REHABILITACJA MEDYCZNA JAKO ELEMENT RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH

MEDICAL REHABILITATION AS THE COMPONENT OF HEALTH CARE SERVICES MARKET

Piotr Stawny[1], Ewa Kaniewska[2]

[1] Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Polski model rehabilitacji skupia się na takim postępowaniu medyczno-społecznym, które dąży do zapewnienia osobie niepełnosprawnej, chorej, zadowolenia i godziwego życia oraz poczucia przydatności w sferze społecznej. Wytyczne takiego postępowania ukształtowane zostały w XX w. przez profesora Wiktora Degę i współpracowników. Koncepcja Polskiej Szkoły Rehabilitacji to złożony proces obejmujący działania medyczne w ścisłym powiązaniu z usługami społecznymi, realizujący zasadę leczenia człowieka, a nie jego choroby. Metodę tę charakteryzują ponadto: powszechność, wczesność zapoczątkowania, kompleksowość i ciągłość. Jest to o tyle ważne, że sytuacja osób niepełnosprawnych, starszych i chorych jest o tyle specyficzna, że wymaga w dużej mierze podejścia indywidualnego, które może być realizowane jedynie przez odpowiednio i wysoko wykwalifikowaną i wyspecjalizowaną kadrę medyczną.

SŁOWA KLUCZOWE: rehabilitacja medyczna, Polska Szkoła Rehabilitacji, niepełnosprawność, aktywność zawodowa.

ABSTRACT

The Polish model of rehabilitation focuses on such medical and social procedures which ensure disabled and sick people satisfactory and decent life and feeling of being useful in social sphere. Directives of these procedures have been shaped in the 20th century via Professor Wiktor Dega, MD, PhD and his team. The conception of Polish School of Rehabilitation is a complicated process comprising medical and social activities and implementing the principle of healing the human and not the disease. This method is characterized by: generality, early initiating, complexity and continuity. It is so important because the situation of disabled, old and sick people is very specific and requires an individual attitude, which could be represented only by adequately and highly skilled medical personnel.

KEY WORDS: medical rehabilitation, Polish School of Rehabilitation, disability, professional activity.

Wstęp

Rozwój rehabilitacji jest nierozłącznie związany zarówno z innowacjami w naukach medycznych, jak i rozwojem socjalno-bytowym danego kraju. Obecnie rehabilitacja pojmowana jest jako odpowiednio połączone i zależne od siebie procesy, które mają doprowadzić do stworzenia osobie niepełnosprawnej, chorej, odpowiednich warunków do aktywnego uczestnictwa w codziennym życiu. Wybitny poznański lekarz prof. Wiktor Dega, współtwórca Polskiej Szkoły Rehabilitacji, stwierdził że: „Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny", nie przyniesie tym samym oczekiwanych efektów [1]. Koncepcja propagowana przez prof. Degę i jego współpracowników przypisuje rehabilitacji cztery ważne cechy: powszechność, wczesność zapoczątkowania, kompleksowość i ciągłość [1]. Realizacja tak pojmowanej rehabilitacji wymaga szczególnych kwalifikacji osobistych, w tym właściwych postaw wobec niepełnosprawności i osób nią dotkniętych. Jest to również wskazanie dla kompleksowości działań na rynku usług medycznych i konieczności kształcenia wysoko wykwalifikowanych specjalistów w tym szczególnym zawodzie.

Polska Szkoła Rehabilitacji

Autorem i jednym z twórców założeń współczesnej rehabilitacji w Polsce jest prof. Wiktor Dega, który wraz z prof. Marianem Weissem był inicjatorem programu Polskiej Szkoły Rehabilitacji. Funkcjonujący do dziś program ukształtował się w latach 50 i 60 XX w. Szczególną rolę w rozwoju Polskiej Szkoły Rehabilitacji odegrała Klinika Ortopedyczna Uniwersytetu Poznańskiego, która rozpoczęła działalność w grudniu 1945 r. To właśnie w Poznaniu w 1948 r. rozpoczął działalność pierwszy w Europie i drugi w świecie Oddział Usprawniania Leczniczego, kierowany przez dr Janinę Tomaszewską [2]. Ukształtowana koncepcja Polskiej Szkoły Rehabilitacji

stanowi złożony proces obejmujący działania medyczne w ścisłym powiązaniu z usługami społecznymi, realizujący zasadę leczenia człowieka, a nie jego choroby. Metodę tę charakteryzują ponadto:

