

ISSN 1731-8971

ZUS

**PREWENCJA  
i REHABILITACJA**

**kwartalnik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

**nr 2 (16)**

**2009**

# PREWENCJA i REHABILITACJA

## Spis treści

- 1** **Rehabilitacja lecznicza po ostrych zespołach wieńcowych oraz operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej**  
— *Bożena Wierzyńska*
- 9** **Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS**  
— *Halina Muszewska*
- 15** **Rehabilitacja lecznicza w systemie ubezpieczenia społecznego rolników**  
— *Krystyna Tyszuk*
- 19** **Dlaczego ryzykujemy? (cz. 1)**  
— *Ryszard Studenski*
- 20** **Stanowisko Rady Ochrony Pracy w sprawie edukacji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce na różnych poziomach nauczania i kształcenia**  
— *Izabela Katarzyna Mrzygłocka*
- 21** **Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II**  
— *Jadwiga Kawwa*
- 23** **Wydarzenia, opinie – 2009**  
— *Anna Sójka*



# Rehabilitacja lecznicza po ostrych zespołach wieńcowych oraz operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej

Rehabilitacja kardiologiczna to wielokierunkowe, kompleksowe działania medyczne, fizyczne, psychologiczne i edukacyjne umożliwiające osobom ze schorzeniami układu krążenia powrót do aktywnego życia zawodowego, rodzinnego i społecznego. Dynamiczny rozwój kardiologii i kardiochirurgii, szczególnie zaś osiągnięcia w zakresie stosowania nowych metod diagnostycznych, farmakoterapii, leczenia inwazyjnego oraz intensywnej terapii sprawił, że coraz więcej pacjentów (również w wieku produkcyjnym) ze schorzeniami układu krążenia przeżywa ostre incydenty sercowe i wymaga rehabilitacji.

Wdrożenie i realizacja kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej u wymienionych wyżej osób oznacza obniżenie śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych o 20-25% oraz, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia instytucji ubezpieczeniowej, powoduje odzyskanie przez znaczną część pacjentów zdolności do pracy zarobkowej, przy czym uzyskiwane efekty ekonomiczne i społeczne przewyższają koszty rehabilitacji.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, rozumiejąc znaczenie i potrzebę rehabilitacji kardiologicznej, realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej dla osób ze schorzeniami układu krążenia w trybie stacjonarnym od 1996 r., a w trybie ambulatoryjnym od 2005 r.

Zasadniczym celem tego programu jest przywrócenie zdolności do pracy osobom ze schorzeniami układu krążenia, które w następstwie choroby zagrożone są długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji. W latach 1996-2008 rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym poddano łącznie ponad 106 tys. osób, natomiast w latach 2005-2008 w trybie ambulatoryjnym rehabilitowano około 3,2 tys. osób.

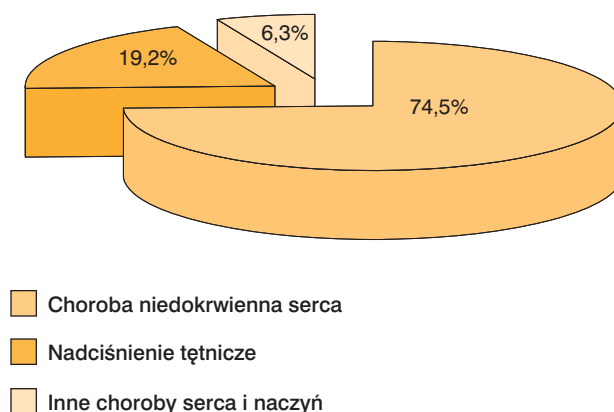
W 2008 r. z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych współpracowało 18 ośrodków rehabilitacyjnych wybranych w drodze postępowania konkursowego; 11 ośrodków prowadziło rehabilitację osób ze schorzeniami układu krążenia w trybie stacjonarnym, a 7 w trybie ambulatoryjnym.

Rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS z powodu schorzeń układu krążenia odbyło w 2008 r. łącznie 8340 pacjentów, z tego 7206 (86,4%) w ośrodkach stacjonarnych i 1134 (13,6%) w ośrodkach ambulatoryjnych.

Najczęściej występujące schorzenia, z powodu których ubezpieczeni poddani byli rehabilitacji kardiologicznej w ośrodkach stacjonarnych oraz ambulatoryjnych w 2008 r. obrazują wykresy 1 i 2.

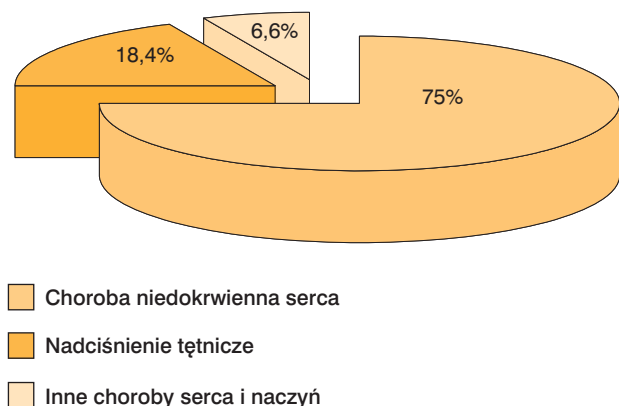
Wykres 1

Ubezpieczeni poddani rehabilitacji z powodu schorzeń układu krążenia w 2008 r. według rozpoznania (w trybie stacjonarnym)



Wykres 2

**Ubezpieczeni poddani rehabilitacji z powodu schorzeń układu krążenia w 2008 r. według rozpoznania (w trybie ambulatoryjnym)**



W obu typach ośrodków z powodu choroby niedokrwiennej serca rehabilitację odbyło około 75% wszystkich pacjentów, z powodu nadciśnienia tętniczego około 19%, a z powodu innych chorób serca i naczyń (np. zaburzeń rytmu serca, zastawkowych wad serca) około 6% pacjentów.

Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona w ramach prewencji rentowej w ośrodkach współpracujących z ZUS ma charakter kompleksowy i obejmuje w szczególności:

- ♦ **ocenę kliniczną**, z uwzględnieniem danych z badania podmiotowego, przedmiotowego i wyników badań dodatkowych, m.in. EKG spoczynkowego, elektrokardiograficznej próby wysiłkowej na bieżni ruchomej lub cykloergometrze, Echo serca, 24-godzinnego monitorowania EKG metodą Holtera czy automatycznego całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Wnikliwa ocena kliniczna ma na celu stratyfikację ryzyka zdarzeń sercowych i jest konieczna do ustalenia bezpiecznego, a zarazem skutecznego programu rehabilitacji,

- ♦ **optymalizację leczenia farmakologicznego,**
- ♦ **realizację indywidualnie ustalonego programu rehabilitacji**, na który składają się w szczególności:

- **różnorodne formy ćwiczeń fizycznych** nadzorowanych medycznie, m.in. treningi interwałowe na cykloergometrach lub bieżni, ćwiczenia ogólnousprawniające, treningi oporowe w formie stacyjnej, ćwiczenia indywidualne w terenie (marsz, jazda na rowerze), ćwiczenia w basenie oraz coraz szerzej stosowany również w rehabilitacji kardiologicznej *Nordic Walking*, czyli marsz ze specjalnymi kijkami. Kinezyterapia jest niezwykle ważną składową programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, ponieważ, co udowodniono w wielu pracach naukowych, ćwiczenia fizyczne korzystnie wpływają na patomechanizm miażdżycy, w szczególności poprzez: poprawę czynności śródłonek, zmniejszenie progresji narastania zmian w tętnicach wieńcowych, zmniejszenie ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych, poprawę wytwarzania krążenia obocznego. Mechanizmy te są głównymi mediatorami

zmniejszenia częstości zdarzeń sercowych, mogą się też przyczynić do zwiększenia długości życia. Wiadomo również, że poza wymienionymi czynnikami, regularne treningi fizyczne przyczyniają się do poprawy tolerancji wysiłku, ogólnej wydolności układu sercowo-naczyniowego i samopoczucia,

- **oddziaływania psychologiczne** realizowane są w szczególności poprzez prowadzenie psychoedukacji (rola subiektywnych i obiektywnych czynników mających znaczenie w terapii i rehabilitacji) oraz treningów relaksacyjnych. Ich celem jest m.in. wyeliminowanie lub redukcja negatywnych emocji, wytworzenie pozytywnego nastawienia do siebie samego i choroby. Nauczenie pacjentów różnych technik relaksacyjnych ma na celu zmniejszenie napięcia psychicznego poprzez przestrojenie wegetatywnego układu nerwowego z nadmiernej aktywności sympatycznej w kierunku zwiększenia aktywności układu parasympatycznego. Ogromna rola oddziaływań psychologicznych jako nieodłącznego elementu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej wynika z faktu, że niektóre czynniki psychosocjalne, takie jak m.in. stres w pracy i w życiu rodzinnym, czy też negatywne emocje (włączając depresję i wrogość) mogą pogarszać u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi przebieg kliniczny choroby i rokowanie,

- **edukacja zdrowotna** mająca istotny wpływ na korzystne efekty końcowe (także odległe) programu rehabilitacji, takie jak: zmiana stylu życia, zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych, regularne przyjmowanie leków, samokontrola poziomu glikemii czy wartości ciśnienia tętniczego. Program edukacji zdrowotnej realizowany w ośrodkach rehabilitacyjnych uwzględnia, zgodnie z wymaganiami Zakładu, przekaz wiedzy dotyczący w szczególności: czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, podstawowych informacji o procesie chorobowym, zasad prawidłowego żywienia.

Należy przy tym podkreślić, że w Polsce poziom wiedzy na temat nefarmakologicznych metod prewencji wśród osób po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych jest dramatycznie niski, co pokazały wyniki badania WOBASZ (Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności). Uważa się, że jest to jedna z podstawowych przeszkód w uzyskaniu istotnego postępu w zmniejszeniu umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Polsce.

Bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji, lekarz prowadzący pacjenta w ośrodku sporządza kartę informacyjną – *Informacja o przebytej rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS*. Dokument ten, poza danymi osobowymi, podstawowymi informacjami z wywiadu zawodowego oraz rozpoznaniem choroby (ze skierowania i ustalonego w ośrodku rehabilitacyjnym) zawiera dokładny opis wszystkich elementów indywidualnie opracowanego programu kompleksowej rehabilitacji leczniczej oraz zalecenia dla ubezpieczonego dotyczące dalszego leczenia i rehabilitacji po opuszczeniu ośrodka. Lekarz prowadzący wydaje także opinię końcową dotyczącą odzyskania zdol-

ności do pracy z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego, a w szczególności wyników testu wysiłkowego, Echo serca, przebiegu rehabilitacji i tolerancji obciążeń wysiłkowych stosowanych w trakcie rehabilitacji.

W 2008 r. przeprowadzono ocenę dotyczącą aktualnego stanu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS prowadzonej w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym osób po przebytych ostrych zespołach wieńcowych oraz po operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej. W tym celu analizie poddano karty informacyjne *Informacja o przebytej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS* dotyczące wszystkich osób, które w okresie 12 miesięcy poprzedzających rozpoczęcie rehabilitacji:

- ◆ przebyły ostry zespół wieńcowy – OZW, tj. zawal serca z uniesieniem odcinka ST – STEMI (ang. *ST Elevation Myocardial Infarction*), zawal serca bez uniesienia odcinka ST – NSTEMI (ang. *No ST Elevation Myocardial Infarction*), epizod niestabilnej choroby wieńcowej – UA (ang. *Unstable Angina*) lub

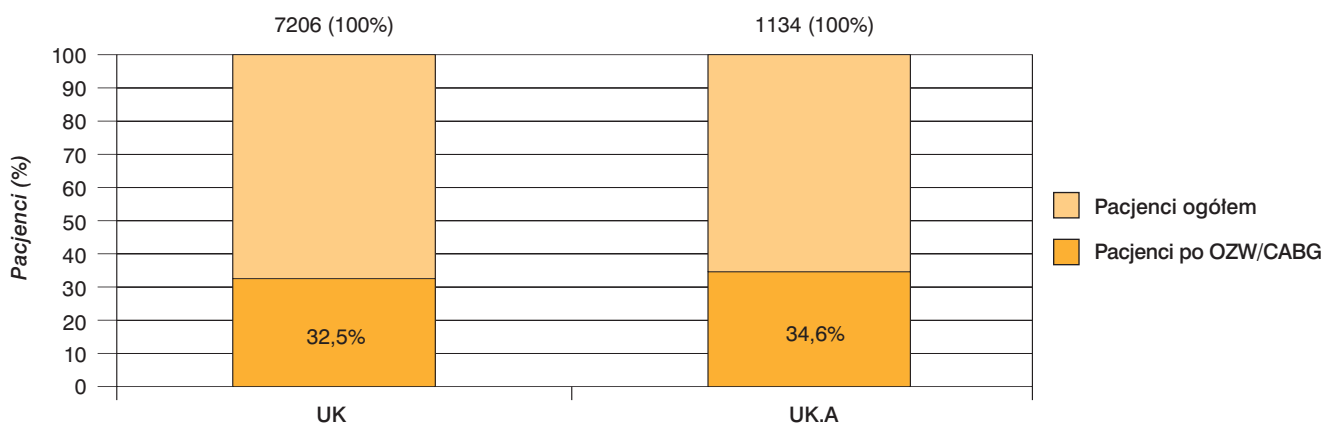
- ◆ były leczone operacyjnie z powodu choroby wieńcowej i przebyły planowy zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego – CABG (ang. *Coronary artery bypass graft*).

Z łącznej liczby 7206 pacjentów ze schorzeniami układu krążenia, rehabilitacji w ośrodkach stacjonarnych poddano 2342 osoby (32,5%), które przebyły OZW/CABG w okresie 12 miesięcy poprzedzających rozpoczęcie rehabilitacji. W ośrodkach ambulatoryjnych takich osób było 392, co stanowiło 34,6% wszystkich pacjentów (tj. 1134) rehabilitowanych w tym trybie z powodu schorzeń układu krążenia (wykres 3).

Biorąc pod uwagę typ ostrego zespołu wieńcowego, największą grupę stanowiły osoby, które przebyły zawal serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) – odpowiednio 56,4% w ośrodkach stacjonarnych i 56,1% w ośrodkach ambulatoryjnych. Drugą pod względem liczebności grupę stanowiły osoby po przebyłym zawale serca bez uniesienia ST (NSTEMI) – stanowiły one odpowiednio 28% i 21%. Osoby po przebyłym epizodzie niestabilnej choroby wieńcowej stanowiły odpowiednio 10,5% i 9,4% wszystkich pacjentów po przebyłym OZW. Natomiast odsetek pacjentów po CABG rehabilitowanych w ośrodkach ambulatoryjnych był wyższy w porównaniu z ośrodkami stacjonarnymi – odpowiednio 11,5% i 5% (wykres 4).

