



Rada Przejrzystości

działająca przy

Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Opinia Rady Przejrzystości

nr 362/2018 z dnia 20 grudnia 2018 roku

w sprawie oceny koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Rada Przejrzystości uznaje za zasadną implementację modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej (POF) pod warunkiem uwzględnienia zgłoszonych przez Radę uwag, a także oceny następstw wdrożenia modelu w kontrolowanym programie pilotażowym. Pilotaż powinien objąć przynajmniej modele POF I (element POZ) i POF III (samodzielny), przynajmniej w dwóch, porównywalnych województwach.

Ponadto, program pilotażowy powinien być poddany ewaluacji przez niezależny ośrodek badawczy, nie posiadający konfliktu interesów z realizatorami. Ewaluacja zewnętrzna winna być niezależna od systemu sprawozdawczego NFZ i prowadzona przez odpowiedni ośrodek akademicki. Winna objąć co najmniej ocenę kolejek oczekujących na rehabilitację/fizjoterapię, wpływu na obciążenie innych części systemu opieki zdrowotnej, satysfakcji pacjentów i możliwości określania skuteczności oraz efektywności ekonomicznej – porównywać wykorzystane w pilotażu modele oraz obszar bez prowadzonego pilotażu (w dotychczasowym systemie).

Rada widzi potrzebę dokonania ponownej oceny, po uzyskaniu wyników programu pilotażowego.

Uzasadnienie

Proponowane w opracowaniu AOTMiT zmiany organizacji w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez wyodrębnienie dodatkowego poziomu opieki – Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej (POF), stanowią nowy model organizacyjny stwarzający nadzieję na przeniesienie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na poziom odpowiadający poziomowi podstawowej opieki zdrowotnej. W wyniku przeglądu organizacji świadczeń fizjoterapeutycznych odnaleziono badanie obserwacyjne Pendergast 2012 w którym porównano określone punkty końcowe między grupą samodzielnie zgłaszającą się do fizjoterapeuty a grupą kierowaną przez lekarza. Dla grupy pacjentów zgłaszających się samodzielnie wykazano istotną statystycznie, zmniejszoną liczbę wizyt niż w grupie pacjentów kierowanych przez lekarza ogólnego.



W wyniku przeglądu rekomendacji i wytycznych klinicznych odnaleziono jedną rekomendację.

Wytyczna CSP 2018 dotyczy implementacji praktyki fizjoterapeuty pierwszego kontaktu (FCP) w praktyce lekarza ogólnego w Anglii. Wytyczne wskazują, iż wprowadzenie FCP powinno być częścią przemodelowania ścieżki postępowania dla pacjentów z dolegliwościami ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, polegającej na pominięciu wizyty u lekarza ogólnego. W wytycznych jednocześnie wskazano szacunkowy zmniejszony czas oczekiwania na wizytę oraz konsultację chirurgiczne, a także inne korzyści, które zdaniem autorów, przynosi zastosowanie przedstawionego rozwiązania. Przedstawione kryteria kwalifikacji wskazują na kierowanie pacjentów ze wszystkimi urazami tkanek miękkich, skręceniami, nadwyrężeniami, urazami sportowymi, artretyzmem, problemów z mięśniami, więzadłami, ścięgnami lub skręceniami bezpośrednio do fizjoterapeuty pierwszego kontaktu. Jako kryteria wyłączenia wskazano przede wszystkim poważny stan pacjenta, wiek poniżej 16 roku życia oraz m.in. kobiety w okresie ciąży i połogu. W wytycznych przedstawiono również trzy możliwości finansowania fizjoterapeutów: kontraktowanie, bezpośrednie zatrudnienie oraz połączenie praktyki lekarza ogólnego z praktyką fizjoterapeutyczną.

Modele POF stanowią próbę zmiany aktualnie dominującej praktyki na:

1. Wprowadzenie opieki fizjoterapeutycznej ukierunkowanej na edukację pacjentów w ramach edukacji prozdrowotnej,
2. Wypracowanie rozwiązań „uszczelniających” dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych na wyższych poziomach zabezpieczenia, gdzie będą leczeni przede wszystkim pacjenci „ostrzy”,
3. Zidentyfikowanie problemów w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej oraz pozostałych poziomów opieki rehabilitacyjnej.

Wobec dwóch rekomendowanych w większości modeli POF (POF I oraz POF III) Rada sugeruje przetestowanie obu w odmiennych województwach.

Model	POF I	POF III
Kierujący na świadczenia	Lekarz POZ (u którego złożono deklarację)	Lekarz POZ (u którego złożono deklarację) lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - za pierwszym razem, kolejne wizyty u fizjoterapeuty odbywają się z dostępem bezpośrednim (tj. bez skierowania, przy założeniu weryfikacji stanu funkcjonalnego).
Miejsce realizacji świadczeń	pracownia fizjoterapii lub w miejscu przebywania pacjenta (w ramach dedykowanych świadczeń fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt z określonymi kryteriami włączenia)	pracownia fizjoterapii lub w miejscu przebywania pacjenta (w ramach dedykowanych świadczeń fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt z określonymi kryteriami włączenia)
Wykonawca świadczeń	Fizjoterapeuta w ramach praktyki POZ lub Fizjoterapeuta w podwykonawstwie w	Fizjoterapeuta w ramach umowy POF współpracuje z wybranym/wybranymi POZ

