowników sektora rehabilitacji .....	54
7.4	Stwarzanie możliwości pracownikom sektora rehabilitacji.....	55
7.5	Mechanizmy wdrażania zaleceń.....	55
<b>8.</b>	<b>Przypisy.....</b>	<b>57</b>
	<b>Załącznik 1. Podział czasu pracy pracownika sektora rehabilitacji według wybranych problemów zdrowotnych.....</b>	<b>61</b>
	<b>Załącznik 2. Analiza zainteresowanych stron .....</b>	<b>64</b>
	<b>Załącznik 3. Wyniki oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji.....</b>	<b>67</b>
	<b>Załącznik 4. Wyniki mapowania biegłości z zakresu rehabilitacji.....</b>	<b>84</b>

## Wykaz tabel

Tabela 1.	Szacowanie zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji w oparciu o wielkość populacji i świadczenia .....	16
Tabela 2.	Liczba pracowników na 10 000 mieszkańców potrzebnych w Polsce na podstawie analizy w porównaniu z krajami o ugruntowanej pozycji pracowników sektora rehabilitacji.....	19
Tabela 3.	Zapotrzebowanie na pełne etaty według placówki i bieżącego pokrycia.....	20
Tabela 4.	Liczba pracowników sektora rehabilitacji w 2021 roku, z podziałem na płeć .....	22
Tabela 5.	Liczba aplikacji i rekrutacji na kierunki kształcenia w zakresie rehabilitacji w Polsce, rok akademicki 2020/21.....	23
Tabela 6.	Progi punktowe wymagane do przyjęcia na kierunki związane z rehabilitacją i inne kierunki nauk o zdrowiu na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, 2021 .....	23
Tabela 7.	Napływ pracowników sektora rehabilitacji spośród absolwentów krajowych (absolwenci lokalnych programów edukacyjnych), rok akademicki 2020/2021 .....	24
Tabela 8.	Płatne etaty dla pracowników sektora rehabilitacji pracujących w ramach NFZ w sektorze publicznym.....	26
Tabela 9.	Płatne etaty dla pracowników sektora rehabilitacji prowadzących programy rehabilitacji medycznej w ramach programu prewencji rentowej ZUS.....	26
Tabela 10.	Rozkład płatnych etatów.....	27
Tabela 11.	Średnie wynagrodzenia w zawodach związanych z rehabilitacją w porównaniu z innymi zawodami medycznymi.....	30
Tabela 12a.	Aktualny stan fizjoterapeutów w Polsce.....	44
Tabela 12b.	Scenariusze projekcji dla fizjoterapeutów .....	44
Tabela 13a.	Aktualny stan terapeutów zajęciowych w Polsce .....	45
Tabela 13b.	Scenariusze projekcji dla terapeutów zajęciowych.....	45
Tabela 14a.	Aktualny stan protetyków i ortotyków w Polsce .....	46
Tabela 14b.	Scenariusze projekcji dla protetyków i ortotyków.....	46
Tabela 15a.	Aktualny stan lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w Polsce .....	47
Tabela 15b.	Scenariusze projekcji dla lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej .....	47
Tabela 16a.	Aktualny stan logopedów w Polsce .....	48
Tabela 16b.	Scenariusze projekcji dla logopedów.....	48

## Wykaz rycin

Ryc. 1.	Piramida ludności Polski, stan na 30 czerwca 2021 roku .....	5
Ryc. 2.	Omówienie procesu GROWE.....	10
Ryc. 3.	FTE każdej grupy zawodowej sektora rehabilitacji niezbędnej do zaspokojenia potrzeb wynikających z wybranych problemów zdrowotnych, z rozbiciem na lokalizacje .....	18
Ryc. 4.	Podaż pracowników sektora rehabilitacji w 2021 roku i wartość procentowa rocznej zmiany w stosunku do podaży sprzed 5 lat .....	21
Ryc. 5.	Stopień absorpcji pracowników rehabilitacji na rynku pracy .....	28

## Przedmowa

Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji znalazły szczególne miejsce w polskim prawodawstwie określającym organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Przepisy krajowe uznają obecnie rehabilitację, wraz z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem, za mieszczącą się w zakresie pracowników ochrony zdrowia, wprowadzając tym samym pracowników sektora rehabilitacji do konceptualizacji pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Jest to godne uwagi, ponieważ odzwierciedla uznanie dla rehabilitacji jako części holistycznej opieki zdrowotnej oraz wkładu, jaki personel rehabilitacyjny wnosi w zapewnienie skutecznego i wydajnego powrotu do zdrowia oraz osiągnięcie optymalnych rezultatów fizycznych i psychospołecznych.

Rehabilitacja jest wysoce skoncentrowana na osobie i może zaspokajać złożone potrzeby poprzez wielodyscyplinarną opiekę, opierając się na unikalnych umiejętnościach różnych zawodów, które współpracują ze sobą, aby osiągnąć wspólne cele terapeutyczne. Zawody te mogą obejmować psychologów klinicznych, terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, protetyków i ortotyków oraz inne specjalizacje z zakresu medycyny i ochrony zdrowia. Chociaż ich zakresy czynności zawodowych są różne, zawody te łączy wspólny nacisk na optymalizację funkcjonowania w celu zmniejszenia ograniczeń na poziomie aktywności i maksymalizacji uczestnictwa (w tym w edukacji i pracy). Aby osiągnąć ten cel, pracownicy zajmujący się rehabilitacją opierają się na działaniach, które dotyczą środowiska danej osoby, a także stosują szeroką gamę ćwiczeń, zabiegów i technik terapeutycznych opartych na dowodach, które dotyczą fizycznych, poznawczych i psychologicznych aspektów funkcjonowania. Pracownicy zajmujący się rehabilitacją często zlecają i uczą ludzi korzystania z wyrobów medycznych, takich jak wózki inwalidzkie, protezy, urządzenia do komunikacji, ale także innych produktów pomocniczych w codziennym życiu, czerpiąc z ciągle rozwijającego się sektora technologii medycznych.

Kształcenie pracowników zajmujących się rehabilitacją cały czas postępuje, a także coraz więcej zawodów jest oficjalnie uznawanych i regulowanych. Fizjoterapeuci kształcą się dzisiaj na jednolitych pięcioletnich studiach magisterskich, natomiast szkolenie specjalizacyjne w zakresie rehabilitacji medycznej dla lekarzy trwa pięć lat. Przed nami ważna praca, aby móc zapewnić podobny rygor standardów kształcenia również dla innych zawodów związanych z rehabilitacją, w tym terapii zajęciowej czy protetyki. Ponadto należy zająć się poważnymi brakami w niektórych zawodach, po to aby w Polsce dostęp do specjalistycznej opieki rehabilitacyjnej był lepszy i świadczony przez profesjonalistów o najwyższych kwalifikacjach.

Kształcenie specjalizacyjne w zakresie rehabilitacji medycznej dla lekarzy trwa w Polsce 5 lat. Specjalizację z rehabilitacji w trybie skróconym 3-letnim mogą uzyskać także lekarze specjalizujący się w innych dziedzinach medycyny, np. internie, medycynie pracy, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii czy medycynie sportowej. Powszechny dostęp do różnych usług rehabilitacyjnych, czas, kompleksowość i ciągłość ich realizacji dla każdego pacjenta potrzebującego takich świadczeń zdrowotnych to najważniejsze priorytety stawiane przez Ministerstwo Zdrowia dla obszaru rehabilitacji.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że członkami zespołu rehabilitacyjnego są zarówno lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej, lekarze innych specjalizacji, pielęgniarki, jak i fizjoterapeuci oraz osoby wykonujące inne zawody medyczne. Zasady wykonywania zawodu fizjoterapeuty, uzyskiwania uprawnień do wykonywania zawodu oraz kształcenia przed i podyplomowego regulują przepisy ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, która weszła w życie 31 maja 2016 r. Tym samym Polska dołącza do grona krajów Unii Europejskiej, w których zawód fizjoterapeuty jest zawodem regulowanym. Zawód fizjoterapeuty stał się samodzielnym zawodem medycznym, a osoby wykonujące ten zawód są zobowiązane do przynależności do samorządu zawodowego fizjoterapeutów, który ich reprezentuje i czuwa nad należyтым wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.



Niniejszy raport stanowi ważny krok naprzód dla pracowników rehabilitacji w Polsce i szerzej, dla systemu ochrony zdrowia. Sygnalizuje zwrócenie uwagi i uznanie wartości pracowników zajmujących się rehabilitacją oraz silne zaangażowanie w ich ciągły rozwój.

***Ministerstwo Zdrowia  
Rzeczypospolitej Polskiej***

Polityka zdrowotna pozostaje jednym z kluczowych, a jednocześnie niezwykle złożonych obszarów działalności państwa. By była ona prowadzona efektywnie, konieczna jest współpraca wszystkich podmiotów związanych z decydowaniem, planowaniem oraz wdrażaniem systemowych rozwiązań. Do jednego z obszarów o niebagatelnym znaczeniu dla zdrowia społeczeństwa należy rehabilitacja – rozumiana nie tylko jako usługa medyczna, lecz także program, który zapewnia optymalne funkcjonowanie człowieka w interakcji z jego środowiskiem.

Rehabilitacja w Polsce znacznie się rozwinęła w ciągu ostatnich kilku dekad dzięki wysiłkom wielu osób i interesariuszy. Profesorowie Marian Weiss i Wilktor Dega odegrali szczególną rolę w powstaniu i rozwoju rehabilitacji. Jednak wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia, w tym starzenie się społeczeństwa, wielochorobowość oraz skutki pandemii koronawirusa powodują, że należy zintensyfikować wysiłki na rzecz wzmocnienia kadry rehabilitacyjnej, zapewnienia jej dostępności i wyposażenia, aby sprostać rosnącym potrzebom ludności.

Odpowiedzią Ministerstwa Edukacji i Nauki na wskazane problemy, a przede wszystkim rosnące potrzeby zdrowotne polskiego społeczeństwa – jest wsparcie słusznych inicjatyw, ale i współdziałanie w wypracowaniu optymalnych rozwiązań. Dlatego też powstał Raport z ewaluacji pracowników sektora rehabilitacji w Polsce, będący efektem pilotażowego projektu Światowej Organizacji Zdrowia oraz przedstawicieli branży rehabilitacyjnej. Zalecenia i rekomendacje przygotowane na potrzeby raportu, oparte na specjalistycznej wiedzy, a także wieloletnim doświadczeniu różnych organizacji i towarzystw, z pewnością przyczynią się do podjęcia właściwych działań na szczeblu centralnym. Na dalszych etapach – zapewnią odpowiednią jakość kształcenia personelu medycznego, jak również usług świadczonych w krajowym systemie opieki zdrowotnej.

***Ministerstwo Edukacji i Nauki  
Rzeczypospolitej Polskiej***

## Podziękowania

Niniejsza ewaluacja została przeprowadzona wspólnym wysiłkiem Ministerstwa Zdrowia, Rzeczypospolitej Polskiej i WHO. Ocena została przeprowadzona przez Weronikę Krzepakowską, osobę odpowiedzialną za projekt GROWE, pod kierunkiem dr Palomy Cuchi z biura WHO w Polsce i Satisha Mishry z Regionalnego Biura WHO dla Europy. Niniejszy raport został opracowany przez Jody-Anne Mills, z centrali WHO.

Szczególne podziękowania kierujemy do członków grupy zadaniowej ds. pracowników sektora rehabilitacji, którzy wnieśli cenny wkład w ewaluację, w zakresie fizjoterapii: dr hab. n. med. Maciej Krawczyk, Katarzyna Maślanko, dr hab. Jan Szczegieliński, prof. UJD, Ernest Wiśniewski, dr Dalia Woźnica, dr Zbigniew Wroński; w zakresie terapii zajęciowej: dr hab. Aneta Bac, prof. AWF, dr Anna Dąbrowska-Zimakowska, dr Miłosz Kuśnierż; w zakresie psychologii klinicznej i neuropsychologii: dr Daria Biechowska, dr Marcin Leśniak, prof. dr hab. n. med. Joanna Seniów; w zakresie logopedii: Ewa Małachowska, Marzena Nguyen, dr Karina Szafrąńska; w zakresie protetyki i ortotyki: Agnieszka Ciukszo, dr n. med. Mateusz Curyło, Damian Szubski; w zakresie rehabilitacji medycznej: prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher, dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz, dr hab. n. med. Dominika Szalewska; oraz dr hab. Natalia Morgulec-Adamowicz, prof. AWF i dr hab. Maciej Płaszewski, prof. AWF.

Dodatkowe podziękowania należą się przedstawicielom kluczowych podmiotów, którzy dostarczyli dane i spostrzeżenia wspierające niniejszą ewaluację, a byli to: Barbara Bańczak-Mysiak, Edyta Gadomska, Magdalena Kucharska, Michał Marek, Joanna Święchowicz-Kijowska, Małgorzata Zadorożna (Ministerstwo Zdrowia); Piotr Kowalski, Karolina Rogalska (Ministerstwo Edukacji i Nauki); Magdalena Soduł (Narodowy Fundusz Zdrowia); dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor (Senacka Komisja Zdrowia); Józefa Szczurek-Żelazko (Sejmowa Komisja Zdrowia); Jakub Adamski, Marta Puścion (Biuro Rzecznika Praw Pacjenta); Jolanta Choromańska-Szpiega, Katarzyna Hoffmann, Anna Pątek, Elżbieta Szupień (Zakład Ubezpieczeń Społecznych); Krzysztof Czechowski, Małgorzata Maciejewska (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych); Larysa Sugay (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy); oraz konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji dr hab. n. med. Małgorzata Łukowicz, prof. CMKP.

Wsparcie i wkład w ewaluację zapewniły następujące organizacje zawodowe: Krajowa Izba Fizjoterapeutów oraz Naczelna Izba Lekarska. Krajowa Izba Fizjoterapeutów była głównym partnerem w procesie ewaluacji.

Przeprowadzenie niniejszej oceny było możliwe dzięki wsparciu Agencji Stanów Zjednoczonych ds. Rozwoju Międzynarodowego.

Pamięci profesora Piotra Majchera, który swoją wiedzą i doświadczeniem przyczynił się do powstania tej publikacji.

## Skróty

<b>CMJ</b>	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
<b>FTE</b>	ekwiwalent pełnego etatu (full time equivalent)
<b>GROWE</b>	Przewodnik oceny pracowników sektora rehabilitacji (Guide for Rehabilitation Workforce Evaluation)
<b>KIF</b>	Krajowa Izba Fizjoterapeutów
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NCD</b>	choroby niezakaźne
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>OECD</b>	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development)
<b>PKA</b>	Polska Komisja Akredytacyjna
<b>PKB</b>	produkt krajowy brutto
<b>PTP</b>	Polskie Towarzystwo Psychologiczne
<b>PTOiPr</b>	Polskie Towarzystwo Ortotyki i Protetyki Narządu Ruchu
<b>RWTT</b>	Grupa zadaniowa ds. pracowników sektora rehabilitacji (Rehabilitation Workforce Task Team)
<b>UHC</b>	powszechny dostęp do opieki zdrowotnej (universal health coverage)
<b>UNHCR</b>	Agencja ONZ ds. Uchodźców (Office of the United Nations High Commissioner for Refugees)
<b>ZUS</b>	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

## Glosariusz

<b>Akceptowalność</b>	Charakterystyka i zdolność pracowników do traktowania wszystkich pacjentów z godnością, budowania zaufania i umożliwiania lub promowania popytu na świadczenia. Akceptowalność może przybierać różne formy, takie jak zapewnienie dyspozycyjności pracownika ochrony zdrowia tej samej płci lub pracownika, który rozumie i mówi tym samym językiem co pacjent, a jego zachowanie jest zgodne z zasadami szacunku ze względu na wiek, religię lub wartości społeczne i kulturowe (1).
<b>Akredytacja (w kształceniu zawodowym)</b>	Proces ewaluacji programów kształcenia w odniesieniu do wcześniej określonych standardów lub wytycznych wymaganych przy jego realizacji. Wynikiem tego procesu jest certyfikacja adekwatności programów kształcenia oraz kompetencji instytucji edukacyjnych w zakresie realizacji kształcenia (2).
<b>Certyfikacja</b>	Oficjalne uznanie, że dana osoba spełniła określone wymagania kwalifikacyjne (3).
<b>Dialog w sprawie polityki</b>	Debata społeczna i interakcja między zaangażowanymi stronami, która prowadzi do przełożenia zasad ogólnych polityki na strategię i plany (4).
<b>Dostępność</b>	Odpowiednie rozmieszczenie pracowników opieki zdrowotnej pod względem czasu dojazdu i transportu (dostępność przestrzenna), godzin otwarcia i związanej z tym obecności pracowników (dostępność czasowa), właściwości infrastruktury, takich jak budynki przyjazne osobom z niepełnosprawnościami (dostępność fizyczna), mechanizmów skierowań (dostępność organizacyjna) oraz bezpośrednich i pośrednich kosztów usług, zarówno formalnych, jak i nieformalnych (dostępność finansowa) (1).
<b>Dyspozycyjność</b>	Wystarczający zasób pracowników opieki zdrowotnej o odpowiednich kompetencjach i kombinacji umiejętności odpowiadających potrzebom zdrowotnym populacji (1).
<b>Godna praca</b>	Międzynarodowa Organizacja Pracy definiuje godną pracę jako „aspiracje ludzi w ich życiu zawodowym. Obejmuje możliwość pracy, która jest wydajna i zapewnia godziwe dochody, bezpieczeństwo w miejscu pracy i ochronę socjalną dla rodzin, perspektywy rozwoju osobistego i integracji społecznej, swobodę wyrażania obaw, organizowania się i uczestniczenia w podejmowaniu decyzji, które mają wpływ na życie pracowników oraz równość szans i traktowania wszystkich kobiet i mężczyzn” (5).
<b>Jakość</b>	Zapewnienie standardu opieki zdrowotnej uznanego za akceptowalny, pożądany i umożliwiający osiągnięcie optymalnych efektów zdrowotnych.
<b>Kompetencje</b>	Dająca się zaobserwować zdolność osoby, łącząca wiedzę, umiejętności, wartości i przekonania w wykonywaniu zadań. Kompetencje są trwałe, możliwe do opanowania i - poprzez określone zachowania - mierzalne (6).
<b>Odpływ pracowników</b>	Dotyczy odejścia z rynku pracy, z różnych powodów, między innymi emigracji, dobrowolnego odejścia (np. do innych sektorów zatrudnienia), choroby, śmierci lub przejścia na emeryturę (7).
<b>Podział zadań</b>	Racjonalna redystrybucja i podział zadań wśród pracowników opieki zdrowotnej (3).
<b>Produktywność (wydajność techniczna)</b>	Wyniki uzyskane na podstawie danych wejściowych, takie jak liczba przyjętych osób lub interwencji wdrożonych na jednego pracownika (3).
<b>Regulacje (dla pracowników opieki zdrowotnej)</b>	Określenie zasad, które będą regulować strukturę i funkcjonowanie instytucji edukacyjnych i organizacji świadczących usługi oraz działalność zawodową poszczególnych pracowników opieki zdrowotnej (3).
<b>Rehabilitacja</b>	Rehabilitacja to zestaw świadczeń mających na celu optymalizację funkcjonowania i ograniczenie niepełnosprawności osób z problemami zdrowotnymi w interakcji z ich środowiskiem. Problem zdrowotny oznacza chorobę (ostrą lub przewlekłą), zaburzenie, kontuzję lub uraz. Stan zdrowotny może obejmować także inne okoliczności, takie jak ciąża, proces starzenia się, stres, wady wrodzone lub predyspozycje genetyczne (8).
<b>Rynek pracy w opiece zdrowotnej</b>	Struktura, która umożliwia poszukiwanie (zapotrzebowanie) i oferowanie (świadczenie) usług pracowników opieki zdrowotnej (3).
<b>Skuteczność</b>	Zdolność osiągania celów poprzez kompetentne reagowanie, produktywność i wydajność pracowników ochrony zdrowia, we współpracy z otoczeniem.

---

<b>Utrzymywanie pracowników (opieki zdrowotnej)</b>	Utrzymanie personelu medycznego na określonym stanowisku lub w określonej organizacji, w sektorze zdrowia, regionie lub kraju (3).
<b>Warunki pracy</b>	Środowisko, w którym pracuje dana osoba, w tym warunki zatrudnienia, świadczenia, atmosfera fizyczna i społeczna (3).
<b>Zapotrzebowanie (na pracowników ochrony zdrowia)</b>	Zapotrzebowanie na pracowników ochrony zdrowia odpowiada liczbie pracowników ochrony zdrowia, których system opieki zdrowotnej może obsłużyć pod względem stanowisk lub popytu ekonomicznego na usługi. Innymi słowy, odzwierciedla zdolność i gotowość do płacenia nabywców opieki zdrowotnej (na przykład rząd i firmy z sektora prywatnego), co z kolei napędza popyt na zatrudnianie pracowników ochrony zdrowia w publicznych lub prywatnych szpitalach, publicznych ośrodkach zdrowia, i innych sektorach systemu opieki zdrowotnej, w tym samozatrudnionych pracowników ochrony zdrowia.
<b>Zatrudnienie w przeliczeniu na pełny etat</b>	Zatrudnienie zdefiniowane jako całkowita liczba przepracowanych godzin podzielona przez średnią liczbę godzin przepracowanych w ciągu roku w pełnym wymiarze godzin (9).

---

## Streszczenie

Niniejszy raport przedstawia wyniki oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, psychologów klinicznych, protetyków i ortotyków, logopedów oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej. Celem oceny było zebranie szczegółowych informacji na temat pracowników sektora rehabilitacji, które posłużą do opracowania polityki i praktyk służących wzmocnieniu, wyposażeniu i wsparciu pracowników sektora rehabilitacji z myślą o lepszym zaspokojeniu potrzeb społeczeństwa.

W ocenie wykorzystano narzędzia i procesy zawarte w *Guide for Rehabilitation Workforce Evaluation (GROWE)* [Przewodniku WHO oceny pracowników sektora rehabilitacji]. Obejmowała ona ocenę pokrycia zapotrzebowania na pracowników, analizę rynku pracy i analizę kompetencji. Opracowano projekcje i zastosowano analizę wpływu strategii, aby ustalić zmiany w liczbie kształconych specjalistów potrzebne do osiągnięcia liczby pracowników pracujących w pełnym wymiarze godzin, niezbędnej do zaspokojenia podstawowych potrzeb społeczeństwa. Proces ten oparty był na gromadzeniu danych z dokumentów, opracowywaniu danych na podstawie konsensusu i warsztatach dla zainteresowanych stron oraz wywiadach z kluczowymi informatorami.

Zebrano dane na temat dyspozycyjności, dostępności, akceptowalności i jakości pracowników sektora rehabilitacji. Uzyskane wyniki zostały przeanalizowane w celu sformułowania wniosków i zaleceń istotnych dla szeregu podmiotów. Na ich podstawie zostanie opracowany pierwszy w kraju krajowy plan działania na rzecz pracowników sektora rehabilitacji.

W ocenie uwzględniono zaangażowanie w Ministerstwie Zdrowia oraz Ministerstwie Edukacji i Nauki na rzecz stworzenia profesjonalnej i sprawnej interdyscyplinarnej kadry pracowników sektora rehabilitacji, która może być wzorem dla innych krajów Europy Wschodniej. Instytucjonalne możliwości kształcenia i szkolenia pracowników sektora rehabilitacji stopniowo wzrastają. Uniwersytety w całym kraju oferują studia licencjackie i/lub magisterskie. Emigracja pracowników sektora rehabilitacji z Polski jest niewielka, a bezrobocie stosunkowo niskie, co oznacza, że system ochrony zdrowia, edukacji i opieki społecznej skutecznie absorbuje pracowników. Niewątpliwie istnieje silny fundament, na którym można się oprzeć, jednak nadal pozostają pewne wyzwania i możliwości rozwoju. Wraz ze wzrostem zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji, coraz pilniejsze staje się rozwiązanie problemu niedoborów kadrowych, niskiego popytu i problemów z jakością. W ocenie określono kilka priorytetowych zaleceń w zakresie dyspozycyjności, dostępności, akceptowalności oraz jakości pracowników.

## Dyspozycyjność

1. Występuje niedobór pracowników sektora rehabilitacji w stosunku do potrzeb populacji. Niedobór ten jest szczególnie dotkliwy w przypadku terapeutów zajęciowych, logopedów oraz protetyków i ortotyków.
2. Zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji nie odzwierciedla liczby miejsc pracy potrzebnych do zaspokojenia potrzeb populacji. Rozbieżność między zapotrzebowaniem a potrzebami dotyczy wszystkich zawodów sektora rehabilitacji, ale jest najbardziej widoczna w przypadku logopedów, terapeutów zajęciowych, którzy posiadają przynajmniej tytuł licencjata terapii zajęciowej oraz protetyków i ortotyków.
3. Niska wydajność pracowników osłabia ich dyspozycyjność poprzez zmniejszenie ich produktywności; jest to spowodowane głównie problemami ze świadczeniem usług oraz nieodpowiednim wyposażeniem i infrastrukturą.

## Dostępność

4. Pracownicy sektora rehabilitacji są zatrudnieni głównie w placówkach lecznictwa zamkniętego, a ich dyspozycyjność w placówkach ambulatoryjnych i środowiskowych jest niewystarczająca. Wydaje się, że wynika to w dużej mierze z faktu, że większość miejsc pracy znajduje się w sektorze publicznym, podczas gdy większość usług ambulatoryjnych jest świadczona przez sektor prywatny, który zatrudnia znacznie mniejszy odsetek pracowników sektora rehabilitacji.
5. Niewystarczająca jest liczba pracowników sektora rehabilitacji w mniejszych powiatach i na obszarach wiejskich, a także ograniczone są zachęty i strategie mające na celu przyciągnięcie lub zatrzymanie pracowników na tych obszarach.
6. Technologia i innowacje, mimo że w ostatnich latach bardzo się rozwinęły, są nadal niewystarczająco wykorzystywane jako mechanizmy zwiększające dostęp do pracowników sektora rehabilitacji dla osób z obszarów o ograniczonym dostępie do usług.

## Akceptowalność

7. Świadomość i wiedza społeczeństwa na temat roli i znaczenia rehabilitacji jest ograniczona, co wpływa na sposób, w jaki ludzie poszukują usług i oceniają je, a w konsekwencji sprawia, że niektóre potrzeby nie są zaspokajane. Ograniczona wiedza na ten temat jest szczególnie widoczna w przypadku terapeutów zajęciowych.
8. Wśród pracowników ochrony zdrowia nie ma dostatecznej świadomości roli rehabilitacji w zespołach opieki zdrowotnej ani wpływu rehabilitacji na wyniki leczenia pacjentów. Ma to negatywny wpływ na praktyki w zakresie skierowań oraz na skuteczność włączania pracowników sektora rehabilitacji w opiekę nad pacjentami.

## Jakość

9. Wśród pracowników sektora rehabilitacji istnieją deficyty kompetencyjne, szczególnie w zakresie uczenia się i rozwoju, zarządzania i przywództwa oraz badań naukowych. Wskazuje to na możliwość wzmocnienia edukacji i szkoleń w tych zakresach.
10. Poziom kompetencji jest niespójny zarówno w obrębie grup zawodowych zajmujących się rehabilitacją, jak i pomiędzy tymi grupami, co odzwierciedla różnice w kształceniu i szkoleniu, a także nieodpowiedni stopień tworzenia i weryfikacji standardów kompetencji.
11. W środowisku pracowników sektora rehabilitacji brakuje praktyki opartej na dowodach naukowych, co jest spowodowane brakiem inwestycji w umiejętności badawcze, brakiem dostępu do wytycznych i protokołów klinicznych oraz ich niedostatecznym stosowaniem, a także ograniczonymi mechanizmami dzielenia się wiedzą i jej upowszechniania.
12. Pracownikom sektora rehabilitacji brakuje odpowiedniego dostępu do superwizji, wsparcia i mentoringu, w tym ze strony kolegów, szczególnie w przypadku osób pracujących w bardziej odległych miejscach. Utrudnia to przygotowanie nowych specjalistów i może zagrażać bezpieczeństwu pacjentów.
13. Nie ma wystarczających możliwości zdobycia specjalizacji kierunkowej, zwłaszcza przez terapeutów zajęciowych, co ogranicza możliwości pracowników sektora rehabilitacji w zakresie zaspokajania bardziej złożonych potrzeb pacjentów.

Ocena uwidoczniła również potrzebę poprawy gromadzenia i kompilacji danych dotyczących rehabilitacji, aby umożliwić rzetelny nadzór i ocenę w przyszłości. Co ważne, ocena wykazała również konieczność szerszego uznania interdyscyplinarności pracowników sektora rehabilitacji oraz roli zawodów takich jak terapeuta zajęciowy, logopeda, protetyk i ortotypik, a także fizjoterapeuta, psycholog oraz lekarz specjalista rehabilitacji medycznej.







# 1. Wprowadzenie

## 1.1 Kontekst

Niniejszy raport przedstawia wyniki oceny pracowników sektora rehabilitacji w Rzeczypospolitej Polskiej, przeprowadzonej w okresie od sierpnia do grudnia 2021 roku. Ocena została zlecona przez Ministerstwo Zdrowia (MZ) w celu pogłębienia zrozumienia sytuacji pracowników sektora rehabilitacji, wyzwań stojących przed jego rozwojem oraz czynników leżących u ich podstaw, a także w celu wsparcia opracowania Krajowego Planu Działań na rzecz Pracowników Sektora Rehabilitacji. Przeprowadzenie oceny zostało wsparte przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF).

### 1.1.1 Ogólne informacje na temat rehabilitacji w Polsce

Rehabilitacja dotyczy szerokiego zakresu problemów zdrowotnych, które mogą wystąpić u ludzi w ciągu całego życia. Na przykład rehabilitacja może być korzystna dla osób z zaburzeniami rozwojowymi, chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi, urazami, schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego i doświadczających pogorszenia stanu zdrowia związanego ze starzeniem się. Rehabilitacja to podstawowy element opieki zdrowotnej, obok promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia i opieki paliatywnej, potrzebny zarówno w placówkach świadczenia usług na rzecz społeczności lokalnej (w tym w domach, szkołach i miejscach pracy), jak i w placówkach opieki zdrowotnej (od podstawowej do specjalistycznej). Rehabilitacja jest na ogół wymagana na wszystkich etapach opieki, od stanu ostrego do przewlekłego i ma na celu ułatwienie powrotu do zdrowia, zapobieganie powikłaniom, zmniejszenie liczby ponownych przyjęć do szpitala oraz optymalizację wyników leczenia, aby umożliwić ludziom jak najlepszą jakość życia, w tym poprzez uczestnictwo w edukacji, zatrudnieniu i życiu społecznym.

---

„Rehabilitacja to zestaw działań mających na celu optymalizację funkcjonowania i ograniczenie niepełnosprawności osób z problemami zdrowotnymi w interakcji z ich środowiskiem. Problem zdrowotny oznacza chorobę (ostrą lub przewlekłą), zaburzenie, kontuzję lub uraz. Problem zdrowotny może obejmować także inne okoliczności, takie jak ciąża, starzenie się, stres, wady wrodzone lub predyspozycje genetyczne. Dlatego rehabilitacja zapewnia ludziom maksymalną zdolność do życia, pracy i nauki na miarę ich możliwości.”

WHO. *Rehabilitation in Health Systems*; 2016

---

### 1.1.2 Pracownicy sektora rehabilitacji w Polsce

Pracownicy sektora rehabilitacji stanowią zróżnicowaną grupę o różnych zawodach oraz specjalizacjach poddyplomowych, zajmującą się interwencjami, które optymalizują funkcjonowanie i ograniczają niepełnosprawność. Pracownicy sektora rehabilitacji są niezbędni w powszechnym systemie opieki zdrowotnej (UHC) i wymagani dla osiągnięcia trzeciego celu zrównoważonego rozwoju (Zdrowie dla wszystkich, w każdym wieku) (8). Pracownicy sektora rehabilitacji są częścią personelu medycznego, ale nie wszyscy z nich pracują w sektorze opieki zdrowotnej, niektórzy mogą pracować w zakładach opieki długoterminowej, zakładach aktywności zawodowej, klubach sportowych, czy placówkach oświatowych. Ci pracownicy sektora rehabilitacji także pełnią rolę związaną z opieką zdrowotną, na przykład wspierając dzieci z problemami zdrowotnymi, takimi jak zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna lub porażenie mózgowe, w optymalizacji ich funkcjonowania i jak największym uczestnictwie w życiu społecznym i zajęciach edukacyjnych.

Jakość i zakres usług rehabilitacyjnych zależy od wielu czynników, m.in. od polityki państwa i zasad ubezpieczeń, organizacji, infrastruktury i wyposażenia. Pracownicy odgrywają jednak ważną rolę w zapewnianiu wysokiej jakości opieki rehabilitacyjnej; kompetencje, skuteczność, postawy i wartości pracowników mają bezpośredni wpływ na efekty opieki i doświadczenie odbiorców usług (10). Z tego powodu wszelkie działania mające na celu

wzmocnienie rehabilitacji w systemie ochrony zdrowia (a następnie całego systemu ochrony zdrowia) muszą określać i wychodzić naprzeciw wyzwaniom dotyczącym pracowników sektora rehabilitacji oraz zapewnić ich wzmocnienie w celu sprostania obecnym i przyszłym potrzebom. Wzmacnianie pracowników to nie tylko zwiększanie podaży, ale także podnoszenie jakości opieki, zapewnienie maksymalnej dyspozycyjności dla populacji o różnych potrzebach i mieszkających w różnych częściach kraju, zapewnienie, że pracownicy są akceptowani przez osoby wymagające opieki, oraz optymalizacja zakresu praktyki, tak aby wiedza i umiejętności pracowników były w pełni wykorzystywane.

Aby systemy ochrony zdrowia były naprawdę skuteczne i zdolne do reagowania, potrzebują odpowiedniej liczby i doboru pracowników sektora rehabilitacji, zgodnie z potrzebami społeczeństwa i funkcjami systemu ochrony zdrowia, opieki społecznej i oświaty. Brak dostępu do wykwalifikowanego personelu sektora rehabilitacji może prowadzić do dłuższego pobytu w szpitalu, możliwych do uniknięcia ponownych przyjęć, powikłań oraz gorszych wyników leczenia. W niektórych przypadkach brak lub niedostateczny dostęp do pracowników sektora rehabilitacji może prowadzić do zbędnego zamknięcia w domu, niepotrzebnego cierpienia lub przedwczesnej śmierci osób (8, 11).

## 1.2 Założenia i cele krajowej oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce

Celem ewaluacji było uzyskanie wartościowych i wiarygodnych informacji na temat pracowników sektora rehabilitacji w Polsce, aby posłużyły one do opracowania polityki i praktyk mających na celu wzmocnienie pracowników sektora rehabilitacji, tak aby zapewnić, że są oni wyposażeni i zdolni do zaspokajania bieżących i przyszłych potrzeb ludności Polski.

Ocena ta została przeprowadzona w celach opisanych poniżej.

1. Określenie sytuacji pracowników sektora rehabilitacji, w tym ich mocnych i słabych stron.
2. Wskazanie zaleceń dotyczących poprawy sytuacji pracowników sektora rehabilitacji.
3. Opracowanie planu działania w celu wdrożenia zaleceń.

## 1.3 Zakres krajowej oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce

W ramach oceny dokładnie przeanalizowano następujące grupy zawodowe:

- terapeuci zajęciowi
- fizjoterapeuci
- protetycy i ortotocy
- psychologowie kliniczni
- lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej
- logopedzi.

Każda z tych grup zawodowych została opisana w rozdziale 3.1. Inne grupy zawodowe, np. pielęgniarki i niektórzy lekarze specjaliści, również wspierają proces rehabilitacji w ramach swoich obowiązków. Chociaż wkład tych grup zawodowych jest dostrzegany, nie są one analizowane w niniejszej ocenie tak kompleksowo, jak grupy zawodowe, których podstawowym zadaniem jest prowadzenie rehabilitacji.

Opracowanie zawiera ocenę pokrycia zapotrzebowania na pracowników, analizę rynku pracy i analizę kompetencji. Opracowano projekcje i wykorzystano analizę wpływu strategii w celu określenia wpływu różnych stopni zmian na podaż pracowników, zapotrzebowanie i zatrudnienie. Elementy te zostały opisane w Ramce 1.

### **Ramka 1. Elementy krajowej oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce**

#### **Ocena pokrycia zapotrzebowania na pracowników**

W ocenie tej wykorzystuje się karty wyników do zbadania stanu efektywnego pokrycia zapotrzebowania w każdej grupie zawodowej uwzględnionej w ocenie. Efektywne pokrycie zapotrzebowania odnosi się do pracowników, którzy są dyspozycyjni i dostępni dla populacji, które ich potrzebują, a także zapewniają wysokiej jakości opiekę, która jest akceptowalna dla tych populacji. W ramach oceny przyznaje się punkty za skuteczność pracowników w zakresie szeroko rozumianej dyspozycyjności, dostępności, akceptowalności i jakości, a także za szereg czynników, które przyczyniają się do osiągnięcia takiej skuteczności. Wyniki oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników dostarczają informacji o mocnych stronach pracowników i obszarach, które wymagają dalszej uwagi, a także tworzą punkt odniesienia, z którego można porównać przyszłe zmiany dotyczące pracowników.

#### **Analiza rynku pracy**

Analiza rynku pracy wykorzystuje zharmonizowane wskaźniki i metodologie, aby wzmocnić dowody, odpowiedzialność i działania w celu zrozumienia różnorodnych i wzajemnie powiązanych ograniczeń mających wpływ na pracowników polityki zdrowotnej na te zasoby oraz dynamiki zatrudnienia na rynku pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Analiza rynku pracy koncentruje się na podaży, zapotrzebowaniu i absorpcji pracowników rehabilitacji w sektorze publicznym i prywatnym oraz na tym, jak dynamicznie współdziałają one ze sobą, wpływając na poziom pracowników. Analiza rynku pracy obejmuje analizę sektora oświaty i uwzględnia różne formy napływu i odpływu pracowników, a także różne czynniki wpływające na ich napływ i odpływ.

