



**Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej**

**Zmiany organizacji w zakresie  
fizjoterapii ambulatoryjnej**

**w ramach Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania  
rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia  
w Polsce**

Opracowanie analityczne

Nr: AOTMiT-WS.434.1.2016

Data ukończenia: 15.12.2018

## KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (nazwa wnioskodawcy) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz.1764 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** (nazwa wnioskodawcy).

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (nazwa przedsiębiorców innych niż wnioskodawca) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz.1764 z późn. zm.) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2018 r., poz. 419).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz.1764 z późn. zm.) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna.

## Podstawowe informacje o zleceniu

---

Data wpłynięcia zlecenia do AOTM (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:

2016-11-14 r., znak: IK 744871.2016.IJ

---

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

Zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Zwrócenie szczególnej uwagi na kryteria kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu pod kątem interwencji udzielanych pacjentom oraz warunków realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej.

---

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31 c ustawy o świadczeniach)
  - usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31 e-f ustawy o świadczeniach)
  - zmiana technologii medycznych (art. 31 e-h ustawy o świadczeniach)
  - realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31 n pkt 5 ustawy o świadczeniach)
- 

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
  - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
  - leczenia szpitalnego
  - opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
  - rehabilitacji leczniczej
  - świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
  - leczenia stomatologicznego
  - lecznictwa uzdrowiskowego
  - ratownictwa medycznego
  - opieki paliatywnej i hospicyjnej
  - świadczeń wysokospecjalistycznych
  - programów zdrowotnych
- 

Wnioskodawca (pierwotny):

Ministerstwo Zdrowia

---

## Spis treści

Podstawowe informacje o zleceniu.....	2
Spis treści .....	4
1. Streszczenie wykonawcze .....	5
2. Przedmiot i historia zlecenia .....	11
3. Analiza problemu decyzyjnego.....	13
3.1. Problem zdrowotny.....	13
3.2. Charakterystyka populacji docelowej w ramach Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej .....	32
3.3. Modele Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej.....	36
4. Przegląd organizacji udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych .....	49
4.1. Opis metodyki.....	49
4.2. Opis badań włączonych do przeglądu .....	49
4.3. Rekomendacje i wytyczne kliniczne.....	53
5. Opinie ekspertów w sprawie zasadności implementacji POF .....	56
6. Wyniki Konferencji uzgodnieniowej.....	82
7. Propozycja modeli POF do programu pilotażowego .....	88
7.1. Modele organizacji i finansowania POF .....	88
7.2. Projekt programu pilotażowego.....	89
8. Wstępna analiza wpływu na budżet.....	95
Załączniki .....	99
Strategia wyszukiwania .....	99
Diagram selekcji badań .....	101
Spis tabel .....	103
Spis wykresów.....	106
Spis rysunków .....	107

# 1. Streszczenie wykonawcze

Opracowanie zawiera koncepcję zmian organizacji udzielanych świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej - wyodrębnienie dodatkowego zakresu (poziomu opieki) - Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej (POF). Propozycja ta stanowi integralną część „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”.

## PROBLEM DECYZYJNY:

- ocena zasadności implementacji modelu/modeli Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej (POF), stanowiącej zabezpieczenie podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych populacji wszystkich pacjentów uprawnionych do korzystania ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- ocena zasadności przeprowadzenia programu pilotażowego wybranego modelu/modeli POF, umożliwiającego ocenę jego/ich skuteczności klinicznej i efektywności organizacyjnej.

## ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY W RAMACH FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ:

- Według stanu na dzień 30.06.2018 r. 104 465 **pacjentów w stanie „pilnym” oczekuje na świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, z kolei w stanie „stabilnym” w kolejce oczekujących jest** około 1 milion **pacjentów** (993 889) – W przypadkach „pilnych” pacjenci oczekują na świadczenia ok. 43 dni, zaś w przypadkach „stabilnych” do 120 dni.
- W ramach fizjoterapii ambulatoryjnej wykonywane są głównie zabiegi fizykoterapeutyczne, stanowiące aż 70% wszystkich zabiegów. Z kolei kinezyterapia stanowi jedynie 20% (dane z roku 2017). Obserwowany poziom wykorzystania kinezyterapii nie znajduje uzasadnienia w zaleceniach.
- **Liczba dni zabiegowych w ramach świadczeń udzielonych pacjentom w 2017 r. wahała się w przedziale od 1 do aż 249 dni** (ze średnią wynoszącą prawie 14,8 dnia). W wybranych, przypadkach dochodzi do potencjalnie „nadmiernego” korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
- Obserwuje się duże zróżnicowanie w dostępie terytorialnym do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, 46% gmin nie posiada w swoim obszarze terytorialnym zakontraktowanej fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej (w przeliczeniu na ogólną liczbę gmin w Polsce).
- Prognoza liczby pacjentów, którzy w przyszłości (do roku 2023) będą korzystali ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej wskazuje ok. 2,73 mln osób, co w stosunku do liczby pacjentów z roku 2017 stanowi wzrost o 0,13 mln, czyli ok. 5,1%.

## ZIDENTYFIKOWANE PROBLEMY W RAMACH POZOSTAŁYCH POZIOMÓW OPIEKI REHABILITACJI LECZNICZEJ (w warunkach stacjonarnych, ośrodka/oddziału dziennego, lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej):

- Duża liczba osób oczekujących na świadczenia, w szczególności pacjentów „pilnych” (po urazach, po leczeniu ostrych incydentów chorobowych), którzy nie otrzymują leczenia rehabilitacyjnego w najbardziej optymalnym czasie, adekwatnym do ich aktualnych potrzeb, przez co jego stan funkcjonalny w trakcie oczekiwania na udzielenie świadczenia może się pogorszyć. Średni czas oczekiwania do rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej – 86 dni dla kategorii pilny i 578 dni stabilny – jest to zakres, do którego kolejki są jednymi z najdłuższych.
- Długi czas oczekiwania na świadczenia. Według stanu na dzień 30 czerwca 2018 r. w kolejce na udzielenie świadczeń w rehabilitacji leczniczej czekało łącznie ok. 1,6 mln. osób – z tego 174 272 osób zakwalifikowanych do kategorii pilnej oraz 1 470 213 osób zakwalifikowanych do kategorii stabilnej.

- Brak określonych kryteriów włączenia pacjentów do rehabilitacji co skutkuje realizacją świadczeń nieadekwatnych do ich potrzeb.

## CELE I KLUCZOWE ZAŁOŻENIA ORGANIZACJI POF:

POF stanowi odpowiedź na:

- zidentyfikowane problemy w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej, a także innych, pozostałych poziomów opieki rehabilitacyjnej (w warunkach stacjonarnych, ośrodka/oddziału dziennego, lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej),
- potrzebę wypracowania rozwiązań ze względu na konsekwencji restrykcyjnego „uszczelnienia” dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych na wyższych poziomach zabezpieczenia (w ramach oddziałów stacjonarnych oraz ośrodka/oddziału dziennego), gdzie będą leczeni przede wszystkim pacjenci „ostrzy” – zgodnie z „Koncepcją zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”,
- potrzebę zmiany dominującego aktualnie paradygmatu zabezpieczenia rehabilitacyjnego, z finansowania określonych świadczeń na wprowadzenie opieki fizjoterapeutycznej ukierunkowanej na edukację pacjentów w ramach „samolecznictwa” oraz edukacji prozdrowotnej,

**POPULACJA DOCELOWA:** Zgodnie z przyjętą klasyfikacją potrzeb rehabilitacyjnych populację docelową POF można scharakteryzować jako pacjentów:

- o przewlekłym charakterze dolegliwości (niskim lub umiarkowanym potencjale rehabilitacyjnym, tj. rokowaniu poprawy stanu funkcjonalnego),
- w stanie „ostрым” (doraźnym), np. bóle powstałe w wyniku przeciążeń,
- w stanie „ostрым” (po hospitalizacji lub zaostrzeniach choroby).

## MIEJSCE POF W SYSTEMIE REHABILITACJI LECZNICZEJ:

	Wartość zrealizowanych świadczeń	Liczba osób korzystających ze świadczeń
<b>POZIOM OPIEKI W WARUNKACH STACJONARNYCH</b>	<b>971 191 627 zł (2017 r.)</b>	<b>219 539 pacjentów</b>
<b>POZIOM OPIEKI W WARUNKACH OŚRODKA DZIENNEGO</b>	<b>424 402 149 zł (2017 r.)</b>	<b>287 090 pacjentów</b>
<b>POZIOM LEKARSKIEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI REHABILITACYJNEJ</b>	<b>60 840 314 zł (2017 r.)</b>	<b>1 349 975 pacjentów</b>
<b>POZIOM FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ w ramach pracowni fizjoterapii w warunkach domowych</b>	<b>905 219 497 zł (2017 r.)</b>	<b>2 591 487 pacjentów</b>
<b>w ramach pracowni fizjoterapii w warunkach domowych</b>	<b>?</b> <b>PODSTAWOWA OPIEKA FIZJOTERAPEUTYCZNA</b>	

Źródło: Opracowanie AOTMiT

## WYNIKI PRZEGLĄDU ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ FIZJOTERAPEUTYCZNYCH:

- W ramach przeprowadzonego przeglądu systematycznego odnaleziono dwa badania obserwacyjne: Riley 2016 (badanie kohortowe) i Pendergast 2012 (badanie przekrojowe).

W badaniu Riley 2016 porównano skierowania na fizjoterapię zawierające określoną lub niespecyficzną diagnozę, a także specyficzne i niespecyficzne zalecenia leczenia. Uzyskano istotne statystycznie różnice w liczbie jednostek rozliczeniowych, w zwrotach kosztów i liczbie wizyt na każde skierowanie zarówno między grupą ze specyficzną diagnozą, a grupą z diagnozą niespecyficzną (na korzyść grupy drugiej), jak i pomiędzy grupą ze specyficznymi zaleceniami leczenia, a grupą bez specyficznych zaleceń leczenia (na korzyść grupy drugiej).

W badaniu Pendergast 2012 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. Jednocześnie, w grupie interwencyjnej wykazano i.s. niższe średnie koszty niż w grupie kontrolnej. Istotne statystycznie wyniki wykazano również w redukcji kosztów niezwiązanych z leczeniem w grupie interwencyjnej oraz w kosztach 30 dni poprzedzających wystąpienie zdarzenia w grupie interwencyjnej. Wyniki nieistotne statystycznie uzyskano w przypadku kosztów leczenia ponoszonych w ciągu 60 dni po ostatniej wizycie terapeutycznej.

- Wyniki przeglądu rekomendacji i wytycznych klinicznych:

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 porodu. W wytycznych przedstawiono również trzy możliwości finansowania fizjoterapeutów: kontraktowanie, bezpośrednie zatrudnienie oraz połączenie praktyki lekarza ogólnego z praktyką fizjoterapeutyczną.

## WYNIKI OCENY EKSPERCKIEJ:

Ekspert wskazuje potrzebę przeprowadzenia pilotażu wybranego modelu lub kilku modeli POF, celem zweryfikowania efektywności proponowanych rozwiązań. Spośród 6 ekspertów, którzy udzielili odpowiedzi na zadane pytania 4 określiło model POF III jako najbardziej zasadny do zaimplementowania. Jeden ekspert opowiada się za wdrożeniem modelu POF + FA, natomiast jednak osoba za wprowadzeniem modelu POF I w połączeniu z fizjoterapią ambulatoryjną.

**Tabela 1. Podsumowanie opinii eksperckich odnośnie zasadności implementacji POF**

Ekspert	Wybrany model
NFZ	POF III
	POF I + FA
	POF III + FA
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	POF III
	POF II; POF III
	POF + FA

W opinii części ekspertów należy rozważyć możliwość wprowadzenia zmian w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez:

- zmianę rejestru centralnego kolejki oczekujących na świadczenia pacjentów ze względu na PESEL, oraz możliwość wybór jednego świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę,
- wprowadzenie limitu zabiegów w roku kalendarzowym,
- zmianę podstawy rozliczenia świadczeń (przy czym nie wskazano proponowanego,

- optymalnego sposobu finansowania),
- ocenę stanu funkcjonalnego i efektów prowadzonej terapii,
- bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty,
- kwalifikację do świadczeń przeprowadzaną przez fizjoterapeutę,
- zwiększenie finansowania,
- zmiana wykazu świadczeń gwarantowanych.

## MODELE ORGANIZACJI I FINANSOWANIA POF:

W oparciu o dyskusję podczas posiedzenia Rady Przejrzystości w dniu 19 listopada 2018 r. oraz dalszych konsultacji z przedstawicielami NFZ wskazuje się dwa alternatywne modele organizacji i finansowania POF. Modele stanowiły podstawę do opracowania projektu programu pilotażowego zawartego w podrozdziale „7.2. Projekt programu pilotażowego „ niniejszego opracowania.

**Tabela 2. Modele organizacji i finansowania POF – propozycje do projektu programu pilotażowego**

Model	POF I	POF III
<b>Kierujący na świadczenia</b>	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).
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta (w ramach dedykowanych świadczeń fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt z określonymi kryteriami włączenia)	pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta (w ramach dedykowanych świadczeń fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt z określonymi kryteriami włączenia)
<b>Wykonawca świadczeń</b>	Fizjoterapeuta w ramach praktyki POZ <i>lub</i> Fizjoterapeuta w podwykonawstwie w ramach umowy POZ	Fizjoterapeuta w ramach umowy POF współpracuje z wybranym/wybranymi POZ
<b>Strona umowy z NFZ</b>	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii (fizjoterapeuta)
<b>Populacja objęta opieką</b>	POF - do 10 000 osób (stanowiących <b>zadeklarowanych pacjentów lekarzy POZ</b> )  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)	<b>POF - na podstawie deklaracji do POF</b>  Przynależność do POF <u>jest wyjściowo równoznaczna z przynależnością do POZ</u> , 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)
<b>Sposób deklaracji do POF</b>	Równoznaczna z <b>obligatoryjną</b> deklaracją do lekarza POZ  Istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych ambulatoryjnych do 20 w roku kalendarzowym (z możliwością przedłużenia na wniosek lekarza do NFZ).	<b>Dobrowolna</b> 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).



<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	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
<b>Dysponent budżetu</b>	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii/ Dział fizjoterapii
<b>Metoda kalkulacji budżetu</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych - <b>budżet powierzony</b> ka kulowany wg stawki kapitacyjnej ( <b>od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POZ</b> )  W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa).	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych - <b>budżet</b> kalkulowany wg stawki kapitacyjnej analogicznie jak w POZ  Dodatkowa propozycja ka kulacji 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 - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa)
<b>Podstawa rozliczeń</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych)- <b>ryczałt za populację objętą opieką w POZ</b> W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” – <b>za wykonane świadczenia.</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych)- <b>za liczbę pacjentów objętych deklaracją</b> W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” – <b>za wykonane świadczenia</b>
<b>Zasady zawierania umów</b>	Wniosek o zawarcie umowy w trybie wnioskowym POZ	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań

## WYNIKI ANALIZY WPŁYWU NA BUDŻET:

Analiza wpływu na budżet stanowi próbę oszacowania skutków finansowych zmian organizacji w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez wydzielenie odrębnego poziomu udzielania świadczeń POF. Zmiany podstawowych założeń, koncepcji przekształceń w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej wyliczono w odniesieniu do pojedynczych niejako punktowych zakładanych skutków proponowanych przekształceń, co zostało przeprowadzone w pierwszej części rozdziału poświęconego BIA.

Należały do nich<sup>1</sup>:

- zmiana średniego czasu trwania fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu POF – oszczędności ok. 194,6 mln zł,
- zmiana struktury świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu POF – oszczędności 5,2 mln zł,
- zmiana średniego czasu trwania fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu FAO – oszczędności 14,4 mln zł,
- zmiana struktury świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu FAO – dodatkowe nakłady 21 mln zł.

Łączne wprowadzenie powyżej wskazanych zmian oznaczałoby oszczędności w wysokości 193,2 mln zł. Analiza obejmowała również nakładające się zmiany, określenie ich wypadkowej oraz nałożenie na niego kontekstu organizacyjnego w tym zapotrzebowania na personel fizjoterapeutyczny. W analizie uwzględniono dodatkowo 2 wizyty konsultacyjne po 30 minut każda na początku i na końcu cyklu fizjoterapii ambulatoryjnej. Wynikiem tej części analizy był kwota 840 mln zł niezbędna do zafunkcjonowania POF oraz 3 etaty przeliczeniowe fizjoterapeutów na 10 tys. mieszkańców, którzy mieliby być objęci opieką podstawowej jednostki organizacyjnej POF. W skali kraju 11 550 fizjoterapeutów było by niezbędnych do zapewnienia opieki w ramach POF.

<sup>1</sup> Założono podział wszystkich pacjentów fizjoterapii ambulatoryjnej na 2 profile: profil POF, do którego należą pacjenci uzyskujący świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej w związku z różnymi przewlekłymi stanami chorobowymi oraz profil FAO do którego należą pacjenci z ostrymi najczęściej pourazowymi stanami chorobowymi. W dalszej części dokumentu są zawarte szczegóły sposobu rozdziału tych profili pacjentów.

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 eksperckim, dotyczący potrzeby przeprowadzania badania pilotażowego proponowanych rozwiązań.

## 2. Przedmiot i historia zlecenia

Przedmiotem niniejszego opracowania jest zmiana organizacji w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia (znak pisma: IK 744871.2016.IJ) z dnia 31 października 2016 roku z art. 31n pkt 5 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, dotyczącej „zaproponowania, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie rehabilitacji leczniczej, mających na celu poprawę dostępności przedmiotowych świadczeń”.

**Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie propozycji zmiany organizacji fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez wyodrębnienie dodatkowego zakresu (poziomu opieki) - Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej (POF), stanowiącej integralny element „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”.**

Wspominana koncepcja w dniu 24 lipca 2018 r. została przekazana do Ministerstwa Zdrowia pismem (znak WS.434.1.KK) w postaci opracowania analitycznego. Dokument stał się również przedmiotem dyskusji podczas spotkania w dniu 25 lipca 2018 r. w Ministerstwie Zdrowia<sup>2</sup>. Zgodnie z ustaleniami podjętymi podczas spotkania (odnoszącymi się do przedmiotu niniejszego opracowania) Agencja przeprowadzi proces konsultacji proponowanych rozwiązań w zakresie POF oraz w oparciu o wypracowany model podstawowej opieki fizjoterapeutycznej zaprojektuje we współpracy z NFZ program pilotażu wybranego/-nych modelu/modeli POF. Pilotaż będzie miał na celu ocenę realności wdrożenia proponowanych zmian oraz oszacowania ich kosztów.

Szczegółowy harmonogram zrealizowanych zadań przedstawia poniższe zestawienie:

**Tabela 3. Harmonogram zrealizowanych prac w zakresie POF (stanowiącego element „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”)**

Lp.	Zrealizowane zadania	Terminarz
1	Wypracowanie projektu „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania systemu rehabilitacji leczniczej w Polsce”, zawierającej zarys podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF)	czerwca 2018
2	<b>I Etap konsultacji „Koncepcji zmian ...”</b> (Zespół Ekspertki, Zespół Opiniodawczo-Doradczy)	lipiec 2018
3	<b>Prezentacja „Koncepcji zmian...” na spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia</b> Kluczowe ustalenia: <ul style="list-style-type: none"><li>• przystąpienie do II etapu konsultacji</li><li>• rozpoczęcie dalszych prac nad koncepcją „podstawowej opieki fizjoterapeutycznej” POF</li><li>• zaprojektowanie we współpracy z NFZ programu pilotażu POF</li></ul>	24 lipiec 2018
4	<b>II Etap konsultacji „Koncepcji zmian ...”</b> (Zespół Ekspertki, Zespół Opiniodawczo-Doradczy)	sierpień 2018
5	<b>Projektowanie propozycji modeli podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF) – prace analityczne AOTMiT</b>	wrzesień 2018

<sup>2</sup> w spotkaniu uczestniczyli: Wiceminister Zdrowia - Zbigniew Król, Wiceminister Zdrowia - Maciej Miłkowski, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii MZ – Jakub Adamski, Prezes AOTMiT - Roman Topór-Mądry, [REDAKTOR] Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej AOTMiT [REDAKTOR], Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ - Filip Nowak, [REDAKTOR]

6	<b>Spotkanie Zespołu Opiniodawczo-Doradczego</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• weryfikacja proponowanych projektów modeli POF</li> <li>• próba wypracowania optymalnego modelu POF</li> </ul>	3 październik 2018
7	<b>Sporządzenie projektu modelu POF w wyniku ustaleń z Zespołem Opiniodawczo-Doradczym</b>	do 5 października 2018
8	<b>Przekazanie raportu POF do konsultacji wyodrębnionej grupie ekspertów</b>	19 październik 2018
9	<b>Pogłębione analizy oceny skutków proponowanej zmiany – wdrożenia POF – prace analityczne AOTMiT</b>	do 9 listopada 2018
10	<b>Konferencja uzgodnieniowa</b> <i>(przedstawiciele: NFZ, KIF, lekarzy POZ, Konsultant Krajowy rehabilitacji leczniczej, Konsultant Krajowy fizjoterapii, samorzady zawodowe, i inni)</i>	8 listopad 2018
11	<b>Pierwsze posiedzenie i opinia Rady Przejrzystości AOTMiT</b>	19 listopad 2018
<b><u>Potencjalne dalsze prace</u></b>		
	<b>Opracowanie pilotażu POF</b> <i>(we współpracy z NFZ)</i>	połowa listopada 2018
	<b>Taryfikacja świadczeń wchodzących w zakres projektu „Koncepcji zmian...”</b>	do decyzji Wydziału Taryfikacji AOTMiT

### 3. Analiza problemu decyzyjnego

#### 3.1. Problem zdrowotny

Problem zdrowotny zostanie zaprezentowany w oparciu o ocenę dostępności do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz analizę realizacji świadczeń (zrealizowanych i rozliczonych w 2017 r.<sup>3</sup>) w przedmiotowym zakresie. Poniższe analizy obejmują:

- identyfikację dostępności do świadczeń poprzez analizę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania oraz liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej,
- charakterystykę populacji pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (stan na rok 2017),
- specyfikację rodzajów świadczeń udzielanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej,
- identyfikację kosztów udzielonych świadczeń oraz liczby dni zabiegowych,
- ocenę dostępności terytorialnej do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej,
- realizację produktów rozliczeniowych w ramach dni zabiegowych.

W ostatniej części zestawienia zostały zaprezentowane podstawowe dane dotyczące fizjoterapii domowej.

#### Identyfikacja dostępności do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej

Kwestię dostępności do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej obrazuje czas oczekiwania pacjentów na udzielenie wskazanych świadczenia (w rozróżnieniu na tryb „pilny” i „stabilny”). Zgodnie z poniższym zestawieniem, sporządzonym na dzień 30.06.2018 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania w trybie „pilnym” na świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej wynosi 29 dni, z kolei w trybie „stabilnym” aż 67 dni. Natomiast w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej realizowanej w ramach działu (pracowni) fizjoterapii w przypadku „pilnym” średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosi 43 dni, zaś w stanie „stabilnym” 120 dni. Dostępność do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej jest zatem znacznie ograniczona i szczególnie problematyczna, w przypadkach „pilnych”, gdy czas rozpoczęcia terapii stanowi równocześnie kryterium skuteczności tej terapii.

**Tabela 4. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej - stan na 30.06.2018 r.**

<b>Komórki organizacyjne</b>	<b>Średni rzeczywisty czas oczekiwania (dni) – stan na 30.06.2018 r.</b>	
<b>Fizjoterapia domowa</b>	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
Zespół rehabilitacji domowej	29	67
Zespół rehabilitacji domowej dla dzieci	0	0
<b>Fizjoterapia ambulatoryjna</b>	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
Dział (pracownia) fizjoterapii	43	120
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	8	47
Dział (pracownia) fizykoterapii	3	62

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie Kolejki centralne baza AP-KOLCE.

Poza czasem oczekiwania warto odnieść się również do liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Otóż na świadczenia fizjoterapii domowej na dzień 30.06.2018 r. w przypadkach „pilnych” oczekiwało 1 087 pacjentów, a w przypadkach „stabilnych” 5 924. Znacznie bardziej niepokojące są dane dotyczące liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej realizowanej w dziale (pracowni) fizjoterapii, których w stanie „pilnym” było 104 465, a w stanie „stabilnym” niespełna 1 milion pacjentów (993 889).

<sup>3</sup> W części głównej niniejszego dokumentu opierano się na danych dotyczących świadczeń zrealizowanych, natomiast w Załączniku nr 2: "Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2016–2017" Opracowanie analityczne nr: AOTMiT-WS.434.1.2016 zostały wykorzystane obie grupy danych.

**Tabela 5. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej – stan na 30.06.2018 r.**

Komórki organizacyjne	Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia	
<b>Fizjoterapia domowa</b>	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
Zespół rehabilitacji domowej	1 087	5 924
Zespół rehabilitacji domowej dla dzieci	0	0
<b>Fizjoterapia ambulatoryjna</b>	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
Dział (pracownia) fizjoterapii	104 465	993 889
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	65	1 977
Dział (pracownia) fizykoterapii	25	3 543

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie na podstawie Kolejki centralne baza AP-KOLCE.

W świetle zaprezentowanych wyników wydaje się pilną potrzebą poszukiwania rozwiązań, mających na celu ocenę/weryfikację zasadności wystawiania skierowań na świadczenia w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, które w opiniach ekspertów często nie korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi pacjentów.

Jedną z cech aktualnego systemu jest uprzedmiotowienie uprawnień pacjenta do świadczeń rehabilitacyjnych w postaci skierowania, głównie na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub ośrodka dziennego. Niedostateczna dostępność do świadczeń (mierzona przez czas oczekiwania) powoduje, że w sytuacji zaostrzeń pacjenci nie otrzymują realnej pomocy, a co więcej, „obciążają” system zapisując się w kolejkę z długoterminową perspektywą na udzielenie świadczeń (co znacznie zmniejsza szansę na skuteczność leczenia).

### **Charakterystyka populacji pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej**

Charakterystykę populacji korzystającą ze świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej przeprowadzono poprzez zidentyfikowanie:

- liczby pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej,
- względnej konsumpcji świadczeń (rozumianej jako liczba pacjentów z analizowanej grupy, którzy w danym roku skorzystali ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przeliczeniu na 100 jej przedstawicieli),
- odsetka ogółu pacjentów, jaki stanowi dana grupa pacjentów ze wszystkich pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej.

Analizę przeprowadzono w oparciu o dane za rok 2017 r. pochodzące ze: (1) sprawozdawczości NFZ, (2) informacji o liczbie ludności Polski w 2017 roku, a także (3) prognoz przeprowadzonych przez GUS<sup>4</sup>. Wyniki przedstawiono w podziale na grupy rocznikowe, płeć, 5-letnie grupy wiekowo-płciowe, a także grupy wiekowe stosowane przez NFZ w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

**Wyniki analizy wskazują, iż w roku 2017 ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej skorzystało łącznie ok. 2,6 mln pacjentów, z których 67% stanowiły kobiety, zaś 33% mężczyźni. Średni współczynnik korzystania ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przypadku kobiet jest znacząco wyższy niż u mężczyzn odpowiednio 8,8% i 4,6%. Pacjenci, którzy korzystali najczęściej z opieki w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej to osoby w grupach wiekowych 60-64 oraz 65-69 stanowiące odpowiednio 14,5% i 14,3% ogółu pacjentów.**

<sup>4</sup> Prognoza ludności na lata 2014-2050 GUS, Warszawa 2014; <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html> data wejścia 08.10.2018

**Tabela 6. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w 5-letnich grupach wiekowo-płciowych w 2017 r.**

Grupa wiekowa	Mężczyźni			Kobiety			Razem		
	Pacjenci w tys.	Współczynnik korzystania*	Odsetek z ogółu pacjentów**	Pacjenci w tys.	Współczynnik korzystania*	Odsetek z ogółu pacjentów**	Pacjenci w tys.	Współczynnik korzystania*	Odsetek z ogółu pacjentów**
0-4	14,9	1,6%	0,6%	12,7	1,5%	0,5%	27,6	1,6%	1,1%
5-9	19,5	1,8%	0,8%	19,4	1,9%	0,7%	38,9	1,9%	1,5%
10-14	24,3	2,5%	0,9%	27,5	3,0%	1,1%	51,8	2,8%	2,0%
15-19	21,8	2,3%	0,8%	27,6	3,0%	1,1%	49,4	2,6%	1,9%
20-24	15,9	1,4%	0,6%	17,7	1,6%	0,7%	33,6	1,5%	1,3%
25-29	21,9	1,6%	0,8%	25,0	1,9%	1,0%	46,9	1,7%	1,8%
30-34	32,1	2,0%	1,2%	41,5	2,7%	1,6%	73,6	2,3%	2,8%
35-39	42,2	2,6%	1,6%	66,5	4,3%	2,6%	108,7	3,4%	4,2%
40-44	50,2	3,4%	1,9%	97,4	6,8%	3,7%	147,6	5,1%	5,7%
45-49	55,0	4,5%	2,1%	120,0	9,9%	4,6%	175,0	7,2%	6,7%
50-54	68,5	6,0%	2,6%	157,3	13,5%	6,1%	225,8	9,8%	8,7%
55-59	97,7	7,7%	3,8%	211,6	15,7%	8,1%	309,3	11,8%	11,9%
60-64	120,3	9,3%	4,6%	255,4	17,3%	9,8%	375,7	13,5%	14,5%
65-69	110,9	10,5%	4,3%	259,7	19,9%	10,0%	370,5	15,7%	14,3%
70-74	71,9	11,9%	2,8%	173,6	20,7%	6,7%	245,5	17,0%	9,5%
75-79	47,1	11,5%	1,8%	120,9	17,9%	4,7%	168,0	15,5%	6,5%
80-84	29,2	10,0%	1,1%	73,9	12,9%	2,8%	103,0	11,9%	4,0%
85-89	11,6	7,4%	0,4%	26,8	7,2%	1,0%	38,5	7,3%	1,5%
90-94	2,2	4,7%	0,1%	4,7	3,2%	0,2%	6,9	3,6%	0,3%
95-99	0,2	2,4%	0,0%	0,6	1,9%	0,0%	0,7	2,0%	0,0%
100+	0,0	2,2%	0,0%	0,0	1,4%	0,0%	0,1	1,6%	0,0%
Razem	857,5	4,6%	33%	1 739,7	8,8%	67%	2 597,1	6,8%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ oraz GUS; \* wartość procentowa informująca o odsetku pacjentów fizjoterapii ambulatoryjnej w danej grupie wiekowo-płciowej; \*\* wartość procentowa informująca o odsetku, jaki pacjenci z danej grupy wiekowo-płciowej stanowią w grupie wszystkich pacjentów fizjoterapii ambulatoryjnej; legenda: do kolorów: kolor zielony dotyczy wartości najniższych w danej kategorii, natomiast czerwony wartości najwyższych.

**Tabela 7. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w grupach wiekowych (wyodrębnionych przez NFZ) w ramach świadczeń POZ w 2017 r.**

Grupa wiekowa	Mężczyźni			Kobiety			Razem		
	Pacjenci w tys.	Współczynnik korzystania*	Odsetek z ogółu pacjentów**	Pacjenci w tys.	Współczynnik korzystania*	Odsetek z ogółu pacjentów**	Pacjenci w tys.	Współczynnik korzystania*	Odsetek z ogółu pacjentów**
0-6	21,5	1,6%	0,8%	18,7	1,5%	0,7%	40,2	1,6%	1,5%
7-19	59,0	2,3%	2,3%	68,5	2,8%	2,6%	127,5	2,5%	4,9%
20-39	112,2	2,0%	4,3%	150,6	2,7%	5,8%	262,8	2,3%	10,1%
40-64	391,7	6,1%	15,1%	841,7	12,7%	32,4%	1 233,3	9,5%	47,5%
65-74	182,8	11,0%	7,0%	433,3	20,2%	16,7%	616,1	16,2%	23,7%
75+	90,3	9,9%	3,5%	226,9	12,6%	8,7%	317,2	11,7%	12,2%
Razem	857,5	4,6%	33%	1 739,7	8,8%	67,0%	2 597,1	6,8%	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ oraz GUS; \* wartość procentowa informująca o odsetku pacjentów fizjoterapii ambulatoryjnej w danej grupie wiekowo-płciowej; \*\* wartość procentowa informująca o odsetku, jaki pacjenci z danej grupy wiekowo-płciowej stanowią w grupie

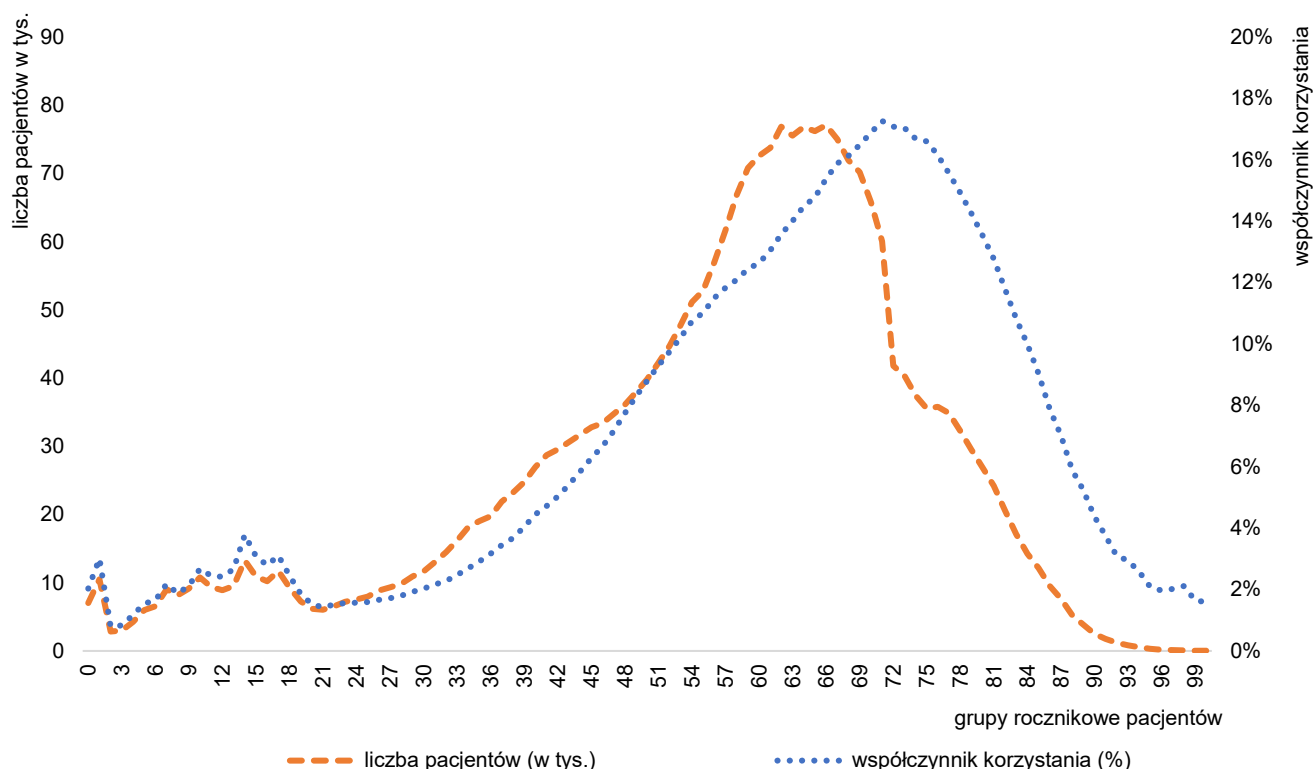


wszystkich pacjentów fizjoterapii ambulatoryjnej; legenda: do kolorów: kolor zielony dotyczy wartości najniższych w danej kategorii, natomiast czerwony wartości najwyższych.

Analiza w grupach wiekowych (wyodrębnionych przez NFZ) w ramach świadczeń POZ prowadzi do analogicznych wniosków jak w przypadku zastosowania 5 letnich grup wiekowych.

Poniższy rysunek prezentuje strukturę wiekową korzystania ze świadczeń w podziale na roczniki (bez podziału na płeć). Oprócz liczby pacjentów z danej grupy rocznikowej w analizie uwzględniono również współczynnik korzystania ze świadczeń w tych grupach rozumiany jako liczbę przedstawicieli danego rocznika przypadającą na 100 należących do niego osób, którzy w danym roku skorzystali z fizjoterapii ambulatoryjnej.

**Wykres 1. Liczba pacjentów oraz współczynniki korzystania ze świadczeń w grupach rocznikowych w 2017 r.**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM- NFZ oraz GUS

W układzie rocznikowym najczęściej korzystającymi z fizjoterapii ambulatoryjnej są osoby w przedziale wiekowym 62-66 lat, natomiast wartość współczynnika korzystania ze świadczeń jest najwyższa dla przedziału 70-73 lat, dla którego wynosi on ok. 17% (oznacza to, że aż 17 na 100 osób z tych roczników skorzystało w 2017 roku ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej).

Prognoza demograficzna GUS przewiduje w przyszłości wzrost ludności, wskazanych grup wiekowych, które – jak dowodzi przedmiotowa analiza - najbardziej intensywnie korzystają ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej. Zjawisko to potencjalnie może wpłynąć na wzrost zapotrzebowania na omawiany zakres świadczeń. W oparciu o współczynniki korzystania ze świadczeń w 2017 roku dla poszczególnych roczników i płci oraz prognozę demograficzną na 2023 rok została przygotowana prognoza liczby pacjentów, którzy będą korzystali ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej do 2023 roku. **Wyliczona wartość wynosi 2,73 mln osób, co stanowi wzrost o 0,13 mln, czyli ok. 5,1% w stosunku do roku 2017.**

### Rodzaje świadczeń udzielanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej

Analizując rodzaj świadczeń udzielanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej należy odnosić się do szerszego ujęcia świadczeń realizowanych w ramach rehabilitacji leczniczej. Poniższe zestawienie prezentuje udział procentowy realizacji grup zabiegów (wraz z poszczególnymi procedurami) w roku 2017 w zakresie rehabilitacji leczniczej. Wyniki wskazują, iż dominującą formą terapii jest **fizykoterapia**,



stanowiąca łącznie 60,8% realizacji wszystkich procedur w ramach rehabilitacji leczniczej. Z kolei kinezyterapia, a więc aktywna forma usprawniania pacjenta to jedynie 26,6% wszystkich procedur realizowanych w ramach rehabilitacji leczniczej.

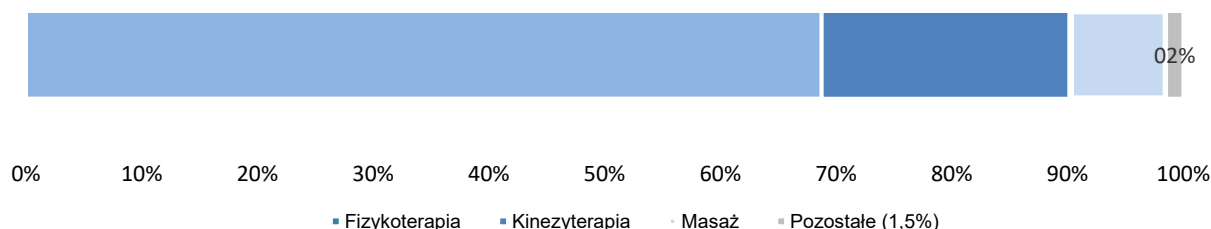
**Tabela 8. Udział procedur ICD-9 w ramach rehabilitacji leczniczej**

Grupa procedur ICD-9	Udział % (w ujęciu krotności)
Kinezyterapia	26,6%
Wyciągi	0,3%
Fizykoterapia, w tym:	60,8%
Elektrolecznictwo	24,7%
Hydroterapia	2,0%
Inhalacje	0,0%
Krioterapia	5,0%
Leczenie polem elektromagnetycznym	9,8%
Światłolecznictwo	19,1%
Termoterapia	0,2%
Balneoterapia	0,6%
Masaż	8,6%
Diagnostyka fizjoterapeutyczna	0,2%
Diagnoza psychologiczna	0,0%
Logopedia	0,1%
Terapia edukacyjna	0,1%
Terapia psychologiczna	0,3%
Terapia zajęciowa	0,3%
Inne	2,1%
Wszystkie procedury ICD-9	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ

Odnosząc się natomiast do rodzaju procedur realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, udział procedur fizykoterapii jest jeszcze wyższy aniżeli w zakresie rehabilitacji leczniczej ogółem. W przedmiotowym zakresie realizowanych jest aż 70% zabiegów fizykoterapii, a jedynie 20% kinezyterapii. W praktyce stosowane są zatem głównie procedury minimalizujące wykorzystanie fachowego personelu (procedur fizykoterapeutycznych). Choć przedmiotem niniejszego opracowania nie jest ocena skuteczności poszczególnych procedur fizykoterapii vs. kinezyterapii vs. innych form fizjoterapii należy podkreślić, iż w świetle opinii eksperckich kinezyterapia jest formą fizjoterapii o najwyższych efektach zdrowotnych, stąd też powinna stanowić główną formę usprawniania pacjentów (również za względu na wypracowanie i utrwalenie właściwych wzorców ruchowych).

**Wykres 2. Udział procedur ICD-9 realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej – agregacja**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ.

Aktualnie skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną, obejmuje zlecone przez lekarza zabiegi fizjoterapeutyczne. Fizjoterapeuta w bardzo ograniczonym stopniu ma wpływ na rodzaj i liczbę zleconej terapii, musi realizować zabiegi wypisane na skierowaniu. Każdy pacjent w ramach fizjoterapii

ambulatoryjnej ma zatem udzielane konkretne, wskazane przez lekarza kierującego w liczbie i rodzaju świadczenia medyczne. W ten sposób determinowany jest czas fizjoterapii z punktu widzenia pacjenta oraz zapotrzebowanie na personel fizjoterapeutyczny, który udziela tych świadczeń, każde świadczenie ma bowiem określony czas wykonania oraz charakteryzuje się specyficznym zapotrzebowaniem na pracę personelu fizjoterapeutycznego. Z tego względu kolejnym obszarem analiz stała się struktura udzielanych świadczeń w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej. Jako punkt wyjściowy do tych analiz posłużyły dane z bazy danych NFZ oraz załącznik 1m do Zarządzenia nr 42/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze spiączką. W celu umożliwienia przeliczenia informacji o liczbie i rodzaju wykonanych świadczeń na czas zabiegów z punktu widzenia pacjenta i czas zaangażowania personelu fizjoterapeutycznego wszystkim świadczeniom z ww. załącznika przyporządkowano informacje o czasie zabiegu i zapotrzebowaniu na fizjoterapeutów. W zestawieniu tym znalazła się informacja czy świadczenie musi wykonywać fizjoterapeuta indywidualnie z pacjentem, czy też może je wykonywać równocześnie z większą grupą pacjentów z określeniem, ile średnio mogłaby liczyć taka grupa pacjentów.