	ramach umowy POZ	
Strona umowy z NFZ	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii (fizjoterapeuta)
Populacja objęta opieką	POF - do 10 000 osób (stanowiących zadeklarowanych pacjentów lekarzy POZ) Przynależność do POF jest pochodną przynależności do POZ. POZ współpracuje w ramach umowy/umów z POF na obszarze gminy lub gminy sąsiedniej. Wymóg zapewnienia (na jedną pracownię fizjoterapii) równoważnika 2 etatów fizjoterapeuty na populację 10 000 osób zadeklarowanych do POZ (w szczególnych przypadkach, np. małych gmin dopuszcza się przelicznik etatu fizjoterapeuty proporcjonalnie do wielkości objętej opieką populacji)	POF - na podstawie deklaracji do POF Przynależność do POF jest wyjściowo równoznaczną z przynależnością do POZ, przy czym pacjent ma możliwość wyboru POF (złożenia deklaracji). POF współpracuje w ramach umowy/umów z POZ na obszarze gminy lub gminy sąsiedniej. Wymóg zapewnienia (na jedną pracownię fizjoterapii) równoważnika 2 etatów fizjoterapeuty na populację 10 000 osób zadeklarowanych do POZ – z którymi współpracuje POF (w szczególnych przypadkach, np. małych gmin dopuszcza się przelicznik etatu fizjoterapeuty proporcjonalnie do wielkości objętej opieką populacji)
Sposób deklaracji do POF	Równoznaczną z obligatoryjną deklaracją do lekarza POZ Istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych ambulatoryjnych do 20 w roku kalendarzowym (z możliwością przedłużenia na wniosek lekarza do NFZ).	Dobrowolna deklaracja do fizjoterapeuty (POF). Deklaracja obowiązuje przez okres 12 miesięcy (możliwość zmiany deklaracji max. 2/rok), z założeniem, że istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych ambulatoryjnych do 20 w roku kalendarzowym (z możliwością przedłużenia na wniosek lekarza do NFZ).
Organizacja udzielania świadczeń	Pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń POF jedynie w miejscach wskazanych przez lekarza POZ Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym z rehabilitacji medycznej. Pacjenci objęci świadczeniami w ramach opieki koordynowanej np. KOS-zawał, nie mogą jednocześnie korzystać z POF	Pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń POF w miejscu złożenia deklaracji. Pacjenci objęci świadczeniami w ramach opieki koordynowanej np. KOS-zawał, nie mogą jednocześnie korzystać z POF
Dysponent budżetu	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii/ Dział fizjoterapii
Metoda kalkulacji budżetu	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętym POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych - budżet powierzony ka kulowany wg stawki kapitałowej (od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POZ) W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - fee for service (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa).	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętym POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych - budżet ka kulowany wg stawki kapitałowej analogicznie jak w POZ Dodatkowa propozycja kalkulacji wg wzoru: Kwota pieniędzy na dany region * (liczba deklaracji / liczba deklaracji złożonych w danym regionie) W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - fee for service (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa)
Podstawa rozliczeń	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych)- ryczałt za populację objętą opieką w POZ W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” – za wykonane świadczenia.	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych)- za liczbę pacjentów objętych deklaracją W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” – za wykonane świadczenia
Zasady zawierania umów	Wniosek o zawarcie umowy w trybie wnioskowym POZ	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań

Na podstawie dokonanych wyliczeń można przypuszczać, że zmiany, o których mowa w niniejszym dokumencie są z punktu finansowego i organizacyjnego

możliwe do przeprowadzenia, bowiem dla przyjętych założeń nie wymagają zwiększenia nakładów na fizjoterapię ambulatoryjną w budżecie NFZ a zasoby kadrowe fizjoterapeutów także są wystarczające. Zgodnie z wyliczeniami po wprowadzeniu POF zostanie do wykorzystania dodatkowa kwota ok. 65 mln zł, którą będzie można przeznaczyć na fizjoterapię ambulatoryjną ostrą (najbardziej ostre przypadki pamiętając, że przyjęto w modelu, iż w ramach budżetu POF zostanie przeznaczona znaczna pula pieniędzy na pacjentów z różnymi urazami).

Mając na uwadze ograniczenia analizy wydaje się zasadnym postulat wynikający z opinii eksperckich, dotyczących potrzeby przeprowadzania badania pilotażowego proponowanych alternatywnych rozwiązań i porównanie ich między sobą oraz z aktualnym modelem rehabilitacji.

W ramach programu pilotażowego niezbędne jest wskazanie parametrów i wskaźników pozwalających ocenić osiągnięte rezultaty.

Przedmiot zlecenia

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), w nawiązaniu do zlecenia Ministra Zdrowia, zawartego w piśmie IK 744871.2016.IJ z dnia 31.10.2016 r.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem opracowania analitycznego AOTMiT-WS.434.1.2016 „Zmiany organizacji w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej” w ramach koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce, data ukończenia: 15.12.2018 oraz opracowania analitycznego nr: AOTMiT-WS.434.1.2016 AOTMiT-WS.431.5.2017 „Aneks” w ramach koncepcji zmian w organizacji i funkcjonowaniu rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce, data ukończenia: 15.12.2018.

Inne wykorzystane źródła danych:

1. Opinie ekspertów przedstawione w trakcie posiedzenia Rady Przejrzystości.