- powszechność – rehabilitacja jest dostępna dla wszystkich, którzy jej potrzebują i obejmuje ogół specjalności w lecznictwie szpitalnym, ambulatoryjnym i sanatoryjnym;
- wczesność zapoczątkowania – rehabilitacja rozpoczyna się możliwie jak najszybciej, już w okresie leczenia, od momentu przyjęcia chorego do szpitala lub ambulatorium;
- kompleksowość – przypisane procedury uwzględniają od początku wszystkie etapy rehabilitacji, czyli: leczniczy, społeczny – w tym zawodowy, szkolny i psychologiczny;
- ciągłość – rehabilitacja medyczna jest ściśle powiązana z rehabilitacją zawodową i społeczną.

Procedury rehabilitacyjne prowadzone są od momentu ich włączenia aż do uzyskania pełnej sprawności, a u osób nierokujących pełnego wyzdrowienia do czasu uzyskania założonych optymalnych efektów kompensacyjnych, utrwalających wyniki usprawnienia lub utrzymania uzyskanej kondycji [3]. Warto dodać, że postępujący proces rehabilitacji może być realizowany tylko przez grupę odpowiednio przygotowanych specjalistów, tworzących interdyscyplinarny zespół, którego skład zależy od programu usprawniania, jaki zostaje ustalony dla danej osoby. Zgodnie z tą zasadą powstało pojęcie zespołu terapeutycznego, który określono jako grupę specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują oraz tworzą i modyfikują złożony program rehabilitacji. W skład zespołu terapeutycznego wchodzą:

- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej,
- lekarze innych specjalności (np.: neurolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, urolog, pediatra),
- fizjoterapeuci,
- terapeuta zajęciowy,
- terapeuta mowy,
- pielęgniarki,
- psycholog,
- neuropsycholog,
- technik ortopedyczny,
- pracownik socjalny,
- inni w zależności od potrzeb [2].

Uogólniając, można powiedzieć, iż polski model rehabilitacji skupia się na takim postępowaniu medyczno-społecznym, które będzie dążyć do zapewnienia osobie niepełnosprawnej, chorej, zadowolenia i godziwego życia oraz poczucia przydatności w sferze społecznej. Natomiast założony cel może być realizowany, gdy postępowanie rehabilitacyjne spełnia, wyżej wymienione, cztery cechy oraz umożliwia wykorzystanie mobilizacji całego organizmu, jego rezerw psychicznych i kompensacyjnych.

Rozwój rehabilitacji medycznej

Na rozwój rehabilitacji medycznej ważny wpływ miała działalność w okresie międzywojennym Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego. Jednak ożywiony rozwój tej dziedziny zaobserwować można dopiero po II wojnie światowej. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest kilka, a do najważniejszych zaliczamy:

- ogromną liczbę inwalidów (jako konsekwencja działań wojennych i okresu okupacji),
- istnienie znacznej grupy pacjentów po epidemii gruźlicy i chorobie Heinego-Medina w latach 50 XX w.,
- rosnącą liczbę osób niepełnosprawnych, co spowodowane było rozwojem przemysłu, komunikacji i motoryzacji (wypadki),
- choroby cywilizacyjne,
- wydłużający się czas życia – rosnąca liczba osób starych i schorowanych [4].

Niewątpliwie, o czym warto przypomnieć, rozwojowi rehabilitacji medycznej sprzyjały działania ówcześnie rządzących oraz zapisy Konstytucji PRL, która przyznawała każdemu obywatelowi, zarówno dziecku kalekiemu, jak i dorosłemu inwalidzie, prawo do bezpłatnego leczenia, nauki i pracy, czyli do rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej. Jedną z ważniejszych decyzji ówczesnych władz było powołanie w 1950 r. na stanowisko krajowego konsultanta ds. rehabilitacji prof. Wiktora Degi (który doprowadził do zaistnienia nowej specjalności leczniczej w strukturze służby zdrowia) oraz przyjęcie w marcu 1969 r. „Programu rozwoju rehabilitacji", którego głównym założeniem było uznanie rehabilitacji leczniczej za integralną i nieodzowną część postępowania leczniczego, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną; podkreślono przy tym zarówno leczniczy, jak i profilaktyczny charakter rehabilitacji. Program zakładał jednolitą koncepcję rozwoju rehabilitacji medycznej, która miała objąć cztery podstawowe kierunki specjalizacyjne:

- choroby narządu ruchu,
- choroby układu krążenia,
- schorzenia pulmonologiczne i gruźlicę płuc,
- choroby psychiczne [5].