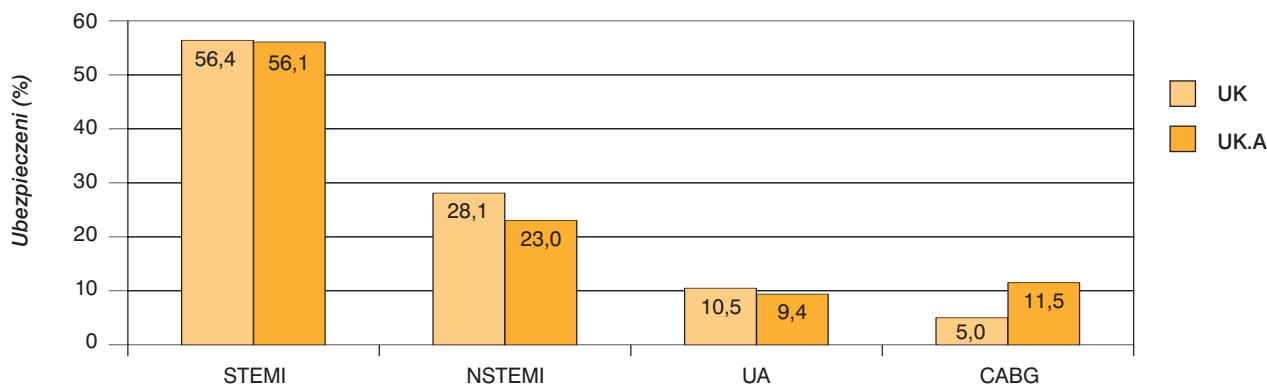
Wykres 3

**Ubezpieczeni po przebyłym OZW/CABG w okresie 12 miesięcy poprzedzających rozpoczęcie rehabilitacji w trybie stacjonarnym (UK) i ambulatoryjnym (UK.A)**



Wykres 4

**Ubezpieczeni poddani rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym (UK) i ambulatoryjnym (UK.A) według typu przebytego OZW/CABG**



Należy podkreślić, że chociaż w analizowanej grupie osób poddanych rehabilitacji więcej było pacjentów po przebytych STEMI (1540 osób), w porównaniu z łączną liczbą pacjentów po NSTEMI i UA (1032 osoby), to jednak tendencja w zakresie częstości występowania wymienionych typów OZW jest odwrotna. Dane z rejestrów i licznych badań ankietowych pokazują, że obecnie częstość występowania ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia ST (NSTEMI, UA) jest większa niż STEMI. Wydaje się, że jedną z przyczyn tego zjawiska może być znaczny postęp, jaki dokonał się w zakresie metod leczenia choroby wieńcowej w ciągu ostatnich 20 lat. Biorąc pod uwagę fakt, że skumulowana śmiertelność półroczna jest równie wysoka w ostrych zespołach wieńcowych bez uniesienia ST, jak w STEMI, wdrożenie intensywnych działań z zakresu prewencji wtórnej ma niezwykle istotne znaczenie w każdym z wymienionych typów OZW.

Ogólną charakterystykę pacjentów, uwzględniającą płeć, średni wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy zarobkowej przedstawiono w tabeli 1.

Podczas analizy danych zawartych w tabeli 1 zastanawia niski odsetek kobiet po OZW/CABG poddanych rehabilitacji – 13,8% w ośrodkach stacjonarnych i 9,9% w ośrodkach ambulatoryjnych.

Należy podkreślić, że kobiety znajdują się w niekorzystnej sytuacji we wszystkich stadiach przebiegu klinicznego chorób sercowo-naczyniowych (CVD – *Cardiovascular disease*). W ostatnich latach obniżenie śmiertelności z powodu tych chorób u mężczyzn jest większe niż u kobiet, u których zaobserwowano także wzrost częstości występowania chorób sercowo-naczyniowych, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Dlatego też objęcie działaniami prewencyjnymi, przede wszystkim kompleksową rehabilitacją leczniczą jak najszerszej grupy kobiet z CVD, może skutkować w przyszłości zahamowaniem tych niekorzystnych tendencji.

Rodzaj świadczenia pobieranego przez ubezpieczonych po OZW/CABG w momencie kierowania na rehabilitację przedstawiono w wykresie 5.

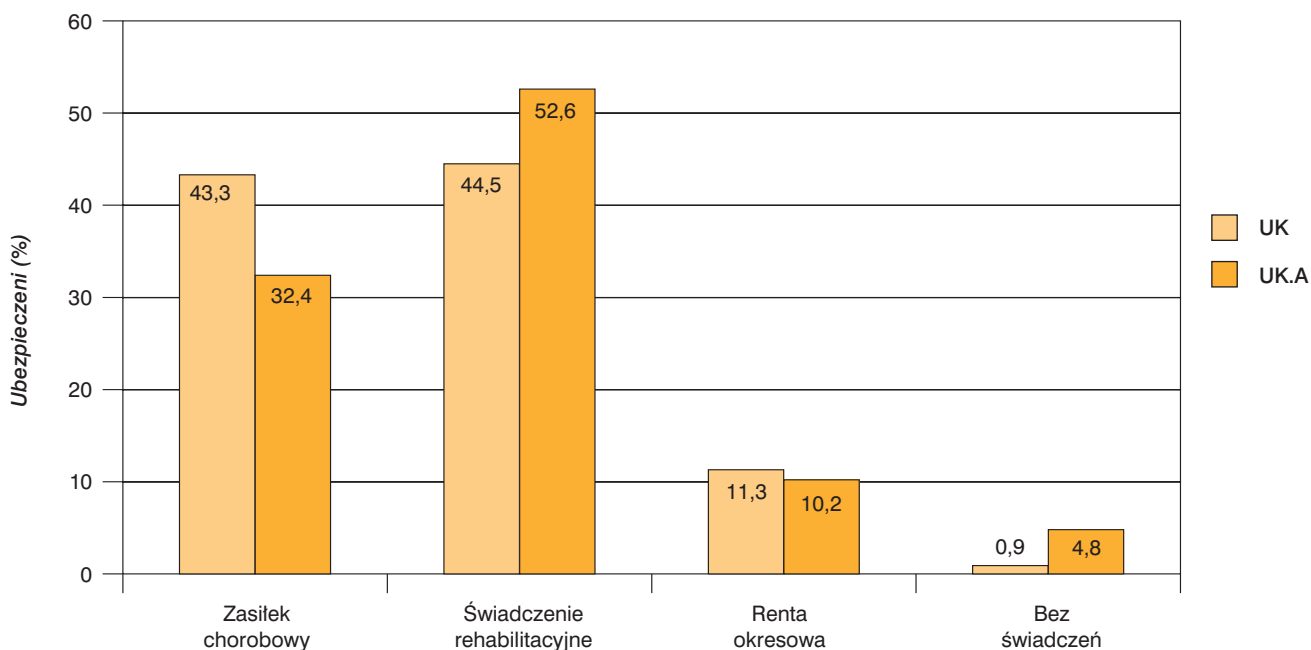
Tabela 1

**Pacjenci po przebytych OZW/CABG poddani rehabilitacji w trybie stacjonarnym (UK) i ambulatoryjnym (UK.A) z uwzględnieniem płci, wieku, miejsca zamieszkania i rodzaju pracy zarobkowej**

Tryb rehabilitacji	Płeć		Średni wiek (w latach)	Miejsce zamieszkania		Rodzaj pracy zarobkowej	
	mężczyźni	kobiety		miasto	wieś	fizyczna	umysłowa
UK	2018 (86,2%)	324 (13,8%)	51,7	1742 (74,4%)	600 (25,6%)	1997 (85,3%)	345 (14,7%)
UK.A	353 (90,1%)	39 (9,9%)	52,4	380 (96,9%)	12 (3,1%)	310 (79,1%)	82 (20,9%)

Wykres 5

**Rodzaj świadczenia pobieranego przez ubezpieczonych po OZW/CABG w momencie kierowania na rehabilitację w trybie stacjonarnym (UK) i ambulatoryjnym (UK.A)**



Okolo 85% ubezpieczonych pobieralo zasitek chorobowy lub swiadczenie rehabilitacyjne. Osoby pobierajace rente okresowa stanowily niewielki odsetek wszystkich pacjentow po OZW/CABG poddanych rehabilitacji w ośrodkach stacjonarnych i ambulatoryjnych – odpowiednio 11,3% i 10,2%. Na rehabilitacje byli takze kierowani ubezpieczeni niepobierajacy zadnych swiadczzen z Funduszu Ubezpieczen Spolecznych. W ośrodkach ambulatoryjnych stanowili oni nawet 4,8% wszystkich pacjentow.

Przedmiotem analizy byl takze sredni czas, jaki uplynal od przebytego OZW/CABG do rozpoczecia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS. Zarowno w ośrodkach stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych ubezpieczeni rozpoczynali rehabilitacje srednio po okolo 5 miesiacach od przebytego OZW lub CABG (wykres 6). Nalezy zauwazyc, ze ponad 40% pacjentow rozpoczynalo rehabilitacje w okresie 3 do 6 miesiacy od przebytego OZW/CABG (tabela 2).

Wszelkie dzialania zmierzajace do skrocenia czasu od przebytego epizodu OZW/CABG do podjecia rehabilitacji sa niezwykle wazne, poniewaz skutkuja szybszym wdrozeniem postepowania z zakresu prewencji wtornej, maja takze kapitalne znaczenie w podejmowaniu przez pacjentow po zawale serca decyzji nie tylko o powrocie do pracy zarobkowej, ale i kontynuowaniu jej przez dluzszy okres, co pokazaly m.in. wyniki wielu badan prowadzonych jeszcze w latach dziewiecdziesiatych ubieglego wieku przez Zespól Kliniki i Zakladu Rehabilitacji Kardiologicznej Instytutu Kardiologii w Warszawie pod kierunkiem prof. dra hab. n. med. Stanislawa Rudnickiego.

Jak wspomniano wyzej, niezbędnym warunkiem ustalenia bezpiecznego i efektywnego programu rehabilitacji jest stratyfikacja ryzyka sercowego u kazdego pacjenta na podstawie wyników badan: podmiotowego, przedmiotowego i dodatkowych. Ryzyko sercowe określa się jako

Wykres 6

**Sredni czas od wystapienia OZW/CABG do rozpoczecia rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS w trybie stacjonarnym (UK) i ambulatoryjnym (UK.A)**

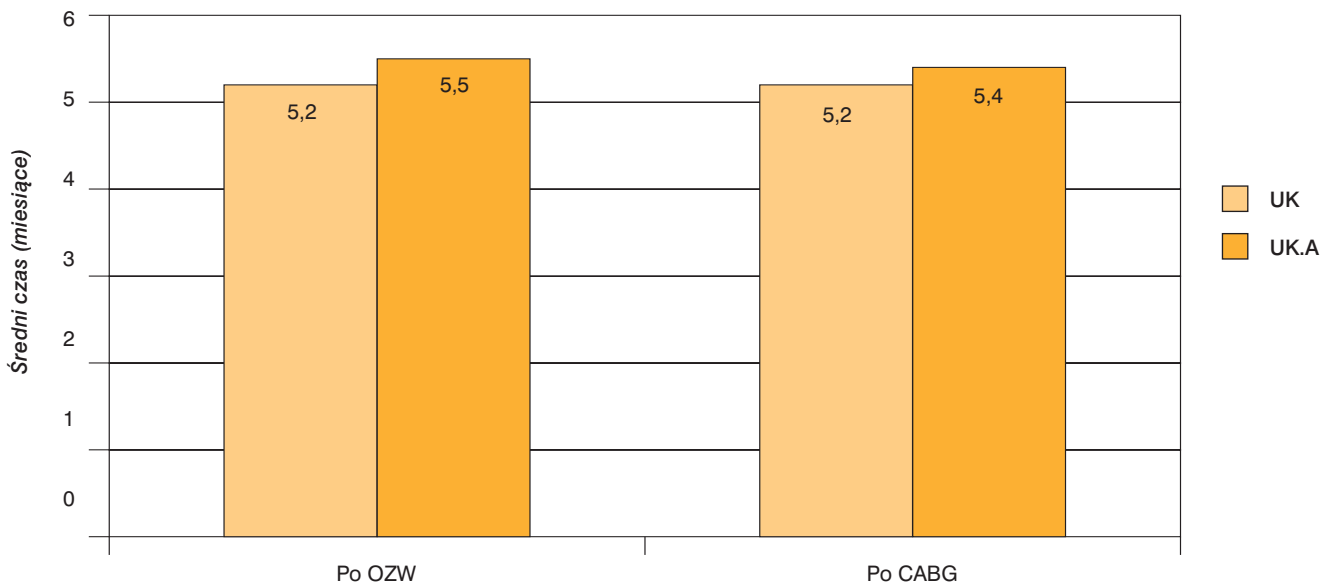


Tabela 2

**Czas, jaki uplynal od przebytych OZW/CABG do rozpoczecia rehabilitacji w trybie stacjonarnym (UK) i ambulatoryjnym (UK.A)**

Tryb rehabilitacji	Odsetek osób, które rozpoczely rehabilitacje w okresie		
	do 3 miesiacy	3-6 miesiacy	6-12 miesiacy
UK	28,5%	40,7%	30,8%
UK.A	21,7%	43,4%	34,9%

male, umiarkowane lub duze, biorac pod uwage: wartosc frakcji wyrzutowej lewej komory, wystepowanie zlozonej arytmii komorowej w spoczynku oraz podczas wysilku, cechy niedokrwienia i stopien obnizenia odcinka ST (w mm) w wysilkowym EKG, wydolnosc fizyczna okrelona w probie wysilkowej, reakcje hemodynamiczna na wysilek oraz dane kliniczne dotyczace m.in. powiklan zawalu czy nawrotow niedokrwienia po leczeniu inwazyjnym.

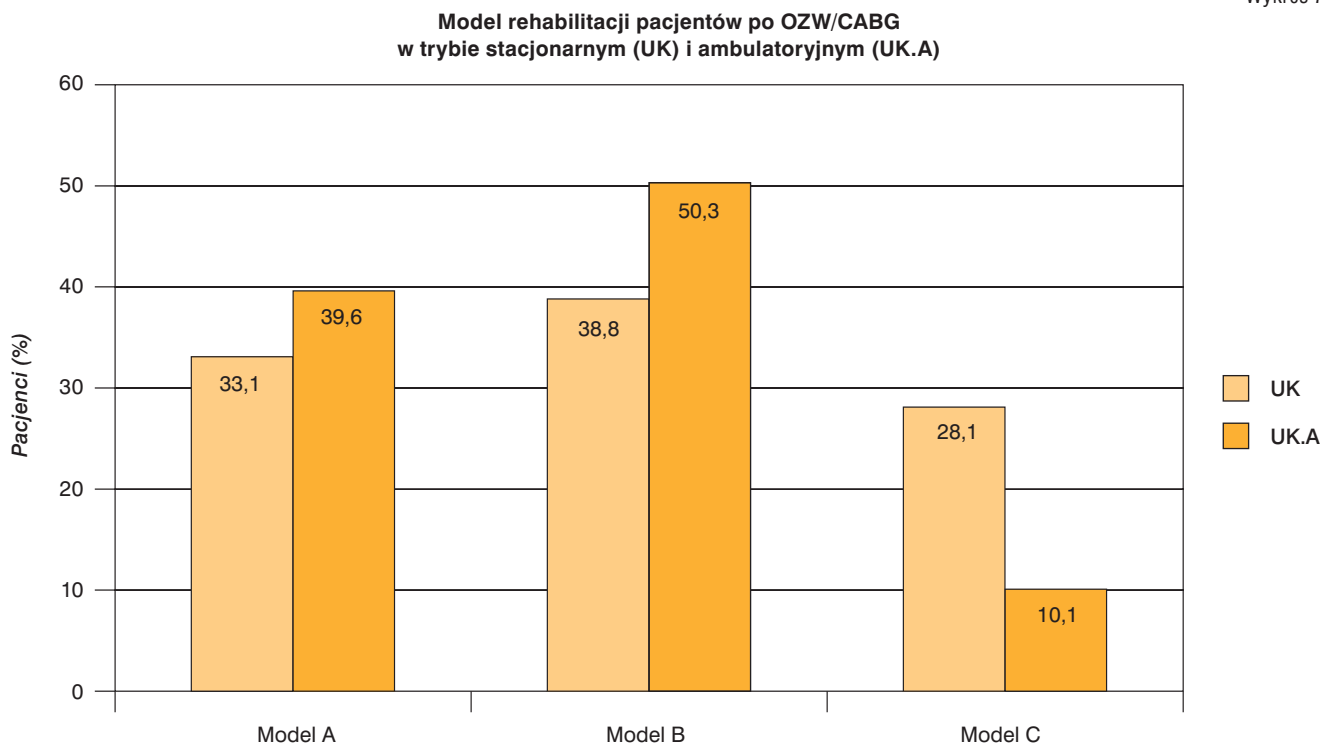
Po okreleniu ryzyka sercowego pacjent zostaje zakwalifikowany do odpowiedniego modelu

rehabilitacji (A, B lub C). Wykres 7 ilustruje odsetek pacjentów zakwalifikowanych do poszczególnych modeli rehabilitacji w podziale na ośrodki stacjonarne i ambulatoryjne. Pacjenci z małym i średnim ryzykiem zdarzeń sercowych (model A i B) odbywali rehabilitację głównie w ośrodkach ambulatoryjnych, natomiast w ośrodkach stacjonarnych większość stanowili pacjenci ze średnim i wysokim ryzykiem zdarzeń sercowych (model

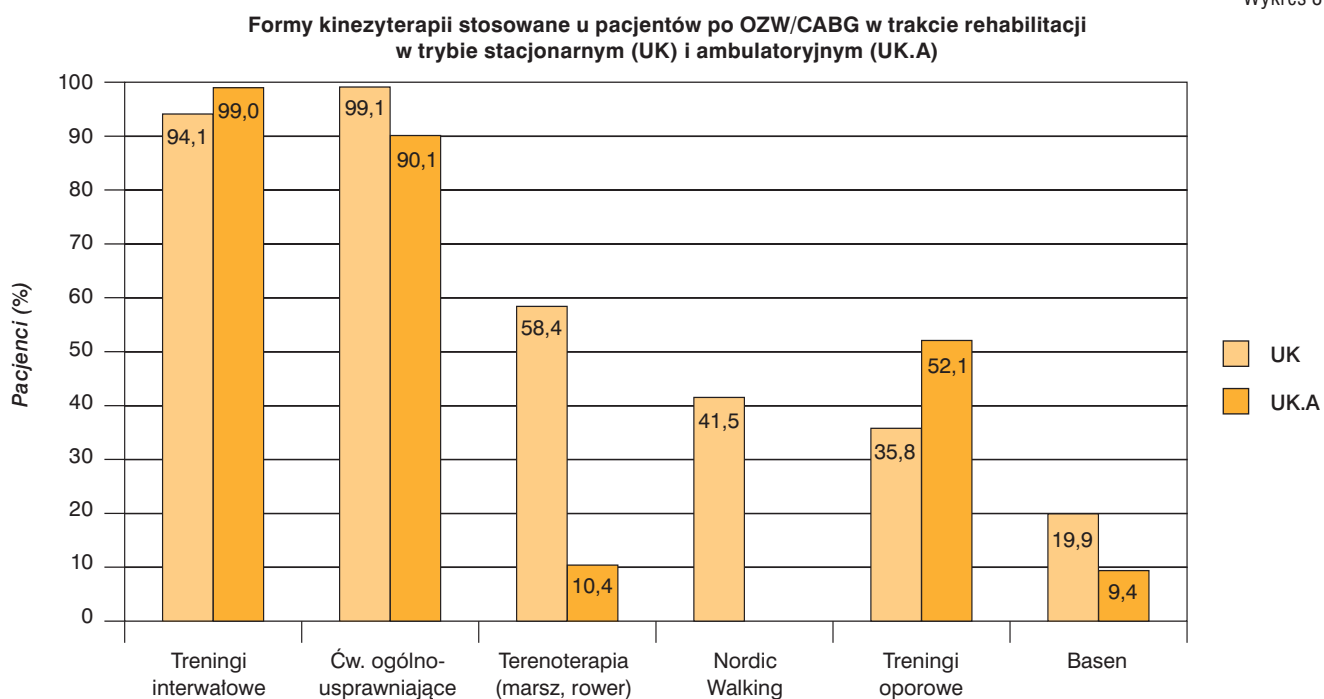
B i C). Należy podkreślić, że wysokie kwalifikacje i doświadczenie kadry medycznej zatrudnionej w ośrodkach współpracujących z ZUS pozwalają na podjęcie rehabilitacji kardiologicznej pacjentów z wysokim ryzykiem sercowym również w trybie ambulatoryjnym.

Najczęstsze formy kinezyterapii stosowane w ośrodkach stacjonarnych i ambulatoryjnych u pacjentów po przebytych OZW/CABG ilustruje wykres 8.

Wykres 7



Wykres 8





Ponad 90% pacjentów rehabilitowanych w tych ośrodkach odbyło treningi interwałowe na cykloergometrach oraz ćwiczenia ogólnousprawniające. Ponad jedna trzecia pacjentów w ośrodkach stacjonarnych i nieco ponad połowa pacjentów w ośrodkach ambulatoryjnych odbyła treningi oporowe w formie stacyjnej. Nierzadko prowadzone były także zajęcia w basenie.

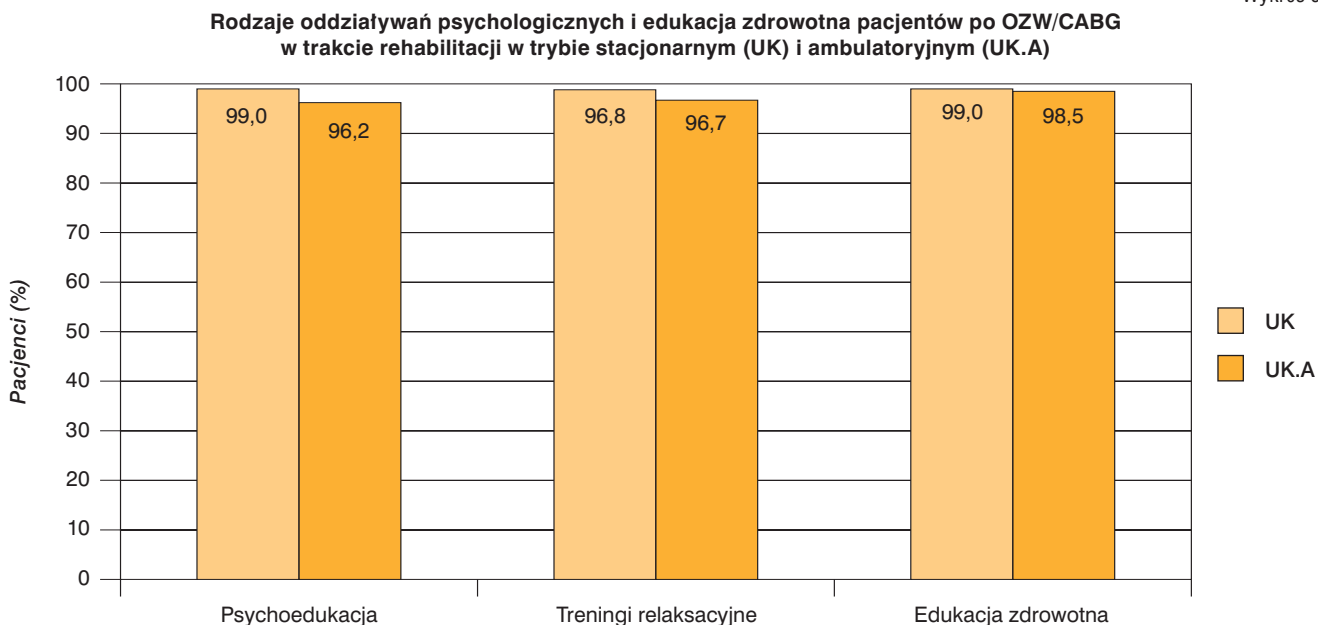
Prowadzenie natomiast ćwiczeń fizycznych w terenie typu marsz, jazda na rowerze czy *Nordic Walking* to zdecydowanie domena ośrodków stacjonarnych z uwagi na umiejscowienie – w sąsiedztwie obiektów udostępnianych na potrzeby ZUS – atrakcyjnych terenów rekreacyjnych. Należy podkreślić, że prowadzenie właśnie takich form kinezyterapii, bez użycia skomplikowanego i niekiedy bardzo kosztownego sprzętu rehabilitacyjnego, pozwala na nauczenie pacjentów kontrolowania swojego organizmu podczas wykonywania wysiłku fizycznego i jednocześnie ma niezwykle

ważne znaczenie dla kontynuowania przez nich dalszej samodzielnej i bezpiecznej aktywności ruchowej po zakończeniu pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym.

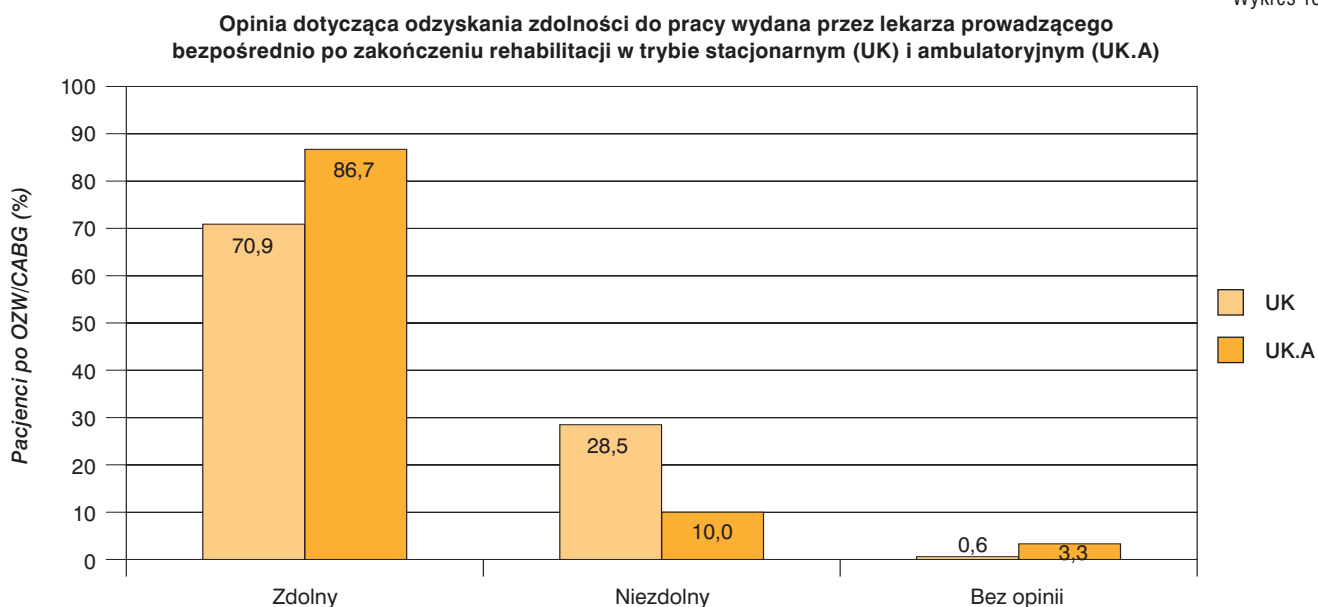
Praktycznie wszyscy pacjenci w trakcie trwania turnusu rehabilitacyjnego odbywają także zajęcia z zakresu psychoedukacji, treningów relaksacyjnych i edukacji zdrowotnej (wykres 9).

Kompleksowość oddziaływań, które charakteryzują rehabilitację kardiologiczną prowadzoną w ramach prewencji rentowej ZUS, w sposób istotny wpływa na poprawę funkcji organizmu w stopniu umożliwiającym ponowne podjęcie przez ubezpieczonych po przebytych OZW/CABG pracy zarobkowej. Potwierdza to przedstawiona w wykresie 10 analiza opinii dotyczących odzyskania zdolności do pracy wydanych przez lekarza prowadzącego bezpośrednio po zakończeniu rehabilitacji w podziale na ośrodki stacjonarne i ambulatoryjne. Zwraca uwagę istotnie wyższy procent opinii

Wykres 9



Wykres 10



zdolny do pracy wydanych w odniesieniu do ubezpieczonych odbywających rehabilitację w trybie ambulatoryjnym (86,7%) w porównaniu z rehabilitowanymi w trybie stacjonarnym (70,9%). Może to być m.in. związane z tym, że do ośrodków ambulatoryjnych kierowani są ci pacjenci po przebytych OZW/CABG, którzy są obciążeni mniejszym ryzykiem zdarzeń sercowych. Brak opinii w zakresie odzyskania zdolności do pracy dotyczył głównie tych ubezpieczonych, którzy nie ukończyli pełnego turnusu rehabilitacyjnego.

Analizę przyczyn skrócenia czasu trwania rehabilitacji ubezpieczonych po przebytych OZW/CABG przedstawiono w tabeli 3.

Przedstawione dane pokazują, że ubezpieczeni po przebytych (w ciągu 12 miesięcy poprzedzających rozpoczęcie rehabilitacji) ostrych zespołach wieńcowych oraz po operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej stanowili ponad 30% wszystkich osób poddanych rehabilitacji z powodu schorzeń układu krążenia w 2008 r. W wyniku wielokierunkowych oddziaływań z zakresu prewencji wtórnej u znacznej większości pacjentów po przebytych OZW/CABG osiągnięty został główny cel rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS, jakim jest przeciwdziałanie utracie zdolności do pracy przez osoby w wieku produkcyjnym.

Tabela 3

**Przyczyny skrócenia czasu trwania rehabilitacji stacjonarnej (UK) i ambulatoryjnej (UK.A) pacjentów po przebytych OZW/CABG**

Tryb rehabilitacji	Liczba osób po OZW/CABG	Liczba osób, które nie ukończyły rehabilitacji	Z tego:		
			z przyczyn medycznych	na własne żądanie	z przyczyn dyscyplinarnych
UK	2342 (100%)	76 (3,2%)	42 (1,8%)	21 (0,9%)	13 (0,5%)
UK.A	392 (100%)	15 (3,8%)	11 (2,8%)	4 (1,0%)	0

Należy podkreślić, że z tej grupy pacjentów rehabilitacji nie ukończyło jedynie 76 osób (3,2%) w ośrodkach stacjonarnych i 15 osób (3,8%) w ośrodkach ambulatoryjnych. Najczęstszymi przyczynami skrócenia turnusu rehabilitacyjnego były względy medyczne, w szczególności: zaostrzenie niewydolności serca, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze, dekompensacja cukrzycy, pogorszenie klinicznego przebiegu choroby wieńcowej do III-IV klasy według CCS (czterostopniowej klasyfikacji zaawansowania choroby wieńcowej opracowanej przez Kanadyjskie Towarzystwo Kardiologiczne – *Canadian Cardiovascular Society*), wynik diagnostyki przeprowadzonej w ośrodku rehabilitacyjnym (np. stwierdzenie skrzepliny w Echo serca). Na własne życzenie, przede wszystkim z powodu ważnych spraw rodzinnych czy zdarzeń losowych, rehabilitacji nie ukończyło zaledwie 21 osób (0,9%) w ośrodkach stacjonarnych i 4 osoby (1,0%) w ośrodkach ambulatoryjnych. Znikoma liczba ubezpieczonych – 13 osób (0,5%) – nie ukończyła rehabilitacji prowadzonej w trybie stacjonarnym z powodu nieprzestrzegania regulaminu ośrodka rehabilitacyjnego.

Choroby sercowo-naczyniowe są główną przyczyną przedwczesnych zgonów w Europie. Przyczyniają się też istotnie do niezdolności do pracy oraz narastania kosztów opieki zdrowotnej. Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona w ramach prewencji rentowej ZUS stanowi istotny wkład w działania ukierunkowane na odwrócenie tych niekorzystnych tendencji również w Polsce.

#### Piśmiennictwo

1. Bromboszcz J., Dylewicz P. (red.), *Rehabilitacja kardiologiczna – stosowanie ćwiczeń fizycznych*, Biblioteka Specjalisty Rehabilitacji, ELIPSA-JAIM s.c., Kraków 2005.
2. Czwarta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych towarzystw do spraw prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej, *Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej. Wersja skrócona*, Kardiologia Polska 2008, vol. 66 (suplement I), s. 1-48.
3. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ds. diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia odcinka ST, *Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia odcinka ST*, Kardiologia Polska 2007, vol. 65, s. 901-967.
4. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, *Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST*, Kardiologia Polska 2009, vol. 67 (suplement II), s. 53-98.
5. Poloński L., Gąsior M., Gierlotka M. i in., *Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS). Characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Poland*, Kardiologia Polska 2007, vol. 65, s. 867-872.
6. Stanowisko Komisji ds. Opracowywania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, *Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna. Materiały zalecane przez Sekcję Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*, Folia Cardiologica 2004, vol. 11 (suplement A), s. 1-48.
7. Waśkiewicz A., Piotrowski W., Sygnowska E. i in., *Jakość żywienia i wiedza zdrowotna osób po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych w populacji polskiej – Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ*, Kardiologia Polska 2008, vol. 66, s. 507-513.

**Bożena Wierzyńska**  
Departament Prewencji i Rehabilitacji

# Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS



Od 1996 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Dotychczas w programie uczestniczyło łącznie 642 tys. osób. W ostatnich latach rehabilitację rocznie kończy ponad 67 tys. osób. W celu zapewnienia miejsc dla osób kierowanych na rehabilitację Zakład zawiera rocznie około 90 umów na świadczenie usług rehabilitacyjnych z około 60 ośrodkami rehabilitacyjnymi.

## Podstawa prawna

Zakład realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej na podstawie art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2007 r. nr 11, poz. 74 ze zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 października 2001 r. w sprawie szczególnych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne (Dz.U. nr 131, poz. 1457).

## O programie

W Polsce programy rehabilitacji leczniczej prowadzą przede wszystkim takie instytucje, jak Narodowy Fundusz Zdrowia, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Celem programu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej ZUS jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby zagrożone są długotrwałą niezdolnością do pracy zarobkowej i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Na rehabilitację leczniczą mogą zostać skierowane osoby:

- ◆ ubezpieczone zagrożone całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,
- ◆ uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- ◆ pobierające rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Realizowany przez Zakład program obejmuje te schorzenia, które są najczęstszą przyczyną niezdolności do pracy, i prowadzony jest w następujących grupach:

- narząd ruchu (system stacjonarny i ambulatoryjny),
- układ krążenia (system stacjonarny i ambulatoryjny),
- schorzenia psychosomatyczne (system stacjonarny),
- układ oddechowy (system stacjonarny).

W skład programu kompleksowej rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS wchodzi w szczególności:

- rehabilitacja fizyczna,
- rehabilitacja psychologiczna,
- edukacja i promocja zdrowia.

Rzeczywisty średni okres rehabilitacji osoby skierowanej przez Zakład wynosi około 23 dni. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek lekarzy prowadzących leczenie w ośrodkach rehabilitacyjnych, Zakład może przedłużyć lub skrócić standardowy czas rehabilitacji.

Czas trwania rehabilitacji zostaje skrócony najczęściej z przyczyn: ● medycznych ● zdarzeń losowych ● naruszenia dyscypliny w ośrodku rehabilitacyjnym ● wcześniejszego odzyskania zdolności do pracy.

## Ośrodki rehabilitacyjne współpracujące z Zakładem

Zgodnie z wymienionym rozporządzeniem Rady Ministrów program rehabilitacji leczniczej prowadzą placówki medyczne wybrane w konkursie ofert na świadczenie usług rehabilitacyjnych.

Zakład opracował szczegółowe wymagania i standardy, które muszą spełniać ośrodki rehabilitacyjne współpracujące z ZUS w realizacji programu rehabilitacji leczniczej. Dotyczą one w szczególności:

- liczby osób, które przebywają na turnusie rehabilitacyjnym,
- liczby i kwalifikacji zatrudnionej kadry specjalistycznej,
- wymaganego sprzętu medycznego,
- warunków hotelowych,
- warunków żywienia,
- rodzaju stosowanych działań terapeutycznych,
- zakresu realizowanego programu edukacji zdrowotnej,
- organizacji udzielania usług rehabilitacyjnych,
- sporządzania dokumentacji medycznej z przebiegu rehabilitacji leczniczej,
- sposobu realizacji rozliczeń finansowych.

Do ośrodków rehabilitacyjnych, które współpracują z Zakładem od lat należą m.in.: Rymanów SA, Szczawnica SA, Zakład Uzdrowisk Kłodzkich SA, Połczyn SA, Gracja Sp. z o.o., Stomil Rymanów Sp. z o.o., Łądek SA, Cieplice Sp. z o.o., Sopot ZOZ, Wieniec Sp. z o.o.

W 2008 r. Zakład zawarł 94 umowy na prowadzenie programu rehabilitacji leczniczej z 58 ośrodkami rehabilitacyjnymi. Rozmieszczenie ośrodków rehabilitacyjnych współpracujących z Zakładem w 2008 r. przedstawia załączona mapka.

## Wniosek o rehabilitację leczniczą wystawiony przez lekarzy leczących

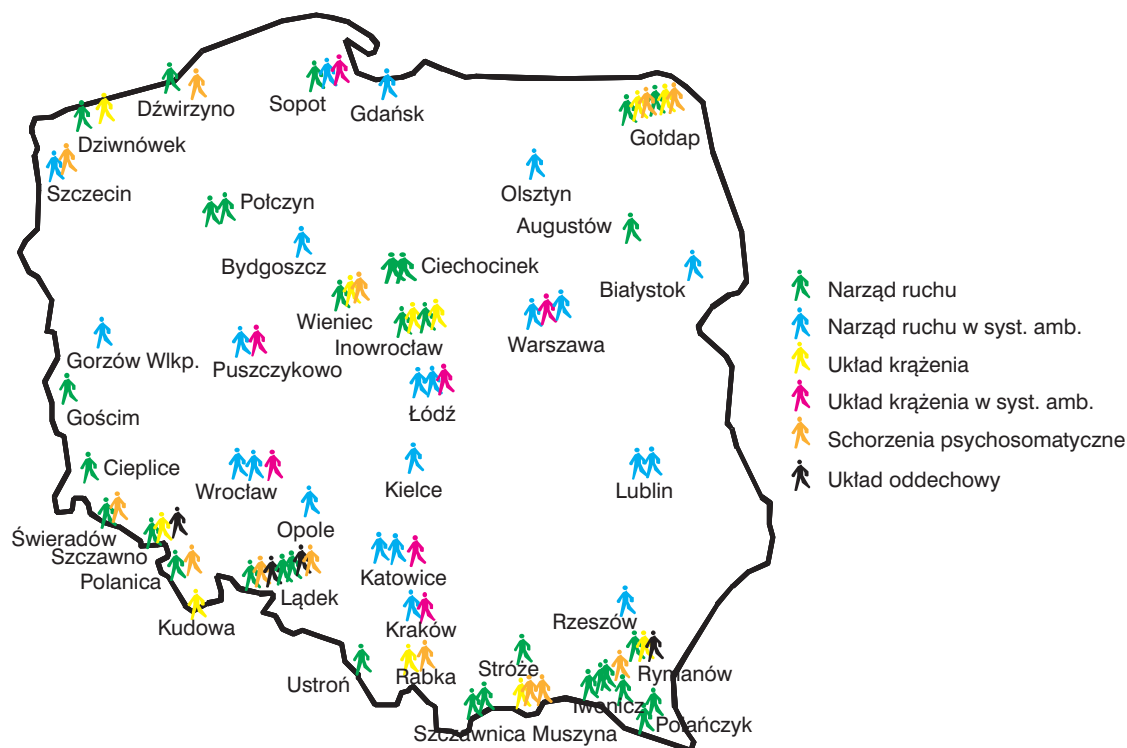
Wnioskować o rehabilitację leczniczą może lekarz prowadzący leczenie. W wyniku podjętych przez Zakład działań mających na celu upowszechnianie wśród lekarzy leczących informacji na temat programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej wzrasta liczba wystawianych przez lekarzy prowadzących leczenie wniosków o rehabilitację leczniczą. Liczbę wniosków o rehabilitację leczniczą wystawianych przez lekarzy leczących i orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej poprzedzonych wnioskami w latach 2004-2008 przedstawia wykres 1.

## Świadczenia pobierane przed i po rehabilitacji przez osoby uczestniczące w programie

Najlepsze efekty w rehabilitacji leczniczej osiąga się w przypadku kierowania na rehabilitację osób w najkrótszym okresie po zaistnieniu niezdolności do pracy. W związku z tym Zakład podjął działania mające na celu umożliwienie uczestniczenia w programie rehabilitacji leczniczej osobom, które nie pobierają świadczeń z FUS.

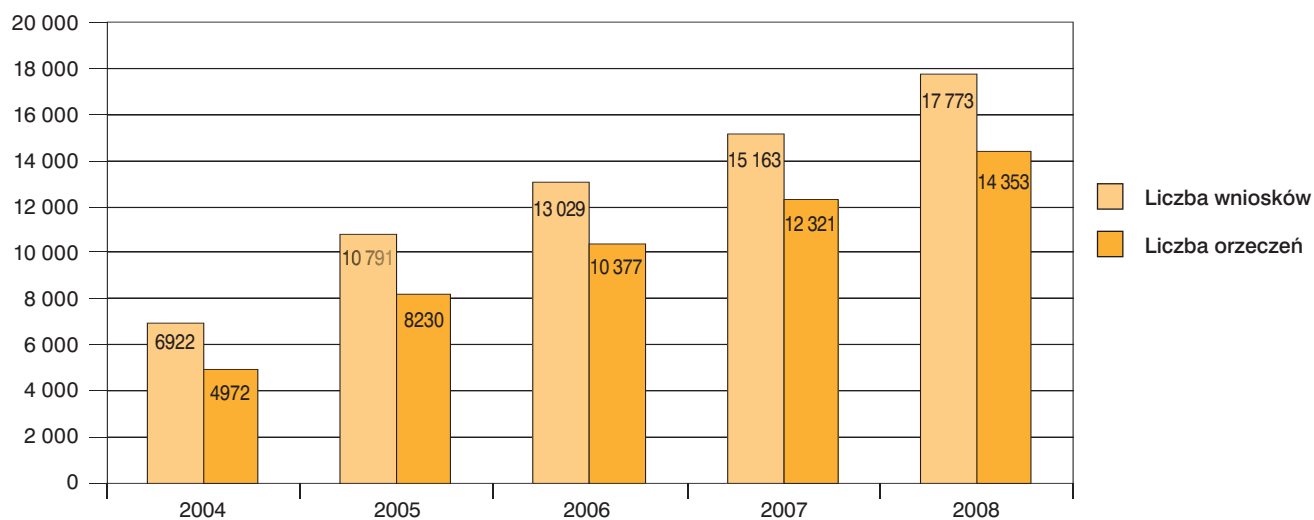
Świadczenia pobierane w momencie kierowania na rehabilitację ilustruje wykres 2.

Ośrodki rehabilitacyjne współpracujące z ZUS w 2008 r.



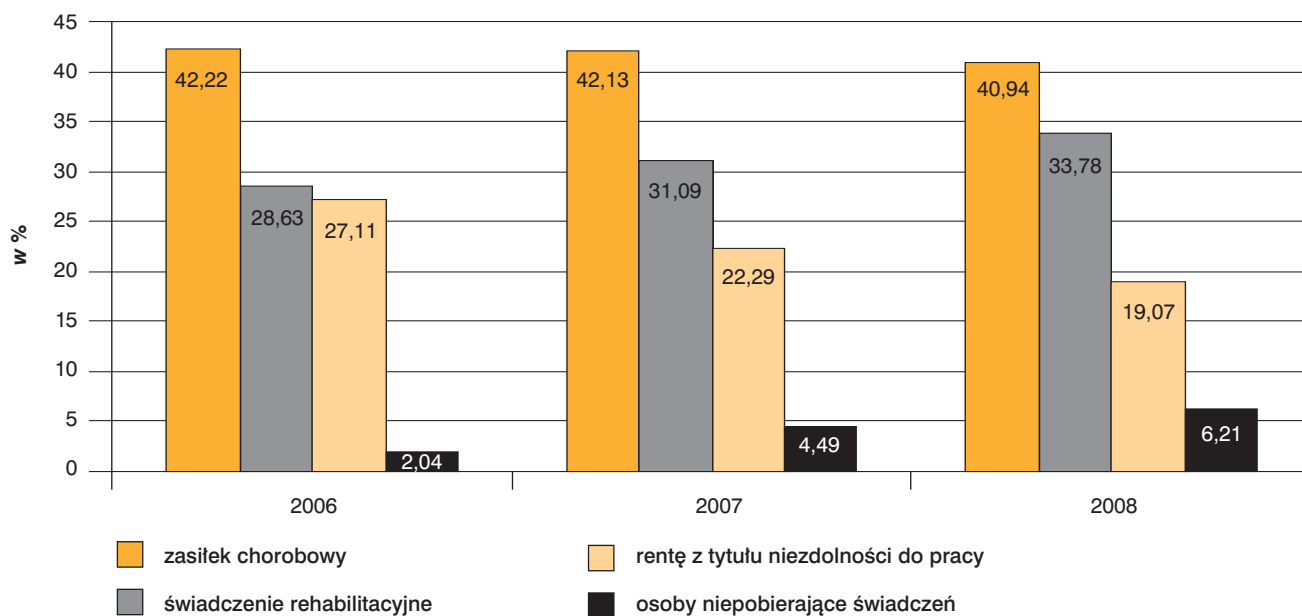
Źródło: Dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS.

Liczba wniosków o rehabilitację leczniczą składanych przez lekarzy leczących i orzeczeń o potrzebie rehabilitacji wydanych w związku z wnioskami złożonymi w latach 2004-2008



Źródło: Informacja statystyczna Z-9, Departament Statystyki ZUS.

Świadczenia pobierane w momencie kierowania na rehabilitację leczniczą w latach 2006-2008



Źródło: Informacja statystyczna Z-9, Departament Statystyki ZUS.

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby osób kierowanych na rehabilitację leczniczą: • w okresie czasowej niezdolności do pracy, przed przyznaniem świadczeń rentowych oraz • bez pobierania świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

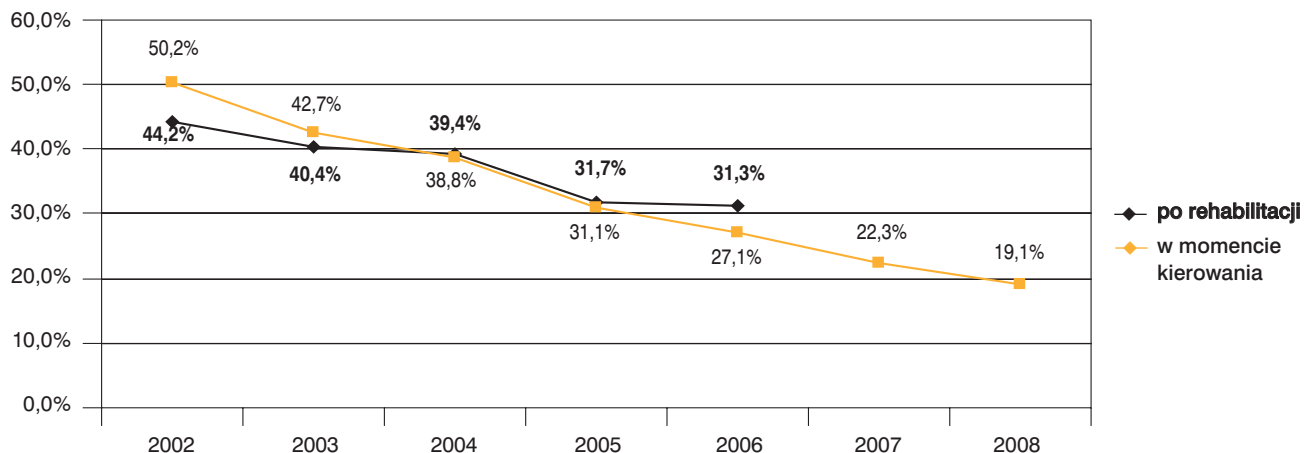
W wyniku podjętych działań zmienia się struktura osób kierowanych na rehabilitację według rodzaju świadczeń pobieranych w momencie kierowania na rehabilitację, ponieważ wyraźnie wzrasta udział osób niepobierających świadczeń.