Wszystkie świadczenia z załącznika 1m Zarządzenia nr 42/2018/DSOZ Prezesa NFZ podzielono na 8 grup świadczeń, a oprócz tego przyporządkowano je do szerszych 3 kategorii. Zostało to przedstawione w poniższej tabeli:

**Tabela 9. Grupy i kategorie świadczeń zastosowane analizach**

Grupy świadczeń	Kategorie świadczeń
kinezyterapia	kinezyterapia
masaż	masaż
elektrolecznictwo	fizykoterapia
leczenie polem elektromagnetycznym	fizykoterapia
światłolecznictwo i termoterapia	fizykoterapia
hydroterapia	fizykoterapia
krioterapia	fizykoterapia
balneoterapia	fizykoterapia

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Po zastosowaniu powyższego sposobu konsolidacji danych okazało się, że największą część budżetu przeznaczanego na fizjoterapię ambulatoryjną pochłania fizykoterapia prawie 448 mln zł, następnie kinezyterapia niespełna 351 mln zł kinezyterapia oraz masaż 106,3 mln zł. Zdecydowana większość, bo aż niespełna 581 mln zł (64%) jest przeznaczona na zabiegi indywidualne a ok. 324 mln (36%) na świadczenia w grupach. Analizując powyższe dane należy stwierdzić, iż w obecnej strukturze świadczeń dominuje duży udział fizykoterapii.

**Tabela 10. Grupy i kategorie świadczeń udzielane pacjentom w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej**

Kategorie świadczeń	Grupy świadczeń	Indywidualna praca z pacjentem (mln zł)	Świadczenia w grupach (mln zł)	Razem (mln zł)	Razem %
fizykoterapia	<i>elektrolecznictwo</i>	77,5	94,2	171,8	19%
	<i>światłolecznictwo i termoterapia</i>	94,8	35,4	130,2	14%
	<i>krioterapia</i>	58,8	15,3	74,1	8%
	<i>leczenie polem elektromagnetycznym</i>	0,0	46,5	46,5	5%
	<i>hydroterapia</i>	-	19,8	19,8	2%
	<i>balneoterapia</i>	0,0	5,6	5,6	1%
	fizykoterapia razem		231,1	216,9	448,0

kinezyterapia	kinezyterapia	253,8	96,8	350,6	39%
masaż	masaż	95,7	10,6	106,3	12%
Razem		580,7	324,3	904,9	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).

Ważnym elementem analizy jest również weryfikacja kosztu zrealizowanych w 2017 r. poszczególnych produktów sprawozdawanych przez świadczeniodawców do NFZ. W analizie wzięto pod uwagę świadczenia, z załącznika 1m do Zarządzenia nr 42/2018/DSOZ Prezesa NFZ, jakich udzielono w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej. Wyodrębniono te produkty, których łączna wartość wyniosła co najmniej 10 mln zł. Wyprecyzowano w ten sposób 20 produktów, a ich łączna wartość wyniosła 818 mln zł, przy czym koszt pierwszych 5 produktów stanowił aż 484 mln zł.

**Tabela 11. Zestawienie wartościowo najistotniejszych produktów fizjoterapii ambulatoryjnej (w mln zł)**

Grupa produktu	Nazwa produktu	Świadczenia indywidualne (mln zł)	Świadczenia grupowe (mln zł)
kinezyterapia	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min.	189	-
światłolecznictwo i termoterapia	Laseroterapia punktowa	94	-
masaż	Masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na 1 pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	81	-
elektrolecznictwo	Ultradźwięki miejscowe	61	-
krioterapia	Krioterapia miejscowa (pary azotu)	59	-
kinezyterapia	Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem	-	40
leczenie polem elektromagnetycznym	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości	-	38
kinezyterapia	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. W warunkach domowych	34	-
kinezyterapia	Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem	-	31
elektrolecznictwo	Prądy TENS	-	31
elektrolecznictwo	Jonoforeza	-	24
hydroterapia	Kąpiel wirowa kończyn	-	18
światłolecznictwo i termoterapia	Naświetlanie promieniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym - miejscowe	-	18
światłolecznictwo i termoterapia	Laseroterapia - skaner	-	17
elektrolecznictwo	Prądy interferencyjne	-	17
elektrolecznictwo	Ultrafonoreza	16	-
krioterapia	Krioterapia - zabieg w kriokomorze	-	15
elektrolecznictwo	Prądy diadynamiczne	-	12
kinezyterapia	Ćwiczenia wspomagane	-	12
kinezyterapia	Ćwiczenia izometryczne	-	10
Razem		534	284

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).

## Koszty udzielonych świadczeń oraz liczby dni zabiegowych

Analizę przeprowadzono w oparciu o następujące wskaźniki:

- wydatki na fizjoterapię ambulatoryjną w przeliczeniu na mieszkańca danego województwa,
- wydatki na fizjoterapię ambulatoryjną w przeliczeniu na pacjenta mieszkańca danego województwa,
- przeciętną liczbę dni zabiegowych przypadających na pacjenta danego województwa, który skorzystał ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej,
- koszt 1 osobodnia fizjoterapii ambulatoryjnej w danym województwie,
- współczynnik korzystania ze świadczeń na mieszkańca danego województwa.

Tabela 12. Informacje o korzystaniu ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w województwach w 2017 r.

	Wydatki na fizjoterapię ambulatoryjną na 1 mieszkańca województwa		Wydatki na fizjoterapię ambulatoryjną na 1 pacjenta z danego województwa		Liczba dni zabiegowych na 1 pacjenta z województwa		Koszt 1 dnia zabiegowego pacjenta z danego województwa		Współczynnik korzystania na 1 mieszkańca woj.	
	w zł	współcz. względn. wartości	w zł	współcz. względn. wartości	liczba	współcz. względn. wartości	w zł	współcz. względn. wartości	%	współcz. względn. wartości
Dolnośląskie	19,97	1,39	334,84	1,19	14,45	1,09	23,17	1,18	6,0%	1,20
Kujawsko-pomorskie	28,18	1,96	345,05	1,22	15,21	1,14	22,69	1,15	8,2%	1,64
Lubelskie	23,90	1,66	326,76	1,16	14,39	1,08	22,71	1,15	7,3%	1,47
Lubuskie	23,19	1,61	308,14	1,09	14,98	1,13	20,57	1,04	7,5%	1,51
Łódzkie	24,68	1,72	319,09	1,13	14,47	1,09	22,05	1,12	7,7%	1,55
Małopolskie	22,49	1,57	336,02	1,19	14,47	1,09	23,22	1,18	6,7%	1,34
Mazowieckie	31,57	2,20	464,67	1,65	15,49	1,17	30,00	1,52	6,8%	1,36
Opolskie	19,67	1,37	330,67	1,17	14,97	1,13	22,09	1,12	5,9%	1,19
Podkarpackie	36,70	2,55	377,13	1,34	14,91	1,12	25,29	1,28	9,7%	1,95
Podlaskie	19,63	1,37	330,54	1,17	13,84	1,04	23,89	1,21	5,9%	1,19
Pomorskie	23,89	1,66	321,57	1,14	14,03	1,06	22,92	1,16	7,4%	1,49
Śląskie	18,49	1,29	309,86	1,10	13,28	1,00	23,33	1,18	6,0%	1,20
Świętokrzyskie	24,34	1,69	337,09	1,20	13,69	1,03	24,63	1,25	7,2%	1,45
Warmińsko-Mazurskie	17,52	1,22	281,70	1,00	13,76	1,04	20,47	1,04	6,2%	1,25
Wielkopolskie	19,82	1,38	344,47	1,22	13,90	1,05	24,79	1,26	5,8%	1,16
Zachodniopomorskie	14,36	1,00	288,37	1,02	14,63	1,10	19,71	1,00	5,0%	1,00
Srednia dla Polski	24,11	x	348,54	x	14,46	x	24,11	x	6,8%	x

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ oraz GUS; legenda do kolorów: kolor zielony dotyczy wartości najniższych w danej kategorii, natomiast czerwony wartości najwyższych.

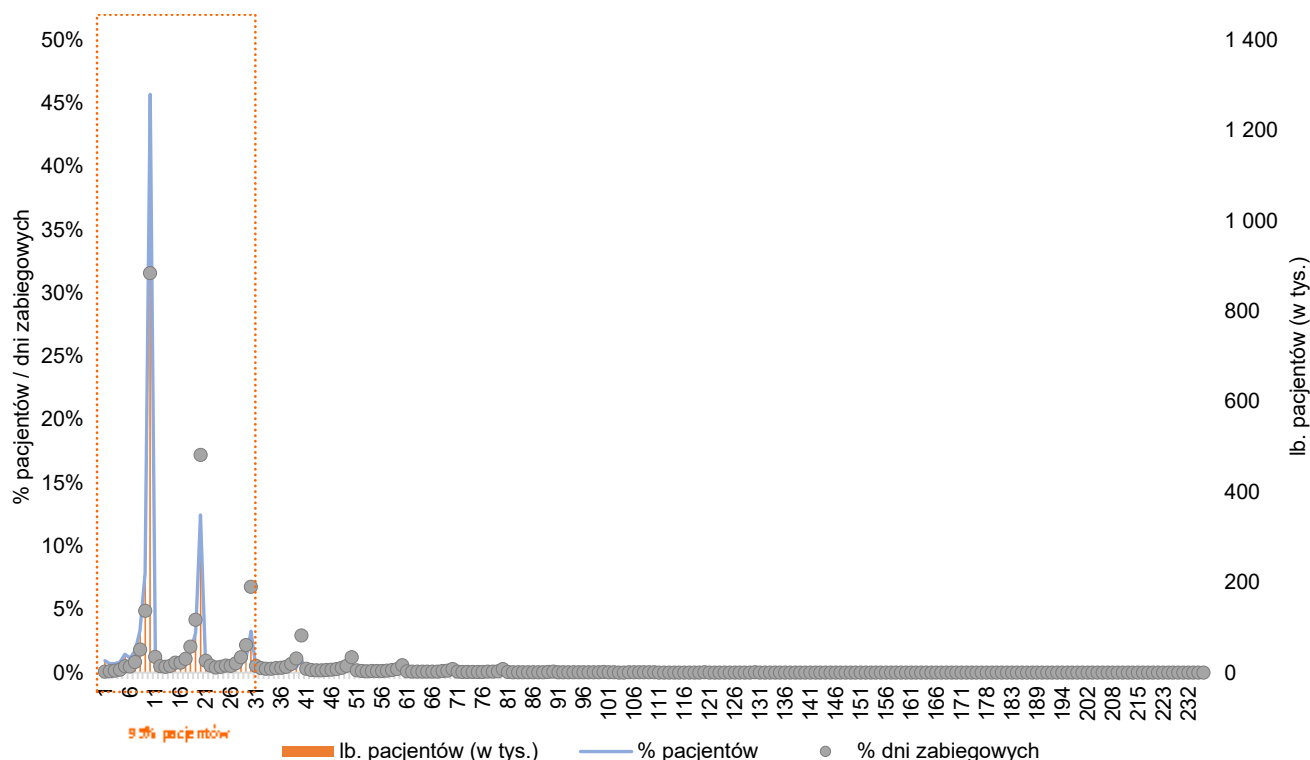
Wyniki powyższej tabeli wskazują, iż między poszczególnymi województwami istnieją znaczne różnice w wydatkach na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej i korzystaniu z nich. Najwyższe wydatki na wskazane świadczenia w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa, aż 35,70 zł, ponoszono w województwie podkarpackim - wartość ta jest ponad 2,5 krotnie wyższa od wydatków w województwie zachodniopomorskim, gdzie są one najmniejsze i wynoszą 14,36 zł. W innym ujęciu wydatków tj. z perspektywy wydatków na 1 przeciętnego pacjenta najwięcej przeznacza się na fizjoterapię w województwie mazowieckim prawie 465 zł, a najmniej w województwie warmińsko-mazurskim prawie 282 zł. Najmniejsze zróżnicowanie między województwami występuje w obszarze liczby i kosztów dni zabiegowych. Przeciętna liczba dni zabiegowych waha się od niespełna 15,5 dni w województwie mazowieckim do prawie 13,3 w województwie śląskim, natomiast koszt 1 dnia zabiegowego wynosi od 30 zł w województwie mazowieckim do ok. 19,7 zł w województwie zachodniopomorskim. Należy zwrócić uwagę również na duże dysproporcje we współczynniku korzystania ze świadczeń - największy, bo wynoszący 9,7% występuje w województwie podkarpackim, gdzie prawie co 10 mieszkańców skorzystał w 2017 r. z fizjoterapii ambulatoryjnej. Na drugim końcu „rankingu” w tej kategorii jest województwo zachodniopomorskie z 5% współczynnikiem, co oznacza, że co 20 mieszkańców tego województwa skorzystał ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w 2017 r.

Gdyby zastosowano w skali całej Polski współczynniki z województwa zachodniopomorskiego tj. województwa o najniższym poziomie korzystania ze świadczeń i najniższych wydatkach na fizjoterapię w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa, liczba pacjentów wyniosłaby w 2017 r. w Polsce 1,91 mln osób, a wydatki 550,3 mln zł co oznaczałoby spadek liczby pacjentów o 0,7 mln tj. 26,5%, a wydatków o 354,9 mln zł, czyli o 39% w stosunku do rzeczywistych wartości z 2017 r. Natomiast gdyby zastosować współczynniki z województwa podkarpackiego tj. województwa o najwyższym poziomie korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej i najwyższych wydatkach na fizjoterapię ambulatoryjną w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa, liczba pacjentów wyniosłaby w skali kraju 3,73 mln osób, a wydatki 1,4 mld zł co oznaczałoby wzrost liczby pacjentów o 1,13 mln osób, czyli 43,6% oraz wydatków o 0,5 mld, czyli 55,3%. Różnica między tymi dwoma scenariuszami jest bardzo duża, gdyż jest to aż 0,86 mld zł oraz 1,82 mln pacjentów.

Dodatkowym ważnym obszarem analiz zmierzających do przedstawienia procesów zachodzących w fizjoterapii ambulatoryjnej jest konsumpcja świadczeń w podziale na grupy pacjentów utworzone ze względu na liczbę dni zabiegowych. Poniższe analizy stanowią narzędzie weryfikacji powszechnie wygłaszanych też przez gremia eksperckie na temat dużej liczby pacjentów, która intensywnie, a wręcz „nadmiernie” korzysta ze świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej i uczestniczy w ciągu roku w kilku cyklach fizjoterapii ambulatoryjnej.

**Liczba dni zabiegowych w 2017 r. wahała się w przedziale od 1 do 249 dni** ze średnią wynoszącą prawie 14,8 dnia. W pierwszej kolejności zaprezentowano poziom korzystania ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej pod względem liczby dni bez tworzenia przedziałów dni zabiegowych tj. uwzględniając każdą faktycznie zrealizowaną liczbę dni zabiegowych. Dla każdej takiej wartości wyliczono liczbę dni zabiegowych, które uzyskiwała dana grupa pacjentów (iloczyn liczby pacjentów przez liczbę dni zabiegowych dla każdej faktycznej liczby dni zabiegowych) oraz przyporządkowano liczbę pacjentów, a także odsetek, jaki w całej populacji pacjentów stanowiła dana grupa osób. W oparciu o tego rodzaju dane sporządzono wykres, który prezentuje szereg prawidłowości występujących w korzystaniu z fizjoterapii ambulatoryjnej.

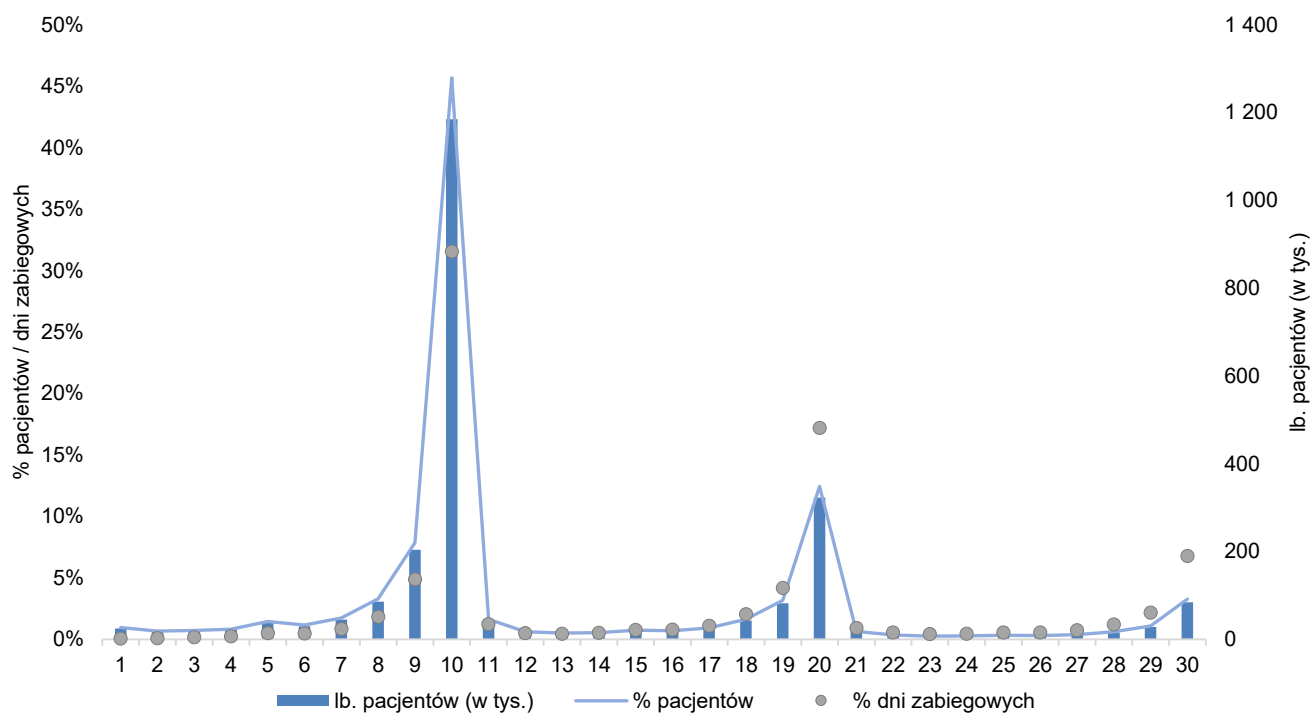
**Wykres 3. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej ze względu na lb. dni zabiegowych w 2017 r.**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych przekazanych przez NFZ (RUM\_NFZ)

Zgodnie z powyższym wykresem, aż 95% pacjentów mieści się w przedziale od 1 do 30 dni zabiegowych w roku. Aby lepiej zobrazować ten obszar został dla niego przygotowany osobny, poniższy wykres.

**Wykres 4. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziale 1-30 dni zabiegowych w 2017 r**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych przekazanych przez NFZ (RUM\_NFZ)

Na podstawie uzyskanych informacji w kolejnych analizach zostały wyodrębnione grupy pacjentów według zasady 10-dniowych przedziałów dni zabiegowych. Liczba przedziałów została ustalona w taki sposób, iż jako ostatni samodzielny przedział uwzględniono ten, który „konsumował” powyżej 1% dni zabiegowych (tj. przedział 61-70 dni). Pozostałe mniej istotne przedziały zostały połączone w jeden przedział 71+.

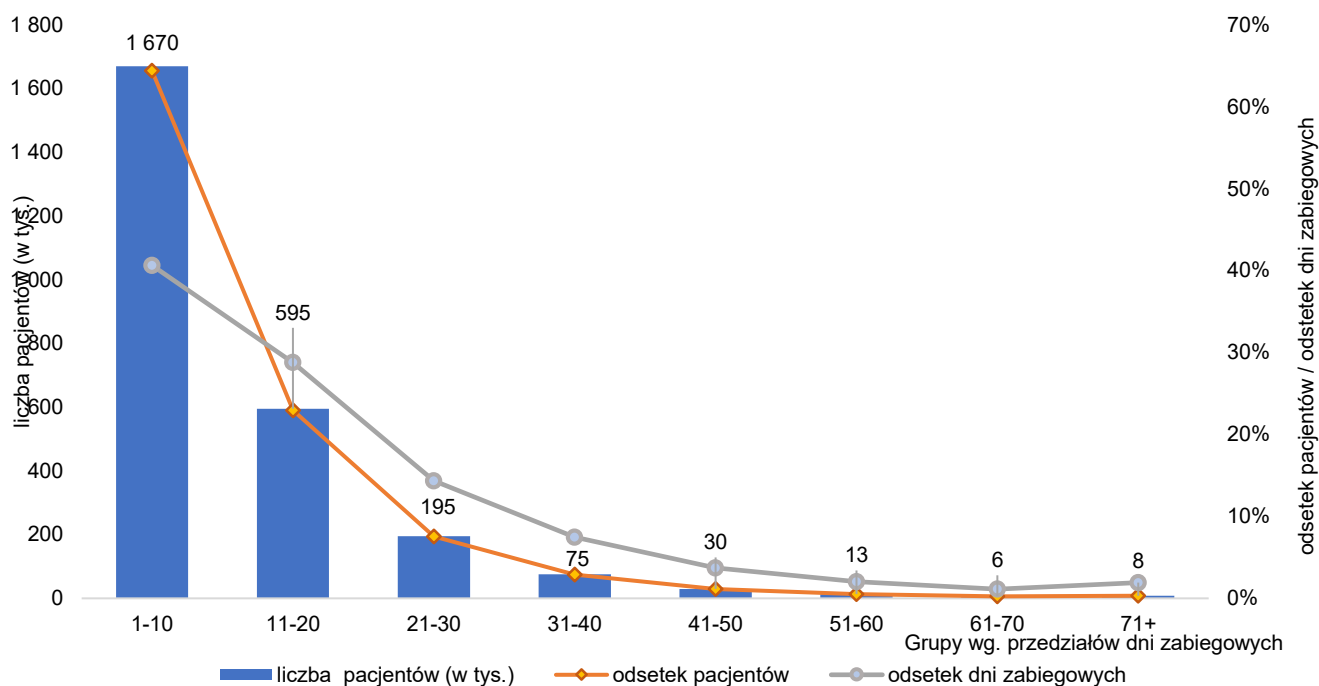
**Tabela 13. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych w 2017 r.**

Przedziały dni zabiegowych	Liczba pacjentów (w tys.)	Odsetek pacjentów (%)	Odsetek dni zabiegowych (%)	Wartości skumulowane		
				Liczba pacjentów (w tys.)	Odsetek pacjentów (%)	Odsetek dni zabiegowych (%)
1-10	1 670	64,4%	40,6%	2594	100,0%	100,0%
11-20	595	22,9%	28,8%	923	35,6%	59,4%
21-30	195	7,5%	14,3%	328	12,7%	30,6%
31-40	75	2,9%	7,5%	133	5,1%	16,2%
41-50	30	1,1%	3,7%	58	2,2%	8,8%
51-60	13	0,5%	2,0%	28	1,1%	5,1%
61-70	6	0,2%	1,1%	14	0,6%	3,0%
71+	8	0,3%	1,9%	8	0,3%	1,9%
<b>Razem</b>	<b>2 594</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	x	x	x

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ.

Zgodnie z powyższym zestawieniem, prawie 31% dni zabiegowych zostało udzielonych w 2017 roku pacjentom, którzy mieli powyżej 20 dni zabiegowych, a jednocześnie pacjenci ci stanowili 12,7% ogółu pacjentów. Dane z powyższej tabeli zostały także przedstawione w formie graficznej na poniższym wykresie.

**Wykres 5. Podstawowe dane o korzystaniu z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych w 2017 r**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ; liczby umieszczone nad wykresem są liczba pacjentów (w tys. osób) reprezentantów danej grupy wg. przedziałów dni zabiegowych

W dalszej kolejności przeprowadzono analizę korzystania ze świadczeń w grupach wiekowych analogicznych do tych, jakie są stosowane przez NFZ w ramach POZ. Intencją poniższych analiz było zaprezentowanie jaka jest charakterystyka wiekowa pacjentów, którzy należą do różnych grup korzystania ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej.

W tym celu w pierwszej kolejności przeanalizowano strukturę korzystania ze świadczeń w układzie grup wiekowych, by zdobyć informacje jaka była struktura długości korzystania ze świadczeń w tych grupach.

**Tabela 14. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i grup wiekowych**

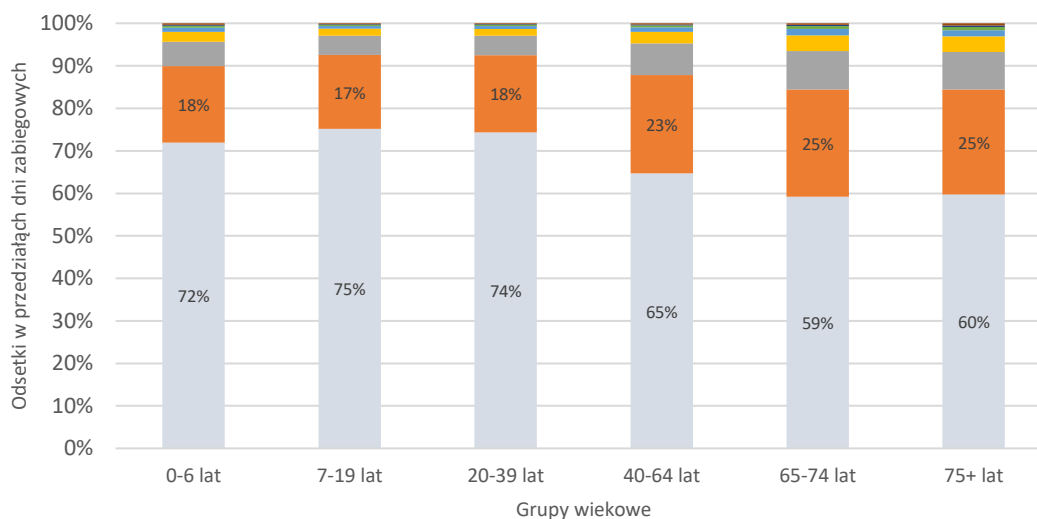
Grupy wiekowe	Przedziały dni zabiegowych							
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71+
0-6	72%	18%	6%	2%	1%	0%	0%	0%
7-19	75%	17%	4%	2%	1%	0%	0%	0%
20-39	74%	18%	5%	2%	1%	0%	0%	0%
40-64	65%	23%	7%	3%	1%	0%	0%	0%
65-74	59%	25%	9%	4%	1%	1%	0%	0%
75+	60%	25%	9%	4%	1%	1%	0%	1%
We wszystkich grupach	64%	23%	8%	3%	1%	1%	0%	0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ oraz GUS; legenda do kolorów: kolor zielony dotyczy wartości najniższych w danej kategorii, natomiast czerwony wartości najwyższych.



Wyniki wskazują, iż w każdej grupie wiekowej są pacjenci korzystający ze świadczeń w różnych przedziałach dni zabiegowych, ale w młodszych grupach wiekowych większy odsetek pacjentów korzysta z mniejszej liczby dni zabiegowych, niż ma to miejsce w grupach starszych. Zjawisko to obrazuje również poniższy wykres.

**Wykres 6. Struktura korzystaniu z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i wieku w 2017 r.**



Legenda do zastosowanych kolorów dotyczących grup dni zabiegowych:

0-10 dni 11-20 dni 21-30 dni 31-40 dni 41-50 dni 51-60 dni 61-70 dni 71+ dni

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM-NFZ. Legenda do kolorów: kolory oznaczają przedziały dni zabiegowych.

W innym ujęciu analizy tj. pod względem liczby pacjentów, przedstawiciele poszczególnych grup wiekowych w przedziałach dni zabiegowych widać, że w każdej z tych grup najważniejszą część stanowią pacjenci powyżej 65 lat. Udział najstarszych grup wiekowych rośnie wraz ze wzrostem liczby dni zabiegowych.

**Tabela 15. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i grup wiekowych**

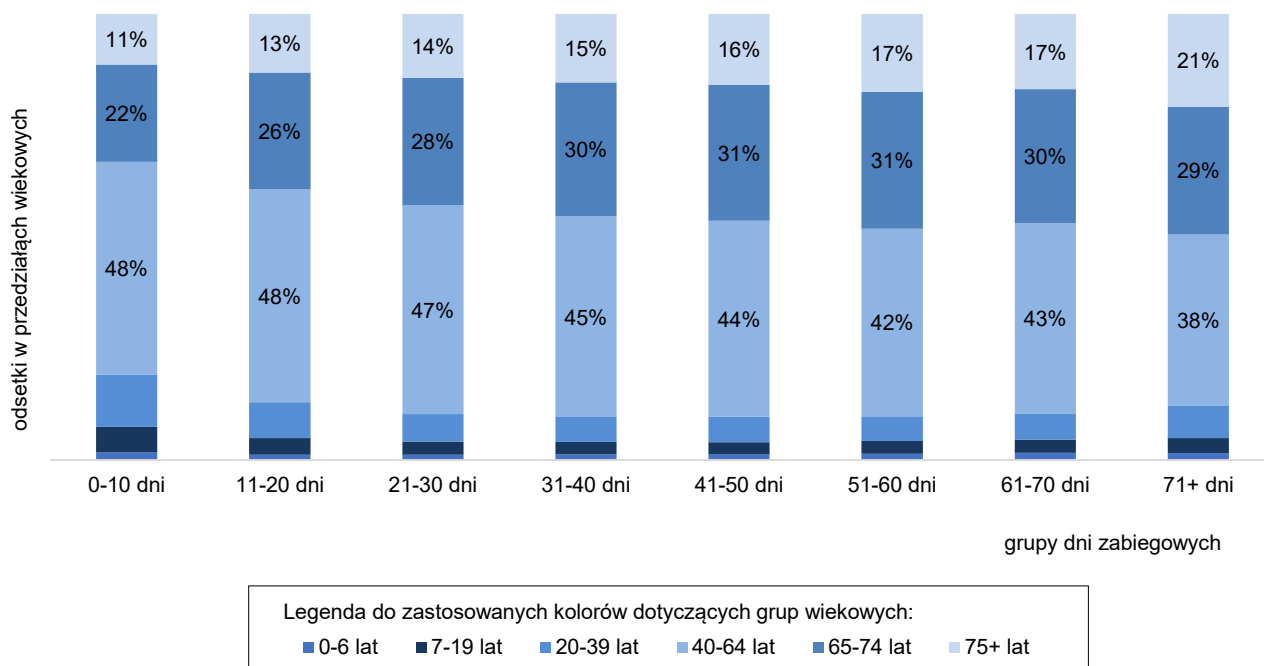
Grupy wiekowe	Przedziały dni zabiegowych							
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71+
0-6	2%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%
7-19	6%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
20-39	12%	8%	6%	6%	6%	6%	6%	7%
40-64	48%	48%	47%	45%	44%	42%	43%	38%
65-74	22%	26%	28%	30%	31%	31%	30%	29%
75+	11%	13%	14%	15%	16%	17%	17%	21%
Suma	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ. Legenda do kolorów: kolor zielony dotyczy wartości najniższych w danej kategorii, natomiast czerwony wartości najwyższych

Dane z powyższej tabeli posłużyły także do przygotowania poniższego wykresu.



**Wykres 7. Podstawowe dane o korzystaniu z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i wiekowych w 2017 r.**



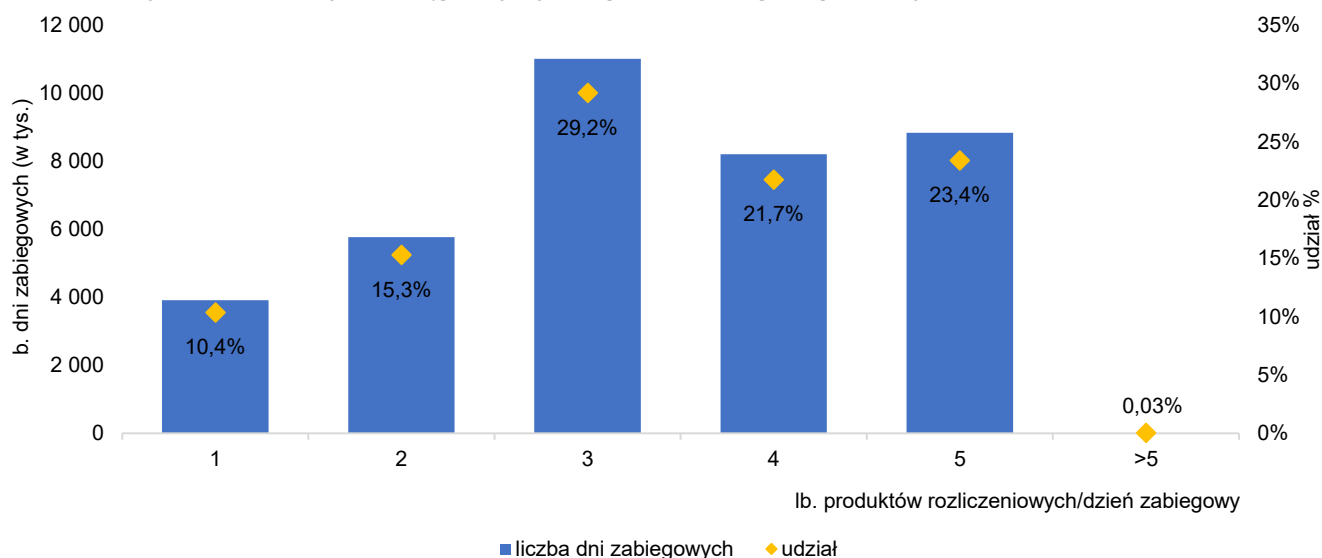
Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ.

**Wyniki analizy wskazują, iż ok. 83% pacjentów miało udzielonych do 20 dni zabiegowych.** Wydaje się zatem, iż zawężenie zakresu gwarancji świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez wprowadzenie limitu 20 zabiegów w cyklu rocznym może być narzędziem optymalizującym liczbę udzielanych świadczeń.

### Realizacja produktów rozliczeniowych w ramach dni zabiegowych

Innym wymiarem analizy związanej z realizacją świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej jest liczba produktów rozliczeniowych realizowanych w ramach dni zabiegowych w 2017 r. Należy pamiętać, iż w ciągu pojedynczego dnia zabiegowego może zostać wykonana i sprawozdana różna liczba produktów rozliczeniowych (maksymalnie może zostać rozliczonych do 5 produktów). Liczba zrealizowanych produktów w ciągu pojedynczego dnia wahała się w przedziale ze średnią wynoszącą 3,3 produktu, przy czym liczba dni zabiegowych, dla których zostało sprawozdanych więcej niż 5 produktów rozliczeniowych wyniosła 10 829, czyli niecałe 0,03% ogólnej liczby dni zabiegowych. Dla większości dni zabiegowych (76,6%) było sprawozdanych mniej niż 5 produktów rozliczeniowych. Maksymalna liczba produktów rozliczeniowych (5 produktów) została sprawozdana dla 23,4% ogólnej liczby dni zabiegowych.

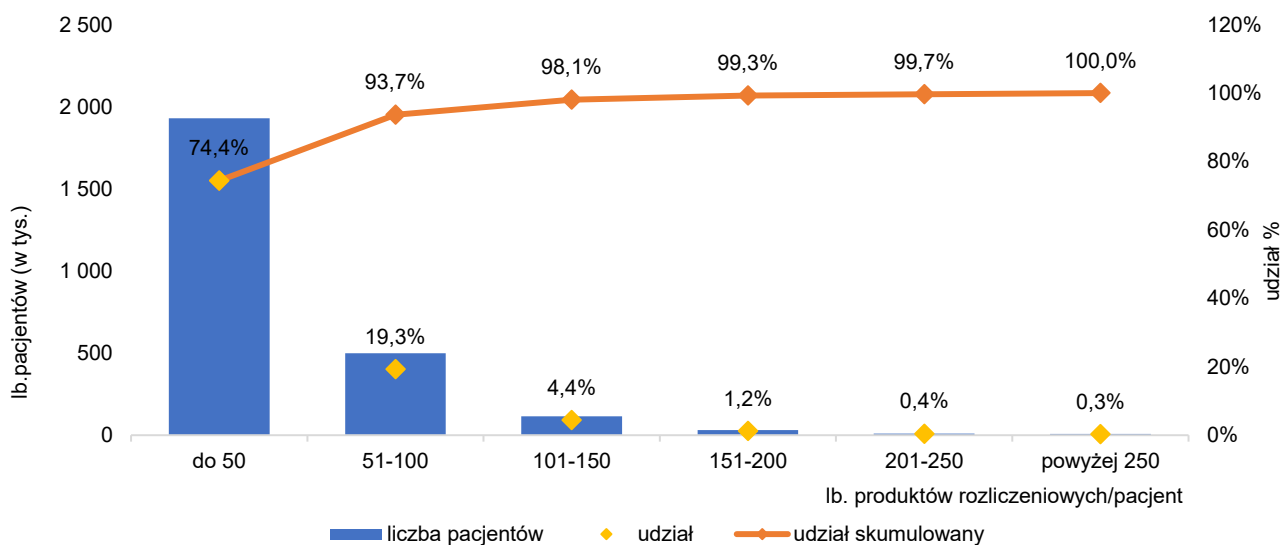
**Wykres 8. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej ze względu na liczby produktów rozliczeniowych zrealizowanych w ciągu pojedynczego dnia zabiegowego u pacjentów w 2017 r.**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ.

Informacje o dużej zmienności liczby produktów udzielanych w dniu zabiegowym, uzyskane z przedstawionych powyższej analiz stały się asumptem do przeanalizowania liczby produktów zrealizowanych „na pacjenta” w 2017 roku. Dane o liczbie produktów na poziomie pojedynczego pacjenta zostały zagregowane do grup odpowiadających wielokrotności liczby skierowań na fizjoterapię ambulatoryjną, przy założeniu, że jedno skierowanie obejmuje 50 produktów rozliczeniowych. Wynika to z faktu, iż pojedyncze skierowanie, według opinii ekspertów najczęściej obejmuje cykl 10 dniowy, a w każdym dniu zabiegowym jest wskazane maksymalnie 5 produktów rozliczeniowych. Łącznie daje to 50 produktów rozliczeniowych (w ujęciu krotności), co zostało przyjęte do analizy, jako podstawowa jednostka do tworzenia przedziałów. Kolejny przedział to od 51 do 100 produktów. Analogicznie utworzono następane przedziały. Główny wniosek analizy wskazuje, iż blisko 75% pacjentów, czyli ponad 1,9 mln osób uzyskało w 2017 roku do 50 produktów rozliczeniowych (w ujęciu krotności). Kolejne 20% pacjentów, czyli prawie 0,5 mln osób uzyskało od 51 do 100 produktów rozliczeniowych. Łącznie te dwie grupy stanowiły 93,7% ogólnej liczby pacjentów z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna. Pozostała liczba pacjentów stanowiła 6,3%, czyli ponad 164 tys. osób. Można zatem przypuszczać, iż te osoby skorzystały z większej niż 2 liczby skierowań.

**Wykres 9. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej ze względu na lb. produktów rozliczeniowych zrealizowanych u pacjentów w 2017 r.**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych przekazanych przez NFZ (RUM\_NFZ)

## Założenia i ograniczenia analiz

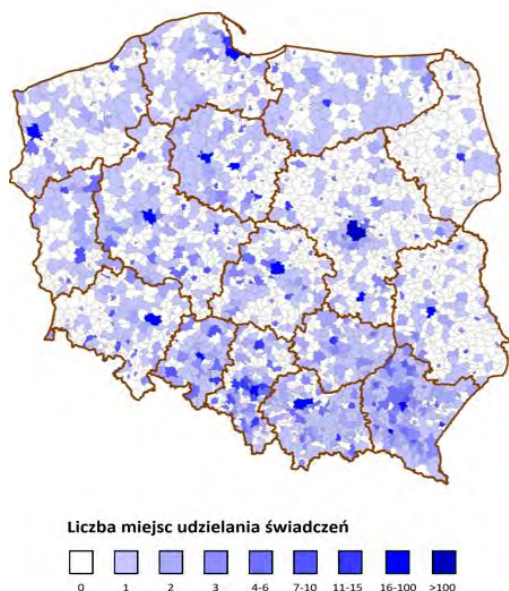
Analiza obejmowała dane dotyczące świadczeń udzielonych w roku 2017. Odstąpiono od analizy danych pochodzących z roku 2018 z uwagi na fakt, iż analiza odnosi się do zapotrzebowania na świadczenia, które wyrażane ich realną konsumpcją. Wartości świadczeń rozliczonych i udzielonych w 2017 r. istotnie się różniły, wynosząc odpowiednio: 838,1 mln zł i 905,2 mln zł, czyli ok. 8% różnicy. Natomiast w zakresie liczby pacjentów różnice te były niewielkie 2 585,7 vs. 2 597,1 tys., czyli 11,5 tys. tj. ok. 0,44%.

Kolejnym ograniczeniem, jest fakt, iż przedmiotowa analiza dotyczy danych, które są dostępne w bazach będących w posiadaniu Agencji.

## Dostępność terytorialna do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej

Dostępność terytorialna jest istotnym kryterium populacyjno-geograficznym w konstrukcji świadczeń dedykowanych poszczególnym zakresom opieki rehabilitacyjnej. Szczególnie istotna jest w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej, z uwagi na duże zróżnicowanie terytorialne w kontraktowaniu rzeczonych zakresów.

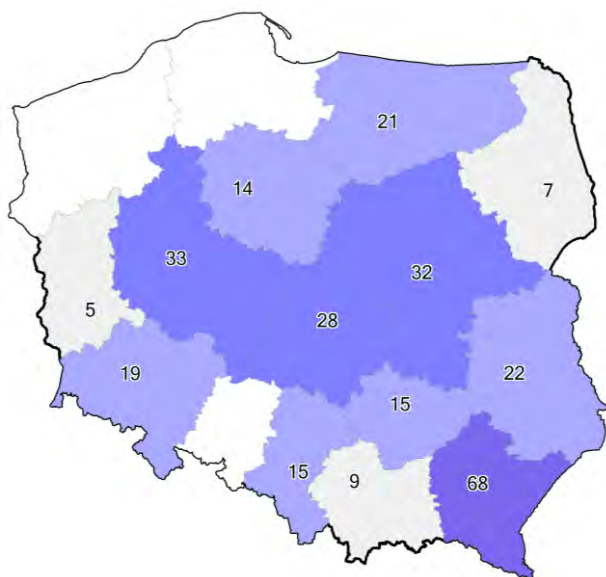
**Rysunek 1. Fizjoterapia ambulatoryjna (dorośli i dzieci) i fizjoterapii domowa – liczba miejsc udzielania świadczeń/gmina w 2017 roku**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ oraz GUS

Rozkład miejsc udzielania świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej (dorośli i dzieci) i fizjoterapii domowej wskazuje, iż zabezpieczenie świadczeń pod kątem lokalizacji (ze względu na obszar gminy) jest największe w województwie podkarpackim, z kolei najmniejsze w województwach: podlaskim, lubelskim i mazowieckim.

**Rysunek 2. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu fizjoterapia domowa w I połowie 2018 r.**



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ | GUS – liczba ludności w 2017 roku

Zgodnie w powyższym rysunkiem, prezentującym liczbę świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu fizjoterapii domowej w I połowie 2018 roku, 288 świadczeniodawców w Polsce zawarło umowy na realizację świadczeń z zakresu fizjoterapii domowa. Umowy te zostały zawarte w 13/16 OW NFZ. Wartość zawartych umów wyniosła łącznie 24 mln zł, z czego blisko połowę (45%) stanowiły umowy zawarte przez mazowiecki i podkarpacki OW NFZ (10,8 mln zł). Najwyższa wartość umowy w przeliczeniu na 10 tys. osób została zawarta przez podkarpacki OW NFZ.