Szybki i intensywny rozwój rehabilitacji medycznej oraz fakt działań innowacyjnych w rozwiązaniach rehabilitacyjnych dla pacjentów przyczyniły się do tego, że Polska jako jeden z pierwszych krajów (w 1959 r.) wprowadziła do grona podstawowych specjalizacji le-

karskich rehabilitację medyczną. W świecie rehabilitacja medyczna została uznana za specjalizację dopiero w 1962 r. przez *Union Europeenne des Medecins Specialistes – European Union of Medical Specialists* (UEMS) [6].

Podsumowując, należy wskazać, iż zgodnie z przyjętym programem rozwoju rehabilitacji w Polsce nastąpił w pierwszej kolejności, jeszcze w latach 40 XX w., znaczny rozwój rehabilitacji w ortopedii, a twórcą jej założeń był prof. Wiktor Dega. W latach 50 XX w. zapoczątkowano z kolei rehabilitację chorych na gruźlicę, której prekursorem był prof. Aleksander Nauman. W znacznym stopniu rozwój rehabilitacji leczniczej w chorobach reumatologicznych w latach 50 i 60 XX w. popierali prof. Eleonora Reicher, a później prof. Andrzej Seyfried.

Polski model rehabilitacji kardiologicznej w latach 60 XX w. rozwinęli z kolei prof. Zdzisław Askanas i prof. Stanisław Rudnicki. Najpóźniej, bo dopiero w latach 70 XX w., powstała rehabilitacja neurologiczna, w rozwoju której wielkie zasługi należy przypisać prof. Jerzemu Konorskiemu oraz prof. Stanisławowi Grochmali. W ten sposób w ciągu lat rehabilitacja lecznicza stała się standardem postępowania we wszystkich specjalnościach medycznych, a obecnie trudno sobie bez niej wyobrazić nowoczesne, pełne postępowanie medyczne, mające na celu doprowadzenie do jak najpełniejszego wyleczenia pacjenta [2].

Kierunki rozwoju i potrzeby rehabilitacji medycznej

Obecnie w większości krajów europejskich widoczny jest brak odpowiedniej liczby profesjonalistów nauk medycznych. Stan ten zauważalny jest zarówno z poziomu podmiotów leczniczych, zmagających się z trudnościami w pozyskaniu do pracy odpowiednich specjalistów, jak i z poziomu samych pacjentów (co jest bardzo dokuczliwe) oczekujących na porady lekarskie (brak specjalistów nie jest jednak jedynym powodem długiego oczekiwania na wizytę).

System ochrony zdrowia funkcjonujący w naszym kraju, niezależnie od przepisów prawnych i wielkości nakładów finansowych, nie jest w stanie sprawnie funkcjonować bez odpowiednio wykształconej i doświadczonej kadry medycznej. Dodatkowo należy pamiętać, iż poziom jakości przygotowania kadry medycznej przekłada się bezpośrednio na zadowolenie pacjentów i skuteczność działania systemu ochrony zdrowia. Proces kształcenia specjalistów nauk medycznych jest niewątpliwie długotrwały, jednak nie wolno go skracać, gdyż konieczne są opanowanie szerokiego zakresu wiedzy i zdobycie umiejętności, wymaganych do bezpiecznego i efektywnego leczenia pacjentów.