Odsetek rencistów wśród osób kierowanych na rehabilitację leczniczą i po rehabilitacji w latach 2002-2008 przedstawia wykres 3.

Wraz ze spadkiem procentowego udziału osób kierowanych na rehabilitację leczniczą w trakcie pobierania renty z tytułu niezdolności do pracy maleje procentowy udział osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy po ukończeniu programu rehabilitacji.

W 2008 r. wśród osób kierowanych na rehabilitację leczniczą w związku ze schorzeniami układu krążenia prawie 40,3% pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy; 2,2% osób skierowanych na rehabilitację nie pobierało świadczeń. W przypadku osób ze schorzeniami narządu ruchu kierowanych na rehabilitację 12,9% pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy, nie pobierało świadczeń 7,3% osób.

Udział osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy w trakcie kierowania na rehabilitację leczniczą i po rehabilitacji



Źródło: Informacja statystyczna Z-9, Departament Statystyki ZUS; Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2002, 2003, 2004, 2005 roku, Departament Statystyki ZUS.

### Kierowanie na rehabilitację leczniczą

O potrzebie rehabilitacji leczniczej orzeka lekarz orzecznik ZUS. Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji wydawane jest:

- ◆ na wniosek wystawiony przez lekarza leczącego,
- ◆ w związku z kontrolą zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA,
- ◆ w związku z orzekaniem dla celów ustalenia uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego,
- ◆ w związku z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych.

Lekarze orzecznicy ZUS wydają rocznie około 80 tys. orzeczeń o potrzebie rehabilitacji leczniczej uprawniających do skorzystania z programu.

W latach 1996-2008 Zakład Ubezpieczeń Społecznych skierował na rehabilitację leczniczą łącznie 738 323 osób. W 2008 r. na rehabilitację

skierowano 78,7 tys. osób. Udziału w programie z różnych przyczyn odmawia 15-20% osób kierowanych na rehabilitację.

Liczbę osób skierowanych na rehabilitację leczniczą oraz osób, które ukończyły program w latach 1996-2008 przedstawia wykres 4.

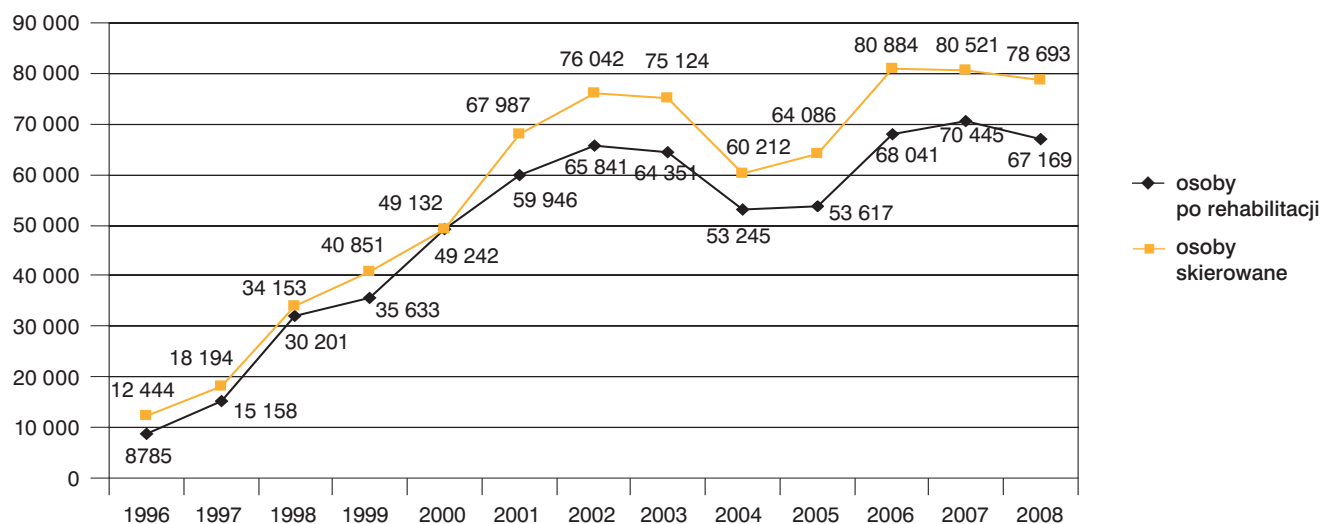
W latach 1996-2008 rehabilitację leczniczą ukończyło 641 674 osób. W 2008 r. w programie rehabilitacji leczniczej uczestniczyło 67,2 tys. osób.

Wśród osób, które ukończyły rehabilitację leczniczą w latach 1996-2008 przeważają osoby ze schorzeniami narządu ruchu (77%). Następną grupą to schorzenia układu krążenia, które są przyczyną rehabilitacji około 17% osób. Na schorzenia układu oddechowego przypada mniej niż 4% osób, a na schorzenia psychosomatyczne 2% osób.

W 2001 r. Zakład wprowadził program rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym w zakresie

Wykres 4

Liczba osób skierowanych na rehabilitację leczniczą i osób, które ukończyły rehabilitację w latach 1996-2008



Źródło: Informacja statystyczna Z-9, Departament Statystyki ZUS.

schorzeń narządu ruchu. W 2005 r. rozpoczęto rehabilitację ambulatoryjną schorzeń układu krążenia, a w 2006 r. program rozszerzono o schorzenia psychosomatyczne.

W 2008 r. wzrosła liczba osób, które ukończyły program rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym zarówno w przypadku narządu ruchu, jak i układu krążenia. Było to związane ze wzrostem dostępności tej formy rehabilitacji dla osób, które z różnych przyczyn nie mogą korzystać z tego świadczenia w trybie stacjonarnym.

### Efekty rehabilitacji

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej prowadzony przez ZUS jest korzystny zarówno dla osób ubezpieczonych, które uzyskują możliwość odzyskania zdolności do pracy, jak i dla instytucji ubezpieczenia społecznego w związku ze zmniejszeniem wydatków na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i wzrostem liczby osób odprowadzających składki.

Ponad 70% osób kończących program rehabilitacji leczniczej otrzymuje opinię wydaną przez lekarzy z ośrodków rehabilitacyjnych, w których przebywali, że stan ich zdrowia umożliwia podjęcie pracy zarobkowej.

Zgodnie z ostatnimi badaniami, przeprowadzonymi przez Departament Statystyki Zakładu za lata 2005-2006, prawie 70% osób po rehabilitacji nie pobiera rent z tytułu niezdolności do pracy, a ponad 38% osób w pierwszym roku po zakończeniu rehabilitacji nie pobiera świadczeń z FUS (lub wykorzystuje bezpośrednio po rehabilitacji okres zasiłkowy do 20 dni).

### Charakterystyka populacji korzystającej z programu

Wśród osób, które kończą program rehabilitacji leczniczej dominują mężczyźni, jednak od 2005 r. wzrasta udział kobiet – z 36% do 42% w 2008 r. W omawianej grupie osób przeważają mieszkańcy miast, którzy stanowią ponad 75% populacji. Średni wiek osób, które kończą rehabilitację wynosi około 46 lat (w przypadku mężczyzn nieco ponad 46 lat, w przypadku zaś kobiet jest niższy).

Osoby, które są kierowane na rehabilitację leczniczą najczęściej wykonują takie zawody, jak:

- murarz, betoniarz, ślusarz, operator dźwigów, operator koparek, malarz (stanowią około 10% ogółu populacji),
- sprzedawcy, kasjerzy, handlowcy, akwizytorzy (około 7% osób),
- kierowcy (ponad 5% osób),
- osoby prowadzące działalność gospodarczą (około 5%),
- zawody medyczne – lekarz, felczer, pielęgniarka (ponad 2%).

Najczęściej z rehabilitacji leczniczej korzystają mieszkańcy województw: Śląskiego (około 12% osób), Dolnośląskiego (ponad 10%), Mazowieckiego (około 9%), Wielkopolskiego (ponad 8%), a najrzadziej wyjeżdżają na rehabilitację osoby zamieszkałe w województwach: Podlaskim i Świętokrzyskim (około 2%).

Najczęściej występujące jednostki chorobowe wymagające rehabilitacji leczniczej według *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja dziesiąta*, przedstawia tabela 1.

Tabela 1

**Najczęściej występujące jednostki chorobowe (i ich numery statystyczne) wymagające rehabilitacji leczniczej**

Profil schorzenia	Numer statystyczny	Pełna nazwa
Narząd ruchu	G54	zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych
	M47	zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa
	M50	choroby kręgow szyjnych
	M51	inne choroby krążka międzykręgowego
	S82	złamania podudzia łącznie ze stawem skokowym
	T92	następstwa urazów kończyny górnej
	T93	następstwa urazów kończyny dolnej
	M17	choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych
Układ krążenia	S83	zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana
	I10	samoistne pierwotne nadciśnienie
	I20	dusznicza bolesna
Układ oddechowy	I25	przewlekła choroba niedokrwienna serca
	J42	nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli
	J44	inna przewlekła zaporowa choroba płuc
Schorzenia psychosomatyczne	J45	dychawica oskrzelowa
	F41	inne zaburzenia lękowe
	F43	reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

Źródło: Dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS.

Wymienione jednostki chorobowe stanowią ponad 70% medycznych przyczyn kierowania na rehabilitację leczniczą.

### Koszty rehabilitacji

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS dla skierowanej osoby ubezpieczonej jest bezpłatna.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych pokrywa pełne koszty:

- rehabilitacji leczniczej, w tym zakwaterowania i wyżywienia,
- dojazdu do i z ośrodka rehabilitacyjnego,
- opłat miejscowych.

opieki medycznej, badań diagnostycznych, ćwiczeń i zabiegów fizykalnych.

Wysokości dziennej stawki na osobę obowiązującej na podstawie umów zawartych na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w latach 2006-2008 przedstawia tabela 2

Od 2006 r. wzrasta średnia dzienna stawka na osobę wyliczona na podstawie faktur VAT za poniesione koszty rehabilitacji leczniczej. Średnia stawka osobodnia zapłacona przez Zakład w 2008 r. wynosiła 69,60 zł i była wyższa od stawki z poprzedniego roku o 11%.

Koszty poniesione na rehabilitację leczniczą, liczbę osób, które ukończyły rehabilitację oraz średnią stawkę osobodnia w latach 2004-2008 prezentuje wykres 5.

Tabela 2

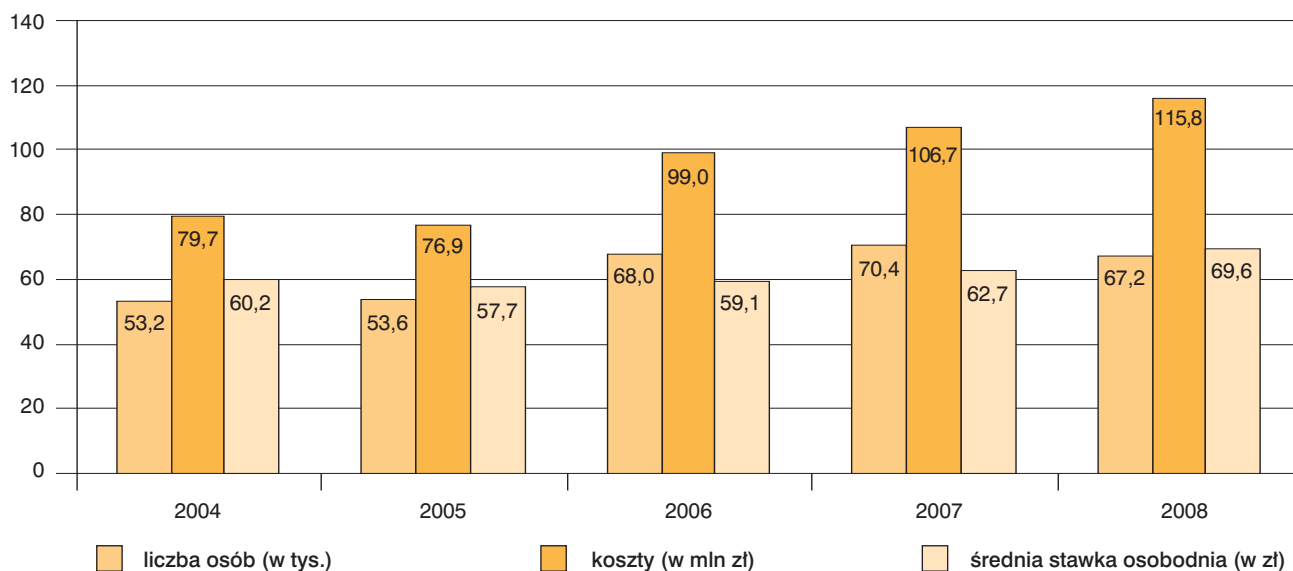
**Średni koszt osobodnia pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym zgodnie z podpisanymi umowami w latach 2006-2008**

Profil schorzenia		2006	2007	2008
Narząd ruchu	w systemie stacjonarnym	57,97	61,30	68,71
Układ krążenia		58,72	61,40	70,38
Układ oddechowy		50,39	61,10	64,02
Schorzenia psychosomatyczne		94,18	98,34	102,04
Narząd ruchu	w systemie ambulatoryjnym	52,64	53,55	57,30
Układ krążenia		62,29	58,95	68,42

Źródło: Dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS.

Wykres 5

**Liczba osób, które ukończyły rehabilitację, koszty rehabilitacji, średnia stawka osobodnia w latach 2004-2008**



Źródło: Dane Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS.

Koszt osobodnia pobytu jednej osoby w ośrodku rehabilitacyjnym ponoszony przez usługodawcę to kalkulacja kosztów wyżywienia, zakwaterowania,

**Halina Muszewska**  
Departament Prewencji i Rehabilitacji





# Rehabilitacja lecznicza w systemie ubezpieczenia społecznego rolników

Głównym celem rehabilitacji prowadzonej w KRUS jest zapobieganie niepełnosprawności lub ograniczenie jej do poziomu umożliwiającego ubezpieczonemu dalsze wykonywanie pracy w gospodarstwie rolnym, a w przypadku osób, które zdolność do pracy w gospodarstwie już utraciły – jej przywrócenie, jeśli tylko jest to możliwe, w wyniku leczenia i rehabilitacji.

## Warunki niezbędne do uzyskania nieodpłatnej rehabilitacji leczniczej KRUS

Należy podkreślić, że rehabilitacja nie jest adresowana do wszystkich rolników objętych ubezpieczeniem społecznym. Osoba, która chce skorzystać z rehabilitacji organizowanej przez KRUS, musi spełniać określone warunki.

Z rehabilitacji leczniczej realizowanej za pośrednictwem KRUS mogą korzystać osoby zagrożone całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym albo uznane okresowo za całkowicie niezdolne do pracy w tym gospodarstwie, ale rokujące odzyskanie zdolności do pracy w wyniku leczenia i rehabilitacji. Muszą one jednak spełniać określone kryteria dotyczące wieku i zasad podlegania ubezpieczeniu społecznemu rolników. W związku z tym na turnusy rehabilitacyjne kierowane są osoby, które nie ukończyły 60 lat (kobiety) i 65 lat (mężczyźni) oraz spełniają jeden z następujących warunków:

- ◆ podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy w pełnym zakresie,
- ◆ podlegają ubezpieczeniu wypadkowemu, chorobowemu i macierzyńskiemu na wniosek w pełnym zakresie nieprzerwanie co najmniej przez 18 miesięcy przed złożeniem wniosku o rehabilitację leczniczą (okres ten nie jest wymagany, gdy osoba uległa wypadkowi przy pracy rolniczej),
- ◆ mają ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli zachowały zdolność do samodzielnej egzystencji.

Z rehabilitacji leczniczej można korzystać nie częściej niż raz na 12 miesięcy. Osobom, które mają ustalone prawo do zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad

180 dni, a także osobom mającym ustalone prawo do okresowej renty rolniczej z tytułu niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym można przyznać świadczenie zdrowotne, jakim jest rehabilitacja, ponownie po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia poprzedniej rehabilitacji.

W każdym jednak przypadku, uzasadnionym potrzebami zdrowotnymi pacjenta, okres oczekiwania na ponowne skierowanie może zostać skrócony, a sam pobyt przedłużony. Każdorazowo świadczenie to przyznawane jest na wniosek lekarza ustalającego wskazania do odbycia rehabilitacji. Do wniosku muszą być dołączone niezbędne badania, zlecone przez lekarza. Wypełniony wniosek, który zachowuje ważność przez 6 miesięcy, rolnik składa (osobiście lub wysyła pocztą) we właściwym oddziale regionalnym lub placówce terenowej Kasy.

Wnioski są rejestrowane, sprawdzane pod względem formalnym i oceniane merytorycznie. Jeśli zostaną zaakceptowane przez lekarza regionalnego inspektora orzecznictwa lekarskiego KRUS, rolnicy otrzymują propozycje wyjazdu. W przypadku gdy rolnik wyrazi zgodę na proponowany termin i miejsce rehabilitacji, otrzymuje skierowanie na turnus rehabilitacyjny. Pierwszeństwo w skierowaniu na rehabilitację leczniczą mają osoby, dla których potrzeba rehabilitacji jest uzasadniona następstwem wypadku przy pracy rolniczej lub którym ustalono prawo do zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni, a lekarz rzeczoznawca Kasy lub komisja lekarska Kasy orzekli wskazania do rehabilitacji leczniczej.

Poddanie się rehabilitacji jest całkowicie dobrowolne i w niczym nie ogranicza prawa rolnika do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego rolników, z wyjątkiem prawa do zasiłku chorobowego

za okres przebywania w ośrodku rehabilitacji leczniczej. Z rehabilitacji leczniczej KRUS warto skorzystać, szczególnie że pobyt na turnusie jest dla rolnika bezpłatny, jest on jedynie zobowiązany do wniesienia, za pośrednictwem placówki rehabilitacyjnej, opłaty miejscowej na rzecz lokalnego samorządu. Ośrodek rehabilitacji leczniczej zwraca osobie skierowanej koszt dojazdu do placówki rehabilitacyjnej najtańszym, dostępnym publicznym środkiem transportu zbiorowego w cenie biletu osobowej komunikacji kolejowej II klasy lub autobusowej komunikacji zwykłej (podstawa: rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 7 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków i trybu kierowania przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na świadczenia i usługi rehabilitacyjne – Dz.U. nr 74, poz. 657).

Korzystanie z rehabilitacji za pośrednictwem KRUS nie pozbawia rolników prawa do leczenia uzdrowiskowego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

### Program rehabilitacji leczniczej KRUS

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1998 r. nr 7,

poz. 25 ze zm.), zapewnia rolnikom uprawnionym do świadczeń z Kasy możliwość korzystania z rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja realizowana przez KRUS ma charakter ubezpieczeniowy i obejmuje dwie grupy chorobowe:

- narząd ruchu,
- układ krążenia.

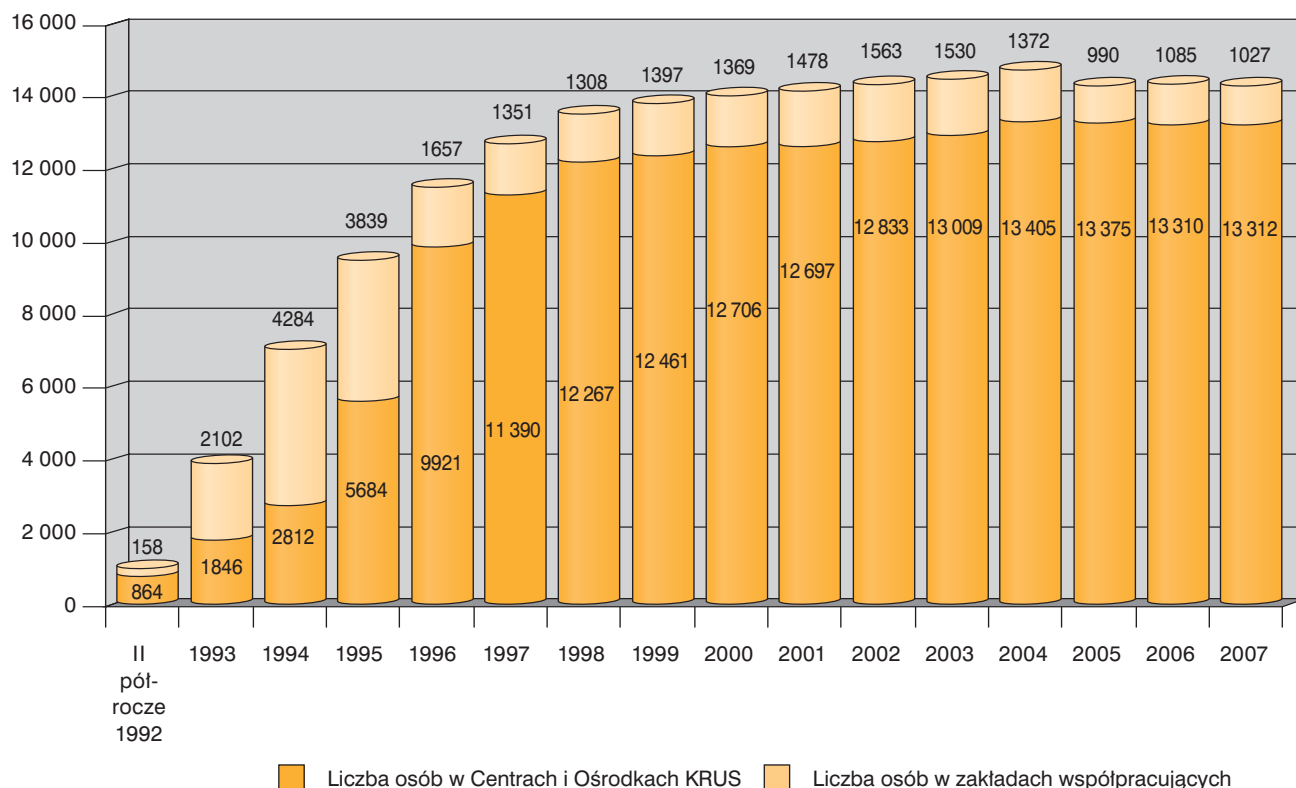
Jest ona organizowana w formie 21-dniowych turnusów, prowadzonych we własnych centrach lub ośrodkach rehabilitacji. Pacjent poddawany jest rehabilitacji leczniczej w ciągu 17 dni zabiegowych. Okres trwania rehabilitacji leczniczej może być przedłużony lub skrócony, w zależności od potrzeb zdrowotnych. W czasie pobytu zapewniona jest całodobowa opieka lekarsko-pielęgniarska i wykonywanie niezbędnych badań pomocniczych. Po zakończeniu rehabilitacji stacjonarnej może być ona kontynuowana w formie ambulatoryjnej w pobliżu miejsca zamieszkania ubezpieczonego.

Rokrocznie z rehabilitacji leczniczej za pośrednictwem Kasy korzysta ponad 14 000 rolników, a w ciągu 16 lat skierowano na nią łącznie ponad 188 tys. osób (wykres 1).

W latach 1992-2007 do oddziałów regionalnych Kasy wpłynęło ponad 340 tys. wniosków lekarskich ustalających wskazania do skierowania ubezpieczonego (rencisty) lub członków jego rodziny na rehabilitację (wykres 2).

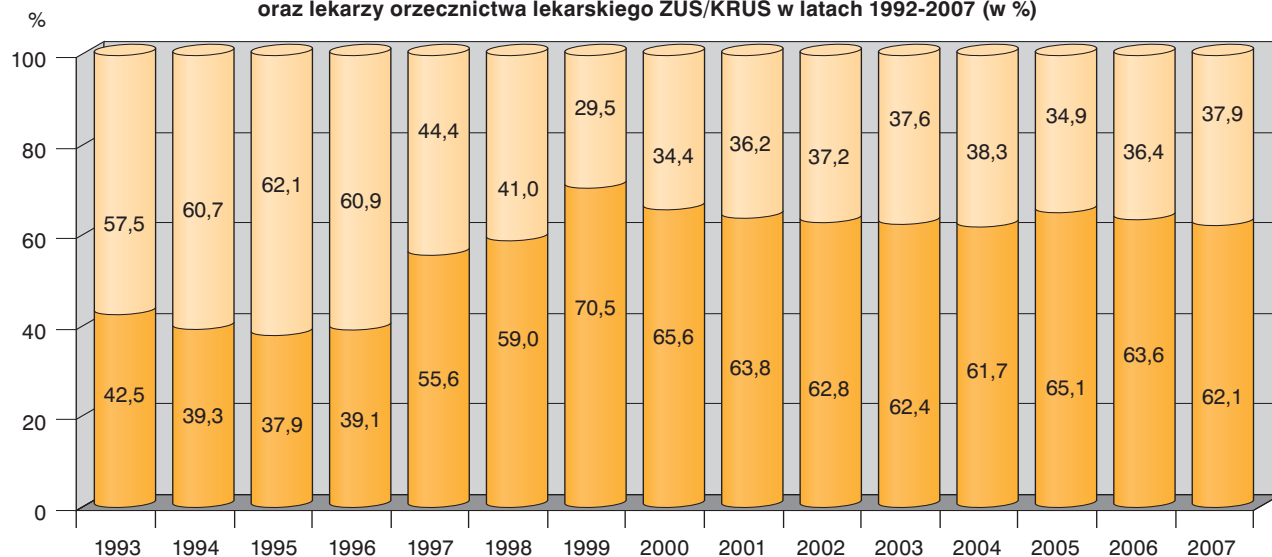
Wykres 1

Liczba osób skierowanych na rehabilitację leczniczą za pośrednictwem KRUS w latach 1992-2007



Źródło: Dane Centrali KRUS.

Wnioski o rehabilitację wystawione przez lekarzy POZ  
oraz lekarzy orzecznictwa lekarskiego ZUS/KRUS w latach 1992-2007 (w %)



- Wnioski o rehabilitację leczniczą wystawione przez lekarzy POZ
- Wnioski o rehabilitację leczniczą wystawione przez lekarzy orzecznictwa lekarskiego ZUS/KRUS

Źródło: Dane Centrali KRUS.

## Zakłady rehabilitacyjne KRUS

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prowadzi siedem zakładów rehabilitacji leczniczej: w Iwoniczu Zdroju, Jedlcu, Kołobrzegu, Horyńcu Zdroju, Szklarskiej Porębie, Świnoujściu i Teresinie, które jednorazowo mogą przyjąć prawie 1200 pacjentów.

Placówki te są nowoczesnymi obiektami o wysokim standardzie gwarantującym wysoki poziom świadczeń leczniczych i całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską. Wszystkie zostały powołane jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W placówkach tych realizowana jest przede wszystkim rehabilitacja osób z chorobami narządu ruchu.



Ośrodek Szkoleniowo-Rehabilitacyjny KRUS w Teresinie.

Fot.: K. Tyszuk



Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Iwoniczu Zdroju.

Fot.: K. Tyszuk

Oprócz rehabilitacji stacjonarnej – w centrach i ośrodkach Kasy prowadzona jest rehabilitacja lecznicza w warunkach dziennego pobytu (bez noclegu i wyżywienia) dla pacjentów zamieszkujących blisko zakładów rehabilitacyjnych KRUS. Pacjent otrzymuje zabiegi według zaleceń lekarskich i ma zapewnioną możliwość odpoczynku.

Od momentu podjęcia działalności rehabilitacyjnej Kasa współpracuje także z placówkami rehabilitacyjnymi innych gestorów – są to zakłady, do których kierowane są osoby głównie z chorobami układu krążenia.

W 2008 r. Kasa kierowała osoby uprawnione do zakładów opieki zdrowotnej w Nałęczowie, Dusznikach Zdroju i Augustowie. Organizacja turnusów w tych ośrodkach wygląda podobnie jak we wła-

snych zakładach rehabilitacji leczniczej. Rolnicy mają zapewniony wysoki poziom usług leczniczych, całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską oraz całodzienne wyżywienie.

Poza rehabilitacją stacjonarną, od 1995 r. wdrażana jest w życie koncepcja tworzenia sieci gabinetów usprawniania leczniczego na wsi, poprzez wyposażanie lub doposażenie ich w sprzęt rehabilitacyjny do fizykoterapii i kinezyterapii na zasadach użyczenia. Do chwili obecnej powstało blisko 400 takich gabinetów na terenie całego kraju.

Do końca 2007 r. z rehabilitacji w gabinetach skorzystało prawie 3 558 tys. pacjentów, w tym około 1 153 tys. uprawnionych do świadczeń KRUS oraz wykonano ponad 52 mln zabiegów (tabela 1).

które KRUS stawia sobie jako instytucja ubezpieczeniowa realizująca program profilaktyczno-rehabilitacyjny. Działalność w zakresie rehabilitacji zyskała duże uznanie wśród rolników i jest uważana za jeden z głównych obszarów aktywności KRUS, poza wypłatą świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego.

### Rehabilitacja lecznicza dla dzieci rolników

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego organizuje w okresie letnich wakacji turnusy rehabilitacyjne dla dzieci rolników. Z tej formy leczenia korzystają dzieci w wieku szkolnym, tj. od 7 do 15 lat (nieukończone 16 lat), których przynajmniej jedno z rodziców lub opiekunów prawnych posiada upraw-

Tabela 1

**Gabinety usprawniania leczniczego na wsi wyposażone przez KRUS w latach 1995-2007**

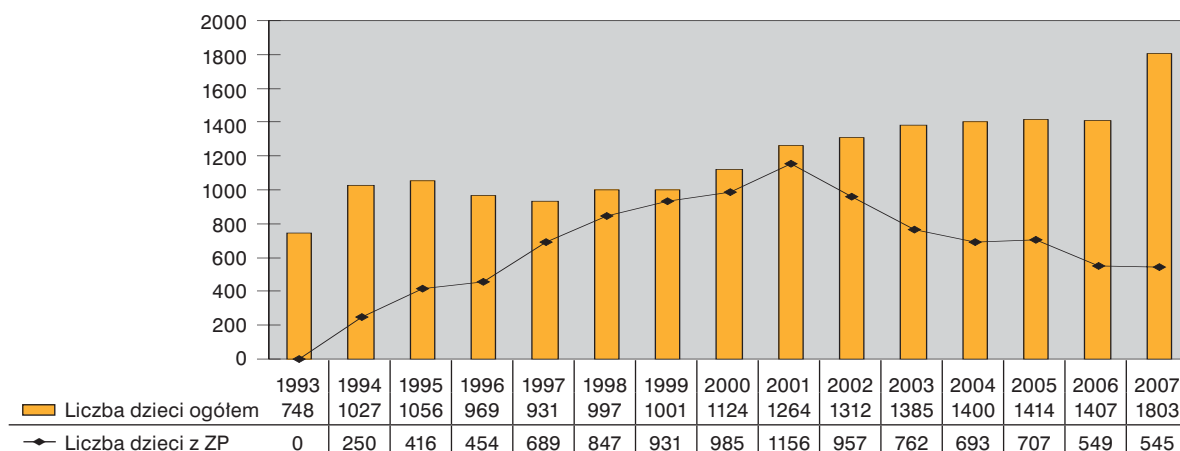
Lata	Liczba gabinetów usprawniania leczniczego (stan na koniec roku)	Liczba pacjentów		Łączna liczba zabiegów
		ogółem	w tym uprawnionych do świadczeń KRUS	
1995	112	49 476	25 919	234 995
1996	255	143 545	67 191	858 236
1997	308	153 351	59 564	1 731 391
1998	326	166 845	59 581	2 273 644
1999	339	196 993	60 062	2 722 643
2000	360	231 997	71 311	3 392 321
2001	377	296 278	95 737	4 481 550
2002	389	347 621	109 861	5 334 287
2003	392	345 991	109 061	5 792 341
2004	391	376 803	107 284	6 998 147
2005	392	381 967	123 879	7 519 934
2006	391	408 273	126 061	8 607 072
2007	396	458 769	137 799	9 844 763
Ogółem		3 557 909	1 153 310	52 271 390

Źródło: Dane Centrali KRUS.

Powrót rolnika do czynnego życia zawodowego, zachowanie czy poprawa zdolności do pracy w gospodarstwie rolnym to jedno z najważniejszych zadań,

niemia do świadczeń KRUS. W latach 1993-2007 w turnusach rehabilitacyjnych uczestniczyło ponad 17 tys. małych pacjentów (wykres 3). W pierwszej

Liczba dzieci, które odbyły rehabilitację leczniczą KRUS  
w latach 1993-2007



Źródło: Dane Centrali KRUS.

kolejności na turnusy rehabilitacyjne kierowane są dzieci, w stosunku do których powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności orzekły niepełnosprawność skutkującą prawem do wypłaty zasiłku pielęgnacyjnego.

Warunek kierowania na rehabilitację dzieci uprawnionych do zasiłku pielęgnacyjnego obowiązuje od 1994 r.

W 2007 r. Kasa skierowała 745 dzieci na turnusy rehabilitacyjne do zakładów własnych oraz 1058 do zakładów współpracujących z Kasą w Piwnicznej Zdroju, Polańczyku i Dąbkach.

Na turnusach rehabilitacyjnych dzieci mają zapewnioną całodobową opiekę lekarsko-pielęgniarską, a rehabilitacja odbywa się zgodnie z indywidualnym programem ustalonym przez lekarza. Poza rehabilitacją dzieci uczestniczą w zajęciach rekreacyjno-sportowych oraz wycieczkach autokarowych. Na każdym turnusie organizowane są również szkolenia dotyczące bezpiecznej pracy w gospodarstwie rolnym.

**Krystyna Tyszuk**  
Departament Prewencji i Rehabilitacji

## Dlaczego ryzykujemy (cz. 1)

### Wprowadzenie

W poprzednim artykule<sup>1</sup> pokazano, że powodowanie wypadków może być skutkiem skłonności do zachowań ryzykownych i depresji. Jednostki często podejmujące ryzyko powodują więcej wypadków niż ryzykujące rzadko. Prawdopodobieństwo wypadku wzrasta, gdy skłonność do ryzyka współwystępuje z depresją. W celu ograniczenia wypadkowości powodowanej podejmowaniem ryzyka, zwłaszcza w sytuacji możliwości wyboru bezpiecznego postępowania, projektowane i stosowane są strategie oraz działania profilaktyczne

<sup>1</sup> R. Studenski, *Skłonność do ryzyka – symptom odwagi, desperacji czy autodestrukcji*, Prewencja i Rehabilitacja 2009 nr 1, s. 15-24.

zmniejszające poziom ryzyka, ograniczające osobom w stanie depresji dostęp do niebezpiecznych zadań, a także zniechęcające do podejmowania nadmiernego ryzyka. Warunkiem przygotowania skutecznych komunikatów perswazyjnych, obniżających gotowość do ryzykowania, jest wiedza wyjaśniająca przyczyny ryzykowania. Zazwyczaj sądzimy, że celem ryzykowania jest chęć zaoszczędzenia czasu, zmniejszenia wysiłku lub zwiększenia osiąganych korzyści. Przyjmuje się także, że źródłem motywacji do ryzykowania są potrzeby stymulacji, doświadczania wrażeń i nowości, względnie dążenia do realizacji celów transgresyjnych lub utrzymania czy poprawienia własnego wizerunku.

Przedstawiony obraz motywów pobudzających do ryzykowania jest jednak niepełny, ponieważ tylko

częściowo uwzględnia biologiczną funkcję zachowań ryzykownych. Uzasadnienia biologiczne nawiązują do regulacyjnej funkcji układu nerwowego i zapotrzebowania na stymulację, regulacji hormonalnej, działania instynktu samozachowawczego oraz ewolucyjnie ukształtowanych mechanizmów doboru płciowego. Mężczyźni wybierają „drogę na skrót” nie tylko dlatego, by skrócić czas przejścia, ale także po to, by podnieść ocenę swojej wartości u innych. Często męskie ryzykowanie jest taktyką uwodzenia ukierunkowaną na pokazanie swoich walorów i zdobycie partnerki. Pojawianie się u mężczyzn potrzeby ryzykowania w otoczeniu kobiet oraz obserwowana skuteczność tej taktyki wskazują na biologiczne uwarunkowania zachowań ryzykownych i na konieczność uwzględnienia tego faktu w profilaktyce wypadkowej,

Celem tego artykułu jest pokazanie biologicznej funkcji zachowań ryzykownych, szczególnie powiązania płci z postrzeganiem ryzyka i skłonnością do ryzykowania.

### **Płeć a podejmowanie ryzyka**

Męską skłonność do ryzykowania i podejmowania niebezpiecznych zachowań ujawniają ślady prehistoryczne. Odkrywane przez archeologów męskie szkielety naszych przodków mają znacznie więcej złamań i uszkodzeń od kobiecych (Walker, 1995, za Buss, 2001). Fakt ten sugeruje, że prehistoryczni mężczyźni podejmowali częściej niż ówczesne kobiety niebezpieczne i ryzykowne czynności. Prawdopodobnie ci spośród nich, którzy dzięki odwadze, sile i sprawności odnosili sukcesy jako łowcy i obrońcy, postrzegani byli przez kobiety jako bardziej męscy i atrakcyjni partnerzy niż mężczyźni nieuzyskujący sukcesów w pełnionych rolach społecznych. Możliwe jest, że w konsekwencji ewolucji i wpływów kulturowych męskość jest identyfikowana z cechami osobowości i zachowaniami skorelowanymi z ryzykowaniem. Dowodów wzmacniających zasadność takich przypuszczeń dostarczyły badania J. Williamsa i D. Besta (1982, za Mandal, 2000), którzy zbierali w 28 krajach opinie na temat przystawiania treści różnych przymiotników do osobowości i behawioralnych wzorców kobiecości i męskości. Większość badanych, we wszystkich 28 krajach, oceniła agresywność, skłonność do ryzyka, aktywność, przebojowość i twardość jako cechy bardziej męskie niż kobiece, natomiast wrażliwość, ostrożność, czułość i emocjonalność jako bardziej pasujące do zachowań kobiecych. Dane te świadczą, że cechy oceniane jako męskie i skorelowane z płcią mogą pozostawać w silniejszym związku ze skłonnością do ryzyka, niż cechy przedstawiane jako kobiece.

#### **■ Ryzykowanie to męska rzecz**

Zarówno potoczne doświadczenie, jak i doniesienia z badań wskazują, że zachowania ryzykowne są częściej obserwowane wśród mężczyzn, zwłaszcza młodych, niż wśród kobiet w tym samym wieku (Patrick

i in., 1997; Byrnes i in., 1999). Stwierdzono na przykład, że mężczyźni w porównaniu z kobietami częściej uczestniczą w ryzykownych pracach, podróżach i sportach (Zuckerman, 1983 i 1994), angażują się w niebezpieczne praktyki seksualne (Leigh i in., 1993; Wiley i in., 1996), cztery razy częściej prowadzą samochody z ryzykowną brawurą (Jessor, 1987) oraz dwukrotnie częściej siadają za kierownicą pojazdów po spożyciu pięciu lub więcej „drinków” (Wechsler i in., 1994). Inwestując swoje pieniądze rzadziej niż kobiety wykorzystują konserwatywne i ostrożne strategie (Bajtelsmit i Bernasek, 1996). Stanowią większość – około 65% – kompulsywnych hazardzistów (Wellford, 1999). Również częściej niż kobiety ponoszą negatywne skutki podejmowania ryzyka fizycznego: chłopcy w wieku 5-14 lat o 77% częściej giną w wypadkach, niż dziewczęta w tym samym wieku, a w wieku 15-24 lat pięć razy częściej od swoich rówieśniczek. Przewagę mężczyzn nad kobietami pod względem częstości wypadków śmiertelnych obserwuje się do 64 roku życia (Studenski, 2000).

Wśród przyczyn „męskiego ryzykowania” wymienia się wpływ środowiska rodzinnego (Bandura, 1969; Rubin i in., 1974) i grup rówieśniczych (Lightfoot, 1997; Harris, 1998) oraz proces nabywania tożsamości płciowej i uczenia się kulturowo uwarunkowanych schematów płci (Kohlberg, 1969), przygotowujący do pełnienia roli kobiety lub mężczyzny (Maccoby i Jacklin, 1974; Pleck i in., 1994).

Wydaje się, że badania częstości zachowań ryzykownych, podejmowanych przez mężczyzn i kobiety, oraz sposoby wyjaśniania uzyskiwanych rezultatów są uproszczone i jednostronne. Podejmowanie ryzyka jest w tych badaniach zazwyczaj traktowane jako symptom autodestrukcji pośredniej (Kelley, 1985), a rzadziej w postaci ujmowanej ilościowo podmiotowej dyspozycji do takich zachowań. W interpretowaniu przyczyn większej częstości podejmowania ryzyka przez mężczyzn w porównaniu z kobietami pomijany jest związek między cechami psychiki, skorelowanymi z płcią, a gotowością do zachowań ryzykownych. Na przykład H. Eysenck i in. (1984) oraz Patton i in. (1995) stwierdzili, że mężczyźni uzyskują wyższe od kobiet wyniki w skali impulsywności. Inni badacze zaobserwowali w badaniach około tysiąca osób, że młodzi mężczyźni o wysokim poziomie impulsywności „nie unikają zagrożeń, szukają mocnych wrażeń, jedzą i piją za dużo, jeżdżą za szybko i angażują się w niebezpieczne przygody seksualne” (Caspi i in., 1997, za Harris, 1998, s. 341). Istnieją również dowody świadczące, że skorelowana z gotowością do ryzyka cecha, odpowiedzialna za poszukiwanie nowości i wrażeń (Zuckerman, 1979), jest przekazywana w populacji poprzez dziedziczenie (Ebstein i in., 1996; Benjamin i in., 1996). Może to wskazywać, że społeczne uczenie się ról związanych z płcią jest wspierające, ale jednocześnie wtórne wobec biologicznych programów zachowania, ukształtowanych pod wpływem ewolucji.

Kobiety inaczej niż mężczyźni postrzegają wielkość zagrożeń. Oceniają wyżej niż mężczyźni ryzykowność wojny nuklearnej (Levin i in., 1988), kwaśnych deszczy

(Arcury i in., 1987; Steger i Witt, 1990) oraz tzw. wielkich technologii przemysłowych (Stallen i Thomas, 1988; Bastide i in., 1989). Są również w większym stopniu niż mężczyźni zorientowane na sprawy ochrony środowiska naturalnego (Milbrath, 1984; Schahn i Holzer, 1990) oraz bardziej gotowe do udzielania wsparcia prawnym regulacjom nakazującym chronić środowisko naturalne oraz formułowanym zasadom polityki wyrażającym troskę o zachowanie przyrody w stanie niezniszczonym (Stallen i Thomas, 1988; Fischer i in., 1991). Jednocześnie znane są dowody świadczące, że kobiety charakteryzują się dużą gotowością do podjęcia ryzyka, w sytuacji gdy niezbędna jest pomoc lub obrona własnych dzieci (Arch, 1993; Miller i Byrnes, 1997), względnie gdy kierują się potrzebą zwiększenia atrakcyjności własnej przez na przykład opalenie się lub zabiegi chirurgiczne (Mandal, 2000).

Skłonność do ryzyka należy do cech warunkujących poziom atrakcyjności interpersonalnej. Wizerunek osobowy jednostki jest zbiorem wielu różnych cech. Skłonność do ryzyka jest ważną i pożądaną cechą u przyjaciół i partnerów. Z kolei dobór partnera może być dokonywany z myślą o jego przydatności do pełnienia wielu różnych ról wyznaczonych rodzajem związku. Można oczekiwać, że profil cech poświadczanych u poszukiwanego kandydata do związku krótkoterminowego będzie inny od profilu cech poświadczanych u partnera, z którym kobieta chce założyć rodzinę i wychowywać dzieci. W wyborze partnera „na całe życie” ważniejszymi od skłonności do ryzyka są takie cechy, jak inteligencja, okazywanie miłości, wyrozumiałość, ogólnie rozumiana zaradność itp. Zazwyczaj ryzykowanie jest sposobem realizacji zadania doprowadzającym do sukcesu lub w sytuacji niepowodzenia – do straty. Ryzykowanie jest również zachowaniem autoprezentacyjnym (Lightfoot, 1997; Leary, 1999), motywowanym chęcią utrzymania lub poprawienia społecznego wizerunku. Obserwowane są zachowania ryzykowne podejmowane w celu zwrócenia uwagi na siebie, pokierowania wrażeniem obserwatorów i zdobycie przychylności otoczenia.

#### ■ Ryzykowanie jako taktyka uwodzenia

U wielu mężczyzn motywacją do podejmowania ryzyka ujawnia się w obecności kobiet. Mężczyźni często „angażują się w niebezpieczne przedsięwzięcia dlatego, że to upoważnia ich do domagania się specjalnych względów” (Hawkes, 1991, s. 51, za Buss, 2001). Tendencja ta występuje również u wielu gatunków zwierząt.

W 1995 r. pojawiła się publikacja o taktykach uwodzenia stosowanych w warunkach naturalnych przez małe rybki *poecilia reticulata*, znane u nas jako akwaryjne gupiki. Jej autorzy, Jean-Guy J. Godin z Mount Allison University w New Brunswick oraz Lee Alan Dugatkin z University of Louisville, ukazali zwyczajnie demonstrowane w okresie godowym przez gatunek ryb żyjący w rzekach Trynidadu. W czasie godów większość samczyków tego gatunku stara się adorować upatrzone samiczki. Dotrzymują im towarzystwa i pływają stale za nimi lub w ich pobliżu. Inne, mniej liczne, stosują odmienną strategię uwodzenia. Pozornie nie interesują się płcią

piękną. Wyprawiają kaskaderskie harce, polegające na podpływananiu blisko ryb drapieżnych i umykaniu w ostatniej chwili, ratując się przed pożarciem. Samice, oglądające ten spektakl brawury, sprawności i odwagi, zawierają potem bliższą znajomość nie z adorującymi je dandydami, ale z podejmującymi ryzyko harcownikami. Autorzy tych badań w interpretacji zaobserwowanych preferencji samic gupików sugerowali, że wybierają one partnerów spośród samców o najwyższej jakości biologicznej. Te samczyki, które odważyły się podjąć ryzyko i przeżyły, są prawdopodobnie zdrowsze, silniejsze i sprawniejsze od pożartych oraz od unikających ryzyka.

Samce szympansov sprawniej polują, jeśli w pobliżu znajduje się aktywna seksualnie samica (Ghiglieri, 2001). Niebezpieczne wyczyny podejmowane są często przez męskie osobniki w celu zwiększenia szansy uczestnictwa w reprodukcji (Godin i Dugatkin, 1995). „W ogromnej większości gatunków to samice decydują o wyborze partnerów i one są odpowiedzialne za dobór płciowy” (Conniff, 2003, s. 199). Często też w doborze partnerów wykazują niezwykły pociąg do męskich osobników ryzykownie popisujących się w celu zaimponowania otoczeniu (Zahavi i Zahavi, 1997).

Taktyka uwodzenia za pomocą demonstrowania sprawności, odwagi i skłonności do ryzyka jest obserwowana nie tylko w świecie zwierząt. Była stosowana przez średniowiecznych rycerzy i nadal okazuje się efektywna. Zachowania rycerskie, opisywane w „powieściach dwornych”, zmierzały do kierowania wrażeniem swoich wybranek. Rycerz, zdaniem M. Ossowskiej (1986), musiał być silny, odważny, bogato ubrany i wyposażony, zakochany, broniący wdów i sierot oraz przede wszystkim stale poszukujący sławy. Sławę zdobywano na wojnie. Jeśli jej nie było, to zawsze gdzieś w pobliżu albo organizowano turniej rycerski albo żył inny sławniejszy rycerz, którego można było z wielu powodów wyzwać na pojedynek. Walcząc zwycięsko rycerze zyskiwali prestiż i dobra materialne, a także przychylność i klucze do sypialni obserwujących ich kobiet. Dziś miejsce turniejów rycerskich zajęły sporty ekstremalne, rekordy *Guinnessa* i śmiertelnie niebezpieczne gry, np. w kurczaki czy rosyjską ruletkę. Wydaje się, że cele tych zachowań nie zmieniły się. Mężczyźni, demonstrując odwagę, sprawność i siłę pokazują swoją wartość biologiczną, natomiast kobiety, akceptując ryzykantów, wzmacniają prawdopodobieństwo urodzenia zdrowych i sprawnych dzieci. Jest możliwe, że męskie ryzykowanie to ewolucyjnie ukształtowana strategia komunikowania o własnej jakości biologicznej. W związku z tym, skłonność do ryzyka może stanowić kryterium oceny atrakcyjności mężczyzny. Ryzykanci w oczach kobiet powinni być bardziej atrakcyjni od asekurantów, natomiast skłonne do ryzyka kobiety nie powinny być oceniane przez mężczyzn jako bardziej pociągające od kobiet ostrożnych.

Cdn.

**Ryszard Studenski**  
Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego



# Stanowisko Rady Ochrony Pracy

## w sprawie edukacji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce na różnych poziomach nauczania i kształcenia

Rada Ochrony Pracy przy Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej na posiedzeniu 2 grudnia 2008 r. rozpatrzyła trzy odrębne materiały pt. „Edukacja w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce na różnych poziomach nauczania i kształcenia”, opracowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy:

♦ materiał przedłożony przez Ministerstwo Edukacji Narodowej omawia w sposób szczegółowy programy edukacji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w Polsce na różnych poziomach nauczania i kształcenia we wszystkich typach szkół oraz sposoby weryfikacji zdobytej wiedzy,

♦ materiał przedłożony przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego omawia wymienione zagadnienia w sposób bardziej ogólny,

♦ materiał przedłożony przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy omawia udział Instytutu w nauczaniu i kształceniu w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w przygotowywaniu materiałów multimedialnych na płytach CD i DVD oraz na stronach internetowych Instytutu w celu wykorzystywania ich w nauczaniu i kształceniu na różnych poziomach przez udostępnianie szkołom i uczelniom. Ponadto w materiale tym omówiono realizowane przez Instytut – samodzielnie lub w ramach współpracy z uczelniami – formy kształcenia i doksztalcania osób dorosłych w zakresie bezpieczeństwa pracy oraz prowadzoną certyfikację wykładowców i ośrodków szkolenia.

Na podstawie rozpatrzonych materiałów, przeprowadzonej dyskusji i przeglądu stanowisk dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy przyjętych przez Radę Ochrony Pracy w latach 2004-2008 Rada stwierdza, że poziom i zakres dotychczasowego nauczania w szkołach i uczelniach oraz szkolenia dorosłych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy są niewystarczające.

Rada Ochrony Pracy uznaje za konieczne:

1. Podjęcie przez Ministerstwo Edukacji Narodowej stałego monitorowania sposobów nauczania bezpieczeństwa i higieny pracy na wszystkich poziomach nauczania i we wszystkich typach szkół z jednoczesnym wprowadzeniem zasady motywowania i wspierania kierownictwa szkół w celu uwzględnie-

nia powiązania teorii z praktycznym wykorzystaniem zdobytej wiedzy.

2. Dokonanie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zmian w kształceniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy na wszystkich kierunkach studiów wobec niewystarczającego obecnie przygotowania w ramach studiów przyszłych kadr kierowniczych.

3. Dokonanie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oceny uczelni prowadzących studia podyplomowe z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w aspekcie programów nauczania, posiadanych kadr nauczających oraz niezbędnych laboratoriów.

4. Wsparcie przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej dalszej realizacji przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy systemu nadzorowania ośrodków szkoleniowych, spełniania podstawowych wymagań w ramach ich certyfikacji z dążeniem do ustalenia regionalnych wzorcowych ośrodków szkolenia.

5. Doprowadzenie do realizacji przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zgłoszonego w 2006 r. wniosku Rady Ochrony Pracy w sprawie wprowadzenia bezpieczeństwa pracy i ergonomii do wykazu dziedzin naukowych oraz stworzenie możliwości promowania w tym zakresie na stopień doktora i doktora habilitowanego.

6. Doprowadzenie do utworzenia kierunku studiów: bezpieczeństwo i higiena pracy (w tym zakresie Rada zgłaszała wnioski do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego m.in. 23 maja 2006 r., 8 kwietnia 2008 r., 2 grudnia 2008 r.).

7. Ugruntowanie w świadomości społecznej istoty i wagi zagadnień związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy przez upowszechnienie tej problematyki za pośrednictwem mediów, w tym szczególnie telewizji i radia w ramach ich misji publicznej.

Jednocześnie Rada zobowiązuje Państwową Inspekcję Pracy do categorycznego reagowania na przypadki emitowania reklam telewizyjnych propagujących niewłaściwe zachowania pracowników i metod ich pracy.

**Posel Izabela Katarzyna Mrzygłocka**  
Przewodnicząca  
Rady Ochrony Pracy



# Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II



Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej, placówką o bogatej tradycji istniejącą od 1917 r., kiedy to powstały Miejskie Zakłady Sanitarne na Białym Prądniku przeznaczone do leczenia chorób zakaźnych, głównie szkarlatyny i gruźlicy. Dopiero po II wojnie światowej rozszerzono i rozbudowano placówkę zmieniając nazwę na Miejski Szpital Zakaźny, a następnie, w 1948 r., na Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Dr Anki. To tutaj w 1949 r. powstał Oddział Torakochirurgii, a w 1951 r. przeprowadzono pierwszą operację kardiologiczną. W 1988 r. zespół kardiologów pod kierownictwem prof. dra hab. n. med. Antoniego Działkowiaka rozpoczął realizację programu przeszczepu serca.

W następnych latach szpital się rozbudowywał i wzbogacał o nowe kliniki. W 1998 r. uruchomiono budynek Kliniki Kardiologii wyposażony w najnowocześniejszą aparaturę medyczną, klimatyzowane sale operacyjne ze sprzętem umożliwiającym teletransmisję obrazu pola operacyjnego na odległość (m.in. w celach konsultacyjnych czy dydaktycznych). Od 1990 r. patronem Szpitala jest Ojciec Święty Jan Paweł II.

Misją Szpitala jest zwalczanie chorób o charakterze epidemicznym, wywołanych czynnikami środowiskowymi, cywilizacyjnymi i kryzysem psychospołecznym. Szpital zapewnia pacjentom wysokiej jakości specjalistyczną opiekę medyczną w zakresie chorób serca i naczyń, układu oddechowego oraz chorób infekcyjnych z zastosowaniem nowoczesnych metod leczenia. W Szpitalu realizowane są programy naukowo-badawcze i dydaktyczne we współpracy z Uniwersytetem Jagiellońskim.

Szpital posiada 14 oddziałów opieki całodobowej i dziennej, w tym 4 oddziały kliniczne i 40 specjalistycznych pracowni. Rocznie: • hospitalizuje się tu blisko 20 tys. pacjentów • przeprowadza około 2500 operacji na otwartym sercu i około 20 przeszczepów serca • wykonuje około 1400 zabiegów i operacji torakochirurgicznych • stosuje około 8000 procedur metodą kardiologii interwencyjnej • wszczepia około 800 rozruszników serca i ponad 80 kardiowerterów.

Współpraca Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z Krakowskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II rozpoczęła się w kwietniu 2008 r., kiedy zawarto pierwszą umowę na prowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach układu krążenia w systemie ambulatoryjnym dla 15 osób w jednym turnusie rehabilitacyjnym w Ośrodku Rehabilitacji i Medycyny Rodzinnej z Pododdziałem Rehabilitacji.

W 2007 r. Dział Rehabilitacji Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego został przekształco-



Prof. Jerzy Sadowski, szef Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii.

Fot.: M. Nawieśniak

ny w Ośrodek Rehabilitacji i Medycyny Rodzinnej z Pododdziałem Rehabilitacji. Opierając się na strukturze tegoż Ośrodka oraz Ośrodka Diagnostyki, Prewencji i Telemedycyny utworzono Regionalny Ośrodek Kompleksowej Rehabilitacji Kardiologicznej.

W roku 2008 poddano rehabilitacji 100 osób, z których 98 otrzymało opinię o odzyskaniu zdolności do pracy. W roku bieżącym, po zakończeniu dwóch pierwszych turnusów, rehabilitację ukończyły 23 osoby, przy czym w opinii ośrodka wszystkie odzyskały zdolność do pracy.

Mamy nadzieję na kontynuację dobrej dotąd współpracy, liczymy nawet na jej rozwój, mając na uwadze doświadczenie i bardzo wysoką jakość specjalistycznej opieki medycznej, jaką oferuje swoim pacjentom Specjalistyczny Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie.

**Jadwiga Kawwa**  
Departament Prewencji i Rehabilitacji



## Wydarzenia, opinie – 2009

■ **28 kwietnia** obchodzony był Światowy Dzień Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Pracy. Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO) po raz pierwszy oficjalnie uznała ten dzień w 2001 r., a w 2003 proklamowała go jako światowy. Od tej pory w wielu krajach organizowane są uroczystości związane z obchodami tego dnia, zgodnie z zasadą ILO – przy współpracy pracodawców, pracowników i organów rządowych. W bieżącym roku głównym celem kampanii jest: „Ochrona zdrowia i życia w pracy – podstawowe prawo człowieka” (*Health and life at work: A basic human right*). Jak podaje ILO, codziennie prawie 1 milion pracowników na świecie ulega wypadkom przy pracy, a ok. 5500 z nich ginie lub zapada na choroby zawodowe. Dlatego też podstawowym prawem człowieka jest bezpieczeństwo, dobre zdrowie i życie w pracy i ważne jest zapewnienie tego prawa wszystkim pracownikom.

■ **4-6 czerwca** w Muszynie odbył się XVIII Kongres Uzdrowisk Polskich pn. *Innowacyjne kierunki rozwoju turystyki uzdrowiskowej i lecznictwa uzdrowiskowego*. Spotkanie było ważnym forum dyskusyjnym środowisk uzdrowiskowych; w ramach panelu *Do uzdrowisk po zdrowie* z referatem wystąpił przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

■ **5-7 czerwca** w Warszawie odbyła się Międzynarodowa Konferencja naukowa pn. *Zaburzenia czynnościowe. Kompleksowa terapia i profilaktyka*. Konferencja zorganizowana została przez Polskie Towarzystwo Lekarskie oraz *European Network of Psychosomatic Medicine* (organizacja koordynująca współpracę europejskich uniwersytetów w zakresie psychosomatycznych aspektów medycznego nauczania przed- i podyplomowego), w spotkaniu wzięli udział wiodący specjaliści międzynarodowi w zakresie psychosomatyki, w tym rehabilitacji psychosomatycznej. Poruszone zostały m.in. zagadnienia dotyczące opieki psychosomatycznej i rehabilitacji, zaburzeń czynnościowych w praktyce lekarskiej, zaburzeń czynnościowych w gastroenterologii oraz zaburzeń czynnościowych wieku podeszłego.

■ **25-26 czerwca** w Ustroniu zostanie zorganizowana konferencja *Uzdrowiska jako miejsce rehabilitacji przedrentowej ZUS*. Organizatorem spotkania będzie Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe Ustroń SA oraz Unia Uzdrowisk Polskich. Tematy-

ka konferencji skupiać się będzie m.in. na zagadnieniach dotyczących roli uzdrowisk w realizacji zadań z zakresu rehabilitacji przedrentowej.

■ W **2009 r.** po raz kolejny zostanie przyznana nagroda im. Haliny Krahelskiej ufundowana przez Głównego Inspektora Pracy. Celem nagrody jest wyróżnianie i promowanie osiągnięć w zakresie ochrony pracy i zdrowia w środowisku pracy. Nagroda przyznawana jest za szczególne osiągnięcia w dziedzinie: nadzoru i kontroli przestrzegania prawa pracy, prewencji zagrożeń zawodowych, wynalazczości, projektowania bezpiecznych technik i technologii, a także popularyzacji ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i prawa pracy. Wnioski o przyznanie nagrody wraz z uzasadnieniem należy składać do 30 czerwca 2009 r. w Głównym Inspektoracie Pracy, dodatkowe informacje można uzyskać na stronie internetowej Państwowej Inspekcji Pracy pod adresem [www.pip.gov.pl](http://www.pip.gov.pl).

■ *Zdrowe i bezpieczne miejsce pracy* to dwuletnia (2008-2009) kampania europejska, której celem jest promowanie zintegrowanego podejścia do oceny ryzyka zawodowego. Ocena ryzyka zawodowego stanowi podstawę europejskiego podejścia do bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp), jest elementem dobrego zarządzania. Działania Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy skupiają się na przekazywaniu ogólnych zasad zintegrowanej oceny ryzyka zawodowego i jej znaczenia dla skutecznej prewencji, a także podkreślaniu, iż ocena ryzyka jest konieczna i obowiązkowa. W kampanii *Zdrowe i bezpieczne miejsce pracy*, prowadzonej przez tę Agencję, uczestniczą pracodawcy, pracownicy, społeczni inspektorzy pracy, praktycy, służby prewencyjne, decydenci i inne strony zainteresowane poprawą oceny ryzyka w miejscu pracy. Kampania trwająca przez cały rok 2009 obejmie m.in. *Europejski tydzień bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy*, który odbędzie się w październiku 2009 r. Zwieńczeniem będzie szczyt – *Ocena ryzyka zawodowego* – zorganizowany w listopadzie 2009 r.

**Anna Sójka**

Departament Prewencji i Rehabilitacji



Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.

Fot.: M. Nawieśniak

# PREWENCJA i REHABILITACJA

**Wydawca:**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3/5

**Przygotowanie tekstów:**

Anna Sójka, Marta Bil

z Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Centrali ZUS

Adres: 01-748 Warszawa, ul. Szamocka 3/5, tel. 0-22 667-10-23 (lub sekretariat: 0-22 667-10-15)

**Opracowanie redakcyjne tekstów:**

Redakcja Wydawnictw Gabinetu Prezesa

**Projekt graficzny:** Hanna Klimkowska

**Redakcja techniczna, skład i druk:** Poligrafia ZUS, 03-829 Warszawa, ul. Podskarbińska 25a

Nakład 750 egz. Zamówienie nr 1220/09

ZUS