**Tabela 16 Gminy w Polsce nieposiadające MUS w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (dorośli i dzieci) lub fizjoterapii domowej w 2017 r.**

Nazwa województwa	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	Suma końcowa
liczba gmin	169	144	213	82	177	182	314	71	160	118	123	167	102	116	226	114	<b>2480</b>
liczba gmin bez fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej	89	61	141	33	86	41	190	14	11	91	59	72	33	43	115	63	<b>1142</b>
% udział gmin bez fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej w ogólnej liczbie gmin	53%	42%	66%	40%	49%	23%	61%	20%	7%	<b>77%</b>	48%	43%	32%	37%	51%	55%	<b>46%</b>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ oraz GUS

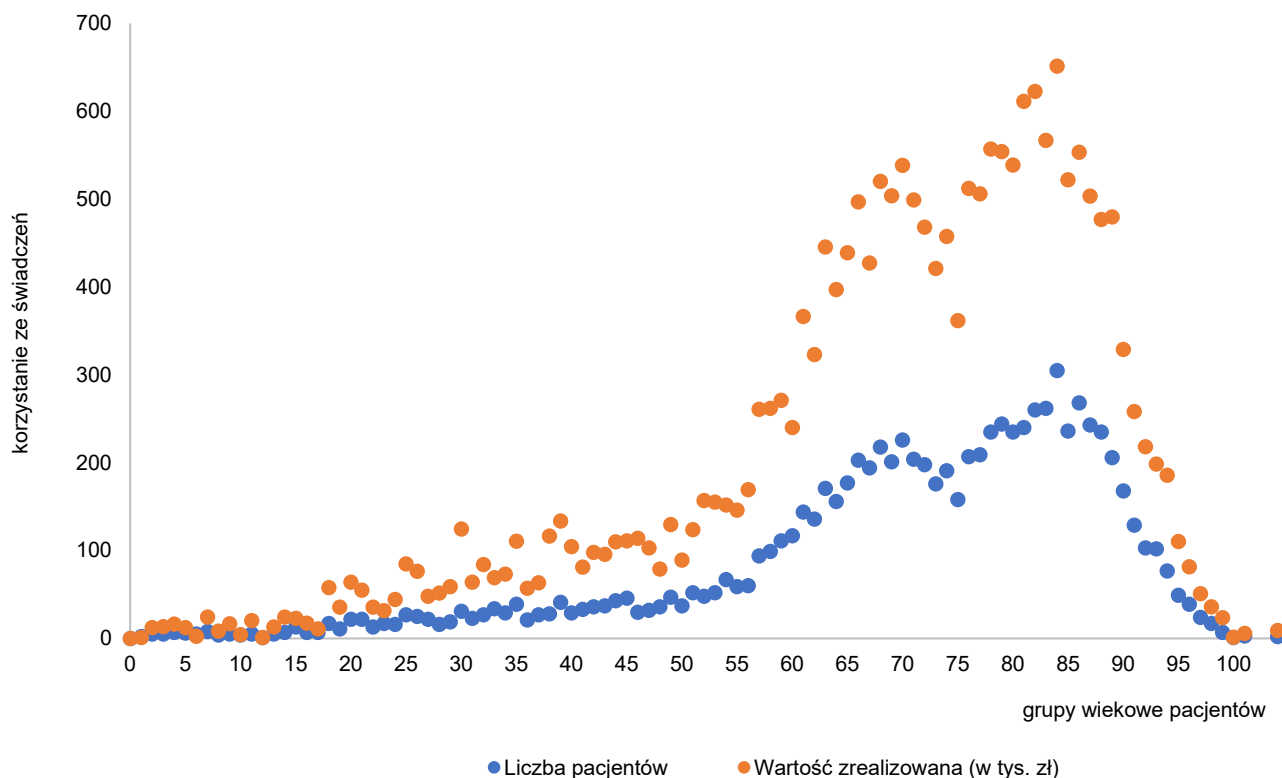
Jak wynika z powyższej tabeli zabezpieczenie dostępności terytorialnej do świadczeń w rehabilitacji leczniczej jest obecnie na poziomie 54% gmin w Polsce. Najlepsza infrastruktura miejsc udzielania świadczeń (fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej) jest w województwie podkarpackim, najslabiej wypada województwo podlaskie, w którym aż 77% wszystkich gmin pozbawione jest dostępu do fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej.

## Podstawowe dane dotyczące fizjoterapii domowej

W odróżnieniu od fizjoterapii ambulatoryjnej fizjoterapia udzielana w warunkach domowych jest słabo rozpowszechnionym rodzajem rehabilitacji. W 2017 r. wartość udzielonych w jej ramach świadczeń wyniosła zaledwie 20,65 mln zł, a jej odbiorcami było 8648 pacjentów. Fizjoterapia domowa stanowi więc w porównaniu z fizjoterapią ambulatoryjną bardzo mały obszar rehabilitacji. Dodatkowo fizjoterapia w warunkach domowych w 2017 r. nie była dostępna, aż w 4 województwach.

W 2017 r. ze świadczeń fizjoterapii domowej częściej korzystali świadczeniobiorcy płci żeńskiej niż męskiej 59% (5066 vs. 3582). Najmłodszym świadczeniobiorcą fizjoterapii domowej był pacjent, który nie ukończył jeszcze 1 roku życia, a najstarszym pacjent w wieku 104 lat. Istotny wzrost częstości korzystania z fizjoterapii domowej występował dla grup wiekowych powyżej 50 lat z dwoma maksimami dla 69 i 83 lat odpowiednio 226 i 305 pacjentów podobne maksima występują dla wartości udzielonych świadczeń i wynoszą odpowiednio 538,7 tys. zł oraz 651,5 tys. zł. Liczba dni zabiegowych wynosiła 213,7 tys. co daje średnią 24,7 dni zabiegowych na świadczeniobiorcę i średnią cenę 96,6 zł za 1 dzień zabiegowy. Koszt fizjoterapii domowej przeciętnego pacjenta wynosił prawie 2,4 tys. zł.

Wykres 10. Struktura korzystania z fizjoterapii domowej w grupach wiekowych pacjentów w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).

Najważniejszą pod względem wartościowym grupą produktów udzielanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej są świadczenia należące do kinezyterapii, które stanowią aż 74,73% wszystkich świadczeń, kolejną grupę stanowi masaż 22,19%, następnie fizykoterapia 2,32% oraz pozostałe świadczenia 0,76%. Ze względu na to, że świadczenia wykonywane są w domu chorego mają one charakter świadczeń indywidualnych.

**Tabela 17. Zestawienie produktów udzielanych w ramach fizjoterapii domowej**

Produkty / grupy produktów	Wartość w tys. zł	Liczba produktów w tys.	% wartościowo
<b>Kinezyterapia</b>	<b>15 433,0</b>	<b>646,2</b>	<b>74,73%</b>
Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w warunkach domowych	9 182,8	192,8	44,47%
Nauka czynności lokomocji w warunkach domowych	1 847,7	121,3	8,95%
Pionizacja w warunkach domowych	1 563,1	103,0	7,57%
Ćwiczenia wspomagane w warunkach domowych	1 294,8	84,5	6,27%
Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem w warunkach domowych	686,0	59,7	3,32%
Inne formy usprawniania w warunkach domowych (kinezyterapia)	512,9	54,8	2,48%
Ćwiczenia izometryczne w warunkach domowych	231,2	20,4	1,12%
Ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem w warunkach domowych	107,7	9,3	0,52%
Wyciągi w warunkach domowych	6,8	0,5	0,03%
<b>Masaż</b>	<b>4 581,5</b>	<b>237,8</b>	<b>22,19%</b>
Masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na 1 pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu w warunkach domowych	4 117,2	217,3	19,94%
Masaż limfatyczny ręczny - leczniczy w warunkach domowych	463,9	20,5	2,25%
Masaż limfatyczny mechaniczny - leczniczy w warunkach domowych	0,4	0,0	0,00%
<b>Fizykoterapia</b>	<b>478,4</b>	<b>45,3</b>	<b>2,32%</b>
Laseroterapia punktowa w warunkach domowych	370,7	33,1	1,80%
Prądy TENS w warunkach domowych	25,6	3,4	0,12%
Elektrostymulacja w warunkach domowych	25,0	1,9	0,12%
Ultradźwięki miejscowe w warunkach domowych	20,9	1,9	0,10%
Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym lub ultrafioletowym - miejscowe w warunkach domowych	9,2	1,6	0,04%
Jonoforeza w warunkach domowych	6,2	0,7	0,03%
Prądy interferencyjne w warunkach domowych	3,9	0,5	0,02%
Tonoliza w warunkach domowych	3,8	0,3	0,02%
Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości w warunkach domowych	3,5	0,6	0,02%
Ultrafondeza w warunkach domowych	3,4	0,3	0,02%
Laseroterapia - skaner w warunkach domowych	2,0	0,3	0,01%
Galwanizacja w warunkach domowych	1,8	0,2	0,01%
Okłady z borowiny - miejscowe w warunkach domowych	1,1	0,1	0,01%
Prądy diadynamiczne w warunkach domowych	0,7	0,1	0,00%
Prądy Kotza w warunkach domowych	0,6	0,1	0,00%
<b>Pozostałe świadczenia</b>	<b>157,6</b>	<b>5,6</b>	<b>0,76%</b>
Porada lekarska rehabilitacyjna w warunkach domowych	121,0	3,5	0,59%
Wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych	34,9	2,0	0,17%
Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w warunkach domowych	1,7	0,0	0,01%
<b>Razem</b>	<b>20 650,6</b>	<b>934,9</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).

Warto zauważyć, że 5 najważniejszych produktów stanowi prawie 87,2% świadczeń w ujęciu wartościowym. Są to: indywidualna praca z pacjentem - nie mniej niż 30 min. - 44,47% wartościowo, masaż suchy częściowy – 19,94% wartościowo, nauka czynności lokomocji w

warunkach domowych - 8,95%, pionizacja w warunkach domowych - 7,57% oraz ćwiczenia wspomagane w warunkach domowych - 6,27%.

### Ograniczenia analiz

Analiza dotyczy danych, które są dostępne w bazach będących w posiadaniu Agencji. W związku z powyższym nie przeprowadzono:

- analizy ścieżek pacjentów w zakresie świadczeń poprzedzających i następujących po świadczeniach, które są przedmiotem analizy,
- analiz pod względem wystawcy skierowania na świadczenia, które są przedmiotem analizy,
- oceny obecnej wielkości konsumpcji świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej na rynku prywatnym i nie oszacowano liczby pacjentów, którzy mogliby przejść do POF,
- analizy kolejek do świadczeń, które są przedmiotem analizy oraz nie uwzględniono w modelu potencjalnego przepływu pacjentów z kolejek do POF,
- analizy informacji o obecnych zasobach kadrowych realizujących świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej na podstawie dokumentów będących w posiadaniu NFZ - harmonogramu zasoby.
- Z powodu braku danych nie wyodrębniono z profilu FAO pacjentów, którzy będą rehabilitowani poza POF.

### Podsumowanie problemu zdrowotnego:

- W 2017 roku ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej skorzystało łącznie ok. **2,6 mln pacjentów**. Stanowią oni niespełna 60% ogółu pacjentów, którym udzielono w roku 2017 świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. Pacjenci, którzy korzystali najczęściej z opieki w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej to osoby w grupach wiekowych 60-64 oraz 65-69 stanowiące odpowiednio 14,5% i 14,3% ogółu pacjentów;
- Prognoza liczby pacjentów, którzy w przyszłości (do roku 2023) będą korzystali ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej wskazuje ok. 2,73 mln osób, co w stosunku do liczby pacjentów z roku 2017 stanowi wzrost o 0,13 mln, czyli ok. 5,1%;
- Obecnie w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej wykonywana jest duża liczba zabiegów fizykoterapeutycznych, aż 70% wszystkich zabiegów o niekiedy niepotwierdzonej skuteczności i efektywności leczenia. Z kolei kinezyterapia stanowi jedynie 20% wszystkich zabiegów.
- **Liczba dni zabiegowych w 2017 r. wahała się w przedziale od 1 aż do 249 dni** ze średnią wynoszącą prawie 14,8 dnia. Aż 95% pacjentów mieści się w przedziale od 1 do 30 dni zabiegowych w roku. **Wyniki analiz wskazują, iż ok. 83% pacjentów miało udzielonych do 20 dni zabiegowych.** Wydaje się, iż zawężenie zakresu gwarancji świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez wprowadzenie limitu 20 zabiegów w cyklu rocznym może być narzędziem optymalizującym liczbę udzielanych świadczeń.
- Zdiagnozowano duże zróżnicowanie w dostępie terytorialnym do świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, aż 46% gmin nie posiada w swoim obszarze terytorialnym fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej (w przeliczeniu na ogólną liczbę gmin w Polsce).



### 3.2. Charakterystyka populacji docelowej w ramach Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej

**POF stanowi zabezpieczenie podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych populacji wszystkich pacjentów uprawnionych do korzystania ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.**

Wyodrębnienie populacji docelowej POF zostało przeprowadzone w kilku etapach w ramach projektowanej „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowanie rehabilitacji leczniczej w Polsce”. Należy zaznaczyć, iż punktem wyjścia w opracowywaniu koncepcji było **określenie misji poszczególnych poziomów opieki rehabilitacyjnej** (poziomu opieki w warunkach stacjonarnych, w warunkach ośrodka/oddziału dziennego, lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz fizjoterapii ambulatoryjnej). Podjęto zatem próbę określenia czemu każdy z tych poziomów powinien służyć i czym powinny się one od siebie różnić. Pochodną tego etapu stała się kategoryzacja potrzeb rehabilitacyjnych, która z kolei pozwoliła na parametryzację świadczeń dedykowanych określonym poziomom opieki.

Równolegle biorąc pod uwagę zidentyfikowane, obecne kwestie problemowe dotyczące ograniczenia dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach poszczególnych poziomów opieki, podstawowym założeniem projektowanych zmian było zdefiniowanie ścisłych warunków kwalifikacji do udzielenia świadczeń w ramach poziomów opieki stacjonarnej oraz ośrodka/oddziału dziennego (zdefiniowanie kryteriów kwalifikacji zostało oparte, m.in. o skale medyczne służące do oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta). Potrzeba stworzenia organizacji POF jest zatem konsekwencją restrykcyjnego „uszczelnienia” dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych na wskazanych wyższych poziomach zabezpieczenia, gdzie będą leczeni przede wszystkim pacjenci „ostrzy”.

W takim ujęciu celem POF jest zabezpieczenie następujących potrzeb rehabilitacyjnych:

- **Nieznacznych/umiarkowanych o niskim** potencjale rehabilitacyjnym,
- **Umiarkowanych/znacznych o dużym** potencjale rehabilitacyjnym,
- **Znacznych/skrajnych o niskim** potencjale rehabilitacyjnym.

W związku z powyższym POD dedykowany jest pacjentom z chorobami przewlekłymi, osobom z niepełnosprawnościami, a także pacjentom o doraźnych/nieznacznych potrzebach rehabilitacyjnych, którzy wymagają pilnej konsultacji, instruktażu lub terapii realizowanej przez fizjoterapeutę.

W modelu POF fizjoterapeuta staje się przez analogię z POZ – fizjoterapeutą „pierwszego kontaktu”.

Zgodnie z przyjętą klasyfikacją potrzeb rehabilitacyjnych populację docelową POF można scharakteryzować, na użytek konstrukcji świadczeń jako pacjentów o:

- przewlekłym charakterze dolegliwości (o niskim lub umiarkowanym potencjale rehabilitacyjnym, tj. rokowaniu poprawy stanu funkcjonalnego),
- w stanie „ostrym” (doraźnym), np. bóle powstałe w wyniku przeciążeń,
- w stanie „ostrym” (po hospitalizacji)

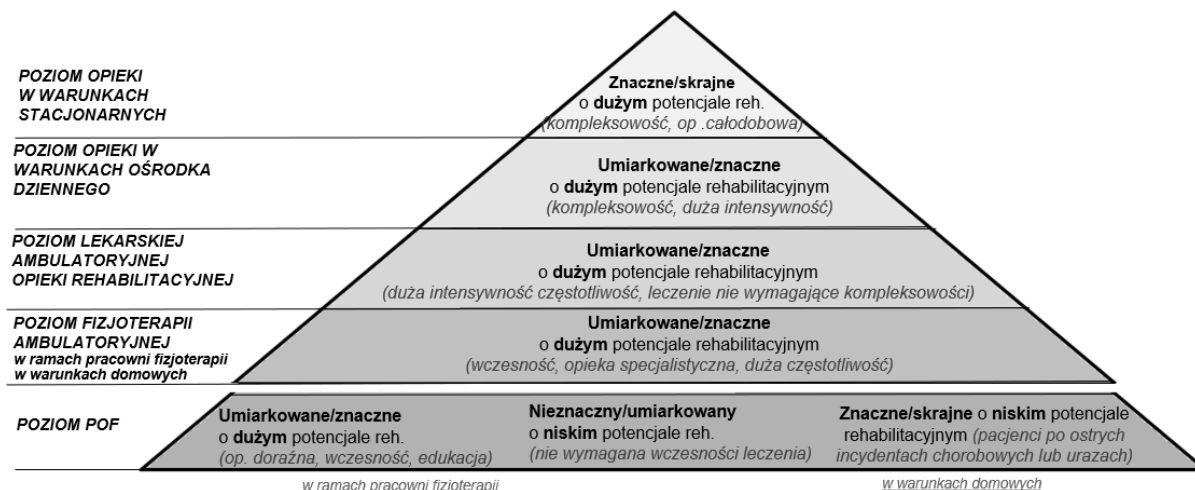
„Przewlekły” i „przewlekły-zaostarzający” się charakter dysfunkcji we wskazanej populacji pacjentów oraz niski lub umiarkowany potencjał rehabilitacyjny pacjentów z dysfunkcjami, determinują parametry optymalnego zabezpieczenia potrzeb rehabilitacyjnych. **Wyróżnić należy trzy podstawowe zadania POF:**

- 1) zabezpieczenie potrzeb rehabilitacyjnych oraz wdrażanie działań w zakresie fizjoprofilaktyki, łączącej elementy nadzorowanego treningu medycznego oraz edukacji zachowań prozdrowotnych,
- 2) zabezpieczenia potrzeb rehabilitacyjnych wymagających indywidualnego procesu fizjoterapii, służącego, m.in. wypracowaniu właściwych wzorców ruchowych, które utrwalane podczas wizyty u fizjoterapeuty powinny być samodzielnie powtarzane przez pacjenta w domu lub utrwalane przez fizjoterapeutę w domu pacjenta;



- 3) zabezpieczenie „doraźnych” potrzeb rehabilitacyjnych w sytuacji zaostrzeń stanu zdrowia poprzez realizację procesu fizjoterapii (proces powinien stanowić jedynie uzupełnienie dwóch pierwszych wskazanych kierunków terapii).

Rysunek 3. Kategorie potrzeb rehabilitacyjnych w ramach poszczególnych poziomów opieki



Źródło: opracowanie AOTMiT

Biorąc pod uwagę rozpoznanie główne można założyć (przewidzieć), czy dany pacjent będzie w przyszłości leczony w POF, czy też w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej „ostrej” (dalej FAO). Dla tworzenia koncepcji POF ważna jest także wartość świadczeń udzielonych pacjentom w zależności od rozpoznania głównego oraz struktury tych świadczeń. **Dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ (za rok 2017) wskazują, że ok. 121 mln zł z 905 mln zł przeznaczonych w 2017 roku na fizjoterapię ambulatoryjną zostało przeznaczone na leczenie stanów ostrych pourazowych, a ok. 784 mln zł było przeznaczone na pozostałych chorych, którzy stanowiliby potencjalnych pacjentów POF.** Pacjentom udzielono łącznie ponad 124,7 mln procedur, a jako rozpoznanie główne sprawozdano jedno spośród 182 grup rozpoznań<sup>5</sup>. Wiele informacji wnosi średnia wartość procedury, która była udzielana pacjentom z poszczególnymi rozpoznaniem głównymi. Zgodnie z wynikami analizy jest ona znacząco różna w zależności od rozpoznania i przyjmuje najniższą wartość 5 zł za procedurę w przypadku rozpoznania *inne choroby górnych dróg oddechowych* oraz 5,1 zł *ostra choroba reumatyczna*, natomiast ma najwyższą wartość 24 zł dla rozpoznania *zaburzenia psychiczne organiczne* oraz 22,6 zł w przypadku rozpoznania *inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego*<sup>6</sup>.

### **Pacjenci z rozpoznaniem przewlekłymi, którzy mogliby być leczeni w POF w świetle wyników analizy danych NFZ**

W 2017 roku pacjenci, którzy byli poddani fizjoterapii ambulatoryjnej związanej z chorobami przewlekłymi mieli sprawozdanych jako główne rozpoznania 180 grup rozpoznań przygotowanych przez AOTMiT. Z tej liczby grup rozpoznań 24 najbardziej kosztownych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej generowało nieco ponad 95% wydatków w tej grupie pacjentów. Informacje na temat liczby i kosztów świadczeń zrealizowanych w związku z chorobami przewlekłymi zostały przedstawione w poniższej tabeli.

<sup>5</sup> Wyjściowa liczba rozpoznań głównych wynosiła 4680, z których AOTMiT stworzyła 180 grup

<sup>6</sup> Najwyższą wartość odnotowano dla rozpoznania *inne choroby wirusowe* 27,5 zł, ale ze względu na niską łączną wartość rozliczonych świadczeń nieco ponad 1,4 tys. zł nie uznano go za reprezentatywny przykład.

**Tabela 18. Potencjalni pacjenci POF w podziale na rozpoznania**

Rozpoznania główne	Lb. procedur w mln	Wydatki w mln zł	Średnia cena procedury w zł	Udział rozpoznania w całości kosztów POF
choroby zwyrodnieniowe stawów	29,6	193,1	6,5	24,61%
choroby kręgosłupa - zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	24,1	158,5	6,6	20,21%
zaburzenia obejmujące nerwy korzeni nerwów i sploty nerwowe	13,5	86,0	6,4	10,96%
inne choroby grzbietu- inne choroby krążka międzykręgowego	7,8	52,1	6,7	6,65%
inne choroby grzbietu - bóle grzbietu	5,9	39,7	6,7	5,06%
inne choroby tkanek miękkich- choroby tkanek miękkich związanych z jej używaniem	4,3	27,0	6,3	3,44%
inne choroby grzbietu- krążków międzykręgowych szyjnych	3,9	25,9	6,6	3,30%
Inne porażenia	1,5	23,2	15,2	2,96%
choroby naczyń mózgowych	1,2	18,8	15,6	2,39%
zniekształcające choroby grzbietu- skolioza	1,7	17,0	10,3	2,17%
inne choroby stawów	2,1	15,5	7,2	1,97%
artropatie wielostawowe zapalne	2,2	15,0	6,8	1,91%
inne choroby stawów (wewnętrzne uszkodzenie stawu kolanowego)	1,5	11,2	7,5	1,43%
inne choroby tkanek miękkich	1,8	10,7	6,1	1,37%
choroby demielinizacyjne OUN	0,5	8,6	17,3	1,10%
zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowej	0,4	7,2	18,4	0,92%
mózgowe porażenie dziecięce	0,4	6,0	14,9	0,77%
inne choroby układu mięśniowo- szkieletowego i tkanki łącznej	0,6	5,7	9,2	0,72%
nowotwory złośliwe	0,5	5,4	10,2	0,69%
choroby kręgosłupa	0,7	5,0	6,7	0,64%
choroby maziówki i ścięgien	0,6	3,9	6,3	0,50%
objawy i cechy chorobowe ogólne	0,3	3,7	13,7	0,47%
inne zaburzenia układu nerwowego	0,2	3,6	15,1	0,47%
zniekształcające choroby grzbietu- kifoza lordoza	0,3	2,9	10,4	0,37%
Suma dla wybranych rozpoznań z POF	105,5	745,7	7,1	95,10%
Suma dla wszystkich rozpoznań POF	109,8	784,4	7,1	100,00%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.)

**Pacjenci z rozpoznaniem, którzy mogliby być leczeni w fizjoterapii ambulatoryjnej „ostrej” (FAO) w świetle wyników analizy danych NFZ**

Poniżej zostały przedstawione informacje dotyczące pacjentów z rozpoznaniem (grupami rozpoznań) przeznaczonymi dla fizjoterapii ambulatoryjnej „ostrej”. Podobnie, jak w przypadku pacjentów z rozpoznaniem, które byłyby leczone w POF, przyjęto i w tym wypadku zasadę ujęcia w tabeli takiej liczby rozpoznań, która dawałaby ok. 95% kosztów leczenia w obrębie FAO.

**Tabela 19. Potencjalni pacjenci fizjoterapii ambulatoryjnej „ostrej” (FAO) w podziale na rozpoznania**

Rozpoznania główne	Lb. procedur w mln	Wydatki w mln zł	Średnia cena procedury w zł	Udział rozpoznania w całości kosztów FAO
--------------------	--------------------	------------------	-----------------------------	--

następstwa urazu, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych	3,6	29,3	8,2	24,3%
inne choroby tkanek miękkich- uszkodzenia barku	3,1	23,4	7,5	19,4%
urazy kolana i podudzia	2,1	16,3	7,9	13,5%
uraz łokcia i przedramienia	1,5	13,2	8,6	10,9%
uraz barku i ramienia	1,5	12,5	8,6	10,4%
urazy stawu skokowego i stopy	1,2	7,9	6,7	6,5%
uraz nadgarstka i ręki	0,8	6,4	8,1	5,3%
uraz biodra i uda	0,4	5,7	14,9	4,7%
Suma ty ko dla wybranych rozpoznań FAO	14,1	114,7	8,1	94,9%
Suma dla wszystkich rozpoznań FAO	14,9	120,9	8,1	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.)

Większość pacjentów 2,13 mln uzyskuje świadczenie w związku z 1 rozpoznaniem głównym. Należy jednak pamiętać, że są także pacjenci, którzy w trakcie roku uzyskuje skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną w związku z różnymi chorobami, ponieważ osoby te chorują na więcej niż jedną chorobę wymagającą rehabilitacji. w 2017 roku ich liczba wyniosła prawie 467 tys. W grupie tej są zarówno pacjenci mający kilka rozpoznań zaliczających się do jednej grupy tj. grupy POF (362,5 tys. osób w 2017 r.), czy też do grupy FAO (14,5 tys. w 2017 r.), jak również pacjenci, u których skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną wynikało z rozpoznań należących do grupy POF i grupy FAO (prawie 90 tys. osób w 2017 r.). W obrębie grupy pacjentów kierowanych w tym samym roku w związku z rozpoznaniem z POF i FAO występuje szereg różnych wariantów polegających na występowaniu różnej konfiguracji liczby rozpoznań z grupy POF i FAO, które w sumie dają tę samą liczbę rozpoznań. Struktura korzystania ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w tym zakresie w 2017 r. jest dosyć złożona, co przedstawia poniższa tabelka.

**Tabela 20. Liczebność i struktura pacjentów z grupy POF i FAO**

Liczba rozpoznań na skierowaniach	Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym w poszczególnych grupach				Odsetek pacjentów z rozpoznaniem głównym w poszczególnych grupach (100% = wszyscy pacjenci)			
	POF	FAO	POF i FAO	Razem	POF	FAO	POF i FAO	Odsetek pacjentów
1	1 862 093	264 769		2 126 862	71,79%	10,21%		82,00%
2	310 766	13 872	64 089	388 727	11,98%	0,53%	2,47%	14,99%
3	44 518	609	19 622	64 749	1,72%	0,02%	0,76%	2,50%
4	6 188	33	4 753	10 974	0,24%	0,00%	0,18%	0,42%
5	905	1	1 049	1 955	0,03%	0,00%	0,04%	0,08%
6	110	1	232	343	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%
7	17	1	54	72	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
8	4		11	15	0,00%		0,00%	0,00%
9	1		2	3	0,00%		0,00%	0,00%
11			1	1			0,00%	0,00%
Suma końcowa	2 224 602	279 286	89 813	2 593 701	85,77%	10,77%	3,46%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).  
Legenda do kolorów: kolor zielony dotyczy wartości najniższych w danej kategorii, natomiast czerwony wartości najwyższych.

Innym możliwym podejściem do analiz udzielonych świadczeń mogłoby być odniesienie się nie do pacjentów jako do oddzielnych osób z unikalnym nr PESEL, lecz do „pacjento-rozpoznania”, których w 2017 r. było 3,16 mln. W tym podejściu najmniejszym elementem analizy byłby jedno leczenie 1

pacjenta w związku z określonym rozpoznaniem głównym bez uwzględnienia liczby skierowań, na podstawie których miało miejsce to leczenie.

Zagadnienie dostępu do fizjoterapii ambulatoryjnej pacjentów, u których w danym roku kalendarzowym występuje kilka schorzeń niezależnie wymagających rehabilitacji, będzie jeszcze przedmiotem rozważań w kolejnej części niniejszego raportu, która dotyczy scenariuszy wprowadzenia POF i analizy ich wpływu na budżet.

### **Analiza świadczeń udzielanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej w podziale na profile POF i FAO**

Poniżej zaprezentowano wyniki analizy liczby i rodzaju produktów „udzielanych” pacjentom w podziale na rozpoznania zakwalifikowane do POF oraz rozpoznania zakwalifikowane do FAO.

Jak zostało to już wcześniej podane w 2017 roku z 2,59 mln pacjentów ok. 2,22 mln miało tylko świadczenia POF, prawie 90 tys. zarówno POF jak i FAO, a 279 tys. a tylko FAO. Wyniki analizy wykazały, że pomiędzy pacjentami zakwalifikowanymi do grupy POF oraz do grupy FAO występowały istotne różnice. W analizie przyjęto zatem, założenie, że obiektywną miarą do porównania tych dwóch grup będzie struktura procentowa czasu świadczeń oraz ich kosztów realizowanych przeciętnie u przedstawicieli poszczególnych grup pacjentów.

**Tabela 21. Struktura czasu i kosztów świadczeń w podstawowych kategoriach w podziale na POF i FAO**

Kategorie świadczeń	Struktura czasu świadczeń			Struktura kosztów świadczeń		
	POF	FAO	Średnia	POF	FAO	Średnia
fizykoterapia	59,1%	54,1%	58,5%	50,5%	43,3%	49,5%
kinezyterapia	29,5%	42,7%	31,1%	36,5%	53,2%	38,7%
masaż	11,4%	3,2%	10,4%	13,0%	3,5%	11,7%
Razem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).*

Jak widać w strukturze czasu świadczeń w przypadku POF fizykoterapia stanowi istotnie bardziej znaczący element fizjoterapii, bo aż 59,1%, w porównaniu z pacjentami FAO 54,1% (różnica 5 p.p.), to samo dotyczy masażu odpowiednio 11,4% w przypadku POF i tylko 3,2% FAO. Natomiast w FAO kinezyterapia jest o 13 p.p. częściej stosowana niż w przypadku POF niż w FAO.

W przypadku struktury kosztów świadczeń relacje ze struktury czasu świadczeń są zachowane, jednakże ze względu na wyższy koszt 1 jednostki czasu terapii z grupy kinezyterapii w stosunku do fizykoterapii wartości są wyższe dla kinezyterapii, a niższe dla fizykoterapii (wynika to przede wszystkim z wyższego odsetka zabiegów indywidualnych w przypadku kinezyterapii w porównaniu z fizykoterapią).

Jako uzupełnienie informacji o leczeniu pacjentów o profilu POF i o profilu FAO warto dodać, że średni koszt fizjoterapii ambulatoryjnej jednego pacjenta w POF w związku z rozpoznaniem należącym do jednej ze 182 grup rozpoznań ustalonych przez AOTMiT wynosił w 2017 roku 283,7 zł koszt 1 dnia zabiegowego wyniósł 23,8 zł, a liczba dni na terapii równała się 11,9 dnia (licząc każde pacjento-rozpoznanie oddzielnie). W przypadku pacjentów FAO, a koszt terapii wyniósł 309,1 zł, koszt dnia zabiegowego 25,5 zł a liczba dni 12,1 (licząc każde pacjento-rozpoznanie oddzielnie).

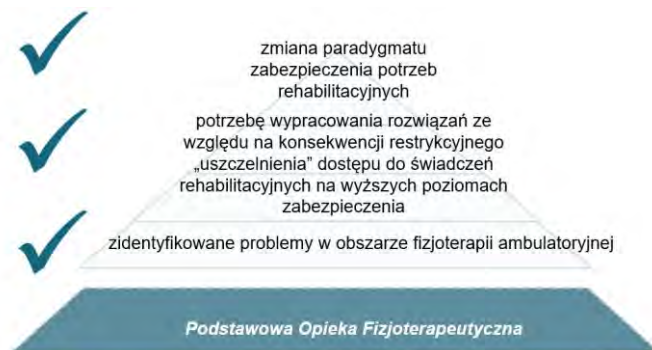
### **3.3. Modele Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej**

Oczekiwane cechy świadczeń realizowanych w ramach POF są zbliżone, ze względu na sposób organizacji ich udzielania do świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Stąd też wywodzi się nazwa omawianego zakresu opieki - podstawowa opieka fizjoterapeutyczna, bazująca na mechanizmie zapewniania powszechnej dostępności świadczeń POZ.

Reasumując dotychczasowe ustalenia wśród kluczowych założeń organizacji POF wyróżnia się:

- potrzebę zmiany dominującego aktualnie paradygmatu zabezpieczenia rehabilitacyjnego, z finansowania określonych świadczeń na wprowadzenie opieki fizjoterapeutycznej ukierunkowanej na edukację pacjentów w ramach „samolecznictwa” oraz edukacji prozdrowotnej,
- potrzebę wypracowania rozwiązań stanowiących odpowiedź na konsekwencji restrykcyjnego „uszczelnienia” dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych na wyższych poziomach zabezpieczenia (w ramach oddziałów stacjonarnych oraz ośrodków/oddziałów dziennych), gdzie będą leczeni przede wszystkim pacjenci „ostrzy”,
- odpowiedź na zidentyfikowane problemy w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej (Rysunek 4).

**Rysunek 4. Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna – cele i założenia**



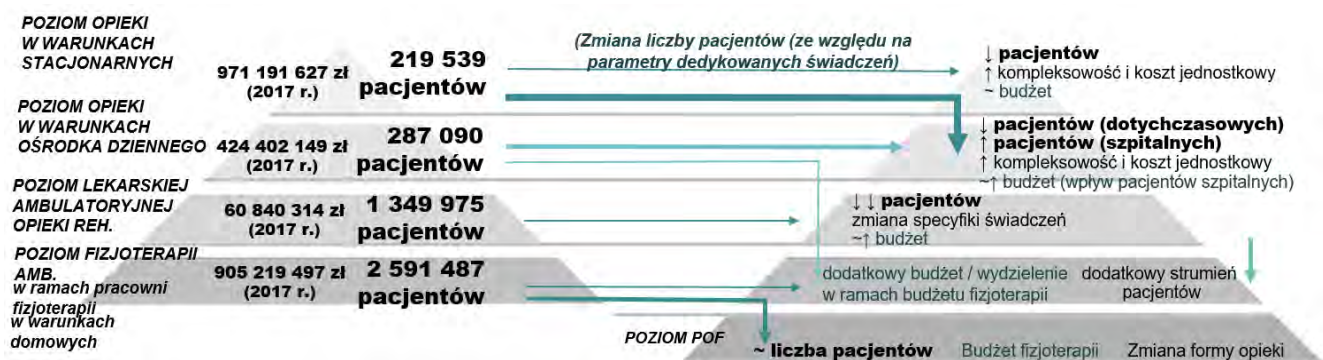
Źródło: Opracowanie AOTMiT

Należy mieć również na uwadze fakt, że implementacja proponowanych w „Koncepcji zmian ...” - ograniczonych do ściśle określonych grup pacjentów leczonych w warunkach stacjonarnych oraz ambulatoryjnych, bez wdrożenia POF spowoduje przesunięcie zasobów personelu i środków finansowych głównie w te zmieniane obszary rehabilitacji doprowadzając w konsekwencji do pogorszenia dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych dla rosnącej grupy pacjentów z „przewlekłymi potrzebami rehabilitacyjnymi”. W takiej sytuacji zmiany w systemie nie doprowadzą do lepszego zaspokojenia potrzeb rehabilitacyjnych nawet w przypadku znaczącego izolowanego wzrostu nakładów finansowych, bez jednoczesnego wprowadzenia zmian organizacyjnych.

Założenia teoretyczne przedstawione w niniejszym opracowaniu można odnieść do potencjalnych procesów zmian w ramach poszczególnych poziomów opieki. Zgodnie z intencją wprowadzenia ściśle zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji świadczeń część populacji dotychczas objęta opieką rehabilitacyjną w warunkach stacjonarnych zostanie przekierowana do ośrodka/oddziału dziennego. Z kolei pacjenci przebywający w warunkach ośrodka/oddziału dziennego ze względu na zweryfikowane realne potrzeby rehabilitacyjne mogą zostać przekierowani do udzielenia świadczeń w ramach pracowni fizjoterapii. Poniższy schemat prezentuje potencjalne skutki proponowanych zmian w zakresie poszczególnych poziomów opieki.



**Rysunek 5. Potencjalne procesu zmian w obszarze poszczególnych poziomów opieki systemu rehabilitacji leczniczej**



Źródło: Opracowanie AOTMiT

W kontekście spodziewanych efektów proponowanych rozwiązań prowadzących do zwiększonego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych należy mieć na uwadze również przyczyny i skalę obecnego korzystania przez pacjentów ze świadczeń prywatnego rynku usług fizjoterapeutycznych. Można się spodziewać, że w krótkim okresie czasu od wprowadzenia zmian w organizacji dostarczania świadczeń rehabilitacyjnych i zwiększeniu poziomu ich finansowania ze środków publicznych, nastąpi skrócenie czasu oczekiwania. Należy mieć na uwadze, iż paradoksalnie w dalszej perspektywie czasu skrócenie kolejek do świadczeń finansowanych ze środków publicznych może spowodować przejście części pacjentów korzystających obecnie ze świadczeń w systemie prywatnym do systemu publicznego co może spowodować ponowne wydłużenie okresu oczekiwania.

W ramach prac nad projektami świadczeń dedykowanych określonym poziomom opieki oraz poszukiwania optymalnego modelu POF w ramach współpracy z Zespołem Ekspertów przygotowano projekt zapisów dotyczących warunków miejsc realizacji świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej – tj. pracowni fizjoterapii. Szczegółowe zapisy prezentuje poniższa tabela.

**Tabela 22. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii**

Pracownia fizjoterapii	
<b>Wymagania formalne (kod resortowy i nazwa komórki organizacyjnej)</b>	1310 Dział (pracownia) fizjoterapii W przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia wyłącznie dla dzieci - komórkom organizacyjnym nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	Ambulatoryjny lub domowy
<b>Warunki lokalowe</b>	1. Wymagane w miejscu udzielania świadczeń: 1) gabinet fizjoterapeutyczny – odrębne pomieszczenie wyposażone w: a) stół z regulowaną wysokością, b) drobny sprzęt pomiarowy oraz terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń, 2) sala fizjoterapii - pomieszczenie wyposażone w: a) minimum jedno stanowisko pracy indywidualnej, które powinno zapewniać warunki intymności np. poprzez system przesuwanych zasłon, b) stół do terapii indywidualnej z regulowaną wysokością i kątem zagłówka, c) drobny sprzęt terapeutyczny np. poduszki, wałki, kliny, taśmy do ćwiczeń oporowych lub inne systemy i urządzenia spełniające te same funkcje, d) materace lub maty lub inne spełniające te same funkcje, e) lustro kontrolne, 3) sala funkcjonalnego treningu medycznego (FTM) - pomieszczenie wyposażone w: a) urządzenia do ćwiczeń oporowych np. maszyny, ciężarki, gumy, etc., b) urządzenia do ćwiczeń równoważnych, c) drabinki lub poręcz lub inny system spełniający ich rolę, d) materace lub maty.

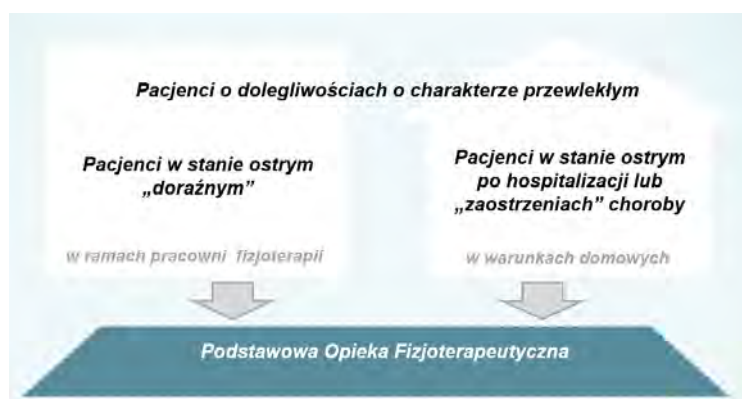
	2. Dopuszcza się organizowanie wspólnej sali fizjoterapii i sali treningu medycznego.	
<b>Personel medyczny</b>	1) fizjoterapeuta, w tym z tytułem magistra – równoważnik co najmniej części etatu odpowiadający pełnemu wymiarowi godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii 2) dodatkowy fizjoterapeuta (opcjonalnie) - w celu zabezpieczenia świadczeń fizjoterapeutycznych dla większej liczby pacjentów. 3) fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący wizytę kwalifikacyjną/ konsultację fizjoterapeutyczną – realizuje świadczenia w pełnym wymiarze godzin zadeklarowanej pracy pracowni fizjoterapii	
<b>Dodatkowe warunki wymagane</b>	Warunki lokalowe wspólne - warunki dotyczące obiektów, w których realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej: <ol style="list-style-type: none"> <li>przy wejściu do obiektu znajdują się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową,</li> <li>w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdują się poręcze i uchwyty,</li> <li>w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową – w warunkach stacjonarnych wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich,</li> <li>budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom,</li> <li>pomieszczenia, w których realizowane są świadczenia dostosowane są do swobodnego poruszania się pacjenta na wózku inwalidzkim.</li> </ol>	
<b>Pozostałe wymagania</b>	Kierownik pracowni fizjoterapii – jest odpowiedzialny za zapewnienie właściwej organizacji udzielania świadczeń, w tym w szczególności za zapewnienie personelu w wymiarze czasu pracy dostosowanym do liczby leczonych pacjentów, umożliwiającym udzielanie świadczeń w zakresie i standardzie odpowiadającym definicjom realizowanych świadczeń oraz zgodnie z aktualnymi zalecaniami i wiedzą medyczną.	
<b>Kryteria usieciowienia</b>	<b>Kryteria populacyjne</b>	w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii
	<b>Kryteria terytorialne</b>	gmina lub grupa gmin w zależności od zakresu świadczenia realizowanego w pracowni fizjoterapii

Źródło: opracowanie AOTMiT

Ze względu na omówioną kategoryzację potrzeb rehabilitacyjnych oraz wynikające z nich kryteria parametryzujące zostały zaprojektowane również świadczenia dedykowane POF. Przyjęto, iż podstawową cechą świadczenia POF powinna być ciągłość udzielania świadczeń, rozumiana jako długość uprawnienia do udzielenia świadczenia – pacjent powinien być objęty opieką w trybie całorocznym. Równocześnie, w wymiarze cyklu terapeutycznego, świadczenie może mieć charakter krótkotrwały od 1 do kilku dni zabiegowych. W tak przyjętym modelu opieki akceptowalna jest również niska intensywność i częstotliwość interwencji. Ważną kwestią stanowi także możliwość grupowego udzielania świadczenia, w szczególności w zakresie edukacji i treningu funkcjonalnego.

Przygotowano łącznie 6 projektów świadczeń dedykowanych POF. Dwa spośród tych sześciu świadczeń dedykowane są pacjentom w stanie „ostрым” (doraźnym) i „przewlekłym” i realizowane są w ramach pracowni fizjoterapii. Z kolei cztery pozostałe świadczenia „kierowane są” do pacjentów w stanie „ostрым” (po hospitalizacji) i realizowane będą w ramach fizjoterapii domowej. Szczegółowe opisy projektów świadczeń stanowią element opracowania Koncepcji.

## Rysunek 6. Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna – populacja docelowa



Źródło: Opracowanie AOTMiT

Tabela 23. Projekty świadczeń w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF)

Model	POF I	POF II	POF III
Pacjenci w stanie „ostрым” (doraźnym) i „przewlekłym”	1. Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ, 2. Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach domowych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ.		
Pacjenci w stanie „ostрым” (po hospitalizacji)		1. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu w ramach POF 2. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego w ramach POF 3. Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy w ramach POF 4. Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy, po amputacjach kończyn dolnych, w ramach POF.	

Źródło: opracowanie AOTMiT

Modele organizacji i finansowania Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej, stanowiące alternatywne możliwości wdrożenia prezentowanej idei, prezentują Tabele nr 24 i 25. Na wstępie należy zaznaczyć, iż modele organizacji podstawowej opieki fizjoterapeutycznej w wariantach POF I i POF II są stosunkowo zbieżne, przy czym parametry różnicujące oba te modele odnoszą się do sposobu ich finansowania.

Bazując na przedstawionym zestawieniu, należy zaznaczyć, iż kluczowym, a zarazem różnicującym parametrem dla poszczególnych modeli POF jest grupa zawodowa koordynująca realizację świadczeń fizjoterapeutycznych. W zależności od modelu funkcję tę mogą pełnić:

- **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):** w modelu POF I i POF II, (nie wyklucza się w modelu POF III);  
lub
- **fizjoterapeuta (FA):** wyłącznie w modelu POF III.

Wskazane grupy koordynujące realizację świadczeń fizjoterapeutycznych pełnią równocześnie funkcję kierującego na świadczenia w zakresie POF. W przypadku modeli POF I i POF II wskazano lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który decyduje o kwalifikacji pacjenta do udzielenia świadczeń w zakresie fizjoterapii. W przypadku POF III zaproponowano alternatywnie – lekarza POZ lub bezpośredni dostęp pacjenta (opcjonalność wynika z dodatkowych warunków dedykowanych POF III – charakterystyki populacji objętej opieką tj. obejmującej wyłącznie osoby zadeklarowane do POF).

Generalnie, zakłada się, iż świadczenia dedykowane pacjentom w stanie „ostрым” (doraźnym) i „przewlekłym” (tj. (1) Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ, (2) Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w



warunkach domowych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ) realizowane będą w pracownia fizjoterapii (zgodnie z „szczegółowymi warunkami miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii”). Z kolei świadczenia dedykowane pacjentom w stanie „ostрым” (po hospitalizacji) (tj. (1) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu w ramach POF, (2) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego w ramach POF, (3) Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy w ramach POF, (4) Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy, po amputacjach kończyn dolnych, w ramach POF) udzielane będą w miejscu przebywania pacjenta. Stąd też, konsekwentnie, wskazano tryb realizacji wskazanych świadczeń: ambulatoryjny oraz w warunkach domowych. Warunki te dotyczą wszystkich trzech proponowanych modeli, z tym, że w przypadku dwóch pierwszych (POF I i POF II) to lekarz POZ wskazuje pacjentowi, do której pracowni fizjoterapii pacjent może się udać ze zleceniem.

Wyodrębniona populacja objęta opieką POF w ramach dwóch pierwszych modeli obejmuje - na jedną pracownię fizjoterapii - do 10 000 osób, które zadeklarowały się u określonych lekarzy POZ. Innymi słowy przynależność do POF jest pochodną przynależności do POZ. W ramach POF III przynależność do POF jest z kolei niezależna od przynależności do POZ, a populacja objęta opieką to (zgodnie ze wstępną propozycją) do 500 osób na jedną wybraną pracownię fizjoterapii. Należy tu podkreślić, iż pacjenci powinni złożyć odrębną deklarację dotyczącą zabezpieczenia podstawowej opieki fizjoterapeutycznej do samodzielnie wybranej - pracowni fizjoterapii. Rozwiązanie to pozwala na pełną dowolność wyboru świadczeniodawcy, przy obostrzeniu, iż pacjent zobligowany jest do aktualizacji swojej deklaracji co 3 miesiące. Wymóg ten wynika z proponowanych rozwiązań finansowania modelu POF III tj. budżet powierzony kalkulowany wg stawki kapitałowej (od zadeklarowanego pacjenta do POF). Kalkulacja budżetu opierałaby się zatem o liczbę zadeklarowanych pacjentów. Wydaje się zatem, iż mechanizm ten powinien stymulować wyższą jakość uswiadczeń udzielanych przez pracownię fizjoterapii, w których to interesie byłoby konkurowanie o „przynależność” pacjentów do danego POF.

Następne kryterium, dotyczące wykonawcy świadczeń, różnicuje proponowane modele w następujący sposób: POF I – zgodnie z koncepcją - miały być realizowane przez fizjoterapeutę w ramach praktyki POZ bądź fizjoterapeutę w ramach podwykonawstwa; POF II dopuszcza realizację świadczeń przez fizjoterapeutę w ramach praktyki POZ lub fizjoterapeutę niezależnie od POZ, ale posiadającego określone formalne zasady objęcia swoją opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ), natomiast POF III dopuszcza realizację świadczeń przez fizjoterapeutę niezależnie od POZ i nie są tu wymagane formalne zasady objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ. Omawiane kryterium modelowe determinuje sposób deklaracji do POF, który odpowiednio, w przypadku POF I i POF II jest równoznaczny z obowiązkową deklaracją do lekarza POZ, a w POF III – równoznaczny z dobrowolną deklaracją do POF (jak już wspomniano deklaracja aktualizowana raz na 3 miesiące z możliwością zmiany deklaracji analogicznie jak w POZ).

Proponowane tutaj rozwiązania wiążą się z określonymi konsekwencjami – w ramach modeli POF I i POF II pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń podstawowej opieki fizjoterapeutycznej („Podstawowej opieki fizjoterapeutycznej w warunkach ambulatoryjnych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ”, oraz „Podstawowej opieki fizjoterapeutycznej w warunkach domowych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ, jedynie w miejscach wskazanych przez lekarza POZ”) wyłącznie w miejscach wskazanych przez „swojego” lekarza POZ. Zakłada się przy tym, że POF zlokalizowany będzie na terenie gminy lub gminy sąsiedniej w której jest zlokalizowany tenże POZ. Jakkolwiek model POF III daje większą dowolność pacjentowi, bowiem zgodnie z prezentowanym zamysłem będzie on mógł korzystać ze świadczeń POF w miejscu złożenia swojej deklaracji i będzie musiał pamiętać o jej aktualizacji – oczywiście przewiduje się możliwość zmiany deklaracji, jednak na analogicznych (dotychczasowych) zasadach jak w POZ.

Ostatnią kwestią związaną ze sposobem organizacji podstawowej opieki fizjoterapeutycznej jest sprawozdawczość. Przyjmuje się, iż koordynujący sporządza raport o stanie zdrowia pacjentów zawierający:

- wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne),
- określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,
- ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skale medyczne).

Różnica między modelami POF I i POF II, a POF III dotyczy odbiorcy raportu, w dwóch pierwszych modelach z pracowni fizjoterapii raport trafia do POZ, z kolei w modelu III do NFZ.

Poniżej w Tabeli nr 5 zaprezentowano schematycznie każdy z trzech modeli POF wraz z wyodrębnionymi wariantami.

Tabela 24. Modele organizacji podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF)

Model	POF I	POF II	POF III
<b>Kierujący na świadczenia</b>	Lekarz POZ	Lekarz POZ	Lekarz POZ lub dostęp bezpośredni
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	pracownia fizjoterapii (wskazana przez lekarza POZ) <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta	pracownia fizjoterapii (wskazana przez lekarza POZ) <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta	pracownia fizjoterapii  <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta
<b>Tryb realizacji świadczeń</b>	ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych	ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych	ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych
<b>Populacja objęta opieką</b>	POF - do 10 000 osób (stanowiących <b>zadeklarowanych pacjentów lekarzy POZ</b> ) na jedną pracownię fizjoterapii.  Przynależność do POF jest pochodną przynależności do POZ.	POF - do 10 000 osób (stanowiących <b>zadeklarowanych pacjentów lekarzy POZ</b> ) na jedną pracownię fizjoterapii.  Przynależność do POF jest pochodną przynależności do POZ.	POF - <b>na podstawie deklaracji do POF</b>  Przynależność do POF <u>jest niezależna</u> od przynależności do POZ.
<b>Wykonawca świadczeń</b>	Fizjoterapeuta w ramach praktyki POZ <i>lub</i> Fizjoterapeuta w podwykonawstwie	Fizjoterapeuta w ramach praktyki POZ <i>lub</i> Fizjoterapeuta niezależnie od POZ (posiadający określone formalne zasady objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ)	Fizjoterapeuta (niezależnie od POZ) Nie są wymagane formalne zasady objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ
<b>Sposób deklaracji do POF</b>	Równoznaczna z <b>obligatoryjną</b> deklaracją do lekarza POZ	Równoznaczna z <b>obligatoryjną</b> deklaracją do lekarza POZ	Równoznaczna z <b>dobrowolną</b> deklaracją do POF.  Deklaracja obowiązuje przez okres jednego roku z założeniem, że istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych ambulatoryjnych do 20 w roku kalendarzowym (z możliwością przedłużenia na wniosek lekarza do NFZ).
<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	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 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 będą mogli korzystać ze świadczeń POF w miejscu złożenia deklaracji (możliwość zmiany deklaracji max. 2/rok)  Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym z rehabilitacji medycznej
<b>Lokalizacja POF</b>	gmina lub gmina sąsiednia, w której jest zlokalizowany POZ	gmina lub gmina sąsiednia, w której jest zlokalizowany POZ	POF wybierany przez pacjenta
<b>Sprawozdawczość</b>	Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF <b>do POZ</b> , zawierający: – wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne) – określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,	Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF <b>do POZ</b> , zawierający: – wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne) – określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,	Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF <b>do płatnika</b> , zawierający: – wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne) – określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,

	– ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skalę medyczne).	– ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skalę medyczne).	– ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skalę medyczne). – opracowanie wskaźników: struktury, procesu, wyniku (w tym oceniające stopień zadowolenie pacjenta)
--	--	--	--

Źródło: opracowanie AOTMiT

Modele sposobu finansowania podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF) zostały opisane ze względu na kryteria, takie jak: 1) dysponent budżetu, 2) metoda kalkulacji budżetu, 3) podstawa rozliczeń, 4) strona umowy z NFZ, 5) zasady zawierania umów, 6) warunki realizacji umów, 7) rozliczenia pomiędzy stroną umowy z NFZ a wykonawcą świadczeń POF oraz 8) mechanizm wspomagający. Pierwszy model POF zakłada, iż dysponentem budżetu jest lekarz POZ, z kolei dwa pozostałe przewidyują w tej roli pracownię fizjoterapii. Warto podkreślić zatem tę podstawową cechę różnicującą model POF I i POF II, które organizacyjnie nie różnią się istotnie. Dodatkowo, w ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych zarówno POF I, POF II jak i POF III w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych oraz „ostrych” (doraźnych)- budżet powierzony kalkulowany będzie według stawki kapitacyjnej. Różnica polega jednak na tym, że w POF I i II kapitaacja będzie kalkulowana zgodnie z deklaracjami pacjentów do lekarza POZ, a w przypadku POF III do dowolnej pracowni fizjoterapii (POF). W przypadku wszystkich prezentowanych rozwiązań, w ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji – finansowanie odbywać się będzie w oparciu o mechanizm *fee for service* (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa).

W ślad za proponowanymi warunkami w modelu pierwszym stroną umowy z NFZ jest lekarz POZ, a zawarcie umowy odbywa się w trybie wnioskowym POZ. W dwóch pozostałych modelach stroną umowy z NFZ jest pracownia fizjoterapii, przy czym w modelu POF II zawarcie umowy w trybie wnioskowym przez POF związane jest z przedstawieniem sformalizowanych zasad objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ; zaś z modelu POF III umowa z funduszem zawierana jest w trybie konkursu ofert lub negocjacji.

Warto podkreślić, wariantowość każdego z trzech proponowanych modeli. W pierwszym z nich POZ może zawrzeć umowę z jednym lub kilkoma POF. Z kolei w drugim modelu to POF ma możliwość zawarcia umowy z jednym lub kilkoma POZ. Zasada ta nie dotyczy modelu POF III.

W odniesieniu do sposobu rozliczania pomiędzy stroną umowy z NFZ, a wykonawcą świadczeń w modelu POF w pierwszej opcji wyróżniamy możliwość rozliczenia według taryfikatora NFZ (np. wskazanego na podstawie taryfikacji Agencji) lub według indywidualnej umowy między stronami. Ostateczny sposób rozliczeń pomiędzy interesariuszami POF może obejmować zarówno *fee for service*, jak i zryczałtowaną stawkę za pacjenta.

Ostatnim kryterium jest możliwość zafunkcjonowania mechanizmów wspomagających, gdzie dla modeli POF I i POF II można wskazać, np. dodatkowe środki finansowe dla POZ na diagnostykę.

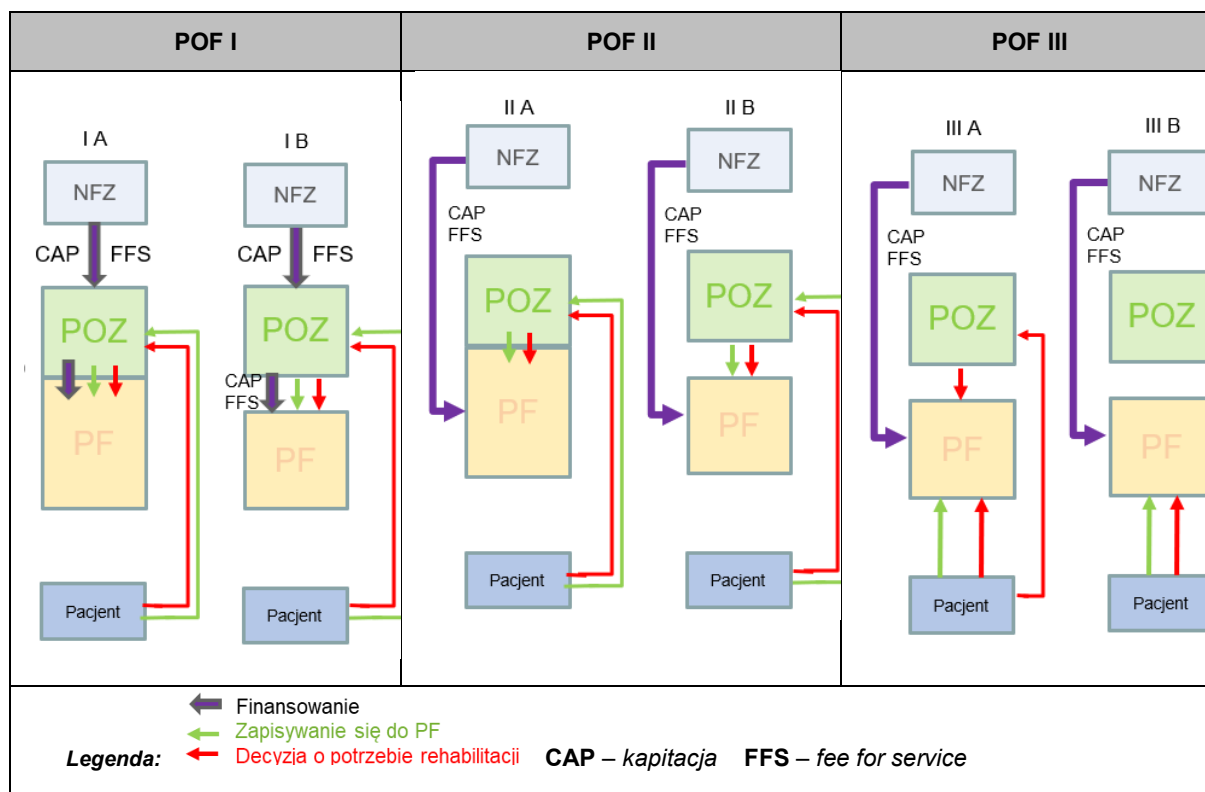
**Tabela 25. Modele sposobu finansowania podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF)**

Model	POF I	POF II	POF III
<b>Dysponent budżetu</b>	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii (PF)	Pracownia fizjoterapii (PF)
<b>Metoda kalkulacji budżetu</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych – <i>patrz Tabela 4.</i> ) - <b>budżet powierzony</b> kalkulowany wg stawki kapitacyjnej ( <b>od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POZ</b> )  W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych – <i>patrz Tabela 4.</i> ) - <b>budżet powierzony</b> kalkulowany wg stawki kapitacyjnej ( <b>od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POZ</b> )  W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych – <i>patrz Tabela 4.</i> ) - <b>budżet powierzony</b> kalkulowany wg wzoru: Kwota pieniędzy na dany region * (liczba deklaracji / liczba deklaracji złożonych w danym regionie)

	stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa – <i>patrz Tabela 4.</i> )	stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa – <i>patrz Tabela 4</i> )	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa – <i>patrz Tabela 4</i> )
<b>Podstawa rozliczeń</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych – <i>patrz Tabela 4.</i> ) - <b>ryczałt za populację objętą opieką w POZ</b>  W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” - <b>wykonane procedury</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych – <i>patrz Tabela 4.</i> ) - <b>ryczałt za populację objętą opieką w POZ</b>  W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” - <b>wykonane procedury</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych – <i>patrz Tabela 4.</i> ) - <b>ryczałt za populację objętą opieką w POF</b>  W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” - <b>wykonane procedury</b>
<b>Strona umowy z NFZ</b>	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii	Pracownia fizjoterapii
<b>Zasady zawierania umów</b>	Wniosek o zawarcie umowy w trybie wnioskowym POZ	Wniosek o zawarcie umowy składany przez POF w trybie wnioskowym jak w POZ (POF przedstawia sformalizowane zasady objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ)	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań
<b>Warunki realizacji umów</b>	Możliwość zawarcia przez POZ umowy z jednym lub kilkoma POF	Możliwość zawarcia umowy przez POF z jednym lub kilkoma POZ	<i>Nie dotyczy</i>
<b>Rozliczenia pomiędzy stroną umowy z NFZ a wykonawcą świadczeń POF</b>	(1) Wg taryfikatora NFZ,  (2) Wg indywidualnej umowy między stronami	nd.  Strona umowy z NFZ jest wykonawcą świadczeń POF	Wg dyspozycji kontraktującego Strona umowy z NFZ jest wykonawcą świadczeń POF
<b>Mechanizm wspomagający</b>	Dodatkowe środki finansowe dla POZ na diagnostykę	Dodatkowe środki finansowe dla POZ na diagnostykę	<i>Brak</i>

Źródło: opracowanie AOTMiT

Rysunek 7. Modele i warianty POF - perspektywa organizacyjno-finansowa



Źródło: opracowanie AOTMiT

Poniżej dokonano próby wstępnej oceny każdego z proponowanych modeli pod kątem: zalet, wad, szans i zagrożeń wynikających z wdrożenia określonych rozwiązań.

Tabela 26. Zalety i wady proponowanych modeli podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF)

Model	POF I	POF II	POF III
<b>SWOT</b>			
<b>Mocne strony</b>	Zapewnienie powszechnej opieki fizjoterapeutycznej	Zapewnienie powszechnej opieki fizjoterapeutycznej	Zapewnienie powszechnej opieki fizjoterapeutycznej
	Zachowanie ciągłości opieki fizjoterapeutycznej i zapewnienie jej koordynacji;	Zachowanie ciągłości opieki fizjoterapeutycznej i zapewnienie jej koordynacji	Konkurencyjność pomiędzy podmiotami realizującymi POF może skutkować szybszym czasem przyjęcia pacjenta oraz efektywną terapią. Pojawiają się mechanizmy rynkowe (to pacjent decyduje, gdzie złoży swoją deklarację).
	Szybki i efektywny proces usprawniania pacjenta (niższe koszty po stronie POF)	Szybki i efektywny proces usprawniania pacjenta (niższe koszty po stronie POF)	
	Lokalizacja POF w bliskim sąsiedztwie lekarza POZ (teren gminy lub gminy sąsiedniej)	Lokalizacja POF w bliskim sąsiedztwie lekarza POZ (teren gminy lub gminy sąsiedniej)	Deklaracja pacjenta do POF jest gwarancją zabezpieczenia potrzeb rehabilitacyjnych w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej
	Objęcie POF całej populacji pacjentów (zdeklarowanych do lekarza POZ)	Objęcie POF całej populacji pacjentów (zdeklarowanych do lekarza POZ)	
	Połączenie funkcji kwalifikującego – jeden podmiot - i wykonawcy przy zastosowaniu mechanizmu kapitała będzie	Połączenie funkcji kwalifikującego i wykonawcy przy zastosowaniu mechanizmu kapitała będzie obiektywizować	Połączenie funkcji kwalifikującego (wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna) i wykonawcy przy zastosowaniu mechanizmu

	obiektywizować i optymalizować korzystanie ze świadczeń fizjoterapeutycznych	i optymalizować korzystanie ze świadczeń fizjoterapeutycznych	kapitacji będzie obiektywizować i optymalizować korzystanie ze świadczeń fizjoterapeutycznych
	<i>brak</i>	<i>brak</i>	Możliwość wyboru POF przez pacjenta
	Potencjalna możliwości do wdrożenia działań profilaktycznych (fizjoprofilaktyki)	Potencjalna możliwości do wdrożenia działań profilaktycznych (fizjoprofilaktyki)	Potencjalna możliwości do wdrożenia działań profilaktycznych (fizjoprofilaktyki)
<b>Stabe strony</b>	<i>brak</i>	<i>brak</i>	Populacja pacjentów objęta POF ograniczona do tych którzy złożyli deklarację
	Brak możliwości wyboru dowolnego POF przez pacjenta – w modelu pacjent może wybrać POF wskazany przez POZ	Brak możliwości wyboru dowolnego POF przez pacjenta – w modelu pacjent może wybrać POF wskazany przez POZ	W porównaniu z POF I i POF II, proponowany model POF III nie zapewnia zachowanie ciągłości opieki fizjoterapeutycznej i jej koordynacji (deklaracja obowiązuje przez okres 3 miesiąc. / po upływie tego terminu pacjent ma prawo zmienić POF)
	<i>brak</i>	Rozdzielenie funkcji kierującego i wykonawcy w przypadku zastosowania mechanizmu kapitacji i przy braku mechanizmu ograniczania skierowań prawdopodobnie doprowadzi do niewydolności systemu (lekarz tak jak dzisiaj nie będzie ograniczał się w wypisywaniu skierowań generując kolejki na poziomie POF).	Rozdzielenie funkcji kierującego i wykonawcy w przypadku zastosowania mechanizmu kapitacji i przy braku mechanizmu ograniczania skierowań prawdopodobnie doprowadzi do niewydolności systemu (lekarz tak jak dzisiaj nie będzie ograniczał się w wypisywaniu skierowań generując kolejki na poziomie POF).
	-	-	Ograniczona liczba POF - miejsc udzielania świadczeń (na danym terenie może nie być PF) choć należy pamiętać, iż mechanizm rynkowy może stymulować powstawanie „nowych” POF.
	Możliwość przenoszenia kosztów leczenia trudniejszych i bardziej kosztochłonnych pacjentów do innych warunków rehabilitacji (można zapobiec temu zagrożeniu poprzez odpowiednie mechanizmy premiowania niekorzystania przez pacjentów z rehabilitacji stacjonarnej i innych świadczeń, które byłyby związane z dobrym działaniem POF)		
<b>Szanse</b>	Zapewnienie kompleksowości i koordynacji leczenia	Zapewnienie kompleksowości i koordynacji leczenia	Koordynacje leczenia zapewni koordynator w danym POF
	Wprowadzenie koordynacji opieki fizjoterapeutycznej może prowadzić do: 1) zachowanie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, 2) uzyskanie wysokiego poziomu bezpieczeństwa i zadowolenia pacjentów ze świadczeń, 3) ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności.		Zapewnienie dobrowolnego wyboru pacjenta do jakości placówki udzielającej świadczeń POF
	Zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej		
	Ograniczenie finansowych skutków choroby i niepełnosprawności		
<b>Zagrożenia</b>	Połączenie przynależności do POZ i POF będzie wspomagało efekt współpracy między świadczeniodawcami, lecz może ograniczyć wybór pacjenta		Brak <b>bezpośredniej</b> współpracy z lekarzem POZ
	Niewystarczająca liczba placówek realizujących POF (nadmierne obciążenie pracą fizjoterapeutów)		Zbyt mała dostępność terytorialna do POF) Niewystarczająca liczba placówek realizujących POF; brak możliwości objęcia opieką wszystkich pacjentów wymagających POF)



	Braki w informatyzacji procesu POF mogą skutkować, m.in. brakiem weryfikacji uprawnień do świadczeń POF (tylko pacjenci, którzy złożyli deklarację do POZ mogą być objęci POF)	Braki w informatyzacji procesu POF mogą skutkować, m.in. brakiem weryfikacji uprawnień do świadczeń POF (tylko pacjenci, którzy złożyli deklarację do POZ mogą być objęci POF)	Braki w informatyzacji procesu POF mogą skutkować, m.in. brakiem weryfikacji deklaracji do POF (tylko pacjenci, którzy złożyli deklarację do wybranej placówki fizjoterapii mogą być objęci POF)
--	--	--	--

Źródło: opracowanie AOTMiT

Powyższa propozycja – trzech alternatywnych modeli POF – stanowiła przedmiot dalszych analiz uczestników Zespołu Opiniodawczo-Doradczego Agencji podczas spotkania w dniu 3 października 2018 r. w siedzibie AOTMiT.<sup>7</sup>

Członkowie Zespołu zidentyfikowali zagrożenia wynikające z implementacji poszczególnych propozycji. Wśród kluczowych wskazywano:

- prawdopodobny brak zgody lekarzy POZ na koordynowanie leczenia w ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej,
- zbyt duży koszt wprowadzenia organizacji POF,
- ryzyko związane ze zbyt dużym „skumulowaniem” pacjentów o potrzebach fizjoterapeutycznych, które miałyby zabezpieczać podstawowa opieka fizjoterapeutyczna,
- w modelu przypisującym zarządzanie budżetem powierzonym lekarzom POZ (kalkulowanego wedle stawki kapitałowej) może dojść do sytuacji analogicznej jak w kwestii kierowania pacjentów na badania diagnostyczne, tj. zjawiska minimalizacji kosztów,
- w ramach proponowanych rozwiązań może się znacznie zwiększyć populacja pacjentów, którzy będą się leczyć w systemie świadczeń finansowanych ze środków publicznych,

Dyskusja odnosiła się również do określenia właściwej roli lekarzy rehabilitacji oraz fizjoterapeutów w systemie podstawowego zabezpieczenia opieki fizjoterapeutycznej (szczególnie w zakresie uprawnień do wydawania zleceń na odpowiednie świadczenia fizjoterapeutyczne oraz dysponowania środkami publicznymi w ramach POF). Generalnie, znaczna większość uczestników Zespołu postulowała odrzucenie modelu POF, w którym kierującym na świadczenia fizjoterapeutyczne i dysponentem budżetu byłby lekarz POZ. Postulowano raczej ograniczenie znacznych (w rozumieniu rewolucyjnych) zmian związanych z wprowadzeniem nowego „tworu” POF, a raczej zaproponowaniem rozwiązań - zgodnych z samą ideą zabezpieczenia populacji w podstawowe świadczenia fizjoterapeutyczne - usprawniających działalność fizjoterapii ambulatoryjnej. Innymi słowy proponowano nie rozdzielać organizacji POF i fizjoterapii ambulatoryjnej „ostrej”. Wnioski ze spotkania najlepiej zaprezentować w postaci doprecyzowania jednego z proponowanych w niniejszym opracowaniu modelu POF III (Tabela 9). Należy przy tym podkreślić, iż podczas warsztatu nie udało się wypracować konsensusu, prowadzącego do określenia jednego, najbardziej właściwego – zdaniem uczestników spotkania – modelu POF.

Proponowany opis modelu POF+FA jest połączeniem idei POF z fizjoterapią ambulatoryjną stanowiącą również element koncepcji zmian w organizacji i funkcjonowaniu systemu rehabilitacji leczniczej. W ramach nowej propozycji realizowane byłyby świadczenia dedykowane pacjentom POF oraz proponowane świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (pacjenci „ostrzy”).

<sup>7</sup> W spotkaniu uczestniczyli: [redacted] – [redacted] Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla dzieci w Ameryce, [redacted] Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego im. S. Jasińskiego w Zakopanem, [redacted] Zespołu OD) oraz [redacted] Zespołu OD) oraz przedstawiciele AOTMiT [redacted]



**Tabela 27. Propozycja uwspólnienia idei POF oraz fizjoterapii ambulatoryjnej**

Model	WSPÓLNY MODEL POF + FA (zabezpieczenie terytorialne)
<b>Kierujący na świadczenia</b>	Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Fizjoterapeuta planuje i wykonuje świadczenia w oparciu o przeprowadzoną ocenę stanu funkcjonalnego chorego oraz rozpoznanie ICD-10 i przeciwwskazania opisane w skierowaniu.
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	Dział fizjoterapii/Pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta
<b>Tryb realizacji świadczeń</b>	ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych
<b>Populacja objęta opieką</b>	FA - do 10 000 mieszkańców na jedną wybraną pracownię fizjoterapii na obszarze gminy lub gminy sąsiedniej (dla których liczba ludności nie przekracza 10 000 osób) Można rozważyć wprowadzenie wymogu składania deklaracji pacjentów do wybranej pracowni fizjoterapii (przed rozpoczęciem korzystania ze świadczeń; dzięki takiemu rozwiązaniu pacjenci nie będą mogli korzystać ze świadczeń FA u kilku świadczeniodawców jednocześnie).  Wsparcie gminy jako dostawcy kapitału (zasobów lokalowych, sprzętowych)
<b>Wykonawca świadczeń</b>	Min. 2 fizjoterapeutów w tym co najmniej jeden posiadający kwalifikacje do przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej/ konsultacji fizjoterapeutycznej (niezależnie od POZ - nie są wymagane formalne zasady objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ)  Rolę gatekeeper'a pełni fizjoterapeuta (skierowania z różnych źródeł)
<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	Brak obowiązku składania deklaracji Placówka zobowiązana jest do spełnienia minimalnych wymogów dot. pracowni fizjoterapii (zabezpieczającej możliwość udzielania świadczeń w zakresie kinezyterapii i/lub fizykoterapii). Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym z rehabilitacji medycznej (dla zabezpieczenia przypadków bardziej złożonych wymagających pogłębionej diagnostyki, w tym pacjentów, dla których realizowana będzie fizjoterapia w warunkach domowych; z możliwością dodatkowego finansowania)
<b>Sprawozdawczość</b>	Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie do płatnika, zawierający: <ul style="list-style-type: none"> <li>wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne)</li> <li>określony planu fizjoterapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym oraz planowanym czasem prowadzenia interwencji terapeutycznej</li> <li>ocenę efektów fizjoterapii (w oparciu o skale medyczne) – ocenia fizjoterapeuta (+ ewentualnie ocena pacjenta)</li> </ul> Zestawienie liczby pacjentów korzystających z fizjoterapii w każdym dniu (pierwszorazowi i kontynuujący fizjoterapię)
<b>Dysponent budżetu</b>	Dział fizjoterapii/Pracownia fizjoterapii
<b>Metoda kalkulacji budżetu</b>	W oparciu o liczbę mieszkańców lub liczbę złożonych deklaracji do pracowni fizjoterapii.
<b>Podstawa rozliczeń</b>	Osobodzień zabiegowy <sup>8</sup> (ryczałt dzienny) zróżnicowany: <ul style="list-style-type: none"> <li>na pacjenta (skorygowany wiekiem analogicznie jak POZ) – świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych</li> <li>na pacjenta w stanie „ostрым” – świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych (sugerowana wyższa wartość wyceny),</li> <li>na pacjenta w stanie „ostрым” – świadczenia realizowane w warunkach domowych (sugerowana wyższa wartość wyceny) - patrz Tabela 4.</li> </ul> Fee for service – wizyty fizjoterapeutyczne i/lub konsultacje lekarskie (co najmniej z dwóch dziedzin).
<b>Strona umowy z NFZ</b>	Dział fizjoterapii/Pracownia fizjoterapii
<b>Zasady zawierania umów</b>	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań
<b>Mechanizm wspomagający</b>	Wyższa wycena świadczeń „pilnych”, tj. pacjentów w stanie „ostрым” (tryb pilny został zdefiniowany za poziomie „kryteriów kwalifikacji” poszczególnych świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej);
<b>Pozostałe uwagi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dostosowanie systemu sprawozdawania list oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej poprzez uwzględnienie w sprawozdawczości numeru PESEL</li> <li>Maks. 20 dni zabiegowych fizjoterapii w ciągu roku kalendarzowego (większa liczba dni fizjoterapii za zgodą NFZ)</li> <li>Opracowanie wskaźn ków: struktury, procesu, wyniku (w tym oceniające stopień zadowolenie pacjenta)</li> </ul> M.in. ocena długości kolejki oraz zasobów świadczeniodawcy, np.: Wyposażenie w różnorodny sprzęt, liczba sal do terapii itp. Proporcja zabiegów terapii indywidualnej do zabiegów fizykoterapeutycznych

Źródło: Opracowanie AOTMiT we współpracy z uczestnikami Zespołu Opiniodawczo-Doradczego

<sup>8</sup> Propozycja [REDAKTOWANE] – jednego z uczestników ZOD: „proponowane jest *fee for service* przy ograniczonej możliwości wypisywania skierowań w trybie pilnym („CITO) proponuję lepiej wycenić placówki realizujące więcej CITO”

## 4. Przegląd organizacji udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych

### 4.1. Opis metodyki

W ramach realizacji zlecenia przeprowadzono przegląd, którego celem była weryfikacja wpływu sposobu organizacji udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych na efekty terapii.

W celu odnalezienia badań pierwotnych i wtórnych dokonano przeszukiwania w bazach danych MEDLINE, Embase oraz Cochrane. Wyszukiwanie przeprowadzono w dniu 07.11.2018 r. i ograniczono je do ostatnich 10 lat. Zastosowana strategia wyszukiwania została przedstawiona w załącznikach do raportu.

Poniżej przedstawiono kryteria włączenia publikacji do niniejszego opracowania.

**Tabela 28. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu**

Opis
<u>Populacja:</u> - Ogólna – pacjenci, którym zostało lub zostanie udzielone świadczenie z zakresu fizjoterapii
<u>Interwencja:</u> - Organizacyjna systemu udzielania świadczeń z zakresu fizjoterapii
<u>Komparator:</u> - nie ograniczono
<u>Punkty końcowe:</u> - nie ograniczono
<u>Rodzaj badania:</u> - opracowania wtórne (przeglądy systematyczne); - badania pierwotne o najwyższym poziomie wiarygodności, jeśli nie odnaleziono wiarygodnych i aktualnych przeglądów systematycznych oraz badania pierwotne niewłączone do odnalezionych przeglądów systematycznych; Do analizy włączano wyłącznie publikacje pełnotekstowe w języku polskim i angielskim.

### 4.2. Opis badań włączonych do przeglądu

W ramach przeprowadzonego wyszukiwania systematycznego do analizy włączono łącznie 2 badania obserwacyjne: Riley 2016 (badanie kohortowe) i Pendergast 2012 (badanie przekrojowe).

Zestawienie charakterystyki badań oraz wyników przedstawiono w poniższych tabelach.

**Tabela 29. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu**

Badanie	Metodyka	Populacja	Punkty końcowe
<b>Riley 2016 USA</b>  <u>Źródła finansowania:</u> nie określono	<u>Cel:</u> zbadanie czy skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne wymagane przez towarzystwa ubezpieczeniowe ma wpływ na wykorzystanie i zwrot kosztów za w/w usługi oraz jaki odsetek skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne ma postawioną diagnozę i zlecenie konkretnej formy leczenia.  <u>Informacje o badaniu:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jednoośrodkowe (UCONN Connecticut, USA);</li> <li>• jednonarodowe (USA);</li> </ul>	<u>Kryteria włączenia:</u> pacjenci skierowani do ambulatoryjnego oddziału rehabilitacyjnego na zabiegi fizjoterapeutyczne.  <u>Populacja:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• łącznie 1000 pacjentów (623 kobiety, 377 mężczyzn);</li> <li>• wiek: kobiety mediana 52 lata, mężczyźni mediana 51 lat;</li> <li>• płeć: 62,3% kobiet, 37,7% mężczyzn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba wizyt;</li> <li>• szczegółowość zaleceń leczenia i diagnozy zawartej w skierowaniu;</li> <li>• liczba jednostek rozliczeniowych na skierowanie;</li> <li>• koszty leczenia pacjenta.</li> </ul>

Badanie	Metodyka	Populacja	Punkty końcowe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dane zebrane retrospektywnie;</li> <li>• kohortowe.</li> </ul> <p><u>Okres badań:</u> 10.2013–02.2014</p> <p><u>Interwencja:</u> wystawienie specyficznego skierowania i/lub specyficznych zaleceń leczenia</p> <p><u>Komparator:</u> brak specyficznego skierowania i/lub specyficznych zaleceń leczenia</p>		
<p><b>Pendergast 2012 USA</b></p> <p><u>Źródła finansowania:</u> American Physical Therapy Association</p>	<p><u>Cel:</u> porównanie procesu leczenia u pacjentów skierowanych przez specjalistę oraz tych, którzy zgłosili się samodzielnie na fizjoterapię.</p> <p><u>Informacje o badaniu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wielośrodkowe (dwa stany USA; Iowa oraz Dakota Południowa);</li> <li>• dane zebrane retrospektywnie;</li> <li>• jednonarodowe (USA);</li> <li>• przekrojowe.</li> </ul> <p><u>Okres badań:</u> 2003–2007, 5 lat</p> <p><u>Interwencja:</u> Samodzielne zgłoszenie się do fizjoterapeuty.</p> <p><u>Komparator:</u> Skierowanie do fizjoterapeuty przez lekarza.</p>	<p><u>Kryteria włączenia:</u> Pacjenci w wieku 18-64 lat rozpoczynający diagnostykę, zarejestrowani od 6 miesięcy przed do 2 miesięcy po leczeniu.</p> <p><u>Kryteria wykluczenia:</u> brak</p> <p><u>Liczba pacjentów</u> Łącznie 62 707 pacjentów.</p> <p><u>Grupa A:</u> 17 497 pacjenci bez skierowania (zgłaszający się samodzielnie (średnia wieku 43,5 lat [SD 13,12], kobiety 58,6%, mężczyźni 41,4%).</p> <p><u>Grupa B:</u> 45 210 pacjenci ze skierowaniem (średnia wieku 45,9 lat [SD 12,62], kobiety 59,7%, mężczyźni 40,3%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• liczba wizyt fizjoterapeutycznych;</li> <li>• koszty leczenia.</li> </ul>

## Wyniki badań włączonych do przeglądu

Badanie	Wyniki					
Riley 2016 USA	Tabela 1. Specyfika diagnozy na skierowaniu.					
	<b>Diagnoza</b>	<b>Liczba pacjentów</b>	<b>Odsetek wszystkich skierowań (%)</b>	<b>Średnia liczba jednostek rozliczanych na skierowanie (M ± SD)</b>	<b>Średnia liczba wizyt na skierowanie (M ± SD)</b>	<b>Średni koszt na skierowanie (M ± SD)</b>
	Diagnoza specyficzna	712	71,2%	14,7 ± 15,9	7,8 ± 7,8	997,23\$ ± 1,005,10\$
	Diagnoza niespecyficzna	288	28,8%	11,4 ± 8,5	6,1 ± 4,3	785,71\$ ± 555,07\$
	Ogółem	1000	100%	-		
	Wartość p	-			≤0,001	
	Tabela 2. Specyfika zaleceń leczenia na skierowaniu.					
	<b>Zalecenia leczenia</b>	<b>Liczba pacjentów</b>	<b>Odsetek wszystkich skierowań (%)</b>	<b>Średnia liczba jednostek rozliczanych na skierowanie* (M ± SD)</b>	<b>Średnia liczba wizyt na skierowanie* (M ± SD)</b>	<b>Średni koszt na skierowanie* (M ± SD)</b>
	Zalecenia leczenia specyficzne	423	42,3%	17,5 ± 18,5	9,1 ± 9,1	1169,99\$ ± 1172,10\$
	Zalecenia leczenia niespecyficzne	577	57,7%	11,0 ± 9,0	6,0 ± 4,5	765,01\$ ± 583,47\$
Ogółem	1000	100%	-			
Wartość p	-			≤0,001		
Tabela 3. Liczba skierowań przez wystawcę skierowania, specyfika diagnozy i wystawionych zaleceń.						
<b>Wystawca skierowania</b>	<b>Liczba skierowań</b>	<b>Odsetek wszystkich skierowań (%)</b>	<b>Liczba (%) ze specyficznym rozpoznaniem</b>	<b>Liczba (%) ze specyficznym zaleceniem</b>		
Specjalista	407	40,7%	362 (88,9%)	250 (61,4%)		
Lekarz ogólny	381	38,1%	204 (53,5%)	41 (10,7%)		
Doświadczona pielęgniarka	177	17,7%	116 (65,5%)	103 (58,2%)		
Asystent lekarza	32	3,2%	27 (84,4%)	26 (81,3%)		
Kręgarz	1	0,1%	1 (100%)	1 (100%)		
Ogółem	998*	99,8%	-			
* brakujące dane						
Pendergast 2012 USA	Tabela 1. Wyniki analizowanych w badaniu punktów końcowych.					
	<b>Miara</b>	<b>Grupa interwencyjna</b>		<b>Grupa kontrolna</b>	<b>Wartość p</b>	
	<b>Ogólna liczba wizyt dla epizodów fizjoterapeutycznych:</b>					
	Średnia (SD):	5,90 (5,55)		7,00 (6,09)	<0,001	
	Mediana (IQR):	4 (6)		5 (8)		
	Liczba pacjentów	n=17 362		n=44 755		
	<b>Koszty pojedynczego epizodu fizjoterapeutycznego (związane z leczeniem):</b>					
	Średnia geometryczna:	347,23\$		419,89\$	<0,001	
	Średnia (SD):	503,12\$ (478,18\$)		605,49\$ (549,61\$)		
	Mediana (IQR):	341,76\$ (476,62\$)		427\$ (575,59\$)		
	Liczba pacjentów	n=17 385		n=44 694		
<b>Koszty pojedynczego epizodu fizjoterapeutycznego (niezwiązane z leczeniem):</b>						
Średnia geometryczna:	104,58\$		126,47\$	<0,001		
Średnia (SD):	526,26\$ (1448,95\$)		678,64\$			
Mediana (IQR):	96,54\$ (288,07\$)		118,75\$			

Liczba pacjentów	n=7 080	n=25 434	
<b>Koszty 30 dni poprzedzających epizod fizjoterapeutyczny:</b>			
Średnia geometryczna:	<b>56,26\$</b>	<b>72,24\$</b>	<b>&lt;0,001</b>
Średnia (SD):	369,32\$ (1249,31\$)	451,96\$ (1362,37\$)	
Mediana (IQR):	50,00\$ (141,56\$)	69\$ (183,08\$)	
Liczba pacjentów	n=3 538	n=19 442	
<b>Koszty 60 dni po ostatniej wizycie terapeutycznej:</b>			
Średnia geometryczna:	64,72\$	62,18\$	0,127
Średnia (SD):	356,12\$ (1056,64\$)	324,76\$ (1022,17\$)	
Mediana (IQR):	59,64\$ (177\$)	58,34\$ (162,88\$)	
Liczba pacjentów	n=3 389	n=11 323	

## Podsumowanie

Do analizy włączono 2 badania obserwacyjne: Riley 2016 i Pendergast 2012.

W badaniu Riley 2016:

- zanotowano istotne statystycznie różnice ( $p \leq 0,001$ ) w liczbie jednostek rozliczeniowych, liczbie wizyt na każde skierowanie i w zwrotach kosztów za skierowanie między grupą ze specyficzną diagnozą (712 pacjentów; średnia 14,7 jednostek rozliczanych; 7,8 wizyt i 997,23\$ na skierowanie), a grupą z diagnozą niespecyficzną (288 pacjentów; średnia 11,4 jednostek rozliczanych; 6,1 wizyt na i 785,71\$ na skierowanie);
- istniały istotne statystycznie różnice ( $p \leq 0,0001$ ) pomiędzy grupą ze specyficznymi zaleceniami leczenia (423 pacjentów; średnia 17,5 rozliczanych jednostek, 9,1 wizyt i 1169,99\$ na skierowanie w porównaniu z grupą bez specyficznych zaleceń leczenia (577 pacjentów; średnia 11,0 rozliczanych jednostek; 6,0 wizyt i 765,01\$ na skierowanie).

W badaniu Pendergast 2012:

- dla grupy pacjentów zgłaszających się samodzielnie, wykazano istotną statystycznie zmniejszoną liczbę wizyt terapeutycznych (5,9 [SD 5,55] vs 7 [SD 6,09];  $p < 0,001$ ) niż w grupie pacjentów kierowanych przez lekarza ogólnego. Jednocześnie, w grupie interwencyjnej wykazano i.s. niższe średnie koszty (347,23\$ vs 419,89\$;  $p < 0,001$ ) niż w grupie kontrolnej. Istotne statystycznie wyniki wykazano również w redukcji kosztów niezwiązanych z leczeniem w grupie interwencyjnej (104,58\$ vs 126,47\$;  $p < 0,001$ ) oraz w kosztach 30 dni poprzedzających wystąpienie zdarzenia w grupie interwencyjnej (56,26\$ vs 72,24\$;  $p < 0,001$ );
- porównując grupę interwencyjną z kontrolną w przypadku kosztów leczenia ponoszonych w ciągu 60 dni po ostatniej wizycie terapeutycznej uzyskano wynik nieistotny statystycznie (64,72\$ vs 62,18\$;  $p = 0,127$ ) na korzyść grupy kontrolnej.

## Ograniczenia

Badanie Riley 2016 dotyczyło pacjentów, którzy otrzymali skierowanie na terapię fizjoterapeutyczną. Nie można zatem przełożyć uzyskanych wyników na organizację opieki fizjoterapeutycznej z bezpośrednim (nie wymagającym skierowania) dostępem do fizjoterapeuty. Autorzy badania wskazują na możliwość wystąpienia stronniczości wynikającą z przeprowadzania analizy danych przez lekarzy oraz fizjoterapeutów. Brak bezpośredniego wskazania w tekście publikacji osób odpowiedzialnych za przegląd danych.

W badaniu Pendergast 2012 autorzy wyłączyli z analizy danych 1% najwyższych oraz 1% najniższych wyników uzyskanych w badaniu.

Zidentyfikowane i włączone do analizy badania dotyczyły tylko populacji USA.

### 4.3. Rekomendacje i wytyczne kliniczne

W dniu 13.11.2018 r. przeszukano również strony polskich oraz zagranicznych i międzynarodowych towarzystw naukowych, organizacji i instytucji oraz internetowe strony wybranych organizacji zajmujących się HTA i EBM w celu odnalezienia aktualnych wytycznych dotyczących organizacji opieki fizjoterapeutycznej oraz fizjoterapeutów pierwszego kontaktu. Wyszukiwaniem objęto lata 2004–2018.

Strony internetowe towarzystw związanych z rekomendacjami klinicznymi, zgodnie z wykazem internetowych źródeł informacji:

- Guidelines International Network (GIN), [www.g-i-n.net/](http://www.g-i-n.net/)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), [www.guidance.nice.org.uk/CG](http://www.guidance.nice.org.uk/CG)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC), [www.nhmrc.gov.au/guidelines/index.htm](http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/index.htm)
- Belgian Federal Health Care Knowledge Centre (KCE ) <http://kce.fgov.be>
- National Guideline Clearinghouse (NGC) [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
- Trip Data Base (TRIP) [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) <http://www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm>
- The Royal Australian College of General Practitioners Ltd. (RACGP) <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/>
- HealthInsite / HealthDirect, Australian Government initiative (AGI) <https://www.healthdirect.gov.au>
- East Lancashire Health Economy (ELHE) <http://www.elmmb.nhs.uk/guidelines>
- Embase <http://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi>
- Medycyna Praktyczna (MP) [www.mp.pl](http://www.mp.pl)
- PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- the Swedish National Board of Health and Welfare (SNBoHaW) <http://www.socialstyrelsen.se/nationalguidelines>
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) <https://www.icsi.org/guidelines> [more](#)

Przeprowadzono również wyszukiwanie w ogólnodostępnych wyszukiwarkach internetowych (Google.com) przy wykorzystaniu następujących słów kluczowych: *first contact/primary physiotherapy/physio, physical therapy, guidelines*.

Do opracowania włączono 1 rekomendację: CSP 2018.

Podsumowanie najważniejszych odnalezionych informacji przedstawiono w tabeli poniżej.

**Tabela 30. Podsumowanie wytycznych**

Wytyczna	Opis
<p><b>CSP 2018</b></p> <p>Wytyczne dotyczą implementacji praktyki fizjoterapeuty pierwszego kontaktu w praktyce lekarza ogólnego w Anglii.</p> <p>Wytyczne zostały opracowane jako aktualizacja</p>	<p>Wytyczne wskazują, iż rola fizjoterapeuty pierwszego kontaktu polega (poprzez bezpośrednie przekierowanie do niego pacjentów, u których występują dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego) na opracowaniu odpowiedniej ścieżki fizjoterapii, po wstępnej wizycie u lekarza ogólnego.</p> <p>Wprowadzenie fizjoterapeuty pierwszego kontaktu (ang. first contact physiotherapist, dalej: FCP) powinno być częścią przemodelowania ścieżki pacjenta z zaburzeniami układu mięśniowo-szkieletowego.</p> <p>W publikacji zaproponowano nowy <b>model ścieżki postępowania</b> dla pacjentów w porównaniu do doczasowego modelu leczenia, wraz z szacowanym czasem oczekiwania. Szczegóły przedstawiono na poniższym schemacie.</p>

Wytyczna	Opis	
poprzednich wytycznych oraz konsensusu eksperckiego.	<b>Tradycyjna ścieżka pacjenta</b>	vs. <b>Ścieżka pacjenta po wprowadzeniu FCP</b>
	Wystąpienie problemu układu mięśniowo-szkieletowego	Wystąpienie problemu układu mięśniowo-szkieletowego
	↓	↓
	Wizyta pacjenta u lekarza ogólnego – analgezja oraz porada	Kontakt pacjenta z przychodnią POZ – propozycja wizyty u fizjoterapeuty pierwszego kontaktu
	↓	↓
	Powrót pacjenta z powodu nadal występujących problemów	Pacjent otrzymuje poradę, analgezję oraz zlecenie na 4 tygodniowy zestaw ćwiczeń. W tym samym czasie zostaje skierowany na badania obrazowe oraz poinformowany o wynikach
	↓	↓
	Skierowanie pacjenta na fizjoterapię. Czas oczekiwania – 6 tygodni; czas leczenia – 4 tygodnie.	Skierowanie na konsultację chirurgiczną. Łączny czas oczekiwania dla pacjenta – 6 tygodni
↓	↓	
Ciągłe występowanie problemu, pacjent zostaje skierowany do „interface service”. 6 tygodni oczekiwania		
↓		
Pacjent zostaje skierowany na diagnostykę obrazową oraz poinformowany o wynikach. 4 tygodnie oczekiwania + 1 tydzień oczekiwania.		
↓		
Skierowanie na konsultację chirurgiczną. Łączny czas oczekiwania dla pacjenta – 22 tygodnie.		
<p><b>W wytycznych wskazano następujące korzyści płynące z wprowadzenia FCP do praktyki ogólnej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dla pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szybki dostęp do ekspertów w dziedzinie chorób układu mięśniowo-szkieletowego – ocena stanu, diagnostyka, leczenie oraz porada.</li> <li>• Zapobieganie przekształcaniu problemów doraźnych w schorzenia przewlekłe.</li> <li>• Zwiększenie satysfakcji pacjenta.</li> <li>• Krótsza ścieżka postępowania, mniej odbytych konsultacji ze specjalistami.</li> <li>• Uproszczona ścieżka postępowania, mniejsza szansa na pominięcie wizyty przez pacjenta oraz zmniejszenie problemów administracyjnych.</li> <li>• Okazja, aby przekazać pacjentowi wskazówki w zakresie modyfikacji stylu życia oraz ćwiczeń fizjoterapeutycznych.</li> <li>• Dłuższy czas trwania wizyty, komfort oraz satysfakcja pacjenta.</li> </ul> </li> <li>2. Dla lekarza ogólnego: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oszczędność czasu poprzez zdjęcie obowiązku kierowania pacjenta do poszczególnych specjalistów.</li> <li>• Zmniejszenie kosztów związanych z wystawianiem recept.</li> <li>• Diagnostyka problemów mięśniowo-szkieletowych prowadzona w miejscu.</li> <li>• Rozwój w zakresie zarządzania klinicznego oraz możliwość rozwoju placówki.</li> <li>• Wsparcie w realizacji celów terapeutycznych.</li> </ul> </li> <li>3. Dla systemu ochrony zdrowia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zmniejszenie liczby skierowań z powodu schorzeń mięśniowo-szkieletowych do opieki szpitalnej/ambulatoryjnej, co skutkuje zmniejszeniem popytu na wizyty oraz skrócenie czasu oczekiwania do ortopedów, poradni leczenia bólu, fizjoterapii środowiskowej oraz klin k diagnostyki i leczenia schorzeń mięśniowo-szkieletowych (ang. Clinical Musculoskeletal Assessment and Treatment Service, CMATS).</li> <li>• Lepsze wykorzystanie możliwości diagnostyki obrazowej.</li> <li>• Zmniejszenie liczby niezasadnych skierowań do konsultacji chirurgicznej.</li> <li>• Lepsza współpraca z wolontarystycznymi grupami wsparcia oraz organizacjami pacjentów w celu zapewnienia stałego wsparcia dla osób cierpiących na schorzenia mięśniowo-szkieletowe.</li> </ul> </li> <li>4. Dla fizjoterapeutów: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykorzystanie wiedzy i umiejętności oraz wzmacnianie roli fizjoterapeuty w zespołach interdyscyplinarnych.</li> </ul> </li> </ol>		



Wytyczna	Opis																				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Możliwość rozwoju i wykorzystania zakresu uprawnień fizjoterapeutów, w tym związanych z samodzielnym przepisywaniem iniekcji oraz kierowaniem na diagnostykę obrazową.</li> <li>Możliwość zdobywania doświadczenia, nauki oraz umiejętności za czym idzie poprawa jakości świadczeń oraz możliwość implementacji nowych praktyk klinicznych opartych na dowodach (ang. Evidence-based practice, EBP)</li> </ul> <p><b>W wytycznych przedstawiono kryteria kwalifikacji pacjenta do wizyty FCP.</b> Szczegóły przedstawiono na poniższym schemacie:</p> <table border="1" data-bbox="319 448 790 862"> <thead> <tr> <th>Kryteria włączenia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wszystkie urazy kanek miękkich, skręcenia, nadwyrężenia, urazy sportowe – kończyna dolna oraz górna</td> </tr> <tr> <td>Artretyzm – dowolny staw</td> </tr> <tr> <td>Podejrzanie wystąpienia problemów z mięśniami, więzadłami, ścięgnami, kości (np. łokieć tenisisty), zespół cieśni nadgarstka, skręcenia kostki</td> </tr> <tr> <td>Ból kręgosłupa w obrębie odcinka lędźwiowego, piersiowego oraz szyjnego</td> </tr> <tr> <td>Ból kręgosłupa, w tym objawy w obrębie kończyn górnych/dolnych z/bez objawów neurologicznych</td> </tr> <tr> <td>Zmiany w ruchomości stawów</td> </tr> <tr> <td>Po operacjach ortopedycznych</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="853 448 1332 1019"> <thead> <tr> <th>Kryteria wyłączenia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poważny stan pacjenta</td> </tr> <tr> <td>Osoby poniżej 16 roku życia</td> </tr> <tr> <td>Ostry ból dolnej części pleców, gdy APP (ang. Advance Practice provider) nie jest dostępne</td> </tr> <tr> <td>Konieczność zastosowania odpowiedniego postępowania medycznego w chorobach reumatoidalnych</td> </tr> <tr> <td>Kobiety – w okresie ciąży i porodu</td> </tr> <tr> <td>Pacjenci unieruchomieni w domu</td> </tr> <tr> <td>Rewizja leczenia farmakologicznego</td> </tr> <tr> <td>Objawy neurologiczne bądź ze strony układu oddechowego</td> </tr> <tr> <td>Bóle głowy</td> </tr> <tr> <td>Kryzys psychiczny</td> </tr> <tr> <td>Pacjenci, którzy nie chcą skorzystać z wizyty u FCP</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Finansowanie</b>  FCP jest w stanie samodzielnie zarządzać wizytami pacjentów ze schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi. Fizjoterapeuta może być zatrudniony w praktyce lekarza ogólnego w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontraktowanie – gdzie fizjoterapeuta jest opłacany według stawki godzinowej za swoje usługi.</li> <li>Bezpośrednie zatrudnienie fizjoterapeuty i wypłacanie mu wynagrodzenia.</li> <li>Zaproszenie fizjoterapeuty do przyłączenia się do praktyki jako partnera.</li> </ul>	Kryteria włączenia	Wszystkie urazy kanek miękkich, skręcenia, nadwyrężenia, urazy sportowe – kończyna dolna oraz górna	Artretyzm – dowolny staw	Podejrzanie wystąpienia problemów z mięśniami, więzadłami, ścięgnami, kości (np. łokieć tenisisty), zespół cieśni nadgarstka, skręcenia kostki	Ból kręgosłupa w obrębie odcinka lędźwiowego, piersiowego oraz szyjnego	Ból kręgosłupa, w tym objawy w obrębie kończyn górnych/dolnych z/bez objawów neurologicznych	Zmiany w ruchomości stawów	Po operacjach ortopedycznych	Kryteria wyłączenia	Poważny stan pacjenta	Osoby poniżej 16 roku życia	Ostry ból dolnej części pleców, gdy APP (ang. Advance Practice provider) nie jest dostępne	Konieczność zastosowania odpowiedniego postępowania medycznego w chorobach reumatoidalnych	Kobiety – w okresie ciąży i porodu	Pacjenci unieruchomieni w domu	Rewizja leczenia farmakologicznego	Objawy neurologiczne bądź ze strony układu oddechowego	Bóle głowy	Kryzys psychiczny	Pacjenci, którzy nie chcą skorzystać z wizyty u FCP
Kryteria włączenia																					
Wszystkie urazy kanek miękkich, skręcenia, nadwyrężenia, urazy sportowe – kończyna dolna oraz górna																					
Artretyzm – dowolny staw																					
Podejrzanie wystąpienia problemów z mięśniami, więzadłami, ścięgnami, kości (np. łokieć tenisisty), zespół cieśni nadgarstka, skręcenia kostki																					
Ból kręgosłupa w obrębie odcinka lędźwiowego, piersiowego oraz szyjnego																					
Ból kręgosłupa, w tym objawy w obrębie kończyn górnych/dolnych z/bez objawów neurologicznych																					
Zmiany w ruchomości stawów																					
Po operacjach ortopedycznych																					
Kryteria wyłączenia																					
Poważny stan pacjenta																					
Osoby poniżej 16 roku życia																					
Ostry ból dolnej części pleców, gdy APP (ang. Advance Practice provider) nie jest dostępne																					
Konieczność zastosowania odpowiedniego postępowania medycznego w chorobach reumatoidalnych																					
Kobiety – w okresie ciąży i porodu																					
Pacjenci unieruchomieni w domu																					
Rewizja leczenia farmakologicznego																					
Objawy neurologiczne bądź ze strony układu oddechowego																					
Bóle głowy																					
Kryzys psychiczny																					
Pacjenci, którzy nie chcą skorzystać z wizyty u FCP																					

## 5. Opinie ekspertów w sprawie zasadności implementacji POF

Weryfikację zasadności wprowadzenia zmian organizacji i finansowania świadczeń stanowiących zabezpieczenie podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych w polskim systemie ochrony zdrowia przeprowadzono w oparciu o badanie opinii eksperckich. Analitycy Agencji przekazali formularze oceny do łącznie 11 ekspertów, stanowiących główną grupę interesariuszy w przedmiotowej kwestii. Wśród nich wyróżniono:

**Tabela 31. Lista ekspertów, do których przekazano prośbę o opinię w sprawie zasadności implementacji POF**

Lp.	Imię i nazwisko eksperta	Afiliacja
1	Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)	Narodowy Fundusz Zdrowia
2	Prof. dr hab. n. med. Piotr Majcher	Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
3	Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegieliński	Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii
4	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Naczelnej Rady Lekarskiej
5	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
6	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Krajowej Izby Fizjoterapeutów
7	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii
8	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia
9	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Zarządu Głównego Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska
10	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny
11	[REDAKTOWANE]	[REDAKTOWANE] Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”

Odpowiedzi na zapytanie udzieliło łącznie 6 ekspertów/przedstawicieli instytucji.

Formularz oceny zawierał 6 pytań, które dotyczyły:

- 1) zasadności organizacji zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów poprzez:
  - a) utworzenie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF) lub,
  - b) zmiany w obecnie funkcjonującej fizjoterapii ambulatoryjnej np. poprzez włączenie elementów POF (zmiany o charakterze ewolucyjnym w stosunku do aktualnych uwarunkowań prawno-organizacyjnych);
- 2) zasadności wdrożenia proponowanych alternatywnych modeli POF I, POF II, POF III, POF+FA;
- 3) wskazania najbardziej właściwego modelu organizacji POF;
- 4) wskazania najbardziej właściwego modelu finansowania POF;
- 5) zdefiniowania populacji pacjentów ze względu na właściwy tryb udzielania dedykowanych świadczeń (w ramach zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych);
- 6) uprawnień personelu (fizjoterapeuty) do realizacji świadczeń w ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej.

Wyniki indywidualnych rekomendacji wiodących ekspertów/przedstawicieli instytucji w przedmiotowym zakresie prezentują poszczególne zestawienia tabelaryczne.

**Tabela 32. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności organizacji zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów poprzez utworzenie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF)**

Utworzenie POF		
Ekspert	Wprowadzenie rozwiązania	Uzasadnienie

NFZ	TAK	Utworzenie POF pozwoli na zmniejszenie kolejek oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne w pozostałych zakresach świadczeniobiorców w stanach ostrych, wymagających wczesnej interwencji.
[REDAKTOWANE]	TAK	Koncepcja stanowi uzupełnienie kompleksowej opieki opartej na lekarzu rodzinnym. Znajduje uzasadnienie w przypadku realizacji potrzeb rehabilitacyjnych opartych głównie na fizjoterapii oraz elementach profilaktycznych w przypadkach osób o przewlekłym, stabilnym przebiegu chorób. Stanowić może pierwszy poziom referencyjności rehabilitacji, czyli zastosowanie fizjoterapii ty ko do kinezyterapii. Fizykoterapia najczęściej stanowi element przygotowawczy do kinezyterapii lub rzadziej element monoterapii.
[REDAKTOWANE]	NIE	W pełni otwarty dostęp do POF-u bez ograniczeń spowoduje przelanie strumienia pieniędzy na osoby o bardzo dużych potrzebach. Wymagane jest wdrożenia mechanizmów ograniczających czas trwania fizjoterapii, rzetelnej weryfikacji jej efektów tak, by nie doszło do sytuacji, w której długoterminowo realizowana fizjoterapia sama w sobie stanowi „ograniczenie opieki lekarskiej” (pacjenci w trakcie fizjoterapii mogą czuć się bezpiecznie, czują się bowiem zaopiekowani i pomimo zmiany ich stanu i potrzeby diagnostyki lekarskiej lub potrzeby innych procedur lekarskich). Powinna istnieć weryfikacja stanu zdrowia chorego przez lekarza, który w razie potrzeby skieruje pacjenta do specjalisty.
[REDAKTOWANE]	NIE	Z założeń opisanych w koncepcji wynika, że większość pacjentów korzystających w obecnym systemie z świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej zakwalifikowanych zostanie do POF. Jaki wniosek zmiana nie wpłynie znacząco na poprawę jakości i dostępności do świadczeń. Tworzenie nowego zakresu, w którym udzielane będą świadczenia fizjoterapeutyczne wydaje się bezzasadne, ponieważ podobne korzyści osiągnąć można przez modyfikację aktualnych regulacji poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian w funkcjonującej obecnie fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	-	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	TAK	POF zwiększy dostępność pacjentów do fizjoterapii, szczególnie w mniejszych ośrodkach. Upowszechni zasady współpracy pacjenta z fizjoterapeutą i lekarzem. Zapewni świadomy współudział pacjenta w procesie terapii.
[REDAKTOWANE]	NIE	Zgodnie z założeniami (kryteriami włączenia do POF) około 90% pacjentów korzystających w obecnym systemie z świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej zakwalifikowanych zostanie do POF. Biorąc pod uwagę w/w, radykalne zmiany systemu doprowadzą jedynie do „zastąpienia” Fizjoterapii Ambulatoryjnej - Podstawową Opieką Fizjoterapeutyczną co nie wpłynie znacząco na poprawę jakości i dostępności do świadczeń. Tworzenie nowego zakresu, w którym udzielane będą świadczenia fizjoterapeutyczne wydaje się zatem niezasadne, ponieważ podobne korzyści osiągnąć można będzie poprzez wprowadzenie odpowiednich zmian w funkcjonującej obecnie fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Spośród 6 ekspertów, połowa (tj. 3 ekspertów, przy czym jeden ekspert sformułował argumenty zarówno w postaci mocnych stron i szans jakie wnosi rozwiązanie POF, jak i wynikających z takiego rozwiązania zagrożeń) wskazała na zasadność organizacji zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów poprzez utworzenie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF). Zasadność tę uzasadniano głównie:

- zmniejszeniem kolejek na fizjoterapię i rehabilitację leczniczą w ramach innych poziomów opieki,
- możliwością realnego zabezpieczenia potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów z chorobami przywykłymi,
- możliwością wprowadzenia działań profilaktycznych w ramach edukacji i fizjoprofilaktyki.

Negatywne opinie dotyczyły w głównej mierze przekierowania środków finansowych z innych poziomów opieki na świadczenia dedykowane POF oraz ryzyka zmniejszenia dostępności do świadczeń fizjoterapii względem stanu obecnego.

**Tabela 33. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności organizacji zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów poprzez (wyłącznie) zmiany w obecnie funkcjonującej fizjoterapii ambulatoryjnej**

Zmiany w fizjoterapii ambulatoryjnej		
Ekspert	Wprowadzenie rozwiązania	Uzasadnienie
NFZ	TAK	Obecny system prawny niewystarczająco różnicuje świadczeniobiorców w zależności od stanu zdrowia i potrzeby zastosowania szybkiej terapii.
[REDAKTOWANE]	TAK	Ma stanowić element spójnego, wielostopniowego systemu rehabilitacji.
[REDAKTOWANE]	NIE	Sama zmiana w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej bez zmian w pozostałych zakresach i warunkach realizacji rehabilitacji nie przyczyni się do poprawy sytuacji.
[REDAKTOWANE]	TAK	Modyfikacja obecnych regulacji w obszarze dziś dostępnych zakresów świadczeń: fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej (m.in. kolejki centralne (PESEL), limit zabiegów w roku kalendarzowym, podstawa rozliczenia świadczeń, ocena stanu funkcjonalnego i efektów prowadzonej terapii, bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty, kwalifikacja do świadczeń przeprowadzana przez fizjoterapeutę, wybór jednego świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, który chce skorzystać ze świadczeń, zwiększenie finansowania, zmiana wykazu świadczeń gwarantowanych itp.) można bez „zbędnej rewolucji” i radykalnych zmian systemowych poprawić jakość oraz dostępność do w/w świadczeń.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	TAK	Zmiany ewolucyjne są znacznie lepiej odbierane społecznie niż zmiany rewolucyjne. Proponuję przeniesienie opieki fizjoterapeutycznej nad pacjentami z przewlekłymi schorzeniami narządu ruchu, wynakającymi z choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych i kręgosłupa, do POZ.
[REDAKTOWANE]	NIE	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	TAK	Przy wprowadzeniu kilku „kluczowych” zmian prawno-organizacyjnych w fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej (m.in. kolejki centralne (PESEL), limit zabiegów w roku kalendarzowym, kryterium usieciowienia, podstawa rozliczenia świadczeń, ocena stanu funkcjonalnego i efektów prowadzonej terapii, bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty, kwalifikacja do świadczeń przeprowadzana przez fizjoterapeutę, wybór jednego świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, który chce skorzystać ze świadczeń, zwiększenie finansowania, rozszerzenie możliwości podpisania umowy na realizację świadczeń w drodze negocjacji lub rokowań itp.) można bez „zbędnej rewolucji” i radykalnych zmian systemowych poprawić jakość oraz dostępność do w/w świadczeń. Zmiany te będą mogły być wprowadzone dużo szybciej i sprawniej co pozwoli na szybką i skuteczną reformę, która jest niezbędna w tym zakresie świadczeń.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Wskazano zasadność zróżnicowania grupy pacjentów kwalifikujących się do udzielenia świadczeń (w zależności od stanu zdrowia i potrzeby zastosowania szybkiej terapii). Zaproponowano zawężenie populacji pacjentów dedykowanych modelowi POF w ramach POZ do grupy pacjentów z przewlekłymi schorzeniami narządu ruchu, wynikającymi z choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych i kręgosłupa. Zaproponowano modyfikację obecnej formy fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej poprzez:

- zmianę rejestru centralnego kolejki oczekujących na świadczenia pacjentów ze względu na PESEL oraz możliwość wyboru jednego świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę,
- wprowadzenie limitu zabiegów w roku kalendarzowym,
- zmianę podstawy rozliczenia świadczeń (przy czym nie wskazano proponowanego, optymalnego sposobu finansowania),
- ocenę stanu funkcjonalnego i efektów prowadzonej terapii,
- bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty,
- kwalifikację do świadczeń przeprowadzaną przez fizjoterapeutę,
- zwiększenie finansowania,
- zmiana wykazu świadczeń gwarantowanych.

**WNIOSKI:** Wyniki badania wskazują, iż wśród ekspertów/przedstawicieli głównych interesariuszy przedmiotowej kwestii nie ma jednoznacznej zgody ani co do zasadności wdrożenia POF, ani również jednoznacznej krytyki

takiego rozwiązania. Analiza wyników badania pozwala przypuszczać, iż część respondentów odniosła się do zasadności zmian w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej „samej w sobie”, nie zaś jako alternatywna dla utworzenia podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF), stanowiącej formę zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów. Część opinii dotyczyła oceny zasadności POF vs. zmiany w obecnej fizjoterapii ambulatoryjnej w oderwaniu od pełnej „koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”, prawdopodobnie stąd też liczebność negatywnych ocen i sformułowanych w tych kontekście uzasadnień (np. „sama zmiana w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej bez zmian w pozostałych zakresach i warunkach realizacji rehabilitacji nie przyczyni się do poprawy sytuacji”).

**Tabela 34. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF I**

POF I		
Ekspert	Wprowadzenie rozwiązania	Uzasadnienie
NFZ	NIE	Uzależnienie od POZ powoduje ograniczenia w dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych z powodu braku wyboru pracowni fizjoterapii przez świadczeniobiorcę. Dodatkowo obciąża lekarzy POZ. Istnieje ryzyko ograniczania ilości skierowań przez lekarzy POZ.
[REDAKTOWANE]	Brak odpowiedzi	Zasadne jest wdrożenie modelu POF I połączonego z FA
[REDAKTOWANE]	NIE	1. Pacjent nie będzie miał prawa wyboru podmiotu, który będzie miał prowadzić fizjoterapię, miejsce to wybierze/ narzuci lekarza POZ. 2. Pozostawienie budżetu powierzonego na POF lekarzowi POZ może doprowadzić do sytuacji, środki przeznaczone na fizjoterapię będą „konsumowane” również na inne cele. 3. Rozliczenie poprzez stawkę kapitulacyjną kalkulowaną zgodnie z deklaracjami pacjentów do lekarza POZ - z uwagi na brak szczegółowych analiz (wskazane z przesłanym opracowaniem są na dużym poziomie ogólności) a zatem brak możliwości szacunkowego obliczenia takiej stawki kapitulacyjnej. Z uwagi, że jest to nowy zakres, który w dużej części ma przejąć większość dzisiejszych odbiorców fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej włączenie tej propozycji w obecnym kształcie może zostać zaakceptowane. 4. Raport o stanie zdrowia oraz efektach terapii powinien być przekazany do płatnika z uwagi na zagrożenie nieobiektywnej oceny efektów udzielonych świadczeń. 5. Wszystkie świadczenia udzielone w warunkach domowych (zarówno w schorzeniach przewlekłych jak i po zabiegach operacyjnych) muszą być rozliczane na zasadzie "fee for service" aż wizytę lub interwencję mierzoną w jednostce czasu. 6. Brak bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty, lekarz POZ koordynuje realizację świadczeń fizjoterapeutycznych. Kluczem poprawy dostępności do świadczeń jest rola gatekeeper'a pełniona przez fizjoterapeutę, który bezpośrednio oceni stan funkcjonalny chorego oraz „potrzeby i możliwości terapeutyczne” w oparciu o stan funkcjonalny chorego.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	NIE	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	NIE	W obecnych warunkach kadrowych i lokalowych dużej liczby podmiotów POZ model niemożliwy do upowszechnienia
[REDAKTOWANE]	NIE	1. Świadczeniobiorca będzie mógł korzystać ze świadczeń tylko w miejscu wskazanym (narzuconym przez lekarza POZ) pozbawiony jest możliwości wyboru pracowni, w której świadczenia są udzielane np. bardziej kompleksowo, na wyższym poziomie itd. 2. W sytuacji, kiedy dysponentem budżetu powierzonego na POF będzie lekarz (właściciel POZ) możemy mieć do czynienia z sytuacją, w której część środków zostanie np. „spożytkowana na inne cele”. Te rozwiązanie jest niedopuszczalne - wprowadzenie „pośredniego” płatnika świadczeń może doprowadzić do „konfliktu interesów”. 3. Podstawą rozliczeń jest kapitulacja kalkulowana zgodnie z deklaracjami pacjentów do lekarza POZ - nie ma wyczerpujących danych statystycznych na podstawie, których można by obliczyć stawkę kapitulacyjną. Na jakiej podstawie ma być wyliczony ryczałt, skoro jest to zupełnie nowy zakres, w który świadczenia nigdy nie były realizowane (potrzebny byłby pilotaż, który znacznie przedłuży wprowadzenie zmian). 4. Raport o stanie zdrowia oraz efektach terapii musi być przekazywany do płatnika, czyli do NFZ, a nie „pośrednik” (lekarza POZ). Przekazywanie raportu do POZ może prowadzić do nieobiektywnej oceny efektów udzielonych świadczeń. 5. Wszystkie świadczenia udzielone w warunkach domowych (zarówno w schorzeniach przewlekłych jak i po zabiegach operacyjnych) muszą być rozliczane na zasadzie „fee for service” za wizytę lub interwencję mierzoną w jednostce czasu. 6. Brak bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty, lekarz POZ koordynuje realizację świadczeń fizjoterapeutycznych. Kluczem poprawy dostępności do świadczeń jest rola gatekeeper'a pełniona przez fizjoterapeutę, który bezpośrednio oceni stan funkcjonalny chorego oraz „potrzeby i możliwości terapeutyczne” w oparciu o stan funkcjonalny chorego.

**PODSUMOWANIE:** W świetle wyników ocen eksperckich wykazano brak możliwości implementacji modelu POF I. Głównym argumentem było uniemożliwienie świadczeniobiorcy samodzielnego wyboru pracowni fizjoterapii (tej z której chce korzystać). Ponadto model POF I według ekspertów niepotrzebnie powodowałby wyodrębnienie pośrednika w płatnościach pomiędzy NFZ, a pracownią fizjoterapii. Wyłącznie jeden ekspert wskazał na zasadność wdrożenie modelu POF I natomiast zmodyfikowanego o połączenie z aktualną fizjoterapią ambulatoryjną.

**Tabela 35. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF II**

POF II		
Ekspert	Wprowadzenie rozwiązania	Uzasadnienie
NFZ	NIE	Uzależnienie od POZ powoduje ograniczenia w dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych z powodu braku wyboru pracowni fizjoterapii przez świadczeniobiorcę. Dodatkowo obciąża lekarzy PÓZ. Istnieje ryzyko ograniczania ilości skierowań przez lekarzy POZ.
	Brak odpowiedzi	Zasadne jest wdrożenie modelu POF I połączonego z FA
	NIE	1. Pacjent nie będzie miał prawa wyboru podmiotu, który będzie miał prowadzić fizjoterapię, miejsce to wybierze/ narzuci lekarza POZ. 2. Pozostawienie budżetu powierzonego na POF lekarzowi POZ może doprowadzić do sytuacji, środki przeznaczone na fizjoterapię będą „konsumowane” również na inne cele. 3. Rozliczenie poprzez stawkę kapitacyjną kalkulowaną zgodnie z deklaracjami pacjentów do lekarza POZ - z uwagi na brak szczegółowych analiz (wskazane z przesłanym opracowaniu są na dużym poziomie ogólności) a zatem brak możliwości szacunkowego obliczenia takiej stawki kapitacyjnej. Z uwagi, że jest to nowy zakres, który w dużej części ma przejąć większość dzisiejszych odbiorców fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej włączenie tej propozycji w obecnym kształcie może zostać zaakceptowane. 4. Raport o stanie zdrowia oraz efektach terapii powinien być przekazany do płatnika z uwagi na zagrożenie nieobiektywnej oceny efektów udzielonych świadczeń. 5. Brak bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty, lekarz POZ koordynuje realizację świadczeń fizjoterapeutycznych. Kluczem poprawy dostępności do świadczeń jest rola gatekeeper'a pełniona przez fizjoterapeutę, który bezpośrednio oceni stan funkcjonalny chorego oraz „potrzeby i możliwości terapeutyczne” w oparciu o stan funkcjonalny chorego.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	NIE	Brak odpowiedzi
	TAK	Model do rozważenia przy znajomości realiów finansowych. Na dzisiaj lekarze POZ nie zdecydują się na budżet powierzony w zakresie fizjoterapii przy braku określenia wysokości finansowania, a szczególnie przy jego limitowaniu
	NIE	1. Świadczeniobiorca będzie mógł korzystać ze świadczeń tylko w miejscu wskazanym (narzuconym przez lekarza POZ) pozbawiony jest możliwości wyboru pracowni, w której świadczenia są udzielane np. bardziej kompleksowo, na wyższym poziomie itd. 2. Podstawą rozliczeń jest kapitaacja kalkulowana zgodnie z deklaracjami pacjentów do lekarza POZ - nie ma wyczerpujących danych statystycznych na podstawie, których można by obliczyć stawkę kapitacyjną. Na jakiej podstawie ma być wyliczony ryczałt, skoro jest to zupełnie nowy zakres, w którym świadczenia nigdy nie były realizowane (potrzebny byłby pilotaż, który znacznie przedłuży wprowadzenie zmian). 3. Raport o stanie zdrowia oraz efektach terapii musi być przekazywany do płatnika, czyli do NFZ, a nie „pośrednika” (lekarza POZ). Przekazywanie raportu do POZ może prowadzić do nieobiektywnej oceny efektów udzielonych świadczeń. 4. Wszystkie świadczenia udzielone w warunkach domowych (zarówno w schorzeniach przewlekłych jak i po zabiegach operacyjnych) muszą być rozliczane na zasadzie „free for service” za wizytę lub interwencję mierzoną w jednostce czasu. 5. Brak bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty, lekarz POZ koordynuje realizację świadczeń fizjoterapeutycznych. Kluczem poprawy dostępności do świadczeń jest rola gatekeeper'a pełniona przez fizjoterapeutę, który bezpośrednio oceni stan

		funkcjonalny chorego oraz „potrzeby i możliwości terapeutyczne” w oparciu o stan funkcjonalny chorego.
--	--	--

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Podobnie, jak w przypadku proponowanego modelu POF I eksperci wskazali brak możliwości wprowadzenia w życie propozycji POF II. Głównym powodem było w opinii ekspertów niezasadne uzależnienie POF od POZ. Uniemożliwia to bowiem świadczeniobiorcy samodzielne wybranie pracowni fizjoterapii, z której chce skorzystać oraz tym samym nakłada na lekarzy POZ obowiązek kontrolowania przebiegu fizjoterapii.

**Tabela 36. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF III**

POF III		
Ekspert	Wprowadzenie rozwiązania	Uzasadnienie
NFZ	TAK	Wybór świadczeniodawców w drodze konkursów ofert zachowuje konkurencyjność podmiotów. Finansowanie świadczeń bezpośrednio przez płatnika a nie za pośrednictwem POZ jest korzystniejszą formą dla podmiotu. Możliwość wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę. Składanie deklaracji do POF III powinno odbywać się na podobnych zasadach jak do POZ. Jednocześnie świadczeniobiorca może złożyć deklaracje tylko u jednego świadczeniodawcy i być przypisany do podmiotu do czasu jej zmiany.
██████████	Brak odpowiedzi	Zasadne jest wdrożenie modelu POF I połączonego z FA
██████████	NIE	1. Zgodnie z opisem wprowadzenie zakresu wprost prowadzi do likwidacji fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, brak jest bowiem gwarancji zwiększenia budżetu na świadczenia rehabilitację tak dalece niedoszacowane. Opis zawarty w dokumencie „koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej...” potwierdzają hipotezę. 2. Rozliczenie poprzez stawkę kapitacyjną ka kulowaną zgodnie z deklaracjami pacjentów do lekarza POZ - z uwagi na brak szczegółowych analiz (wskazane z przesłanym opracowaniem są na dużym poziomie ogólności) a zatem brak możliwości szacunkowego obliczenia takiej stawki kapitacyjnej. Z uwagi, że jest to nowy zakres, który w dużej części ma przejąć większość dzisiejszych odbiorców fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej włączenie tej propozycji w obecnym kształcie może zostać zaakceptowane. 3. Wszystkie świadczenia udzielone w warunkach domowych (zarówno w schorzeniach przewlekłych jak i po zabiegach operacyjnych) muszą być rozliczane na zasadzie „free for service” za wizytę lub interwencję mierzoną w jednostce czasu. W tej propozycji podobnie jak w POF 1 i POFII chorzy w stanie przewlekłym i w stanie ostrym mają mieć udzielane świadczenia w warunkach domowych w ramach ryczałtu „stawki kapitacyjnej”.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	TAK	Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty jest jednym z postulatów Światowej Konfederacji Fizjoterapii (WCPT). Zdecydowanie przyczyni się to do ograniczenia ponoszonych kosztów przez płatnika i poprawi dostępność do świadczeń.
██████████	TAK	Najbardziej prawdopodobny scenariusz przy precyzyjnym określeniu warunków finansowania



	NIE	<p>1. Wprowadzenie nowego zakresu jakim jest POF doprowadzi do likwidacji Fizjoterapii Ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej, ponieważ MZ nie przeznaczył dodatkowego miliarda złotych, żeby te dwa zakresy mogły funkcjonować jednocześnie. Kryterium włączenia do POF oraz wnioski zawarte w dokumencie „koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej...” potwierdzają tę hipotezę.</p> <p>2. Podstawą rozliczeń jest kapitacja kalkulowana zgodnie z deklaracjami pacjentów do lekarza POZ - nie ma wyczerpujących danych statystycznych na podstawie, których można by obliczyć stawkę kapitacyjną. Na jakiej podstawie ma być wyliczony ryczałt, skoro jest to zupełnie nowy zakres, w którym świadczenia nigdy nie były realizowane (potrzebny byłby pilotaż, który znacznie przedłuży wprowadzenie zmian).</p> <p>3. Wszystkie świadczenia udzielone w warunkach domowych (zarówno w schorzeniach przewlekłych jak i po zabiegach operacyjnych) muszą być rozliczane na zasadzie „free for service” za wizytę lub interwencję mierzoną w jednostce czasu. W tej propozycji podobnie jak w POF I i POFII chorzy w stanie przewlekłym i w stanie ostrym mają mieć udzielane świadczenia w warunkach domowych w ramach ryczałtu „stawki kapitacyjnej”.</p>
--	-----	---

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Wyniki ocen eksperckich wskazały, iż propozycja POF III jest najbardziej prawdopodobna do wdrożenia. Zwrócono uwagę na brak pośredników między płatnikiem a podmiotem wykonującym świadczenia fizjoterapeutyczne. Pojawiają się uwagi odnośnie rozliczania świadczeń POF oraz tego, że należy wprowadzić pilotaż, dzięki któremu będzie można ocenić skuteczność wprowadzonych zmian oraz tego jak powinny wyglądać stawki za poszczególne świadczenia.

**Tabela 37. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF+FA**

Ekspert	Wprowadzenie rozwiązania	POF+FA
		Uzasadnienie
NFZ	NIE	Proponowany model w założeniach jest zbliżony do POF III.
	Brak odpowiedzi	Zasadne jest wdrożenie modelu POF I połączonego z FA
	TAK	<p>Model ten po dokonaniu oceny do połączenia POF III z fizjoterapią ambulatoryjną jest rozwinięciem POF III jednak nie wszystkie dobre rozwiązania zostały zaimplementowane do tego modelu.</p> <p>Wybrane elementy:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dysponentem budżetu jest fizjoterapeuta</li> <li>2. Raport o stanie zdrowia przekazywany do płatnika</li> <li>3. Pacjent wybiera świadczeniodawcę, którą ma realizować świadczenia fizjoterapeutyczne;</li> <li>4. Fizjoterapeuta planuje i wykonuje świadczenia w oparciu o przeprowadzoną ocenę stanu funkcjonalnego chorego</li> <li>5. Fizjoterapeuta pełni rolę gatekeepera'a</li> <li>6. Kryterium uwzględniające równomierny rozkład środków pod względem „demograficznym”</li> <li>7. Podstawą rozliczeń zarówno dla świadczeń w warunkach ambulatoryjnych</li> <li>8. Wyższa wycena świadczeń (osobodnia - wizyty) realizowanej w warunkach domowych oraz świadczeń udzielonych chorym w stanie ostrym.</li> <li>9. Dopuszczony tryb rokowań stanowiący podstawę zawarcia umowy z płatnikiem</li> </ol>
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	NIE	<i>Brak odpowiedzi</i>
	NIE	Model do realizacji raczej w większych ośrodkach

	TAK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Próba połączenia POF z fizjoterapią ambulatoryjną jest w pewnym sensie rozwinięciem myśli powyższej. Z tym, że niektóre rozwiązania zaproponowane dla POF III, wydają się lepsze, a niektóre dla POF +FA. Konkretne rozwiązanie w tabelach poniżej na przykładzie modelu POF +FA. Wybrane elementy: Dysponentem budżetu jest fizjoterapeuta</li> <li>2. Raport o stanie zdrowia przekazywany do płatnika</li> <li>3. Pacjent wybiera świadczeniodawcę, którą ma realizować świadczenia fizjoterapeutyczne;</li> <li>4. Fizjoterapeuta planuje i wykonuje świadczenia w oparciu o przeprowadzoną ocenę stanu funkcjonalnego chorego</li> <li>5. Fizjoterapeuta pełni rolę gatekeepera'a</li> <li>6. Kryterium uwzględniające równomierny rozkład środków pod względem „demograficznym”</li> <li>7. Podstawą rozliczeń zarówno dla świadczeń w warunkach ambulatoryjnych</li> <li>8. Wyższa wycena świadczeń (osobodnia - wizyty) realizowanej w warunkach domowych oraz świadczeń udzielonych chorym w stanie ostrym.</li> <li>9. Dopuszczony tryb rokowań stanowiący podstawę zawarcia umowy z płatnikiem</li> </ol>
--	-----	--

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Eksperci podkreślają, iż model POF + FA jest rozwinięciem propozycji POF III jednak ich zdaniem zabrakło implementacji poszczególnych (dobrych) rozwiązań. Jako dobre eksperci przyjęli:

- fizjoterapeuta będąc dysponentem budżetu może prawidłowo zaplanować i wykonywać świadczenia zarówno ambulatoryjne jak i domowe
- świadczeniobiorca może sam wybierać świadczeniodawcę
- model ten powinien umożliwiać równomierny rozkład środków
- podstawą płatności powinien być osobodzień (płatność za wykonaną wizytę) przy założeniu zróżnicowanej wyceny świadczeń realizowanych w warunkach domowych jak i u chorych w stanie ostrym

**Tabela 38. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez miejsca realizacji świadczeń**

Miejsce realizacji świadczeń		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Pracownia fizjoterapii lub miejsce przebywania pacjenta	Brak odpowiedzi
	pracownia fizjoterapii lub w miejscu zamieszkania/ pobytu pacjenta	Brak odpowiedzi
Prof. dr hab. N. med. Jan Szczepielniak	Pracownia fizjoterapii przy POZ lub gabinet/zakład fizjoterapii mający z umowę o współpracy z POZ	Uproszczenie systemu
	pracownia fizjoterapii lub w miejscu przebywania pacjenta	
	pracownia fizjoterapii lub w miejscu zamieszkania/ pobytu pacjenta	Brak odpowiedzi

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Jako model optymalny do wdrożenia w życie większość ekspertów wskazała model POF III, a najlepszym miejscem realizacji świadczeń wszyscy wskazali pracownię fizjoterapii. Dla pacjentów, którzy

ze względu na stan zdrowia nie mają możliwości dostać się do pracowni fizjoterapii świadczenia powinny być realizowane w miejscu pobytu pacjenta (np. w domu)

**Tabela 39. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez tryb realizacji świadczeń**

Tryb realizacji świadczeń		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Ambulatoryjne lub w warunkach domowych	Brak odpowiedzi
██████████	ambulatoryjnie lub w warunkach domowych	Brak odpowiedzi
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Ambulatoryjny lub w warunkach domowych	Zapewnienie opieki zarówno w warunkach domowych jak i ambulatoryjnych
██████████	ambulatoryjnie lub w warunkach domowych	Brak odpowiedzi
██████████	ambulatoryjnie lub w warunkach domowych	Brak odpowiedzi

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Eksperci wykazali, że świadczenia realizowane powinny być w trybie ambulatoryjnym lub w warunkach domowych. Zapewni to bowiem kompleksową realizację świadczeń.

**Tabela 40. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez populację objętą opieką**

Populacja objęta opieką		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Na podstawie deklaracji do POF do 500 osób u jednego świadczeniodawcy. Ilość świadczeniodawców na danym obszarze adekwatna do populacji mieszkańców.	Brak odpowiedzi
██████████	FA - do 8 000 mieszkańców na jedną wybraną pracownię fizjoterapii na obszarze gminy lub gminy sąsiednie (dla których liczba ludności nie przekracza 8 000 osób) Wprowadzenie wymogu składania deklaracji pacjentów do wybranej pracowni fizjoterapii przed rozpoczęciem korzystania ze świadczeń ściśle określone kryterium włączenia i wyłączenia do świadczeń domowych.	Równomierny rozkład środków pod względem demograficznym. Dzięki składaniu deklaracji pacjenci nie będą mogli korzystać ze świadczeń i kilku świadczeniodawców jednocześnie. Pozwoli to na pełną kontrolę procesu leczenia.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Na podstawie deklaracji do POZ	Uproszczenie systemu
██████████	POF - na podstawie deklaracji do POF Przynależność do POF zależna od przynależności do POZ.	Do POF kwalifikuje lekarz POZ z populacji, którą obejmuje opieką. Zapewni to koordynację procesu fizjoterapii i kontakt lekarza z fizjoterapeutą.

	<p>do 8 000 mieszkańców na jedną wybraną pracownię fizjoterapii na obszarze gminy lub gminy sąsiednie (dla których liczba ludności nie przekracza 8 000 osób)</p> <p>Wprowadzenie wymogu składania deklaracji pacjentów do wybranej pracowni fizjoterapii przed rozpoczęciem korzystania ze świadczeń</p> <p>Doprecyzowanie kryterium włączenia i wyłączenia do świadczeń domowych.</p> <p>Doprecyzowanie kryterium włączenia i wyłączenia do świadczeń ambulatoryjnych.</p> <p>Wsparcie gminy jako dostawcy kapitału (zasobów lokalowych, sprzętowych)</p>	<p>Rozgraniczenie przyjęć do świadczenia w trybie ambulatoryjnym i domowym.</p> <p>Każdy świadczeniodawca, będzie realizatorem świadczeń ambulatoryjnych i domowych.</p> <p>Równomierny rozkład środków pod względem demograficznym.</p> <p>Dzięki składaniu deklaracji pacjenci nie będą mogli korzystać ze świadczeń i kilku świadczeniodawców jednocześnie. Pozwoli to na pełną kontrolę procesu leczenia.</p> <p>Jasno określone kryteria włączenia i wyłączenia pacjentów ambulatoryjnych i domowych niezbędne do jednolitej kwalifikacji pacjentów do świadczeń.</p>
--	---	--

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Odnośnie populacji jaka ma zostać objęta opieką zdania ekspertów są podzielone. Część ekspertów uważa, iż powinno się to odbywać zgodnie z deklaracją POZ. Pozostali stwierdzili, że deklaracja składana powinna być bezpośrednio do POF. Argumentują to tym, że zadeklarowanie się do konkretnego świadczeniodawcy pozwoli na pełną kontrolę procesu rehabilitacji. Dodatkowo pacjent nie będzie miał możliwości korzystania z usług innych pracowni fizjoterapeutycznych w czasie obowiązywania deklaracji.

**Tabela 41. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez kierującego na świadczenia**

Kierujący na świadczenia		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub dostęp bezpośredni	Brak umowy współpracy z POZ powinno pozwalać na kierowanie przez innych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.
[REDAKTOWANE]	Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty.	W ramach modelu POF +FA, nie przewidziano modelu „dostępu bezpośredniego”, który jest w POF III dla pacjentów powinna być dostępna ta ścieżka. 90% chorych kwalifikujących się do tego zakresu świadczeń to pacjenci ze schorzeniami przewlekłymi, a pozostała część to chorzy do 30 dni po zabiegach operacyjnych lub po zaostrzeniu choroby przewlekłej. Bezdyskusyjnym jest więc fakt, że są to osoby z postawionym rozpoznaniem klinicznym, a większość z nich tj. chorzy po zabiegach i po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby w „niedalekiej przeszłości” mieli kontakt z lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Biorąc pod uwagę poprawę dostępności do świadczeń oraz możliwość odciążenia lekarzy POZ oraz AOS w pracy związanej z wystawianiem dodatkowych (zbędnych) skierowań - wprowadzenie możliwości bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty jest rozwiązaniem bardzo dobrym.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Bezpośredni dostęp	Uproszczenie systemu
[REDAKTOWANE]	Lekarz POZ za pierwszym razem potem dostęp bezpośredni	Lekarz POZ powierza opiekę fizjoterapeutyczną Pracowni POF, która informuje go o postępach procesu rehabilitacji

	Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty. Fizjoterapeuta planuje i wykonuje świadczenia w oparciu o przeprowadzoną ocenę stanu funkcjonalnego chorego oraz rozpoznanie ICD-10 i przeciwwskazania opisane w skierowaniu	W ramach modelu POF +FA, nie przewidziano modelu „dostępu bezpośredniego”, który jest w POF III i-dla pacjentów powinna być dostępna ta ścieżka. 90% chorych kwalifikujących się do tego zakresu świadczeń to pacjenci ze schorzeniami przewlekłymi, a pozostała część to chorzy do 30 dni po zabiegach operacyjnych lub po zaostrzeniu choroby przewlekłej. Bezdyskusyjnym jest więc fakt, że są to osoby z postawionym rozpoznaniem klinicznym, a większość z nich tj. chorzy po zabiegach i po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby w „niedalekiej przeszłości” mieli kontakt z lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Biorąc pod uwagę poprawę dostępności do świadczeń oraz możliwość odciążenia lekarzy POZ oraz AOS w pracy związanej z wystawianiem dodatkowych (zbędnych) skierowań - wprowadzenie możliwości bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty jest rozwiązaniem bardzo dobrym
--	---	--

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Eksperti proponują by kierującym na fizjoterapię był lekarz pierwszego kontaktu lub by dostęp do fizjoterapii był bezpośredni w zależności od tego jaki model zostanie ostatecznie zaimplementowany. Według części ekspertów dostęp bezpośredni jest swoistym uproszczeniem całego procesu dla pacjenta jak i lekarzy POZ i AOS.

Część ekspertów zwraca uwagę na brak dostępu bezpośredniego w POF + FA, który odciąży lekarzy POZ i AOS w pracy z wystawianiem dodatkowych skierowań i postulują wprowadzenie możliwości bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty. Część ekspertów wskazuje, że model ten pozwoli kierować nie tylko przez lekarzy POZ, ale także lekarzy z AOS.

**Tabela 42. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez wykonawcę świadczeń**

Wykonawca świadczeń		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Fizjoterapeuta	Brak odpowiedzi
	Min. 2 fizjoterapeutów w tym co najmniej jeden posiadający kwalifikacje do przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej/konsultacji fizjoterapeutycznej. Rolę gatekeeper'a pełni fizjoterapeuta.	Brak odpowiedzi
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	mgr fizjoterapii z 5 letnim doświadczeniem, specjalista fizjoterapii	Zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta poprzez odpowiednie wykształcenie fizjoterapeuty i doświadczenie zawodowe
	Fizjoterapeuta (niezależnie od POZ) Są wymagane formalne zasady objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ	Do populacji objętej opieką Pracowni Fizjoterapeutycznej należą pacjenci kierowani z konkretnego POZ, do którego są zadeklarowani
	Minimum 1 fizjoterapeuta posiadający kwalifikacje do przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej/ konsultacji fizjoterapeutycznej Rolę gatekeeper'a pełni fizjoterapeuta	Zapis minimum 2 fizjoterapeutów może ograniczyć realizację świadczeń w małych gminach, gdzie przeważają jednoosobowe gabinety.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Wykonawcą świadczeń powinien być fizjoterapeuta posiadający odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczenia. Większość ekspertów podkreśla, iż zwiększenie ilości fizjoterapeutów powyżej jednego może stanowić ograniczenie realizacji świadczeń szczególnie na obszarach, gdzie przeważają jednoosobowe gabinety fizjoterapeutyczne.

**Tabela 43. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez sposób deklaracji do POF**

Sposób deklaracji do POF		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Dobrowolna deklaracja do danego POF. Czas obowiązywania deklaracji taki jak w POZ. Jednocześnie deklaracja może być złożona tylko u jednego świadczeniodawcy POF. Możliwość 2-krotnej zmiany w ciągu roku.	Wymaganie aktualizowania przez świadczeniobiorcę co 3 miesiące deklaracji do danego POF będzie zbyt dużym utrudnieniem dla świadczeniobiorców zwłaszcza w grupie osób starszych/ niepełnych. Powyższy wymóg może stać się przepisem martwym oraz rodzić trudności sprawozdawcze.
	Wprowadzenie wymogu składania deklaracji pacjentów do wybranej pracowni fizjoterapii przed rozpoczęciem korzystania ze świadczeń - dobrowolna deklaracja do świadczeniodawcy. Możliwość zmiany deklaracji max 2 razy w roku.	Dzięki składaniu deklaracji pacjenci nie będą mogli korzystać ze świadczeń i kilku świadczeniodawców jednocześnie. Pozwoli to na pełną kontrolę procesu leczenia.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Automatyczny z deklaracjami do POZ	Uproszczenie systemu
	Deklaracją do POF równoznaczna z deklaracją u kierującego lekarza POZ. Deklaracja obowiązuje przez okres jednego roku z założeniem, że istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych ambulatoryjnych do 20 w roku kalendarzowym (z możliwością przedłużenia na wniosek lekarza do NFZ).	Powielenie deklaracji ułatwia koordynację procesu fizjoterapii pacjenta oraz zapewnia kontakt ułatwiający kwalifikację lub przeciwskazania do zabiegów fizjoterapii
	Wprowadzenie wymogu składania deklaracji pacjentów do wybranej pracowni fizjoterapii przed rozpoczęciem korzystania ze świadczeń - dobrowolna deklaracja do świadczeniodawcy. Możliwość zmiany deklaracji max 2 razy w roku.	Dzięki składaniu deklaracji pacjenci nie będą mogli korzystać ze świadczeń i kilku świadczeniodawców jednocześnie. Pozwoli to na pełną kontrolę procesu leczenia.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Większość ekspertów proponuje składanie dobrowolnej deklaracji do wybranej przez świadczeniobiorcę pracowni fizjoterapii ważnej przez okres 1 roku z możliwością jej zmiany do 2 razy w roku kalendarzowym, analogicznie jak przy składaniu deklaracji do POZ, argumentując, iż sposób ten umożliwi pełną kontrolę procesu rehabilitacji.

Pada jednak również propozycja, aby deklaracja do POF była połączona z deklaracją do POZ z ograniczeniem dni zabiegowych do 20 w roku kalendarzowym.

**Tabela 44. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez organizację udzielania świadczeń**

Organizacja udzielania świadczeń		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	1) Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym rehabilitacji medycznej. Przekazanie informacji o efektach terapii do lekarza kierującego w przypadku skierowań od lekarza. 2) Świadczeniodawca oprócz pomieszczeń przeznaczonych do realizacji świadczeń w POF powinien być wyposażony w odpowiedni sprzęt do zabiegów fizykalnych	1) W przypadku świadczeniobiorcy, który trafia bezpośrednio do fizjoterapeuty możliwość konsultacji z lekarzem. Lekarz kierujący powinien mieć wiedzę dotyczącą efektów terapii, aby dostosować dalszy proces leczenia świadczeniobiorcy. 2) W ramach POF powinna być możliwość zastosowania zabiegów fizykalnych. Brak w określonych wymaganiach wyposażenia w sprzęt spowoduje ograniczenie w dostępie do tego rodzaju zabiegów.

<p>[REDACTED]</p>	<p>Placówka zobowiązana jest do spełnienia minimalnych wymogów dot. pracowni fizjoterapii. W uzasadnionych klinicznie przypadkach oraz w przypadku braku poprawy pomimo zastosowanego leczenia (fizjoterapii) fizjoterapeuta odsyła chorego na konsultację do lekarza specjalisty w tym specjalisty z rehabilitacji medycznej. Dla pacjentów przewlekłych i świadczeń domowych obowiązek składania deklaracji. Założenie, że istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych do 20 w roku kalendarzowym z możliwością przedłużenia na wniosek fizjoterapeuty lub lekarza do NFZ w medycznie uzasadnionych przypadkach. Niezbędne jest wprowadzenie dodatkowego zapisu: „Świadczeniodawca realizujący świadczenia (w zależności jaka nazwa zostanie ostatecznie wybrana) jest obowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapeutycznych również w warunkach domowych, na terenie obszaru gminy, w której znajduje się miejsce realizacji świadczeń wskazane do umowy z NFZ oraz gmin sąsiadujących. Świadczeniobiorca składa deklarację realizacji świadczenia fizjoterapeutycznego w warunkach domowych u świadczeniodawcy w obrębie gminy miejsca zamieszkania/pobytu lub gmin sąsiadujących”.</p>	<p>Proponowana zmiana dotyczy zniesienia obligatoryjności zawarcia umowy z lekarzem rehabilitacji. Pozostawia tak możliwość, która podyktowana jest w dużej mierze dostępem do lekarzy, których zaangażowanie jak widać z koncepcji duże jest w ośrodkach dziennych i stacjonarnych.</p> <p>Wprowadzenie zapisu deklaracji do świadczeń domowych oraz obligatoryjności ich realizacji przez wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenie w „nowej odsonie wg koncepcji” wynika z konieczności doprowadzenia do sytuacji, gdzie w celu dotarcia do pacjenta będzie konieczności pokonania np. 100 km.</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak</p>	<p>Pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń fizjoterapeutycznych w miejscu złożenia deklaracji do POZ (możliwość zmiany deklaracji max. 1 /rok)</p>	<p>Uproszczenie systemu</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>Pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń POF w miejscu złożenia deklaracji. Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym z rehabilitacji medycznej</p>	<p><i>Brak odpowiedzi</i></p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>Dla pacjentów przewlekłych i świadczeń domowych obowiązek składania deklaracji. Placówka zobowiązana jest do spełnienia minimalnych wymogów dot. pracowni fizjoterapii Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin (dla zabezpieczenia przypadków bardziej złożonych wymagających pogłębionej diagnostyki, w tym pacjentów, dla których realizowana będzie fizjoterapia w warunkach domowych; z możliwością dodatkowego finansowania) Placówka zobowiązana jest do spełnienia minimalnych wymogów dot. pracowni fizjoterapii . W uzasadnionych klinicznie przypadkach oraz w przypadku braku poprawy pomimo zastosowanego leczenia (fizjoterapii) fizjoterapeuta odsyła chorego na konsultację do lekarza specjalisty. Założenie, że istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych do 20 w roku kalendarzowym z możliwością przedłużenia na wniosek fizjoterapeuty lub lekarza do NFZ w medycznie uzasadnionych przypadkach. „Świadczeniodawca realizujący świadczenia (w zależności jaka nazwa zostanie ostatecznie wybrana) jest obowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapeutycznych również w warunkach domowych, na terenie obszaru gminy, w której znajduje się miejsce realizacji świadczeń wskazane do umowy z NFZ oraz gmin sąsiadujących. Świadczeniobiorca składa deklarację realizacji świadczenia fizjoterapeutycznego w warunkach domowych u świadczeniodawcy w obrębie gminy miejsca zamieszkania/pobytu lub gmin sąsiadujących”.</p>	<p>Zmiana dotyczy obligatoryjności zawarcia umowy z lekarzem rehabilitacji, pozostawiając jednak taką możliwość, bez wskazania na konkretną specjalizację W pkt. 3.2 Opisu modeli POF, autorzy wskazują na str. 4, na bardzo duże zagrożenia płynące z struktury wiekowej i niewielkiej liczebności lekarzy rehabilitacji. Co w praktyce oznacza całkowity brak dyspozycyjności lekarzy tej specjalizacji mając na uwadze ich obecność na oddziałach stacjonarnych, oddziałach dziennych i AOS. Zapis wskazujący na konieczność zwarcia takiej umowy zaprzecza, też głównym założeniom POF tj. zwiększonej dostępności dla pacjentów i doprowadzi do zapaści systemu zanim zacznie on działać. Zapewnienie konsultacji lekarzy dwóch różnych specjalizacji jest wytyczającym zapisem zabezpieczającym pacjenta.</p> <p>Wprowadzenie zapisu deklaracji do świadczeń domowych oraz obligatoryjności ich realizacji przez wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenie w „nowej odsonie wg koncepcji” wynika z konieczności doprowadzenia do sytuacji gdzie w celu dotarcia do pacjenta będzie konieczności pokonania np. 100 km.</p>



Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Wykazano, iż każda placówka powinna spełniać minimalne wymogi dotyczące pracowni fizjoterapeutycznej i powinna być zobowiązana także do realizacji świadczeń w warunkach domowych. Każda placówka powinna także mieć dostęp do konsultacji lekarskich z minimum dwóch dziedzin w tym lekarza rehabilitacji medycznej.

Część ekspertów postuluje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych do 20 w danym roku kalendarzowym z możliwością przedłużenia w medycznie uzasadnionych przypadkach na podstawie wniosku fizjoterapeuty lub lekarza do składanego do NFZ.

Część ekspertów proponuje ograniczenie do składania deklaracji w obrębie gminy miejsca zamieszkania pacjenta, argumentując, iż ograniczy to odległość dojazdu fizjoterapeuty w celu wykonania świadczeń w warunkach domowych

Pada również propozycja, aby deklarację do wybranego świadczeniodawcy można było zmienić jedynie raz w roku kalendarzowym.

**Tabela 45. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez lokalizację POF**

Lokalizacja POF		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Powiat - obszar zamieszkania świadczeniobiorcy	Jeśli zastosowana zostanie ilość podmiotów działających na obszarze w stosunku do liczby mieszkańców, świadczeniobiorca powinien złożyć deklarację na terenie obszaru zamieszkania lub przebywania, adekwatnie do zasad w POZ.
	według kryterium usieciowienia jako niezależne pracownie, wybierane przez pacjenta.	Wpływ na konkurencyjność i poprawę dostępności i jakości świadczenia usług.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Gmina, w której zlokalizowany jest POZ	Uproszczenie systemu
	POF wybierany przez pacjenta	W POZ leczą się najczęściej pacjenci z najbliższej lokalizacji. Często jednak sztywna lokalizacja Pracowni fizjoterapii stanowi utrudnienie dla tych, którzy mieszkają w dalszej odległości. Tu warto pomyśleć o swobodzie wyboru Pracowni Fizjoterapii
	według kryterium usieciowienia jako niezależne pracownie, wybierane przez pacjenta.	Jest to rozwiązanie wpływające na konkurencyjność i poprawę dostępności i jakości świadczenia usług

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Część ekspertów uważa, że obszarem udzielania świadczeń powinien być powiat (miejsce zamieszkania pacjenta), część uważa, że gmina (miejsce zamieszkania pacjenta). Jeden ekspert zaproponował stworzenie sieci niezależnych pracowni wybieranych przez pacjenta.

**Tabela 46. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF aspekt sprawozdawczości**

Sprawozdawczość		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Raport z realizacji świadczeń - wykaz procedur wykonanych na rzecz świadczeniobiorcy przekazywany cyklicznie przez POF do płatnika	Brak uzasadnienia dla przekazywania raportów o stanie zdrowia w zakresie wskazanym w załączniku do formularza. Dane dotyczące stanu zdrowia są danymi wrażliwymi i nie powinny podlegać przetwarzaniu bez konkretnego powodu (brak uzasadnienia). Obecny system sprawozdawczy NFZ nie jest przystosowany do tego rodzaju sprawozdawczości.

<p>[REDACTED]</p>	<p>Raport o stanie zdrowia pacjentów przekazywany cyklicznie do płatnika, zawierający:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta wraz z rozpoznaniem klinicznym</li> <li>- określony plan fizjoterapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym oraz planowanym czasem prowadzenia interwencji terapeutycznej</li> <li>- ocenę efektów fizjoterapii - ocenia fizjoterapeuta (+ ewentualnie ocena pacjenta) - interwencje zrealizowane</li> <li>- prowadzenie informatycznych rejestrów, wymiana na bieżąco informacji o postępach leczenia</li> </ul>	<p>Ocenę skuteczność realizowanego leczenia weryfikacja oceny, interwencji, które przynoszą najlepsze efekty terapeutyczne w określonych jednostkach chorobowych</p> <p>ocena populacji kierowanej na świadczenie ocena populacji zakwalifikowanej na świadczenie informowanie lekarza, pod którego opieką znajduje się pacjent o efektach prowadzonej terapii</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak</p>	<p>Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez pracownię fizjoterapii przy POZ lub gabinet/zakład fizjoterapii mający z umowę o współpracy z POZ do płatnika, zawierający:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (wybrane metody pomiarowe i ocena jakości życia -wybrane kwestionariusze QoL),</li> <li>- określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym krótko i długo terminowym,</li> <li>- ocenę efektów fizjoterapii (metody pomiarowe te same co na wstępie fizjoterapii, w tym ocena jakości życia - wybrane kwestionariusze QoL)</li> </ul>	<p>Należy zezwolić na testy i pomiary kliniczne zgodne z aktualną wiedzą medyczną, dostosowane do stanu pacjenta i zgłaszanego problemu. Ocena kwestionariuszowa QoL pozwoli na dodatkową parametryzację wpływu fizjoterapii na jakość życia chorego w aspekcie fizycznym i psychicznym.</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF do płatnika 1 Świadczeniodawcy POZ, zawierający:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne)</li> <li>- określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,</li> <li>- ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skale medyczne).</li> </ul> <p>opracowanie wskaźn ków: struktury, procesu, wyniku (w tym oceniające stopień zadowolenie pacjenta)</p>	<p>W ramach procesu koordynacji świadczeń musi dochodzić do wymiany informacji pomiędzy lekarzem i fizjoterapeutą. Zdublowanie informacji do płatnika</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>Raport o stanie zdrowia pacjentów przekazywany cyklicznie do płatnika, zawierający:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta wraz z rozpoznaniem klinicznym</li> <li>- określony plan fizjoterapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym oraz planowanym czasem prowadzenia interwencji terapeutycznej</li> <li>- ocenę efektów fizjoterapii - ocenia fizjoterapeuta (+ ewentualnie ocena pacjenta) - interwencje zrealizowane</li> </ul> <p>Zestawienie liczby pacjentów korzystających z fizjoterapii w każdym dniu (pierwszorazowi i kontynuujący fizjoterapię)</p> <p>W ramach informatycznych rejestrów, wymiana na bieżąco informacji o postępach leczenia między lekarzem(ami) i fizjoterapeutami oraz innymi członkami zespołu rehabilitacyjnego (jeśli biorą udział).</p>	<p>Pozwoli na ocenę skuteczność realizowanego leczenia</p> <p>pozwoli na ocenę, które interwencje przynoszą najlepsze efekty terapeutyczne w określonych jednostkach chorobowych</p> <p>pozwoli określić jacy pacjenci korzystają najczęściej ze świadczeń.</p> <p>Zasadne jest aby dla zwiększenia bezpieczeństwa i efektywności leczenia pacjenta zaangażowani w proces leczenia lekarze POZ , lub lekarze ubezpieczenia zdrowotnego mogli na bieżąco wymieniać informacje z fizjoterapeutami i być informowani przez fizjoterapeutów o stanie zdrowia i postępach w leczeniu. Wydaje się zasadnym wymiana takich informacji za pomocą rejestrów informatycznych.</p> <p>Jak informowano w piśmie z dnia 23 października br. znak: DA-SP.42.2018.MK.1, opracowanie skal medycznych dla każdego obszaru rehabilitacji wymaga przeprowadzenia rzetelnego przeglądu merytorycznego skal oraz możliwości zastosowania w poszczególnych obszarach.</p>

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Eksperti w większości opowiadają się za raportowaniem o stanie zdrowia pacjentów przez świadczeniodawcę bezpośrednio do płatnika. Pada jednak również propozycja raportowania również do POZ. Raport powinien zawierać następujące elementy składowe:

- wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta,

- określony plan fizjoterapii wraz z zdefiniowanym celem terapeutycznym oraz planowanym czasem prowadzenia interwencji terapeutycznej,
- ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej + ewentualnie ocena pacjenta,
- prowadzenie informatycznych rejestrów, wymiana na bieżąco informacji o postępach leczenia.

**Tabela 47. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez dysponenta budżetu**

Dysponent budżetu		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Pracownia fizjoterapii	Finansowanie świadczeń bezpośrednio przez płatnika a nie za pośrednictwem POZ jest korzystniejsza forma dla podmiotu.
[REDAKTOWANE]	Pracownia fizjoterapii /dział fizjoterapii	Takie rozwiązanie gwarantuje, że środki zostaną optymalnie rozdysponowane.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Fizjoterapeuta	Uproszczenie systemu
[REDAKTOWANE]	Pracownia fizjoterapii (PF)	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	Pracownia fizjoterapii /dział fizjoterapii	Takie rozwiązanie gwarantuje, że środki zostaną optymalnie rozdysponowane.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** W opinii ekspertów finansowanie świadczeń bezpośrednio do płatnika jest najkorzystniejszą formą dysponowania budżetem. Gwarantuje to bowiem racjonalne i optymalne rozdysponowanie środków.

**Tabela 48. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez metodę kalkulacji budżetu**

Metoda kalkulacji budżetu		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych”- budżet powierzony kalkulowany wg wzoru: Kwota pieniędzy na dany region * (liczba deklaracji / liczba deklaracji złożonych w danym regionie) W ramach świadczeń udzielanych pacjentem w stanach „ostrych” po hospitalizacji - fee for service (świadczenia realizowane w warunkach domowych - fizjoterapia domowa)	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	W oparciu o liczbę mieszkańców lub liczbę złożonych deklaracji	Takie rozwiązanie pozwoli na zapewnienie odpowiedniego i optymalnego finansowania.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych	Uproszczenie systemu

	<p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” - budżet powierzony kalkulowany wg stawki kapitacyjnej (od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POZ)</p> <p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - fee for service (świadczenia realizowane w warunkach domowych - fizjoterapia domowa)</p>	Ten sposób finansowania zapewni stabilność finansową placówce i możliwości inwestycyjne (kredyty)
	W oparciu o liczbę mieszkańców lub liczbę złożonych deklaracji	Takie rozwiązanie pozwoli na zapewnienie odpowiedniego i optymalnego finansowania.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Jako metodę kalkulacji budżetu eksperci wskazują na korzystanie ze stawki kapitacyjnej. Drugą propozycją jaka pada w kwestionariuszu jest kalkulacja w oparciu o liczbę złożonych do podmiotu deklaracji bądź w oparciu o liczbę mieszkańców.

**Tabela 49. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez podstawę rozliczeń**

Podstawa rozliczeń		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych) - ryczałt za populację objętą opieką w POF W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” - wykonane procedury	Brak odpowiedzi
	<p>Fee for service - świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych i domowych - wycena jednostki rozliczeniowej 30 minut dla:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna;</li> <li>2. Fizjoterapii indywidualnej;</li> <li>3. Wizyty fizjoterapeutycznej;</li> <li>4. Funkcjonalny trening medyczny</li> </ol> <p>możliwość rozliczenia u każdego pacjenta maksymalnie 2 jednostek 30 minut jednego dnia w dowolnej konfiguracji tj. dwóch jednostek tej samej procedury lub łączenie procedur. Fee for service - konsultacje lekarskie (zapewnienie dostępu do specjalistów co najmniej z dwóch dziedzin). Sugerowana wyższa wycena świadczeń dla: pacjentów w stanie "ostrym"-świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych pacjentów w stanie "ostrym" - świadczenia realizowane w warunkach domowych.</p>	płatność za faktycznie zrealizowane świadczenia. niezbędne zróżnicowanie wyceny świadczeń udzielanych w warunkach domowych
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Wykonane procedury	Uproszczenie systemu
	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” - <b>ryczałt za populację objętą opieką w POF</b> W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” - <b>wykonane procedury</b>	Brak odpowiedzi

	<p>Fee for service - świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych i domowych - wycena jednostki rozliczeniowej 30 minut dla:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wizyta kwalifikacyjna fizjoterapeutyczna;</li> <li>2. Fizjoterapii indywidualnej;</li> <li>3. Wizyty fizjoterapeutycznej;</li> <li>4. Funkcjonalny trening medyczny: <ul style="list-style-type: none"> <li>• możliwość rozliczenia u każdego pacjenta maksymalnie 2 jednostek 30 minut jednego dnia w dowolnej konfiguracji tj. dwóch jednostek tej samej procedury lub łączenie procedur,</li> <li>• Fee for service - wycena -konsultacje lekarskie (zapewnienie dostępu do specjalistów co najmniej z dwóch dziedzin).</li> <li>• Świadczenia dedykowane dla: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacjentów w stanie "ostрым"- świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych (sugerowana wyższa wartość wyceny),</li> <li>- pacjentów w stanie "ostрым" - świadczenia realizowane w warunkach domowych (sugerowana wyższa wartość wyceny)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>	<p>Płatnik będzie płacił tylko za faktycznie zrealizowane świadczenia.</p> <p>Zróżnicowanie jest niezbędne ze względu np. na dodatkowe koszty świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Będzie to wpływać motywująco na udzielanie świadczeń chorym w stanie ostrym i po zabiegach, którzy najbardziej ich potrzebują.</p>
--	---	--

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Jako podstawę do rozliczania świadczeń eksperci wskazują na dwa możliwe rozwiązania.

- fee for service – płatnik płacił będzie wyłącznie za zrealizowane świadczenia; w ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostрым” (po hospitalizacji) i „przewlekłych”

- ryczałt za populację objętą opieką w POF - w ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostрым”.

2 ekspertów proponuje połączenie obu form rozliczania świadczeń.

**Tabela 50. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez stronę umowy z NFZ**

Strona umowy z NFZ		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Pracownia fizjoterapii	Brak odpowiedzi
	Podmiot leczniczy lub praktyka fizjoterapeutyczna	nowelizacja ustawy o działalności leczniczej
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Pracownia fizjoterapii przy POZ lub gabinet/zakład fizjoterapii posiadający stosowną umowę o współpracy z POZ.	Uproszczenie systemu
	Pracownia fizjoterapii	Brak odpowiedzi
	Podmiot leczniczy lub praktyka fizjoterapeutyczna	nowelizacja ustawy o działalności leczniczej

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Jako stronę umowy z płatnikiem eksperci jednogłośnie wskazują na pracownię fizjoterapii.

**Tabela 51. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez zasady zawierania umów**

Zasady zawierania umów		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań.	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	Umowa z funduszem	Brak odpowiedzi
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Pracownia fizjoterapii przy POZ lub gabinet/zakład fizjoterapii mający z umowę o współpracy z POZ, przedstawia sformalizowane zasady (umowa) objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ, na tej podstawie NFZ przekazuje odpowiednio skalkulowane środki do POF	Uproszczenie systemu
[REDAKTOWANE]	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	Umowa z funduszem zawierana w ramach konkursu ofert lub negocjacji	Brak odpowiedzi

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Zawarcie umowy z płatnikiem powinno odbywać się w trybie konkursowym.

**Tabela 52. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez warunki realizacji umów**

Warunki realizacji umów		
Ekspert	Propozycje zmian w wybranym modelu	Uzasadnienie
NFZ	Ilość świadczeniodawców na obszarze uzależniona od liczby mieszkańców	Plan ogłoszonych postępowań powinien uwzględniać zaludnienie na danym terenie i zapotrzebowanie wynikające z mapy potrzeb.
[REDAKTOWANE]	Zawarcie Umowy z podmiotem leczniczym lub praktyką fizjoterapeutyczną spełniająca wymagania pracowni fizjoterapii określone i opisane w „koncepcji zmian...”	Brak odpowiedzi
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	Możliwość zawarcia umowy przez gabinet/zakład fizjoterapii z jednym lub kilkoma POZ	Uproszczenie systemu
[REDAKTOWANE]	Możliwość zawarcia umowy przez POF z jednym lub ki koma POZ	Taka konstrukcja pozwala na stworzenie stabilnej populacji pacjentów korzystających z POF
[REDAKTOWANE]	Zawarcie Umowy z podmiotem leczniczym lub praktyką fizjoterapeutyczną spełniająca wymagania pracowni fizjoterapii określone i opisane w „koncepcji zmian...”	Brak odpowiedzi

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Wykazano, iż powinna być możliwość zawarcia umowy z jednym lub kilkoma POZ, aby stworzyć stabilną populację pacjentów. Zwrócono uwagę również na uwzględnienie mapy potrzeb i zaludnienie danego terenu jako konieczny warunek realizacji umów.

**Tabela 53. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez rozliczenia pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą**

Rozliczenia pomiędzy stroną umowy z NFZ a wykonawcą świadczeń POF
---

<b>Ekspert</b>	<b>Propozycje zmian w wybranym modelu</b>	<b>Uzasadnienie</b>
NFZ	Zgodnie z zawartą umową.	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	Na podstawie zrealizowanych usług na koniec każdego miesiąca z uwzględnieniem zróżnicowania świadczeń Dodatkowo zrealizowane wizyty fizjoterapeutyczne i kwalifikacyjne	Prosty i przejrzysty sposób rozliczenia dodatkowo potwierdzony raportowaniem.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Stroną umowy z NFZ jest wykonawca świadczeń w pracowni fizjoterapii przy POZ lub gabinet/zakład fizjoterapii mający z umowę o współpracy z POZ	Uproszczenie systemu
[REDAKTOWANE]	Wg dyspozycji kontraktującego Strona umowy z NFZ jest wykonawcą świadczeń POF	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	Na podstawie zrealizowanych usług lub dni zabiegowych na koniec każdego miesiąca z uwzględnieniem zróżnicowania świadczeń Dodatkowo zrealizowane wizyty fizjoterapeutyczne i kwalifikacyjne	Prosty i przejrzysty sposób rozliczenia dodatkowo potwierdzony raportowaniem.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Rozliczenia pomiędzy płatnikiem a wykonawcą świadczeń powinny być według ekspertów realizowane zgodnie z zawartą umową bądź na podstawie zrealizowanych usług.

**Tabela 54. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez mechanizm wspomagający**

<b>Mechanizm wspomagający</b>		
<b>Ekspert</b>	<b>Propozycje zmian w wybranym modelu</b>	<b>Uzasadnienie</b>
NFZ	Brak odpowiedzi	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	Wyższa wycena świadczeń „pilnych”, tj. pacjentów w stanie „ostрым” i po zabiegach operacyjnych oraz wyższa wycena świadczeń zrealizowanych w warunkach domowych.	Będzie to wpływać motywująco na udzielanie świadczeń chorym w stanie ostрым i po zabiegach, którzy najbardziej ich potrzebują.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Brak odpowiedzi	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	Dodatkowe środki finansowe dla POZ na diagnostykę	Świadczeniodawcy POZ współpracując z określonymi stałymi Pracowniami fizjoterapii mogą otrzymywać dodatkowe środki na diagnostykę
[REDAKTOWANE]	Wyższa wycena świadczeń „pilnych”, tj. pacjentów w stanie „ostрым” i po zabiegach operacyjnych oraz wyższa wycena świadczeń zrealizowanych w warunkach domowych.	Będzie to wpływać motywująco na udzielanie świadczeń chorym w stanie ostрым i po zabiegach, którzy najbardziej ich potrzebują.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Jako mechanizm wspomagający eksperci wskazali na przeznaczenie dodatkowych środków dla świadczeń pilnych (pacjenci po zabiegach oraz „ostrzy”) jak i dla fizjoterapii realizowanej w warunkach domowych. Wskazano również na możliwe przeznaczenie dodatkowych środków dla POZ współpracujących z konkretnymi pracowniami fizjoterapeutycznymi dla zabezpieczenia dodatkowej diagnostyki.



**Tabela 55. Wyniki oceny eksperckiej w kwestii doboru populacji pacjentów do trybu udzielania świadczeń w ramach zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów w trybie ambulatoryjnym**

Tryb udzielania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (pracownia fizjoterapii) (dowolny model POF I / POF II / POF III / POF+FA)		
Pacjenci w stanie „ostрым” (np. doraźnym, pourazowym, po hospitalizacji) i „przewlekłym”		
Ekspert	Proponowana populacja docelowa	Propozycja zmian i/lub uzasadnienie
NFZ	NIE	Zgodnie z uzgodnieniami podczas spotkań eksperckich w AOTMiT w ramach modelu POF opieką miała być objęta grupa świadczeniobiorców z chorobami przewlekłymi. Stany ostre i pourazowe miały być realizowane w ramach kompleksowej rehabilitacji ambulatoryjnej. Takie rozwiązanie spowodowałoby skrócenie okresu oczekiwania i poprawienie dostępności dla świadczeniobiorców w stanach ostrych wymagających pilnej interwencji,
[REDAKTOWANE]	Brak odpowiedzi	Opieką powinni być objęci chorzy z chorobami przewlekłymi, wymagający okresowo fizjoterapii w warunkach ambulatoryjnych, jak i również osoby, które zgłaszają zachorowania o charakterze czynnościowym np. czynnościowe zespoły bólowe kręgosłupa, po wstępnej diagnostyce lekarskiej w celu podjęcia próbnego leczenia z wykorzystaniem fizjoterapii. Pacjenci po urazach lub po hospitalizacji mogą trafić do fizjoterapii ambulatoryjnej w formie POF-u jeżeli będą się kwalifikować do fizjoterapii w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. Kwalifikacji do odpowiednich warunków powinien dokonywać lekarz rehabilitacji medycznej.
[REDAKTOWANE]	TAK	Pod warunkiem wdrożenia wyżej zaproponowanego, modelu.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	NIE	Pacjenci w stanie „przewlekłym”. Dla pacjentów w stanie „ostрым” bardziej sensowną alternatywą jest leczenie i kompleksowa rehabilitacja w warunkach stacjonarnych. Wyprowadzenie leczenia i usprawniania osób z przewlekłą chorobą zwyrodnieniową z leczenia stacjonarnego powinno wystarczająco udrożnić system leczenia stacjonarnego i powinno przełożyć się na zdecydowane skrócenie lub nawet likwidację list oczekujących.
[REDAKTOWANE]	TAK	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	TAK	Pod warunkiem wdrożenia wyżej zaproponowanego, modelu.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Wykazano, iż model POF powinien obejmować wszystkich „przewlekłych” chorych jak i tych pacjentów, którzy zgłaszają zachorowania czynnościowe (np. czynnościowe zespoły bólowe kręgosłupa). Wszyscy pacjenci w stanach „ostrych” powinni być skierowani do fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej, zmniejszając tym samym kolejki. Eksperti podkreślają, iż kwalifikacji do odpowiednich dla pacjenta warunków realizacji świadczeń dokonywać powinien lekarz rehabilitacji medycznej.

**Tabela 56. Wyniki oceny eksperckiej w kwestii doboru populacji pacjentów do trybu udzielania świadczeń w ramach zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów w warunkach domowych**

Tryb udzielania świadczeń w warunkach domowych (fizjoterapia domowa)		
Pacjenci w stanie „ostрым” (np. po hospitalizacji, którzy nie są w stanie samodzielnie dotrzeć do pracowni fizjoterapii)		
Ekspert	Proponowana populacja docelowa	Uzasadnienie
NFZ	TAK	Część świadczeniobiorców z ograniczeniami w poruszaniu nie może korzystać z innych form usprawniania. Fizjoterapia domowa daje im jedyną możliwość korzystania z terapii usprawniającej.

[REDAKTOWANE]	Brak odpowiedzi	Kwalifikacji do odpowiednich warunków powinien dokonywać lekarz rehabilitacji medycznej wspólnie z mgr/specjalistą fizjoterapii.
[REDAKTOWANE]	TAK	Pod warunkiem wdrożenia wyżej zaproponowanego modelu. Należy doprecyzować kryterium włączenia i wyłączenia do świadczeń domowych.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	NIE	Pacjenci w stanie „przewlekłym”.
[REDAKTOWANE]	TAK	Brak odpowiedzi
[REDAKTOWANE]	TAK	Pod warunkiem wdrożenia wyżej zaproponowanego modelu. Należy doprecyzować kryterium włączenia i wyłączenia do świadczeń domowych.

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Zdaniem ekspertów fizjoterapia domowa dla pacjentów w stanach „ostrych” powinna być dostępna po wstępnym zakwalifikowaniu pacjenta przez lekarza rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeutę. Z zaznaczeniem konieczności doprecyzowania kryteriów włączenia i wyłączenia do tych świadczeń.

**Tabela 57. Wyniki oceny eksperckiej w kwestii uprawnień personelu (fizjoterapeuty) do realizacji świadczeń w ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej**

<b>Ekspert</b>	<b>Szczegółowe wymagania dotyczące kwalifikacji personelu realizującego świadczenia fizjoterapii w ramach POF</b>
<b>Fizjoterapeuta: specjalista</b>	
NFZ	Zgodnie z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty. Dowolność w zatrudnieniu.
[REDAKTOWANE]	W ramach POF-u powinien pracować specjalista fizjoterapii/magister z min. 5 letnim stażem. Pozostały personel w zależności od potrzeb rozległości może realizować fizjoterapię, kwalifikację oraz ocenę stanu funkcjonalnego powinien przeprowadzać co najmniej magister lub specjalista fizjoterapii.
[REDAKTOWANE]	Fizjoterapeuta posiadający prawo wykonywania zawodu oraz posiadający uprawnienia do przeprowadzenia konsultacji fizjoterapeutycznej oraz kwalifikowania do fizjoterapii na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	TAK
[REDAKTOWANE]	fizjoterapeuta - osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty;
[REDAKTOWANE]	Brak odpowiedzi
<b>Fizjoterapeuta: magister</b>	
NFZ	Zgodnie z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty. Wymóg bezwzględny. Zapewnienie realizacji świadczeń przez 5 dni w tygodniu, w tym co najmniej 2 dni w godzinach popołudniowych, co najmniej w wymiarze 2 etatów rozliczeniowych.
[REDAKTOWANE]	W ramach POF-u powinien pracować specjalista fizjoterapii/magister z min. 5 letnim stażem. Pozostały personel w zależności od potrzeb rozległości może realizować fizjoterapię, kwalifikację oraz ocenę stanu funkcjonalnego powinien przeprowadzać co najmniej magister lub specjalista fizjoterapii.
[REDAKTOWANE]	Fizjoterapeuta posiadający prawo wykonywania zawodu oraz posiadający uprawnienia do przeprowadzenia konsultacji fizjoterapeutycznej oraz kwalifikowania do fizjoterapii na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	Tak, z minimum 5-letnim doświadczeniem
[REDAKTOWANE]	Fizjoterapeuta z tytułem magistra prowadzący konsultację fizjoterapeutyczną/wizytę kwalifikacyjną - fizjoterapeuta posiadający uprawnienia do kwalifikowania do terapii fizjoterapeutycznej na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych;



[REDACTED]	Fizjoterapeuta posiadający prawo wykonywania zawodu oraz posiadający uprawnienia do przeprowadzenia konsultacji fizjoterapeutycznej oraz kwalifikowania do fizjoterapii na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych.
<b>Fizjoterapeuta: inny</b>	
NFZ	Zgodnie z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty - licencjat, technik.
[REDACTED]	Brak odpowiedzi
[REDACTED]	Fizjoterapeuta posiadający prawo wykonywania zawodu oraz posiadający uprawnienia do realizacji świadczeń na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych.
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	NIE
[REDACTED]	Brak odpowiedzi
[REDACTED]	Fizjoterapeuta posiadający prawo wykonywania zawodu oraz posiadający uprawnienia do realizacji świadczeń na podstawie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz aktów wykonawczych.
<b>Inny personel</b>	
NFZ	Masażysta. Dowolność w zatrudnieniu.
[REDACTED]	Brak odpowiedzi
[REDACTED]	Brak odpowiedzi
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak	NIE
[REDACTED]	Brak odpowiedzi
[REDACTED]	Brak odpowiedzi

Źródło: Opracowanie AOTMiT

**PODSUMOWANIE:** Eksperti wskazują, iż w ramach POF powinien pracować fizjoterapeuta posiadający prawo wykonywania zawodu zgodnie z ustawą o zawodzie fizjoterapeuty. Pada również propozycja, aby kwalifikację oraz ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta wykonywał specjalista fizjoterapii bądź mgr fizjoterapii z min. 5 letnim doświadczeniem.

Tabela 58. Inne uwagi ekspertów odnośnie wdrożenia POF

<b>Inne uwagi ekspertów</b>	
Ekspert	Propozycje
[REDACTED]	W ramach POF pacjent powinien być pod kontrolą lekarza pierwszego kontaktu. W przypadkach wątpliwych, w razie potrzeby powinien mieć szybki dostęp do lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w celu weryfikacji potrzeb rehabilitacji chorego. Nie wolno ograniczać chorym dostępu do fizykoterapii.

	<p>1. Brak spójności pomiędzy tabelą 3. Wykaz świadczeń zaprojektowanych zgodnie „Koncepcją zmian w organizacji i funkcjonowaniu rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, gdzie wskazano oraz tabelą 4. Projekty świadczeń w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF), które jak wspomniano w punkcie 1 nie uwzględniają dodatkowo założeń wszystkich zaproponowanych modeli w obszarze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej.</p> <p>2. Świadczenia dedykowane pacjentom z chorobami układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, z uwagi na specyfikę prowadzonej terapii powinny być realizowane tylko w dedykowanych oddziałach dziennych lub stacjonarnych.</p> <p>3. Konieczność wprowadzenia zapisu określającego warunki realizacji świadczeń w warunkach domowych: „Świadczeniodawca realizujący świadczenia (w zależności jaka nazwa zostanie ostatecznie wybrana) jest obowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapeutycznych również w warunkach domowych, na terenie obszaru gminy, w której znajduje się miejsce realizacji świadczeń wskazane do umowy z NFZ oraz gmin sąsiadujących. Świadczeniobiorca składa deklarację realizacji świadczenia fizjoterapeutycznego w warunkach domowych u świadczeniodawcy w obrębie gminy miejsca zamieszkania/pobytu lub gmin sąsiadujących”.</p> <p>4. Zmiana definicji w słowniku pojęć specjalisty w dziedzinie fizjoterapii- fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, zwany dalej specjalistą w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta z uzyskanym tytułem specjalisty po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, ustalonego programem specjalizacji i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (zgodnie z art. 35.1 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty).</p>
<p>Prof. dr hab. n. med. Jan Szczegielniak</p>	<p>Przeniesienie usprawniania chorych z przewlekłymi chorobami zwyrodnieniowymi stawów obwodowych i kręgosłupa do pracowni fizjoterapii przy POZ lub gabinet/zakład fizjoterapii mający z umową o współpracy z POZ, z jednoczesnym ograniczeniem przyjęcia tych chorych do oddziałów szpitalnych, spowoduje zdecydowane skrócenie listy oczekujących na rehabilitację w trybie stacjonarnym. Każdy gabinet POZ powinien własną pracownią fizjoterapii lub mieć podpisaną umowę z gabinetem/zakładem fizjoterapii. Takie struktury organizacyjne powinny być wyposażone w podstawowy sprzęt do fizjoterapii. Jeżeli założyć, że chorzy będą zgłaszać się głównie z powodu nasilenia dolegliwości bólowych w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów, na wyposażeniu gabinetu fizjoterapii w POF powinny znaleźć się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aparat do elektroterapii generujący minimum prądu TENS, galwaniczny (jonforeza z NLPZ), interferencyjny, diadynamiczny, Traberta.</li> <li>• aparat do krioterapii miejscowej</li> <li>• aparat generujący falę ultradźwiękową (fonoforeza z NLPZ)</li> </ul> <p>Ponadto, gabinet powinien być wyposażony w stół do masażu i terapii manualnej w odrębnym pomieszczeniu oraz salę do kinezyterapii w rozumieniu obecnych zapisów precyzujących jej wyposażenie.</p> <p>Jednocześnie postuluję, aby chorych w fazie „ostrej” leczyć w trybie stacjonarnym (oddziały rehabilitacji). Chorzy ci często wymagają kompleksowych działań całego zespołu terapeutycznego (pielęgniarka, fizjoterapeuta, lekarz, psycholog...) i faktycznie potrzebują intensywnej, kompleksowej opieki i rehabilitacji, w tym farmakoterapii oraz całodobowej opieki.</p>
	<p>1. Zaproponowane projekty świadczeń dedykowane dla zakresu podstawowej opieki fizjoterapeutycznej nie uwzględniają w opisie założeń organizacyjno- formalnych do wszystkich zaproponowanych modeli świadczeń np. POF III i POF III+FA, co wymaga modyfikacji i dostosowania w odniesieniu do poszczególnych modeli.</p> <p>2. Brak spójności pomiędzy:</p> <p>a) Tabela 3. Wykaz świadczeń zaprojektowanych zgodnie „Koncepcją zmian w organizacji i funkcjonowaniu rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, gdzie wskazano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego,</li> <li>– Fizjoterapia ambulatoryjna neurologiczna dla pacjentów z chorobami układu nerwowego,</li> <li>– Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów pediatrycznych,</li> <li>– Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i oddechowego,</li> <li>– Fizjoterapia ambulatoryjna dla pacjentów z innymi chorobami (ginekologicznymi, laryngologicznymi, dermatologicznymi, urologicznymi)</li> </ul> </li> <li>• świadczenia w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych</li> <li>– Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach domowych</li> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu</li> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego</li> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protez</li> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy, po amputacjach kończyn dolnych.</li> </ul> </li> </ul> <p>b) Tabela 4. Projekty świadczeń w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF), które jak wspomniano w punkcie 1 nie uwzględniają dodatkowo założeń wszystkich zaproponowanych modeli w obszarze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacjenci w stanie „ostрым” (doraźnym) i „przewlekłym”: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ,</li> <li>– Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna w warunkach domowych dla pacjentów zadeklarowanych na liście lekarza POZ,</li> </ul> </li> <li>• Pacjenci w stanie „ostрым” (po hospitalizacji) <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ogniskowymi uszkodzeniami mózgu w ramach POF</li> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów z ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego w ramach POF</li> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy w ramach POF</li> <li>– Fizjoterapia domowa dla pacjentów z licznymi złamaniami lub złamaniami miednicy, po amputacjach kończyn dolnych, w ramach POF</li> </ul> </li> </ul> <p>3. Świadczenia dedykowane pacjentom z chorobami układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, z uwagi na specyfikę prowadzonej terapii powinny być realizowane tylko w dedykowanych oddziałach dziennych lub stacjonarnych.</p> <p>4. Konieczność wprowadzenia zapisu określającego warunki realizacji świadczeń w warunkach domowych:  „Świadczeniodawca realizujący świadczenia (w zależności jaka nazwa zostanie ostatecznie wybrana) jest obowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapeutycznych również w warunkach domowych, na terenie obszaru gminy, w której znajduje się miejsce realizacji świadczeń wskazane do umowy z NFZ oraz gmin sąsiadujących.  Świadczeniobiorca składa deklarację realizacji świadczenia fizjoterapeutycznego w warunkach domowych u świadczeniodawcy w obrębie gminy miejsca zamieszkania/pobytu lub gmin sąsiadujących”.</p> <p>5. Zmiana definicji w słowniku pojęć specjalisty w dziedzinie fizjoterapii- fizjoterapeuta posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytuł specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia, zwany dalej specjalistą w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeuta z uzyskanym tytułem specjalisty po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, ustalonego programem specjalizacji i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (zgodnie z art. 35.1 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty).</p>
--	---

Źródło: Opracowanie AOTMiT

## WNIOSKI:

Eksperti wskazują potrzebę przeprowadzenia pilotażu wybranego modelu lub kilku modeli POF, celem zweryfikowania efektywności proponowanych rozwiązań. Spośród 6 ekspertów, którzy udzielili odpowiedzi na zadane pytania 4 określiło model POF III jako najbardziej zasadny do zaimplementowania. Jeden ekspert opowiada się za wdrożeniem modelu POF + FA, natomiast jednak osoba za wprowadzeniem modelu POF I w połączeniu z fizjoterapią ambulatoryjną. W opinii większości ekspertów należy również doprecyzować warunki finansowania POF.

Podsumowanie opinii eksperckich odnośnie zasadności implementacji POF	
Ekspert	Wybrany model
NFZ	POF III
██████████	POF I + FA
██████████	POF III + FA
Prof. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak	POF III
██████████	POF II; POF III
██████████	POF + FA

Podkreślano alternatywną możliwość wprowadzenia zmian w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez:

- zmianę rejestru centralnego kolejki oczekujących na świadczenia pacjentów ze względu na PESEL, oraz możliwość wybór jednego świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę,
- wprowadzenie limitu zabiegów w roku kalendarzowym,
- zmianę podstawy rozliczenia świadczeń (przy czym nie wskazano proponowanego, optymalnego sposobu finansowania),
- ocenę stanu funkcjonalnego i efektów prowadzonej terapii,
- bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty,
- kwalifikację do świadczeń przeprowadzaną przez fizjoterapeutę,
- zwiększenie finansowania,
- zmiana wykazu świadczeń gwarantowanych.

## 6. Wyniki Konferencji uzgodnieniowej

Zgodnie z przyjętym harmonogramem realizacji zlecenia w dniu 8 listopada 2018 r w siedzibie Agencji odbyła się Konferencja uzgodnieniowa, której celem była próba ustalenia konsensusu dotyczącego optymalnego modelu POF w gronie kluczowych interesariuszy dla przedmiotowego zagadnienia.

W spotkaniu uczestniczyli następujący eksperci:

- Pan prof. Jan Szczegieliak – Konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii
- [redacted] Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
- [redacted] Krajowej Rady Fizjoterapeutów [redacted]
- [redacted] Krajowej Izby Fizjoterapeutów
- [redacted] Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce, Zespołu Opiniodawczo-Doradczego AOTMIT
- [redacted] przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
- [redacted] przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia
- [redacted] Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii)

Wśród pozostałych zaproszonych gości, którzy nie przybyli na spotkanie byli:

- Pan prof. Piotr Majcher – Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
- [redacted] Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie"
- [redacted] Naczelnej Rady Lekarskiej
- [redacted] Krajowej Rady Fizjoterapeutów
- [redacted] Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska
- [redacted] Zespołu Opiniodawczo-Doradczego AOTMIT
- [redacted] Zespołu Opiniodawczo-Doradczego AOTMIT – w dniu 7 listopada 2018 r. przesłano oświadczenie w sprawie optymalnego modelu POF
- [redacted] Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego im. S. Jasińskiego w Zakopanem, [redacted] Zespołu Opiniodawczo-Doradczego AOTMIT
- [redacted] Zespołu Opiniodawczo-Doradczego AOTMIT).

Podczas spotkania został wypracowany model POF uwzględniający elementy, co do których uczestnicy byli jednomyślni, jak również takie elementy, co do których zostały zaproponowane przez pojedynczych uczestników odmienne propozycje zapisów. Poniższe zestawienie zawiera prezentację:

- 1) alternatywnych modeli **organizacji** POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część I
- 2) alternatywnych modeli **organizacji** POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część II (dotyczy formy sprawozdawczości).
- 3) alternatywnych modeli **sposobu finansowania** POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności.

W zestawieniu przedstawiono zapisy modeli POF I, POF III (z uwagi na wyniki opinii ekspertów, które w większości dotyczyły tych właśnie modeli), a także wyników Konferencji uzgodnieniowej w formie „Wspólnego stanowiska uczestników spotkania” oraz rozbieżności w proponowanych rozwiązaniach.

W zestawieniu zamieszczono również komentarze analityków AOTMiT, którzy projektowali koncepcję POF – komentarze te stanowią obiektywną propozycję optymalnego rozwiązania w świetle zebranych dowodów, opinii ekspertów oraz zdobytej wiedzy podczas realizacji przedmiotowego zlecenia.



Tabela 59. Alternatywne modele organizacji POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część I

Model	POF I	POF III	Wyniki konsensusu	Rozbieżności w proponowanych rozwiązaniach oraz komentarze analityków AOTMiT – <i>problem decyzyjny</i>
<b>Kierujący na świadczenia</b>	Lekarz POZ	Lekarz POZ lub dostęp bezpośredni	<p><b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b></p> <p>Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub dostęp bezpośredni (tj. bez skierowania, przy założeniu weryfikacji stanu funkcjonalnego przez skale medyczne lub badanie funkcjonalne).</p> <p><b><u>Uwagi analityków AOTMiT:</u></b></p> <p>Odnaleziono dowody: (CSP 2018) Wytyczne dotyczące implementacji praktyki „fizjoterapeuty pierwszego kontaktu” w praktyce lekarza ogólnego w Anglii (Pendergast 2012 USA) Porównanie procesu leczenia u pacjentów skierowanych przez specjalistę oraz tych, którzy zgłosili się samodzielnie na fizjoterapię.</p>	<p><b><u>Postulat</u></b> [REDAKTOWANE]:</p> <p>W przypadku wprowadzenia dostępu bezpośredniego (ze względu na bezpieczeństwo chorego oraz fizjoterapeuty) należy wprowadzić ograniczenia czasu realizacji fizjoterapii w przypadkach, gdy jest brak poprawy stanu pacjenta, który się „samoskierował” do 7 dni lub 3 sesji terapeutycznych. Po tym czasie następuje kontrolna konsultacja lekarza POZ (pacjent jest informowany, o konieczności kontroli lekarskiej i sam, bez skierowania udaje się do lekarza POZ, który decyduje co dalej).</p> <p><b><u>Uwaga autoryzacyjna KIF</u></b> (pismo znak: DA-SP.42.2018.EW.3 z dnia 13.11.2018 r.):</p> <p>Samorząd Zawodowy nie potwierdza, że uzyskano wspólne stanowisko w kwestii oceny stanu funkcjonalnego w oparciu o skale medyczne lub badanie funkcjonalne. Wnioskowany zapis: „Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub dostęp bezpośredni (tj. bez skierowania, przy założeniu weryfikacji stanu funkcjonalnego)”.</p> <p><b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b></p> <p><b>Zasadna propozycja eksperta</b> [REDAKTOWANE]: „Kierującym na świadczenie jest lekarz POZ - za pierwszym razem, potem dostęp bezpośredni”</p>
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	pracownia fizjoterapii (wskazana przez lekarza POZ) <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta	pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta	<p><b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b></p> <p>pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta (dedykowane świadczenia fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt z określonymi kryteriami włączenia)</p>	<p><b><u>Uwaga autoryzacyjna KIF</u></b> (pismo znak: DA-SP.42.2018.EW.3):</p> <p>„Podstawowym miejscem realizacji ambulatoryjnych świadczeń fizjoterapeutycznych jest zakład/pracownia fizjoterapii, a zatem proponowany nowy produkt POF, z uwagi na skalę wątpliwości i niejasności może w chwili obecnej stanowić dodatkowe świadczenie, a nie alternatywę dla świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej”.</p> <p><b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b></p> <p>pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta (dedykowane świadczenia fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt POF z określonymi kryteriami włączenia)</p>
<b>Tryb realizacji świadczeń</b>	ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych	ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych	<p><b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b></p> <p>ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych</p>	<p><b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b></p> <p>ambulatoryjnie <i>lub</i> w warunkach domowych</p>

<p><b>Populacja objęta opieką</b></p>	<p>POF - do 10 000 osób (stanowiących <b>zadeklarowanych pacjentów lekarzy POZ</b>) na jedną pracownię fizjoterapii.</p> <p>Przynależność do POF jest pochodną przynależności do POZ.</p>	<p><b>POF - na podstawie deklaracji do POF</b></p> <p>Przynależność do POF <u>jest niezależna</u> od przynależności do POZ.</p>	<p><b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b></p> <p><b>Kryterium populacyjne:</b> POF - do 10 000 osób na jedną pracownię fizjoterapii – brak zależności z POZ lub <b>Kryterium geograficzne:</b> gmina lub gmina sąsiednia.</p>	<p><b>Postulat [REDAKTOWANE]:</b></p> <p>ze względu na bezpieczeństwo chorych – konieczna jest wymiana pełnej informacji o pacjencie – przy braku powiazań z POZ jest to niemożliwe.</p> <p><b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b> <b>Kryterium geograficzne:</b> gmina lub gmina sąsiednia.</p> <p><b>oraz przy założeniu wymogu zapewnienia równoważnika 2 etatów fizjoterapeuty na populację 10 000 osób (w szczególnych przypadkach, np. małych gmin dopuszcza się przelicznik etatu fizjoterapeuty proporcjonalnie do wielkości objętej opieką populacji)</b></p>
<p><b>Wykonawca świadczeń</b></p>	<p>Fizjoterapeuta w ramach praktyki POZ <i>lub</i> Fizjoterapeuta w podwykonawstwie</p>	<p>Fizjoterapeuta (niezależnie od POZ)</p> <p>Nie są wymagane formalne zasady objęcia opieką pacjentów zadeklarowanych w danym POZ</p>	<p><b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b> Fizjoterapeuta</p>	<p><b>Postulat [REDAKTOWANE]:</b> Fizjoterapeuta w ramach współpracy z POZ - ze względu na bezpieczeństwo chorych – konieczna jest wymiana pełnej informacji o pacjencie – przy braku powiazań z POZ jest to niemożliwe.</p> <p><b><u>Postulat przedstawicieli NFZ oraz KIF:</u></b> Fizjoterapeuta bez zależności z POZ</p> <p><b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b> <b>Równoważnik 2 etatów fizjoterapeuty na populację 10 000 osób</b></p>
<p><b>Sposób deklaracji do POF</b></p>	<p>Równoznaczna z <b>obligatoryjną</b> deklaracją do lekarza POZ</p>	<p><b>Dobrowolna</b> deklaracja do POF. Deklaracja obowiązuje przez okres jednego roku z założeniem, że istnieje ograniczenie w liczbie dni zabiegowych ambulatoryjnych do 20 w roku kalendarzowym (z możliwością przedłużenia na wniosek lekarza do NFZ).</p>	<p><b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b> Dobrowolna deklaracja do POF.</p>	<p><b><u>Uwaga AOTMiT po KU:</u></b> Propozycja do rozważenia –</p> <p>każdy POF musiałyby objąć opieką populację pacjentów zadeklarowanych do danych POZ-ów. Innymi słowy pacjent wyjściowo jest przypisany do POF zgodnie z POZ, ale ma prawo wybrać inny POF, który jest niezależny od deklaracji POZ. Dzięki czemu, pacjent podczas składania deklaracji w POZ dostaje propozycję deklaracji do POF (u swojego POZ) lub zostaje poinformowany, że może złożyć taką deklarację i wybrać dowolną placówkę POF.</p> <p><b><u>Postulat [REDAKTOWANE]:</u></b> pełne poparcie dla uwagi AOTMiT</p> <p><b>Uwaga autoryzacyjna KIF</b> (pismo znak: DA-SP.42.2018.EW.3 z dnia 13.11.2018 r.): Wnioskowany jest, aby „sposób deklaracji do POF był równoznaczny z dobrowolną deklaracją do POF”</p> <p><b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b> <b>Dobrowolna deklaracja do POF, przy czym każdy POF musi posiadać deklarację współpracy z przynajmniej jednym POZ („wyjściowy” warunek zabezpieczenia opieką fizjoterapeutyczną całej populacji), a każdy POZ musi wskazać podstawowy POF dla populacji pacjentów, którzy złożyli deklarację w danym POZ.</b></p>

<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	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 będą mogli korzystać ze świadczeń POF w miejscu złożenia deklaracji (możliwość zmiany deklaracji max. 2/rok)  Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym z rehabilitacji medycznej	<b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b> Pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń POF w miejscu złożenia deklaracji (możliwość zmiany deklaracji max. 2/rok)	<b><u>Postulat ██████████:</u></b> Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym z rehabilitacji medycznej – postulat usunięcia zapisu w całości – jest to zaprzeczenie idei POF funkcjonującego ramie w ramie z POZ. Lekarzem konsultującym dla pacjentów POF powinien być Lekarz POZ. Kierowanie przez POF chorych do specjalistów wydłuży kolejki, ograniczając dostępność.  <b><u>Postulat przedstawicieli KIF:</u></b> Placówka zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, z możliwością wystawienia skierowania do lekarza specjalisty, np. ortopedy.  <b><u>Postulat ██████████:</u></b> W przypadku wprowadzenia wymogu dotyczącego zasad konsultacji lekarskich ma być to lekarz rehabilitacji medycznej, który jako jedyny specjalista posiada odpowiednią wiedzę w tej dziedzinie.  <b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b> Wyjściowo pacjenci są przypisani do POF współpracującego z POZ (u którego złożono deklarację), jednak pacjent ma możliwość zmiany POF (dowolność wyboru). Po złożeniu deklaracji do danego POF pacjenci będą mogli korzystać ze świadczeń POF wyłącznie w miejscu złożenia deklaracji (możliwość zmiany deklaracji max. 2/rok)
<b>Lokalizacja POF</b>	gmina lub gmina sąsiednia w której jest zlokalizowany POZ	POF wybierany przez pacjenta	<b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b> POF wybierany przez pacjenta	<b><u>Komentarz analityków AOTMiT:</u></b> <i>Jak powyżej</i>

Tabela 60. Alternatywne modele organizacji POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część II

Model	POF I	POF III	Wyniki konsensusu	Rozbieżności w proponowanych rozwiązaniach oraz komentarze analityków AOTMiT – problem decyzyjny
<b>Sprawozdawczość</b>	Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF do POZ, zawierający: <ul style="list-style-type: none"> <li>wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne)</li> <li>określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,</li> <li>ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skale medyczne).</li> </ul>	Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF do płatnika, zawierający: <ul style="list-style-type: none"> <li>wstępną ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta (w oparciu o skale medyczne)</li> <li>określony plan leczenia i terapii wraz ze zdefiniowanym celem terapeutycznym,</li> <li>ocenę efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skale medyczne).</li> </ul>	<b><u>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</u></b> Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF do płatnika, zawierający: <ul style="list-style-type: none"> <li>zrealizowane procedury, świadczenia wykonane,</li> <li>oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skale medyczne) – kwestia dostosowania systemu sprawozdawczości</li> </ul>	<b><u>Postulat przedstawicieli KIF:</u></b> Zgodnie ze stanowiskiem przekazanym Agencji w piśmie znak: DA-SP.42.2018.MK.1 dotyczące opracowania skal medycznych dla każdego obszaru rehabilitacji.  <b><u>Postulat przedstawicieli NFZ (odnosi się do powyższego):</u></b> postulat zmiany przepisów rozporządzenia OWU lub w opisie świadczenia

		opracowanie wskaźników: struktury, procesu, wyniku (w tym oceniające stopień zadowolenie pacjenta)	(usunięcie nawiasu dot. skal medycznych)	<p>opracowanie wskaźników: struktury, procesu, wyniku (w tym oceniające stopień zadowolenie pacjenta)</p> <p><b>Postulat [REDACTED]:</b></p> <p>Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF do POZ – ze względu na bezpieczeństwo chorego i prowadzącego go lekarza POZ</p> <p><b>Postulat [REDACTED]:</b></p> <p>Przed wszystkim należałoby kontrolować czas pracy POF, ponieważ finansowanie pokrywa liczbę etatów.</p> <p><b>Uwaga autoryzacyjna KIF</b> (pismo znak: DA-SP.42.2018.EW.3 z dnia 13.11.2018 r.):</p> <p>Wnioskowane jest „zniesienie obowiązku oceny efektów terapii w oparciu o skale medyczne”.</p> <p><b>Komentarz analityków AOTMiT: Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</b></p> <p>Raport o stanie zdrowia pacjentów, przekazywany cyklicznie przez POF do płatnika, zawierający:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zrealizowane procedury, świadczenia wykonane,</li> <li>- oceny efektów terapii rehabilitacyjnej/fizjoterapeutycznej (w oparciu o skale medyczne).</li> </ul>
--	--	--	--	---

Tabela 61. Alternatywne modele sposobów finansowania POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część III

Model	POF I	POF III	Wynik konsensusu	Rozbieżności w proponowanych rozwiązaniach oraz komentarze analityków AOTMiT – <i>problem decyzyjny</i>
Dysponent budżetu	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii (PF)	<b>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</b> Pracownia fizjoterapii/ Dział fizjoterapii	<b>Komentarz analityków AOTMiT:</b> Pracownia fizjoterapii/ Dział fizjoterapii
Metoda kalkulacji budżetu	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych	<b>Brak konsensusu</b>	<b>Postulat [REDACTED] oraz [REDACTED]:</b> Stawka kapitacyjna plus dodatkowa osobna fizjoterapia domowa z określonymi kryteriami włączenia

	<p>domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych - <b>budżet powierzony</b> kalkulowany wg stawki kapitacyjnej (<b>od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POZ</b>))</p> <p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa).</p>	<p>w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych - <b>budżet powierzony</b> kalkulowany wg wzoru: Kwota pieniędzy na dany region * (liczba deklaracji / liczba deklaracji złożonych w danym regionie))</p> <p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa)</p>		<p>Podzielenie budżetu ze względu na liczbę mieszkańców oraz proporcjonalnie do liczby pacjentów zadeklarowanych do POF.</p> <p><b>Postulat przedstawicieli KIF:</b> Płatność <i>fee for service</i> (uwagi zgodnie z formularzem: „Płatnik będzie płacił tylko za faktycznie zrealizowane świadczenia. Zróżnicowanie jest niezbędne ze względu np. na dodatkowe koszty świadczeń udzielanych w warunkach domowych. Będzie to wpływać motywująco na udzielanie świadczeń chorym w stanie ostrym i po zabiegach, którzy najbardziej ich potrzebują).</p> <p><b>Komentarz analityków AOTMiT:</b> W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych) - <b>budżet powierzony</b> ka kulowany wg stawki kapitacyjnej (<b>od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POF</b>)</p> <p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa).</p>
<b>Podstawa rozliczeń</b>	<p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych)- <b>ryczałt za populację objętą opieką w POZ</b></p> <p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” - <b>wykonane procedury</b></p>	<p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych) - <b>ryczałt za populację objętą opieką w POF</b></p> <p>W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” - <b>wykonane procedury</b></p>	<p><b>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</b> Liczba pacjentów objętych deklaracją.</p>	<p><b>Postulat przedstawicieli KIF:</b> płatność <i>fee for service</i> (uwagi zgodnie z formularzem: „Płatnik będzie płacił ty ko za faktycznie zrealizowane świadczenia. Zróżnicowanie jest niezbędne ze względu np. na dodatkowe koszty świadczeń udzielanych w warunkach domowych. Będzie to wpływać motywująco na udzielanie świadczeń chorym w stanie ostrym i po zabiegach, którzy najbardziej ich potrzebują).</p> <p><b>Komentarz analityków AOTMiT:</b> Liczba pacjentów objętych deklaracją.</p>
<b>Strona umowy z NFZ</b>	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii	<p><b>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</b> Pracownia fizjoterapii</p>	<p><b>Komentarz analityków AOTMiT:</b> Pracownia fizjoterapii</p>
<b>Zasady zawierania umów</b>	Wniosek o zawarcie umowy w trybie wnioskowym POZ	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań	<p><b>Wspólne stanowisko uczestników spotkania:</b> Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań</p>	<p><b>Komentarz analityków AOTMiT:</b> Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań</p>

## 7. Propozycja modeli POF do programu pilotażowego

### 7.1. Modele organizacji i finansowania POF

W wyniku dyskusji podjętych podczas posiedzenia Rady Przejrzystości w dniu 19 listopada 2018 r. oraz dodatkowych konsultacji z przedstawicielami NFZ wskazuje się dwa alternatywne modele organizacji i finansowania POF. Modele stanowią podstawę do opracowania projektu programu pilotażowego.

W nawiązaniu do ustaleń podjętych podczas spotkania w dniu 25 lipca 2018 r. w Ministerstwie Zdrowia należy rozważyć zasadność przeprowadzenia oceny realności oraz zbadania potencjalnych skutków wdrożenia wybranego lub wybranych modeli POF przed ich potencjalnym wdrożeniem jako obowiązujące regulacje prawne. W tym celu proponowane jest przeprowadzenie programu pilotażowego przedmiotowego modelu/modeli POF.

**Tabela 62. Modele organizacji i finansowania POF – propozycje do projektu programu pilotażowego**

Model	POF I	POF III
<b>Kierujący na świadczenia</b>	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).
<b>Miejsce realizacji świadczeń</b>	pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta (w ramach dedykowanych świadczeń fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt z określonymi kryteriami włączenia)	pracownia fizjoterapii <i>lub</i> w miejscu przebywania pacjenta (w ramach dedykowanych świadczeń fizjoterapii domowej jako dodatkowy produkt z określonymi kryteriami włączenia)
<b>Wykonawca świadczeń</b>	Fizjoterapeuta w ramach praktyki POZ <i>lub</i> Fizjoterapeuta w podwykonawstwie w ramach umowy POZ	Fizjoterapeuta w ramach umowy POF współpracuje z wybranym/wybranymi POZ
<b>Strona umowy z NFZ</b>	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii (fizjoterapeuta)
<b>Populacja objęta opieką</b>	POF - do 10 000 osób (stanowiących <b>zadeklarowanych pacjentów lekarzy POZ</b> ) Przynależność do POF jest pochodną przynależności do POZ.  POZ zapewnia realizację świadczeń w ramach 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)	<b>POF - na podstawie deklaracji do POF</b> Przynależność do POF <u>jest wyjściowo równoznaczna z przynależnością do POZ</u> , 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)
<b>Sposób deklaracji do POF</b>	Pochodna deklaracji do lekarza POZ	<b>Dobrowolna deklaracja do fizjoterapeuty (POF).</b>  Deklaracja obowiązuje przez okres 12 miesięcy (możliwość zmiany deklaracji max. 2/rok).

<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	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
<b>Dysponent budżetu</b>	Lekarz POZ	Pracownia fizjoterapii/ Dział fizjoterapii
<b>Metoda kalkulacji budżetu</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętym POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrych” (doraźnych - <b>budżet powierzony</b> kalkulowany wg stawki kapitałowej ( <b>od zadeklarowanego pacjenta do lekarza POZ</b> )  W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” po hospitalizacji - <b>fee for service</b> (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 - <b>budżet</b> kalkulowany 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 - <b>fee for service</b> (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa)
<b>Podstawa rozliczeń</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych)- <b>ryczałt za populację objętą opieką w POZ</b> W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” – <b>za wykonane świadczenia.</b>	W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (doraźnych)- <b>za liczbę pacjentów objętych deklaracją</b> W ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrych” (po hospitalizacji) i „przewlekłych” – <b>za wykonane świadczenia</b>
<b>Zasady zawierania umów</b>	Wniosek o zawarcie umowy w trybie wnioskowym POZ	Zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rękoma

## 7.2. Projekt programu pilotażowego

Użyte w projekcie określenia oznaczają:

- 1) **Podstawowa opieka fizjoterapeutyczna (POF)** - stanowi testowany podzakres świadczeń w ramach zakresu rehabilitacja lecznicza stanowiący zabezpieczenie podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych populacji pacjentów uprawnionych do korzystania ze świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) **Wizyta fizjoterapeutyczna** – świadczenie udzielane przez uprawnionego fizjoterapeutę obejmujące:
  - ocenę zasadności kwalifikacji do udzielenia świadczeń POF,
  - ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta,
  - określenie celu fizjoterapii,
  - edukację pacjenta, udzielenie instruktażu (w tym również udostępnienie materiałów edukacyjnych) pod kątem nauki samodzielnej i prawidłowej aktywności ukierunkowanej na stwierdzony problem oraz umiejętności pozwalające radzić sobie z problemami wynikającymi ze stanu zdrowia.

### Cele programu pilotażowego:

- 1) celem głównym programu pilotażowego jest ocena skuteczności klinicznej i efektywności organizacyjnej opieki w proponowanych modelach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej.
- 2) celami szczegółowymi programu pilotażowego są:
  - a) ocena charakterystyki świadczeniobiorców włączonych do programu pilotażowego i stratyfikacji świadczeniobiorców pod względem czynników demograficznych;
  - b) analiza kosztów leczenia świadczeniobiorców w dwóch modelach opieki POF na podstawie danych zebranych w programie pilotażowym.



- 3) celami podstawowej opieki fizjoterapeutycznej jest:
  - c) poprawa dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych poprzez:
    - wczesną opiekę fizjoterapeutyczną nad pacjentami w stanie „ostрым” (doraźnym), np. z bólem powstałym w wyniku przeciążeń oraz pacjentami w stanie „ostрым” (po hospitalizacji lub zaostrzeniach choroby),
    - utrzymanie lub spowolnienie postępu chorób/zaburzeń stanu funkcjonalnego o charakterze przewlekłym, dotyczących pacjentów o niskim lub umiarkowanym potencjale rehabilitacyjnym, tj. niekorzystnym rokowaniu poprawy stanu funkcjonalnego);
  - d) poprawa dostępności do pozostałych podzakresów świadczeń rehabilitacji leczniczej poza podzakresem POF, jako konsekwencja wydzielenia odrębnego poziomu opieki dla pacjentów o zdefiniowanych (na poziomie szczegółowych świadczeń) potrzebach rehabilitacyjnych;
  - e) poprawa jakości życia populacji docelowej (w szczególności pacjentów o przewlekłym charakterze dolegliwości);
  - f) ograniczenie liczby zaostrzeń schorzeń/urazów poprzez wdrożenie działań prewencyjnych, tj. edukacji pacjentów w ramach „samolecznictwa” oraz edukacji prozdrowotnej;
  - g) optymalne wykorzystanie zasobów personelu medycznego i zasobów lokalowych/sprzętowych dostępnych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej;

### **Charakterystyka programu pilotażowego:**

- 1) okres realizacji programu pilotażowego wynosi do 36 miesięcy od dnia zawarcia przez Fundusz z realizatorem programu pilotażowego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego. Przyjmuje się, iż po pierwszym i drugim roku programu dokonana zostanie wstępna ocena efektywności organizacyjnej i klinicznej obu modeli podstawowej opieki fizjoterapeutycznej. W przypadku uzyskania pozytywnych wyników programu po pierwszym lub drugim roku jego realizacji (uzyskanych na podstawie wstępnej oceny) program ten może zostać zakończony z równoznaczną decyzją o wdrożeniu właściwego modelu POF.
- 2) realizatorami programu pilotażowego mogą być świadczeniodawcy posiadający umowę z Funduszem w rodzaju:
  - model POF I: podstawowa opieka zdrowotna,
  - model POF II: rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.
- 3) zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy, obejmuje zakresy świadczeń opieki zdrowotnej określone zgodnie z art. 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2018 r. poz. 465), tj. świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach:
  - a) ambulatoryjnych, które obejmują fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez wizytę fizjoterapeutyczną oraz zabiegi fizjoterapeutyczne;
  - b) domowych, które obejmują fizjoterapię domową realizowaną przez wizytę fizjoterapeutyczną oraz zabieg fizjoterapeutyczny.
- 4) populacja objęta programem pilotażowym – świadczeniobiorcy:
  - a) o przewlekłym charakterze chorób/zaburzeń stanu funkcjonalnego (niskim lub umiarkowanym potencjale rehabilitacyjnym, tj. rokującym poprawę stanu funkcjonalnego),
  - b) w stanie „ostрым” (doraźnym),
  - c) w stanie „ostрым” (po hospitalizacji lub zaostrzeniach choroby).
 Populacja objęta programem obejmuje ogół pacjentów objętych opieką POZ.
- 5) kryterium włączenia świadczeniobiorców, o których mowa w pkt 4, do programu pilotażowego (świadczeń podstawowej opieki fizjoterapeutycznej realizowanych w pracowni fizjoterapii lub miejscu przebywania pacjenta) jest posiadanie zlecenia/skierowania wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Szczegółowe kryteria włączenia do świadczeń podstawowej opieki fizjoterapeutycznej realizowanych w miejscu przebywania dotyczą pacjentów:
  - a) o przewlekłym charakterze chorób/zaburzeń stanu funkcjonalnego (niskim lub umiarkowanym potencjale rehabilitacyjnym, tj. rokującym poprawę stanu funkcjonalnego), stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień,
  - b) w stanie „ostрым” (po hospitalizacji lub zaostrzeniach choroby), tj.:
    - z ogniskowym uszkodzeniem mózgu - po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach, stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień oraz do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu,

- z ciężkimi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego (CUN), stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień, lub w przypadku dzieci do ukończenia 18 roku życia, w skali GMFCS - 4-5 pkt. oraz okres do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia CUN,
- po zabiegach protezoplastyki stawu lub rewizji lub usunięciu protezy, stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień oraz okres do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji,
- liczne złamania lub złamania w obrębie miednicy lub amputacje w obrębie kończyn dolnych, stopień niepełnosprawności według skali Rankina - 4-5 stopień oraz okres do 9 miesięcy od dnia złamania lub amputacji.

Rozpoczęcie fizjoterapii domowej bezpośrednio lub w ciągu 30 dni od dnia wystawienia skierowania / zlecenia.

6) kryteria wyłączenia świadczeniobiorców, o których mowa w pkt 4, z programu pilotażowego:

- osiągnięcie celu terapeutycznego,
- brak możliwości realizacji stawianych celów fizjoterapii,
- podjęcie terapii w ramach innego zakresu świadczeń rehabilitacji leczniczej,
- pacjenci objęci świadczeniami rehabilitacyjnymi w ramach innych rodzajów świadczeń (np. w ramach opieki koordynowanej, opieki hospicyjnej itd.).

### Opis modelu POF I

1) sposób udzielania świadczeń w ramach programu pilotażowego:

- kwalifikacja świadczeniobiorcy przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do programu pilotażowego następuje zgodnie z kryteriami włączenia i wyłączenia,
- pierwsza wizyta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:
  - o wyrażenie przez świadczeniobiorcę pisemnej zgody na udział w programie pilotażowym, po przekazaniu informacji o zasadach i celach realizacji programu oraz o złożeniu deklaracji o przynależności do danego POF,
  - o lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wskazuje świadczeniobiorcy współpracującego fizjoterapeutę, który pełni zabezpieczenie jego potrzeb fizjoterapeutycznych w ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej,
  - o lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wydaje zlecenie na świadczenia w ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (zakres zlecenia: określenie celu kierowania na fizjoterapię, chorób przebytych i współistniejących, przyjmowanych leków, innych czynników (np. wszczepione urządzenia wspomagające pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metal w ciele pacjenta) oraz innych ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia pacjenta istotnych w procesie rehabilitacji wraz z kodami jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10),
- pierwsza wizyta fizjoterapeutyczna w ramach programu pilotażowego – przeprowadzona przez fizjoterapeutę,
- ostatnia wizyta fizjoterapeutyczna w ramach programu pilotażowego realizowana do końca cyklu terapii - wykonanie ankiety satysfakcji i oceny efektów terapii.

2) organizacja udzielania świadczeń w ramach programu pilotażowego:

- wyjściowo deklaracja do podstawowej opieki fizjoterapeutycznej jest pochodną deklaracji do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- wykonawcą świadczeń jest fizjoterapeuta w ramach praktyki podstawowej opieki zdrowotnej lub fizjoterapeuta w podwykonawstwie w ramach umowy z POZ,
- POZ zapewnia realizację świadczeń w ramach POF na obszarze gminy lub gminy sąsiedniej.
- sformalizowanie zasad współpracy pomiędzy POZ i (ewentualnym) podwykonawcą w zakresie objęcia opieką fizjoterapeutyczną pacjentów zdeklarowanych do danego POZ,
- placówka POZ zobowiązana jest do ustalenia zasad dotyczących konsultacji lekarskich co najmniej z dwóch dziedzin, w tym z rehabilitacji medycznej,
- świadczenia w ramach POF realizowane są w pracowni fizjoterapii lub w miejscu przebywania pacjenta,
- wymóg zapewnienia (na jedną pracownię fizjoterapii realizującą świadczenia POF) równoważnika 2 etatów fizjoterapeuty na populację 10 000 osób zdeklarowanych do lekarzy POZ (w szczególnych przypadkach, np. małych gmin dopuszcza się przelicznik etatu fizjoterapeuty proporcjonalnie do wielkości objętej opieką populacji),
- fizjoterapeuta realizujący zlecenie, po ukończonym cyklu zabiegów, przekazuje lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, który wystawił zlecenie, informację o efektach prowadzonego cyklu zabiegów oraz stanu zdrowia świadczeniobiorcy,

- 3) sposób finansowania świadczeń w ramach programu pilotażowego:
- dysponentem budżetu jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
  - metoda kalkulacji budżetu:
    - o w ramach świadczeń udzielanych pacjentom objętych POF w warunkach ambulatoryjnych i domowych w stanach przewlekłych i „ostrzych” (doraźnych) - budżet powierzony kalkulowany wg stawki kapitałowej (od zadeklarowanego pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)
    - o w ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrzych” po hospitalizacji – płatność *fee for service* (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa).
  - wniosek o zawarcie umowy w trybie wnioskowym POZ.

### Opis modelu POF II

- 1) sposób udzielania świadczeń w ramach programu pilotażowego:
- kwalifikacja świadczeniobiorcy przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do programu pilotażowego zgodnie z kryteriami włączenia i wyłączenia (kwalifikacja wyłącznie za pierwszym razem – skierowanie na świadczenia w ramach POF; kolejne wizyty u fizjoterapeuty odbywają się z dostępem bezpośrednim do wybranego fizjoterapeuty (tj. bez skierowania, przy założeniu weryfikacji stanu funkcjonalnego); kontynuacja opieki w ramach POF wymaga okresowego potwierdzenia kryteriów kwalifikacji,
  - pierwsza wizyta fizjoterapeutyczna w ramach programu pilotażowego:
    - o wyrażenie przez świadczeniobiorcę pisemnej zgody na udział w programie pilotażowym, po przekazaniu informacji o zasadach i celach realizacji programu oraz o przynależności do danego POF,
    - o wizyta fizjoterapeutyczna przeprowadzona przez fizjoterapeutę
  - ostatnia wizyta fizjoterapeutyczna w ramach programu pilotażowego realizowana do końca cyklu terapii - wykonanie ankiety satysfakcji i oceny efektów terapii.
- 2) organizacja udzielania świadczeń w ramach programu pilotażowego:
- świadczeniobiorca jest wejściowo przypisany do POF współpracującego z lekarzem POZ (u którego pacjent złożył deklarację), z możliwością zmiany POF na dowolnie wybranego przez świadczeniobiorcę,
  - deklaracja obowiązuje przez okres 12 miesięcy (możliwość zmiany deklaracji max. dwa razy w ciągu roku kalendarzowego),
  - wykonawcą świadczeń jest fizjoterapeuta w ramach podmiotu realizującego świadczenia POF,
  - fizjoterapeuta (POF) współpracuje w ramach umowy/umów z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej na obszarze gminy lub gminy sąsiedniej,
  - sformalizowanie zasad współpracy pomiędzy POF i POZ w zakresie objęcia opieką fizjoterapeutyczną pacjentów zadeklarowanych do danego POZ,
  - świadczenia w ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej realizowane są w pracowni fizjoterapii lub w miejscu przebywania pacjenta,
  - 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),
  - świadczeniodawca (fizjoterapeuta) realizujący zlecenie, po ukończonym cyklu zabiegów, sprawozdaje do Funduszu informację o sposobie oraz efektach prowadzonego cyklu zabiegów wraz z oceną efektów terapii oraz stanu zdrowia świadczeniobiorcy.
- 3) sposób finansowania świadczeń w ramach programu pilotażowego:
- dysponentem budżetu jest POF, do którego złożono deklarację,
  - metoda kalkulacji budżetu:
    - o w ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrzych” (doraźnych)- liczba pacjentów objętych deklaracją,
    - o w ramach świadczeń udzielanych pacjentom w stanach „ostrzych” po hospitalizacji – płatność *fee for service* (świadczenia realizowane w warunkach domowych – fizjoterapia domowa),
  - zawarcie umowy w trybie konkursu ofert lub rokowań.

## Ocena stanu funkcjonalnego pacjenta

Ocena odbywa się za pomocą klasyfikacji ICF – w zakresie aktywności i uczestnictwa na podstawie dostępnych wytycznych określonych przez towarzystwa naukowe lub organizacje zawodowe danych grup zawodowych uczestniczących w procesie rehabilitacji. Ocena odbywa się przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu terapii.

## Monitorowanie realizacji programu pilotażowego

### 1) Wskaźniki realizacji programu pilotażowego

Tabela 63. Wskaźniki realizacji programu pilotażowego

Lp.	Wskaźniki realizacji programu pilotażowego
<b>Wskaźniki ogólne (struktury)</b>	
1.	Ogólna liczba pacjentów, dla których zrealizowano świadczenia, w stosunku do populacji objętej POF z uwzględnieniem parametrów demograficznych i terytorialnych
2.	Liczba pacjentów w stanie „ostрым” (doraźnym), dla których zrealizowano świadczenia, w stosunku do populacji objętej POF
3.	Liczba pacjentów w stanie „ostрым” (po hospitalizacji lub zaostyrzeniach choroby), dla których zrealizowano świadczenia, w stosunku do populacji objętej POF
4.	Liczba pacjentów z chorobą o charakterze przewlekłym, dla których zrealizowano świadczenia, w stosunku do populacji objętej POF
5.	Liczba fizjoterapeutów i lekarzy POZ realizujących program pilotażowy
6.	Liczba etatów fizjoterapeutów i lekarzy POZ realizujących program pilotażowy do liczby miejsc udzielania świadczeń POF
7.	Liczba i rodzaj procedur fizjoterapeutycznych
<b>Wskaźniki procesu</b>	
8.	Rzeczywisty czas rozpoczęcia fizjoterapii kalkulowany liczbą dni od daty pierwszej wizyty fizjoterapeutycznej
9.	% udział liczby pacjentów, dla których zrealizowano świadczenia, w podziale na liczbę zrealizowanych dni zabiegowych
10.	% udział liczby pacjentów, dla których zrealizowano powyżej 20 dni zabiegowych
11.	Odsetek pacjentów, którzy rozpoczęli fizjoterapię domową powyżej 30 dni od dnia wypisania zlecenia, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.
12.	Rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w innych zakresach rehabilitacji leczniczej określony przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu pilotażowego
13.	Struktura wystawców skierowania do POF
<b>Wskaźniki efektu</b>	
14.	Walidacja skuteczności fizjoterapii mierzonej za pomocą oceny stanu funkcjonalnego przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu terapii w oparciu o ICF
15.	Odsetek pacjentów, u których zrealizowano założony cel fizjoterapii w ciągu 6 miesięcy od wyznaczenia celu terapii, w stosunku do liczby wszystkich pacjentów.
16.	Liczba pacjentów, dla których zrealizowano świadczenia w ramach innych zakresów rehabilitacji leczniczej, pomimo iż schorzenie kwalifikowało pacjenta do POF, w stosunku do ogólnej liczby pacjentów którym udzielono świadczeń w POF
17.	Ocena dotycząca efektywności organizacyjnej i klinicznej modeli POF w opinii fizjoterapeutów oraz lekarzy POZ realizujących program
18.	Ocena satysfakcji pacjenta, w tym dotycząca edukacji
19.	Ocena porównawcza kosztów oraz korzyści realizacji programu pilotażowego POF I i POF II
20.	Wartość środków finansowych poniesionych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w programie pilotażowym z podziałem na poszczególne modele POF przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w stosunku do planowanych środków finansowych na realizację programu pilotażowego

- 2) Sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego:
  - a) dane ze sprawozdawczości do Funduszu;
  - b) ankiety po kwalifikacji do programu pilotażowego, przed i po zabiegach fizjoterapii, po upływie 12 i 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia pilotażu.
- 3) Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia i finansowania jest Fundusz, do monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego Fundusz we współpracy z niezależnym ośrodkiem badawczym. Fundusz na bieżąco monitoruje realizację programu pilotażowego.

## 8. Wstępna analiza wpływu na budżet

W niniejszej części opracowania zostaną przedstawione możliwe scenariusze wprowadzenia koncepcji POF wraz z ich skutkami w zakresie konsumpcji i kosztów świadczeń rehabilitacyjnych.

### Założenia przyjęte przy w scenariuszach implementacji POF

Analiza danych przedstawiona we wcześniejszych częściach opracowania pozwoliła na głębsze zrozumienie prawidłowości, jakie występują w fizjoterapii ambulatoryjnej oraz poznanie obszarów intensywnego korzystania z tych świadczeń. W przygotowanych scenariuszach tworzenia koncepcji POF przyjęto następujące założenia:

- **średniej liczby dni zabiegowych**, jakie uzyskają pacjenci w danym roku kalendarzowym w związku z rozpoznaniem, na podstawie którego dokonano kwalifikacji pacjentów do grupy: należących do POF oraz należących do FAO<sup>9</sup>,
- **ustalenie proporcji pomiędzy grupami świadczeń, które różnią się zaangażowaniem fizjoterapeutów w podziale na kinezyterapię, fizjoterapię oraz masaż** (w niniejszym opracowaniu podzielono świadczenia na 2 grupy POF oraz FAO oraz świadczenia wykonywane indywidualnie z pacjentem tj. 1:1 oraz świadczenia, w trakcie których na 1 fizjoterapeutę przypada więcej niż 1 pacjent)<sup>10</sup>,
- model standardowej placówki POF – wielkość populacji i liczba fizjoterapeutów.

Przyjmujemy, iż wskazane założenia najprawdopodobniej zostaną zrealizowane w ramach POF, nie jako odgórny wymóg, lecz jako praktyka, która rozwine się dzięki ustaleniu odpowiednich zasad funkcjonowania POF. Zasady te będą promowały skuteczność terapii i zadowolenie pacjentów, a także będą implementowały dbałość świadczeniodawców o możliwie najniższe koszty terapii.

#### A. Zmiana średniego czasu trwania fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu POF

Wynikiem analiz przedstawionych we wcześniejszych częściach niniejszego opracowania jest między innymi informacja, że czas fizjoterapii ambulatoryjnej 87,3% pacjentów mieści się w zakresie do 20 dni zabiegowych. W związku z powyższym jednym z możliwych scenariuszy jest założenie, że średnia liczba dni zabiegowych przypadających na jednego pacjenta korzystającego ze świadczeń o profilu POF będzie równa średniej liczbie dni zabiegowych, jaka przypada obecnie na jednego pacjenta o profilu POF w przedziale czasu korzystania ze świadczeń do 20 dni zabiegowych. Żeby uzyskać tę wartość najpierw zsumowano wszystkie dni zabiegowe z przedziału do 20 dni ze wszystkich „pacjento-rozpoznań” POF, a następnie podzielono je przez liczbę wszystkich „pacjento-rozpoznań” mieszczących się w tym przedziale. Do dalszych obliczeń dotyczących ustalenia niezbędnej do zaspokojenia potrzeb liczby dni zabiegowych przyjęto liczbę pacjentów (unikalne numery PESEL), którzy w 2017 r. skorzystali ze świadczeń o profilu POF.

Uzyskane wartości wyniosły odpowiednio:

- liczba dni zabiegowych: 24,79 mln,
- liczba pacjentów o profilu POF: 2,31 mln,
- średnia czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu: 10,71 dnia,
- koszt 1 dnia zabiegowego w POF: 23,8 zł.

Przyjęcie powyższych założeń zredukowałoby liczbę dni zabiegowych o prawie 8,2 mln i zwolniłoby kwotę **194,6 mln zł**, która pozwoliłaby np.: na dodatkowe objęcie fizjoterapią ambulatoryjną grupy **763,5 tys. pacjentów o profilu POF**.

<sup>9</sup> Dla profilu POF ograniczono liczbę cykli rehabilitacji do 1 na każdego pacjenta w trakcie roku kalendarzowego, natomiast dla profilu FAO przyjęto ograniczenie czasu trwania rehabilitacji wynikającej z 1 przyczyny, natomiast nie ograniczono liczby cykli rehabilitacyjnych z różnych przyczyn, ponieważ wystąpienie nagłej potrzeby fizjoterapii ambulatoryjnej może pojawiać się wiele razy z różnych przyczyn u tego samego pacjenta.

<sup>10</sup> Docelowo możliwym rozwiązaniem jest stworzenie większej niż dwie (tj. POF i FAO) grup rozpoznań homogennych pod względem struktury i liczby świadczeń, które byłyby niezależnie analizowane i modelowane.



## B. Zmiana struktury świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu POF

Możliwym kierunkiem zmian w profilu POF mogłaby być także modyfikacja struktury świadczeń w poszczególnych kategoriach świadczeń (fizykoterapia, kinezyterapia i masaż) oraz w układzie świadczeń wykonywanych indywidualnie z pacjentem i tych wykonywanych w grupach. Obecnie w profilu POF duży odsetek świadczeń stanowi fizykoterapia, mniej jest natomiast kinezyterapii. Proponowanym kierunkiem zmian jest zmniejszenie z 59% do 30% udziału procentowego fizykoterapii w ogólnym czasie fizjoterapii ambulatoryjnej, przy zachowaniu dotychczasowej proporcji pomiędzy zabiegami wykonywanymi indywidualnie i grupowo. Zmniejszenie udziału fizykoterapii pozwoliłoby na zwiększenie udziału kinezyterapii, przy jednoczesnej zmianie proporcji świadczeń indywidualnych względem grupowych w kinezyterapii z 54,4%:45,6% obecnie na 30%:70%. Jednocześnie w obszarze masażu nie zostałyby dokonane żadne zmiany. Struktura czasu świadczeń, obecna i proponowana, została przedstawiona poniżej.

Tabela 64. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach POF

Kategorie świadczeń	Aktualna struktura czasu świadczeń			Prognozowana struktura czasu świadczeń		
	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem
fizykoterapia	16,6%	42,6%	59,1%	8,4%	21,6%	30%
kinezyterapia	16,0%	13,4%	29,5%	17,6%	41,0%	58,6%
masaż	9,1%	2,3%	11,4%	9,1%	2,3%	11,4%
razem	41,7%	58,3%	100,0%	35,1%	64,9%	100,0%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).

Po wyliczeniu wpływu ww. zmiany na budżet okazało się, że jej wprowadzenie nie będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami, a może przynieść korzyści finansowe na poziomie niespełna 5,2 mln zł. Wynika to z obniżenia średniej ceny za 1 minutę świadczenia wynikającej z zaproponowanej zmiany struktury świadczeń. Za zaoszczędzone pieniądze można by zwiększyć liczbę pacjentów o profilu POF o prawie 20,5 tys osób.

Oznacza to, że zmiana struktury udzielanych świadczeń nie musi pociągać za sobą konieczności zwiększenia nakładów na fizjoterapię.

## C. Zmiana średniego czasu trwania fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu FAO

Kolejną zmianą, którą można uwzględnić w koncepcji POF jest założenie, że średni czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu FAO będzie równy średniej liczbie dni zabiegowych, jaka występuje obecnie w przedziale do 20 dni zabiegowych. Równocześnie założono, że liczba pacjentów-rozpoznań nie ulegnie zmianie.

Uzyskane wartości wyniosły odpowiednio:

- liczba dni zabiegowych: 4,18 mln,
- liczba pacjentów o profilu FAO: 0,37 mln,
- średnia czas trwania fizjoterapii ambulatoryjnej w profilu: 10,68 dnia,
- koszt 1 dnia zabiegowego dla profilu FAO: 25,5 zł.

W wyniku zaproponowanych zmian zmniejszeniu o 565 tys. dni uległaby liczba dni zabiegowych dla tej grupy pacjentów, co przełożyłoby się na zmniejszenie kosztów profilu FAO o 14,4 mln zł, co pozwoliłoby na objęcie fizjoterapią ambulatoryjną o profilu FAO dodatkowych 50,0 tys. pacjentów.

## D. Zmiana struktury świadczeń w profilu FAO

Także w profilu FAO można by rozważyć dokonanie zmian w strukturze świadczeń w poszczególnych kategoriach świadczeń. Aktualnie świadczenia są w dużej mierze oparte na fizykoterapii, a w mniejszym stopniu jest to kinezyterapia. Możliwym kierunkiem zmian mogłoby być zmniejszenie odsetka fizykoterapii na rzecz kinezyterapii, przy czym proporcje pomiędzy świadczeniami indywidualnymi, a grupowymi byłyby identyczne jak dzisiaj.



**Tabela 65. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach FAO**

Kategorie świadczeń	Struktura czasu świadczeń			Prognozowana struktura czasu świadczeń		
	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem	1:1	„Zajęcia grupowe”	Razem
fizykoterapia	14,5%	39,6%	54,1%	4,0%	11,0%	15%
kinezyterapia	27,5%	15,1%	42,7%	52,7%	29,0%	81,8%
masaż	2,5%	0,8%	3,2%	2,5%	0,8%	3,2%
Razem	44,5%	55,5%	100,0%	59,2%	40,8%	100%

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).

Zmiana ta mogłaby przełożyć się na poprawę skuteczności fizjoterapii ambulatoryjnej i być może skrócenie jej czasu trwania, jednakże trudno dzisiaj określić czy i w jakim zakresie nastąpiłoby to. Wynikiem zaproponowanych powyżej zmian byłaby potrzeba zwiększenia finansowania FAO o ok. 21,0 mln zł.

#### E. Zestawienie możliwych zmian związanych z wprowadzeniem POF

Przedstawione powyżej w punktach A-D możliwe zmiany powiązane z wprowadzeniem koncepcji POF zostały zebrane w tabeli poniżej.

**Tabela 66. Zestawienie zmian proponowanych w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej w ramach koncepcji POF**

Litera	Nazwa zmiany	Wpływ na budżet w mln zł	Wpływ na liczbę leczonych pacjentów przy założeniu przekazania oszczędności na dodatkowe świadczenia (w tys.)	Komentarz
A	Implementacja założenia o średniej liczbie dni zabiegowych w profilu POF w ciągu roku na 1 pacjenta	+ 194,6	+ 763,5	Dodatkowa liczba leczonych pacjentów
B	Zmiana struktury świadczeń w profilu POF	+ 5,2	+ 20,5	Liczba pacjentów obliczona dla liczby dni zabiegowych z 2017 r.
C	Zmiana czasu trwania świadczeń w profilu FAO	+ 14,4	+ 50 (+ 52,9)	Nie zostały uwzględnione zmiany zaproponowane w pkt D, liczba w nawiasie to pacjento-rozpoznania.
D	Zmiana struktury świadczeń w profilu FAO	- 21,0	-	Wartość wyliczona dla założeń z pkt C
Razem zmiany A-C		+ 214,2	834*	* Jest to wartość maksymalna pacjentów zakładając, że całość oszczędności zostanie przeznaczona na dodatkowe świadczenia i pacjenci o profilu POF i FAO „nie nakładają się” na siebie. W praktyce liczba ta będzie mniejsza ze względu na „nakładanie się” pacjentów w obu profilach.
Razem zmiany A-D		+ 193,2	834*	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie przekazanych przez NFZ danych RUM\_NFZ (dane z 2017 r.).

Przedstawione wyżej wyliczenia mają charakter hipotetyczny i nie zakładają wprowadzenia dodatkowych zmian takich jak np. wprowadzenie konsultacji fizjoterapeutycznych.

## **F. Model standadowej placówki POF – wielkość populacji i liczba fizjoterapeutów**

Kolejnym etapem analiz jest nałożenie na siebie przedstawionych powyżej zmian i uzupełnienie ich o kontekst organizacyjny w tym zapotrzebowanie na personel fizjoterapeutyczny. W tej części uwzględniono dodatkowo 2 wizyty konsultacyjne po 30 minut każda na początku i na końcu cyklu fizjoterapii ambulatoryjnej.

Ważnym elementem analiz było ustalenie czasu, jakim fizjoterapeuta dysponuje na bezpośrednią pracę z pacjentem w ramach równoważnika jednego etatu przeliczeniowego. Przy wyliczeniach uwzględniono takie elementy jak: urlop, zwolnienia lekarskie, opiekę nad dzieckiem, szkolenia oraz przerwy regulaminowe i inne, które zmniejszały teoretyczną dostępność do pracy z pacjentem fizjoterapeuty pracującego na pełnym etacie. W 2017 roku liczba dni pracy wyniosła 250 i od tej wartości odliczono 26 dniowy urlop, 5,5 dnia absencji chorobowej, 1 dzień opieki nad dzieckiem oraz 3 dni szkoleń w roku. Łącznie dało to 214,5 dnia. Dodatkowo przyjęto, że fizjoterapeuta będzie każdego dnia roboczego pracował bezpośrednio z pacjentem 6,75 godziny (7 godzin 35 minut regulaminowego czasu pracy obniżono o 50 minut na wszystkie przerwy w pracy). Założono, że cały ten czas fizjoterapeuta spędza na pracy z pacjentem, co dało rocznie 1448 godzin.

Niezależnie wyliczono, ile czasu pracy fizjoterapeuty wymaga przeciętny pacjent, leczony przy uwzględnieniu postulatów zmian z powyższej tabelki oraz założenia odbycia konsultacji fizjoterapeutycznej na początku i na końcu fizjoterapii. Okazało się, że jest to 233 pacjentów, ale ze względu na powtarzanie się pacjentów o profilu FAO oraz współwystępowanie u tego samego pacjenta potrzeb związanych z profilem POF i FAO ostateczna liczba pacjentów rozumianych jako osoby o różnych numerach PESEL wyniosła 225 osób. Oznacza to, że jeden fizjoterapeuta (1 etat przeliczeniowy zdefiniowany powyżej) może objąć opieką populację 3317 osób. POF otrzymywałby przychód 6059,6 zł miesięcznie na 1 etat przeliczeniowy fizjoterapeuty, co oznacza niespełna 1,83 zł od 1 pacjenta pod opieką. Koszty sprawowania opieki wyniosłyby rocznie prawie 840 mln zł. Do objęcia opieką wszystkich uprawnionych do świadczeń potrzeba by było ok. 11551 fizjoterapeutów. Gdyby 1 pracownia fizjoterapii miała objąć 10000 osób potrzeba by było w skali kraju 3850 placówek, z których w każdej pracowałoby 3 fizjoterapeutów (równoważnik 3 etatów przeliczeniowych).

Implementacja na zasadach zaproponowanych powyżej wiązałaby się z oszczędnościami rzędu 65 mln zł. Część z tych pieniędzy można by przeznaczyć na skrócenie kolejki, a część przeznaczyć na fizjoterapię ostrą poza strukturami POF oraz fizjoterapię domową. Na chwilę obecną nie dysponujemy danymi, żeby oszacować, ile mogłyby kosztować te świadczenia.

# Załączniki

## Strategia wyszukiwania

Tabela 67. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 07.11.2018).

Nr	Kwerenda	Wyniki
#25	Search (((((((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((Physica*[Title/Abstract]) AND therap*[Title/Abstract])) OR (((Physica*[Title/Abstract]) AND therap*[Title/Abstract])) AND Modalit*[Title/Abstract])) OR (((Physica*[Title/Abstract]) AND therap*[Title/Abstract])) AND Techniq*[Title/Abstract])) OR Physiotherap*[Title/Abstract]) OR ((Physiotherap*[Title/Abstract]) AND Neurologic*[Title/Abstract])) OR Neurophysiotherap*[Title/Abstract])) AND ((("Primary Health Care"[Mesh]) OR "Ambulatory Care"[Mesh])) AND (((("Organization and Administration"[Mesh])) AND (((("Quality Assurance, Health Care"[Mesh]) OR "Quality of Health Care"[Mesh]) OR "Delivery of Health Care"[Mesh]) Filters: published in the last 10 years	441
#24	Search (((("Delivery of Health Care"[Mesh]) OR "Quality of Health Care"[Mesh]) OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh]) AND (((("Organization and Administration"[Mesh])) AND (((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh])) AND (((((((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Modalit*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Techniq*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR Physiotherap*[Title/Abstract]) OR ((Neurologic*[Title/Abstract]) AND Physiotherap*[Title/Abstract])) OR Neurophysiotherap*[Title/Abstract]))	807
#23	Search ((("Delivery of Health Care"[Mesh]) OR "Quality of Health Care"[Mesh]) OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh])	6790639
#22	Search "Delivery of Health Care"[Mesh]	988525
#21	Search "Quality of Health Care"[Mesh]	6322757
#20	Search "Quality Assurance, Health Care"[Mesh]	306521
#19	Search (((("Organization and Administration"[Mesh])) AND (((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh])) AND (((((((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Modalit*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Techniq*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR Physiotherap*[Title/Abstract]) OR ((Neurologic*[Title/Abstract]) AND Physiotherap*[Title/Abstract])) OR Neurophysiotherap*[Title/Abstract]))	897
#18	Search ("Organization and Administration"[Mesh])	1309242
#17	Search (((("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh])) AND (((((((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Modalit*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Techniq*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR Physiotherap*[Title/Abstract]) OR ((Neurologic*[Title/Abstract]) AND Physiotherap*[Title/Abstract])) OR Neurophysiotherap*[Title/Abstract]))	3464
#16	Search ("Ambulatory Care"[Mesh]) OR "Primary Health Care"[Mesh]	188989
#15	Search "Ambulatory Care"[Mesh]	50507
#14	Search "Primary Health Care"[Mesh]	141524
#13	Search (((((((("Physical Therapy Modalities"[Mesh]) OR ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Modalit*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR ((Techniq*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])) OR Physiotherap*[Title/Abstract]) OR ((Neurologic*[Title/Abstract]) AND Physiotherap*[Title/Abstract])) OR Neurophysiotherap*[Title/Abstract]))	218472
#12	Search Neurophysiotherap*[Title/Abstract]	15
#11	Search (Neurologic*[Title/Abstract]) AND Physiotherap*[Title/Abstract]	856
#10	Search Neurologic*[Title/Abstract]	271031
#9	Search Physiotherap*[Title/Abstract]	22864
#8	Search (Techniq*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])	6335
#7	Search Techniq*[Title/Abstract]	1383408
#6	Search (Modalit*[Title/Abstract]) AND ((therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract])	3603
#5	Search Modalit*[Title/Abstract]	192683
#4	Search (therap*[Title/Abstract]) AND Physica*[Title/Abstract]	82065
#3	Search therap*[Title/Abstract]	2630810

#2	Search Physica*[Title/Abstract]	637388
#1	Search "Physical Therapy Modalities"[Mesh]	139352

**Tabela 68. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 07.11.2018).**

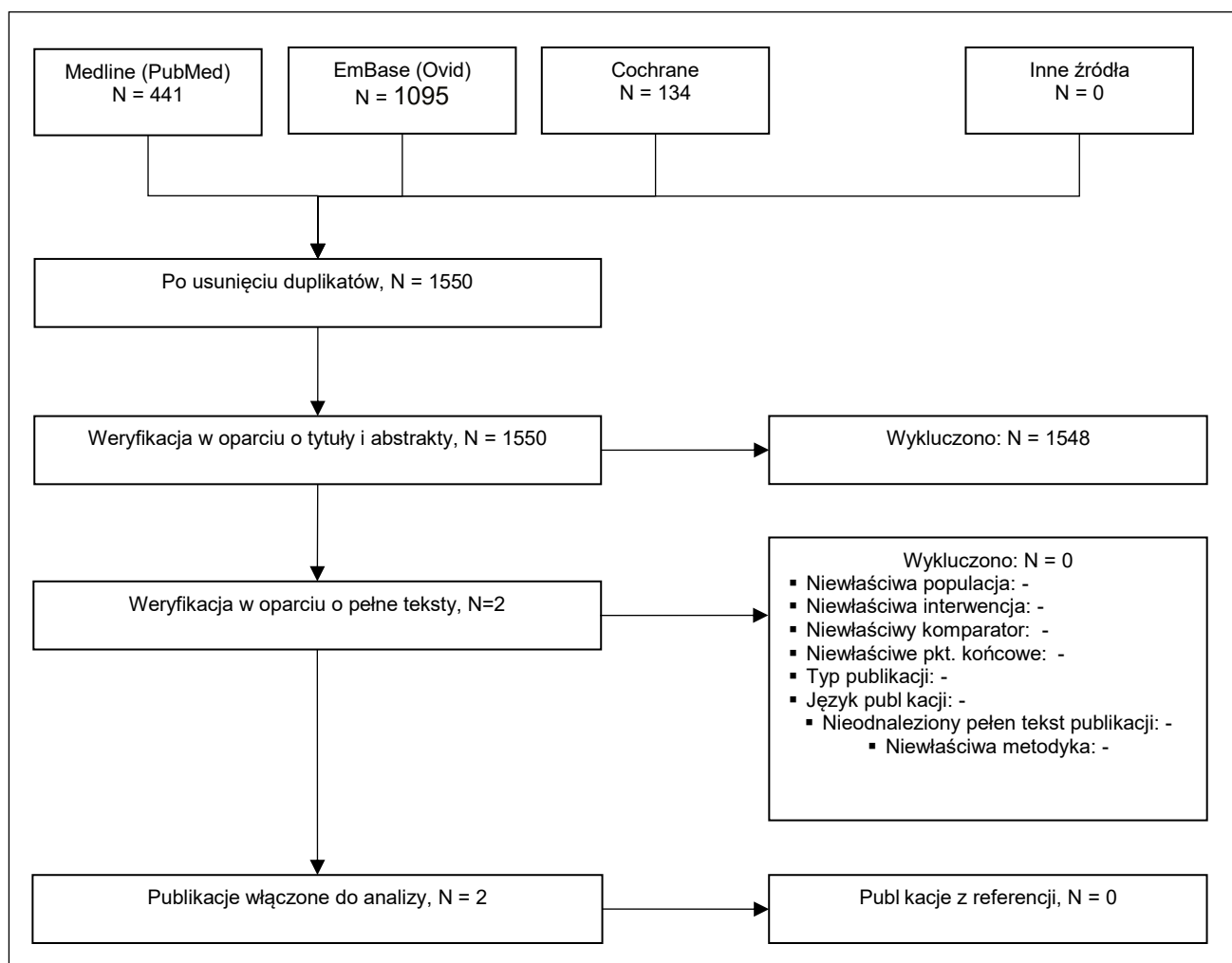
Nr	Kwerenda	Wyniki
1	exp physiotherapy/	66330
2	"Physic*".ab,kw,ti.	1177582
3	"therap*".ab,kw,ti.	3029296
4	2 and 3	211402
5	"Modalit*".ab,kw,ti.	244813
6	4 and 5	9278
7	"Techniq*".ab,kw,ti.	1315279
8	4 and 7	16192
9	service.ab,kw,ti.	251044
10	4 and 9	6071
11	"joint*".ab,kw,ti.	300852
12	"mobilization*".ab,kw,ti.	49407
13	11 and 12	2074
14	"Physiotherap*".ab,kw,ti.	33944
15	"Neurologic*".ab,kw,ti.	323333
16	14 and 15	1754
17	"Neurophysiotherap*".ab,kw,ti.	25
18	1 or 4 or 6 or 8 or 10 or 13 or 14 or 16 or 17	271705
19	exp primary health care/	132890
20	exp ambulatory care/	32881
21	19 or 20	163289
22	18 and 21	7431
23	exp "organization and management"/	1388856
24	22 and 23	1425
25	exp health care quality/	2666245
26	exp health care delivery/	2528413
27	exp health care organization/	1185589
28	exp health care management/	982562
29	exp "health care facilities and services"/	4811240
30	25 or 26 or 27 or 28 or 29	6700478
31	24 and 30	1425
33	limit 31 to last 10 years	1095

**Tabela 69. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 07.11.2018).**

Nr	Kwerenda	Wyniki
#1	MeSH descriptor: [Physical Therapy Modalities] explode all trees	21780
#2	(Physica*):ti,ab,kw	76017
#3	(therap*):ti,ab,kw	571073
#4	#2 and #3	36308
#5	(Modalit*):ti,ab,kw	30774
#6	#4 and #5	5027
#7	(Techniq*):ti,ab,kw	70621
#8	#4 and #7	2479
#9	(Physiotherap*):ti,ab,kw	9705

#10	(Neurologic*):ti,ab,kw	16252
#11	#9 and #10	462
#12	(Neurophysiotherap*):ti,ab,kw	3
#13	#1 or #4 or #6 or #8 #9 or #11 or #12	50240
#14	MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees	6347
#15	MeSH descriptor: [Ambulatory Care] explode all trees	3505
#16	#14 or #15	9635
#17	#13 and #16	877
#18	MeSH descriptor: [Organization and Administration] explode all trees	33358
#19	#17 and #18	213
#20	MeSH descriptor: [Quality Assurance, Health Care] explode all trees	3077
#21	MeSH descriptor: [Quality of Health Care] explode all trees	420861
#22	MeSH descriptor: [Delivery of Health Care] explode all trees	41801
#23	#20 or #21 or #22	426036
#24	#19 and #23	206
#25	#19 and #23 with Cochrane L brary publication date from Jan 2008 to Nov 2018	134

## Diagram selekcji badań



**Załącznik 1.** „Koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce” - Opracowanie analityczne nr: AOTMiT-WS.434.1.2016

**Załącznik 2.** „Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2016–2017” Opracowanie analityczne nr: AOTMiT-WS.434.1.2016

**Załącznik 3.** ANEKS – uzupełnienie zagadnień wskazanych podczas posiedzenia Rady Przejrzystości w dniu 19 listopada 2018 r.

## Spis tabel

Tabela 1. Podsumowanie opinii eksperckich odnośnie zasadności implementacji POF .....	7
Tabela 2. Modele organizacji i finansowania POF – propozycje do projektu programu pilotażowego.....	8
Tabela 3. Harmonogram zrealizowanych prac w zakresie POF (stanowiącego element „Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w Polsce”).....	11
Tabela 4. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej - stan na 30.06.2018 r. ....	13
Tabela 5. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej – stan na 30.06.2018 r. ....	14
Tabela 6. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w 5-letnich grupach wiekowo-płciowych w 2017 r. ....	15
Tabela 7. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w grupach wiekowych (wyodrębnionych przez NFZ) w ramach świadczeń POZ w 2017 r. ....	15
Tabela 8. Udział procedur ICD-9 w ramach rehabilitacji leczniczej.....	17
Tabela 9. Grupy i kategorie świadczeń zastosowane analizach .....	18
Tabela 10. Grupy i kategorie świadczeń udzielane pacjentom w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej .....	18
Tabela 11. Zestawienie wartościowo najistotniejszych produktów fizjoterapii ambulatoryjnej (w mln zł).....	19
Tabela 12. Informacje o korzystaniu ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w województwach w 2017 r.....	20
Tabela 13. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych w 2017 r. ....	22
Tabela 14. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i grup wiekowych.....	23
Tabela 15. Korzystanie ze świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i grup wiekowych.....	24
Tabela 16 Gminy w Polsce nieposiadające MUS w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (dorośli i dzieci) lub fizjoterapii domowej w 2017 r.....	28
Tabela 17. Zestawienie produktów udzielanych w ramach fizjoterapii domowej.....	30
Tabela 18. Potencjalni pacjenci POF w podziale na rozpoznania .....	34
Tabela 19. Potencjalni pacjenci fizjoterapii ambulatoryjnej „ostrej” (FAO) w podziale na rozpoznania .....	34
Tabela 20. Liczebność i struktura pacjentów z grupy POF i FAO .....	35
Tabela 21. Struktura czasu i kosztów świadczeń w podstawowych kategoriach w podziale na POF i FAO .....	36
Tabela 22. Warunki szczegółowe miejsca realizacji świadczeń gwarantowanych dla pracowni fizjoterapii .....	38
Tabela 23. Projekty świadczeń w zakresie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF) .....	40
Tabela 24. Modele organizacji podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF) .....	42
<b>Tabela 25. Modele sposobu finansowania podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF) .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabela 26. Zalety i wady proponowanych modeli podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF) .....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 27. Propozycja uwspólnienia idei POF oraz fizjoterapii ambulatoryjnej.....</b>	<b>48</b>
Tabela 28. Kryteria włączenia publikacji do przeglądu .....	49
Tabela 29. Charakterystyka badań włączonych do przeglądu .....	49
Tabela 30. Podsumowanie wytycznych .....	53
Tabela 31. Lista ekspertów, do których przekazano prośbę o opinię w sprawie zasadności implementacji POF	56
Tabela 32. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności organizacji zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów poprzez utworzenie podstawowej opieki fizjoterapeutycznej (POF).....	56



Tabela 33. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności organizacji zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów poprzez (wyłącznie) zmiany w obecnie funkcjonującej fizjoterapii ambulatoryjnej .....	58
Tabela 34. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF I .....	59
Tabela 35. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF II .....	60
Tabela 36. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF III .....	61
Tabela 37. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia odpowiedniego modelu Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej spośród proponowanych przez Agencję - model POF+FA .....	62
Tabela 38. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez miejsca realizacji świadczeń .....	63
Tabela 39. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez tryb realizacji świadczeń .....	64
Tabela 40. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez populację objętą opieką .....	64
Tabela 41. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez kierującego na świadczenia .....	65
Tabela 42. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez wykonawcę świadczeń .....	66
Tabela 43. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez sposób deklaracji do POF .....	67
Tabela 44. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez organizację udzielania świadczeń .....	67
Tabela 45. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF poprzez lokalizację POF .....	69
Tabela 46. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu organizacji POF aspekt sprawozdawczości .....	69
Tabela 47. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez dysponenta budżetu .....	71
Tabela 48. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez metodę kalkulacji budżetu .....	71
Tabela 49. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez podstawę rozliczeń .....	72
Tabela 50. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez stronę umowy z NFZ .....	73
Tabela 51. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez zasady zawierania umów .....	74
Tabela 52. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez warunki realizacji umów .....	74
Tabela 53. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez rozliczenia pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą .....	74
Tabela 54. Wyniki oceny eksperckiej dotyczącej zasadności wdrożenia optymalnego modelu finansowania POF poprzez mechanizm wspomagający .....	75
Tabela 55. Wyniki oceny eksperckiej w kwestii doboru populacji pacjentów do trybu udzielania świadczeń w ramach zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów w trybie ambulatoryjnym .....	76

Tabela 56. Wyniki oceny eksperckiej w kwestii doboru populacji pacjentów do trybu udzielania świadczeń w ramach zabezpieczenia podstawowych potrzeb fizjoterapeutycznych pacjentów w warunkach domowych .....	76
Tabela 57. Wyniki oceny eksperckiej w kwestii uprawnień personelu (fizjoterapeuty) do realizacji świadczeń w ramach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej .....	77
Tabela 58. Inne uwagi ekspertów odnośnie wdrożenia POF .....	78
Tabela 59. Alternatywne modele organizacji POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część I .....	83
Tabela 60. Alternatywne modele organizacji POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część II .....	85
Tabela 61. Alternatywne modele sposobów finansowania POF wraz z wynikami Konferencji uzgodnieniowej i protokołem rozbieżności – część III .....	86
Tabela 62. Modele organizacji i finansowania POF – propozycje do projektu programu pilotażowego.....	88
Tabela 63. Wskaźniki realizacji programu pilotażowego .....	93
Tabela 64. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach POF .....	96
Tabela 65. Aktualna i prognozowana struktura czasu świadczeń w podstawowych kategoriach FAO .....	97
Tabela 66. Zestawienie zmian proponowanych w obszarze fizjoterapii ambulatoryjnej w ramach koncepcji POF .....	97
Tabela 67. Strategia wyszukiwania w bazie Medline via PubMed (data ostatniego wyszukiwania: 07.11.2018).	99
Tabela 68. Strategia wyszukiwania w bazie Embase via Ovid (data ostatniego wyszukiwania: 07.11.2018)....	100
Tabela 69. Strategia wyszukiwania w bazie The Cochrane Library (data ostatniego wyszukiwania: 07.11.2018). .....	100

## Spis wykresów

Wykres 1. Liczba pacjentów oraz współczynniki korzystania ze świadczeń w grupach rocznikowych w 2017 r.	16
Wykres 2. Udział procedur ICD-9 realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej – agregacja .....	17
Wykres 3. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej ze względu na lb. dni zabiegowych w 2017 r. ....	21
Wykres 4. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziale 1-30 dni zabiegowych w 2017 r. ....	22
Wykres 5. Podstawowe dane o korzystaniu z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych w 2017 r. ....	23
Wykres 6. Struktura korzystaniu z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i wieku w 2017 r. ....	24
Wykres 7. Podstawowe dane o korzystaniu z fizjoterapii ambulatoryjnej w przedziałach dni zabiegowych i wiekowych w 2017 r. ....	25
Wykres 8. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej ze względu na liczby produktów rozliczeniowych zrealizowanych w ciągu pojedynczego dnia zabiegowego u pacjentów w 2017 r. ....	26
Wykres 9. Struktura korzystania z fizjoterapii ambulatoryjnej ze względu na lb. produktów rozliczeniowych zrealizowanych u pacjentów w 2017 r. ....	26
Wykres 10. Struktura korzystania z fizjoterapii domowej w grupach wiekowych pacjentów w 2017 r. ....	29

## Spis rysunków

Rysunek 1. Fizjoterapia ambulatoryjna (dorośli i dzieci) i fizjoterapii domowa – liczba miejsc udzielania świadczeń/gmina w 2017 roku .....	27
Rysunek 2. Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu fizjoterapia domowa w I połowie 2018 r. ....	28
Rysunek 3. Kategorie potrzeb rehabilitacyjnych w ramach poszczególnych poziomów opieki.....	33
Rysunek 4. Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna – cele i założenia .....	37
Rysunek 5. Potencjalne procesu zmian w obszarze poszczególnych poziomów opieki systemu rehabilitacji leczniczej.....	38
Rysunek 6. Podstawowa Opieka Fizjoterapeutyczna – populacja docelowa .....	40
Rysunek 7. Modele i warianty POF - perspektywa organizacyjno-finansowa .....	45