Czuwanie nad zabezpieczeniem potrzeb kadrowych w poszczególnych dziedzinach nauk medycznych należy do obowiązków konsultantów krajowych i wojewódzkich. W celu zwiększenia dostępu do lekarzy specjalistów podjęto w ostatnich latach wiele działań zmierzających do zwiększenia liczby specjalistów medycznych na rynku. I tak, widoczny jest np. systematyczny wzrost liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. Z danych Ministerstwa Zdrowia z dnia 7 lutego 2012 r. wynika, że we wszystkich dziedzinach medycznych dostępnych było 36 485 miejsc w 5139 jednostkach szkolących, w tym na specjalizację *rehabilitacja medyczna* przypadało 678 miejsc w 132 jednostkach. Warto zauważyć, że w 2008 r. dostępnych było 31 336 miejsc w 4376 jednostkach szkolących. Widoczny jest zatem znaczny wzrost miejsc i jednostek szkoleniowych [7]. Wybór specjalizacji zależy oczywiście od zainteresowanych lekarzy, jednak należy podkreślić, iż liczba przyznanych miejsc specjalizacyjnych na postępowania kwalifikacyjne przekracza każdego roku liczbę absolwentów. Według rejestru prowadzonego przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego liczba lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację na początku 2012 r. wynosiła 22 884 osoby, w tym 445 lekarzy rehabilitacji medycznej, realizujących szkolenie specjalizacyjne odpowiednio w województwach: dolnośląskim – 21, kujawsko-pomorskim – 15, lubelskim – 32, lubuskim – 12, łódzkim – 36, małopolskim – 47, mazowieckim – 90, opolskim – 12, podkarpackim – 12, podlaskim – 9, pomorskim – 22, śląskim – 55, świętokrzyskim – 15, warmińsko-mazurskim – 18, wielkopolskim – 26, zachodniopomorskim – 23 [7].

Należy zaznaczyć również, że specjalizacja *rehabilitacja medyczna* jest jedną z 21 dyscyplin medycznych uznawanych za priorytetowe (np.: geriatria, medycyna rodzinna, onkologia, anestezjologia i intensywna terapia, medycyna ratunkowa i inne). Podjęcie szkolenia specjalizacyjnego właśnie w tych dziedzinach pozwala m.in. na zwiększenie wynagrodzenia w ramach rezydentury [8]. Jak wskazują dane statystyczne, swoisty mechanizm zachęt finansowych spełnia swoją funkcję. W latach 2008–2011 widoczny jest bowiem wzrost liczby lekarzy na specjalizacji *rehabilitacja medyczna*. Liczba osób odbywających specjalizację zmieniała się w kolejnych latach: 166 osób w 2008 r., 171 osób w 2009 r., 182 osoby w 2010 r., 175 osób w 2011 r. [7].

Znowelizowana ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadziła w życie nowe procedury związane z monitorowaniem samego systemu i realizacji programów specjalizacji [9]. Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia – poprzez konsultantów krajowych

i wojewódzkich oraz samorządy lekarskie – zaczęło wpływać na zwiększenie liczby jednostek prowadzących szkolenia specjalizacyjne. Z rejestrów prowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską (stan z marca 2012 r.) wynika, że liczba lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód w Polsce wynosi 156 642, w tym liczba wszystkich lekarzy specjalistów wynosi 103 831. Lekarze ze specjalnością *rehabilitacja medyczna* stanowią grupę 1458 osób [7]. W ogólnym zestawieniu widać, że nie jest to grupa najliczniejsza ani też, co ważne, najskromniejsza. Największą grupę stanowią bowiem lekarze specjalności medycyny rodzinnej – 9912 osób. Najmniej jest specjalistów oświaty rodzinnej, bo tylko 3 osoby [7]. Warto zaznaczyć, że przy takiej liczbie specjalistów, przy prawidłowo przeprowadzonych badaniach potrzeb rynku usług medycznych oraz odpowiednio przydzielonych środkach finansowych można zagwarantować nadal dostateczny dostęp do usług lekarzy rehabilitacji medycznej. Jednocześnie należy uwzględniać fakt, że rehabilitacja lecznicza powinna być zapewniona wszystkim potrzebującym: dorosłym i dzieciom, pacjentom po urazach i leczeniu inwazyjnym, pacjentom przewlekle chorym, trwale niepełnosprawnym oraz z chorobami nowotworowymi. Prawidłowo prowadzony i wcześnie rozpoczęty proces rehabilitacji przynosi lepsze efekty w połączeniu z kompleksowym leczeniem – usprawnia wówczas cały proces leczenia, skraca okres powrotu do zdrowia, minimalizuje ryzyko nawrotu choroby oraz – co ważne – przyczynia się do poprawy jakości życia pacjenta oraz jego bliskich.