#### **Analiza kompetencji**

W ramach analizy kompetencji dokonano przeglądu pracowników rehabilitacji z perspektywy biegłości (w kilku obszarach) i wykonywania zadań z zakresu rehabilitacji. Analiza koncentruje się na rehabilitacji właściwej dla osób z różnymi problemami zdrowotnymi i bada, w jakim stopniu obecna kadra jest w stanie zaspokoić te potrzeby. W związku z tym analiza kompetencji ma raczej charakter jakościowy, a nie ilościowy.

#### **Projekcje**

Projekcje dotyczące podaży pracowników rehabilitacji są opracowywane w odstępach pięcioletnich na okres do 20 lat, na podstawie trendów rozwoju rynku pracy i zmian liczby ludności. Projekcję zapotrzebowania na pracowników opracowuje się również na podstawie trendów w zapadalności lub częstotliwości występowania problemów zdrowotnych.

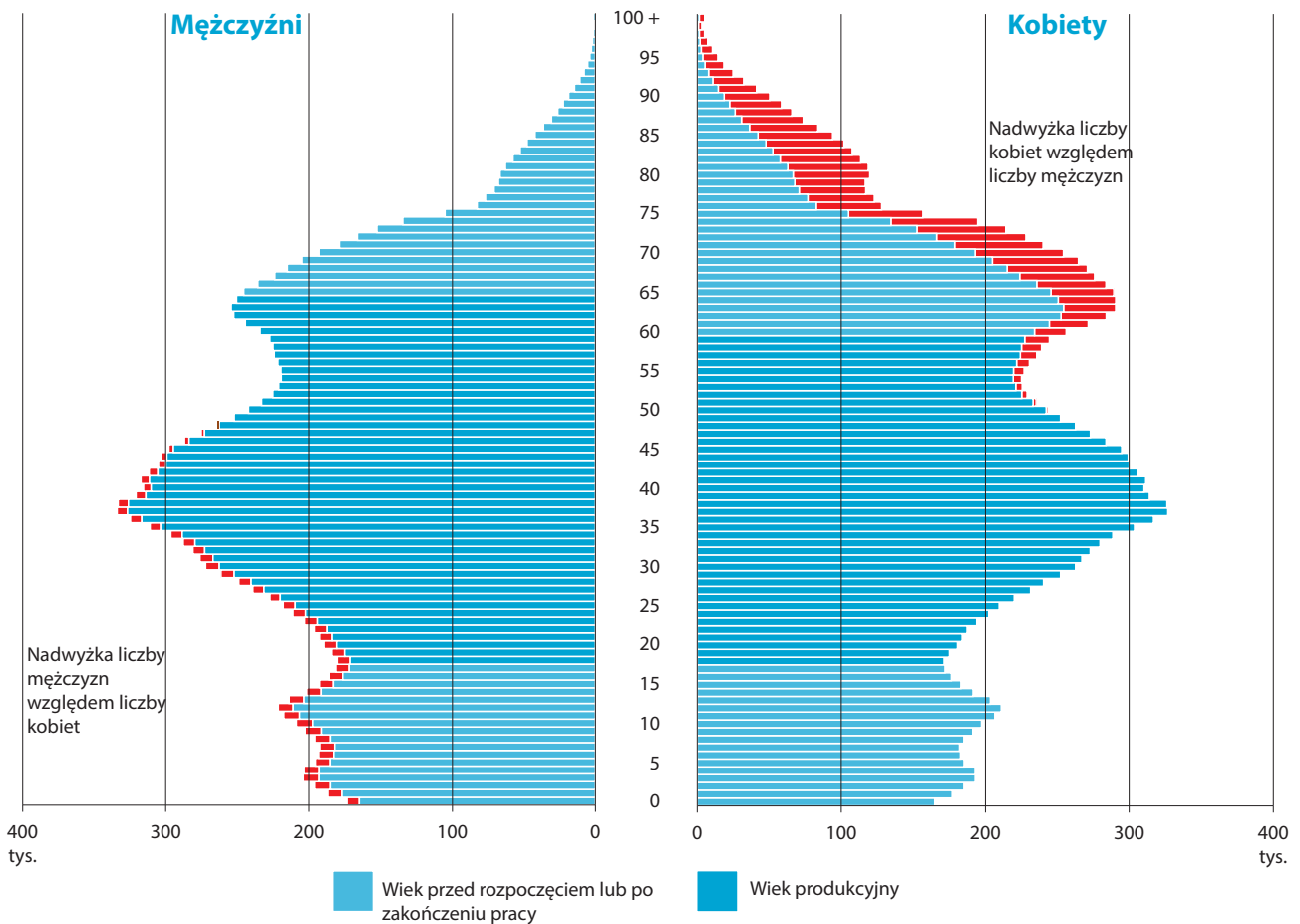
## **1.4 Demograficzne i zdrowotne trendy populacyjne w Polsce**

### **1.4.1 Liczebność populacji i dane demograficzne**

W 2022 roku (w czasie pisania tego tekstu) liczba ludności Polski wynosiła 38 057 138 osób, a gęstość zaludnienia 123,4 osoby na kilometr kwadratowy (13). Tempo wzrostu demograficznego w Polsce spada o 0,1% rocznie. O 0,2% rocznie spada również tempo wzrostu ludności miast (13). Migranci stanowią 2,2% populacji, a przed inwazją Rosji na Ukrainę przebywało tu 174 000 uchodźców lub innych osób będących przedmiotem zainteresowania Agencji ONZ ds. Uchodźców (UNHCR) (13). W miarę rozwoju wydarzeń wojennych liczba ta będzie się nieuchronnie zwiększać. Według danych UNHCR na dzień 10 kwietnia 2022 roku ponad 2,6 mln uchodźców z Ukrainy przekroczyło granicę Polski (14).

Stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w Polsce wynosi 94:100 (Ryc. 1), a obecnie społeczeństwo coraz bardziej się starzeje - 26,4% populacji jest w wieku powyżej 60 lat (wzrost z 22,7% w 2015 roku) (13).

Ryc. 1. Piramida ludności Polski, stan na 30 czerwca 2021 roku



Źródło: GUS (15)

## 1.4.2 Trendy zdrowotne

Obecnie oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w Polsce wynosi 82,4 lata dla kobiet i 74,5 lat dla mężczyzn (13), czyli o około 4 lata mniej niż średnia dla Europy (16). Choroby niezakaźne stanowią główny problem zdrowotny dla systemu ochrony zdrowia; głównymi przyczynami zgonów w 2020 roku były choroba niedokrwienna serca, udar mózgu i rak płuc. Nowotwory są również poważną chorobą w tym kraju, przy czym najczęściej diagnozowane są nowotwory płuc, prostaty i piersi. Znaczna część populacji (39%) żyje z chorobą przewlekłą, przy czym odsetek ten wzrasta do 70% w przypadku osób w wieku powyżej 65 lat. Otyłość stała się poważnym problemem w kraju - obecnie prawie jedna piąta dorosłych jest otyła. Choroby te są najbardziej rozpowszechnione w grupach o niższych dochodach (47% w porównaniu do 32% w grupie o najwyższych dochodach). Palenie tytoniu i spożycie alkoholu, kluczowe czynniki ryzyka wystąpienia chorób niezakaźnych, uległy ograniczeniu w ciągu ostatnich dwóch dekad, ale nadal są wyższe niż średnia europejska (16). Wysoka i rosnąca częstość występowania chorób niezakaźnych w Polsce ma poważne i bezpośrednie konsekwencje dla pracowników sektora rehabilitacji – jest wiele osób cierpiących na choroby niezakaźne, które żyją z pewnym ograniczeniem funkcjonowania (niepełnosprawnością) i mogłyby skorzystać z rehabilitacji. Ograniczenia te mogą mieć bardzo zróżnicowany charakter, ale mogą wpływać na zdolność poruszania się, oddychania, rozumienia, zdrowie psychiczne i wykonywanie codziennych czynności życiowych.

Polska poważnie ucierpiała z powodu COVID-19. Do lutego 2022 roku w kraju odnotowano ponad 5,6 mln potwierdzonych przypadków zachorowań i 111 317 zgonów. Nie podano liczby osób żyjących z chorobami pociowidowymi, ale prawdopodobnie jest ona znaczna.

## 1.5 Kontekst gospodarczy i polityczny

Polska jest krajem o wysokich dochodach, z produktem krajowym brutto (PKB) per capita wynoszącym 22 718 (parytet siły nabywczej EUR). Obecne wydatki na ochronę zdrowia wynoszą 6,3% PKB i utrzymują się na stałym poziomie w ciągu ostatniej dekady, natomiast wydatki na edukację wynoszą obecnie około 5% PKB i w tym samym okresie nieznacznie malały. Większość wydatków na ochronę zdrowia pochodzi z podatków od wynagrodzeń przeznaczonych na określony cel. Stopa bezrobocia, wynosząca 3,2%, stanowi mniej niż połowę średniej europejskiej (13). Prawie 80% osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej pracuje w sektorze prywatnym, a nieco ponad 50% w sektorze publicznym (znaczna część kadry zajmującej się rehabilitacją jest zatrudniona jednocześnie w sektorze prywatnym i publicznym). Liczba osób pracujących w opiece zdrowotnej wzrosła w 2020 roku o ok. 1%, natomiast liczba osób pracujących w edukacji spadła o ok. 1% (17).

Strategia rządu w zakresie zdrowia publicznego jest szczegółowo opisana w Narodowym Programie Zdrowia, który stanowi podstawę działań w tym obszarze. Obecna strategia (2021-2025) ma na celu wydłużenie trwania życia w zdrowiu i zmniejszenie społecznych nierówności dotyczących zdrowia, a konkretne cele operacyjne skupiają się wokół zapobiegania nadwadze i otyłości, profilaktyki uzależnień, promocji zdrowia psychicznego, promocji zdrowia środowiskowego i ograniczenia chorób zakaźnych oraz wyzwań demograficznych. Narodowy Program Zdrowia uwzględni rehabilitację tylko w kontekście stosowania używek i uzależnień (18).

Rząd wykorzystuje Bazę Danych Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (Mapy Potrzeb Zdrowotnych) do usprawnienia zarządzania zasobami systemu opieki zdrowotnej. Mapy zawierają dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące świadczonych usług, a także wykorzystania zasobów ludzkich i sprzętu, które służą do prognozowania przyszłych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej dla poszczególnych województw i całego kraju. Dane i tworzone projekcje są wykorzystywane do poprawy jakości opieki zdrowotnej oraz do wprowadzania zmian mających na celu zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dane te są wykorzystywane na przykład do zakupu świadczeń i zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) lub opracowywania pakietu świadczeń gwarantowanych. Mapy zawierają opisowy przegląd usług rehabilitacyjnych, obejmujący m.in. dane dotyczące wydatków na rehabilitację, charakterystykę osób korzystających z usług rehabilitacyjnych oraz rozmieszczenie usług rehabilitacyjnych i osób z nich korzystających (19).

Rozwój systemu ochrony zdrowia jest także regulowany przez ramy strategiczne Zdrowa Przyszłość (2021-2027). Celem dokumentu jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system. Ramy określają cele i interwencje w czterech głównych obszarach: pacjenci, procesy, rozwój i finanse. Szczególny nacisk kładzie się na deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej w celu poprawy jakości życia związanej ze zdrowiem osób starszych i ich opiekunów w społecznościach lokalnych, poprawę zdrowia psychicznego i jakości życia społeczeństwa oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Jednym z elementów tego systemu jest rehabilitacja, choć uwaga skupiona jest przede wszystkim na fizjoterapii (20).

Polska nie posiada krajowego strategicznego planu ani programu rehabilitacji, ani krajowej instytucji koordynującej rehabilitację. Minister Zdrowia powołuje jednak konsultantów ds. rehabilitacji, którzy podejmują się zadań takich jak inicjowanie badań epidemiologicznych istotnych dla danej dziedziny, prognozowanie potrzeb, doradztwo w zakresie realizacji celów lub zadań w ramach Narodowego Programu Zdrowia lub innych programów, a także inne formy doradztwa specjalistycznego.

## 1.6 Omówienie polskiego systemu ochrony zdrowia, oświaty i szkolnictwa wyższego

### 1.6.1 Omówienie systemu ochrony zdrowia

W Polsce obowiązuje system społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, co oznacza, że opieka zdrowotna jest finansowana ze środków publicznych przez NFZ. Ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe (91% populacji jest nim objęte) i zazwyczaj nabywa się je, na przykład, za pośrednictwem pracodawcy lub w ramach świadczeń dla emerytów lub zarejestrowanych osób bezrobotnych. Prywatna opieka zdrowotna jest szeroko rozpowszechniona, a wielu obywateli korzysta zarówno z usług publicznych, jak i prywatnych. W ramach usług prywatnych świadczona jest zazwyczaj opieka ambulatoryjna, natomiast opieka szpitalna jest w przeważającej mierze publiczna. W czasie pandemii COVID-19 wzrosło zainteresowanie zakupem dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (16). Zakres usług objętych społecznym ubezpieczeniem zdrowotnym jest szeroki i obejmuje opiekę podstawową, specjalistyczną opiekę ambulatoryjną oraz świadczenia szpitalne. Zakres rehabilitacji w ramach świadczeń gwarantowanych określa szereg rozporządzeń i zarządzeń, m.in.:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (określające sposób postępowania z pacjentem w stanie śpiączki);
- Zarządzenie nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 roku, które określa również leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Zakres usług rehabilitacyjnych w systemie świadczeń gwarantowanych nie jest ograniczony przez NFZ, jednak kwestie związane ze sposobem zarządzania refundacjami stwarzają poważne bariery finansowe dla potencjalnych świadczeniobiorców, podobnie jak kwestie dyspozycyjności i dostępności pracowników, takie jak długi czas oczekiwania.

Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za zarządzanie sektorem opieki zdrowotnej, choć odpowiedzialność ta jest zdecentralizowana na trzech poziomach władz lokalnych: na najbardziej lokalnym poziomie gminy nadzorują podstawową opiekę zdrowotną, powiaty odpowiadają za szpitale powiatowe, a samorządy województw za szpitale wojewódzkie. Infrastruktura opieki zdrowotnej jest skoncentrowana na opiece trzeciego stopnia; podczas gdy wszystkie poziomy zgłaszają problemy z finansowaniem, opieka świadczona poza szpitalami jest uważana za szczególnie słabo finansowaną. W Polsce odnotowuje się jedną z najniższych w Europie liczbę praktykujących lekarzy i bardzo niski poziom obsady pielęgniarskiej, przy czym niedobory są szczególnie dotkliwe w mniejszych powiatach i na obszarach wiejskich. Struktura wieku pracowników ochrony zdrowia budzi obawy co do przewidywanej podaży - 54% pielęgniarek ma ponad 50 lat. Ministerstwo Zdrowia wydało rozporządzenia mające na celu rozwiązanie problemu niedoboru pracowników, w tym dotyczące zwiększenia liczby miejsc rezydenckich, podwyższenia wynagrodzenia oraz zachęt finansowych w celu przyciągnięcia pracowników na obszary wiejskie, ale ich zastosowanie w odniesieniu do pracowników sektora rehabilitacji było ograniczone. Poza niewielkim wzrostem płacy minimalnej nie ma żadnych zachęt mających na celu przyciągnięcie pracowników sektora rehabilitacji zarówno na obszarach miejskich, jak i wiejskich. Niedobór pracowników opieki zdrowotnej znajduje odzwierciedlenie między innymi w długim i rosnącym czasie oczekiwania na świadczenia; średni czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne wyniósł 3,8 miesiąca w 2019 roku, w porównaniu z 2,9 miesiąca w 2016 roku (16).

W systemie ochrony zdrowia w coraz większym stopniu stosuje się rozwiązania z zakresu technologii cyfrowych, w tym elektroniczną platformę danych medycznych, e-recepty i telezdrowie, których wykorzystanie przyspieszyła pandemia COVID-19 (16).

## 1.6.2 Omówienie systemu oświaty, szkolnictwa wyższego i zatrudnienia

Ministerstwo Edukacji i Nauki odpowiada za prowadzenie polityki państwa w obszarze oświaty i wychowania oraz nauki i szkolnictwa wyższego. W ramach swoich kompetencji Ministerstwo Edukacji i Nauki (w szczególności Departament Szkolnictwa Wyższego) w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia odpowiada za realizację zadań w zakresie zapewnienia warunków organizacyjno-prawnych funkcjonowania uczelni oraz nadzoru nad zgodnym z prawem działaniem uczelni. Ministerstwo Edukacji i Nauki dysponuje m.in. budżetem na naukę i szkolnictwo wyższe ustalonym corocznie przez Radę Ministrów. Z tych środków jest finansowana m.in. działalność statutowa, stypendia naukowe czy pomoc materialna.

W kontekście rehabilitacji Ministerstwo Edukacji i Nauki w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia nadzoruje kierunki studiów (w zakresie fizjoterapii, logopedii, terapii zajęciowej i psychologii), tytuły zawodowe, dyplomy ukończenia studiów i świadectwa ukończenia studiów podyplomowych.

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego zostało utworzone w 1971 roku jako niezależna instytucja badawcza i dydaktyczna, posiadająca własny statut oraz prawo do nadawania stopni naukowych. Centrum powierzono prowadzenie, planowanie i organizowanie kształcenia podyplomowego w zakresie ochrony zdrowia dla specjalistów z wyższym wykształceniem. Współpracuje także z uczelniami medycznymi, Polską Akademią Nauk, instytutami badawczymi oraz konsultantami krajowymi w różnych dziedzinach. Celem Centrum jest przygotowanie wysoko wykwalifikowanej kadry do pracy w systemie ochrony zdrowia (21).

Uczelnie w Polsce są klasyfikowane jako państwowe (publiczne) lub prywatne (niepubliczne) oraz jako akademickie lub zawodowe. Sektor publiczny finansuje 79% całkowitych wydatków na instytucje szkolnictwa wyższego w kraju, a około 75% studentów studiów licencjackich kształci się w instytucjach publicznych (22). Polska Komisja Akredytacyjna (PKA) jest niezależną, zewnętrzną instytucją działającą na rzecz zapewnienia i doskonalenia jakości prowadzonego przez uczelnie kształcenia. Odgrywa znaczącą rolę w polskim systemie szkolnictwa wyższego. Działania PKA mają przede wszystkim na celu wspomaganie uczelni w procesie doskonalenia jakości kształcenia oraz w tworzeniu polityki jakości, m.in. poprzez dostarczanie analiz i wniosków dotyczących funkcjonowania poszczególnych elementów procesu kształcenia ze wskazaniem kierunku działań naprawczych. Jawność i przejrzystość stosowanych przez PKA procedur, ugruntowuje jej niekwestionowaną pozycję w systemie zapewnienia jakości kształcenia. Ewaluacja jakości kształcenia na kierunkach studiów dokonywana jest przez PKA w formie oceny programowej. Wskaźnik osób z wykształceniem wyższym magisterskim jest znacznie wyższy niż średnia Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD); siedem na dziesięć osób dorosłych z wykształceniem wyższym posiada tytuł magistra. Niewiele osób (0,6%) podejmuje studia doktoranckie. Większość polskich studentów stara się zdobyć kwalifikacje w kraju, a tylko około 2% studiuje za granicą. Studenci zagraniczni, głównie z europejskich krajów nienależących do OECD, stanowią 4% studentów szkół wyższych (22).

Względne zarobki osób z tytułem magistra w porównaniu z osobami z tytułem licencjata są niższe niż w większości krajów, choć wskaźniki zatrudnienia są bardzo wysokie. Ochrona zdrowia i opieka społeczna, a także inżynieria, produkcja i budownictwo oraz technologie informacyjne i komunikacyjne oferują wskaźniki zatrudnienia powyżej 90%. Zatrudnienie i zarobki nie są jednak równe dla obu płci. Więcej kobiet niż mężczyzn posiada wykształcenie wyższe, w tym w dziedzinie ochrony zdrowia i opieki społecznej, gdzie 74% i 64% osób rozpoczynających studia licencjackie i magisterskie to kobiety. Mimo to poziom zatrudnienia kobiet jest stale niższy, a kobiety zarabiają mniej. Różnica w zarobkach pogłębia się wraz z poziomem wykształcenia; kobiety z wykształceniem wyższym zarabiają 71% tego, co mężczyźni (22).





## 2. Metodologia

## 2.1 Proces

W ocenie wykorzystano narzędzia i procesy określone w *Guide for Rehabilitation Workforce Evaluation* (GROWE) [Przewodniku WHO oceny pracowników sektora rehabilitacji] i przeprowadzono ją w okresie od sierpnia 2021 roku (rozpoczęcie oceny) do lutego 2022 roku (opracowanie zaleceń i wniosków) (23). Proces dochodzenia od oceny do wdrożenia planu działania obejmuje cztery etapy, które łącznie składają się z 10 kroków (Ryc. 2). Proces opiera się na gromadzeniu danych na podstawie dokumentów, opracowywaniu danych na podstawie konsensusu i warsztatach dla zainteresowanych stron oraz wywiadach z kluczowymi informatorami. Wykorzystanie zarówno danych jakościowych, jak i ilościowych umożliwia lepsze zrozumienie sytuacji pracowników sektora rehabilitacji oraz czynników leżących u jej podstaw.

Ryc. 2. Omówienie procesu GROWE



Źródło: Guide for Rehabilitation Workforce Evaluation (GROWE) [Przewodnik WHO oceny pracowników sektora rehabilitacji]

## 2.2 Zaangażowanie zainteresowanych stron

Ocena miała charakter wysoce partycypacyjny i opierała się na wkładzie zainteresowanych stron z sektora zdrowia, oświaty i pracy. Wśród zainteresowanych stron byli pracownicy sektora rehabilitacji z różnych grup zawodowych objętych oceną, przedstawiciele ministerstw, krajowych stowarzyszeń zawodowych, instytucji szkolnictwa i WHO (biuro WHO w Polsce oraz centrala WHO). Zainteresowane strony zostały wskazane przez osobę odpowiedzialną za projekt GROWE, a przedstawiciele każdej grupy zawodowej zostali wyznaczeni przez odpowiednie krajowe stowarzyszenie zawodowe.

Zainteresowane strony zostały zaangażowane za pomocą mechanizmów wymienionych poniżej.

- **Warsztaty** służyły do informowania zainteresowanych stron, podnoszenia kwestii problemowych i prowadzenia dyskusji.
- Przeprowadzono **wywiady z kluczowymi informatorami** w celu uzyskania opinii odpowiednich ekspertów.
- **Ćwiczenia z analizy grupowej** zostały przeprowadzone przez grupę zadaniową ds. pracowników sektora rehabilitacji (RWTT) (patrz wyjaśnienie poniżej).
- Projekt niniejszego raportu został poddany **recenzji** przez wszystkie zainteresowane strony.

Pracownicy sektora rehabilitacji z grup zawodowych objętych oceną zostali zorganizowani w RWTT. Grupa RWTT składała się z od trzech do pięciu członków z każdego zawodu którzy pracowali w swoich grupach zawodowych w celu wykonania ćwiczeń analitycznych. Zostały one wykorzystane w ramach oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników, analizie potrzeb i analizie kompetencji. Członków RWTT oraz wszystkie osoby, które wniosły wkład w ocenę, wymieniono w Podziękowaniach.

## 2.3 Sprawdzanie poprawności danych

Chociaż zawsze szukano wiarygodnych źródeł danych, zdarzały się rozbieżności między źródłami, zwłaszcza gdy dane były podawane przez różnych ekspertów. Można się było spodziewać tych rozbieżności, biorąc pod uwagę fakt, że systematycznie gromadzona i publikowana jest jedynie niewielka ilość informacji o pracownikach sektora rehabilitacji. Proces sprawdzania poprawności danych obejmował przedstawienie ustaleń zainteresowanym stronom w ramach warsztatów oraz poprzez weryfikację niniejszego raportu, a także identyfikację i omówienie potencjalnych nieścisłości w celu osiągnięcia konsensusu co do najdokładniejszych danych liczbowych.





### **3. Wyniki oceny pracowników sektora rehabilitacji w Polsce**

## 3.1 Omówienie uwzględnionych pracowników sektora rehabilitacji

Definicje grup zawodowych uwzględnionych w tej ocenie znajdują się w poniższych rozdziałach. Opisano status ich uznania i kwalifikacji oraz przedstawiono ich organizacje zawodowe.

### 3.1.1 Terapeuci zajęciowi

W Polsce terapeuci zajęciowi są obecnie klasyfikowani jako pomocniczy personel medyczny. Mają potencjał do pracy w placówkach ochrony zdrowia i edukacyjnych zarówno z dorosłymi, jak i dziećmi, aczkolwiek terapeuci zajęciowi w Polsce nie pracują obecnie w placówkach edukacyjnych. Terapeuci zajęciowi dążą do maksymalnego usprawnienia funkcjonowania i zwiększenia niezależności danej osoby, m.in. poprzez modyfikacje w domu, zapewnienie i szkolenie w zakresie korzystania z produktów pomocniczych, szkolenia i wsparcie w wykonywaniu codziennych czynności oraz uczestnictwie w czynnościach związanych z pracą i nauką. Zawód terapeuty zajęciowego nie jest formalnie regulowany, a absolwenci studiów licencjackich w zakresie terapii zajęciowej są dopuszczani do wykonywania zawodu bez dodatkowych procedur weryfikacyjnych. Jednak w tym roku opublikowano projekt ustawy regulującej „inne zawody medyczne”, w tym terapeutów zajęciowych. Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Zajęciowych powstało w 2016 roku, aby wspierać rozwój zawodu i badań naukowych w tym zakresie (24).

### 3.1.2 Fizjoterapeuci

Fizjoterapeuci są najbardziej uznaną grupą zawodową wśród pracowników sektora rehabilitacji w Polsce. Fizjoterapeuci są klasyfikowani jako niezależny zawód medyczny i podlegają regulacji na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, która określa zasady dotyczące kodeksu postępowania, prawa wykonywania zawodu, edukacji, kształcenia podyplomowego oraz odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów (25). Ustawa określa ponadto organizację i zadania naczelnej organizacji zrzeszającej fizjoterapeutów - KIF oraz prawa i obowiązki jej członków. KIF powstała w grudniu 2016 roku, a profesjonalny rejestr został uruchomiony w kolejnym roku. Od czerwca 2018 roku wykonywanie zawodu fizjoterapeuty bez rejestracji jest nielegalne (26).

### 3.1.3 Protetycy i ortotycy

Protetycy i ortotycy nie są w Polsce uznawani ani klasyfikowani jako zawody medyczne. Z reguły usługi w zakresie protetyki i ortotyki są świadczone przez fizjoterapeutów, inżynierów biomedycznych, techników ortopedycznych, a także niewielką liczbę lekarzy i pielęgniarek, którzy nabyli odpowiednie doświadczenie określone przepisami prawa. Po zdobyciu wymaganych prawem kompetencji nabywają uprawnienia do świadczeń w zakresie realizacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, finansowanych ze środków publicznych. Polskie Towarzystwo Ortotyki i Protetyki Narządu Ruchu (PTOiPr) zostało założone w 2002 roku przez członków założycieli z dziedziny ortopedii, chirurgii, fizjoterapii oraz innych osób zajmujących się wyrobami wspomagającymi (27).

### 3.1.4 Psychologowie kliniczni

Psychologowie są zaliczani do specjalistów w dziedzinie nauk społecznych. Nie ma uznanej specjalizacji związanej z rehabilitacją – psychologia zdrowia i psychologia kliniczna są uwzględniane w programach nauczania psychologii na studiach, a psychologia kliniczna jest dostępna jako specjalizacja podyplomowa. Tytuł psychologa klinicznego (konkretnie „specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej”) nie jest obecnie prawnie chroniony i jego używanie nie podlega ścisłej kontroli, ale trwają prace nad nowymi przepisami prawnymi dotyczącymi jego ochrony. Aby świadczyć usługi, psychologowie muszą posiadać tytuł magistra, choć nie jest to równoznaczne ze specjalizacją. Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP) zostało założone w 1949 roku przez grupę profesorów uniwersyteckich (28).

### 3.1.5 Lekarze specjalści rehabilitacji medycznej

Rehabilitacja medyczna to specjalizacja lekarska zajmująca się oceną, diagnozą i leczeniem (w tym farmakologicznym) osób z ograniczeniami funkcjonowania związanymi z chorobą lub urazem. Specjaliści w dziedzinie rehabilitacji medycznej uczestniczą we wszystkich etapach rehabilitacji i odzyskiwania zdrowia. Zajmują się prowadzeniem pacjentów, w tym przypadkami wymagającymi interwencji różnych specjalistów. Rehabilitacja medyczna jest dobrze uregulowaną przepisami prawnymi dziedziną medycyny, a tytuł specjalisty rehabilitacji medycznej zarezerwowany jest dla lekarzy, którzy spełnili określone wymagania, odbyli 5-letnie szkolenie specjalizacyjne oraz zaliczyli Państwowy Egzamin Specjalizacyjny, lub odbyli 3-letnie szkolenie specjalizacyjne w przypadku lekarzy posiadających I lub II stopień innej specjalizacji. Wszyscy lekarze specjaliści są zobowiązani do zarejestrowania się w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów prowadzonym przez Naczelną Izbę Lekarską. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej są reprezentowani przez Polskie Towarzystwo Rehabilitacji, założone w 1989 roku, jednak organizacja ta nie ogranicza się do lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej i może do niej przystąpić każda osoba zainteresowana rehabilitacją (29). Minister Zdrowia powołuje do pełnienia nadzoru specjalistycznego Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej, a wojewodowie w porozumieniu z Ministrem Zdrowia powołują konsultantów wojewódzkich w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Kadencja konsultanta trwa 5 lat. Konsultanci wykonują zadania opiniodawcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej oraz innych podmiotów i instytucji, a także prowadzą nadzór nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy.

### 3.1.6 Logopedzi

Logopedzi są klasyfikowani jako specjaliści w sektorze opieki zdrowotnej, a logopedia jest szeroko rozumiana jako zawód medyczny, chociaż większość logopedów pracuje w sektorze oświaty. Logopedzi zajmują się diagnozowaniem, rozwijaniem i korygowaniem zaburzeń mowy i języka u osób w każdym wieku. Osoby posiadające odpowiednią specjalizację zajmują się również zaburzeniami połykania (dysfagia). Za logopedów uważa się osoby, które ukończyły studia licencjackie lub magisterskie w zakresie logopedii (obejmujące co najmniej 800 godzin zajęć) lub zdobyły kwalifikacje podyplomowe w zakresie logopedii (obejmujące co najmniej 600 godzin zajęć). Istnieje kilka kierunków studiów w zakresie logopedii, na przykład programy specjalistyczne takie jak:

- pedagogika specjalna ze specjalizacją logopedyczną;
- logopedia ogólna i kliniczna;
- logopedia z audiologią lub studia pedagogiczne, psychologiczne lub medyczne, a następnie studia podyplomowe w zakresie logopedii.

Obecnie nie ma ustawy regulującej ten zawód, ale w opublikowanym w tym roku projekcie ustawy regulującej „inne zawody medyczne” uwzględniono logopedów. Polski Związek Logopedów został zarejestrowany w 1999 roku i jest ogólnopolskim związkiem zawodowym zrzeszającym logopedów pracujących w publicznych i niepublicznych placówkach oświatowych, kulturalnych, w ochronie zdrowia jak i w gabinetach prywatnych (30).

## 3.2 Zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji

Trendy demograficzne i epidemiologiczne w Polsce wskazują na znaczne zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji, w tym na potrzeby wielu osób z niepełnosprawnością, które są bardziej narażone na doświadczanie wykluczenia, dyskryminacji i łamania praw człowieka. Zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji można mierzyć albo według potrzeb społeczeństwa (liczba osób wymagających rehabilitacji), albo według potrzeb jednostek systemu ochrony zdrowia i innych systemów wykorzystujących pracowników sektora rehabilitacji (tzn. liczba miejsc pracy w sektorze rehabilitacji, które należy obsadzić). Tabela 1 opisuje poszczególne podejścia i ich zastosowanie. Należy pamiętać, że istnieją dodatkowe metody, takie jak normatywne współczynniki populacji w przeliczeniu na świadczeniodawców, które nie zostały tu opisane.

**Tabela 1. Szacowanie zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji w oparciu o wielkość populacji i świadczenia**

Podejście	Opis	Zastosowanie	Uwagi
<b>Potrzeby populacji</b>	Wskazuje, ilu pracowników sektora rehabilitacji (z różnych grup zawodowych) będzie potrzebnych, aby zaspokoić potrzeby populacji w zależności od częstości występowania problemów zdrowotnych oraz przewidywanego czasu niezbędnego do zapewnienia opieki.	Stanowi punkt odniesienia dla oceny stopnia zaspokojenia potrzeb populacji przez pracowników oraz określa liczbę stanowisk rehabilitacyjnych, które powinny istnieć, aby jak najlepiej zaspokoić potrzeby populacji.	Potrzeby populacji będą zazwyczaj znacznie wyższe niż potrzeby systemu ochrony zdrowia i nie powinny być brane pod uwagę w oderwaniu od planowania liczby pracowników.
<b>Potrzeby w zakresie usług</b>	Odzwierciedla liczbę i strukturę pracowników sektora rehabilitacji potrzebnych do świadczenia usług w ramach systemu ochrony zdrowia i innych systemów (publicznych i prywatnych).	Wskazuje zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji, co może być podstawą do podejmowania decyzji o zwiększeniu, utrzymaniu lub zmniejszeniu ich podaży w celu zminimalizowania bezrobocia i stworzenia środowiska konkurencyjnego pod względem zawodowym.	Ograniczenia budżetowe, świadomość zawodów i ich wartość sprawiają, że szacunki będą niższe niż te, które byłyby potrzebne do zaspokojenia potrzeb populacji.

W ramach oceny oszacowano zapotrzebowanie populacji na pracowników sektora rehabilitacji na podstawie próby 24 problemów zdrowotnych, które łącznie reprezentują różne schorzenia wymagające szeregu kompetencji w zakresie rehabilitacji. Wyniki analizy potrzeb służą jako przybliżony miernik potencjału Polski w zakresie zaspokajania potrzeb rehabilitacyjnych społeczeństwa i mogą być podstawą do podejmowania decyzji dotyczących inwestycji w tworzenie miejsc pracy w sektorze rehabilitacji w ramach opieki zdrowotnej i innych świadczeń. Co ważne, wyniki te nie powinny być wykorzystywane do podejmowania decyzji dotyczących podaży pracowników sektora rehabilitacji bez uwzględnienia obecnego i przewidywanego poziomu bezrobocia/zatrudnienia oraz potrzeb związanych z usługami. W niniejszej ocenie nie analizowano zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji w zależności od usług, ponieważ można je skuteczniej określić w kontekście szerszej analizy zapotrzebowania na pracowników ochrony zdrowia, a ponadto zwykle słabo uwzględniają one potrzeby usług rehabilitacyjnych świadczonych na szczeblu lokalnym, które zaspokajają znaczną część potrzeb populacji.



### 3.2.1 Metody zastosowane do przeprowadzenia analizy potrzeb

Populacyjna analiza potrzeb została przeprowadzona przy użyciu narzędzi GROWE. Wykorzystano w niej następujące dane:

- a. Dane dotyczące liczby ludności (dane ONZ).
- b. Częstość występowania lub zapadalność (odpowiednio) na każdy problem zdrowotny uwzględniony w ocenie (przy użyciu danych z Institute of Health Metrics and Evaluation [Instytutu Metryki i Oceny Zdrowia] (31)).
- c. Szacowany odsetek osób z każdym problemem zdrowotnym uwzględnionym w ewaluacji, które wymagałyby rehabilitacji, z każdej grupy zawodowej, w stosownych przypadkach z podziałem na stopień ciężkości (umiarkowany lub ciężki).
- d. Szacowany czas potrzebny do przeprowadzenia rehabilitacji osoby z każdym problemem zdrowotnym objętym oceną w ciągu roku dla każdej grupy zawodowej, z podziałem na placówki (szpitalne lub ambulatoryjne/środowiskowe) i stopień ciężkości, jeśli dotyczy.
- e. Szacowany czas niezwiązany z zabiegami (taki jak czas poświęcony na administrację, nauczanie, uczenie się i badania) potrzebny pracownikom sektora rehabilitacji dla każdej grupy zawodowej.

Punkty danych c–e zostały wygenerowane na podstawie oszacowań RWTT. Szacunki te odzwierciedlały rzeczywiste potrzeby, a nie aktualne praktyki, tzn. sytuację idealną, a nie rzeczywistość. Członkowie RWTT zostali poproszeni o uwzględnienie kontekstu polskiego systemu ochrony zdrowia i modeli świadczenia usług przy opracowywaniu szacunków. Szacunki dotyczące ekwiwalentu pełnego etatu (FTE) zostały obliczone przy założeniu, że FTE odpowiada 8 godzinom dziennie, 5 dniom w tygodniu, przez 46 tygodni w roku, co odpowiada 1840 godzinom pracy. Wzór użyty do wyliczenia FTE dla każdej grupy zawodowej został sformułowany w następujący sposób:

$$\text{FTE} = \frac{\text{całkowity roczny czas kliniczny (w godzinach)}}{(1840 \text{ godzin} - \text{czas niezwiązany z zabiegami (w godzinach)})}$$

Wyniki analizy potrzeb stanowią cenną wskazówkę dotyczącą pracowników w przeliczeniu na pełne etaty, do których zatrudnienia kraj powinien dążyć, i sugerują, że obecnie brakuje pracowników we wszystkich grupach zawodowych; dane te należy jednak interpretować ostrożnie ze względu na ograniczenia metodologiczne:

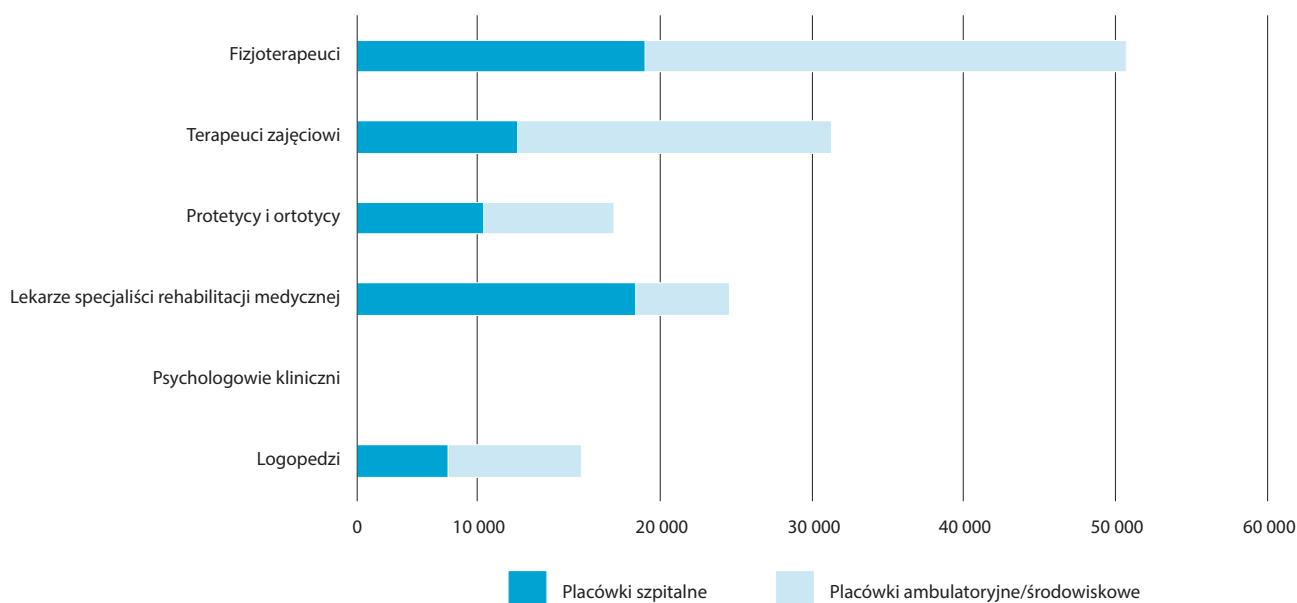
- Analiza potrzeb została przeprowadzona na próbie pracowników z każdej grupy zawodowej. Chociaż dołożono starań, aby próba obejmowała pewną różnorodność środowisk zawodowych, istnieje ryzyko, że pracownicy mogli niedokładnie oszacować czas potrzebny na zaspokojenie potrzeb rehabilitacyjnych związanych ze wszystkimi problemami zdrowotnymi i placówkami.
- Analiza potrzeb opiera się jedynie na czasie potrzebnym do przeprowadzenia rehabilitacji dla przykładowych problemów zdrowotnych. Oznacza to, że wyniki te będą niedoszacowane w stosunku do rzeczywistej liczby potrzebnych pracowników w przeliczeniu na pełne etaty.

### 3.2.2 Wyniki analizy potrzeb

Całkowite szacunkowe zapotrzebowanie na pełne etaty przedstawiono na Ryc. 3. Ponieważ w analizie potrzeb wykorzystano tylko wybrany zakres problemów zdrowotnych, liczby przedstawione na Ryc. 3 są zaniżone. Nie uwzględniono, na przykład, takich przypadków jak długi COVID z powodu niepewności co do średnio- i długoterminowej częstości występowania lub stanu zdrowia oraz wynikających z tego wyzwań związanych z szacowaniem zapotrzebowania na czas pracy pracowników ze względu na różnorodność sytuacji pacjentów. Nie uwzględniono również dodatkowych potrzeb związanych z napływem uchodźców.

Tabela 2 pokazuje liczbę potrzebnych pracowników w przeliczeniu na pełne etaty (FTE) na 10 000 mieszkańców i porównuje ją z obecną obsadą pracowników w krajach uznawanych za posiadające dobrze rozwinięte zasoby pracowników sektora rehabilitacji. Należy zauważyć, że chociaż kraje porównawcze mają ustaloną liczbę pracowników, to niekoniecznie zaspokajają one wszystkie potrzeby populacji i kraje te nie mają odzwierciedlać doskonałego standardu dyspozycyjności pracowników rehabilitacji. W rzeczywistości w tych krajach występują znaczne niedobory w niektórych grupach zawodowych, takich jak protetycy i ortotycy (32). Mimo to porównanie liczby pracowników sektora rehabilitacji potrzebnych w Polsce z liczbą pracowników w innych krajach pokazuje, że chociaż w większości grup zawodowych liczba ta znacznie przewyższa obecną dostępność, to szacowane zapotrzebowanie na pełne etaty jest stosunkowo zbliżone do zapotrzebowania w innych krajach o wysokich dochodach. Różnice mogą wynikać z różnic w zakresie praktyki lub modeli opieki między poszczególnymi krajami. Na przykład, ze względu na sposób kształcenia protetyków i ortotyków w Polsce, mają oni szerszy zakres praktyki niż w innych krajach. Zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej zależy od tego, jak bardzo inne specjalizacje medyczne, takie jak chirurdzy ortopedzi, reumatolodzy lub neurologi, są zaangażowane w rehabilitację i prowadzenie pacjentów.

**Ryc. 3. FTE każdej grupy zawodowej sektora rehabilitacji niezbędnej do zaspokojenia potrzeb wynikających z wybranych problemów zdrowotnych, z rozbiem na lokalizacje**



*Uwaga:* Wybrane problemy zdrowotne obejmują nowotwory, zawał mięśnia sercowego, niewydolność serca, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, zaburzenia ze spektrum autyzmu, wady cewy nerwowej, niepełnosprawność intelektualną rozwojową, mózgowie porażenie dziecięce, schizofrenię, zaburzenia słuchu, zespół Guillaina-Barrégo, choroby neuronu ruchowego, stwardnienie rozsiane, chorobę Parkinsona, uszkodzenie rdzenia kręgowego, chorobę Alzheimera i inne demencje, urazowe uszkodzenie mózgu, udar mózgu, reumatoidalne zapalenie stawów, amputacje, chorobę zwyrodnieniową stawów, złamania, ból szyi i ból dolnego odcinka kręgosłupa.

**Tabela 2. Liczba pracowników na 10 000 mieszkańców potrzebnych w Polsce na podstawie analizy w porównaniu z krajami o ugruntowanej pozycji pracowników sektora rehabilitacji<sup>a</sup>**

GRUPA ZAWODOWA	Poziom obsady potrzebny w Polsce <sup>b</sup>	Bieżący poziom obsady w krajach porównywanych		
		Australia	Wielka Brytania	Kanada
Fizjoterapeuci	13,33	13,56	11,6	14,74
Terapeuci zajęciowi	8,22	9,28	6,10	5,08
Protetycy i ortotycy	4,46	0,32	0,18	0,11
Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej	5,93	Brak danych	Brak danych	Brak danych
Logopedzi	3,88	3,3	2,98	1,58

<sup>a</sup>Analiza potrzeb nie została przeprowadzona dla psychologów klinicznych.

<sup>b</sup>Liczba ta jest niedoszacowana w stosunku do rzeczywistych etatów potrzebnych do zaspokojenia wszystkich potrzeb ludności, uwzględnienia zatrudnienia w niepełnym wymiarze godzin, urlopów pracowników lub innych nieobecności, a także ról wykraczających poza opiekę kliniczną.

Gdy porówna się potrzeby populacji z obecną dyspozycyjnością, (określoną przez liczbę pracowników zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej (patrz rozdział 3.3)), widać wyraźnie, że w Polsce istnieją znaczne niezaspokojone potrzeby w zakresie rehabilitacji we wszystkich grupach zawodowych uwzględnionych w niniejszej ocenie.

Największe niezaspokojone potrzeby związane są z terapeutami zajęciowymi oraz lekarzami specjalistami rehabilitacji medycznej, gdzie obecnie brakuje odpowiednio ponad 23 301 i 22 519 pracowników w przeliczeniu na pełne etaty.

Polska ma dobre warunki do rehabilitacji stacjonarnej, dzięki czemu osoby, które w przeciwnym razie zostałyby przedwcześnie wypisane, mogą kontynuować intensywną rehabilitację, czasami przez wiele tygodni. Jednakże, jak widać w Tabeli 3, zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji we wszystkich zawodach jest największe w placówkach ambulatoryjnych i środowiskowych, a zapotrzebowanie na usługi w tych placówkach ma wzrosnąć, co sugeruje, że do tych placówek należy oddelegować większą liczbę pracowników sektora rehabilitacji, oraz że istnieje większa potrzeba inwestowania w miejsca pracy dla pracowników sektora rehabilitacji w placówkach ambulatoryjnych i środowiskowych.

Rozkład potrzeb rehabilitacyjnych w różnych środowiskach odzwierciedla zarówno potrzebę rehabilitacji w fazie ostrej, jak i potrzebę kontynuacji w fazie późniejszej i opieki długoterminowej. Wynika z niej również, że nie wszystkie osoby wymagające rehabilitacji wymagają opieki w warunkach szpitalnych; wiele schorzeń przewlekłych, układu mięśniowo-szkieletowego, dziecięcych lub rozwojowych nie wymaga hospitalizacji. Podobnie osoby cierpiące na choroby zwyrodnieniowe mogą wymagać hospitalizacji tylko w zaawansowanych stadiach choroby, jeśli w ogóle.

**Tabela 3. Zapotrzebowanie na pełne etaty według placówki i bieżącego pokrycia<sup>a</sup>**

GRUPA ZAWODOWA	Wymagane FTE			Bieżący niedobór		Bieżące pokrycie zapotrzebowania (% zapotrzebowania na zatrudnienie)
	Placówki szpitalne	Placówki ambulatoryjne i środowiskowe	Suma	Na podstawie podaży	Na podstawie zatrudnienia	
Fizjoterapeuci	18 982	31 732	50 714	0	7534	85
Terapeuci zajęciowi	10 634	20 667	31 301	23 301	28 904	7.7
Protetycy i ortotycy	8348	8610	16 958	16 809	16 893	0.4
Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej	18 343	6237	24 580	22 519	19 890	10.7
Logopedzi	5990	8794	14 785	12 885	Brak danych <sup>b</sup>	–

<sup>a</sup>Analiza potrzeb nie została przeprowadzona dla psychologów klinicznych.

<sup>b</sup>Dla logopedów nie są dostępne dane dotyczące zatrudnienia w sektorze prywatnym.

Załącznik 1 przedstawia rozkład FTE dla każdej grupy zawodowej w zakresie wybranych problemów zdrowotnych uwzględnionych w analizie potrzeb. Podział ten odzwierciedla zarówno liczbę godzin potrzebnych do zapewnienia opieki rehabilitacyjnej, jak i powszechność lub częstość występowania danego problemu zdrowotnego w Polsce. Mózgowe porażenie dziecięce, zaburzenia ze spektrum autyzmu i choroby układu mięśniowo-szkieletowego pochłaniają najwięcej czasu pracowników rehabilitacji, natomiast opieka rehabilitacyjna wymagana w przypadku osób po udarze mózgu i urazie mózgu również pochłania znaczną ilość czasu fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych w porównaniu z innymi problemami zdrowotnymi. Zaburzenia słuchu zajmują większość czasu pracy logopedów, protetyków i ortotyków. Chociaż liczby te wskazują, gdzie leży większość potrzeb (oraz niezaspokojonych potrzeb), należy zauważyć, że większość pracowników sektora rehabilitacji zajmuje się potrzebami osób z różnymi problemami zdrowotnymi, a często także z wieloma chorobami.

### 3.3 Dyspozycyjność pracowników sektora rehabilitacji

W kontekście niniejszego raportu dyspozycyjność pracowników sektora rehabilitacji odnosi się do osób zatrudnionych w usługach, a więc dyspozycyjnych w celu świadczenia opieki. Wpływ na to ma podaż i popyt na pracowników, które są z kolei kształtowane przez szereg czynników, takich jak napływ i odpływ pracowników, a także rekrutacja i utrzymywanie pracowników. Dyspozycyjność jest także funkcją wydajności, ponieważ wydajność pracowników oraz to, jak efektywnie zadania są rozdzielane lub dzielone wśród pracowników, wpływa na czas potrzebny pracownikom. Każda z tych zmiennych dyspozycyjności oraz czynniki leżące u ich podstaw zostały kolejno przeanalizowane.

#### 3.3.1 Podaż

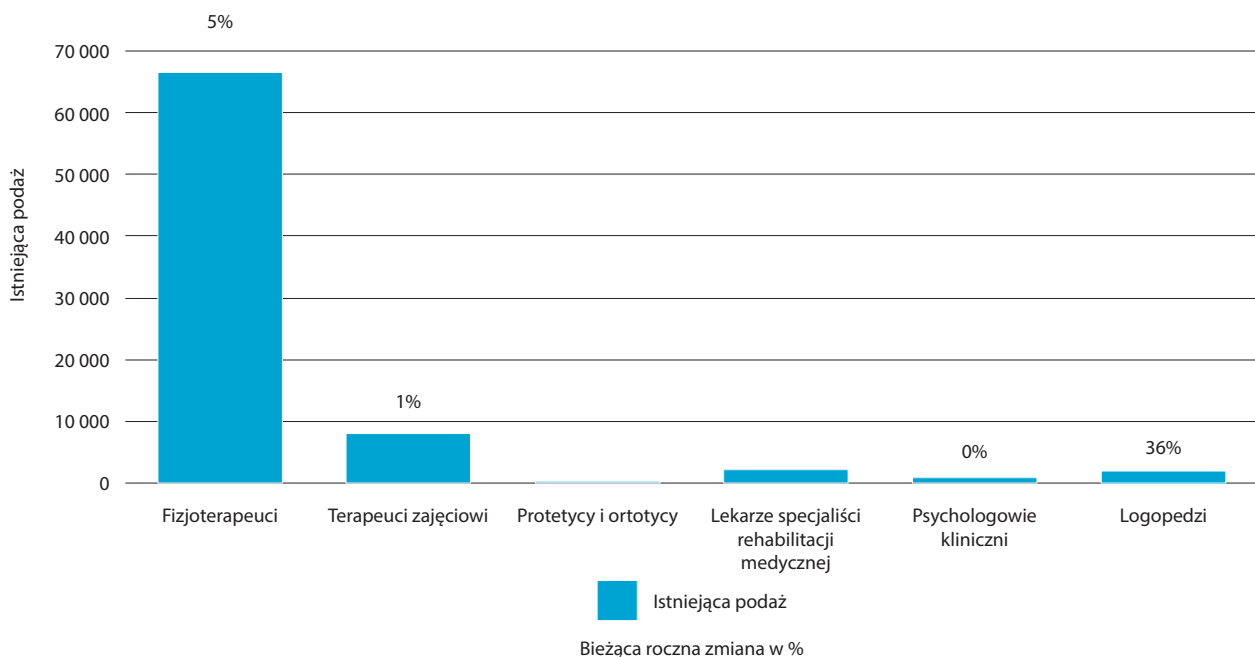
Podaż odnosi się do liczby pracowników sektora rehabilitacji, którzy są dyspozycyjni i chętni do pracy, bez względu na to, czy są aktualnie zatrudnieni, czy nie (podaż można również określić jako „pulę” pracowników). Podaż jest określana przez napływ i odpływ pracowników z rynku pracy. Napływ jest napędzany przez pojawienie się nowych pracowników, którzy kończą studia na krajowych i międzynarodowych uczelniach, a także pracowników imigrujących z zagranicy. Odpływ może być spowodowany np. przejściem pracowników na emeryturę, emigracją lub zmianą ścieżki kariery.

Podaż fizjoterapeutów, odpowiadająca współczynnikowi 17,53 pracowników na 3000 mieszkańców, jest znacznie większa niż innych grup zawodowych związanych z rehabilitacją, nawet liczonych łącznie (Ryc. 4). Jest to zgodne z tym, co zwykle obserwuje się w krajach, w których rozwija się kadra rehabilitacyjna; rola i korzyści płynące z fizjoterapii są lepiej rozumiane przez decydentów i społeczeństwo w porównaniu z innymi grupami zawodowymi i więcej inwestuje się w rozwój tego zawodu. Nawet jak na międzynarodowe standardy, podaż fizjoterapeutów w Polsce jest wysoka; dla porównania w Australii i Kanadzie wskaźnik ten wynosi odpowiednio 11,54 i 5,26 fizjoterapeuty na 10 000 mieszkańców. Należy podkreślić, że podaż fizjoterapeutów nie jest równoznaczna z ich dyspozycyjnością na rynku pracy w ochronie zdrowia, gdyż o tym decyduje zapotrzebowanie na nich i ich absorpcja (patrz rozdziały 3.3. oraz 3.3.2).

Liczba terapeutów zajęciowych, protetyków i ortotyków, lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, psychologów klinicznych oraz logopedów jest bardzo niska w porównaniu z innymi krajami o wysokich dochodach, w których istnieje wykwalifikowana kadra sektora rehabilitacji. Na przykład wskaźnik liczby terapeutów zajęciowych w Australii i Kanadzie wynosi odpowiednio 8,46 i 5,53 na 10 000 osób, podczas gdy w Polsce wynosi on 2,11, a wskaźnik liczby protetyków i ortotyków wynosi odpowiednio 0,17 i 0,16 na 10 000 osób w Australii i Kanadzie, podczas gdy w Polsce wynosi on 0,04. Odzwierciedla to znaczne ukierunkowanie inwestycji i działań na rzecz rozwoju grup zawodowych zajmujących się rehabilitacją na fizjoterapię, która, choć wnosi istotny wkład w zdrowie populacji, reprezentuje jedynie część kompetencji w zakresie rehabilitacji wymaganych do zaspokojenia spektrum jej potrzeb.

Wśród pracowników rehabilitacji przeważają kobiety - stanowią one 76% wszystkich zatrudnionych w tej dziedzinie (z wyłączeniem psychologów klinicznych, dla których dane z podziałem na płeć nie są dostępne) (Tabela 4). Wyjątkiem są protetycy i ortotycy, wśród których mężczyźni stanowią 82%, chociaż stanowią oni obecnie tylko 0,19% pracowników sektora rehabilitacji.

**Ryc. 4. Podaż pracowników sektora rehabilitacji w 2021 roku i wartość procentowa rocznej zmiany w stosunku do podaży sprzed 5 lat**



**Tabela 4. Liczba pracowników sektora rehabilitacji w 2021 roku, z podziałem na płeć**

GRUPA ZAWODOWA	Całkowita podaż	Kobiety (%)	Mężczyźni
Fizjoterapeuci	66 536 <sup>a</sup>	73	27
Terapeuci zajęciowi	8000 <sup>b</sup>	95	5
Protetycy i ortotycy	149 <sup>b</sup>	18	82
Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej	2061	70	30
Psychologowie kliniczni	938 <sup>b,c</sup>	Brak danych	Brak danych
Logopedzi	2752 <sup>d</sup>	95	5

<sup>a</sup>Obejmuje fizjoterapeutów pracujących lub chcących pracować w Polsce. Nie obejmuje osób przebywających na długotrwałym urlopie (w tym macierzyńskim), osób pracujących za granicą oraz osób, które przerwały pracę w celu kontynuacji nauki. Osoby te stanowią dodatkowo 5128 fizjoterapeutów.

<sup>b</sup>Nie ma oficjalnego rejestru dla tych grup zawodowych. Podane liczby są szacunkami opracowanymi przez RWTT.

<sup>c</sup>Liczba ta jest zaniżona i dotyczy tylko osób, które uzyskały dyplom specjalizacyjny w Centrum Egzaminów Medycznych w latach 2007-2020. Specjalizacja ta nie była oferowana w latach 2001-2007, a dane z okresu między czasem rozpoczęcia specjalizacji w latach 80. a rokiem 2001 nie są dostępne.

<sup>d</sup>Liczba ta oparta jest na liczbie unikalnych numerów PESEL dla logopedów zatrudnionych w ramach umów zawartych z NFZ. Biorąc pod uwagę, że nie wszyscy logopedzi pracują w ramach NFZ, rzeczywista podaż prawdopodobnie będzie wyższa niż ta szacunkowa liczba.

### 3.3.1.1 Napływ

Napływ pracowników sektora rehabilitacji w Polsce jest napędzany prawie wyłącznie przez szkoły krajowe, tj. są to absolwenci polskich uczelni. Bardzo rzadko zdarza się, aby studenci wyjeżdżali za granicę w celu zdobycia kwalifikacji związanych z rehabilitacją, dlatego dane z polskich uczelni przedstawiają zdecydowaną większość napływu pracowników sektora rehabilitacji. Tabela 5 przedstawia liczbę aplikacji i rekrutacji na studia z zakresu rehabilitacji<sup>1</sup> i specjalizację w dziedzinie rehabilitacji medycznej w Polsce oraz zmiany, jakie zaszły w czasie. W roku akademickim 2020/21 liczba aplikacji na studia w zakresie terapii zajęciowej oraz logopedii wzrosła w porównaniu z sytuacją sprzed 5 lat. Liczba osób przyjmowanych na te kierunki studiów wzrasta, co wskazuje na rosnące możliwości instytucjonalne. Liczba aplikacji i naboru na fizjoterapię zmniejszyła się w okresie ostatnich 5 lat, co prawdopodobnie wynika z faktu, że kierunek ten został przekształcony w jednolite studia magisterskie. Z czasem kierunek stał się także bardziej konkurencyjny - w ubiegłym roku akademickim przyjęto o 14% mniej studentów niż 5 lat wcześniej.

1 Protetyka i ortotyka nie jest w Polsce kierunkiem studiów wyższych, więc została pominięta. Wykluczono również psychologię kliniczną, ponieważ nie były dostępne niezbędne dane dotyczące programów specjalizacji.

**Tabela 5. Liczba aplikacji i rekrutacji na kierunki kształcenia w zakresie rehabilitacji w Polsce, rok akademicki 2020/21**

KIERUNEK KSZTAŁCENIA	Aplikacje		Rekrutacje		Przyjęci kandydaci	
	Liczba	Procentowa zmiana w ciągu 5 lat	Liczba	Procentowa zmiana w ciągu 5 lat	%	Procentowa zmiana w ciągu 5 lat
Fizjoterapia	15 694	-19%	6385	-40%	41%	-14%
Terapia zajęciowa	685	27%	300	42%	44%	5%
Logopedia	2676	40%	947	28%	35%	-3%
Rehabilitacja medyczna (specjalizacja)	35	Brak danych	33	Brak danych	94%	Brak danych

*Uwaga:* protetyka i ortotyka nie jest w Polsce kierunkiem studiów wyższych, więc została pominięta. Wykluczono również psychologię kliniczną, ponieważ nie były dostępne niezbędne dane dotyczące programów specjalizacji.

Uczelnie prywatne mają niższe kryteria naboru niż uczelnie publiczne; zazwyczaj wymagają one od kandydatów jedynie zdania egzaminów maturalnych i wniesienia wymaganych opłat. Z kolei uczelnie publiczne wymagają zazwyczaj od kandydatów zdania określonych przedmiotów w szkole średniej (takich jak język obcy, biologia i chemia, a także osiągnięcia „progu punktowego” dla danego kierunku studiów). Tabela 6 przedstawia progi punktowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (jednej z najbardziej wymagających uczelni w Polsce) w 2021 roku dla wybranych kierunków studiów.

**Tabela 6. Progi punktowe wymagane do przyjęcia na kierunki związane z rehabilitacją i inne kierunki nauk o zdrowiu na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, 2021**

Kierunek studiów	Próg punktowy	Liczba oferowanych miejsc
Kierunek lekarski (sześćoletnie studia magisterskie)	224,0	550
Kierunek lekarsko-dentystyczny (pięcioletnie studia magisterskie)	221,6	82
Fizjoterapia (pięcioletnie studia magisterskie)	207,2	150
Logopedia (trzyletnie studia I stopnia/licencjackie)	208,0	35
Audiofonologia z protetyką słuchu (trzyletnie studia I stopnia/licencjackie)	200,2	30
Pielęgniarstwo (trzyletnie studia I stopnia / licencjackie)	159,8	300
Farmacja (pięcioletnie studia magisterskie)	124,0	190

*Źródło:* Warszawski Uniwersytet Medyczny (33).

Liczba absolwentów w Polsce jest niższa niż liczba przyjętych na studia z powodu: a) rezygnacji ze studiów; b) tego, że część przyjętych na studia stanowią studenci zagraniczni; oraz c) tego, że jeszcze nie wszystkie studia doprowadziły do wykształcenia absolwentów (Tabela 7). Najwięcej studentów zagranicznych pochodzi z Ukrainy, a w dalszej kolejności z Norwegii, Białorusi i Turcji. Liczba absolwentów wzrasta w przypadku terapii zajęciowej (wzrost o 7%) oraz logopedii (wzrost o 12%), natomiast w przypadku psychologii utrzymuje się na względnie stałym poziomie (wzrost o 1%). Liczba absolwentów fizjoterapii spadła o 12%. Spadek ten wynika z faktu, że po

zmianie standardów kwalifikacji do wykonywania zawodu, tj. wymogu ukończenia 5-letnich studiów magisterskich w dziedzinie fizjoterapii, studia na kierunku fizjoterapia stały się wyłącznie jednolitymi studiami magisterskimi.

Programy studiów psychologicznych w Polsce obejmują przedmioty przygotowujące studentów do pracy klinicznej co najmniej na poziomie podstawowym, natomiast psychologowie mogą się specjalizować w psychologii klinicznej, która jest pięcioletnią specjalizacją, realizowaną głównie w formie kursów teoretycznych, stażów klinicznych i egzaminu końcowego. Specjalizacja ta przygotowuje psychologów do pracy w sektorze opieki zdrowotnej oraz z osobami cierpiącymi na różne choroby fizyczne i psychiczne.

Rehabilitacja medyczna jest 5-letnim programem specjalizacyjnym, ale tytuł w tej dziedzinie mogą uzyskać także lekarze posiadający specjalizację lub specjalizację pierwszego stopnia z innych dziedzin, którzy ukończą trzyletni program szkolenia specjalizacyjnego. Dotyczy to chorób wewnętrznych, medycyny pracy, neurologii, ortopedii i traumatologii, pediatrii oraz medycyny sportowej. Odnotowano wyraźny spadek podaży lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej - obecnie obłożenie miejsc specjalizacyjnych wynosi 25%.

Nieznane są dane dotyczące liczby staży odbywanych w celu uzyskania kwalifikacji w zakresie protetyki i ortotyki.

**Tabela 7. Napływ pracowników sektora rehabilitacji spośród absolwentów krajowych (absolwenci lokalnych programów edukacyjnych), rok akademicki 2020/2021**

KIERUNEK KSZTAŁCENIA	Liczba oferowanych programów		Absolwenci ogółem	
	tytuł licencjata	tytuł magistra	Liczba	Procentowa zmiana w ciągu 5 lat
Fizjoterapia	Studia przerwane	67	4485 <sup>a</sup>	-12%
Terapia zajęciowa	6	1	99 <sup>a</sup>	7%
Logopedia	16	10	692 <sup>a</sup>	12%
Psychologia kliniczna (specjalizacja)	Dane niedostępne		109	1%
Rehabilitacja medyczna (specjalizacja)	Dane niedostępne		44	-21%

<sup>a</sup>Tytuły licencjata i magistra.

W roku akademickim 2020/21 imigrowało 66 fizjoterapeutów (obecnie zarejestrowanych jest 296 fizjoterapeutów z obywatelstwem innym niż polskie). Naczelna Izba Lekarska informuje również o 12 lekarzach specjalistach rehabilitacji medycznej posiadających obywatelstwo inne niż polskie. Dane dotyczące imigracji w innych zawodach związanych z rehabilitacją nie są dostępne.

### 3.3.1.2 Odpływ

Odpływ pracowników sektora rehabilitacji ma miejsce przede wszystkim wtedy, gdy fizjoterapeuci emigrują lub odchodzą z innego powodu (np. na emeryturę). Odpływ w sektorze fizjoterapii wzrósł nieproporcjonalnie w stosunku do napływu, jednak liczba fizjoterapeutów wciąż rośnie, szacuje się, że o 4,7% rocznie. Odpływ lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej jest prawdopodobnie spowodowany przechodzeniem pracowników na emeryturę, co wynika z ich profilu demograficznego chociaż niektórzy pracują do późnego wieku. Spekuluje się również, że lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej przekwalifikowują się, oraz mniej lekarzy stara się o tę specjalizację ze względu na rosnące kwalifikacje i autonomię fizjoterapeutów. Łącznym efektem napływu i odpływu jest tendencja wzrostowa liczby terapeutów zajęciowych (o 1,3% rocznie), psychologów (wzrost o 11,6% rocznie, ale dotyczy to wszystkich psychologów, nie tylko klinicznych) oraz logopedów (nieznany dokładny procent rocznego wzrostu). Protetycy i ortotocy wykazują tendencję spadkową - szacuje się, że liczba specjalistów spada o około 2% rocznie.



W ocenie pokrycia zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji, RWTT przyznał punkty za podaż w każdej grupie zawodowej. Ocena wykazała, że podaż fizjoterapeutów jest ogólnie postrzegana jako wystarczająca, ale nie jest w stanie w pełni zaspokoić potrzeb związanych z urlopami (wypoczynkowymi, naukowymi, zdrowotnymi, wychowawczymi), odpływem pracowników, odejściem na emeryturę, zmianą zawodu lub roli, tzn. podaż nie jest wystarczająca, aby zapewnić zdolności rezerwowe. Liczba terapeutów zajęciowych, logopedów i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej wskazuje, że postrzegana podaż pracowników jest w dużej mierze niewystarczająca w stosunku do potrzeb społeczeństwa, oraz że w systemie ochrony zdrowia istnieją duże braki. Psychologowie kliniczni wskazali, że podaż jest rażąco niewystarczająca w stosunku do potrzeb społeczeństwa.

### 3.3.2 Zapotrzebowanie i absorpcja

Zapotrzebowanie odnosi się do liczby stanowisk pracy w sektorze rehabilitacji, zwykle wyrażanej w przeliczeniu na pełne etaty, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Takie miejsca pracy mogą być obsadzone lub nie, ale ich liczba odzwierciedla postrzegane zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji w systemie opieki zdrowotnej (lub innym) oraz to, jak bardzo pracownicy ci są cenieni, tzn. czy finansowanie miejsc pracy dla pracowników sektora rehabilitacji jest uważane za opłacalną inwestycję w porównaniu z innymi potrzebami w zakresie finansowania opieki zdrowotnej.

Absorpcja odnosi się do zatrudnienia pracowników na stanowiskach związanych z rehabilitacją, wyrażonego jako liczba zatrudnionych pracowników lub odsetek miejsc pracy, które są zajęte. Absorpcja odzwierciedla między innymi to, jak dobrze zaspokajany jest popyt, jak skutecznie instytucje przyciągają pracowników na stanowiska (tzn. czy warunki są postrzegane jako odpowiednie) oraz podaż pracowników (tzn. czy jest wystarczająca liczba pracowników do obsadzenia miejsc pracy).

Miejsca pracy w Polsce są rozłożone na sektor publiczny i prywatny, jednak dane z sektora prywatnego są bardzo ograniczone. Obecnie nie są zbierane dane dla wszystkich grup zawodowych odnośnie osób prowadzących własną działalność gospodarczą i/lub prowadzących prywatne praktyki. Ministerstwo Zdrowia określa zapotrzebowanie na pracowników w sektorze publicznym, a oddziały wojewódzkie NFZ są odpowiedzialne za opracowanie i zawarcie umów z poszczególnymi grupami zawodowymi. Umowy te, jak również umowy opracowane i zawarte przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), stanowią obraz popytu w sektorze publicznym (Tabela 8 i Tabela 9). Interpretując te dane, należy pamiętać, że pracownicy mogą mieć jednocześnie podpisane umowy zarówno w ramach NFZ, jak i ZUS.

Tabela 8 przedstawia przybliżoną sytuację zatrudnienia pracowników sektora rehabilitacji w systemie NFZ, który jest największym pracodawcą w sektorze publicznym. Nie jest możliwe określenie dokładnej liczby zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełne etaty, ale dostępne dane pozwalają zorientować się w poziomie zatrudnienia.

Liczby w kolumnach można interpretować w następujący sposób.

- Etaty ogółem to liczba etatów opłacanych przez NFZ. Nie jest to jednak prawdziwe odzwierciedlenie rzeczywistej liczby zatrudnionych pracowników, ponieważ niektórzy pracownicy pełnią wiele funkcji w pełnym wymiarze czasu pracy, tzn. wykraczają poza jeden etat.
- Liczba pracowników według unikalnego numeru PESEL to liczba pracowników zarejestrowanych (z unikalnym PESEL) jako pracujący w systemie NFZ. Niektórzy z tych pracowników mogą pracować w więcej niż jednym miejscu, a niektórzy mogą nie pracować w pełnym wymiarze godzin.
- Liczba pracowników przekraczających liczbę godzin w przeliczeniu na pełny etat oznacza liczbę pracowników, którzy pełnią więcej niż jedną funkcję w przeliczeniu na pełny etat, tzn. zajmują więcej niż jedno stanowisko w ramach umów zawartych z NFZ.
- Liczba pracowników przekraczających liczbę godzin w przeliczeniu na dwa pełne etaty ( $2 \times$  FTE) to liczba pracowników, którzy pełnią więcej niż dwie funkcje w przeliczeniu na pełny etat, tzn. zajmują więcej niż dwa stanowiska w ramach umów zawartych z NFZ.

**Tabela 8. Płatne etaty dla pracowników sektora rehabilitacji pracujących w ramach NFZ w sektorze publicznym**

GRUPA ZAWODOWA	Etaty ogółem <sup>a</sup>	Liczba personelu: <sup>a</sup>		
		według unikatowego numeru PESEL	powyżej czasu pracy 1 etatu przeliczeniowego	powyżej czasu pracy 2 etatów przeliczeniowych
Fizjoterapeuci	34 727	28 726	17 992	3407
Terapeuci zajęciowi	2576	2297	1300	107
Logopedzi	1725	2752	588	40
Psychologowie kliniczni	2294	1666	608	206
Specjaliści rehabilitacji medycznej	2377	1832	855	281
Protetycy i ortotycy	Personel NFZ nie obejmuje protetyków i ortotyków.			

<sup>a</sup>Dane są sumą wszystkich zadeklarowanych godzin pracy pracowników świadczących usługi gwarantowane (refundowane) w Polsce. Czas pracy może nie odpowiadać faktycznemu czasowi pracy danego personelu ze względu na brak kontroli międzodziałowych. Na przykład jeden pracownik może spełniać warunek niezbędny do obsadzenia stanowiska w przeliczeniu na pełny etat w danym województwie, a jednocześnie może być liczony jako potencjalny pracownik świadczący usługi w sąsiednim województwie. Dlatego dane należy traktować jako orientacyjne.

Źródło: NFZ, listopad 2021.

**Tabela 9. Płatne etaty dla pracowników sektora rehabilitacji prowadzących programy rehabilitacji medycznej w ramach programu prewencji rentowej ZUS**

GRUPA ZAWODOWA	Liczba personelu <sup>a</sup>
Fizjoterapeuci	738
Terapeuci zajęciowi	5
Logopedzi	15
Psychologowie kliniczni i psychologowie z min. pięcioletnim doświadczeniem	67 i 44
Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej	78
Protetycy i ortotycy	ZUS nie zatrudnia protetyków i ortotyków

<sup>a</sup>Ze względu na uregulowania umowne dotyczące fizjoterapeutów z ZUS, liczba fizjoterapeutów może być zawyżona.

Źródło: ZUS, listopad 2021.

Konkretne dane dotyczące miejsc zatrudnienia pracowników sektora rehabilitacji są ograniczone. Nawet w przypadku fizjoterapeutów, którzy mają dobrze rozwinięty system rejestracji, istnieją znaczne braki danych. Na przykład z Mapy potrzeb zdrowotnych (2021) wynika, że 58% fizjoterapeutów pracuje w ochronie zdrowia (około 39 000 fizjoterapeutów) (19), nie jest jasne, gdzie pracuje pozostała część. Wynika to częściowo z faktu, że wielu pracodawców fizjoterapeutów (i innych pracowników sektora rehabilitacji), takich jak szkoły, kluby fitness czy domy opieki, nie jest zarejestrowanych w polskim prawie jako podmioty lecznicze. Osoby pracujące dla tych pracodawców nie są chronione tymi samymi przepisami i nie korzystają z tych samych świadczeń, co osoby zatrudnione w zarejestrowanych podmiotach leczniczych.

Z niepotwierdzonych informacji wynika, że większość miejsc pracy dla fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej znajduje się w sektorze publicznym, natomiast większość psychologów, protetyków i ortotyków oraz logopedów pracuje w sektorze prywatnym.

Logopedzi pracują głównie w systemie oświaty, a tylko niewielka liczba pełnoetatowych miejsc pracy dostępna jest w systemie opieki zdrowotnej. W systemie oświaty logopedzi są zatrudniani jako nauczyciele specjaliści (zazwyczaj w przedszkolach i szkołach podstawowych) i otrzymują umowy na niewielką liczbę godzin, zazwyczaj mniejszą niż jedna trzecia pełnego etatu. Zapotrzebowanie na logopedów wydaje się być stałe, a nowych ofert pracy jest niewiele.

W sumie 97% lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej pracuje w ramach umów zawartych z NFZ, zazwyczaj na więcej niż jednym stanowisku (średnia liczba stanowisk zajmowanych przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej wynosi 2,1). Interpretując te dane, należy jednak pamiętać, że wielu lekarzy posiada więcej niż jedną specjalizację, dlatego lekarz specjalista rehabilitacji medycznej nie zawsze musi prowadzić taką praktykę (Tabela 10).

**Tabela 10. Rozkład płatnych etatów**

GRUPA ZAWODOWA	Sektor publiczny <sup>a</sup>	Sektor prywatny	Suma
Fizjoterapeuci	28 726	14 454 <sup>b</sup>	43 180
Terapeuci zajęciowi	2297	100	2397
Protetycy i ortotycy	7 <sup>c</sup>	58	65
Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej	1832	229	2061
Psychologowie kliniczni	1666	Brak danych	–
Logopedzi	2752	Brak danych	–

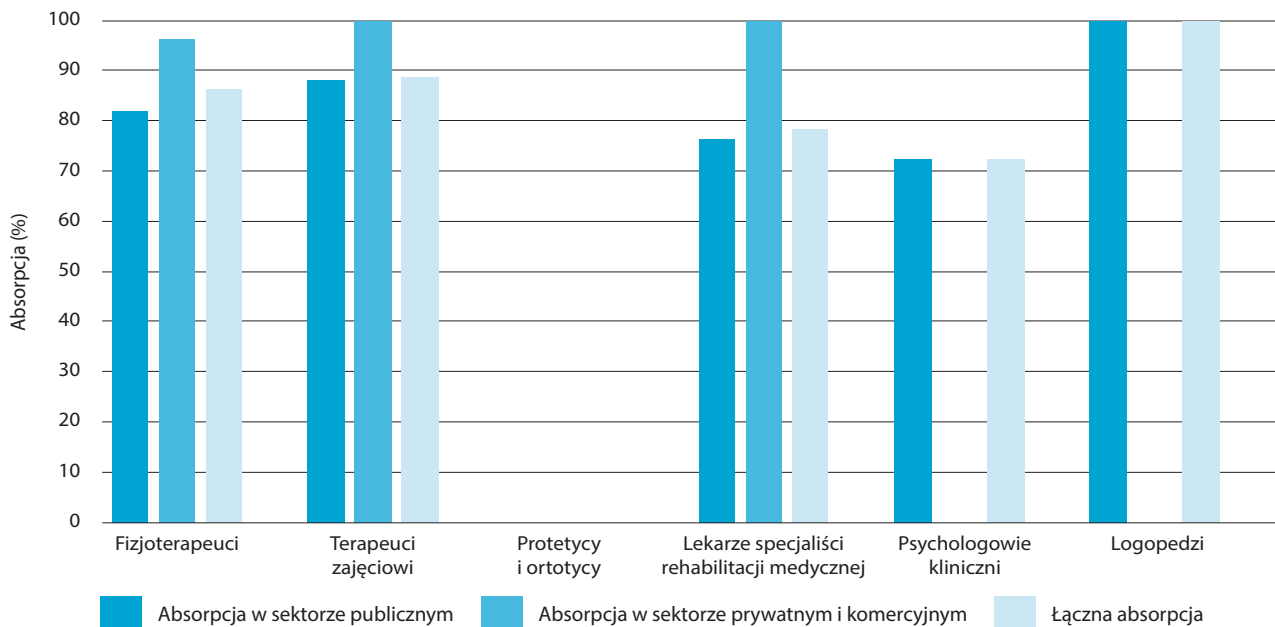
<sup>a</sup>Dane te opierają się na liczbie niepowtarzalnych numerów PESEL przedstawionych w Tabeli 8 jako wyznacznik liczby zatrudnionych pracowników w systemie publicznym.

<sup>b</sup>Obejmuje wyłącznie fizjoterapeutów pracujących w zarejestrowanych prywatnych praktykach, jednak nie wszystkie praktyki są zarejestrowane. Rejestr praktyk niedoszacowuje liczby osób zatrudnionych w sektorze prywatnym. Nie uwzględniono również fizjoterapeutów zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiotach prywatnych (brak dokładnych danych).

<sup>c</sup>Oszacowano na podstawie formularzy członkowskich i danych własnych PTOiPr.

W ocenie pokrycia zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji, RWTT ocenił zapotrzebowanie w każdej grupie zawodowej. Fizjoterapeuci poinformowali, że zapotrzebowanie na fizjoterapeutów jest duże, a liczba miejsc pracy odpowiada potrzebom ludności i ilości pracowników. Logopedzi również wysoko ocenili zapotrzebowanie, ale terapeuci zajęciowi, protetycy i ortotycy, psychologowie kliniczni i oraz lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej uznali, że zapotrzebowanie jest niewystarczające.

Ryc. 5 pokazuje, że poziom zatrudnienia w sektorze prywatnym jest wysoki dla wszystkich grup zawodowych (choć dane dotyczące psychologów klinicznych nie są dostępne). Logopedzi informują, że istnieje duże zapotrzebowanie na ich usługi (w systemie opieki zdrowotnej oraz oświaty) i są oni natychmiast przyjmowani do pracy. Z kolei stopień absorpcji miejsc pracy dla psychologów klinicznych wydaje się stosunkowo niski - szacuje się, że w sektorze publicznym jest 634 wakatów co spekuluje się, że jest spowodowane stosunkowo niskimi wynagrodzeniami. Niski wskaźnik absorpcji lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej wskazuje na znaczną liczbę wakatów (568 nieobsadzonych miejsc pracy) w sektorze publicznym. Chociaż absorpcja w sektorze prywatnym jest wysoka, w sektorze tym pracuje niewielu lekarzy (ok. 229). Dane dotyczące absorpcji dla fizjoterapeutów wskazują, że pracownicy mogą wybierać pracę w sektorze prywatnym zamiast w sektorze publicznym i/lub że niektórzy szukają pracy poza zawodem.

Ryc. 5. Stopień absorpcji pracowników rehabilitacji na rynku pracy<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dane dotyczące zatrudnienia protetyków i ortotyków nie są dostępne. Dane dotyczące absorpcji w sektorze prywatnym nie są dostępne dla psychologów klinicznych i logopedów.

Wyniki oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji w zakresie absorpcji były zróżnicowane: fizjoterapeuci, protetycy i ortotycy zgłosili umiarkowaną lub dużą absorpcję, natomiast terapeuci zajęciowi, logopedzi oraz psychologowie kliniczni stwierdzili, że absorpcja wśród ich pracowników jest słaba.

### 3.3.3 Wydajność

Wydajność opisuje produktywność pracowników oraz jak wiele można osiągnąć przy danej ich liczbie. Na przykład wysoko wydajni pracownicy są w stanie zaspokoić potrzeby większej liczby osób w danym czasie przy wykorzystaniu tych samych zasobów ludzkich, co pracownicy mniej wydajni. Na wydajność wpływają liczne czynniki środowiskowe, takie jak systemy, sprzęt i infrastruktura, a także stopień wyposażenia pracowników w technologie i innowacje oraz umiejętność ich wykorzystania. Wpływ na to ma także dobór pracowników oraz sposób podziału zadań i ról. Wydajni pracownicy to tacy, którzy maksymalnie wykorzystują swoje umiejętności i kompetencje, na przykład wysoko wykwalifikowani pracownicy nie muszą poświęcać czasu na zadania, które mogą być bezpiecznie i skutecznie wykonane przez mniej wykwalifikowanych pracowników.

W ramach tej oceny nie przeprowadzono obiektywnej analizy wydajności. Wyniki oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji okazują jednak, że postrzegana wydajność pracowników zajmujących się fizjoterapią, terapią zajęciową oraz psychologią kliniczną i psychologią jest niska, co wskazuje, że wymaga ona wzmocnienia. Z kolei protetycy i ortotycy oraz lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej uważają, że ich wydajność jest wysoka. Na wydajność wpływają różne czynniki, które są kolejno analizowane. Dokładne wyniki dla każdego czynnika można znaleźć w Załączniku 3.

Uważa się, że ograniczona infrastruktura, w tym przestrzeń i wyposażenie, w pewnym stopniu utrudnia funkcjonowanie wszystkich zawodów związanych z rehabilitacją, z wyjątkiem protetyków i ortotyków. Uznano, że, co do zasady, polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy sprzyjają wydajności pracowników, z wyjątkiem terapeutów zajęciowych i psychologów klinicznych.

Z technologii i innowacji, takich jak aplikacje, telezdrowie i cyfrowe systemy informacyjne, rzadko korzystają terapeuci zajęciowi, logopedzi, psychologowie kliniczni i lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej, natomiast częściej korzystają z nich fizjoterapeuci, protetycy i ortotycy.

Protetycy i ortotycy oraz lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej uważają, że sposób podziału zadań między pracowników jest już optymalny lub zbliżony do optymalnego. Fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi i psychologowie kliniczni widzą jednak znaczne możliwości poprawy. Ich wyniki sugerują, że spędzają niedopuszczalną ilość czasu na wykonywaniu zadań, które mogłyby być wykonywane przez inne osoby, na przykład pielęgniarki, asystentów lub techników, co pozwoliłoby im oszczędzić czas na przyjmowanie większej liczby pacjentów. Zgłasza się, że nieefektywność występuje w wyniku powierzania pracownikom rehabilitacji zadań związanych z opieką i obowiązkami administracyjnymi, które mogłyby być wykonywane przez mniej wykwalifikowanego pracownika lub asystenta, a które pochłaniają znaczną ilość czasu.

### 3.3.4 Czynniki wpływające na dyspozycyjność pracowników sektora rehabilitacji

Podaż, zapotrzebowanie, absorpcja i wydajność - wszystkie te czynniki oddziałują na siebie dynamicznie, kształtując dyspozycyjność pracowników sektora rehabilitacji. U podstaw tych zmiennych leży szereg czynników, które wpływają na zdolność kraju do wykształcenia, przyciągnięcia i utrzymania pracowników. Czynniki te są często wzajemnie powiązane i współzależne. Należy zatem spojrzeć szerzej i rozważyć zależności między czynnikami oraz ich pozytywny lub negatywny wpływ na dyspozycyjność. W trakcie oceny zidentyfikowano kilka czynników, które wydają się mieć znaczący wpływ na dyspozycyjność pracowników sektora rehabilitacji. Czynniki te zostały omówione poniżej.

**Zdolność instytucji do kształcenia pracowników** zależy od polityki instytucjonalnej i kwestii praktycznych, takich jak dostępność odpowiedniej kadry uniwersyteckiej. Uczelnie w Polsce mogą autonomicznie decydować o liczbie oferowanych miejsc, z wyjątkiem kierunku lekarskiego, na którym obowiązują określone limity. Uniwersytety zgłaszają jednak liczbę studentów do Ministerstwa Edukacji i Nauki w celu weryfikacji pod kątem możliwości wydziału i infrastruktury. Dane zebrane w ramach oceny sugerują, że liczba miejsc oferowanych na studiach terapii zajęciowej oraz logopedii, choć wzrasta, jest nieadekwatna do potrzeb populacji, a w przypadku terapeutów zajęciowych - do zapotrzebowania (tzn. liczba terapeutów zajęciowych jest niewystarczająca do obsadzenia dostępnych stanowisk). Protetycy i ortotycy są szkoleni w ramach staży, zazwyczaj oferowanych przez firmy zajmujące się technologiami wspomagającymi. Każda firma posiadająca kontrakt z NFZ na wyroby medyczne może zaoferować staże, ale to, czy to robi, zależy od jej uznania. Możliwości instytucjonalne w zakresie kształcenia i szkolenia fizjoterapeutów są duże, jednak podwyższone standardy praktyki, tj. tytuł magistra, oznaczają, że niektóre instytucje nie będą już oferować takich studiów, a w całym kraju będzie mniej miejsc.

**Postrzeganie danego zawodu** może wpływać na liczbę osób, które wybierają go jako ścieżkę kariery. Ocena wykazała, że jest to szczególna bariera dla dyspozycyjności terapeutów zajęciowych, ponieważ odmienność ich roli i zakresu praktyki od fizjoterapii nie jest powszechnie rozumiana. Terapia zajęciowa nie jest też regulowana na poziomie ustawowym, co podważa jej prestiż jako zawodu. Specjalizacja kierunkowa z psychologii klinicznej również nie jest dobrze uregulowana, co może wpływać na decyzje o jej wyborze, mimo że psychologia jako zawód jest bardzo popularna.

**Zachęty finansowe**, tj. możliwości zarobkowe w każdym zawodzie, mogą odgrywać znaczącą rolę w przyciąganiu lub zniechęcaniu ludzi do zawodu związanego z rehabilitacją. Tabela 11 przedstawia średnie wynagrodzenie dla każdej grupy zawodowej i porównuje je z pielęgniarkami, farmaceutami i lekarzami pierwszego kontaktu. Istnieje znaczne zróżnicowanie rocznych wynagrodzeń w grupach zawodowych, w tym wśród zawodów, które są zazwyczaj bardzo zbliżone w innych krajach o wysokich dochodach; terapeuci zajęciowi oraz logopedzi zarabiają znacznie mniej niż inne zawody, w tym fizjoterapeuci, w odniesieniu do których występuje zazwyczaj podobny poziom wynagrodzeń. Różnica ta może wynikać z wymogu posiadania

przez fizjoterapeutów prawa wykonywania zawodu, podczas gdy terapeuci zajęciowi mogą ukończyć szkołę policealną, a logopedzi posiadać jedynie tytuł licencjata, aby móc wykonywać swój zawód. Niemniej jednak zmiana standardów praktyki nastąpiła stosunkowo niedawno, a zatem niższe wynagrodzenie terapeutów zajęciowych oraz logopedów sugeruje, że są oni mniej cenieni przez system opieki zdrowotnej.

**Tabela 11. Średnie wynagrodzenia w zawodach związanych z rehabilitacją w porównaniu z innymi zawodami medycznymi**

GRUPA ZAWODOWA	Średnie wynagrodzenie roczne (sektor publiczny)	
	PLN (netto)	USD
Terapeuta zajęciowy	32 600	5821
Logopeda	36 500	6930
Psycholog kliniczny	37 600	7761
Fizjoterapeuta	51 300	8040
Protetyk i ortotyk	38 400	10 810
Pielęgniarka	45 600	10 926
Farmaceuta	50 400	11 642
Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej	66 000	12 485
Lekarz pierwszego kontaktu	82 000	18 942

PLN: Polski złoty

**Perspektywy zatrudnienia i możliwości rozwoju zawodowego** mają duże znaczenie przy podejmowaniu decyzji o wyborze kariery w sektorze rehabilitacji. O ile możliwości zatrudnienia wydają się odpowiednie dla większości grup zawodowych, to w przypadku terapeutów zajęciowych oraz logopedów są one ograniczone. Zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej zmniejszyło się ostatnio, ponieważ zmieniły się zasady wydawania skierowań, dzięki czemu pacjenci mogą obecnie łatwiej korzystać z usług fizjoterapeutów bez konieczności posiadania skierowania od lekarza.

Możliwości rozwoju zawodowego są postrzegane jako ograniczone we wszystkich grupach zawodowych z wyjątkiem protetyków i ortotyków, przy czym pracownicy zgłaszają brak ścieżki awansu. Wprawdzie istnieją możliwości edukacji podyplomowej, ale zwykle są one kosztowne i niekoniecznie prowadzą do zwiększenia możliwości zatrudnienia.

## 3.4 Dostępność pracowników sektora rehabilitacji

### 3.4.1 Rozmieszczenie pracowników sektora rehabilitacji

Dostępność pracowników sektora rehabilitacji odnosi się do ich odpowiedniego rozmieszczenia geograficznego w stosunku do potrzeb ludności i usług zdrowotnych. W Polsce liczba lekarzy i pielęgniarek w mniejszych powiatach i na terenach wiejskich jest niewielka, podobnie jest z pracownikami sektora rehabilitacji. Z raportu RWTT wynika, że logopedzi oraz psychologowie kliniczni rzadko są dostępni na terenach wiejskich i najbardziej

oddalonych, a fizjoterapeuci i terapeuci zajęciowi są dostępni tylko na niektórych terenach wiejskich i oddalonych, bezpośrednio lub poprzez mechanizmy pomocy doraźnej. Protetycy i ortotycy, a także lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej, byli zadowoleni z rozmieszczenia pracowników.

### 3.4.2 Czynniki wpływające na dostępność pracowników sektora rehabilitacji

W niniejszej ocenie zbadano kilka czynników wpływających na dostępność pracowników. Czynniki te zostały omówione poniżej.

**To, jak dobrze pracownicy czują się przygotowani do pracy na obszarach wiejskich i w regionie**, gdzie mogą występować różnice kulturowe w stosunku do dużych aglomeracji miejskich, świadczenia zdrowotne mogą być mniej zaawansowane, a dostęp do wsparcia i nadzoru może być bardziej ograniczony, może mieć wpływ na to, jak chętnie pracownicy sektora rehabilitacji podejmują pracę na tych obszarach. RWTT stwierdził, że co do zasady, edukacja i szkolenia, które zapewniają pracownikom wiedzę i umiejętności niezbędne do tego, by czuli się przygotowani do pracy na obszarach wiejskich i w mniejszych powiatach lub zachęcenie do niej, są ograniczone. Natomiast specjaliści rehabilitacji medycznej oraz protetycy i ortotycy czuli się lepiej przygotowani do pracy w środowisku wiejskim i oddalonym ze względu na swoje wykształcenie i odbyte szkolenia.

**Zachęcanie osób z obszarów o słabo rozwiniętej infrastrukturze do odbywania szkoleń w miastach i powrotu w rodzinne strony** jest dobrze znaną strategią zwiększania dostępu do pracowników na obszarach wiejskich i odległych. Ministerstwo Edukacji i Nauki nie realizuje jednak programów wspierających edukację osób z terenów wiejskich, w tym w dziedzinach związanych z ochroną zdrowia. Inni, jak np. Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, przy współudziale Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności, przyznają stypendia, których celem jest wyrównywanie szans w dostępie do edukacji młodzieży z obszarów wiejskich.

**Zachęty do pracy na obszarach o niedostatecznej dostępności do usług rehabilitacyjnych** są podobno wykorzystywane w niewystarczającym stopniu przez pracowników sektora rehabilitacji. Zachęty, takie jak wyższe wynagrodzenie, dodatek mieszkaniowy, dofinansowanie podróży i dodatki urlopowe, rzadko są wykorzystywane do przyciągnięcia lub zatrzymania pracowników na stanowiskach na obszarach wiejskich lub w mniejszych powiatach. Mniej jest też ofert pracy dla pracowników rehabilitacji na terenach wiejskich i w mniejszych powiatach, mimo dużego zapotrzebowania ludności.

Obecnie nie stosuje się żadnych, **mechanizmów delegowania i rozmieszczania** lub stosuje się je w ograniczonym zakresie, aby osiągnąć bardziej sprawiedliwe rozmieszczenie pracowników sektora rehabilitacji na obszarach o niedostatecznej dostępności usług. W innych krajach mechanizmy te mogą obejmować na przykład obowiązkową lub wspieraną praktykę na obszarach wiejskich lub bardziej oddalonych po ukończeniu studiów.

**Technologia i innowacje**, takie jak wykorzystanie telezdrowia i aplikacji mobilnych, mają coraz większy potencjał, aby rozszerzyć zasięg działania pracowników sektora rehabilitacji na obszary o słabo rozwiniętej infrastrukturze. Wydaje się, że strategie cyfrowe są coraz częściej stosowane, do czego przyczyniła się pandemia COVID-19, w wyniku której gwałtownie rozpowszechniło się zwłaszcza korzystanie z telezdrowia. Niemniej jednak istnieje możliwość zwiększenia ich wykorzystania w kontekście terapii zajęciowej i rehabilitacji medycznej, gdzie ich zastosowanie jest nadal ograniczone.

Fizjoterapeuci, protetycy i ortotycy oferują podobno **usługi w terenie**, w ramach których pojedyncze osoby lub zespoły pracowników odwiedzają obszary o niedostatecznej dostępności usług w celu prowadzenia rehabilitacji, ale ich częstotliwość nie jest jeszcze wystarczająca, aby zaspokoić potrzeby. Usługi w terenie są jednak rzadko oferowane przez terapeutów zajęciowych, logopedów, psychologów klinicznych i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej. Poza zapewnieniem odpowiedniej liczby pracowników, wykonywanie usług w terenie wymaga odpowiedniej infrastruktury (np. pojazdów i sprzętu przenośnego), a także koordynacji działań pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia.

## 3.5 Akceptowalność pracowników sektora rehabilitacji

Akceptowalność odnosi się do charakterystyki i zdolności pracowników do traktowania wszystkich pacjentów z godnością, budowania zaufania i umożliwiania lub promowania popytu na świadczenia. Może to przybierać różne formy, takie jak zapewnienie dyspozycyjności pracownika tej samej płci co pacjent, takiego, który rozumie i mówi w jego języku, a także takiego, który zachowuje się z szacunkiem ze względu na wiek i religię czy wartości społeczne i kulturowe pacjenta (1). Akceptowalność pracowników może decydować o tym, w jakim stopniu dana populacja jest świadoma, poszukuje i korzysta z ich usług. Zgodność demograficzna personelu z populacją oraz sposób postrzegania pracowników sektora rehabilitacji przez społeczeństwo i innych pracowników ochrony zdrowia zasadniczo wpływają na akceptowalność personelu. Chociaż trudno jest obiektywnie zmierzyć kompatybilność i postrzeganie siły roboczej, RWTT i inne podmioty zajmujące się rehabilitacją dostarczyły informacji na temat tego, jak różne grupy zawodowe radzą sobie z tymi dwoma kryteriami, co opisano poniżej.

### 3.5.1 Kompatybilność

Wszystkie grupy zawodowe uznały, że stopień kompatybilności pracowników sektora rehabilitacji z populacją, w tym z grupami mniejszościowymi i osobami o nietypowych potrzebach, jest wysoki. Zgłaszane są jednak bariery językowe w kontekście sprawowania opieki nad imigrantami i uchodźcami, których w Polsce jest coraz więcej.

### 3.5.2 Postrzeganie

Obiecujące jest to, że pracownicy sektora fizjoterapii, logopedii, protetyki i ortotyki oraz rehabilitacji medycznej są w większości postrzegani jako kompetentni i skuteczni, choć ich rola i wkład w zdrowie nie zawsze są dobrze rozumiane przez niektórych pracowników opieki zdrowotnej i osoby korzystające z usług. Wyjątek stanowili terapeuci zajęciowi i psychologowie kliniczni, którzy stwierdzili, że ich zawód nie jest powszechnie szanowany i rozumiany w wielu dziedzinach medycyny, a większość ludzi nie dostrzega i nie docenia ich roli i wkładu w zdrowie.

### 3.5.3 Czynniki wpływające na akceptowalność pracowników sektora rehabilitacji

Akceptowalność pracowników sektora rehabilitacji przez społeczeństwo i szersze grono pracowników opieki zdrowotnej jest uwarunkowana kilkoma czynnikami, których szczegóły przedstawiono poniżej.

**Akceptowalność pracowników sektora rehabilitacji przez innych pracowników ochrony zdrowia** wpływa na to, w jaki sposób odnoszą się oni do pracowników sektora rehabilitacji, komunikują się z nimi, współdziałają i cenią ich. Świadomość tego, czym zajmują się pracownicy sektora rehabilitacji, jaka jest ich rola w zespole opieki zdrowotnej i jaki wpływ mają na wyniki funkcjonowania, ma kluczowe znaczenie dla ich akceptowalności. Zespół RWTT zauważył, że **rola i wkład pracowników sektora rehabilitacji w zdrowie są w ograniczonym stopniu uwzględniane w programach kształcenia i szkolenia przed rozpoczęciem lub po rozpoczęciu pracy zawodowej** u szerszej grupy pracowników ochrony zdrowia.

**Współpraca interdyscyplinarna**, poza tym, że jest niezbędna dla zapewnienia ciągłości opieki i efektywnego świadczenia usług, jest także ważną okazją dla interdyscyplinarnych pracowników ochrony zdrowia do uznania roli i znaczenia pracowników sektora rehabilitacji dla poprawy wyników leczenia pacjentów. Ocena wykazała, że



współpraca między pracownikami sektora rehabilitacji a innymi pracownikami ochrony zdrowia jest ograniczona i że jest to obszar, który wymaga wzmocnienia.

**Wiedza, jaką społeczeństwo**, a zwłaszcza **osoby korzystające z usług**, mają na temat ról i wartości pracowników sektora rehabilitacji, kształtuje sposób, w jaki poszukują oni opieki. Ma na to wpływ ogólna świadomość społeczeństwa oraz jego doświadczenia związane z usługami rehabilitacyjnymi. **Organizacje i stowarzyszenia zawodowe** odgrywają istotną rolę w budowaniu wiedzy społeczeństwa na temat pracowników sektora rehabilitacji poprzez kampanie informacyjne i inne formy promocji. Ocena wykazała, że na ogół stowarzyszenia i organizacje zawodowe promują pozytywne postrzeganie pracowników sektora rehabilitacji. Na przykład odpowiednio reprezentują grupy zawodowe na szerszych forach dotyczących zdrowia i polityki, służą budowaniu reputacji najwyższej jakości, a także w większości ujmują i informują o ich roli i znaczeniu dla zdrowia. Wyjątkiem jest psychologia kliniczna, ponieważ psychologowie kliniczni zgłosili ograniczone promowanie przez swoje stowarzyszenia i organizacje zawodowe.

**Kształcenie przed rozpoczęciem lub po rozpoczęciu pracy zawodowej w zakresie kompetencji kulturowych** jest również istotne, ponieważ wyposaża pracowników sektora rehabilitacji w wiedzę, umiejętności i postawy pozwalające na efektywną pracę z osobami pochodzącymi z różnych środowisk kulturowych. Zespół RWTT odnotował różne poziomy kształcenia i szkolenia w zakresie kompetencji kulturowych, przy czym terapeuci zajęciowi oraz logopedzi stwierdzili, że szkolenie takie nie jest włączone do programów kształcenia przed rozpoczęciem ani po rozpoczęciu pracy zawodowej, a inne grupy zawodowe podały, że wiedza i umiejętności wymagane do efektywnej pracy i komunikacji z większością kultur w populacji są w pewnym stopniu włączone do takich programów kształcenia.

## 3.6 Jakość pracowników sektora rehabilitacji

Jakość personelu rehabilitacyjnego ma bezpośredni wpływ na standard rehabilitacji, który jest akceptowalny, pożądany i umożliwiający osiągnięcie optymalnych wyników funkcjonowania pacjentów. Chociaż jakość opieki jest wynikiem działania wielu czynników, w tym czynników środowiskowych i systemowych, w kontekście pracowników sektora rehabilitacji, w niniejszej ocenie uznano, że jakość jest wypadkową kompetencji pracowników i ich skuteczności. Choć niewątpliwie kompetencje i skuteczność działania są ze sobą powiązane, bada się je oddzielnie, przy czym za kompetencje uważa się dającą się zaobserwować zdolność pracownika, opartą na jego wiedzy, umiejętnościach i zachowaniu, do wykonywania swoich zadań. Skuteczność oznacza zdolność do osiągania zamierzonego celu poprzez bezpieczną, efektywną i wydajną pracę, która jest określana przez czynniki indywidualne, zespołowe i organizacyjne.

### 3.6.1 Kompetencje

W ramach oceny przeanalizowano kompetencje za pomocą analizy kompetencji i elementów oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników. Ta ostatnia wykazała zróżnicowane postrzeganie kompetencji pracowników w różnych grupach zawodowych. Logopedzi i lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej stwierdzili, że większość pracowników posiada wiedzę, umiejętności i postawy umożliwiające prowadzenie rehabilitacji na doskonałym poziomie. Fizjoterapeuci, protetycy i ortotycy stwierdzili podobnie, że większość spośród nich posiada kompetencje do prowadzenia rehabilitacji na akceptowalnym poziomie. Terapeuci zajęciowi i psychologowie kliniczni uważają jednak, że wiedza, umiejętności i postawy pozwalające prowadzić rehabilitację zgodnie z odpowiednimi standardami są coraz lepsze, ale wiele osób nadal ma poważne braki kompetencyjne, które obniżają jakość opieki. Istnieje na przykład znaczna różnica między kompetencjami terapeutów zajęciowych z kwalifikacjami uniwersyteckimi i tych z kwalifikacjami policealnymi.

W ramach analizy kompetencji zbadano pięć obszarów kompetencji: praktyka, profesjonalizm, uczenie się i rozwój, zarządzanie i przywództwo oraz badania. Ramy Kompetencji Rehabilitacyjnych WHO pokazują, że pracownicy sektora rehabilitacji potrzebują wiedzy, umiejętności i postaw związanych z każdym z tych obszarów, aby skutecznie wykonywać czynności w ramach swojej praktyki (6). Członkowie RWTT oszacowali, jaka część każdej grupy zawodowej odpowiada różnym zakresom poziomu biegłości (poziomy 1-4) w każdym obszarze. Poszczególne poziomy odzwierciedlają rosnącą autonomię, odpowiedzialność za podejmowanie decyzji oraz pogłębianie wiedzy i umiejętności. Siła robocza zazwyczaj obejmuje szeroki przekrój poziomów biegłości, ponieważ pracownicy przechodzą przez kolejne szczeble kariery, zdobywając doświadczenie i specjalizację. Odsetek pracowników na wyższych poziomach może być ważny dla podniesienia poziomu ogółu pracowników, np. poprzez, na przykład, mentoring, superwizję i przywództwo. Większy odsetek pracowników na wyższym poziomie może odzwierciedlać większe możliwości rozwoju, np. poprzez ustawiczny rozwój zawodowy, specjalizację kierunkową lub awans.

Wyniki badania profilu poziomu biegłości, przedstawione w całości w Załączniku 4, podsumowano poniżej.

### **Obszar praktyki**

Obszar ten obejmuje kompetencje i działania związane z interakcją między profesjonalistą rehabilitacji a pacjentem. Kompetencje i działania obejmują te, które są niezbędne do nawiązywania właściwych relacji zawodowych, ocen, planowania, przeprowadzania interwencji, komunikacji i podejmowania decyzji (6). Wyniki analizy kompetencji wykazały, że poza protetykami i ortotykami oraz lekarzami specjalistami rehabilitacji medycznej większość pracowników sektora rehabilitacji w Polsce wymaga sporadycznego lub regularnego prowadzenia i udzielania wskazówek podczas prowadzenia rehabilitacji, a tylko niewielka część pracuje samodzielnie. Większość pracowników sektora rehabilitacji posiada pewien stopień umiejętności podejmowania decyzji, ale tylko nieliczni zlecają interwencje, zwykle opierając się na skierowaniach. Większość protetyków i ortotyków oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej zazwyczaj pracuje samodzielnie, przepisując zabiegi i podejmując decyzje dotyczące leczenia.

### **Obszar profesjonalizmu**

Obszar ten obejmuje kompetencje i działania związane z uczciwością zawodową, współpracą, bezpieczeństwem i jakością opieki, które umożliwiają pełnienie roli zawodowej (6). Analiza wykazała, że większość pracowników sektora rehabilitacji poszukuje regularnych wskazówek, jak zarządzać swoim obciążeniem pracą, jednak tylko nieliczni są w stanie przejąć odpowiedzialność za szereg wymogów administracyjnych.

### **Obszar uczenia się i rozwoju**

Obszar ten obejmuje kompetencje i działania związane z rozwojem zawodowym samych pracowników sektora rehabilitacji oraz tego, w jaki sposób wspierają oni rozwój zawodowy innych osób. Kompetencje i działania w tym obszarze obejmują rozwój zawodowy, nauczanie i uczenie się (6). Analiza kompetencji wykazała, że większość pracowników rehabilitacji poszukuje możliwości uczenia się, ale potrzebuje wsparcia w zarządzaniu swoim planem rozwoju zawodowego. W grupach zawodowych istnieje niewielki odsetek pracowników sektora rehabilitacji, którzy inicjują lub prowadzą programy edukacyjne i szkoleniowe oraz zarządzają własnym uczeniem się i rozwojem, jak również nadzorują uczenie się i rozwój innych osób.

### **Obszar zarządzania i przywództwa**

Obszar ten obejmuje kompetencje i działania związane z pracą zespołową, myśleniem strategicznym, zarządzaniem, rozwojem i oceną usług oraz zarządzaniem zasobami (6). Analiza wykazała, że większość pracowników sektora rehabilitacji ma swój wkład w funkcjonowanie i rozwój zespołu, ale tylko nieliczni potrafią nadzorować pracę innych lub kierować nimi.

## Obszar badań

Obszar ten obejmuje kompetencje i działania związane z tworzeniem, rozpowszechnianiem i integracją badań w dziedzinie rehabilitacji (6). Analiza wykazała, że kompetencje w zakresie badań naukowych są ogólnie słabo rozwinięte. Niewielu pracowników sektora rehabilitacji stosuje dowody w praktyce lub interpretuje i wykorzystuje metody statystyczne i inne metody analityczne.

Ogólnie rzecz biorąc, we wszystkich grupach zawodowych związanych z rehabilitacją analiza wykazała najniższy poziom biegłości w takich obszarach, jak uczenie się i rozwój, zarządzanie i przywództwo oraz badania. Ponadto większy odsetek pracowników niż można by się spodziewać w przypadku specjalistów z wykształceniem wyższym osiągnął poziom 1 i 2. Obiecujące jest to, że pewna, choć niewielka, część pracowników sektora rehabilitacji osiąga poziom 4 we wszystkich obszarach.

### 3.6.2 Skuteczność

Skuteczność pracowników sektora rehabilitacji jest funkcją kompetencji pracowników, a także szeregu bardziej ogólnych czynników, takich jak motywacja, praktyki indywidualne i zespołowe oraz środowisko pracy, które wzajemnie oddziałują na siebie, warunkując bezpieczne, efektywne i wydajne funkcjonowanie pracowników. Analizując skuteczność w ten sposób, uznaje się, że jakość opieki rehabilitacyjnej zależy nie tylko od wiedzy, umiejętności i zachowań pracowników, ale także od tego, w jakim stopniu są oni zdolni do ich pełnego wykorzystania. Ogólna skuteczność pracowników została oceniona przez zespół RWTT w ramach oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników i konsultacji z zainteresowanymi stronami. Wyniki pokazały, że w przypadku wszystkich grup zawodowych związanych z rehabilitacją, z wyjątkiem lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, skuteczność pracowników jest w dużej mierze zadowalająca, choć istnieje możliwość dalszej poprawy. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej uznali, że pracownicy wykonują pracę w sposób bezpieczny, efektywny i wydajny, stanowiąc wzór dla innych krajów i zawodów.

#### 3.6.2.1 Podział zadań i wydajność

W celu określenia, jakie kluczowe oceny i interwencje rehabilitacyjne dla różnych problemów zdrowotnych są wykonywane<sup>2</sup> przez poszczególne grupy zawodowe oraz jaka część tej grupy czuje się pewnie w ich wykonywaniu, przeprowadzono mapowanie zadań<sup>3</sup>. O deficycie w przeprowadzaniu oceny lub interwencji rehabilitacyjnej mówi się, gdy nie jest ona przeprowadzana przez żadną grupę zawodową, tylko niewielka część grupy zawodowej czuje się w stanie wykonać to zadanie lub może je wykonać tylko grupa zawodowa, której dyspozycyjność w kraju jest bardzo ograniczona. Wyniki wskazały kilka znaczących deficytów w Polsce, jak również obszary pokrywania się (gdzie kilka grup zawodowych realizuje tę samą interwencję), sygnalizując potencjalny brak efektywności, który można dalej zbadać.

#### Deficyty w przeprowadzaniu ocen i interwencji rehabilitacyjnych

Mapowanie zadań pozwoliło na zidentyfikowanie potencjalnych deficytów w ocenie następujących przypadków:

- zaburzenia funkcji poznawczych,
- zaburzenia połykania i ślinienia,
- zaburzenia słuchu,
- zmęczenie,
- aktywności i uczestniczenie w środowisku domowym, edukacyjnym i zawodowym.

<sup>2</sup> Udar mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego, porażenie mózgowie, amputacja, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zaburzenia słuchu i schizofrenia.

<sup>3</sup> Psychologowie kliniczni nie uczestniczyli w mapowaniu zadań i dlatego ich zakres praktyki nie został uwzględniony w wynikach.

Stwierdzono również deficyty w zdolności do przeprowadzenia następujących interwencji rehabilitacyjnych:

- modyfikacje dotyczące otoczenia w domu, szkole i miejscu pracy,
- edukowanie i wspieranie nauczycieli, kolegów z klasy i pracodawców,
- techniki udroźniania dróg oddechowych,
- interwencje wspierające mobilizację w społeczności lokalnej (np. poruszanie się w systemach transportowych),
- interwencje w zakresie języka i mowy,
- interwencje w przypadku bólu,
- interwencje w zakresie funkcji seksualnych i relacji intymnych,
- interwencje dotyczące aktywności i uczestnictwa, takie jak interwencje w zakresie samoopieki i szkolenia zawodowe.

Ponadto stwierdzono deficyty w zakresie zapewnienia i szkolenia w zakresie stosowania produktów wspomagających dla osób z upośledzeniem narządów zmysłów, jak np.:

- aparaty słuchowe,
- wyświetlacze i urządzenia do pisania alfabetem Braille'a,
- czytniki ekranu,
- technologia zamiany gestów na głos,
- komunikatory dla osób niesłyszących i niewidomych oraz oprogramowanie do komunikacji.

Te oceny i interwencje są uważane za niezbędne w opiece rehabilitacyjnej w przypadku problemów zdrowotnych, które są bardzo rozpowszechnione i/lub mają poważny wpływ na funkcjonowanie. W związku z tym ich brak będzie wiązał się z istotnymi niezaspokojonymi potrzebami, skutkującymi ograniczeniem funkcjonowania i udziału w edukacji, pracy i życiu społecznym osób z takimi problemami zdrowotnymi.

### **Pokrywające się przeprowadzanie ocen i interwencje rehabilitacyjne**

Nie jest niczym niezwykłym, ani też niekoniecznie problemem, że pewne oceny i interwencje rehabilitacyjne w pewnym stopniu się pokrywają. Jednak z czasem może dojść do nakładania się zakresów praktyki, które mogą nie być celowo lub systematycznie uwzględniane i mogą powodować brak efektywności. W innych przypadkach korzystne może być wprowadzenie większego nakładania się zakresów praktyki, aby zrekompensować szczególnie głęboki niedobór danej grupy zawodowej.

Identyfikację nakładających się obszarów utrudniał fakt, że protetycy i ortotycy w Polsce wywodzą się z różnych środowisk, a zatem nie mają jednolitego zakresu praktyki. Po drugie, wyniki mapowania zadań wskazują, że zakresy praktyki lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz protetyków i ortotyków w znacznym stopniu się pokrywają. Niemniej jednak, w trakcie mapowania zadań zidentyfikowano kilka obszarów, które się pokrywają i wymagają zbadania, jak również interwencje, które potencjalnie mogłyby zostać rozszerzone na zakres praktyki alternatywnej grupy zawodowej, aby zapewnić ich dostępność dla tych, którzy ich potrzebują.

Istniejące obszary pokrywające się, które należy zbadać, to m.in.:

- oceny mobilności,
- ocena otoczenia (dom, szkoła, miejsce pracy),
- zapewnienie pomocy w poruszaniu się (takich jak wózki inwalidzkie, kule, laski i chodziki), poręczy i odzieży kompresyjnej.

### **3.6.3 Czynniki wpływające na jakość pracowników sektora rehabilitacji**

Jakość pracy pracowników sektora rehabilitacji, w tym ich kompetencje i skuteczność, zależy od kilku czynników omówionych poniżej.

**Akredytacja instytucji edukacyjnych** to mechanizm, dzięki któremu można podnieść i zagwarantować standardy nauczania i uczenia się oraz ujednoczyć programy nauczania zgodnie ze standardami krajowymi i międzynarodowymi. Organem odpowiedzialnym za akredytację na poziomie krajowym jest PKA, natomiast międzynarodowe stowarzyszenia zawodowe, takie jak World Physiotherapy, mogą udzielać akredytacji zgodnie z międzynarodowymi standardami. Ocena wykazała, że większość instytucji kształcących w zakresie fizjoterapii posiada akredytację międzynarodowej organizacji akredytacyjnej, natomiast instytucje kształcące w zakresie terapii zajęciowej, logopedii oraz psychologii starają się przestrzegać wytycznych międzynarodowych organizacji akredytacyjnych, ale nie rozpoczęły procesu akredytacji.

**Wymagania dotyczące przyjęcia na studia z zakresu rehabilitacji** mogą być wskaźnikiem konkurencyjności i wymagań akademickich programu oraz zapowiedzią akademickiego poziomu studentów. Kierunki fizjoterapii są uznawane za bardzo konkurencyjne, z wysokimi wymaganiami dotyczącymi przyjęcia na studia, natomiast standardy rekrutacji na studia z zakresu logopedii, psychologii klinicznej i ścieżki specjalizacji kierunkowej w rehabilitacji medycznej uznano za przeciętne. Standardy rekrutacji na studia w zakresie terapii zajęciowej są niskie w porównaniu z równoważnymi programami z zakresu ochrony zdrowia.

**Stopień dopracowania programu nauczania i rygorystyczna ocena, jakiej poddawani są studenci**, mają wpływ na efekty uczenia się studentów oraz na ich przygotowanie do sprostania wymaganiom zawodu. Ocena wykazała, że ogólnie programy nauczania rehabilitacji są uważane za solidne, a także, że programy zapewniają systematyczną ocenę kompetencji w warunkach rzeczywistych. Psychologia kliniczna jest w różnym stopniu zintegrowana z programami studiów psychologicznych; ocena wykazała, że program nauczania dla specjalistycznego obszaru psychologii klinicznej nadal ewoluuje, a kompetencje są oceniane, jednak oceny te są często przeprowadzane w środowiskach symulowanych lub niespecyficznych dla danego kontekstu.

**Potrzebne są możliwości uzyskania specjalizacji kierunkowej**, aby stworzyć kadrę zdolną do zaspokajania złożonych potrzeb populacji. Odgrywają one również rolę w przyciąganiu i zatrzymywaniu pracowników; wielu z nich poszukuje możliwości rozwoju zawodowego i wyższych zarobków. Rehabilitacja medyczna i psychologia kliniczna są obecnie specjalizacjami kierunkowymi w swoich zawodach. W logopedii istnieje kilka możliwości uzyskania specjalizacji kierunkowej po roku pracy i po zdaniu egzaminu, m.in. w dziedzinie neurologii, niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń słuchu, zaburzeń płynności mowy i sztuk scenicznych (ćwiczenia emisji i kontroli głosu). W przypadku protetyków i ortotyków oraz fizjoterapeutów możliwości uzyskania specjalizacji kierunkowej uznano za ograniczone, a w przypadku terapii zajęciowej - nieistniejące.

**Możliwości dzielenia się wiedzą i rozwijania umiejętności** przyczyniają się do poprawy jakości pracy ogółu pracowników i mogą mieć formę np. konferencji, warsztatów, webinarów, publikacji naukowych i tworzenia społeczności praktyków. Krajowe organizacje i stowarzyszenia zawodowe często odgrywają w tym względzie szczególnie istotną rolę. Ocena wykazała, że możliwości poszczególnych grup zawodowych są zróżnicowane. W przypadku terapeutów zajęciowych uznano, że organizacje i stowarzyszenia zawodowe dają ograniczone możliwości dzielenia się wiedzą i rozwijania umiejętności, choć pojawiają się pewne społeczności praktyków, konferencje i inne fora. Szereg możliwości jest dostępnych dla logopedów i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, choć nie obejmują one wszystkich obszarów specjalizacji. Organizacje i stowarzyszenia zrzeszające fizjoterapeutów, protetyków i ortotyków oferują ponoć szereg możliwości dzielenia się wiedzą i rozwijania umiejętności w wielu dziedzinach specjalizacji oraz umożliwiają współpracę krajową i międzynarodową.

**Rozwijanie umiejętności badawczych** może świadczyć o dojrzałości pracowników sektora rehabilitacji i jest niezbędne do zapewnienia i rozwijania praktyki opartej na dowodach naukowych. Ocena sugeruje, że teoria badań jest nauczana na poziomie podstawowym wśród fizjoterapeutów, psychologów klinicznych oraz protetyków i ortotyków, ale umiejętności badawcze są słabo rozwinięte. Terapeuci zajęciowi, logopedzi i lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej stwierdzili natomiast, że umiejętności badawcze w zakresie oceny dowodów w praktyce są rozwijane w ramach kursów edukacyjnych, choć istnieje możliwość wzmocnienia tych umiejętności.

**Dostępność i stosowanie wytycznych i protokołów klinicznych**, które opisują praktykę opartą na dowodach naukowych, są kluczowym narzędziem jakości opieki i mają szczególne znaczenie w sytuacji, gdy personel świadczy głównie opiekę opartą na protokołach (np. gdy umiejętności podejmowania decyzji klinicznych są ograniczone). Ocena wykazała, że dostępność aktualnych, opartych na dowodach i dostosowanych do kontekstu wytycznych i protokołów wspierających odpowiednie obszary praktyki dla wszystkich grup zawodowych jest niewielka. Tam, gdzie są one dostępne, nie są powszechnie stosowane.

**Wsparcie, superwizja i mentoring** to mechanizmy ułatwiające dzielenie się wiedzą i umiejętnościami oraz ich doskonalenie, zwłaszcza między doświadczonymi i nowymi pracownikami sektora rehabilitacji. Są one także integralnym elementem bezpieczeństwa pacjentów (zwłaszcza w kontekście superwizji nad początkującymi pracownikami) i często odgrywają ważną rolę w zapewnieniu satysfakcji i motywacji pracowników. Ocena pokazała, że dostęp do superwizji i mentoringu w środowisku wiejskim i miejskim jest ograniczony lub nie ma go wcale w przypadku fizjoterapeutów i logopedów, ale dostęp do superwizji i mentoringu wzrasta w przypadku terapeutów zajęciowych, psychologów klinicznych oraz protetyków i ortotyków. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej stwierdzili jednak, że większość pracowników ma dostęp do superwizji i mentoringu ze strony starszych kolegów, aby wspierać ciągły rozwój swojej wiedzy i umiejętności, choć stanowi to wyzwanie dla osób na wyższych stanowiskach lub pracujących w odległych i wiejskich rejonach.

Wsparcie koleżeńskie jest łatwiej dostępne, ale wydaje się też słabo rozwinięte i niewykorzystywane w grupach zawodowych zajmujących się rehabilitacją. Jest to szczególnie problematyczne w przypadku pracowników praktykujących na terenach wiejskich i odległych.

Dostępność odpowiedniego sprzętu i materiałów eksploatacyjnych jest często niezbędna do bezpiecznego i skutecznego prowadzenia rehabilitacji. Jeśli pracownicy nie mają dostępu do potrzebnego im sprzętu i materiałów eksploatacyjnych, mogą nie być w stanie pracować w pełnym zakresie swoich obowiązków lub osiągać pożądaných wyników w pracy z pacjentami. Wszystkie grupy zawodowe, z wyjątkiem protetyków i ortotyków, podały, że ograniczony sprzęt i materiały eksploatacyjne, w tym przestrzeń i wyposażenie, ograniczają wydajność ich pracy. Nie było to problemem dla protetyków i ortotyków, którzy twierdzili, że mają dostęp do potrzebnych im narzędzi i infrastruktury na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej.

**Standardy rozpoczęcia praktyki klinicznej** stanowią próg kwalifikacji i/lub wiedzy i umiejętności uznawanych za dopuszczalne do posługiwania się tytułem zawodowym i świadczenia opieki. Ocena wykazała duże zróżnicowanie między grupami zawodowymi pod względem poziomu regulacji i przyznawania prawa wykonywania zawodu. Według fizjoterapeutów istnieje dobrze zaopatrzony i sprawnie działający krajowy organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu, który skutecznie ustala i egzekwuje standardy praktyki. Jednak mimo to odnotowuje się duże różnice w poziomie kompetencji fizjoterapeutów. Na drugim końcu spektrum nie ma organu regulacyjnego ani przyznającego prawo wykonywania zawodu protetyka i ortotyka; choć NFZ weryfikuje, czy został zaliczony obowiązkowy rok praktyki zawodowej. Inne zawody sektora rehabilitacji, oprócz lekarzy specjalistów, zgłaszają brak spójności w egzekwowaniu standardów.



## **4. Implikacje kadrowe dla świadczenia usług rehabilitacyjnych w Polsce**

Stan pracowników sektora rehabilitacji ma bezpośredni wpływ na opiekę rehabilitacyjną dostępną w Polsce. Analiza danych dotyczących potrzeb w zakresie rehabilitacji oraz danych dotyczących dyspozycyjności pracowników sektora rehabilitacji w poszczególnych grupach zawodowych daje wstępny wgląd w zakres opieki rehabilitacyjnej, która może być świadczona i jakie potrzeby są niezaspokojone. W ocenie wykorzystano ograniczony zestaw problemów zdrowotnych<sup>4</sup> jako miernik zasobu pracowników w zakresie opieki rehabilitacyjnej. Dla każdego problemu zdrowotnego przeanalizowano opiekę rehabilitacyjną ukierunkowaną na następujące obszary funkcjonowania:

- funkcje umysłowe,
- wzrok,
- komunikacja,
- przełykanie,
- ból,
- oddychanie,
- skóra,
- układ sercowo-naczyniowy,
- mobilność,
- czynności życia codziennego,
- edukacja i zawód,
- wspólnota i życie społeczne.

Scenariusz zastosowany w ocenie zakładał, że wszyscy pracownicy poświęcają swój czas na konkretny problem zdrowotny, co się nigdy nie zdarza, ponieważ ich czas jest rozłożony na osoby o różnych potrzebach. Wyniki odzwierciedlają zatem znaczne niedoszacowanie zasobu pracowników i w ten sposób powinny być interpretowane.

Porównanie potrzeb rehabilitacyjnych w powyższych obszarach funkcjonowania dla przykładowych problemów zdrowotnych z dyspozycyjnością zasobów ludzkich wskazuje na następujące fakty.

- **Udar mózgu** W Polsce co roku około 42 419 osób doznaje udaru mózgu o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu. Na opiekę rehabilitacyjną dla tych osób we wszystkich obszarach funkcjonowania wpływają obecne braki pracowników, ale najbardziej odczuwalne są braki terapeutów zajęciowych. Ograniczony dostęp do logopedów oraz terapeutów zajęciowych oznacza, że liczba pracowników jest niewystarczająca, aby zaspokoić potrzeby związane z komunikacją, pielęgnacją skóry i zaburzeniami połykania.
- **Uraz rdzenia kręgowego** Co roku w Polsce ponad 4800 osób doznaje umiarkowanego lub ciężkiego urazu rdzenia kręgowego. Osoby te wymagają intensywnej rehabilitacji przez wiele miesięcy, a uraz może mieć wpływ na całe życie. Chociaż częstość występowania urazu rdzenia kręgowego jest stosunkowo niska w porównaniu z innymi problemami zdrowotnymi uwzględnionymi w tej analizie, obecne zasoby pracowników sugerują, że jest mało prawdopodobne, aby osoba z urazem rdzenia kręgowego otrzymała taki poziom opieki rehabilitacyjnej, jaki jest jej potrzebny do osiągnięcia optymalnego funkcjonowania. Również w tym przypadku jest to związane przede wszystkim z brakiem logopedów oraz terapeutów zajęciowych, których liczba jest niewystarczająca, aby zaspokoić szereg potrzeb dotyczących komunikacji, pielęgnacji skóry oraz sercowo-naczyniowych w ramach ich zakresu praktyki.
- **Mózgowe porażenie dziecięce** W Polsce 115 875 osób ma umiarkowane lub ciężkie porażenie mózgowe i potrzebuje rehabilitacji, która pomoże im w pełni uczestniczyć w edukacji, pracy i życiu społecznym. Na opiekę rehabilitacyjną nad osobami z porażeniem mózgowym ogromny wpływ ma ograniczona dyspozycyjnością pracowników, przede wszystkim terapeutów zajęciowych oraz protetyków i ortotyków. Nawet gdyby wszyscy członkowie tych grup zawodowych pracowali wyłącznie z osobami z mózgowym porażeniem dziecięcym, tylko 11-16% potrzeb w ich zakresie praktyki związanych z komunikacją, połykaniem, bólem, funkcjonowaniem układu krążenia i mobilnością zostałyby zaspokojonych.

4 Udar mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego, porażenie mózgowe, amputacja, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zaburzenia słuchu i schizofrenia.



- **Amputacja** Co roku ponad 46 400 osób w Polsce przechodzi amputację, jednak dyspozycyjność protetyków i ortotyków jest niewystarczająca, aby zaspokoić ich potrzeby rehabilitacyjne. Obecnie mniej niż 3% potrzeb związanych z mobilnością w ramach praktyki protetyków i ortotyków mogłoby zostać zaspokojone, nawet gdyby cała grupa zawodowa pracowała wyłącznie z osobami po amputacji.
- **Choroby układu mięśniowo-szkieletowego** W Polsce występuje duża częstość występowania schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego. W 2019 roku ponad 4 miliony osób w Polsce miało umiarkowane lub ciężkie reumatoidalne zapalenie stawów, chorobę zwyrodnieniową stawów, bóle szyi lub dolnej części kręgosłupa lub złamania. Osoby te doświadczają skutków ograniczonej dyspozycyjności fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych oraz lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej. Brak dostępu do tych pracowników wpływa na opiekę rehabilitacyjną dotyczącą m.in. funkcji umysłowych, bólu, mobilności, czynności życia codziennego oraz uczestniczenia w zajęciach szkolnych, pracy i życiu społecznym.
- **Przewlekła obturacyjna choroba płuc** W grupie chorób niezakaźnych w Polsce bardzo rozpowszechniona jest przewlekła obturacyjna choroba płuc. Ponad 190 807 osób cierpi na umiarkowany lub ciężki przypadek POChP. Opieka rehabilitacyjna dla tych osób jest ograniczona, przede wszystkim z powodu braku dyspozycyjności terapeutów zajęciowych, lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej oraz logopedów. W wyniku niedoboru pracowników, ta populacja prawdopodobnie doświadcza nieodpowiedniej opieki rehabilitacyjnej w obszarach upośledzenia komunikacji, połykania, bólu, funkcjonowania układu krążenia i mobilności.
- **Zaburzenia słuchu** Około 428 600 osób doznało w Polsce w 2019 roku umiarkowanego lub ciężkiego ubytku słuchu. Opiekę rehabilitacyjną nad osobami z zaburzeniami słuchu sprawują głównie logopedzi i terapeuci zajęciowi. Ograniczona dyspozycyjność tych pracowników oznacza, że większość opieki rehabilitacyjnej skierowanej do osób z wadami słuchu jest obecnie niezrealizowana; nawet gdyby wszyscy logopedzi pracowali wyłącznie z osobami z wadami słuchu, byłoby w stanie zapewnić jedynie <25% opieki w ramach swojego zakresu praktyki.
- **Schizofrenia** Na schizofrenię w Polsce w 2019 roku chorowało ponad 39 000 osób. Osoby te mogą obecnie uzyskać dostęp do zaledwie ułamka potrzebnej im opieki rehabilitacyjnej w oparciu o aktualne zasoby ludzkie.





## 5. Projekcije

Poniższe projekcje dotyczące pracowników sektora rehabilitacji analizują stopień interwencji niezbędnej do stworzenia zasobów ludzkich o większej zdolności do zaspokojenia podstawowych potrzeb populacji. Projekcje korygują roczną zmianę w podaży, która stanowi sumaryczną różnicę opartą na kształceniu, imigracji, emigracji i innych formach odpływu, tj. napływie i odpływie. Szacunki dotyczące liczby zatrudnionych pracowników w ramach NFZ opierają się na unikalnych numerach PESEL (Tabela 8) plus szacunkowa liczba osób pracujących w sektorze prywatnym (Tabela 10).

## 5.1 Fizjoterapeuci

- Obecna podaż fizjoterapeutów jest w stanie zaspokoić podstawowe potrzeby rehabilitacyjne w populacji w oparciu o wyniki analizy potrzeb. Analiza potrzeb nie uwzględnia jednak zakresu potrzeb (np. nie uwzględnia potrzeb rehabilitacyjnych związanych z COVID-19, ani wzrostu potrzeb rehabilitacyjnych związanych z obecnym konfliktem w Ukrainie). Nie uwzględnia również pracowników pełniących funkcje w ramach uczelni lub inne funkcje poza systemem opieki zdrowotnej. Wyniki analizy potrzeb stanowią zatem niedoszacowanie liczby faktycznie potrzebnych fizjoterapeutów w przeliczeniu na pełne etaty.
- Odsetek fizjoterapeutów zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej jest znacznie niższy niż podaż fizjoterapeutów. Zapewnienie zaspokojenia nawet podstawowych potrzeb wymaga inwestycji w znaczną liczbę nowych miejsc pracy dla fizjoterapeutów, z uwzględnieniem proporcji wymaganych w warunkach ambulatoryjnych i środowiskowych.
- W zależności od możliwości zwiększenia i obsadzenia miejsc pracy w sektorze fizjoterapii, z czasem może być konieczne zmniejszenie rocznego wzrostu podaży fizjoterapeutów. Projekcje pokazują, że zmniejszenie wzrostu podaży rocznie o 10% doprowadziłoby w ciągu 20 lat do liczby 122 732 fizjoterapeutów (w porównaniu do 128 976 przy obecnym tempie zmian). W przypadku znacznych inwestycji w miejsca pracy w sektorze fizjoterapii może być wskazane zwiększenie podaży; wzrost o 5% w stosunku do obecnego tempa zmian doprowadziłby do liczby 132 098 fizjoterapeutów w ciągu 20 lat (Tabela 12a i 12b).

**Tabela 12a. Aktualny stan fizjoterapeutów w Polsce**

<b>Bieżąca podaż</b>	66 536		
<b>Bieżąca roczna zmiana w podaży</b>	+3122 pa		
<b>Roczne rozbitcie zmian w podaży</b>	<i>Absolwenci</i>	<i>Imigracja</i>	<i>Emigracja i inne formy odpływu pracowników</i>
	+4485 pa	+66 pa	-1429 pa
<b>Bieżące zatrudnienie</b>	43 180	Dane niedostępne	Dane niedostępne
<b>Potrzebne FTE</b>	50 714	Dane niedostępne	Dane niedostępne

pa: rocznie.

**Tabela 12b. Scenariusze projekcji dla fizjoterapeutów**

SCENARIUSZ Wzrost zmian w podaży rocznie	Zmiana w podaży rocznie	Wpływ na podaż i poziom obsady <sup>a</sup> (na 10 000) oraz wymagane dodatkowe miejsca pracy											
		5 lat			10 lat			15 lat			20 lat		
		Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy
0%	3122	82 146	21,90	38 966	97 756	26,46	54 576	113 366	31,34	70 186	128 976	36,55	85 796
-10%	2810	80 585	21,48	37 405	94 634	25,61	51 454	108 683	30,04	65 503	122 732	34,79	79 552
-5%	2966	81 366	21,69	38 186	96 195	26,04	53 015	111 025	30,69	67 845	125 854	35,67	82 674
5%	3278	82 927	22,10	39 747	99 317	26,88	56 137	115 708	31,98	72 528	132 098	37,44	88 918
10%	3434	83 707	22,31	40 527	100 878	27,30	57 698	302 634	83,65	259 454	907 902	257,32	864 722

<sup>a</sup>Uwzględnia zmianę liczebności populacji w czasie.

## 5.2 Terapeuci zajęciowi

- Jeżeli obecne tempo zmian w podaży się utrzyma, to za 20 lat w Polsce będzie 10 020 terapeutów zajęciowych. Do liczby potrzebnej do zaspokojenia podstawowych potrzeb zabrakłoby 21 281 pracowników.
- Aby zaspokoić podstawowe zapotrzebowanie na terapię zajęciową w populacji, obecne tempo zmian rocznie musiałyby wzrosnąć o 1050% do 1162 terapeutów zajęciowych w ciągu 20 lat. Aby w ciągu 10 lat zwiększyć podaż terapeutów zajęciowych do potrzebnych FTE, należałoby zwiększyć tempo zmian o około 2200%, czyli 2323 rocznie. Wiązałoby się to z inwestycjami w odpowiednią liczbę miejsc pracy dla terapeutów zajęciowych w tym czasie.
- Bardziej konserwatywny wzrost o 50% do 152 rocznie w ciągu 20 lat zwiększyłby liczbę terapeutów zajęciowych w Polsce do 11 030 (Tabela 13a i 13b).

Tabela 13a. Aktualny stan terapeutów zajęciowych w Polsce

<b>Bieżąca podaż</b>	8000		
<b>Bieżąca roczna zmiana w podaży</b>	+101 pa		
<b>Roczne rozbięcie zmian w podaży</b>	<i>Absolwenci</i>	<i>Imigracja</i>	<i>Emigracja i inne formy odpływu pracowników</i>
	+99 pa	+2 pa	–0 pa
<b>Bieżące zatrudnienie</b>	2397	Dane niedostępne	Dane niedostępne
<b>Potrzebne FTE</b>	31 301	Dane niedostępne	Dane niedostępne

pa: rocznie.

Tabela 13b. Scenariusze projekcji dla terapeutów zajęciowych

SCENARIUSZ Wzrost zmian w podaży rocznie	Zmiana w podaży rocznie	Wpływ na podaż i poziom obsady <sup>a</sup> (na 10 000) oraz wymagane dodatkowe miejsca pracy											
		5 lat			10 lat			15 lat			20 lat		
		Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy
<b>0%</b>	101	8505	2,27	6108	9010	2,44	6613	9515	2,63	7118	10 020	2,84	7623
<b>50%</b>	152	8758	2,33	6361	9515	2,58	7118	10 273	2,84	7876	11 030	3,13	8633
<b>80%</b>	182	8909	2,37	6512	9818	2,66	7421	10 727	2,97	8330	11 636	3,30	9239
<b>100%</b>	202	9010	2,40	6613	10 020	2,71	7623	11 030	3,05	8633	12 040	3,41	9643
<b>1050%</b>	1162	13 808	3,68	11 411	19 615	5,31	17 218	25 423	7,03	23 026	<b>31 230</b>	8,85	28 833
<b>2200%</b>	2323	19 615	5,23	17 218	<b>31 230</b>	8,45	28 833						

<sup>a</sup>Uwzględnia zmianę liczebności populacji w czasie.

## 5.3 Protetycy i ortotycy

- Liczba protetyków i ortotyków w Polsce zmniejsza się obecnie o 4 pracowników rocznie. Jeśli to tempo się utrzyma, za 20 lat w Polsce będzie 229 protetyków i ortotyków. Do liczby potrzebnej do zaspokojenia podstawowych potrzeb zabrakłoby 16 729 pracowników.
- Aby za 20 lat Polska mogła zaspokoić podstawowe potrzeby w zakresie protetyków i ortotyków, konieczne jest radykalne zwiększenie rocznej podaży o 21 000%, co odpowiada 836 nowym pracownikom rocznie. Równocześnie konieczne byłoby odpowiednie zwiększenie refundacji w sektorze wyrobów medycznych i inwestycje w miejsca pracy dla protetyków i ortotyków, aby zapewnić ich absorpcję w opiece zdrowotnej, także w lokalnej społeczności.
- Bardziej konserwatywny wzrost o 550% rocznie, czyli 18 pracowników rocznie przez 20 lat, zwiększyłby liczbę protetyków i ortotyków w Polsce do 509 pracowników (Tabela 14a i 14b).

**Tabela 14a. Aktualny stan protetyków i ortotyków w Polsce**

<b>Bieżąca podaż</b>	149		
<b>Bieżąca roczna zmiana w podaży</b>	-4 pa		
<b>Roczne rozbitcie zmian w podaży</b>	<i>Absolwenci</i>	<i>Imigracja</i>	<i>Emigracja i inne formy odpływu pracowników</i>
	+7 pa <sup>a</sup>	+2 pa	-5 pa
<b>Bieżące zatrudnienie</b>	65	Dane niedostępne	Dane niedostępne
<b>Potrzebne FTE</b>	16 958	Dane niedostępne	Dane niedostępne

pa: rocznie.

<sup>a</sup>Wartość szacunkowa obliczona przez podzielenie liczby protetyków i ortotyków przez liczbę lat ich kształcenia w Polsce (20 lat).

**Tabela 14b. Scenariusze projekcji dla protetyków i ortotyków**

SCENARIUSZ Wzrost zmian w podaży rocznie <sup>a</sup>	Zmiana w podaży rocznie	Wpływ na podaż i poziom obsady <sup>b</sup> (na 10 000) oraz wymagane dodatkowe miejsca pracy											
		5 lat			10 lat			15 lat			20 lat		
		Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy
0%	-4	169	0,05	104	189	0,05	124	209	0,06	144	229	0,06	144
250%	6	179	0,05	114	209	0,06	144	239	0,07	174	269	0,08	174
550%	18	239	0,06	174	329	0,09	264	419	0,12	354	509	0,14	354
21 000%	836	4329	1,15	4264	8509	2,30	8444	12 689	3,51	12 624	<b>16 869</b>	4,78	12 624
42 000%	1676	8529	2,27	8464	<b>16 909</b>	4,58	16 844	25 289	6,99	25 224	33 669	9,54	25 224

<sup>a</sup>Ponieważ bieżąca zmiana w skali roku jest ujemna, zmiana procentowa jest mnożona jako wartość ujemna.

<sup>b</sup>Uwzględnia zmianę liczebności populacji w czasie.

## 5.4 Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej

- Liczba lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w Polsce zmniejsza się obecnie o około 100 pracowników rocznie. Jeżeli to tempo się utrzyma, za 20 lat w Polsce będzie tylko 61 lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej.
- Aby za 20 lat Polska mogła zaspokoić podstawowe zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, konieczne jest zwiększenie rocznej podaży o 1200%, co odpowiada 1100 nowym pracownikom rocznie. Równocześnie konieczne byłyby odpowiednie inwestycje w miejsca pracy dla lekarzy rehabilitacji medycznej, aby zapewnić ich absorpcję w opiece zdrowotnej.
- Bardziej konserwatywny wzrost o 550% rocznie, czyli 450 pracowników rocznie przez 20 lat, zwiększyłby liczbę lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w Polsce do 11 061 pracowników (Tabela 15a i 15b).

Tabela 15a. Aktualny stan lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w Polsce

<b>Bieżąca podaż</b>	2061		
<b>Bieżąca roczna zmiana w podaży</b>	-100 pa		
<b>Roczne rozbieżności zmian w podaży</b>	<i>Absolwenci</i>	<i>Imigracja</i>	<i>Emigracja i inne formy odpływu pracowników</i>
	+44 pa	+12 pa	-151
<b>Bieżące zatrudnienie</b>	2061	Dane niedostępne	Dane niedostępne
<b>Potrzebne FTE</b>	24 580	Dane niedostępne	Dane niedostępne

pa: rocznie.

Tabela 15b. Scenariusze projekcji dla lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej

SCENARIUSZ Wzrost zmian w podaży rocznie <sup>a</sup>	Zmiana w podaży rocznie	Wpływ na podaż i poziom obsady <sup>b</sup> (na 10 000) oraz wymagane dodatkowe miejsca pracy											
		5 lat			10 lat			15 lat			20 lat		
		Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy
<b>0%</b>	-100	1561	0,42	-1068	1061	0,29	-1568	561	0,16	-2068	61	0,02	-2568
<b>250%</b>	150	2811	0,75	182	3561	0,96	932	4311	1,19	1682	5061	1,43	2432
<b>550%</b>	450	4311	1,15	1682	6561	1,78	3932	8811	2,44	6182	11 061	3,13	8432
<b>1200%</b>	1100	7561	2,02	4932	13 061	3,54	10 432	18 561	5,13	15 932	<b>24 061</b>	6,82	21 432
<b>2400%</b>	2300	13 561	3,61	10 932	<b>25 061</b>	6,78	22 432	36 561	10,11	33 932	48 061	13,62	45 432

<sup>a</sup>Ponieważ bieżąca zmiana w skali roku jest ujemna, zmiana procentowa jest mnożona jako wartość ujemna.

<sup>b</sup>Uwzględnia zmianę liczebności populacji w czasie.

## 5.5 Logopedzi

- Jeżeli obecne tempo zmian w podaży się utrzyma, Polska zaspokoi podstawowe zapotrzebowanie na logopedów za około 20 lat. Równocześnie należałoby zainwestować w miejsca pracy dla logopedów, szczególnie w systemie opieki zdrowotnej, gdzie ich najbardziej brakuje, aby zapewnić ich absorpcję w usługach.
- Wzrost o 90%, do 1296 pracowników rocznie, umożliwiłby Polsce zaspokojenie podstawowego zapotrzebowania na logopedów w ciągu 10 lat (Tabela 16a i 16b).

Tabela 16a. Aktualny stan logopedów w Polsce

Bieżąca podaż	2752		
Bieżąca zmiana w podaży pa	692 pa		
Roczne rozbitcie zmian w podaży	<i>Absolwenci</i>	<i>Imigracja</i>	<i>Emigracja i inne formy odpływu pracowników</i>
	692 pa	0 pa	10 pa
Bieżące zatrudnienie	Brak danych	Dane niedostępne	Dane niedostępne
Potrzebne FTE	14 785	Dane niedostępne	Dane niedostępne

pa: rocznie.

Tabela 16b. Scenariusze projekcji dla logopedów

SCENARIUSZ Wzrost zmian w podaży rocznie	Zmiana w podaży rocznie	Wpływ na podaż i poziom obsady <sup>a</sup> (na 10 000) oraz wymagane dodatkowe miejsca pracy											
		5 lat			10 lat			15 lat			20 lat		
		Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy	Liczba	Poziom obsady	Miejsca pracy
0%	692	5310	1,42	Brak danych	8720	2,36	Brak danych	12 130	3,35	Brak danych	15 540	4,40	Brak danych
10%	750	6503	1,73		10 254	2,78		14 005	3,87		17 756	5,03	
20%	818	6844	1,82		10 936	2,96		15 028	4,15		19 120	5,42	
50%	1023	7867	2,10		12 982	3,51		18 097	5,00		23 212	6,58	
90%	1296	9231	2,46		15 710	4,25		47 130	13,03		141 390	40,07	

<sup>a</sup>Uwzględnia zmianę liczebności populacji w czasie.





## 6. Wnioski

W krajowej ocenie pracowników sektora rehabilitacji w Polsce wykorzystano szereg metod, aby przeanalizować i zrozumieć sytuację oraz różne czynniki, które ją kształtują. Ujawniła ona zarówno mocne strony, które można wykorzystać, jak i obszary wymagające inwestycji i działań. Poniższe wnioski z ewaluacji, choć nie wyczerpują wszystkich ustaleń, odzwierciedlają najważniejsze z nich, sformułowane przez RWTT i inne zainteresowane strony zajmujące się rehabilitacją.

## 6.1 Mocne strony pracowników sektora rehabilitacji w Polsce

1. W Ministerstwie Zdrowia oraz Ministerstwie Edukacji i Nauki istnieje silne zaangażowanie na rzecz stworzenia profesjonalnej i sprawnej interdyscyplinarnej kadry pracowników sektora rehabilitacji, która może być wzorem dla innych krajów Europy Wschodniej.
2. Na ogół istnieje instytucjonalna zdolność do zapewnienia wysokiej jakości kształcenia i przyznawania tytułów licencjata i/lub magistra dla większości grup zawodowych.
3. Fizjoterapia ma ugruntowaną pozycję i jest zintegrowana z polskim systemem ochrony zdrowia, jest także liderem i propagatorem dalszego rozwoju pracowników sektora rehabilitacji (czego dowodem jest zainicjowanie tej oceny przez KIF we współpracy z biurem WHO w Polsce).
4. Chociaż rehabilitacja medyczna jako specjalizacja cieszy się coraz mniejszą popularnością, grupa lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej ma swoją reprezentację w środowisku medycznym, jest dostępna i może zapewniać opiekę pacjentom z bardzo złożonymi przypadkami.
5. Emigracja pracowników sektora rehabilitacji jest ograniczona, co oznacza, że kraj otrzymuje zwrot z inwestycji na edukację i szkolenia.
6. Bezrobocie wśród pracowników sektora rehabilitacji jest stosunkowo niskie (choć nadal stanowi problem dla terapeutów zajęciowych oraz logopedów).
7. Podaż pracowników sektora rehabilitacji wzrasta (z wyjątkiem lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej), a kariera zawodowa w dziedzinie rehabilitacji wydaje się zyskiwać na popularności, o czym świadczą zgłoszenia i przyjęcia na studia w obszarach rehabilitacji.
8. Kształcenie pracowników sektora rehabilitacji jest w większości regulowane w całym kraju, a wymagania dotyczące praktyki są wysokie lub rosną.
9. Regulacja zawodów związanych z rehabilitacją postępuje, trwają prace nad wzmocnieniem regulacji dotyczących terapeutów zajęciowych, logopedów i psychologów klinicznych.
10. Większość pracowników sektora rehabilitacji jest młoda, zaś pracownicy nie stoją przed takim samym wyzwaniem związanym z podażą, jak lekarze (z wyjątkiem specjalistów rehabilitacji medycznej) i pielęgniarki.

## 6.2 Wnioski i wyłaniające się zagadnienia dotyczące pracowników sektora rehabilitacji w Polsce

### 6.2.1 Dyspozycyjność pracowników sektora rehabilitacji

1. Występuje niedobór pracowników sektora rehabilitacji w stosunku do potrzeb populacji. Niedobór ten jest szczególnie dotkliwy w przypadku terapeutów zajęciowych, logopedów oraz protetyków i ortotyków.
2. Zapotrzebowanie na pracowników sektora rehabilitacji nie odzwierciedla liczby miejsc pracy potrzebnych do zaspokojenia potrzeb populacji. Rozbieżność między zapotrzebowaniem a potrzebami dotyczy wszystkich zawodów sektora rehabilitacji, ale jest najbardziej widoczna w przypadku logopedów, terapeutów zajęciowych, którzy posiadają przynajmniej tytuł licencjata terapii zajęciowej oraz protetyków i ortotyków.

3. Niska wydajność pracowników osłabia ich dyspozycyjność poprzez zmniejszenie ich produktywności; jest to spowodowane głównie problemami ze świadczeniem usług oraz nieodpowiednim wyposażeniem i infrastrukturą.

### 6.2.2 Dostępność pracowników sektora rehabilitacji

1. Pracownicy sektora rehabilitacji są zatrudnieni głównie w placówkach leczenia zamkniętego, a ich dyspozycyjność w placówkach ambulatoryjnych i środowiskowych jest niewystarczająca. Wydaje się, że wynika to w dużej mierze z faktu, że większość miejsc pracy znajduje się w sektorze publicznym, podczas gdy większość usług ambulatoryjnych jest świadczona przez sektor prywatny, który zatrudnia znacznie mniejszy odsetek pracowników sektora rehabilitacji.
2. Niewystarczająca jest liczba pracowników sektora rehabilitacji w mniejszych powiatach i na obszarach wiejskich, a także ograniczone są zachęty i strategie mające na celu przyciągnięcie lub zatrzymanie pracowników na tych obszarach.
3. Technologia i innowacje, mimo że w ostatnich latach bardzo się rozwinęły, są nadal niewystarczająco wykorzystywane jako mechanizmy zwiększające dostęp do pracowników sektora rehabilitacji dla osób z obszarów o ograniczonym dostępie do usług.

### 6.2.3 Akceptowalność pracowników sektora rehabilitacji

1. Świadomość i wiedza społeczeństwa na temat roli i znaczenia rehabilitacji jest ograniczona, co wpływa na sposób, w jaki ludzie poszukują usług i oceniają je, a w konsekwencji sprawia, że niektóre potrzeby nie są zaspokajane. Ograniczona wiedza na ten temat jest szczególnie widoczna w przypadku terapeutów zajęciowych.
2. Wśród pracowników ochrony zdrowia nie ma dostatecznej świadomości roli rehabilitacji w zespołach opieki zdrowotnej ani wpływu rehabilitacji na wyniki leczenia pacjentów. Ma to negatywny wpływ na praktyki w zakresie skierowań oraz na skuteczność włączania pracowników sektora rehabilitacji w opiekę nad pacjentami.

### 6.2.4 Jakość pracowników sektora rehabilitacji

1. Wśród pracowników sektora rehabilitacji istnieją deficyty kompetencyjne, szczególnie w zakresie uczenia się i rozwoju, zarządzania i przywództwa oraz badań naukowych. Wskazuje to na możliwość wzmocnienia edukacji i szkoleń w tych zakresach.
2. Poziom kompetencji jest niespójny zarówno w obrębie grup zawodowych zajmujących się rehabilitacją, jak i pomiędzy tymi grupami, co odzwierciedla różnice w kształceniu i szkoleniu, a także nieodpowiedni stopień tworzenia i weryfikacji standardów kompetencji.
3. W środowisku pracowników sektora rehabilitacji brakuje praktyki opartej na dowodach naukowych, co jest spowodowane brakiem inwestycji w umiejętności badawcze, brakiem dostępu do wytycznych i protokołów klinicznych oraz ich niedostatecznym stosowaniem, a także ograniczonymi mechanizmami dzielenia się wiedzą i jej upowszechniania.
4. Pracownikom sektora rehabilitacji brakuje odpowiedniego dostępu do superwizji, wsparcia i mentoringu, w tym ze strony kolegów, szczególnie w przypadku osób pracujących w bardziej odległych miejscach. Utrudnia to przygotowanie nowych specjalistów i może zagrażać bezpieczeństwu pacjentów.
5. Nie ma wystarczających możliwości zdobycia specjalizacji kierunkowej, zwłaszcza przez terapeutów zajęciowych, co ogranicza możliwości pracowników sektora rehabilitacji w zakresie zaspokajania bardziej złożonych potrzeb pacjentów.

### 6.2.5 Uznawanie i monitorowanie pracowników sektora rehabilitacji

1. Dane dotyczące rynku pracy dla pracowników sektora rehabilitacji nie są odpowiednio gromadzone i opracowywane, co utrudnia monitorowanie i skuteczne planowanie jego rozwoju. Dane dotyczące pracowników sektora rehabilitacji nie zawierają kluczowych wskaźników ani nie obejmują wszystkich zawodów związanych z rehabilitacją.
2. Istnieje redukcjonistyczne rozumienie pracowników sektora rehabilitacji, według którego składa się on głównie z fizjoterapeutów oraz w pewnym stopniu do lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej. Inne kluczowe grupy zawodowe, takie jak logopedzi, psychologowie kliniczni, protetycy i ortotycy oraz terapeuci zajęciowi nie są odpowiednio uwzględnione.



## 7. Zalecenia

Poniższe zalecenia są odpowiedzią na wnioski z oceny i określają szerokie obszary inwestycji i działań. Po zatwierdzeniu zostaną one wykorzystane do opracowania kompleksowego planu działania, który będzie oparty na bardziej szczegółowych informacjach zawartych w wynikach oceny. Zalecenia dotyczą jednocześnie wymiarów: dyspozycyjności, dostępności, akceptowalności i jakości, tzn. każde z nich może odnosić się do wielu kwestii wskazanych we wnioskach niniejszego raportu. Dlatego zalecenia nie są uporządkowane według obszarów, tak jak wnioski, ale zgodnie z podejściem strategicznym.

## 7.1 Wzmocnienie zasobu pracowników sektora rehabilitacji

1. Wzmocnienie zdolności instytucjonalnych w zakresie kształcenia i szkolenia pracowników sektora rehabilitacji; zapewnienie instytucjom dostępu do odpowiedniej infrastruktury do kształcenia studentów; wsparcie zatrudnienia wykładowców z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem oraz opracowanie programów nauczania opartych na kompetencjach dostosowanych do standardów międzynarodowych.
2. Wzmocnienie, sformalizowanie i ujednoczenie kształcenia i szkolenia terapeutów zajęciowych oraz protetyków i ortotyków.
3. Wzmocnienie interdyscyplinarnej współpracy wśród pracowników sektora rehabilitacji i poza nim.
4. Wdrożenie formalnych i nieformalnych mechanizmów wsparcia, superwizji i mentoringu.
5. Opracowanie krajowych wytycznych dla rehabilitacji w zakresie praktyki klinicznej opartej na dowodach naukowych oraz mechanizmów zapewniających ich upowszechnianie.

## 7.2 Przyciągnięcie i zatrzymanie pracowników sektora rehabilitacji

1. Określanie i tworzenie możliwości dalszego rozwoju kariery zawodowej dla pracowników sektora rehabilitacji, w tym możliwości awansu zawodowego, rozwoju specjalizacji kierunkowej lub pracy naukowej i akademickiej.
2. Wzmocnienie systemu zachęt w celu przyciągnięcia i zatrzymania pracowników sektora rehabilitacji, w szczególności terapeutów zajęciowych, oraz zwiększenia ich dyspozycyjności w obszarach o niedostatecznej dostępności usług.
3. Zapewnienie wszystkim pracownikom sektora rehabilitacji wszelkiego sprzętu, materiałów eksploatacyjnych i infrastruktury umożliwiających wydajną pracę.

## 7.3 Organizacja pracowników sektora rehabilitacji

1. Przeanalizowanie systemów delegowania i rozmieszczania pracowników w celu zapewnienia większej liczby pracowników na obszarach o niedostatecznej dostępności usług.
2. Dopracowanie podziału zadań związanych z rehabilitacją w celu zwiększenia wydajności i ułatwienia dostępu do podstawowych interwencji.
3. Wykorzystanie asystentów rehabilitacyjnych do optymalizacji istniejącej kadry pracowniczej poprzez bardziej efektywny i racjonalny podział zadań.

## 7.4 Stwarzanie możliwości pracownikom sektora rehabilitacji

1. Rozwijanie potencjału stowarzyszeń i organizacji zawodowych sektora rehabilitacji w celu promowania, wspierania i rozwijania programu na rzecz pracowników sektora rehabilitacji.
2. Rozwijanie i wzmacnianie możliwości w zakresie telezdrowia w celu zwiększenia dostępu do pracowników sektora rehabilitacji.
3. Wzmocnienie struktury i ram prawnych w celu sklasyfikowania i uregulowania na poziomie krajowym wszystkich pracowników sektora rehabilitacji.

## 7.5 Mechanizmy wdrażania zaleceń

1. Wzmocnienie działań na rzecz pracowników sektora rehabilitacji, w tym poprzez kształcenie pracowników ochrony zdrowia przed i po rozpoczęciu pracy zawodowej, kampanie i większą reprezentację pracowników sektora rehabilitacji w gremiach decyzyjnych.
2. Stworzenie krajowej interdyscyplinarnej grupy roboczej ds. rehabilitacji, kierowanej przez Ministerstwo Zdrowia, która mogłaby nadzorować stały rozwój pracowników sektora rehabilitacji zgodnie z celami systemu opieki zdrowotnej.
3. Włączenie rehabilitacji do Krajowego Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.
4. Wzmocnienie partnerstw międzynarodowych w celu poszerzenia możliwości prowadzenia badań i dzielenia się wiedzą.







## 8. Przypisy

1. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C et al. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2014 ([https://www.who.int/publications/m/item/hrh\\_universal\\_truth](https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth), access 11 May 2023).
2. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>, access 11 May 2023).
3. Health labour market analysis guidebook. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348069>, access 11 May 2023).
4. Health systems strengthening glossary. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>, access 11 May 2023).
5. Decent work. Geneva: International Labour Organization; 2021 (<https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>, access 11 May 2023).
6. Rehabilitation competency framework. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338782>, access 11 May 2023).
7. Castro Lopes S, Guerra-Arias M, Buchan J, Pozo-Martin F, Nove A. A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Hum Resour Health*. 2017;15:21. doi: 10.1186/s12960-017-0195-2.
8. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>, access 11 May 2023).
9. National health workforce accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259360>, access 11 May 2023).
10. Araujo EC, Evans TG, Maeda A. Using economic analysis in health workforce policy-making. *Oxf Rev Econ Policy*. 2016;32:41-63. doi: 10.1093/oxrep/grw001.
11. Mills J, Marks E, Reynolds T, Cieza A. Rehabilitation: essential along the continuum of care. In: Jamison D, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock C, et al., editors. *Disease Control Priorities* (third edition). Washington (DC): World Bank. doi: 10.1596/978-1-4648-0527-1\_ch15.
12. Podstawowe dane. Na: Główny Urząd Statystyczny/Strona główna [strona internetowa]. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2022 (<https://stat.gov.pl/podstawowe-dane/>, dostęp 11 maja 2023).
13. Poland. In: UNdata/country index [website]. New York: United Nations Data; 2022 (<https://data.un.org/en/iso/pl.html>, access 11 May 2023).
14. Operational data portal: Ukraine refugee situation. Geneva: UNHCR; 2022 (<https://data2.unhcr.org/en/situations/ukraine/location?secret=unhcrrestricted>, access 11 May 2023).
15. Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 30 czerwca, 2021. Na: Główny Urząd Statystyczny/ Obszary tematyczne [strona internetowa]. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2021 (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-30-06-2021,6,30.html>, dostęp 11 maja 2023).
16. Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021. State of Health in the EU. Bruksela: OECD Publishing, Paryż; 2021 ([https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_poland\\_polish.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf), dostęp 11 maja 2023).

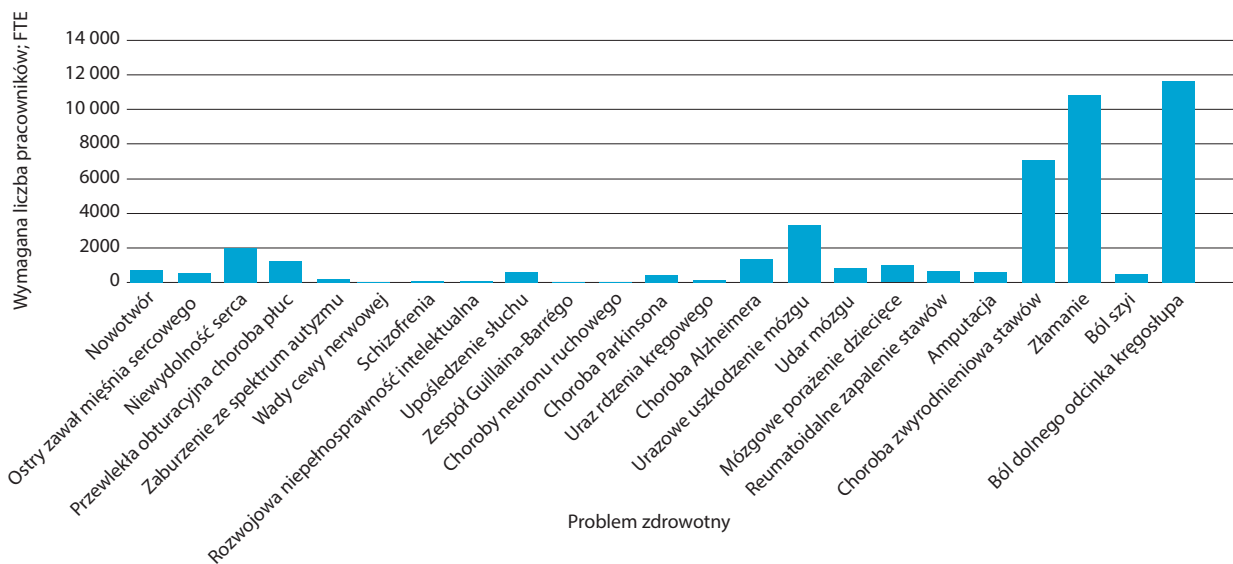
17. Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 roku. Na: Główny Urząd Statystyczny/ Obszary tematyczne/ Rynek pracy [strona internetowa]. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2021 (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/zatrudnienie-i-wynagrodzenia-w-gospodarce-narodowej-w-2020-roku,1,41.html>, dostęp 11 maja 2023).
18. Narodowy Program Zdrowia. Na: Serwis Rzeczypospolitej Polskiej/ Ministerstwo Zdrowia/ Programy i projekty [strona internetowa]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej; 2022 (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1>, dostęp 11 maja 2023).
19. Mapy potrzeb zdrowotnych. Na: Serwis Rzeczypospolitej Polskiej/ Ministerstwo Zdrowia/ Programy i projekty [strona internetowa]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej; 2022 (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/mapa-potrzeb-zdrowotnych>, dostęp 11 maja 2023).
20. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030. Na: Serwis Rzeczypospolitej Polskiej/ Ministerstwo Zdrowia/ Programy i projekty [strona internetowa]. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej; 2022 (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>, dostęp 11 maja 2023).
21. O nas. Na: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego [strona internetowa]. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2022 (<https://www.cmkp.edu.pl/o-nas>, dostęp 11 maja 2023).
22. Education at a glance 2019: OECD indicators. Country note: Poland. Paris: OECD Publishing; 2019 ([https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2019\\_f8d7880d-en](https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2019_f8d7880d-en), access 11 May 2023).
23. Workforce. In: World Health Organization/ Integrating rehabilitation into health systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/activities/integrating-rehabilitation-into-health-systems/workforce#:~:text=The%20rehabilitation%20workforce%20is%20composed,%2C%20workplaces%2C%20and%20people's%20homes>, access 11 May 2023).
24. Statut Polskiego Stowarzyszenia Terapii Zajęciowej. Kraków: Polskie Stowarzyszenie Terapii Zajęciowej; 2016 (<http://pstz.org.pl/wp-content/uploads/2018/07/Statut-PSTZ.pdf>, dostęp 11 maja 2023).
25. Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty z dnia 25 września 2015 r. Dziennik Ustaw. Warszawa: Krajowa Izba Fizjoterapeutów; 2015 (<https://kif.info.pl/ustawa-o-zawodzie-fizjoterapeuty/>, dostęp 11 maja 2023).
26. Physiotherapy in Poland – facts. Warszawa: Krajowa Izba Fizjoterapeutów; 2022 (<https://kif.info.pl/polish-chamber-physiotherapists/>, access 11 May 2023).
27. Polskie Towarzystwo Ortotyki i Protetyki Narządu Ruchu [strona internetowa]. Radom: Polskie Towarzystwo Ortotyki i Protetyki Narządu Ruchu; 2022 (<https://www.ptoipr.pl/>, dostęp 11 maja 2023).
28. Toeplitz Z, Toeplitz-Winiewska M. The Polish Psychological Association. Eur Psychol. 1996;1:228–30. doi: 10.1027/1016-9040.1.3.228.
29. Polskie Towarzystwo Rehabilitacji [strona internetowa]. Zamość: Polskie Towarzystwo Rehabilitacji; 2022 (<https://www.ptreh.com/>, dostęp 11 maja 2023).
30. Polski Związek Logopedów [strona internetowa]. Warszawa: Polski Związek Logopedów; 2022 (<https://logopeda.org.pl/>, dostęp 11 maja 2023).

31. Population dynamics [online database]. In: United Nations/Department of Economics and Social Affairs, Population division/ World Population Prospects 2022. New York: United Nations; 2022 (<https://population.un.org/wpp/Download/Archive/Standard/>, access 11 May 2023).
32. Health Education England. The Future of the Orthotic and Prosthetic Workforce in England. Response to the NHS England report 'Improving the Quality of Orthotic Services in England'. London: NHS and Health Education England; 2017 ([https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Orthotic%20Report%20%20Final%20Version\\_0.pdf](https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Orthotic%20Report%20%20Final%20Version_0.pdf), access 11 May 2023).
33. Kierunki studiów [strona internetowa]. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2022 ([https://www.wum.edu.pl/kierunki-studiow?field\\_rodzaj\\_value=All](https://www.wum.edu.pl/kierunki-studiow?field_rodzaj_value=All), dostęp 11 maja 2023).

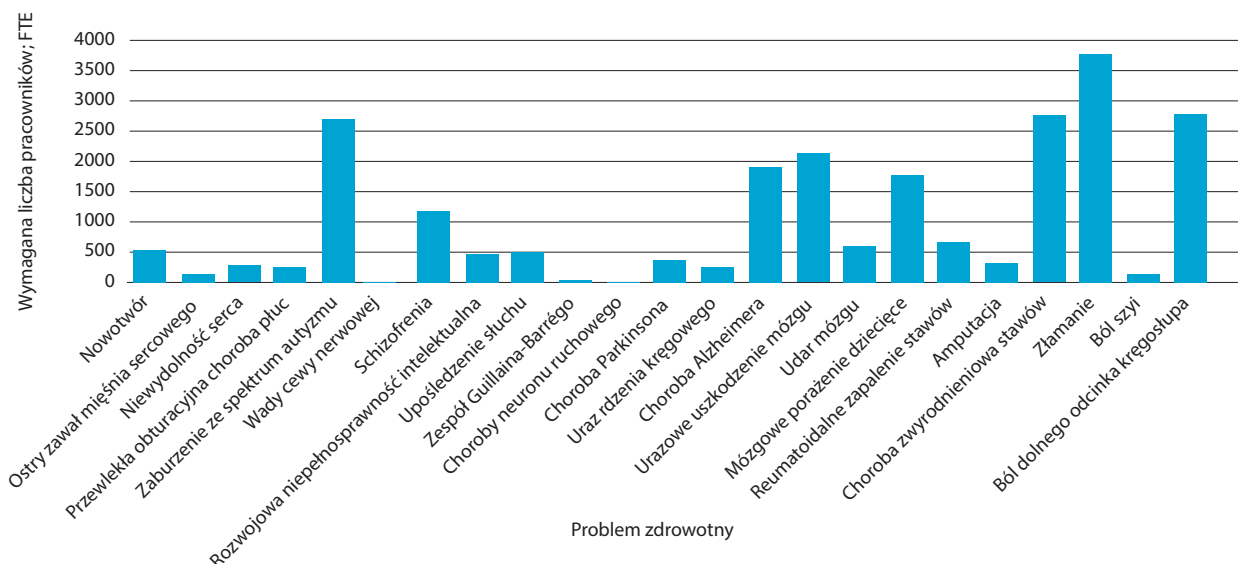
## Załącznik 1. Podział czasu pracy pracownika sektora rehabilitacji według wybranych problemów zdrowotnych

Podział pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty według poszczególnych problemów zdrowotnych odzwierciedla zarówno czas potrzebny do przeprowadzenia niezbędnej rehabilitacji, jak i powszechność lub częstość występowania danego problemu zdrowotnego w Polsce. Uwaga: liczba FTE przedstawiona na poniższych wykresach to liczba potrzebnych pracowników w pełnym wymiarze godzin, a nie liczba aktualnie dostępnych pracowników. Dane na tych wykresach nie uwzględniają czasu niezwiązanego z zabiegami.

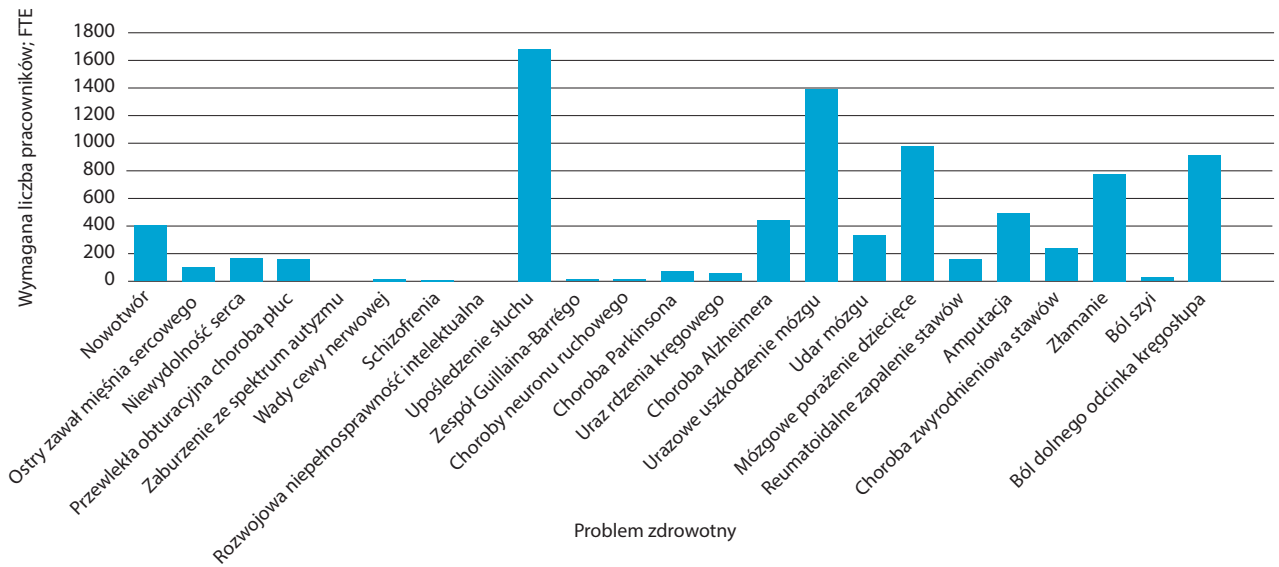
### Fizjoterapeuci



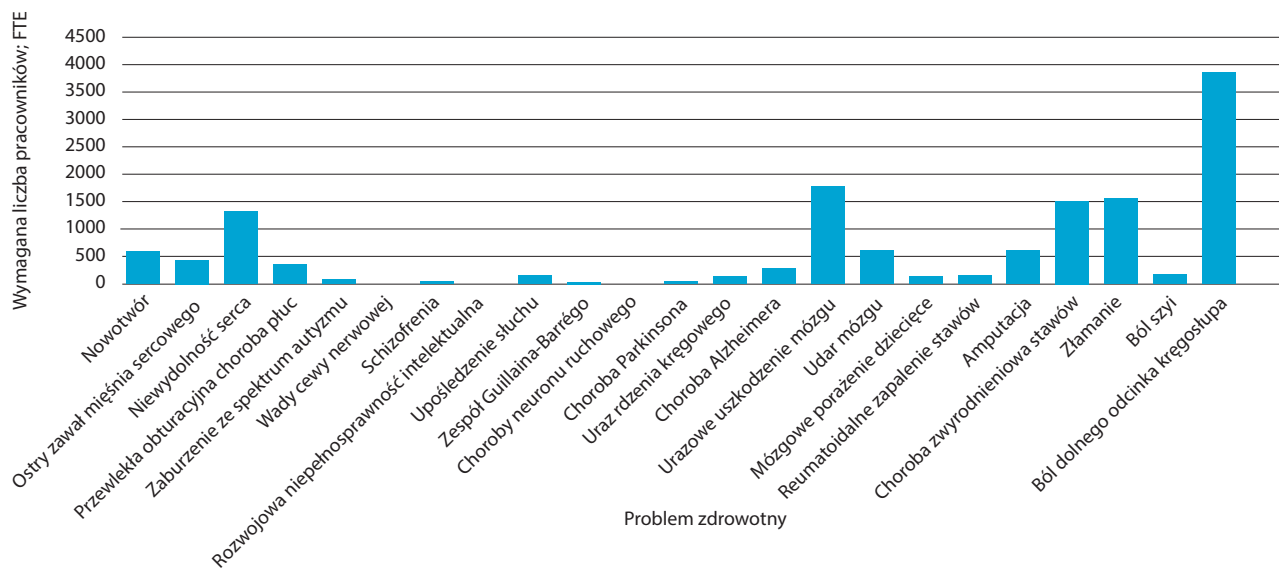
### Terapeuci zajęciowi



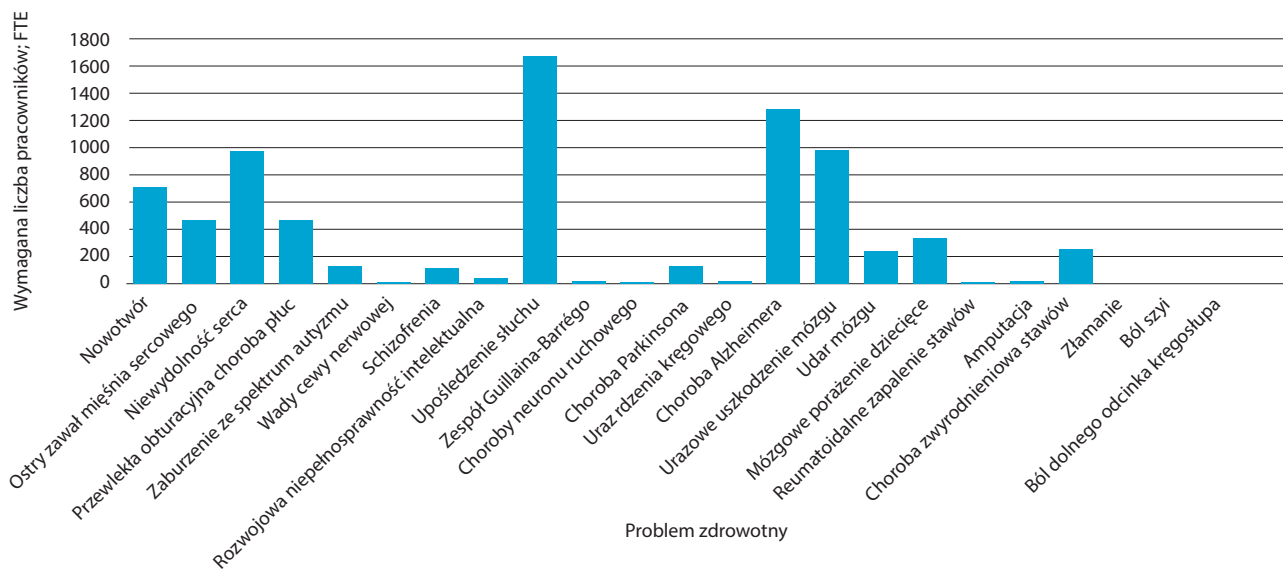
## Protetycy i ortotycy



## Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej



## Logopedzi



## Załącznik 2. Analiza zainteresowanych stron

### Zainteresowane strony związane z personelem rehabilitacyjnym

Zainteresowane strony (według grup)	Opis i kluczowe role związane z pracownikami sektora rehabilitacji
<b>Ministerstwa</b>	
Ministerstwo Zdrowia (Spotkanie 5 listopada 2021 roku)	<p>Ministerstwo Zdrowia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>definiuje i określa priorytety polityki zdrowotnej, w tym polityki dotyczącej pracowników sektora rehabilitacji,</li> <li>opracowuje plany, które określają strategiczne kierunki działania pracowników sektora rehabilitacji i włącza je do szerszej polityki i planów w dziedzinie zdrowia,</li> <li>nadzoruje NFZ,</li> <li>nadzoruje wykonywanie zawodów medycznych,</li> <li>opracowuje i koordynuje realizację programów zdrowotnych,</li> <li>nadzoruje regulacje prawne dotyczące pracowników sektora rehabilitacji,</li> <li>sprawuje nadzór nad Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, NFZ, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytutem Badawczym oraz głównymi instytucjami ochrony zdrowia,</li> <li>zatwierdza programy specjalizacji oraz określa zakres i warunki świadczenia usług rehabilitacyjnych,</li> <li>współpracuje z samorządami zawodowymi i związkami zawodowymi w ochronie zdrowia,</li> <li>współpracuje z samorządami zawodowymi we wdrażaniu nowych rozwiązań systemowych dotyczących spraw zawodowych w ochronie zdrowia.</li> </ul> <p>Wraz z Ministerstwem Edukacji i Nauki Ministerstwo Zdrowia nadzoruje kształcenie na poziomie licencyjnym i podyplomowym przedstawicieli zawodów medycznych (w tym pracowników sektora rehabilitacji).</p>
Ministerstwo Edukacji i Nauki (Spotkanie 5 listopada 2021 roku)	<p>Ministerstwo Edukacji i Nauki, a w szczególności Departament Szkolnictwa Wyższego, odpowiada za realizację zadań w zakresie zapewnienia warunków organizacyjno-prawnych funkcjonowania uczelni oraz nadzoru nad zgodnym z prawem działaniem uczelni. Ministerstwo Edukacji i Nauki dysponuje m.in. budżetem na naukę i szkolnictwo wyższe ustalonym corocznie przez Radę Ministrów. Z tych środków jest finansowana m.in. działalność statutowa, stypendia naukowe czy pomoc materialna. Zadania Ministerstwa Edukacji i Nauki w kontekście pracowników rehabilitacji obejmują głównie nadzór nad zgodnym z prawem działaniem uczelni prowadzących kierunki studiów przygotowujące do wykonywania zawodów z zakresu rehabilitacji.</p> <p>Zgodnie z obowiązującymi przepisami: kierunek lekarski, fizjoterapia, logopedia terapia zajęciowa (w przypadku terapii zajęciowej kształcenie realizowane jest także w systemie oświaty) i psychologia są kierunkami powadzonymi na poziomie studiów.</p>
Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej	<p>Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej odpowiada za świadczenia społeczne, zatrudnienie oraz rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych. Zajmuje się kwestiami związanymi z godną pracą, w tym prawem pracy i rynkiem pracy, zatrudnianiem i przeciwdziałaniem bezrobociu (w tym pracownikami migrującymi), regulacjami dotyczącymi warunków pracy, ustalaniem płacy minimalnej oraz zapewnieniem praw i obowiązków pracownika. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej sprawuje nadzór nad Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Ministerstwo prowadzi również klasyfikację zawodów i specjalności.</p>
Sejmowa Komisja Zdrowia	<p>Sejmowa Komisja Zdrowia jest organem rządowym Sejmu RP. Pełni głównie funkcję opiniodawczą, rozpatruje projekty ustaw i aktów prawnych oraz uczestniczy w procesie legislacyjnym.</p>
Senacka Komisja Zdrowia	<p>Senacka Komisja Zdrowia jest organem rządowym Senatu RP. Pełni głównie funkcję opiniodawczą, rozpatruje projekty ustaw i aktów prawnych oraz uczestniczy w procesie legislacyjnym.</p>
<b>Organy administracji rządowej</b>	
Narodowy Fundusz Zdrowia (Spotkanie 8 listopada 2021 roku)	<p>NFZ pełni funkcję płatnika publicznego i jest instytucją finansującą świadczenia zdrowotne, w tym rehabilitację. Zawiera umowy z dostawcami świadczeń zgodnie z wymaganiami Ministerstwa Zdrowia dotyczącymi zasobów ludzkich zgłaszając zapotrzebowanie na pracowników potrzebnych do realizacji określonych świadczeń. NFZ działa poprzez oddziały wojewódzkie.</p>



## Cd.

Zainteresowane strony (według grup)	Opis i kluczowe role związane z pracownikami sektora rehabilitacji
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest konsultacyjno-doradczą jednostką organizacyjną, nadzorowaną przez Ministerstwo Zdrowia. Wspiera procesy decyzyjne dotyczące finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia w oparciu o Ocenę Technologii Medycznych. Agencja dostarcza Ministerstwu Zdrowia danych oraz informacji stanowiących wsparcie w procesie podejmowania decyzji refundacyjnych w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej, wydaje rekomendacje dotyczące kwalifikacji lub usunięcia świadczeń z pakietu usług medycznych, a także doradza w zakresie zmian w sposobie finansowania lub świadczenia usług i technologii medycznych.
Zakład Ubezpieczeń Społecznych (Spotkanie 9 listopada 2021 roku)	ZUS jest jednostką sektora finansów publicznych. Zajmuje się rehabilitacją w kontekście zapobiegania niepełnosprawności. Zawiera umowy z dostawcami świadczeń zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne z dnia 29 stycznia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 277).
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Spotkanie 16 listopada 2021 roku)	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zapewnia środki finansowe na rehabilitację zawodową i społeczną, a także wspiera samorządy lokalne w prowadzeniu ośrodków rehabilitacyjnych.
Urzędy Wojewódzkie	Urzędy wojewódzkie prowadzą postępowania kwalifikacyjne na szkolenia specjalistyczne dla lekarzy, fizjoterapeutów i innych pracowników ochrony zdrowia (w tym: psychologia kliniczna, neurologopedia i logopedia).
Organy regulacyjne	
Naczelna Izba Lekarska	Naczelna Izba Lekarska jest samorządem zawodowym, przyznającym lekarzom i lekarzom denty stom w Polsce prawo wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa. Poza prowadzeniem rejestru lekarzy i lekarzy denty stom Izba prowadzi bieżącą działalność związaną z opiniowaniem aktów prawnych, dbaniem o interesy grupy zawodowej, promowaniem zawodu wśród społeczeństwa, ustalaniem standardów pracy oraz dostarczaniem narzędzi ułatwiających codzienną praktykę. Prowadzi działalność administracyjną dla lekarzy i lekarzy denty stom – przyznaje licencje, wydaje zaświadczenia, realizuje pomoc socjalną, rozpatruje wnioski.
Krajowa Izba Fizjoterapeutów	KIF jest samorządem zawodowym, przyznającym wszystkim fizjoterapeutom w Polsce prawo wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa. Poza prowadzeniem rejestru fizjoterapeutów, Izba opiniuje akty prawne, dba o interesy grupy zawodowej, promuje zawód wśród społeczeństwa, ustala standardy pracy, a także dostarcza fizjoterapeutom narzędzi ułatwiających codzienną praktykę. Prowadzi działalność administracyjną na rzecz fizjoterapeutów, w tym - przyznaje licencje i wydaje zaświadczenia.
Organy akredytacyjne	
Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	Centrum Monitorowania Jakości jest centralną jednostką Ministerstwa Zdrowia, powołaną w celu wspierania działań podnoszących jakość usług medycznych świadczonych przez polskie placówki służby zdrowia. Działania Centrum obejmują przygotowywanie i prowadzenie szkoleń, prowadzenie i doskonalenie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, monitorowanie wskaźników jakości oraz ocenę jakości usług wyspospecialistycznych.
Polska Komisja Akredytacyjna	PKA jest niezależną, zewnętrzną instytucją działającą na rzecz zapewnienia i doskonalenia jakości prowadzonego przez uczelnie kształcenia. Odgrywa znaczącą rolę w polskim systemie szkolnictwa wyższego. Działania PKA mają przede wszystkim na celu wspomaganie uczelni w procesie doskonalenia jakości kształcenia oraz w tworzeniu polityki jakości, m.in. poprzez dostarczanie analiz i wniosków dotyczących funkcjonowania poszczególnych elementów procesu kształcenia ze wskazaniem kierunku działań naprawczych. Jawność i przejrzystość stosowanych przez PKA procedur, ugruntowuje jej niekwestionowaną pozycję w systemie zapewnienia jakości kształcenia.
Centralna Komisja Egzaminacyjna	Centralna Komisja Egzaminacyjna ma na celu przygotowanie i organizację zewnętrznego systemu oceniania (egzamin ósmoklasisty, egzamin maturalny i egzamin zawodowy, w tym dla terapeutów zajęciowych oraz protetyków i ortotyków), we współpracy z okręgowymi komisjami egzaminacyjnymi. Jej główne zadania zostały określone w ustawie o systemie oświaty. Działalność Centralnej Komisji Egzaminacyjnej jest nadzorowana przez Ministerstwo Edukacji i Nauki.

(Ciąg dalszy)

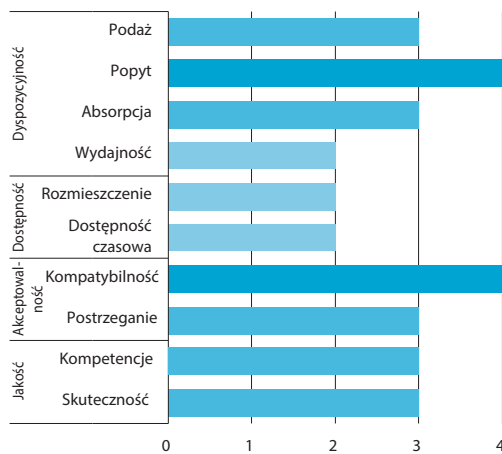
## Cd.

Zainteresowane strony (według grup)	Opis i kluczowe role związane z pracownikami sektora rehabilitacji
Centrum Egzaminów Medycznych	Centrum Egzaminów Medycznych zostało utworzone na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia i jemu podlega. Celem Centrum jest organizacja i przeprowadzanie egzaminów państwowych oraz innych egzaminów dla lekarzy, farmaceutów i przedstawicieli innych osób wykonujących zawody medyczne, w tym fizjoterapeutów.
<b>Stowarzyszenia branżowe i związki zawodowe</b>	
Polski Związek Logopedów	Polski Związek Logopedów został zarejestrowany 19 października 1999 roku. Jest ogólnokrajowym związkiem zawodowym logopedów pracujących w publicznych i niepublicznych placówkach oświatowych, kulturalnych i zdrowotnych. Działalność tego związku zawodowego ma na celu regulację zawodu. Związek zawodowy prowadzi rejestr logopedów i przyznaje certyfikaty specjalistom, którzy spełniają kryteria opracowane przez Komisję Certyfikacyjną PZL (Polskiego Związku Logopedów). Członkostwo jest dobrowolne.
Polskie Towarzystwo Logopedyczne	Polskie Towarzystwo Logopedyczne jest stowarzyszeniem naukowym które powstało w 1963 roku w celu rozwijania logopedii jako dyscypliny naukowej i zawodu. Członkostwo jest dobrowolne.
Polskie Stowarzyszenie Terapii Zajęciowej	Polskie Stowarzyszenie Terapii Zajęciowej zostało założone w 2016 roku i jest ogólnokrajowym stowarzyszeniem, uznanym przez organizacje europejskie (COTEC) oraz światowe (WFOT). Wspiera rozwój terapii zajęciowej jako profesji, a także badania naukowe w dziedzinie terapii zajęciowej. Członkostwo jest dobrowolne.
Polskie Towarzystwo Ortotyki i Protetyki Narządu Ruchu	PTOiPr zostało założone w 2002 roku, aby wspierać rozwój tego zawodu w Polsce. Jego celem jest poprawa jakości opieki i zapewnienie możliwości kształcenia. Członkostwo jest dobrowolne.
Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów	Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów został założony w 2016 roku w celu wspierania uznania i rozwoju zawodu psychologa oraz tworzenia przepisów prawnych umożliwiających regulację tego zawodu. Członkami mogą zostać osoby posiadające tytuł magistra psychologii.
Polskie Towarzystwo Psychologiczne	Polskie Towarzystwo Psychologiczne powstało w 2001 roku w celu rozwijania i popularyzowania psychologii jako zawodu i nauki.
Polskie Towarzystwo Rehabilitacji	Polskie Towarzystwo Rehabilitacji powstało w 1989 roku w celu pogłębiania wiedzy z zakresu nauk o rehabilitacji, rozwijania współpracy między towarzystwami, instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz rehabilitacji w kraju i za granicą oraz reprezentowania środowiska specjalistów rehabilitacji w kraju i za granicą, a także w Izbach Lekarskich. Członkostwo jest dobrowolne.
<b>Instytucje edukacyjne</b>	
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego zostało utworzone jako niezależna instytucja badawcza i dydaktyczna, posiadająca własny statut i prawo do nadawania stopni naukowych. Centrum powierzono prowadzenie, planowanie i organizowanie kształcenia podyplomowego dla specjalistów z wyższym wykształceniem w dziedzinie ochrony zdrowia. Współpracuje także z uczelniami medycznymi, Polską Akademią Nauk, instytucjami badawczymi oraz konsultantami krajowymi w różnych dziedzinach medycyny. Celem Centrum jest przygotowanie wysoko wykwalifikowanej kadry do pracy w systemie ochrony zdrowia.
<b>Partnerzy w rozwoju</b>	
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (Spotkanie 3 listopada 2021 roku)	Działalność Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego służy edukacji zdrowotnej społeczeństwa poprzez prowadzenie programów prozdrowotnych. Do pomocy w opracowywaniu tych programów mogą być zapraszani przedstawiciele różnych zawodów medycznych.
Rzecznik Praw Pacjenta (Spotkanie 22 listopada 2021 roku)	Zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta jest ochrona praw pacjentów. Rzecznik przyjmuje i rozpatruje skargi związane z dostępnością świadczeń, w tym rehabilitacji. Zadania Rzecznika określa Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

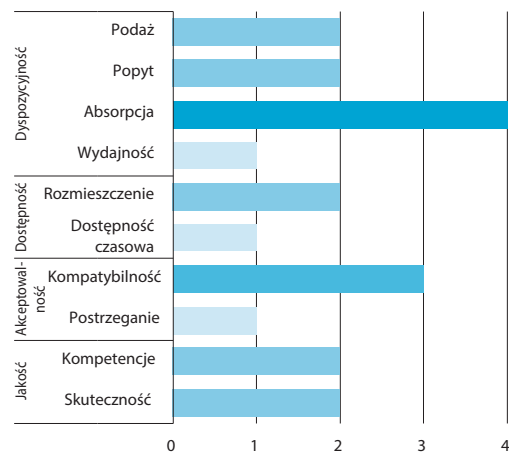
## Załącznik 3. Wyniki oceny pokrycia zapotrzebowania na pracowników sektora rehabilitacji

### Punkty przyznawane według wymiarów skutecznego pokrycia zapotrzebowania

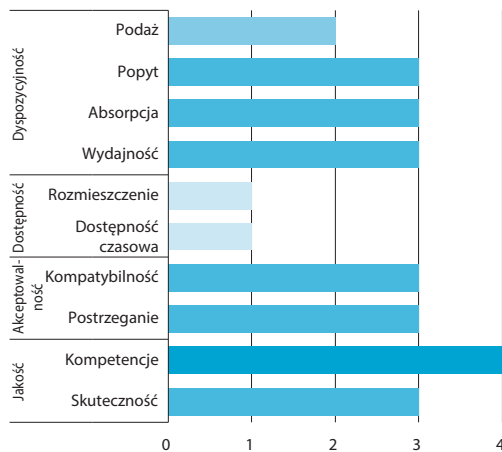
**Fizjoterapeuci**



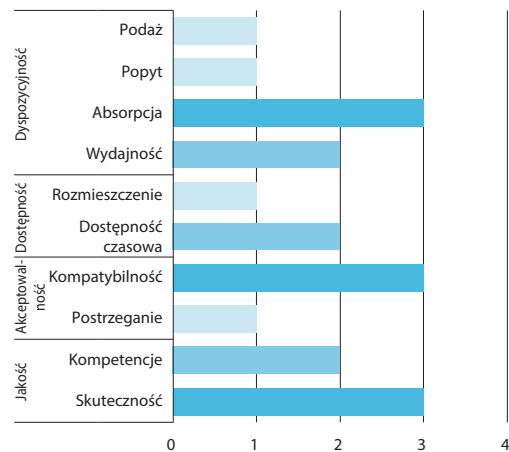
**Terapeuci zajęciowi**



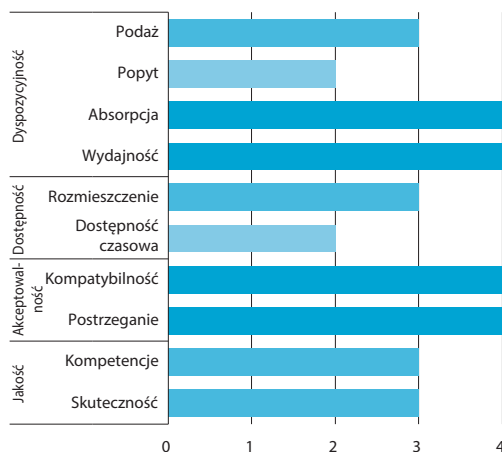
**Logopedzi**



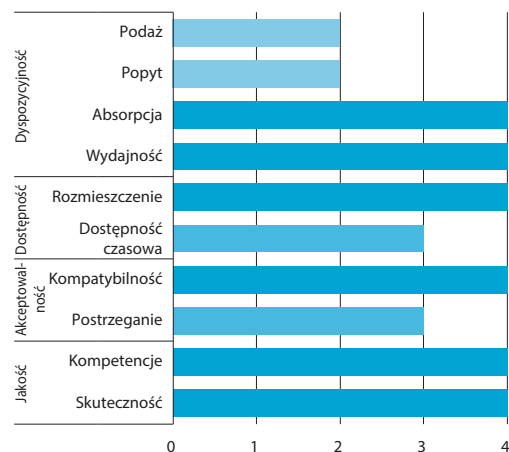
**Psychologowie kliniczni i neuropsychologowie**



**Protetycy i ortotycy**



**Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej**



## Kryteria oceny: Wymiary skutecznego pokrycia zapotrzebowania

### Dyspozycyjność

KRYTERIUM	4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
<b>Podaż</b>	Podaż jest wystarczająca, aby zaspokoić potrzeby populacji na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej, w sektorze publicznym i prywatnym oraz na wszystkich płaszczyznach świadczenia usług; aby pokryć zapotrzebowanie związane z urlopami wypoczynkowymi, naukowymi, zdrowotnymi, wychowawczymi; oraz aby uzupełnić braki personelu wynikające z odpływu pracowników, odejścia na emeryturę, zmiany zawodu lub pełnionych ról.	Podaż jest wystarczająca, aby zaspokoić potrzeby populacji na większości poziomów systemu opieki zdrowotnej, w sektorze publicznym i prywatnym oraz na większości płaszczyzn świadczenia usług. Nie jest jednak w stanie w pełni zrównoważyć zapotrzebowania związanego z urlopami wypoczynkowymi, naukowymi, zdrowotnymi, wychowawczymi, odpływem pracowników, odejściami na emeryturę, zmianą zawodu lub pełnionych ról.	Podaż jest w dużej mierze niewystarczająca do zaspokojenia potrzeb populacji i istnieją duże luki na niektórych poziomach systemu opieki zdrowotnej i płaszczyznach świadczenia usług. Jednakże podaż wzrasta, a liczba pracowników jest coraz większa w ramach kluczowych usług zdrowotnych.	Podaż jest zdecydowanie niewystarczająca, aby zaspokoić potrzeby populacji, a na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej lub płaszczyznach świadczenia usług jest mało pracowników lub nie ma ich wcale. Podaż pracowników nie zwiększa się w zauważalnym stopniu.
<b>Popyt</b>	Popyt (miejsca pracy) na pracowników jest zgodny z potrzebami populacji i podażą pracowników, o czym świadczy ograniczone bezrobocie i minimalna ilość wolnych miejsc pracy.	Popyt (miejsca pracy) na pracowników zaczyna odpowiadać potrzebom populacji i podażą pracowników, ale bezrobocie pracowników i/lub wolne miejsca pracy nadal stanowią problem.	Chociaż istnieje pewien popyt (miejsca pracy) na pracowników, nie odpowiada on potrzebom populacji lub podażą pracowników, a wysokie bezrobocie wśród pracowników i/lub znaczna ilość wolnych miejsc pracy stanowią poważny problem.	Nie ma/jest znikomy popyt (miejsca pracy) na pracowników, który jest znacząco nieproporcjonalny do potrzeb populacji i podażą pracowników.
<b>Absorpcja</b>	Zdecydowana większość (>90%) absolwentów jest absorbowana przez system opieki zdrowotnej.	Umiarkowany odsetek (>70%) absolwentów jest absorbowany przez system opieki zdrowotnej.	Ograniczony odsetek (<70%) absolwentów jest absorbowany przez system opieki zdrowotnej.	Bardzo niewielki odsetek (<50%) absolwentów jest absorbowany przez system opieki zdrowotnej.
<b>Wydajność</b>	Pracownicy osiągają swoje cele w pożądanym lub oczekiwanych terminach, przy minimalnych zewnętrznych barierach dla produktywności i wydajności (takich jak nadmierna administracja lub biurokracja, czy niewydolne systemy).	Pracownicy w większości osiągają swoje cele w pożądanym lub oczekiwanych terminach, chociaż bariery zewnętrzne (takie jak nadmierna administracja lub biurokracja, czy też niewydolne systemy) w pewnym stopniu ograniczają ich produktywność i wydajność.	Pracownicy często nie osiągają swoich celów w pożądanym lub oczekiwanych terminach, chociaż pojawiają się mechanizmy poprawy produktywności i wydajności.	Pracownicy rzadko osiągają swoje cele w pożądanym lub oczekiwanych terminach.

## Dostępność

KRYTERIUM	4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
<b>Rozmieszczenie</b>	Pracownicy są łatwo dostępni na terenach wiejskich i oddalonych, albo bezpośrednio, albo poprzez skuteczne mechanizmy pracy w terenie. Pracownicy są reprezentowani na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej, co pokrywa w dużej mierze potrzeby społeczeństwa.	Pracownicy są dostępni na większości terenów wiejskich i oddalonych, albo bezpośrednio, albo poprzez skuteczne mechanizmy pracy w terenie. Pracownicy są reprezentowani na poziomie wysokospecjalistycznym, specjalistycznym i podstawowym systemu opieki zdrowotnej, ale nie jest to jeszcze wystarczające, aby zaspokoić potrzeby ludności, zwłaszcza na obszarach wiejskich i oddalonych.	Pracownicy są dostępni na niektórych terenach wiejskich i oddalonych, albo bezpośrednio, albo poprzez mechanizmy pracy w terenie. Pracownicy są zwykle skoncentrowani w jednym poziomie systemu opieki zdrowotnej (zazwyczaj wysokospecjalistycznym lub podstawowym), a dostęp do innych poziomów jest bardzo ograniczony.	Pracownicy są rzadko dostępni na terenach wiejskich i oddalonych. Pracownicy są dostępni tylko na jednym poziomie systemu opieki zdrowotnej, zazwyczaj wysokospecjalistycznym lub podstawowym, a dostęp do pracowników na innych poziomach jest bardzo ograniczony lub nie istnieje.
<b>Dostępność czasowa</b>	Ilość czasu, jaką pracownicy mogą poświęcić na praktykę rehabilitacyjną jest wysoka w stosunku do poziomu nasycenia pracownikami.	Ilość czasu, jaką pracownicy mogą poświęcić na praktykę rehabilitacyjną, jest w większości proporcjonalna do poziomu nasycenia pracownikami, jednak dostępność czasowa jest nadal w pewnym stopniu ograniczona przez bariery środowiskowe.	Pracownicy są w stanie przeznaczyć coraz większą ilość czasu na praktykę rehabilitacyjną, ale nadal jest ona niska w stosunku do poziomu nasycenia pracownikami.	Pracownicy są w stanie przeznaczyć nieproporcjonalnie małą ilość czasu na praktykę rehabilitacyjną w stosunku do poziomu nasycenia pracownikami.

## Akceptowalność

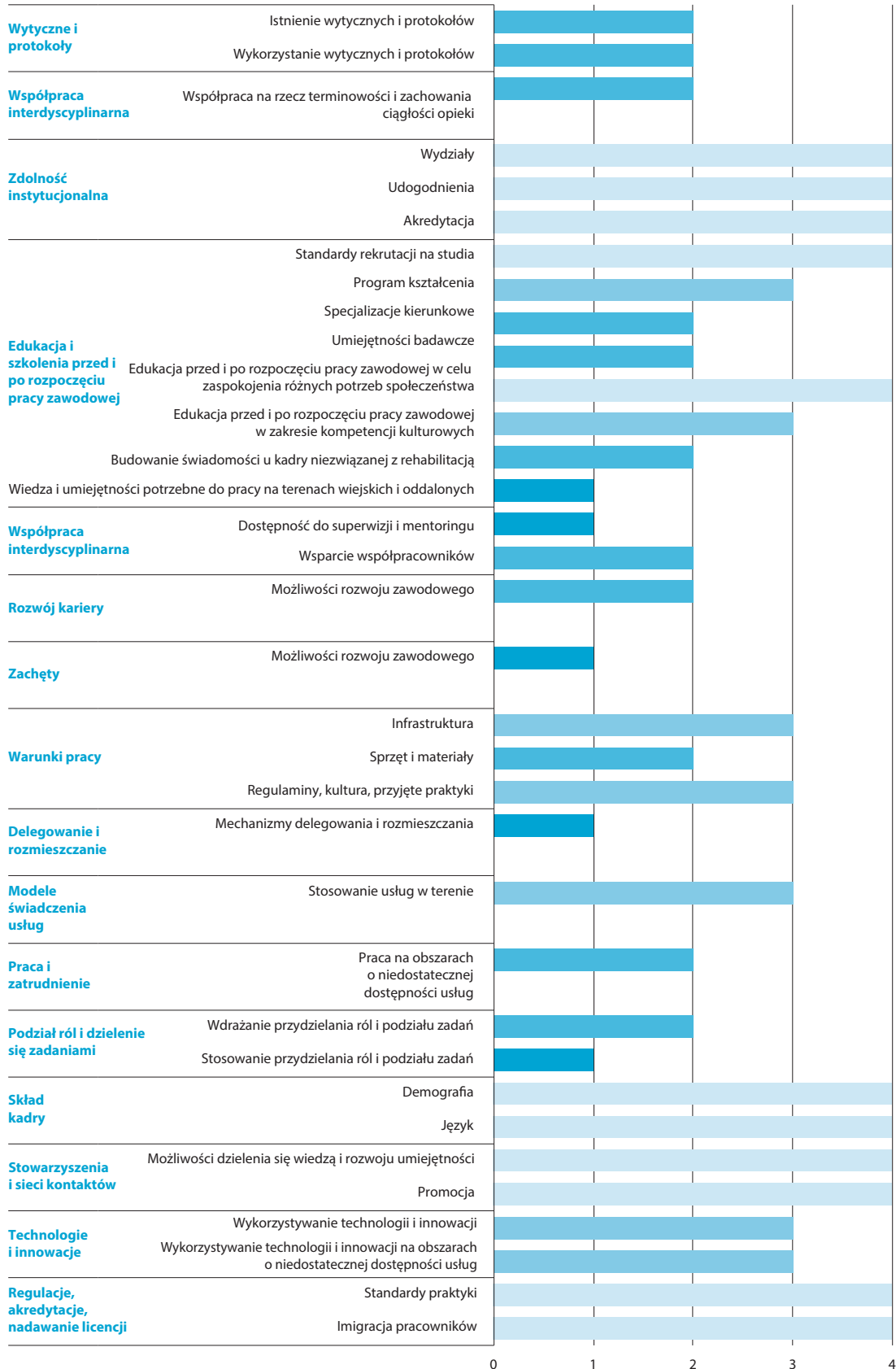
KRYTERIUM	4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
<b>Kompatybilność</b>	Pracownicy są kompatybilni z większością grup społecznych / odbiorców usług, w tym z grupami mniejszościowymi i osobami o nietypowych potrzebach.	Pracownicy są kompatybilni z większością populacji, ale nadal są nie do przyjęcia dla niektórych grup mniejszościowych i osób o nietypowych potrzebach.	Wysiłki zmierzające do zwiększenia kompatybilności między pracownikami a społeczeństwem zaczynają przynosić efekty, ale dla wielu odbiorców usług jest to nadal nie do przyjęcia.	Istnieją znaczne rozbieżności między pracownikami a społeczeństwem, które znacznie zmniejszają ich akceptowalność.
<b>Postrzeżenie</b>	Pracownicy są powszechnie postrzegani jako wysoce kompetentni i skuteczni, a ich rola i wkład w opiekę zdrowotną są dobrze rozumiane i doceniane przez pracowników ochrony zdrowia i odbiorców usług.	Pracownicy są zwykle postrzegani jako kompetentni i skuteczni, choć ich rola i wkład w opiekę zdrowotną nie zawsze są dobrze rozumiane przez pracowników ochrony zdrowia i odbiorców usług.	Pracownicy są w niewielkim stopniu rozumiani przez innych pracowników ochrony zdrowia i odbiorców usług, a ich reputacja jako szanowanej i godnej zaufania grupy zawodowej dopiero się wykształca.	Pracownicy nie cieszą się uznaniem i zrozumieniem. Większość ludzi nie dostrzega i nie docenia ich roli i wkładu w opiekę zdrowotną.

## Jakość

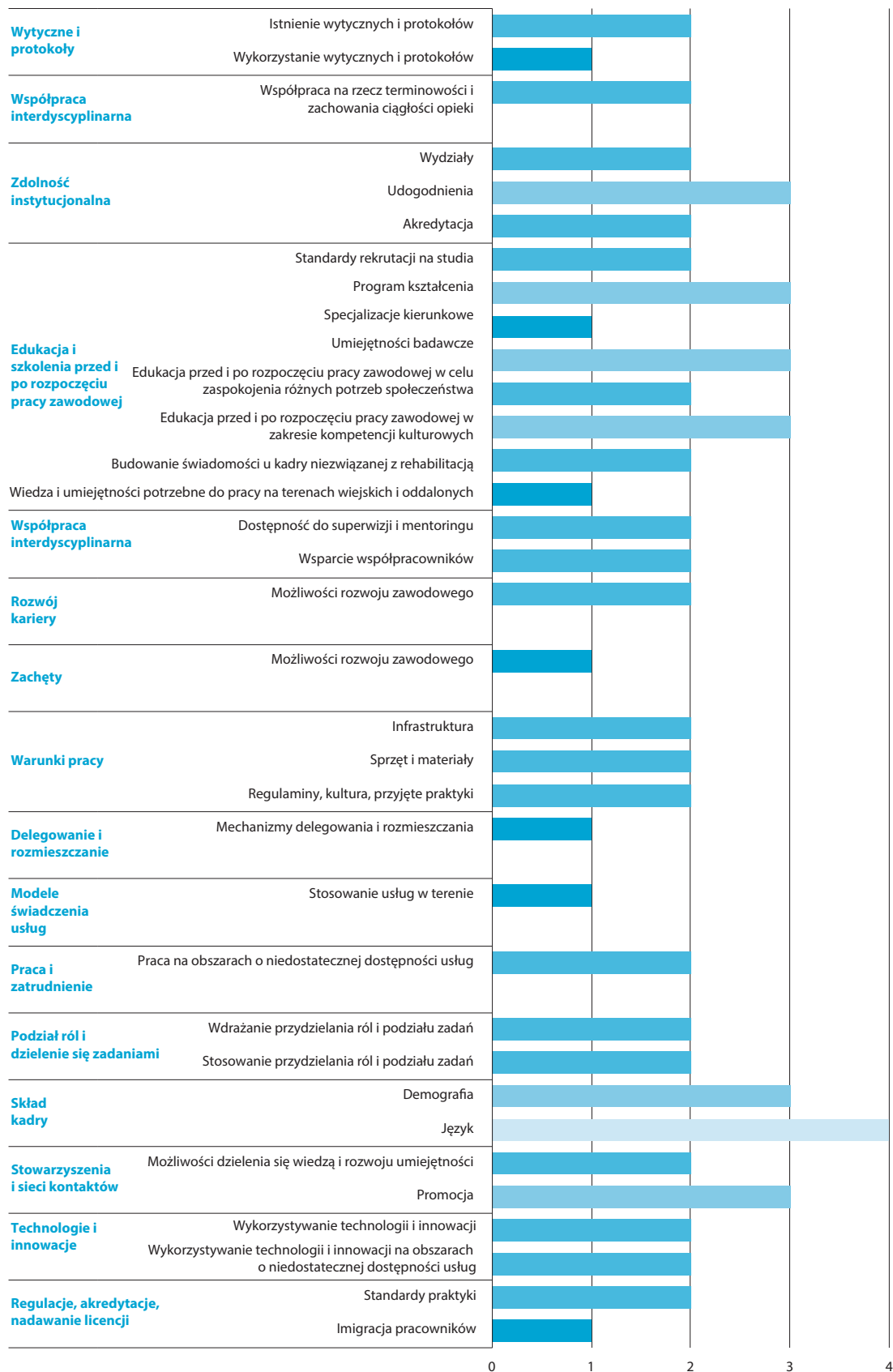
KRYTERIUM	4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
<b>Kompetencje</b>	Zdecydowana większość pracowników posiada wiedzę, umiejętności i postawy pozwalające na prowadzenie rehabilitacji na doskonałym poziomie.	Większość pracowników posiada wiedzę, umiejętności i postawy pozwalające na prowadzenie rehabilitacji na akceptowalnym poziomie.	Pracownicy stopniowo poszerzają wiedzę, umiejętności i zachowania pozwalające na prowadzenie rehabilitacji na akceptowalnym poziomie, ale wielu z nich nadal ma poważne braki kompetencyjne, które obniżają jakość opieki.	Większość pracowników nie posiada wiedzy, umiejętności lub postaw pozwalających na prowadzenie rehabilitacji na akceptowalnym poziomie.
<b>Skuteczność</b>	Pracownicy pracują w sposób bezpieczny, efektywny oraz wydajny i są wzorem dla innych krajów. Skuteczność pracowników wpływa na wysoki stopień wykorzystania usług i przyczynia się do uzyskania optymalnych wyników.	Skuteczność pracowników jest w dużej mierze zadowalająca pod względem bezpieczeństwa, efektywności i wydajności, chociaż istnieje możliwość dalszej poprawy. Jakość opieki i wykorzystanie usług odzwierciedlają szeroką akceptację skuteczności pracowników.	Widoczne są oznaki poprawy skuteczności pracowników w zakresie bezpieczeństwa, efektywności i wydajności, ale nadal pozostaje ona na niskim poziomie. Jakość opieki i wykorzystanie usług nadal budzą obawy ze względu na wątpliwą skuteczność pracowników.	Skuteczność pracowników jest w dużej mierze nie do przyjęcia, a obawy dotyczące bezpieczeństwa, efektywności i wydajności znacznie obniżają jakość opieki i ograniczają wykorzystanie usług.

## Punkty przyznawane według czynników przyczyniających się do skutecznego pokrycia zapotrzebowania

### Fizjoterapeuci



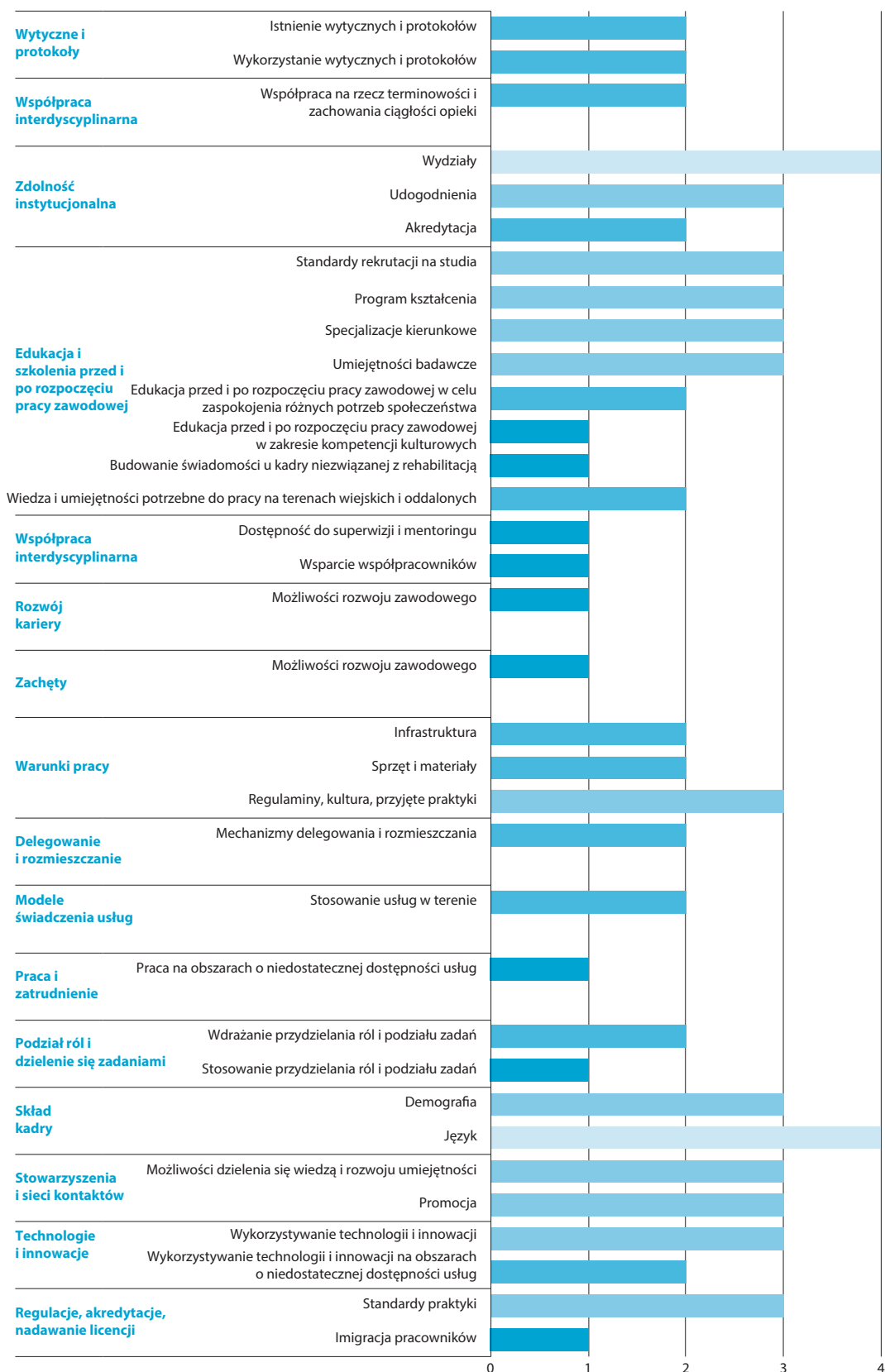
## Terapeuci zajęciowi



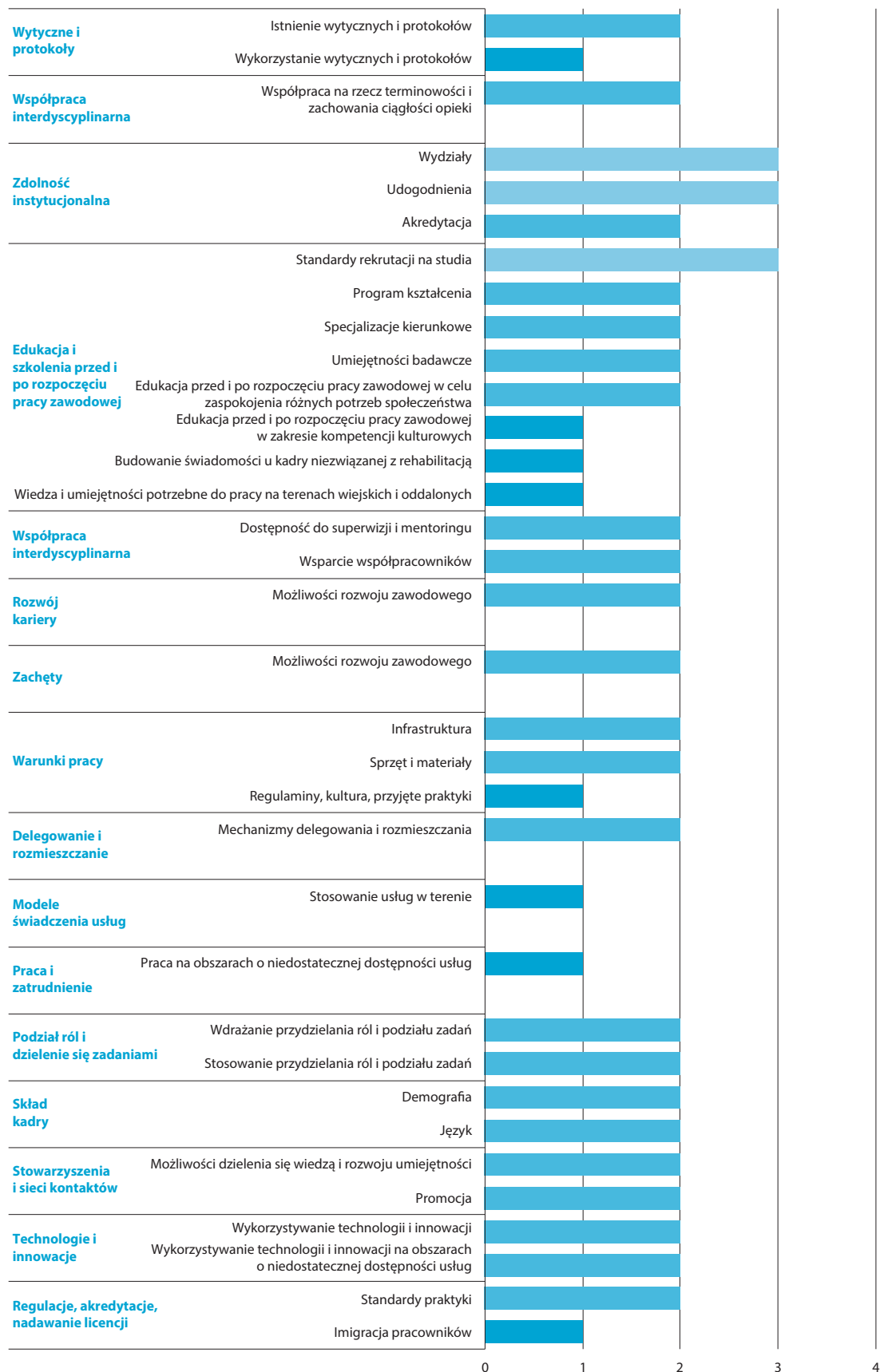
0 1 2 3 4



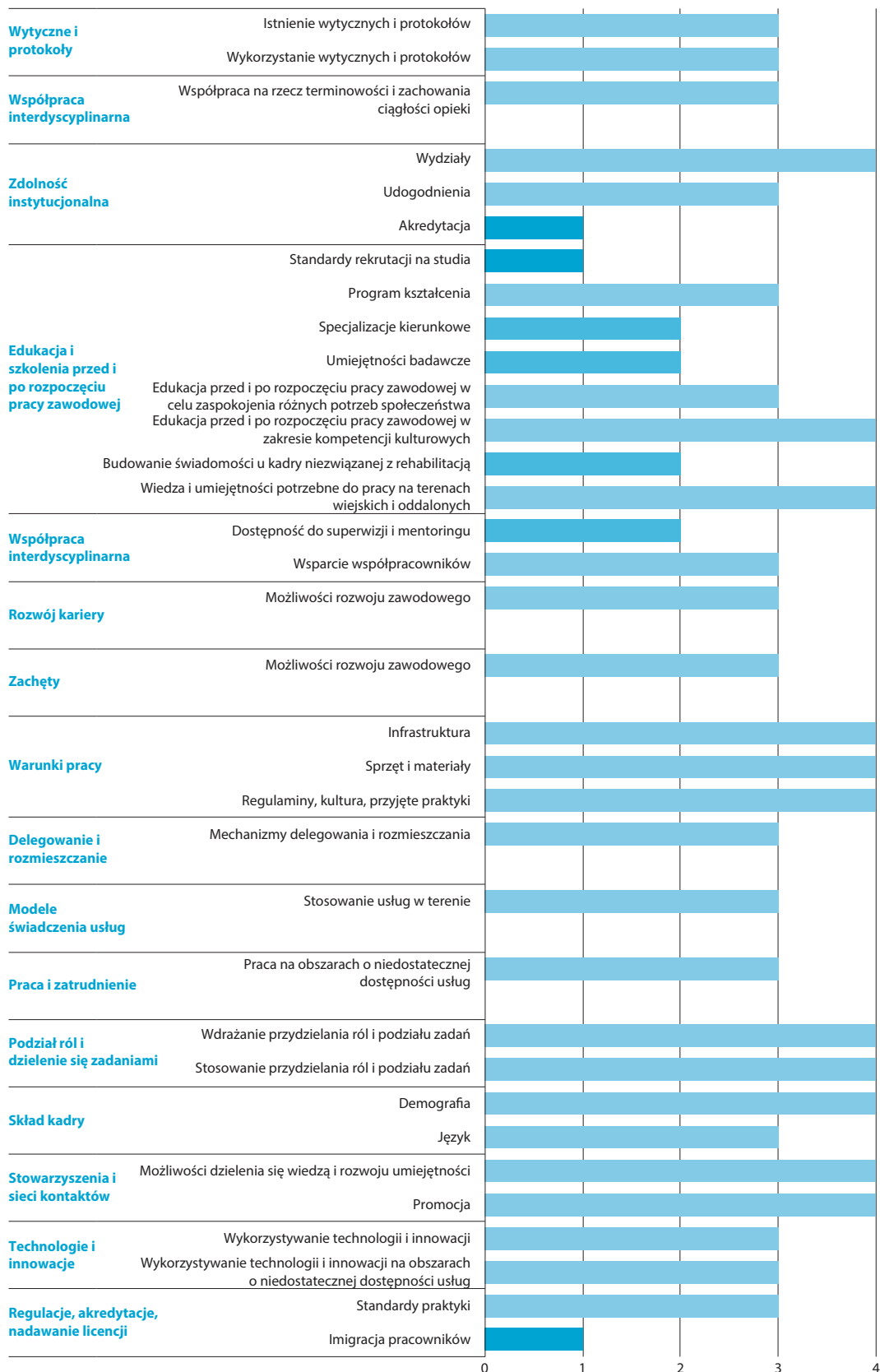
## Logopedzi



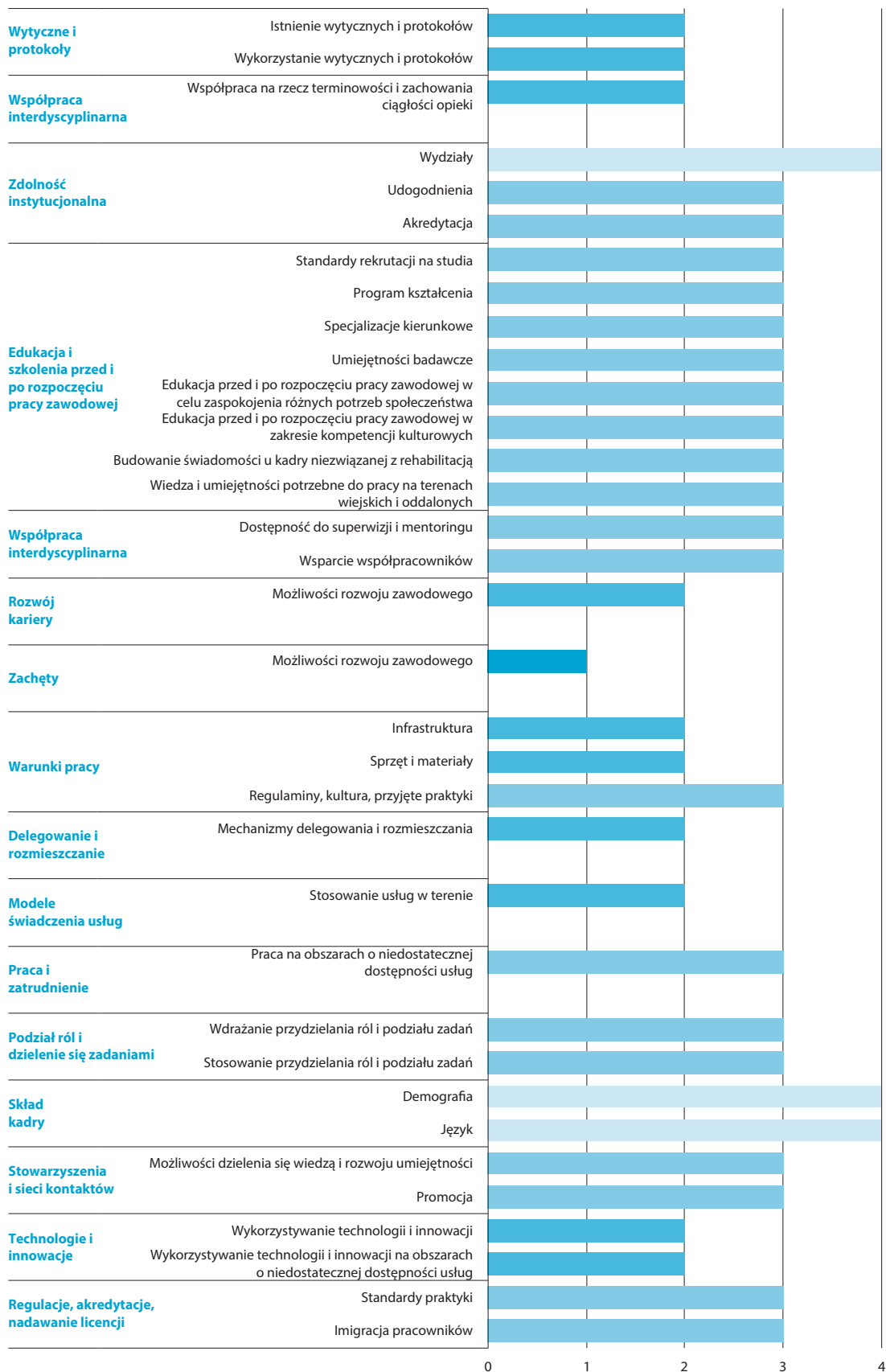
## Psychologowie kliniczni i neuropsychologowie



## Protetycy i ortotycy



## Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej



## Kryteria oceny: Czynniki przyczyniające się do skutecznego pokrycia zapotrzebowania

KRYTERIUM		4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
Wytyczne i protokoły	<b>Istnienie wytycznych i protokołów</b>	Istnieją aktualne, oparte na dowodach i dostosowane do kontekstu wytyczne i protokoły wspierające wszystkie istotne obszary praktyki.	Istnieją aktualne, oparte na dowodach i dostosowane do kontekstu wytyczne i protokoły wspierające większość istotnych obszarów praktyki.	Dostępność aktualnych, opartych na dowodach i dostosowanych do kontekstu wytycznych i protokołów wspierających odpowiednie obszary praktyki jest ograniczona.	Nie ma aktualnych, opartych na dowodach i dostosowanych do kontekstu wytycznych i protokołów, które wspierałyby skuteczność pracowników.
	<b>Wykorzystanie wytycznych i protokołów</b>	Wytyczne i protokoły są powszechnie wykorzystywane we wszystkich istotnych obszarach praktyki.	Wytyczne i protokoły są wykorzystywane w większości istotnych obszarów praktyki.	Nieliczne wytyczne i protokoły są wykorzystywane w istotnych obszarach praktyki.	Nie ma wytycznych i protokołów wykorzystywanych w istotnych obszarach praktyki.
Współpraca interdyscyplinarna	<b>Współpraca na rzecz terminowości i zachowania ciągłości opieki</b>	Istnieje szeroko zakrojona i skuteczna współpraca pomiędzy tą grupą pracowników a pracownikami związanymi z rehabilitacją, która zapewnia terminowość i ciągłość opieki od stanów ostrych do przewlekłych oraz całościowe podejście do opieki.	Współpraca pomiędzy tą grupą pracowników a pracownikami związanymi z rehabilitacją jest powszechna i najczęściej skuteczna, ponieważ pomaga zapewnić terminowość i ciągłość opieki od stanów ostrych do przewlekłych oraz całościowe podejście do opieki.	Istnieje ograniczona współpraca pomiędzy tą grupą pracowników a pracownikami związanymi z rehabilitacją, która utrudnia terminowość i ciągłość opieki od stanów ostrych do przewlekłych oraz uniemożliwia całościowe podejście do opieki.	Brak jest współpracy pomiędzy tą grupą pracowników a pracownikami związanymi z rehabilitacją, co znacznie utrudnia terminowość i ciągłość opieki od stanów ostrych do przewlekłych oraz uniemożliwia całościowe podejście do opieki.
Zdolność instytucjonalna Edukacja i szkolenia przed i po rozpoczęciu pracy zawodowej	<b>Wydziały</b>	Istnieją instytucje edukacyjne i szkoleniowe, których kadra jest dobrze przygotowana do pełnienia swoich funkcji (posiada wykształcenie podyplomowe i bogate doświadczenie).	Istnieją instytucje edukacyjne i szkoleniowe dla pracowników, ale mają pewne problemy z utrzymaniem odpowiednio wykwalifikowanej kadry.	Istnieją instytucje edukacyjne i szkoleniowe dla pracowników, ale stoją przed poważnymi wyzwaniami związanymi z utrzymaniem odpowiednio wykwalifikowanej kadry i są w dużym stopniu uzależnione od wsparcia międzynarodowego/zewnętrznego.	Nie ma instytucji edukacyjnych i szkoleniowych dla pracowników. Studenci muszą szukać możliwości podnoszenia swoich kompetencji za granicą.
	<b>Udogodnienia</b>	Instytucje są wyposażone w nowoczesne obiekty do prowadzenia edukacji i szkoleń dostosowanych do konkretnych warunków (laboratoria, kliniki, warsztaty, platformy do nauki online itp.).	Obiekty są ogólnie dostosowane do potrzeb, ale istnieją pewne przeszkody, które ograniczają liczbę studentów, a niektóre elementy wyposażenia nie są zgodne ze standardami. Platformy do nauki online są nieliczne.	Obiekty i platformy do nauki online są nieliczne i obniżają jakość nauczania i uczenia się.	Nie ma obiektów, które wspierałyby kształcenie i szkolenie pracowników.

(Ciąg dalszy)

## Cd.

KRYTERIUM	4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
<b>Akredytacja</b>	Institucje posiadają akredytację międzynarodowej branżowej organizacji akredytacyjnej.	Institucje podejmują kroki w celu uzyskania akredytacji międzynarodowej branżowej organizacji akredytacyjnej.	Institucje starają się przestrzegać wytycznych międzynarodowych branżowych organizacji akredytacyjnych, ale nie rozpoczęły procesu akredytacji.	Nie są podejmowane próby akredytacji instytucji lub przestrzegania wytycznych międzynarodowych branżowych organizacji akredytacyjnych.
<b>Standardy rekrutacji na studia</b>	Standardy rekrutacji dla tej grupy pracowników są bardzo konkurencyjne.	W przypadku tej grupy pracowników są przeciętne standardy rekrutacji.	Standardy rekrutacji dla tej grupy pracowników są niskie w porównaniu z innymi równoważnymi studiami z zakresu ochrony zdrowia.	Zapisać na studia może się każdy, kto posiada świadectwo ukończenia szkoły średniej.
<b>Program kształcenia</b>	Istnieje dopracowany program kształcenia, który zapewnia rzetelną ocenę kompetencji w rzeczywistych warunkach.	Istnieje solidny program kształcenia, który zapewnia systematyczną ocenę kompetencji w rzeczywistych warunkach.	Program kształcenia jest testowany i wciąż dopracowywany, często z udziałem konsultacji międzynarodowych lub zewnętrznych. Kompetencje są oceniane, ale często w warunkach symulowanych lub niespecyficznych dla danego kontekstu.	Program kształcenia nie został jeszcze opracowany.
<b>Specjalizacje kierunkowe</b>	Wszyscy pracownicy mają możliwość doksztalcenia i doskonalenia zawodowego w zakresie specjalizacji kierunkowych.	Większość pracowników ma możliwość doksztalcenia i doskonalenia zawodowego w ograniczonym zakresie specjalizacji kierunkowych.	Możliwości doksztalcenia i doskonalenia zawodowego w zakresie specjalizacji kierunkowych są ograniczone.	Nie ma możliwości doksztalcenia i doskonalenia zawodowego w zakresie specjalizacji kierunkowych.
<b>Umiejętności badawcze</b>	Studia rozwijają umiejętności badawcze, dzięki którym pracownicy mogą wnieść cenny wkład do dowodów naukowych w dziedzinie rehabilitacji.	Studia rozwijają umiejętności badawcze, które umożliwiają pracownikom ocenę dowodów naukowych dla praktyki.	Studia wprowadzają teorię badań, ale studenci nie rozwijają umiejętności badawczych.	Studia nie uczą teorii ani umiejętności badawczych.
<b>Edukacja przed i po rozpoczęciu pracy zawodowej w celu zaspokojenia różnych potrzeb społeczeństwa</b>	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do zaspokojenia różnych potrzeb odbiorców usług, takich jak skuteczna praca z osobami z niepełnosprawnością komunikacyjną lub ruchową, są powszechnie uwzględniane w kursach przed i/lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do zaspokojenia większości różnych potrzeb odbiorców usług, takich jak skuteczna praca z osobami z niepełnosprawnością komunikacyjną lub ruchową, są w pewnym stopniu uwzględniane w kursach przed i/ lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do zaspokojenia większości różnych potrzeb odbiorców usług, takich jak skuteczna praca z osobami z niepełnosprawnością komunikacyjną lub ruchową, są w niewielkim stopniu uwzględniane w kursach przed i/ lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do zaspokojenia różnych potrzeb odbiorców usług, takich jak skuteczna praca z osobami z niepełnosprawnością komunikacyjną lub ruchową, nie są uwzględniane w kursach przed i/ lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.

Zdolność instytucjonalna  
Edukacja i szkolenia przed i po rozpoczęciu pracy zawodowej

## Cd.

KRYTERIUM		4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
Zdolność instytucjonalna Edukacja i szkolenia przed i po rozpoczęciu pracy zawodowej	<b>Edukacja przed i po rozpoczęciu pracy zawodowej w zakresie kompetencji kulturowych</b>	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do pracy i skutecznego komunikowania się z przedstawicielami różnych kultur w społeczeństwie, są powszechnie uwzględniane w kursach przed i/lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do pracy i skutecznego komunikowania się z przedstawicielami większości kultur w społeczeństwie, są w pewnym stopniu uwzględniane w kursach przed i/lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do pracy i skutecznego komunikowania się z przedstawicielami większości kultur w społeczeństwie, są w niewielkim stopniu uwzględniane w kursach przed i/lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do pracy i skutecznego komunikowania się z przedstawicielami większości kultur w społeczeństwie, nie są uwzględniane w kursach przed i/lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.
	<b>Budowanie świadomości u kadry niezwiązanej z rehabilitacją</b>	Edukacja na temat roli i wkładu pracowników w opiekę zdrowotną jest powszechnie uwzględniana w kursach przed i/ lub po rozpoczęciu pracy zawodowej u kadry niezwiązanej z rehabilitacją.	Edukacja na temat roli i wkładu pracowników w opiekę zdrowotną jest w pewnym stopniu uwzględniana w kursach przed i/ lub po rozpoczęciu pracy zawodowej u kadry niezwiązanej z rehabilitacją.	Edukacja na temat roli i wkładu pracowników w opiekę zdrowotną jest w niewielkim stopniu uwzględniana w kursach przed i/ lub po rozpoczęciu pracy zawodowej u kadry niezwiązanej z rehabilitacją.	Edukacja na temat roli i wkładu pracowników w opiekę zdrowotną nie jest uwzględniana w kursach przed i/ lub po rozpoczęciu pracy zawodowej u kadry niezwiązanej z rehabilitacją.
	<b>Wiedza i umiejętności potrzebne do pracy na terenach wiejskich i oddalonych</b>	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do przygotowania lub zachęcenia ich do pracy na obszarach wiejskich i oddalonych, są powszechnie uwzględniane w kursach przed i/lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia mające na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do przygotowania lub zachęcenia ich do pracy na obszarach wiejskich i oddalonych, są uwzględniane w niektórych kursach przed i/lub po rozpoczęciu pracy zawodowej.	Edukacja i szkolenia, które zapewniają pracownikom wiedzę i umiejętności potrzebne do przygotowania lub zachęcenia ich do pracy na obszarach wiejskich i oddalonych, są ograniczone. Kursy edukacyjne i szkoleniowe, o ile są dostępne, są niedopracowane i/ lub niewystarczająco wykorzystywane.	Brakuje edukacji i szkoleń mających na celu zapewnienie pracownikom wiedzy i umiejętności potrzebnych do przygotowania lub zachęcenia ich do pracy na obszarach wiejskich i oddalonych.
Wsparcie, superwizja i mentoring	<b>Dostęp do superwizji i mentoringu</b>	Pracownicy na wszystkich etapach kariery zawodowej mają łatwy dostęp do superwizji i mentoringu ze strony starszych kolegów, aby wspierać ciągły rozwój swojej wiedzy i umiejętności.	Większość pracowników ma dostęp do superwizji i mentoringu ze strony starszych kolegów, aby wspierać ciągły rozwój swojej wiedzy i umiejętności, choć stanowi to wyzwanie dla osób na wyższych stanowiskach lub pracujących na terenach wiejskich i oddalonych.	Dostęp do superwizji i mentoringu ze strony starszych kolegów jest coraz szerszy, ale w wielu miejscach, zwłaszcza na terenach wiejskich i oddalonych, pozostaje ograniczony.	Dostęp do superwizji i mentoringu ze strony starszych kolegów, zarówno w środowisku wiejskim, jak i miejskim, jest ograniczony lub nie ma go wcale.
	<b>Wsparcie współpracowników</b>	Pracownicy na wszystkich etapach kariery zawodowej mają duże wsparcie ze strony współpracowników, co ułatwia nieformalne uczenie się i rozwój.	Większość pracowników ma odpowiednie wsparcie ze strony współpracowników, co ułatwia nieformalne uczenie się i rozwój.	Znaczna część pracowników nie ma dostępu do wsparcia współpracowników, zwłaszcza na terenach wiejskich i oddalonych.	Pracownicy rzadko lub w ogóle nie mają dostępu do wsparcia współpracowników.

(Ciąg dalszy)

## Cd.

KRYTERIUM		4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
Rozwój kariery	<b>Możliwości rozwoju zawodowego</b>	Możliwości rozwoju zawodowego, takie jak pewność zatrudnienia i awans, są skutecznie wykorzystywane w celu przyciągnięcia i zatrzymania pracowników.	Niektóre możliwości rozwoju zawodowego, takie jak pewność zatrudnienia i awans, są wykorzystywane w celu przyciągnięcia i zatrzymania pracowników.	Możliwości rozwoju zawodowego, takie jak pewność zatrudnienia i awans, są wykorzystywane w ograniczonym stopniu w celu przyciągnięcia i zatrzymania pracowników.	Zachęty, możliwości rozwoju zawodowego, takie jak pewność zatrudnienia i awans, nie są wykorzystywane w celu przyciągnięcia lub zatrzymania pracowników.
	<b>Korzyści dla pracujących na terenach wiejskich/oddalonych</b>	Konkurencyjne zachęty, takie jak zwiększone wynagrodzenie, dodatek mieszkaniowy, dofinansowanie podróży i dodatki urlopowe są skutecznie wykorzystywane w celu przyciągnięcia i zatrzymania pracowników na wszystkich obszarach o niedostatecznej dostępności usług.	Niektóre zachęty, takie jak zwiększone wynagrodzenie, dodatek mieszkaniowy, dofinansowanie podróży i dodatki urlopowe są wykorzystywane w celu przyciągnięcia i zatrzymania pracowników na większości obszarów o niedostatecznej dostępności usług.	Zachęty, takie jak zwiększone wynagrodzenie, dodatek mieszkaniowy, dofinansowanie podróży i dodatki urlopowe są w ograniczonym stopniu wykorzystywane w celu przyciągnięcia i zatrzymania pracowników na obszarach o niedostatecznej dostępności usług.	Zachęty, takie jak zwiększone wynagrodzenie, dodatek mieszkaniowy, dofinansowanie podróży i dodatki urlopowe nie są wykorzystywane w celu przyciągnięcia lub zatrzymania pracowników na obszarach o niedostatecznej dostępności usług.
Zachęty	<b>Infrastruktura</b>	Istnieje rozbudowana infrastruktura, w tym odpowiednia ilość miejsca i wyposażenia, umożliwiającą pracownikom efektywną pracę w środowisku miejskim i wiejskim, na różnych poziomach systemu opieki zdrowotnej, w sektorze publicznym i prywatnym.	Istnieje odpowiednia infrastruktura, w tym miejsce i wyposażenie, umożliwiającą pracownikom efektywną pracę w większości środowisk miejskich i wiejskich, na większości poziomów systemu opieki zdrowotnej, w sektorze publicznym i prywatnym.	Ograniczona infrastruktura, w tym miejsce i wyposażenie, przeszkadza w efektywnym wykorzystaniu pracowników.	Brakuje infrastruktury, przestrzeni lub urządzeń, które umożliwiłyby pracownikom efektywne wykonywanie pracy.
	<b>Sprzęt i materiały</b>	Istnieje wystarczająca ilość sprzętu i materiałów, aby umożliwić pracownikom efektywne wykonywanie zawodu zarówno w środowisku miejskim, jak i wiejskim, na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej, w sektorze publicznym i prywatnym.	Istnieje odpowiedni sprzęt i materiały, aby umożliwić pracownikom efektywne wykonywanie zawodu w większości miejskich i wiejskich placówek, na większości poziomów systemu opieki zdrowotnej oraz w sektorze publicznym i prywatnym.	Ograniczony sprzęt i materiały, w tym miejsce i wyposażenie, przeszkadza w efektywnym wykorzystaniu pracowników.	Brakuje sprzętu i materiałów, które umożliwiłyby pracownikom efektywne wykonywanie pracy.
	<b>Regulaminy, kultura, przyjęte praktyki</b>	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy sprzyjają maksymalnej efektywności i skuteczności pracowników.	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy sprzyjają zwiększeniu efektywności i skuteczności pracowników.	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy w pewnym stopniu ograniczają efektywność i skuteczność pracowników.	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy znacznie ograniczają efektywność i skuteczność pracowników.
Warunki pracy	<b>Regulaminy, kultura, przyjęte praktyki</b>	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy sprzyjają maksymalnej efektywności i skuteczności pracowników.	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy sprzyjają zwiększeniu efektywności i skuteczności pracowników.	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy w pewnym stopniu ograniczają efektywność i skuteczność pracowników.	Polityka, kultura i praktyki stosowane w miejscu pracy znacznie ograniczają efektywność i skuteczność pracowników.



Cd.

KRYTERIUM		4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
Delegowanie i rozmieszczanie	<b>Mechanizmy delegowania i rozmieszczania</b>	W celu osiągnięcia bardziej sprawiedliwego rozmieszczenia pracowników na wszystkich obszarach o potencjalnie niedostatecznej dostępności usług stosuje się dobrze opracowane mechanizmy delegowania i rozmieszczenia.	W celu osiągnięcia bardziej sprawiedliwego rozmieszczenia pracowników na większości obszarów o potencjalnie niedostatecznej dostępności usług stosuje się mechanizmy delegowania i rozmieszczenia.	Stosuje się ograniczone mechanizmy delegowania i rozmieszczenia, które mogłyby przyczynić się do bardziej sprawiedliwego rozmieszczenia pracowników na obszarach o niedostatecznej dostępności usług.	Nie stosuje się żadnych mechanizmów delegowania i rozmieszczenia, aby osiągnąć bardziej sprawiedliwe rozmieszczenie pracowników sektora rehabilitacji na obszarach o niedostatecznej dostępności usług.
	<b>Stosowanie usług w terenie</b>	Usługi w terenie są skutecznie wykorzystywane przez pracowników, aby rozszerzyć ich zasięg na wszystkie obszary, które w przeciwnym razie nie byłyby objęte usługami.	Usługi w terenie są wykorzystywane w celu rozszerzenia zasięgu pracowników na większość obszarów o niedostatecznej dostępności usług, ale ich częstotliwość nie jest jeszcze wystarczająca, aby zaspokoić potrzeby.	Usługi w terenie są wykorzystywane w celu rozszerzenia zasięgu pracowników na coraz większą liczbę obszarów, które w przeciwnym razie nie byłyby objęte usługami, ale nadal pozostaje znaczna liczba obszarów o niedostatecznej dostępności usług.	Istnieje niewiele lub nie ma żadnych przypadków świadczenia usług w terenie na obszarach o niedostatecznej dostępności usług.
Praca i zatrudnienie	<b>Praca na obszarach o niedostatecznej dostępności usług</b>	Liczba miejsc pracy dla tej grupy pracowników we wszystkich obszarach o potencjalnie niedostatecznej dostępności usług jest odpowiednia do potrzeb populacji i dostosowana do podaży pracowników w kraju.	Liczba miejsc pracy dla tej grupy pracowników w większości obszarów o potencjalnie niedostatecznej dostępności usług jest odpowiednia do większości potrzeb populacji i dostosowana do podaży pracowników w kraju.	Istnieje ograniczona liczba miejsc pracy dla tej grupy pracowników na obszarach o potencjalnie niedostatecznej dostępności usług, co powoduje znaczne niezaspokojenie potrzeb.	Istnieje znikoma liczba miejsc pracy dla tej grupy pracowników na obszarach o niedostatecznej dostępności usług, co powoduje ogromne niezaspokojenie potrzeb.
	<b>Wdrażanie przydziału ról i podziału zadań</b>	Przydzielanie ról i podział zadań jest starannie zaplanowany, a pracownicy mają zapewnione odpowiednie szkolenia i wsparcie w realizacji nowych ról i zadań.	Przydzielanie ról i podział zadań jest w większości przypadków starannie zaplanowany, a pracownicy mają zapewnione pewne szkolenia i wsparcie w realizacji nowych ról i zadań.	Przydzielanie ról i podział zadań jest ograniczone, a pracownicy rzadko mają zapewnione odpowiednie szkolenia lub wsparcie w zakresie realizacji nowych ról i zadań.	Brak jest planowania przydzielania ról i podziału zadań, a pracownicy nie mają zapewnionych odpowiednich szkoleń ani wsparcia w realizacji nowych ról i zadań.
Podział ról i dzielenie się zadaniami	<b>Stosowanie przydzielania ról i podziału zadań</b>	Przydzielanie ról i podział zadań jest wykorzystywany wszędzie tam, gdzie jest to konieczne, aby zoptymalizować dostępność działań tej grupy pracowników.	Przydzielanie ról i podział zadań jest wykorzystywany w większości przypadków, gdy jest to konieczne, aby zoptymalizować dostępność działań tej grupy pracowników.	Występuje ograniczone przydzielanie ról i podziału zadań, aby zoptymalizować dostępność działań tej lub innej grupy pracowników.	Przydzielanie ról i podział zadań jest nie wykorzystywany, aby zoptymalizować dostępność działań tej grupy pracowników.

(Ciąg dalszy)

## Cd.

KRYTERIUM	4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie	
Skład kadry	<b>Demografia</b>	Równowaga płci oraz reprezentacja religii i ras/grup etnicznych wśród pracowników są powszechnie akceptowane przez społeczeństwo.	Równowaga płci oraz reprezentacja religii i ras/grup etnicznych wśród pracowników są akceptowane przez większość społeczeństwa.	Równowaga płci oraz reprezentacja religii i ras / grup etnicznych wśród pracowników są akceptowane przez ograniczoną część społeczeństwa.	Równowaga płci oraz reprezentacja religii i ras/grup etnicznych wśród pracowników nie są akceptowane przez społeczeństwo.
	<b>Język</b>	Pracownicy posługują się językiem (językami) danej populacji, a tłumacze potrzebni są rzadko i w razie potrzeby się z nich korzysta.	Pracownicy posługują się językiem (językami) większości populacji, a tłumacze są potrzebni sporadycznie i w większości przypadków się z nich korzysta.	Pracownicy posługują się językiem (językami) ograniczonej części populacji, a tłumacze są potrzebni, ale rzadko się z nich korzysta.	Pracownicy posługują się językiem (językami) bardzo ograniczonej części populacji, a tłumacze potrzebni są często, ale się z nich nie korzysta.
Stowarzyszenia i sieci kontaktów	<b>Możliwości dzielenia się wiedzą i rozwoju umiejętności</b>	Sieci kontaktów i stowarzyszenia oferują szereg możliwości dzielenia się wiedzą i rozwoju umiejętności w szerokim zakresie specjalizacji, np. poprzez społeczności praktyków, konferencje i inne fora umożliwiające współpracę krajową i międzynarodową.	Sieci kontaktów i stowarzyszenia oferują szereg możliwości dzielenia się wiedzą i rozwoju umiejętności a pewnych specjalizacjach, np. poprzez społeczności praktyków, konferencje i inne fora umożliwiające współpracę krajową i, w umiarkowanym zakresie, międzynarodową.	Sieci kontaktów i stowarzyszenia dają ograniczone możliwości dzielenia się wiedzą i rozwoju umiejętności, choć pojawiają się pewne społeczności praktyków, konferencje i inne fora.	Stowarzyszenia i sieci kontaktów nie oferują możliwości dzielenia się wiedzą i rozwoju umiejętności.
	<b>Promocja</b>	Stowarzyszenia i sieci kontaktów zdecydowanie promują pozytywne postrzeganie pracowników. Na przykład dobrze ich reprezentują na szerszych forach dotyczących zdrowia i polityki, służą budowaniu reputacji najwyższej jakości, a także ujmuje i informują o ich roli i znaczeniu dla zdrowia.	Stowarzyszenia i sieci kontaktów w pewnym stopniu promują pozytywne postrzeganie pracowników. Na przykład odpowiednio ich reprezentują na szerszych forach dotyczących zdrowia i polityki, służą budowaniu reputacji najwyższej jakości, a także w większości ujmuje i informują o ich roli i znaczeniu dla zdrowia.	Stowarzyszenia i sieci kontaktów praktycznie nie promują pozytywnego postrzegania pracowników. Na przykład rzadko reprezentują ich na szerszych forach dotyczących zdrowia i polityki, a także słabo ujmuje i informują o ich roli i znaczeniu dla zdrowia.	Stowarzyszenia i sieci kontaktów nie promują pozytywnego postrzegania pracowników. Nie reprezentują ich na szerszych forach dotyczących zdrowia i polityki, ani nie ujmuje i informują o ich roli i znaczeniu dla zdrowia.
Technologie i innowacje	<b>Wykorzystywanie technologii i innowacji</b>	Tam, gdzie jest to możliwe, technologie i innowacje, takie jak aplikacje, telezdrowie i cyfrowe systemy informacyjne, są powszechnie wykorzystywane przez pracowników.	Tam, gdzie jest to możliwe, technologie i innowacje, takie jak aplikacje, telezdrowie i cyfrowe systemy informacyjne, są przeważnie wykorzystywane przez pracowników.	Dostępne technologie i innowacje, takie jak aplikacje, telezdrowie i cyfrowe systemy informacyjne, są rzadko wykorzystywane przez pracowników.	Dostępne technologie i innowacje, takie jak aplikacje, telezdrowie i cyfrowe systemy informacyjne, nie są wykorzystywane przez pracowników.
	<b>Wykorzystywanie technologii i innowacji na obszarach o niedostatecznej dostępności usług</b>	Technologie i innowacje, takie jak aplikacje i telezdrowie, są skutecznie wykorzystywane przez pracowników, aby rozszerzyć ich zasięg na wszystkie obszary, które w przeciwnym razie nie byłyby objęte usługami.	Technologie i innowacje, takie jak aplikacje i telezdrowie, są wykorzystywane przez pracowników, aby dotrzeć do większości obszarów, które w przeciwnym razie nie byłyby objęte usługami.	Technologie i innowacje, takie jak aplikacje i telezdrowie, są w ograniczonym stopniu wykorzystywane przez pracowników, aby dotrzeć do niektórych obszarów o niedostatecznej dostępności usług.	Technologie i innowacje, takie jak aplikacje i telezdrowie, nie są wykorzystywane przez pracowników, aby dotrzeć do obszarów o niedostatecznej dostępności usług.

Cd.

KRYTERIUM		4 Brak konieczności natychmiastowych działań	3 Konieczne niewielkie wzmocnienie	2 Konieczne znaczne wzmocnienie	1 Konieczne wprowadzenie
Regulacje, akredytacje, nadawanie licencji	<b>Standardy praktyki</b>	Istnieje dobrze zaopatrzony oraz sprawnie działający krajowy organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu w tej grupie pracowników, który skutecznie ustala i egzekwuje standardy praktyki.	Istnieje krajowy organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu w tej grupie pracowników, który ustala standardy praktyki, ale ich egzekwowanie jest niekonsekwentne.	Istnieje krajowy organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu w tej grupie pracowników, który ustala standardy praktyki, ale nie są one egzekwowane.	Nie istnieje krajowy organ regulacyjny lub przyznający prawa wykonywania zawodu, który ustala i egzekwuje standardy praktyki w tej grupie pracowników.
	<b>Imigracja pracowników</b>	Istnieje dobrze zaopatrzony oraz sprawnie działający organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu, który skutecznie zarządza imigracją pracowników, sprawdzając ich kompetencje niezbędne do wejścia do systemu opieki zdrowotnej.	Istnieje organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu, który zarządza imigracją pracowników, ale mechanizmy sprawdzania ich kompetencji niezbędnych do wejścia do systemu opieki zdrowotnej nie są konsekwentnie wykorzystywane.	Istnieje organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu, który zarządza imigracją pracowników, ale jest on nieskuteczny w sprawdzaniu ich kompetencji niezbędnych do wejścia do systemu opieki zdrowotnej.	Nie istnieje organ regulacyjny i przyznający prawa wykonywania zawodu, który zarządza imigracją pracowników.

## Załącznik 4. Wyniki mapowania biegłości z zakresu rehabilitacji

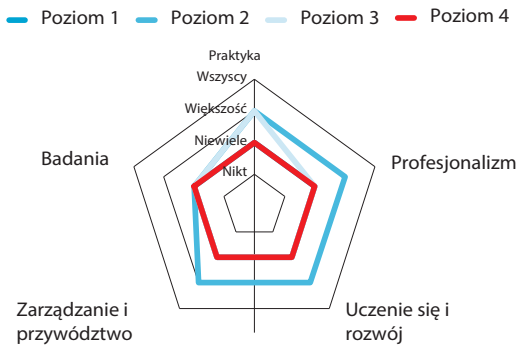
Tabela A4.1. Opis wyników dla poziomów 1-4 według obszarów kompetencji

Praktyka			
Poziom 1	Poziom 2	Poziom 3	Poziom 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracuje przy często udzielanych wskazówkach i poradach.</li> <li>Postępuje zgodnie z protokołami lub zaleceniami w celu zapewnienia interwencji rehabilitacyjnych.</li> <li>Wspiera realizację planów rehabilitacyjnych.</li> <li>Ma podstawowy poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w pracy z osobami o podstawowych potrzebach i ich rodzinami.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracuje przy regularnych wskazówkach i poradach.</li> <li>Stosuje się do zaleceń i dostosowuje protokoły w celu zapewnienia interwencji rehabilitacyjnych.</li> <li>Podejmuje mało istotne decyzje dotyczące planów rehabilitacji.</li> <li>Ma praktyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w pracy z osobami o podstawowych potrzebach i ich rodzinami.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracuje przy sporadycznych wskazówkach i poradach.</li> <li>Zleca interwencje rehabilitacyjne.</li> <li>Podejmuje decyzje dotyczące planów rehabilitacji.</li> <li>Ma zaawansowany poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w pracy z osobami o złożonych potrzebach i ich rodzinami.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pracuje samodzielnie.</li> <li>Zleca interwencje rehabilitacyjne.</li> <li>Podejmuje decyzje dotyczące planów rehabilitacji.</li> <li>Ma specjalistyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w pracy z osobami o wysoko złożonych potrzebach i ich rodzinami.</li> </ul>
Profesjonalizm			
Poziom 1	Poziom 2	Poziom 3	Poziom 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wykonuje przydzielone zadania przy częstych wskazówkach.</li> <li>Zarządza stałym przepływem pracy.</li> <li>Uczestniczy w spełnianiu wymogów administracyjnych i sprawozdawczych.</li> <li>Ma elementarny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany do wykonywania określonych obowiązków.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarządza własną pracą przy regularnych wskazówkach.</li> <li>Zarządza w większości stałym przepływem pracy.</li> <li>Uczestniczy w spełnianiu wymogów administracyjnych i sprawozdawczych.</li> <li>Ma praktyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany do wykonywania przeważnie określonych obowiązków.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarządza własną pracą przy sporadycznych wskazówkach.</li> <li>Zarządza zmiennym przepływem pracy.</li> <li>Bierze odpowiedzialność za wymogi administracyjne i sprawozdawcze.</li> <li>Bierze udział w tworzeniu nowych i innowacyjnych systemów.</li> <li>Ma zaawansowany poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w pracy o różnym zakresie odpowiedzialności.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samodzielnie zarządza własną pracą.</li> <li>Zarządza nieprzewidywalnym i zmiennym przepływem pracy.</li> <li>Bierze odpowiedzialność za szereg wymogów administracyjnych i sprawozdawczych.</li> <li>Inicjuje i wprowadza nowe i innowacyjne systemy.</li> <li>Ma specjalistyczny poziom wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w pracy o różnym zakresie złożonej odpowiedzialności.</li> </ul>

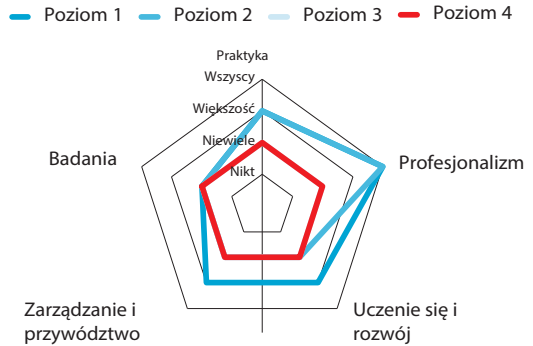
Uczenie się i rozwój			
Poziom 1	Poziom 2	Poziom 3	Poziom 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zapewnia wsparcie koleżeńskie w ramach własnego zespołu.</li> <li>Uczy się poprzez obserwację oraz zalecane i zorganizowane kształcenie i szkolenie.</li> <li>Zarządza własnym planem rozwoju korzystając ze wsparcia.</li> <li>Ma elementarny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany do uczenia się oraz rozwoju osobistego i zespołowego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zapewnia superwizję innym osobom, korzystając ze wsparcia.</li> <li>Wnosi wkład w programy/ kursy edukacyjne i szkoleniowe.</li> <li>Poszukuje możliwości zdobywania wiedzy.</li> <li>Zarządza własnym planem rozwoju zawodowego korzystając ze wsparcia.</li> <li>Ma praktyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany do uczenia się oraz rozwijania siebie i innych osób.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zapewnia superwizję innym osobom.</li> <li>Podjękuje działania edukacyjne wśród współpracowników, studentów i kolegów korzystając ze wsparcia.</li> <li>Zarządza własnym uczeniem się i rozwojem oraz pomaga w rozwoju innych osób.</li> <li>Ma zaawansowany poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany do uczenia się oraz rozwijania siebie i innych osób.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nadzoruje superwizję w ramach zespołu lub organizacji.</li> <li>Inicjuje i wprowadza programy/kursy edukacyjne i szkoleniowe.</li> <li>Zarządza własnym uczeniem się i rozwojem oraz nadzoruje rozwój innych osób.</li> <li>Ma specjalistyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany do uczenia się oraz rozwijania siebie i innych osób.</li> </ul>
Zarządzanie i przywództwo			
Poziom 1	Poziom 2	Poziom 3	Poziom 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ma swój wkład w funkcjonowanie i rozwój zespołu.</li> <li>Przyczynia się do pozyskiwania i alokacji zasobów.</li> <li>Ma elementarny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w nieformalnym przywództwie wśród współpracowników.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ma swój wkład w funkcjonowanie i rozwój zespołu.</li> <li>Przyczynia się do pozyskiwania i alokacji zasobów.</li> <li>Ma praktyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w przydzielonych obowiązkach przywódczych wśród współpracowników.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nadaje kierunek w działaniu i rozwoju zespołu i organizacji.</li> <li>Zarządza zamówieniami i alokacją zasobów przy wsparciu na odległość.</li> <li>Ma zaawansowany poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w szeregu obowiązków przywódczych wśród współpracowników i kolegów.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nadzoruje działania i rozwój zespołu i organizacji.</li> <li>Nadzoruje i zarządza złożonymi zamówieniami i alokacją zasobów.</li> <li>Ma zaawansowany poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w szeregu obowiązków przywódczych w całej organizacji lub systemie.</li> </ul>
Badania			
Poziom 1	Poziom 2	Poziom 3	Poziom 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Stosuje dowody w praktyce, wykorzystując wytyczne i protokoły w procesie podejmowania decyzji.</li> <li>Wykorzystuje doświadczenia własne i współpracowników do oceny dowodów na stosowanie najlepszych praktyk.</li> <li>Ma elementarny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w ściśle nadzorowanym udziale w działaniach badawczych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stosuje dowody w praktyce, wykorzystując wytyczne, protokoły i inne źródła dowodów w procesie podejmowania decyzji.</li> <li>Wykorzystuje doświadczenia własne i współpracowników do oceny dowodów na stosowanie najlepszych praktyk.</li> <li>Ma praktyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w nadzorowanym udziale w działaniach badawczych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stosuje dowody w praktyce, wykorzystując dowody i doświadczenie w złożonym procesie podejmowania decyzji.</li> <li>Interpretuje i wykorzystuje szereg metodologii badawczych do oceny dowodów, korzystając ze wsparcia.</li> <li>Przyczynia się do popularyzacji dowodów.</li> <li>Ma zaawansowany poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany w udziale w działaniach badawczych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stosuje dowody w praktyce, wykorzystując szereg dowodów i doświadczenie w złożonym procesie podejmowania decyzji.</li> <li>Interpretuje i wykorzystuje metody statystyczne i inne metody analityczne do oceny dowodów.</li> <li>Popularyzuje dowody za pośrednictwem różnych platform i sieci.</li> <li>Ma specjalistyczny poziom odpowiedniej wiedzy i umiejętności, który jest wykorzystywany poprzez inicjowanie i nadzorowanie działań badawczych.</li> </ul>

## Profile biegłości dla grup zawodowych związanych z rehabilitacją

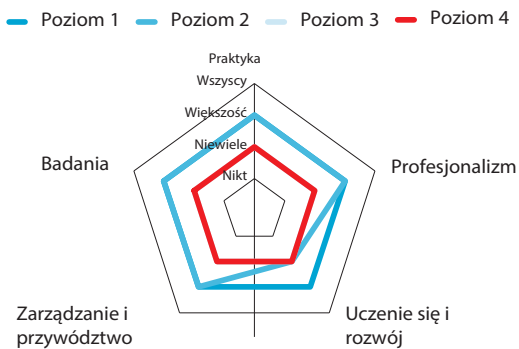
### Fizjoterapeuci



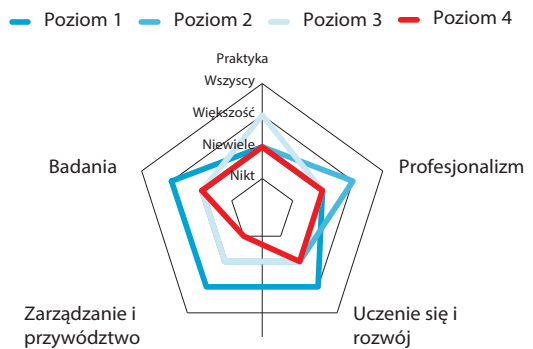
### Terapeuci zajęciowi



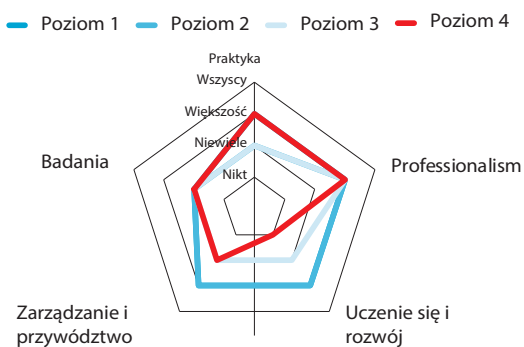
### Logopedzi



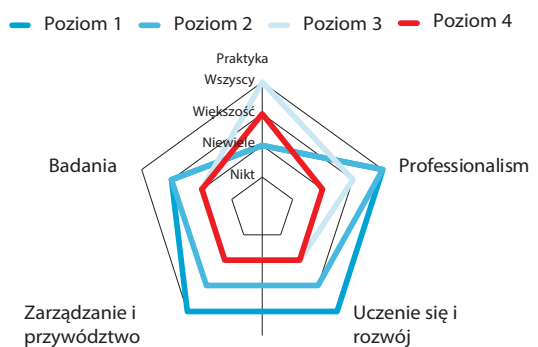
### Psychologowie kliniczni i neuropsychologowie



### Protetycy i ortotycy



### Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej





## Regionalne Biuro WHO dla Europy

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jest wyspecjalizowaną agencją Organizacji Narodów Zjednoczonych utworzoną w 1948 r., której podstawowym zadaniem jest działanie w międzynarodowych sprawach zdrowia i zdrowia publicznego. Regionalne Biuro WHO dla Europy jest jednym z sześciu biur regionalnych na świecie realizujących własne programy dostosowane do specyficznych warunków zdrowotnych występujących w państwach należących do danego regionu.

### Państwa członkowskie

Albania	Grecja	Polska
Andora	Gruzja	Portugalia
Armenia	Hiszpania	Rumunia
Austria	Irlandia	San Marino
Azerbejdżan	Islandia	Serbia
Belgia	Izrael	Słowacja
Białoruś	Kazachstan	Słowenia
Bośnia i Hercegowina	Kirgistan	Szwajcaria
Bułgaria	Królestwo Niderlandów	Szwecja
Chorwacja	Litwa	Tadżykistan
Cypr	Luksemburg	Turcja
Czarnogóra	Łotwa	Turkmenistan
Czechy	Macedonia Płn.	Ukraina
Dania	Malta	Uzbekistan
Estonia	Mołdawia	Węgry
Federacja Rosyjska	Monako	Wielka Brytania
Finlandia	Niemcy	Włochy
Francja	Norwegia	

**WHO/EURO:2023-7367-47133-69001**

### World Health Organization

#### Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)

Website: [www.who.int/europe](http://www.who.int/europe)