Ze względu na rosnącą ilość chorób i schorzeń prowadzących do niepełnosprawności zwiększa się także zapotrzebowanie na lecznictwo rehabilitacyjne. Wzrost ten widoczny jest w ostatnich latach szczególne wśród osób cierpiących z powodu chorób naczyniowych, neurologicznych i kardiologicznych, a także chorób zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego. Zwiększa się także grono pacjentów potrzebujących rehabilitacji w związku z wielonarządowymi uszkodzeniami w wyniku wypadków komunikacyjnych. Taki stan rzeczy wymaga zapewnienia, po pierwsze, coraz szerszego dostępu do wczesnej rehabilitacji, bezpośrednio po leczeniu szpitalnym, po drugie – stworzenia dodatkowych placówek rehabilitacji specjalizujących się w poszczególnych dziedzinach, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej i onkologicznej [10].

Jak wynika z badań statystycznych, jedna trzecia dorosłych Polaków (13,9 miliona osób) deklaruje występowanie długotrwałych problemów ze zdrowiem, trwających co najmniej sześć miesięcy. W grupie wiekowej 60-latków blisko 73% choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a w grupie osób powyżej 70 roku życia ponad 84% [11]. Nawet odpowiednio wykształcona i przygotowana kadra medyczna nie jest w stanie, w świetle powyższych danych, zapewnić odpowiedniego funkcjonowania rynku usług medycznych w tym zakresie. Potrzeby rehabilitacji medycznej wiążą się bowiem także z koniecznością usprawnienia, a w wielu przypadkach stworzenia od podstaw, długofalowych programów opieki rehabilitacyjnej dla poszczególnych grup niepełnosprawnych (program przewlekłej opieki rehabilitacyjnej). Istotna w sytuacji starzejącego się społeczeństwa jest budowa programu rehabilitacji dla osób starszych. Szacuje się, że ok. 2050 r. osoby w wieku 60–79 lat będą stanowiły jedną czwartą całej ludności Europy, wśród tej grupy 30% osób w wieku powyżej 75 lat zmagać się będzie z niepełnosprawnością [12]. Konieczne jest zatem stworzenie programu obejmującego zarówno osoby zdrowe, które przekroczyły 65 rok życia, jak i osoby ze schorzeniami przewlekłymi. Działania rehabilitacyjne w tym zakresie, dla większego efektu, powinny być ściśle koordynowane z działalnością instytucji naukowych, samorządowych oraz stowarzyszeń i innych instytucji działających na rzecz profilaktyki gerontologicznej i geriatrii.

Ważną kwestią jest także zapewnienie prawidłowych warunków powrotu do zdrowia i możliwości podjęcia pracy zawodowej coraz większej grupie ludzi młodych (w wieku produkcyjnym) po doznanych urazach i przebytych chorobach. Konieczne jest w tym kontekście podjęcie następujących działań:

1) podniesienie jakości świadczeń rehabilitacyjnych poprzez zwiększenie wymogów w odniesieniu do personelu fachowego, pracującego w specjalistycznych poradniach rehabilitacyjnych i oddziałach szpitalnych;
2) niedopuszczanie do zatrudniania w poradniach rehabilitacyjnych i oddziałach lekarzy niebędących specjalistami w zakresie rehabilitacji medycznej;
3) zwiększanie liczby personelu zajmującego się rehabilitacją – dotyczy to zarówno liczby lekarzy specjalistów, zwłaszcza w oddziałach stacjonarnych, jak i liczby fizjoterapeutów przypadających na jednego pacjenta [13].

Oczywiście dokonanie jakiejkolwiek zmiany wymaga odpowiednich nakładów finansowych. Dlatego też ważne jest także doprowadzenie do lepszego finansowania rehabilitacji medycznej poprzez podwyższenie wydatków na świadczenia medyczne i zwiększenie atrakcyjności (finansowej) zawodu fizjoterapeuty.

Zapewnienie powszechnego dostępu do rehabilitacji medycznej, realizowanej przez odpowiednio przygotowaną kadrę medyczną, pozwoli przeciwdzia-

łać zwiększaniu się liczby osób niepełnosprawnych w naszym społeczeństwie, jak również sprzyjać będzie ich aktywizacji zawodowej. Obecnie szacuje się, że w Polsce zawodowo pracuje jedynie grupa 17% osób niepełnosprawnych. W krajach europejskich natomiast liczba ta waha się od 40% do 60% [14].

Zakończenie

Przedmiotem rehabilitacji medycznej jest leczenie dysfunkcji organizmu, wad wrodzonych, chorób zapalnych tkanki łącznej, chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, schorzeń narządu ruchu, zaburzeń onkologicznych, układu oddechowego, schorzeń układu krążenia oraz chorób narządów zmysłu, jak również współuczestniczenie w procesie leczenia psychiatrycznego. W realizacji procesu rehabilitacji wykorzystuje się szereg specjalistycznych metod i technik. Są to przede wszystkim zabiegi fizykoterapeutyczne, kinezyterapeutyczne, metody hydro-balneologiczne, uzdrowiskowe i wiele innych, często będących autorskimi metodami lekarzy realizujących leczenie.

W celu zaspokojenia obecnych potrzeb wysokospecjalistycznej opieki rehabilitacyjnej konieczny jest dalszy wzrost kadry specjalistów w rehabilitacji medycznej. Bazując na dotychczasowych informacjach zbieranych i analizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i właściwe organy samorządów lekarskich, można ocenić, iż w 2015 r. liczba specjalistów rehabilitacji medycznej będzie oscylować w granicach dwóch tysięcy odpowiednio przygotowanych i gotowych do pracy lekarzy. By osiągnąć tak pożądany stan, konieczna jest dalsza modernizacja finansowania rehabilitacji, stworzenie ogólnokrajowych działań promocyjnych oraz dostosowanie działań organizacyjnych do bieżących potrzeb, jak również utrzymanie priorytetu w kształceniu specjalistów w rehabilitacji medycznej przez Ministerstwo Zdrowia. Tylko w ten sposób uda się w pełni dostosować rehabilitację medyczną do standardów określonych przez twórców Polskiej Szkoły Rehabilitacji i odpowiedzieć na potrzeby osób niepełnosprawnych, chcących realizować swoje marzenia i czynnie uczestniczyć w życiu społecznym.

Piśmiennictwo

1. Dega W. Koncepcja rehabilitacji. Probl Rehab Społ Zawod. 1995;1:16–19.
2. Milanowska K. Polska Szkoła Rehabilitacji i jej wkład w rozwój współczesnej rehabilitacji. W: Mikulski J (red.). Rehabilitacja osób niepełnosprawnych jako służba społeczna TWK 1960–2005. Warszawa 2004, 251.
3. Kiwerski J, Haftek J, Krasuski M, Kwolek A, Profesor Marian Weiss – twórca kompleksowej, nowoczesnej rehabilitacji. Post Rehab. 2001;15(4):85–91.
4. Kiwerski J, Ostrowska A (red.). Stan rehabilitacji i potrzeby rehabilitacyjne osób o poszczególnych rodzajach niesprawności. PAN, Warszawa 1994, 18–20.
5. Ekspertyza. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL (część III). PAN – Komitet Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka, Warszawa 1978.
6. Nowotny J. Rozwój kształcenia w zakresie rehabilitacji i fizjoterapii. W: Kiwerski J, Kwolek A, Śliwiński Z, Woźniewski M (red.). Rehabilitacja polska 1945–2009. Wyd. Ossolińskich, Wrocław 2009, 75–80.
7. Informacja na temat systemu specjalizacji kadr medycznych, przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia w kwietniu 2012 w Warszawie, podana przez Ministra Zdrowia RP, http://www.autonomia-dent.pl/folder/nauka/120520_MZ_Sejm_infspecjalizacje.pdf (data dostępu: 20.09.2013).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz.U. nr 66, poz. 560).
9. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2008 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2011 r., nr 113, poz. 658).
10. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (Uchwała nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.).
11. Marciniak G. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku. GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2006.
12. First Forum on Europe's Demographic Future, http://ec.europa.eu/atoz_en.htm (data dostępu: 06.07.2012).
13. Uchwała Walnego Zgromadzenia Członków Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji z dnia 12 września 2009 roku, www.ptreh.com (data dostępu: 13.09.2013).
14. www.niepelnosprawni.gov.pl (data dostępu: 11.09.2013).

Adres do korespondencji:
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań