

ANALIZA

3.2.11 Raport okresowy POZ

Analiza kosztowa
świadczeń
rehabilitacyjnych
udzielanych w
ramach pilotażu POZ
Plus pacjentom
chorującym
przewlekłe na
zespoły bólowe
kręgosłupa oraz
chorobę
zwyrodnieniową
stawów obwodowych

11

ANALIZA

3.2.11

Raport okresowy POZ

Analiza kosztowa
świadczeń
rehabilitacyjnych
udzielanych w
ramach pilotażu POZ
Plus pacjentom
chorującym
przewlekłe na
zespoły bólowe
kręgosłupa oraz
chorobę
zwyrodnieniową
stawów obwodowych

11

© 2020 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org

This work is a product of the staff of The World Bank with external contributions. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of The World Bank, its Board of Executive Directors, or the governments they represent.
The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Rights and Permissions

The material in this work is subject to copyright. Because The World Bank encourages dissemination of its knowledge, this work may be reproduced, in whole or in part, for noncommercial purposes as long as full attribution to this work is given.
Any queries on rights and licenses, including subsidiary rights, should be addressed to World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Spis treści

Słownik pojęć i skrótów	4
Wstęp	5
Informacje podstawowe	6
Analiza kosztowa świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w ramach pilotażu POZ Plus	16
Modelowanie zmian z zakresu świadczeń rehabilitacyjnych na podstawie pilotażu POZ Plus	25
Podsumowanie najważniejszych wniosków	46

Słownik pojęć i skrótów

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BASIW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
DALY	disability adjusted life years; utrata lat życia skorygowana niepełnosprawnością
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
POZ PLUS	Pilotaż opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej
REH	rehabilitacja lecznicza
YLD	years lived with disability; lata przeżyte w niepełnosprawności

Wstęp

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w dniu 28 listopada 2017 roku, NFZ realizuje pilotaż pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”.

Narodowy Fundusz Zdrowia zwrócił się do Banku Światowego z prośbą o wsparcie procesu monitorowania pilotażu programu POZ Plus w celu dokonania jego właściwej ewaluacji klinicznej i ekonomicznej, a co jest z tym związane określenia zaleceń dotyczących stworzenia modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w całym kraju. **Oczekiwanym wynikiem pilotażu jest m.in. wprowadzenie takiego sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, który zapewni realizację celów założonych w programie pilotażowym.**

Z punktu widzenia zmian w obszarze rehabilitacji leczniczej w Polsce, najważniejszym elementem pilotażu jest ujęta w nim koncepcja fizjoterapii ambulatoryjnej adresowanej do pacjentów chorujących przewlekłe – udzielana w ramach tzw. programu zarządzania chorobą. Do programu zarządzania chorobą uprawnieni są pacjenci, którzy ukończyli 18 r.ż. z podejrzeniem lub rozpoznaną jedną z chorób w następujących 5 zakresach: diabetologia, kardiologia, pulmonologia, endokrynologia, reumatologia i neurologia. Świadczenia z zakresu fizjoterapii realizowane są na rzecz pacjentów ze schorzeniami reumatologicznymi oraz neurologicznymi z następującymi rozpoznaniem:

1. choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych (M15 – zwyrodnienia wielostawowe, M16 – choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, M17 – choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, M18 – choroby zwyrodnieniowe pierwszego stawu nadgarstkowo - śródręcznego, M19 – inne choroby zwyrodnieniowe, M20 – nabyte zniekształcenia palców rąk i stóp, M21 – inne nabyte zniekształcenia kończyn);
2. zespoły bólowe kręgosłupa (M43 – inne zniekształcające choroby grzbietu, M45 – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, M46 – inne zapalne choroby kręgosłupa, M47 – zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, M48 – inne choroby kręgosłupa, M50 – choroby kręgów szyjnych, M51 – inne choroby krążka międzykręgowego, M53 – inne choroby grzbietu, M54 – bóle grzbietu).

Choroby przewlekłe takie jak: zespół bólowy kręgosłupa oraz choroby zwyrodnieniowe stawów obwodowych, są najbardziej powszechnymi jednostkami chorobowymi wśród pacjentów korzystających obecnie z fizjoterapii ambulatoryjnej w Polsce, a więc właściwe zorganizowanie opieki nad tymi pacjentami jest niezwykle istotne dla wypracowania optymalnego modelu rehabilitacji.

Celem raportu jest przeprowadzenie analizy kosztowej pilotażu programu POZ Plus z zakresu udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych od początku wdrożenia pilotażu, tzn. od lipca 2018 r. do końca maja 2020 r. Ponadto wzięto pod uwagę dane pacjentów biorących udział w pilotażu przez ostatnie pięć lat. Analizy przeprowadzone w ramach raportu dotyczą wyłącznie tych pacjentów, u których zdiagnozowany został zespół bólowy kręgosłupa i/lub choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych. W raporcie podjęto również próbę przeprowadzenia symulacji kosztowych dla różnych wariantów udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, które stanowić mogą punkt wyjścia do kolejnych analiz z zakresu efektywności ekonomicznej pilotażu programu POZ Plus.

Celem raportu nie była ocena efektywności klinicznej podejmowanym w ramach pilotażu świadczeń rehabilitacyjnych (ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych).

Dane przekazane przez NFZ pochodzą z aplikacji: System Obsługi Procesu Koordynowanej Opieki Nad Pacjentem (AP-PKUŚ) oraz bazy: Koszty Leczenia Pacjenta (KLP). Dane pochodzące z aplikacji AP-PKUŚ dotyczą liczby podpisanych zgód, wykonanych bilansów oraz świadczeń w ramach programu zarządzania chorobą. Informacje te zawierają szczegóły dotyczące realizacji pilotażu na poziomie indywidualnego pacjenta, który wyraził zgodę na udział w nim. Dane KLP zawierają informacje na temat wszystkich rozliczonych świadczeń zdrowotnych finansowanych publicznie, oferowanych beneficjentom pilotażu, czyli osobom, które podpisały zgodę na udział w pilotażu POZ Plus.

Bank Światowy nie ponosi odpowiedzialności zarówno za zakres, jak i jakość przekazywanych przez NFZ danych.

1. Informacje podstawowe

1.1. Epidemiologia zespołów bólowych kręgosłupa i choroby stawów obwodowych w Polsce

Ból okolicy lędźwiowej kręgosłupa jest jedną z najczęstszych przyczyn ograniczenia sprawności w grupie osób dorosłych w społeczeństwach uprzemysłowionych. Dane epidemiologiczne wskazują, że blisko 80% społeczeństwa cierpi z powodu dysfunkcji kręgosłupa i tkanek około kręgosłupowych.¹ Wysoka zachorowalność, nawrotowość oraz trudności diagnostyczne

¹ Szpala, M., Skorupińska, A., & Kostorz, K. (2017). Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa — przyczyny i leczenie. *Pomeranian J Life Sci*, 63(3), 41-47.

i terapeutyczne chorób narządu ruchu sprawiają, że są one nie tylko problemem medycznym, ale również i społeczno-ekonomicznym.²

Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych jest rozpoznawana u ponad połowy osób po 40. roku życia, a niemal u co piątej osoby jest przyczyną istotnego ograniczenia sprawności. Występuje z podobną częstotliwością u kobiet i mężczyzn, aczkolwiek cięższe przypadki dotyczą na ogół kobiet. Zmiany zwyrodnieniowe można stwierdzić na zdjęciach radiologicznych u ponad 80% osób po 55. roku życia, mogą one jednak nie dawać żadnych objawów klinicznych. Celem leczenia jest złagodzenie lub usunięcie dolegliwości i utrzymanie aktywnego trybu życia. Odpowiednie postępowanie leczenia i profilaktyka często pozwalają zapobiec niesprawności – kluczowa są tu właściwa rehabilitacja i dbanie o dobrą kondycję fizyczną. Dotychczas nie udowodniono jednoznacznie skuteczności żadnego leku w zapobieganiu niszczenia chrząstki stawowej. Zastosowanie leczenia chirurgicznego rozważa się w przypadku zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej – najczęściej są to zabiegi endoprotezoplastyki, wymagające także prowadzenia skutecznej rehabilitacji pooperacyjnej.³

Zgodnie z ostatnio opublikowanym dokumentem „Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski”, współczynnik zapadalności rejestrowanej na choroby kręgosłupa dla populacji 100 tys. wynosił 1 594,6 natomiast współczynnik chorobowości rejestrowanej dla takiej samej liczby ludności wynosił 12 814,5. Z kolei zapadalność i chorobowość rejestrowana na choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa w grupie 100 tys. osób wynosiły kolejno 1 216,0 oraz 9 219,6 (dot. 2014 r. – brak nowszych danych w przedmiotowym zakresie). Współczynnik zapadalności rejestrowanej na choroby stawów dla populacji 100 tys. wynosił 1 538,0 natomiast współczynnik chorobowości rejestrowanej dla populacji 100 tys. wynosił 12 299,0. Są to wskaźniki tylko niewiele niższe od tych odnotowywanych dla zespołów bólowych kręgosłupa (dot. 2014 r. – brak nowszych danych w przedmiotowym zakresie). Wskaźnik zapadalności rejestrowanej definiowany jest w ww. dokumencie jako liczba nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Wskaźnik chorobowości rejestrowanej definiowany jest natomiast jako liczba nowych przypadków zachorowań w publicznym systemie opieki zdrowotnej.⁴

Na podstawie retrospektywnej analizy bazy płatnika stwierdzono także, że choroby kręgosłupa cechuje najwyższa zapadalność wśród chorób układu kostno-mięśniowego – w 2014 roku wartość tej zmiennej wyniosła 605,9 tys. przypadków. Natomiast choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa były najliczniejszą grupą pod względem liczby hospitalizacji w Polsce spośród analizowanych grup chorób w roku 2014 było ich 68,23 tys., co stanowiło 21,3% z analizowanej grupy rozpoznań. Wysoki był także odsetek porad udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; stanowiły one około 10,8% wszystkich porad w poradniach neurologicznych (często kilkukrotnych w ciągu roku). Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa był także najczęstszym powodem wizyt w poradniach neurochirurgicznych - 51,1% wszystkich porad.⁵

Ponadto ból zlokalizowany w dolnej części pleców był na pierwszym miejscu zgłaszanych dolegliwości lub chorób przewlekłych (odpowiednio 21,2% mężczyzn i 28,4% kobiet), które występowały w ciągu ostatnich 12 miesięcy u pacjentów z ankietowego badania „Zdrowie i

² Agencja Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji (2016). Koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Opracowanie analityczne nr AOTMiT-WS.434.1.206

³ Medycyna Praktyczna (2017). Choroba zwyrodnieniowa stawów. Pobrano z: <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/65000,choroba-zwyrodnieniowa-stawow>; dostęp online z dn. 16.12.2020

⁴ MZ (2020) Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski. 2018. Pobrano z: <http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/polska-1.pdf>; dostęp online z dn. 14.12.2020

⁵ Jw.

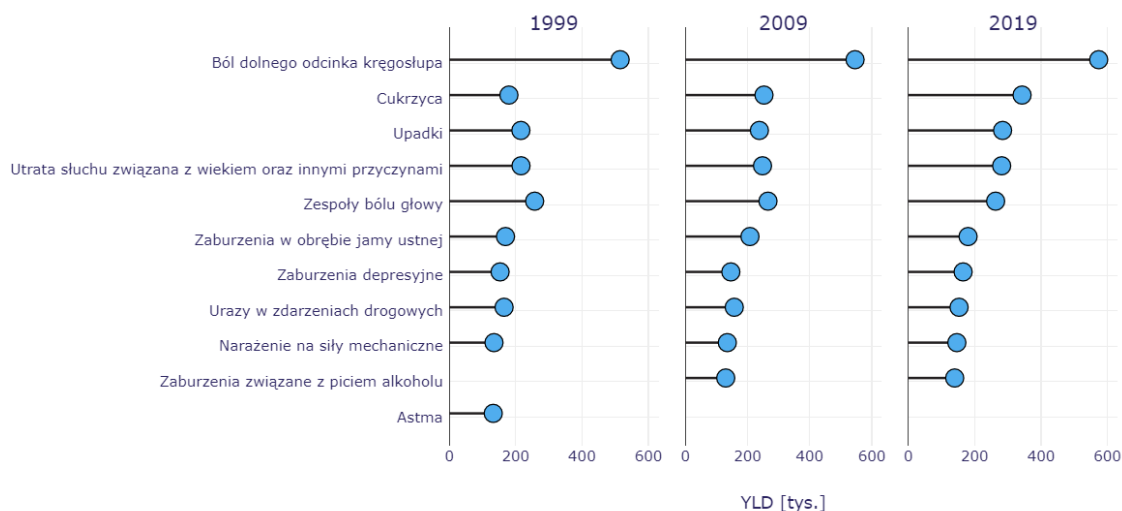
zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS 2014).⁶

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika również, że w 2017 r. 37% wszystkich pacjentów chorujących na choroby kręgosłupa (tj. 480 tys.) otrzymało w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poradę typu W11 – tzn. porada lekarska bez dodatkowych procedur. 37% było poddanych rehabilitacji, 40% pacjentów skorzystało z kinezyterapii, a 74% pacjentów skorzystało dodatkowo z innej opieki niż ortopedia, neurologia, neurochirurgia, rehabilitacja czy podstawowa opieka zdrowotna. Natomiast z powodu chorób stawów hospitalizowanych było w Polsce 144 tys. pacjentów spośród 1 406 tys. chorujących łącznie. Jednocześnie udzielono w tym zakresie 3 052 tys. porad specjalistycznych.⁷ 47% wszystkich pacjentów z chorobami stawów otrzymało w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poradę typu W11 – tzn. porada lekarska bez dodatkowych procedur. 1 na 3 porady w poradniach reumatologicznych udzielana była w związku z chorobą zwyrodnieniową stawów.⁸

Zabiegi endoprotezoplastyki przeprowadzono kolejno u 25 tys. pacjentów w związku z chorobą stawu biodrowego oraz u 14 tys. pacjentów w związku z chorobą stawu kolanowego. Następnie w ciągu 6 tygodni od zabiegu rehabilitowanych było kolejno jedynie 30,7% oraz 41,7% pacjentów. 20% pacjentów czekało na sam zabieg dłużej niż jeden rok.⁹

Ból dolnego odcinka kręgosłupa w Polsce przyczynia się także do najwyższych wartości wskaźnika lat przeżytych w niepełnosprawności (z ang. *years lived with disability*, YLD). W 1999 r. było to 514 906,2; w 2009 r. 545 923,5 a z kolei w 2019 r. 573 775,1 lat łącznie.¹⁰

RYC. 1 Analiza wskaźnika YLD dla Polski dla wszystkich grup wiekowych bez podziału według płci (populacja 1999-38.3 mln, 2009-38.3 mln, 2019-38.4 mln)



Źródło: DAiS MZ (2018) na podstawie danych GBD IHME.)

⁶ Statystyczny, G. U. (2015). Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 r. Urząd, Warszawa.

⁷ MZ (2020). Mapy potrzeb zdrowotnych (2017): Wnioski i rekomendacje. Choroby układu kostno-mięśniowego. Pobrano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/02/01_uklad_kostny.pdf; dostęp online z dn. 14.12.2020

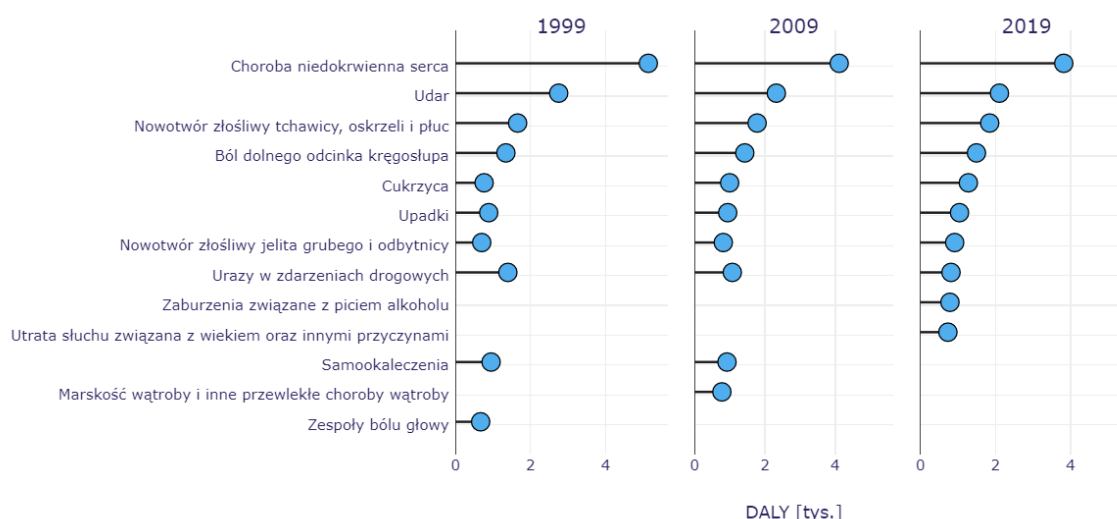
⁸ MZ (2020). Mapy potrzeb zdrowotnych (2017): Wnioski i rekomendacje. Choroby układu kostno-mięśniowego. Pobrano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/02/01_uklad_kostny.pdf; dostęp online z dn. 14.12.2020

⁹ MZ (2020). Mapy potrzeb zdrowotnych (2017): Wnioski i rekomendacje. Choroby układu kostno-mięśniowego. Pobrano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/02/01_uklad_kostny.pdf; dostęp online z dn. 14.12.2020

¹⁰ MZ (2020). Baza analiz systemowych i wdrożeniowych. Pobrano z: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3363>; dostęp z dn. 14.12.2020

Z kolei wartości wskaźnika utraty lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (z ang. *disability adjusted life-years*, DALY), tzn. łączne lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby w latach 1999, 2009 oraz 2019 wyniosły kolejno: 1 343,4; 1 424,7; 1 492,9, zajmując tym samym 4 miejsce tuż po chorobie niedokrwiennej serca, udarze oraz raku tchawicy, oskrzeli i płuc.¹¹

RYC. 2 Analiza wskaźnika DALY dla Polski dla wszystkich grup wiekowych bez podziału według płci w przeliczeniu na 100 tys. ludności (populacja: 1999 – 38.3 mln, 2009 – 38.3 mln, 2019 – 38.4 mln)



Źródło: DAIS MZ (2018) na podstawie danych GBD IHME

Zapalenie kości i stawów w Polsce przyczynia się do następujących wartości wskaźnika lat przeżytych w niepełnosprawności (z ang. *years lived with disability*, YLD): 122 273,38 lat łącznie. Z kolei wartości wskaźnika utraty lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (z ang. *disability adjusted life-years*, DALY), tzn. łączne lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby, wyniosła w 2019 r. 122 273,37 lat łącznie.¹²

1.2. Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza dostępne w Polsce

Do podstawowych metod leczenia zespołów bólowych kręgosłupa tuż obok farmakoterapii należy fizjoterapia. Polega ona przede wszystkim na wzmocnieniu naturalnych mechanizmów przeciwbólowych organizmu. W tym celu wykorzystywane są różnego rodzaju zabiegi z zakresu fizjoterapii, w tym przede wszystkim fizykoterapia oraz kinezyterapia. Fizykoterapia opiera się na wykorzystaniu zdolności organizmów żywych do reagowania na bodźce (tj. termiczne, mechaniczne, elektryczne). W kinezyterapii wykorzystuje się natomiast techniki bierne (masaże) lub czynne (ćwiczenia).¹³ Powyższe działania wchodzą w skład szeroko pojętej rehabilitacji leczniczej.

¹¹ Jw.

¹² Jw.

¹³ Szpala, M., Skorupińska, A., & Kostorz, K. (2017). Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa — przyczyny i leczenie. *Pomeranian J Life Sci*, 63(3), 41-47.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej w Polsce regulowane są Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2021 r. poz. 265). Na świadczenia rehabilitacyjne wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, tj. takiego, który udziela świadczeń w ramach umowy z NFZ. Na niektóre zakresy świadczeń skierowanie wystawić może tylko lekarz specjalista. Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach: ambulatoryjnych, domowych, w ramach ośrodka dziennego oraz stacjonarnych.

TABELA 1 Warunki, w których realizowana jest rehabilitacja lecznicza w Polsce (stan obecny)

Rehabilitacja ambulatoryjna		Rehabilitacja domowa		Rehabilitacja w ramach ośrodka lub oddziału dziennego	Rehabilitacja stacjonarna
lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, realizowana przez poradę lekarską rehabilitacyjną	fizjoterapia ambulatoryjna realizowana przez: wizytę fizjoterapeutyczną, zabieg fizjoterapeutyczny	porada lekarska rehabilitacyjna	fizjoterapia domowa realizowana przez: wizytę fizjoterapeutyczną, zabieg fizjoterapeutyczny	ogólnoustrojowa dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego dla osób z dysfunkcją słuchu/mowy dla osób z dysfunkcją wzroku pulmonologiczna kardiologiczna (w tym telerehabilitacja hybrydowa)	ogólnoustrojowa neurologiczna pulmonologiczna kardiologiczna (w tym telerehabilitacja hybrydowa)

Źródło: WB (2020) na podstawie 2021 r. poz. 265).

1.2.1. Świadczenia rehabilitacyjne dostępne w ramach pilotażu programu POZ Plus

Najważniejszymi cechami pilotażu programu POZ Plus w dziedzinie fizjoterapii ambulatoryjnej są: (1) współpraca lekarza POZ z fizjoterapeutą oraz lekarzem specjalistą z zakresu rehabilitacji medycznej, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu w celu wsparcia pacjenta w procesie terapii; (2) w ramach prac nad koncepcją programu zostały wypracowane tzw. ścieżki diagnostyczne, z których dwie dedykowane są rehabilitacji, tj. zespołom bólowym kręgosłupa i chorobie zwyrodnieniowej stawów obwodowych; dokumenty te kompleksowo opisują sposób postępowania z pacjentem, począwszy od diagnostyki po fizjoterapię.

Proces diagnostyczno-terapeutyczny zespołów bólowych kręgosłupa, jak również choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych został przedstawiony w tabelach poniżej (patrz Tabela 2 oraz Tabela 3).

W ramach koordynowanej opieki w ww. jednostkach chorobowych pacjent uzyskuje w zależności od potrzeb:

1. poradę wstępną;

2. poradę kompleksową (min. 1 raz w ciągu 12 miesięcy);
3. zlecenie na wykonanie badań diagnostycznych;
4. **konsultację lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej;**
5. **konsultację fizjoterapeutyczną – zalecaną indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa (nie częściej niż 2 razy w ciągu 12 miesięcy);**
6. **fizjoterapię – zalecaną indywidualnie w zależności od potrzeb w chorobach zwyrodnieniowych stawów obwodowych i zespołach bólowych kręgosłupa trwającą łącznie nie dłużej niż 6 miesięcy w ciągu 12 miesięcy;**
7. poradę konsultacyjną (udziela jej lekarz specjalista);¹⁴
8. poradę kontrolną – zgodnie z indywidualnym planem opieki medycznej (IPOM) wraz z niezbędnymi badaniami – 1-3 razy w ciągu 12 miesięcy;
9. poradę edukacyjną – realizowaną po opracowaniu IPOM i każdej jego zmianie;
10. poradę dietetyczną – cykl 3 porad w zależności od potrzeb (1 cykl na 12 miesięcy).

TABELA 2 Proces diagnostyczno-terapeutyczny zespołów bólowych kręgosłupa (ICD-10: M49-M54) w ramach pilotażu POZ Plus

PROCES DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNY – ZESPÓŁ BÓLOWY KRĘGOSŁUPA		
Nazwa Procesu	Cel Procesu	Opis Procesu
Rozpoznanie	Wykluczenie lub rozpoznanie zespołu bólowego kręgosłupa u pacjenta w POZ w ramach modelu POZ Plus	Wykonanie porady wstępnej zawierającej przeprowadzenie badania podmiotowego, przedmiotowego w celu wykluczenia lub postawienia rozpoznania
Diagnostyka poszerzona	Przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych dla ustalenia IPOM dla danego pacjenta z uwzględnieniem chorób współistniejących mogących mieć wpływ na prowadzenie terapii Realizacja i bieżąca aktualizacja IPOM dla pacjenta leczonego w POZ ramach modelu POZ Plus z wykorzystaniem poszerzonej diagnostyki oraz konsultacji specjalistycznych	Wykonanie badań diagnostycznych, porady kompleksowej i wizyt fizjoterapeutycznych oraz konsultacyjnych w celu ustalenia IPOM
Postępowanie terapeutyczne	Uzyskanie założonego celu terapeutycznego, poprawy lub utrzymania stanu zdrowia pacjenta poprzez realizację działań ustalonych w IPOM oraz analizy zmian stanu zdrowia pacjenta mogących wpływać na modyfikację IPOM	Realizacja zadań określonych w IPOM, wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oraz rehabilitacji środowiskowej , monitoring osiąganych rezultatów klinicznych, przeprowadzenie edukacji zdrowotnej pacjenta

Źródło: Akademia NFZ (2016)

TABELA 3 Proces diagnostyczno-terapeutyczny choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych (ICD-10: M16-M17) w ramach pilotażu programu POZ Plus

PROCES DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNY – CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW OBWODOWYCH		
Nazwa Procesu	Cel Procesu	Opis Procesu
Rozpoznanie	Wykluczenie lub rozpoznanie zespołu bólowego kręgosłupa u pacjenta w POZ w ramach modelu POZ Plus	Wykonanie porady wstępnej zawierającej przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz zależnie od decyzji lekarza porady konsultacyjnej w celu wykluczenia lub postawienia rozpoznania

¹⁴ Z załącznika 2c do Zarządzenia POZ PLUS wynika, że w zależności od fazy procesu diagnostyczno-terapeutycznego istnieje możliwość konsultacji u różnych specjalistów, zawsze u reumatologa i neurologa. Ale także w zależności od sytuacji także u onkologa, pulmonologa, alergologa, ortopedy i lekarza rehabilitacji medycznej

Diagnostyka poszerzona	Przeprowadzenie pogłębionej diagnostyki, przeprowadzenie konsultacji specjalistycznych dla ustalenia IPOM dla danego pacjenta z uwzględnieniem chorób współistniejących mogących mieć wpływ na prowadzenie terapii	Wykonanie badań diagnostycznych, porady kompleksowej i wizyt fizjoterapeutycznych oraz konsultacyjnych w celu ustalenia IPOM
Postępowanie terapeutyczne	Realizacja i bieżąca aktualizacja IPOM dla pacjenta leczonego w POZ w ramach modelu POZ PLUS z wykorzystaniem poszerzonej diagnostyki oraz konsultacji specjalistycznych	Realizacja zadań określonych w IPOM, wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oraz rehabilitacji środowiskowej , monitoring osiągniętych rezultatów klinicznych, przeprowadzenie edukacji zdrowotnej pacjenta
	Uzyskanie założonego celu terapeutycznego, poprawy lub utrzymania stanu zdrowia pacjenta poprzez realizację działań ustalonych w IPOM oraz analizy zmian stanu zdrowia pacjenta mogących wpływać na modyfikację IPOM	

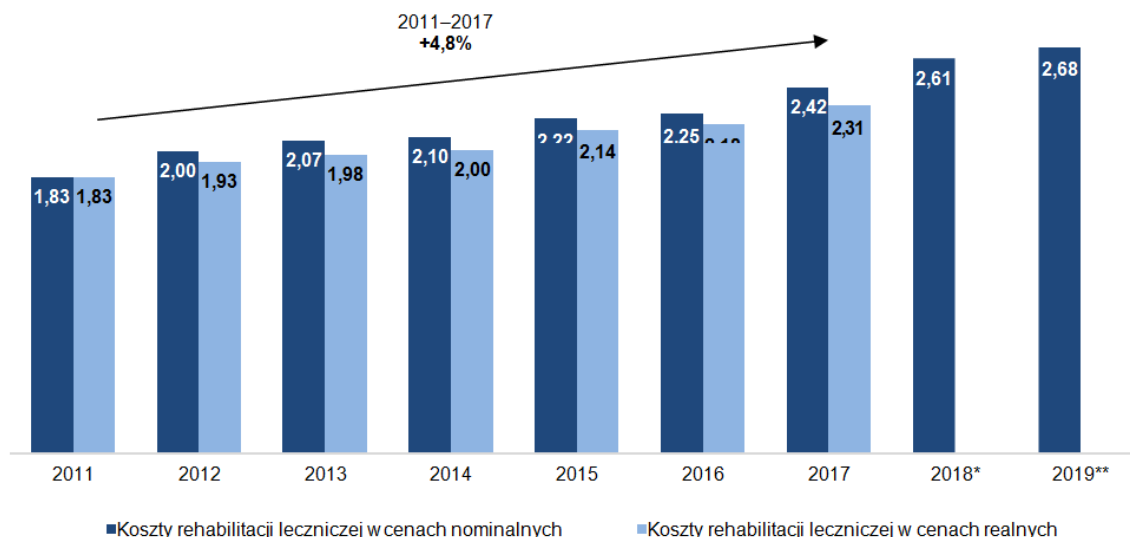
Źródło: Akademia NFZ (2016)¹⁵

1.3. Koszt świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na poziomie kraju

Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na rehabilitację leczniczą (w rozumieniu wartości świadczeń udzielonych) w latach 2011-2019 wykazywały stały trend rosnący. W 2017 roku wydatki te wyniosły ponad 2,4 mld zł, co oznacza, iż w porównaniu z rokiem 2011 wzrosły o prawie 600 mln zł (32,7%). Średnioroczny wzrost w latach 2011–2017 wyniósł 4,8% i był porównywalny ze średniorocznym wzrostem kosztu świadczeń opieki zdrowotnej ogółem.

RYC. 3

Koszt rehabilitacji leczniczej w latach 2011-2019 (mld zł) według planu finansowego NFZ



Źródło: AOTMiT (2018), Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ w latach 2016-2017 r. *wg planu finansowego z dn. 4 września 2018 r.; ** wg planu finansowego z dn. 12 września 2018 r..

Udział kosztów rehabilitacji leczniczej w całkowitych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2011-2019 utrzymywał się na zbliżonym poziomie. Najwyższy udział był w latach 2012 i 2013 i wyniósł 3,30%. Kolejne lata przyniosły spadek udziału o 0,15% do poziomu 3,15% w 2017 r.

¹⁵ <https://akademia.nfz.gov.pl/rehabilitacja/?lang=en>

TABELA 4 Udział kosztu rehabilitacji leczniczej w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2011-2019

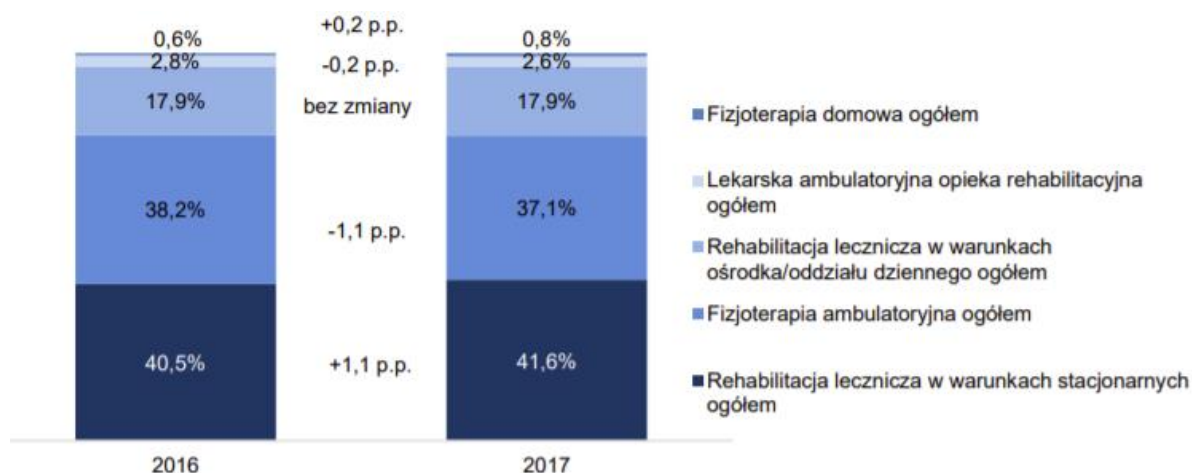
2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019**
3,15%	3,30%	3,30%	3,29%	3,26%	3,17%	3,15%	3,24%	3,25%

Źródło: AOTMiT (2018), Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ w latach 2016-2017 r. *wg planu finansowego z dn. 4 września 2018 r.; ** wg planu finansowego z dn. 12 września 2018 r..

Największy udział w całkowitym koszcie rehabilitacji leczniczej miała jak dotąd rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych. Wyniósł on 41,6% w 2017 r. W ujęciu nominalnym wydatki te wyniosły 938,6 mln zł. Druga grupa świadczeń (w rozumieniu kontraktowanych zakresów świadczeń), w której zanotowano wzrost udziału to fizjoterapia domowa; wydatki na nią wyniosły w 2017 r. –18,9 mln zł i osiągnęły udział na poziomie 0,8%. Rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego pomimo wzrostu nakładów do 405,1 mln zł w 2017 r. nie zmieniła udziału w całkowitych kosztach świadczeń. Pozostałe grupy zakresów świadczeń – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz fizjoterapia ambulatoryjna zmniejszyły udział w wydatkach na rehabilitację leczniczą odpowiednio o 0,2% i 1,1%.

RYC. 4 rozliczonej)

Struktura kosztu rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2017 w podziale na grupy zakresów (w ujęciu wartości



Źródło: AOTMiT (2018). Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ w latach 2016-2017 r.

TABELA 5 Koszt rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2017 w podziale na grupy zakresów i zakresy (w ujęciu wartości rozliczonej w mln)

Grupy zakresów/zakresy	Wartość rozliczona (zł)		Zmiana 2017 vs. 2016	
	2016	2017	zł	%
Fizjoterapia ambulatoryjna ogółem	811,35	838,06	26,71	3,3%
Fizjoterapia ambulatoryjna	810,72	836,85	26,13	3,2%
Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci	0,63	1,21	0,58	92,1%
Fizjoterapia domowa ogółem	12,49	18,85	6,36	50,9%
Fizjoterapia domowa	12,49	18,85	6,36	50,9%
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna ogółem	59,41	57,60	-1,81	-3,0%
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	59,41	57,60	-1,81	-3,0%
Rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego ogółem	381,28	405,12	23,84	6,3%
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	151,39	162,46	11,07	7,3%
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym	12,21	13,82	1,61	13,2%

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	201,38	210,24	8,86	4,4%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci	1,22	1,47	0,25	20,5%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	10,78	12,33	1,55	14,4%
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	1,92	2,27	0,35	18,2%
Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym	2,38	2,53	0,15	6,3%
Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych ogółem	862,46	938,85	76,39	8,9%
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	119,12	127,89	8,77	7,4%
Rehabilitacja neurologiczna	312,34	331,45	19,11	6,1%
Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci	0,14	0,29	0,15	107,1%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	406,70	452,90	46,2	11,4%
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci	0,12	0,24	0,12	100,0%
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	24,04	26,08	2,04	8,5%
Ogółem	2 127,63	2 258,48	130,85	6,2%

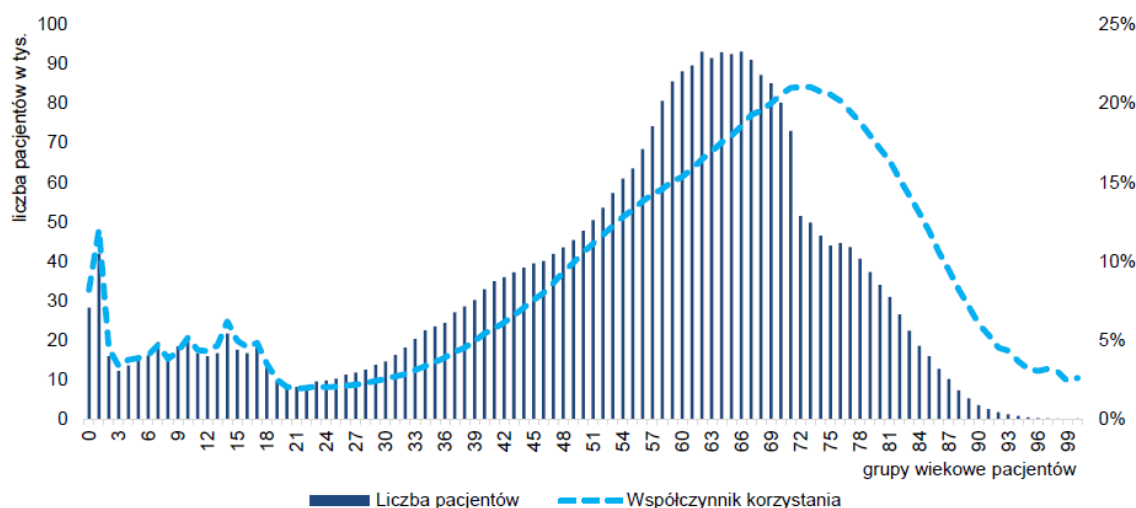
Źródło: AOTMiT (2018). Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ w latach 2016-2017 r

1.3.1. Charakterystyka pacjentów, świadczeń oraz świadczeniodawców

Zgodnie z informacjami zawartymi w raporcie AOTMiT pn. „Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ w latach 2016-2017 r.” wynika, że w 2017 r. w Polsce funkcjonowało 2 849 świadczeniodawców udzielających świadczeń z dziedziny rehabilitacji leczniczej, z czego niemal połowa (48,1%) udzielała świadczeń w ramach tylko jednego dostępnego zakresu. Żaden ze świadczeniodawców nie zawarł umowy na realizację wszystkich 16 zakresów, które mogą być realizowane w ramach rehabilitacji leczniczej. W 2018 r. nastąpił wzrost nakładów na fizjoterapię domową, co spowodowało dodatkowy wzrost w liczbie świadczeniodawców o 60 jednostek.

W 2017 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej skorzystało 3 337 398 pacjentów, co oznacza spadek o 1,2% w stosunku do roku 2016. Kobiety stanowiły niemal 65% wszystkich pacjentów. Liczba pacjentów była istotnie zróżnicowana w zależności od wieku. Największa pod względem liczby pacjentów była grupa osób w przedziale wiekowym 66–75 lat – udział na poziomie 21,3%. Jednocześnie była to grupa, która jako jedyna zanotowała wzrost w stosunku do roku 2016 (5,2%). Natomiast wartość współczynnika korzystania ze świadczeń, rozumianego jako udział liczby pacjentów w ogólnej liczbie osób w danym wieku, była najwyższa w grupie pacjentów między 70 a 75 rokiem życia – udział na poziomie 21%.

RYC. 5 Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz współczynnik korzystania ze świadczeń w grupach rocznikowych w 2017 r.



Źródło: AOTMiT (2018). Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ w latach 2016-2017 r.

Największa liczba pacjentów korzystała ze świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej. W 2017 r. wyniosła blisko 2,6 mln i spadła w stosunku do 2016 r. o 31 735 osób, czyli o 1,2%.

TABELA 6 Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w podziale na zakresy w 2017 r.

Zakres	Liczba pacjentów
Fizjoterapia ambulatoryjna ogółem	
Fizjoterapia ambulatoryjna	2 591 487
Fizjoterapia ambulatoryjna dla dzieci	2 314
Fizjoterapia domowa ogółem	
Fizjoterapia domowa	8 646
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna ogółem	
Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	1 349 975
Rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego ogółem	
Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	89 170
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym	10 233
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	167 503
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla dzieci	1 259
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	13 092
Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku	3 375
Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym	2 458
Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych ogółem	
Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	35 064
Rehabilitacja neurologiczna	38 985
Rehabilitacja neurologiczna dla dzieci	44
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	134 488
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci	118
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	10 840

Źródło: AOTMiT (2018., Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków NFZ w latach 2016-2017 r.

Do najczęściej sprawozdanych procedur ICD-9 w dziedzinie rehabilitacji leczniczej należały: laseroterapia punktowa z udziałem na poziomie 9,6%, pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości oraz ultradźwięki (odpowiednio 8,8% i 7,1%). Łącznie 20 najczęściej sprawozdanych procedur stanowiło blisko 80% ogólnej ich liczby. Z kolei do najczęściej sprawozdanych rozpoznań głównych ICD-10 należały zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (14,4%), zwyrodnienie wielostawowe (8,6%) oraz zaburzenia korzeni i splotów nerwowych (6,6%) z łącznym udziałem 29,6%.

2. Analiza kosztowa świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w ramach pilotażu POZ Plus

2.1. Metodologia

Przegląd literatury dotyczącej oceny efektywności ekonomicznej działań z zakresu opieki koordynowanej pozwolił zidentyfikować kilka dostępnych podejść analitycznych, niemniej żadne z nich nie zostało jak dotąd bezpośrednio wykorzystane do pomiaru efektywności ekonomicznej modelu, który byłby podobny do pilotażu programu POZ Plus.

Wstępnie za potencjalnie odpowiednie do analizy ekonomicznej określonych rodzajów świadczeń oferowanych w ramach programu pilotażowego POZ Plus, uznano dwie metody analityczne opisane w literaturze: metodę różnicy w różnicach (z ang. *difference in differences*, DID) oraz metodę przerywanych szeregów czasowych (z ang. *interrupted time series*, ITS). Jednak ze względu na brak dopasowanej do populacji pacjentów POZ Plus kohorty kontrolnej, a tym samym brak danych w tym zakresie, zastosowanie metody DID nie było możliwe. W związku z tym metoda ITS okazała się najbardziej przydatna w określeniu zastosowanych interwencji oraz skutków na poziomie populacyjnym. Analiza szeregów czasowych ma dwa główne cele: (a) wykrywanie natury zjawiska reprezentowanego przez sekwencję obserwacji i (b) prognozowanie, czyli przewidywanie przyszłych wartości szeregu czasowego. Oba te cele wymagają zidentyfikowania i opisanie, w sposób mniej lub bardziej formalny, elementów szeregu czasowego. Raz ustalony wzorzec może zostać zastosowany do innych danych (tzn. wykorzystany w teorii badanego zjawiska). Niezależnie od trafności teoretycznego uzasadnienia postaci modelu, zawsze możemy przewidywać przyszłe wartości szeregu czasowego na drodze ekstrapolacji.

2.1.1. Analiza szeregów czasowych ITS

Szereg czasowy to wykonywana wielokrotnie sekwencja obserwacji populacji. W badaniu ITS szereg czasowy jest „przerywany” przez interwencję w znanym nam momencie. Zbiory danych sprzed i po interwencji zapewniają ich porównywanie w celu oceny wpływu interwencji poprzez zbadanie wszelkich zmian zachodzących w ostatnim okresie.

Integralną częścią analizy ITS jest postawienie hipotezy, w jaki sposób interwencja wpłynęłaby na wynik, gdyby była skuteczna, w szczególności czy zmiana będzie stopniową zmianą gradientu trendu, czy może nastąpi natychmiast po interwencji lub z opóźnieniem. Ze względu na pilotażowy charakter wprowadzonego programu POZ Plus w Polsce i udostępnione do analizy głównie dane

kosztowe, ustalenie hipotezy a priori obarczone byłoby zbyt dużą niepewnością. Zatem etap ten został pominięty.

Główne kwestie rozważane podczas analizy ITS obejmowały następujące obszary:

1. Okres wdrożenia. Konieczność wyraźnego zróżnicowania okresu przed interwencją i okresu po interwencji. Nie oznacza to konieczności natychmiastowego wprowadzenia interwencji, ale okres realizacji powinien być precyzyjnie zdefiniowany. W tym przypadku pierwsze zgody na udział w programie POZ Plus uzyskano w lipcu 2018 r. i systematycznie zbierano je przez cały analizowany w raporcie okres, tzn. do maja 2020 r. Odnotowany w marcu 2020 r. spadek w liczbie podpisywanych zgód można przypisać pandemii COVID-19, niemniej należy mieć na uwadze stopniowy spadkowy charakter w liczbie uzyskanych zgód i jego potencjalnie „rozmywający” wpływ na uzyskane wyniki.
2. Wyniki. ITS działa najlepiej w przypadku krótkoterminowych wyników, które mają się zmienić względnie szybko po wdrożeniu interwencji lub po wyraźnie określonym czasie. Ponieważ program pilotażowy POZ Plus jest analizowany głównie z perspektywy kosztów, oczekuje się, że zmiany w wynikach będą widoczne stosunkowo szybko po wdrożeniu programu.
3. Dane. Sekwencyjne miary wyniku powinny być dostępne zarówno przed, jak i po interwencji. Zwykle nie ma limitów dotyczących liczby punktów danych, jednak badania z niewieloma punktami czasowymi należy interpretować z ostrożnością, ponieważ mogą być niedostateczne, gdyż wartość badania rośnie wraz z liczbą punktów czasowych. Biorąc pod uwagę wymóg stosunkowo długich szeregów czasowych, rutynowe dane są często najbardziej odpowiednie w badaniach ITS, co ma miejsce w przypadku omawianej analizy. Podobnie jak w przypadku wszystkich projektów badań, ważna jest ocena jakości danych pod względem ich trafności i wiarygodności.
4. Zmienne w czasie. Jedną z mocnych stron badań ITS jest to, że na ogół nie wpływają na nie typowe czynniki zakłócające, które zmieniają się stosunkowo wolno w czasie, tj. rozkład wieku populacji lub status społeczno-ekonomiczny. Niemniej jednak na ITS może wpływać np. sezonowość. Jeśli istnieje nierównomierny rozkład miesięcy przed i po interwencji, np. większy odsetek miesięcy zimowych, może to wpłynąć na wyniki, zwłaszcza w analizie krótkich serii. Inne zmieniające się w czasie czynniki zakłócające mogą obejmować poziomy zachorowalności na konkretną chorobę zakaźną o dużym stopniu zaraźliwości, zdarzenia pogodowe lub inne jednoczesne interwencje ukierunkowane na ten sam wynik. W przeprowadzonej analizie długość zbioru danych zapewnia stabilność w tym obszarze, a zastosowane podejście pozwala na zbadanie potencjalnych odchyleń (wykresy osi czasu ze standaryzowanymi wskaźnikami).

2.1.2. Istotne ograniczenia metodologiczne

Ze względu na różne daty przystąpienia do programu poszczególnych pacjentów (pozyskanie zgody) i związaną z tym różną długość okresów świadczenia usług poszczególnym pacjentom uczestniczącym w programie pilotażowym POZ Plus wprowadzono standaryzowane wskaźniki w ramach analizy szeregów czasowych, tj. średni jednostkowy koszt usług w danym okresie (koszt/miesiąc) w odniesieniu do danej zmiennej, a mianowicie: liczby pacjentów, liczby wykonanych świadczeń lub liczby wystawionych recept. Grupą kontrolną dla pacjentów POZ Plus w ramach analizy ITS były dane tych pacjentów sprzed 5 lat.

NFZ udostępnił do analizy 948 tys. rekordów, z czego ok. 305 tys. rekordów miało przypisane zerowe koszty (i jednocześnie zerową krotność produktu); 607 tys. rekordów miało krotność produktu = 1, ok. 37 tys. rekordów miało krotność produktu > 1 (max 34). Wśród świadczeń POZ Plus z zerowym kosztem znajdowało się 248 różnych kodów produktu – składało się na to większość kodów ze słownika produktów rozliczeniowych POZ Plus, ale też niektóre kody spoza tego słownika. Rekordy z przypisanymi kosztami zerowymi, jak również spoza słownika, nie zostały wzięte pod uwagę w analizach. Niemniej, tak duże braki w danych, jak również niespójność w ich raportowaniu w znacznym stopniu zaburzyły możliwość przeprowadzenia rzetelnej analizy danych POZ Plus w omawianym zakresie¹⁶.

2.2. Koszt rehabilitacji udzielanej pacjentom POZ Plus

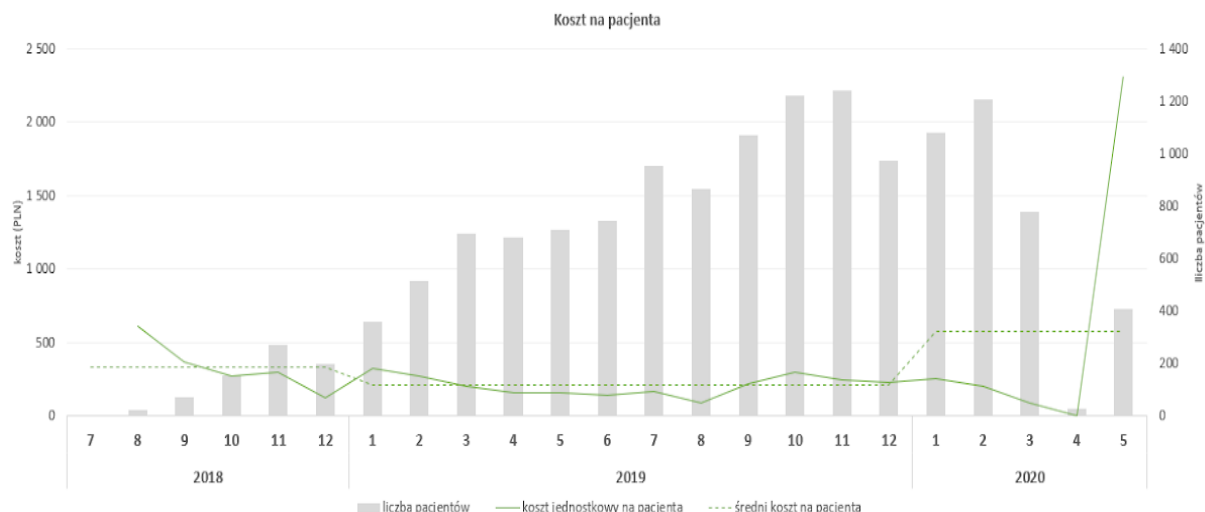
Uwaga wstępna: Koszty rehabilitacji w programie POZ Plus w udostępnionych do analiz bazach danych NFZ występują niemal wyłącznie wśród pacjentów chorujących przewlekłe na zespoły bólowe kręgosłupa i/lub chorobę zwyrodnieniową stawów obwodowych. Oznacza to, że koszty rehabilitacji przypisywane pacjentom z innymi chorobami przewlekłymi w ramach programu POZ Plus występują bardzo rzadko (są to pojedyncze świadczenia). Z tego względu poniższe analizy kosztowe dotyczą wyłącznie pacjentów chorujących przewlekłe na 2 ww. jednostki chorobowe zgodnie z założeniami pilotażu.

W analizowanym okresie łącznie w programie POZ Plus udzielono 6 722 świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentom chorującym przewlekłe na zespół bólowy kręgosłupa i/lub chorobę zwyrodnieniową stawów obwodowych. Liczba świadczeń rehabilitacyjnych udzielonych tym pacjentom wynosi łącznie 285 642. Natomiast łączny koszt rehabilitacji (rehabilitacja i porady) tychże pacjentów w ramach programu POZ Plus wyniósł: 2 660 779 zł. Z powyższego wynika, że średni koszt rehabilitacji pacjenta w programie wyniósł 393 zł.

Najwyższą liczbę rehabilitowanych pacjentów POZ Plus odnotowano w listopadzie 2019 r. – 1 239 osób (koszt jednostkowy na pacjenta wyniósł w tym czasie 248 zł). W 2018 r. średni koszt na pacjenta POZ Plus wyniósł 334 zł, w 2019 r. było to 209 zł, natomiast w 2020 r. wzrósł on do poziomu 574 zł.

RYC. 6 Koszt rehabilitacji w przeliczeniu na pacjenta po wdrożeniu pilotażu programu POZ Plus

¹⁶ Termin „zerowe koszty” oznacza, że świadczeniodawcy raportowali do NFZ, iż świadczenie, którego udzielili pacjentowi miało wartość równą 0 zł – co nie powinno mieć miejsca, gdyż każde świadczenie ma określony przez NFZ koszt, natomiast termin „krotność produktu” oznacza, że jedno świadczenie mogło być udzielone pacjentowi kilka razy



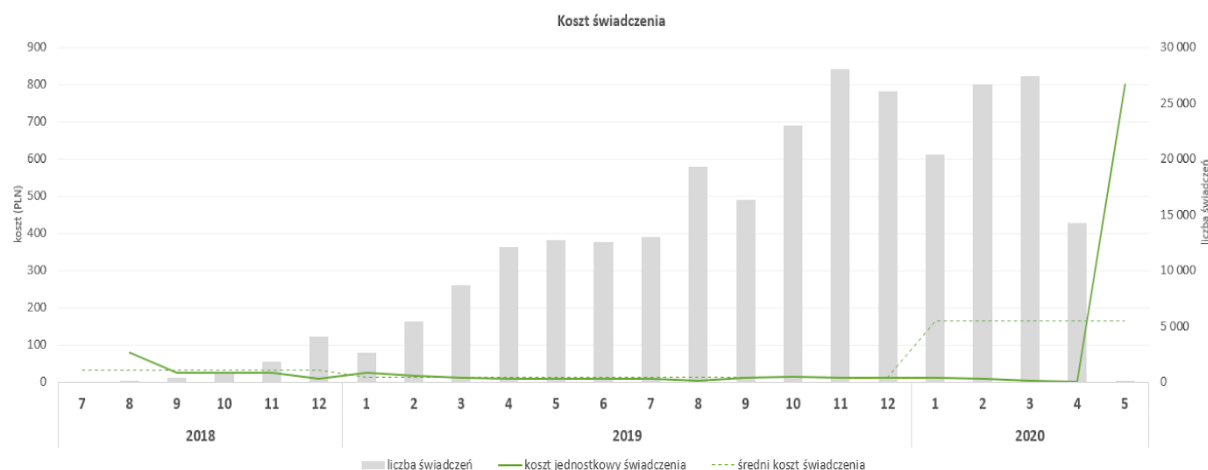
Źródło: WB (2020).

Najwyższa liczba świadczeń w programie POZ Plus udzielona została w listopadzie 2019 r. – 28 080 świadczeń rehabilitacyjnych (koszt jednostkowy świadczenia w tym czasie wyniósł – 12 zł). Średni koszt świadczenia z zakresu rehabilitacji wyniósł w 2018 r. 33 zł, w 2019 r. spadł do poziomu 12 zł, natomiast w pierwszym kwartale 2020 r. wyniósł aż 165 zł.

Niemniej dane za I kwartał 2020 r. należy traktować z dużą ostrożnością ze względu na pandemię Covid-19. Przy tak niskiej liczbie pacjentów biorących udział w programie w kwietniu 2020 r. średnie koszty mogą automatycznie ulegać nieprawidłowemu zawyżeniu.

RYC. 7

Koszt rehabilitacji w przeliczeniu na świadczenie po wdrożeniu pilotażu programu POZ Plus



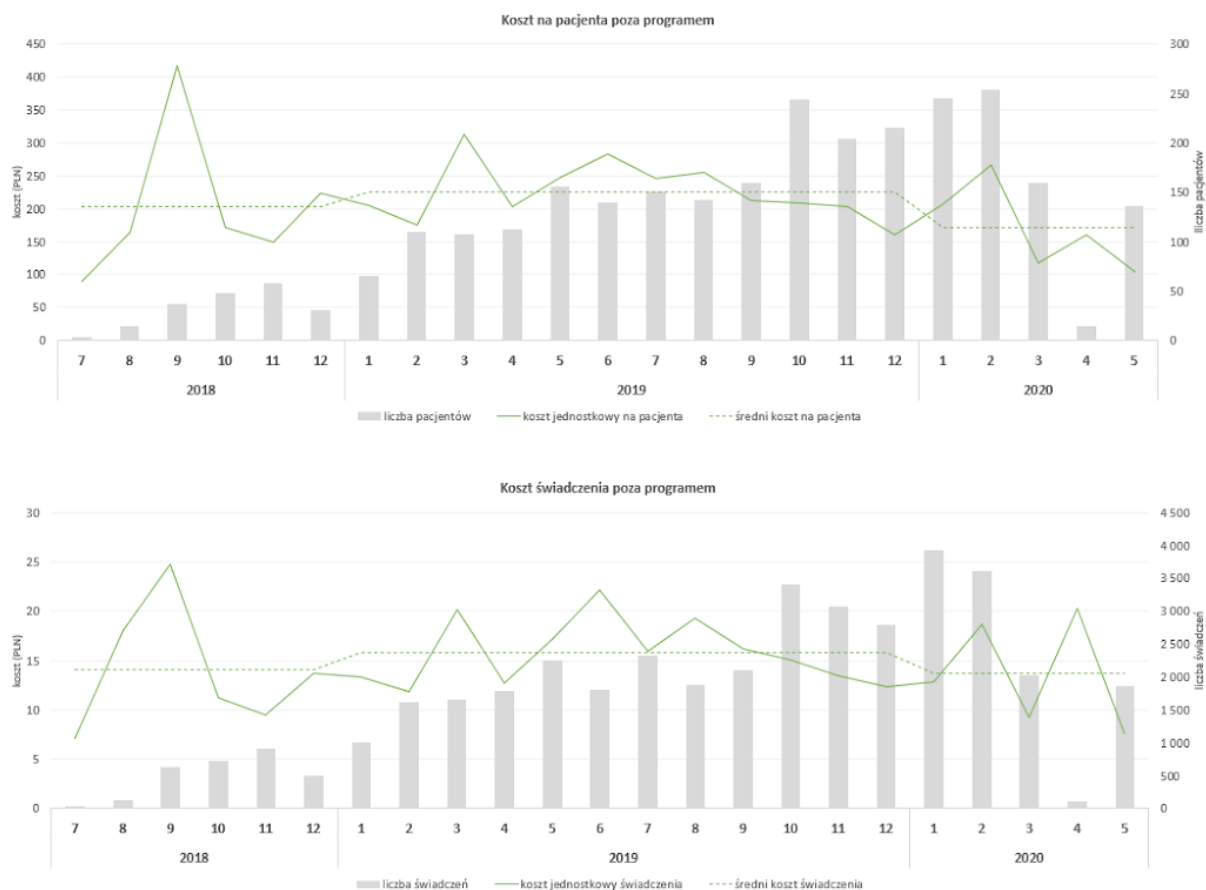
Źródło: WB (2020)

Aby przedstawić zmianę w liczbie oraz kosztach świadczeń rehabilitacyjnych otrzymywanych przez pacjentów przed i po wdrożeniu programu POZ Plus, w kolejnych analizach uwzględniono świadczenia rehabilitacyjne w ramach zakresów o nazwach: programy pilotażowe (kod zakresu 18) oraz rehabilitacja lecznicza (kod zakresu 5) udzielane pacjentom, którzy podpisali zgodę na udział w programie.

Na rycinie poniżej widać, że w trakcie trwania programu pacjenci POZ Plus korzystali także ze świadczeń rehabilitacyjnych poza programem – generując tym samym dodatkowe koszty dla płatnika. Natomiast z założenia korzystanie przez pacjentów POZ Plus ze świadczeń z tego samego

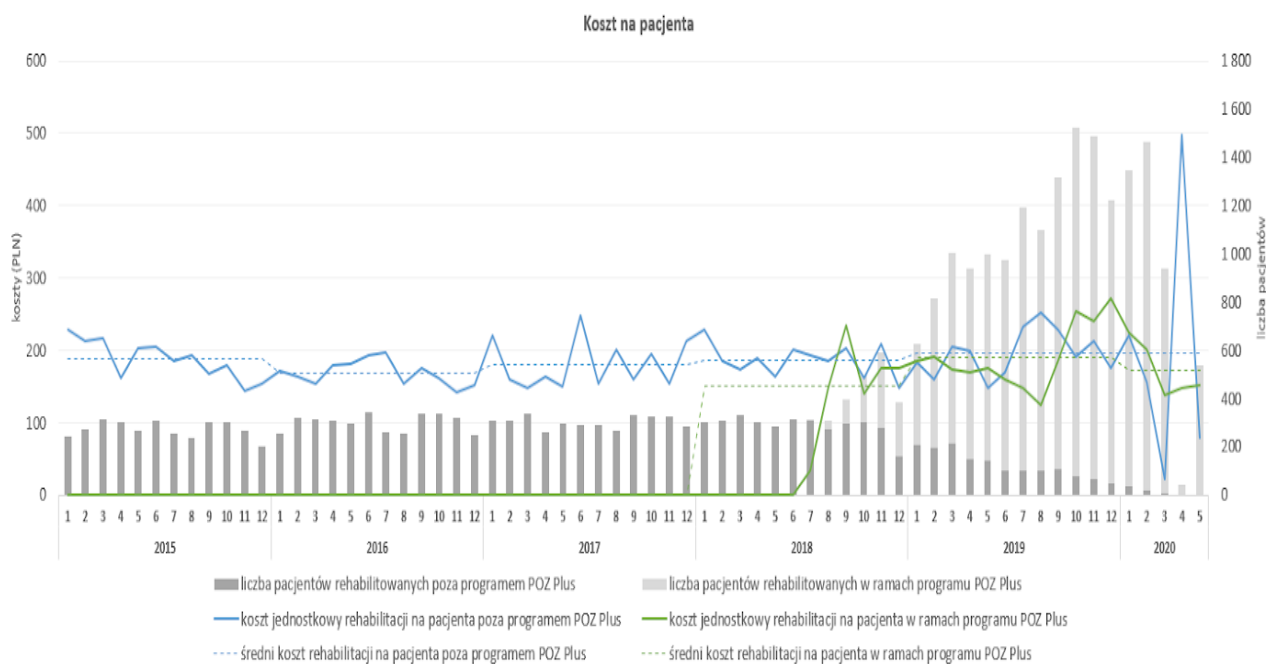
zakresu poza programem nie powinno mieć miejsca. Przykładowo w roku 2019 dodatkowy średni koszt w przeliczeniu na pacjenta wyniósł 226 zł poza programem, natomiast dodatkowy średni koszt w przeliczeniu na świadczenie wyniósł 16 zł poza programem.

RYC. 8 Koszty rehabilitacji udzielanej pacjentom POZ Plus poza pilotażem programu POZ Plus (analiza zakresu nr 5), w przeliczeniu na pacjenta oraz na świadczenie



Źródło: WB (2020).

RYC. 9 Koszt rehabilitacji w przeliczeniu na pacjenta POZ Plus w ramach zakresów nr 5 i nr 18 w całym analizowanym okresie czasu (styczeń 2015- maj 2020) – dot. pacjentów chorujących na: zespół bólowy kręgosłupa i/lub chorobę zwyrodnieniową stawów obwodowych



Źródło: WB (2020).

RYC. 10 Koszt rehabilitacji w przeliczeniu na świadczenie udzielane pacjentowi POZ Plus w ramach zakresów nr 5 i nr 18 w całym analizowanym okresie czasu (styczeń 2015 – maj 2020) – dot. pacjentów chorujących na: zespół bólowy kręgosłupa i/lub chorobę zwyrodnieniową stawów obwodowych



Źródło: WB (2020)

Przed wdrożeniem pilotażu POZ Plus rehabilitacja była raportowana do NFZ jako oddzielny rodzaj świadczenia, natomiast w ramach pilotażu POZ Plus konieczne było ręczne przypisanie usług (konkretnych świadczeń) do rehabilitacji. Takie dopasowanie (tzw. *mapping*) pozwoliło na identyfikację 31 świadczeń rehabilitacyjnych w ramach POZ Plus, odpowiadających świadczeniom udzielanym w ramach rehabilitacji leczniczej (REH). Jest to znacząco mniejsza ilość niż świadczona w ramach REH (83 rodzaje świadczeń rehabilitacyjnych). Lista zmapowanych świadczeń została przedstawiona w tabeli poniżej.

Z analizowanych danych wynika, że świadczenia rehabilitacyjne udzielone jednostkowo w ramach programu POZ Plus są średnio o 6 zł tańsze niż te same udzielane w ramach rehabilitacji leczniczej, czyli poza programem. Całkowita oszczędność dla płatnika w okresie trwania programu (lipiec 2018 - maj 2020) wynosi zatem 1,2 mln zł. W tabeli poniżej przedstawiamy różnice oraz wyliczenia, o ile więcej NFZ musiałby zapłacić za określone świadczenie rehabilitacyjne, jak i łącznie, gdyby udzielane one były poza programem POZ Plus, a więc tylko w ramach REH. Patrząc na niższy koszt w POZ Plus (łącznie o 1,2 mln PLN) wydaje się, że potencjał oszczędności w ramach pilotażu programu można uznać za wysoki.

TABELA 7 Liczba i koszt zmapowanych ze sobą świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w ramach pilotażu POZ Plus oraz w ramach REH poza programem

Lp.	Świadczenie	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Koszt jednostkowy w POZ Plus	Koszt jednostkowy w REH	Ile więcej musiałby zapłacić NFZ, gdyby świadczenia te były udzielane poza programem POZ Plus
1	Ćwiczenia w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – minimum 15 minut	11 712	19 026	6	9	56 932,34
2	Ćwiczenia w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem – minimum 15 minut w warunkach domowych	120	11	11	13	21,56
3	Ćwiczenia wolne i czynne z oporem – minimum 15 minut	114 234	24 492	5	8	74 161,58
4	Ćwiczenia wolne i czynne z oporem – minimum 15 minut w warunkach domowych	3 200	297	11	12	470,92
5	Ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające (za pacjenta, nie więcej niż 10 pacjentów na fizjoterapeutę)	308	322	1	1	55,65
6	Ćwiczenia wspomagane – minimum 15 minut	108 034	15 916	7	10	50 128,74
7	Ćwiczenia wspomagane – minimum 15 minut w warunkach domowych	4 478	271	17	14	-592,22
8	Galwanizacja	5 076	1 301	4	4	588,74
9	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.	1 180 001	55 411	21	33	648 562,00
10	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	25 325	484	52	48	-2 082,39
11	Inne formy usprawniania (kinezyterapia) – minimum 15 minut	37 123	7 920	5	6	9 477,75
12	Inne formy usprawniania (kinezyterapia) – minimum 15 minut w warunkach domowych	3 585	359	10	7	-958,92
13	Jonoforeza	16 225	3 658	4	7	8 516,50
14	Konsultacja specjalistyczna lekarz – pacjent (rehabilitant medyczny – pacjent)	294 888	3 575	82		
15	Laseroterapia – skaner w warunkach domowych	66	11	6		
16	Laseroterapia – skaner	21 021	7 146	3	4	4 894,56
17	Laseroterapia punktowa w warunkach domowych	484	29	17	15	-44,59
18	Laseroterapia punktowa	182 106	36 304	5	8	114 195,59
19	Masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu	253 998	26 080	10	14	119 767,21
20	Masaż suchy – częściowy – minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu w warunkach domowych	8 048	455	18	21	1 566,81
21	Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe	70 161	28 932	2	4	33 787,44

22	Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym – miejscowe w warunkach domowych	402	50	8		
23	Prądy diadynamiczne w warunkach domowych	8	1	8		
24	Prądy diadynamiczne	18 876	4 339	4	5	4 843,25
25	Prądy interferencyjne w warunkach domowych	88	11	8		
26	Prądy interferencyjne	57 632	13 551	4	5	4 392,03
27	Prądy TENS w warunkach domowych	184	33	6		
28	Prądy TENS	86 404	25 692	3	5	37 654,39
29	Ultradźwięki miejscowe w warunkach domowych	327	37	9		
30	Ultrafonoreza w warunkach domowych	126	9	14		
31	Ultrafonoreza	56 539	9 919	6	9	34 628,47
SUMA		2 660 779	285 642			1 200 967,40

Źródło: WB (2020)

3. Modelowanie zmian z zakresu świadczeń rehabilitacyjnych na podstawie pilotażu programu POZ Plus

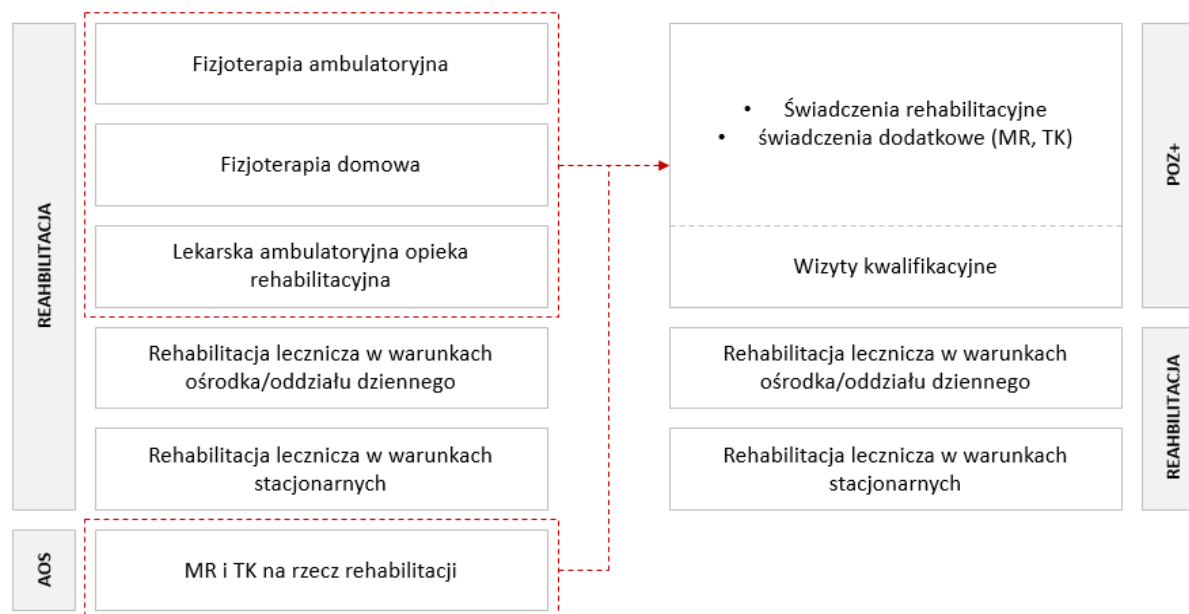
3.1.1. Założenia metodologiczne

UWAGA: Nieodłącznym elementem analizy jest załącznik nr 1 do przedmiotowego raportu w formie pliku CSV (Excel), który umożliwia wizualizację danych, jak również manualne wprowadzanie danych modelowych (w miejscu żółtych pól). Daje to więc możliwość modelowania bazującego na różnych zmiennych.

Ideą zmian w zakresie rehabilitacji w Polsce jest możliwość świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej, domowej oraz lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej wyłącznie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, wraz z możliwością realizacji na tym poziomie także wybranych badań wysokospecjalistycznych, tzn. rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej. Ponadto nieodłączny element realizacji rehabilitacji powinny stanowić wizyty kwalifikujące pacjentów do odpowiednich świadczeń rehabilitacyjnych. Zgodnie z sugestią AOTMiT¹⁷ takie wizyty powinny usystematyzować ocenę pilności i zasadności skierowań na rehabilitację i w długim okresie usprawnić system od strony operacyjnej i kosztowej. Ogólny schemat modelowanych zmian przedstawiono na rycinie poniżej.

RYC. 11 Ogólny schemat modelowanych zmian z zakresu rehabilitacji

¹⁷ AOTMiT (2018). Koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Opracowanie analityczne nr AOTMiT-WS.434.1.2016. Pozyskano z: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/Załącznik1.pdf; dostęp online z dn. 15.12.2020



Źródło: WB (2020)

Dane wyjściowe (tzw. dane „as-is”) wykorzystane w modelowaniu pochodzą z 3 źródeł: (1) dane ilościowe przekazane przez NFZ w zakresie liczby pacjentów, liczby świadczeń oraz kosztów rehabilitacji leczniczej w Polsce w 2017 r.; (2) dane AOTMiT w zakresie liczby pacjentów oczekujących w 2017 r. na świadczenia rehabilitacyjne (tzw. dane nt. kolejek)¹⁸; (3) dane BASIW dot. liczby fizjoterapeutów, a także liczby pacjentów przypadających na jednego fizjoterapeutę w Polsce.¹⁹

Dane wyjściowe (as-is) pozyskane z ww. źródeł, zostały zestawione w formie tabeli i prezentują się następująco (patrz plik Excel – zakładka „Ogólne”):

RYC. 12 (Excel)

Widok górny dla zakładki pn. „Założenia ogólne” w ramach dołączonego do przedmiotowego raportu pliku CSV

Pacjenci i świadczenia (as-is)

SUMA	pacjenci		koszty		koszty/pacjenta		koszty/swiadczenie		pacjenci w kolejce, przypadki		
	#	mln PLN	#	mln PLN	#	PLN	#	PLN	pełne	stabilne	uśrednionych
1. Fizjoterapia ambulatoryjna	4 457 042		2 272		510				115 088	1 118 839	9%
2. Fizjoterapia domowa	2 581 875		850		328		13		104 555	999 409	9%
3. Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	8 848		19		2 216		54		1 087	5 924	16%
4. Rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	1 349 890		58		43		29		9 446	113 506	8%
5. Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych	287 090		405		1 411						
	219 539		939		4 276						
SUMA dla poz. 1-3	3 950 413		928		235		9		115 088	1 118 839	9%
6. MR i TK (w ramach AOS, przypisane do rehab), w tym alokacja na:	350 846		117		334		334				
1. Fizjoterapia ambulatoryjna	203 909		68		334		334				
2. Fizjoterapia domowa	680		0		334		334				
3. Lekarska ambulatoryjna opieka rehab.	106 199		35		334		334				
4. Rehabilitacja lecznicza w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	22 586		8		334		334				
5. Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych	17 272		6		334		334				
SUMA dla poz. 1-3	310 788		104		334		334				
Liczba świadczeń - as is (rehab)											
Fizjoterapia ambulatoryjna	Wyrażenie	25									
Fizjoterapia domowa	Wyrażenie	41									
Lekarska ambulatoryjna opieka rehab.	Wyrażenie	2									
Liczba świadczeń - as is (MR i TK w AOS)	Wyrażenie	1									

Źródło: WB (2020)

Ponadto w ramach danych wyjściowych określono tzw. „maksymalną dostępność fizjoterapii”, która oznacza teoretyczny maksymalny pułap liczby świadczeń dla określonej przez NFZ liczby

¹⁸ AOTMiT (2018). Koncepcja zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Opracowanie analityczne nr AOTMiT-WS.434.1.2016. Pozyskano z: https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/092/RPT/Zalacznik1.pdf; dostęp online z dn. 15.12.2020

¹⁹ BASIW (2020). Rehabilitacja. Pobrano z: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3365>; dostęp online z dn. 15.12.2020

fizjoterapeutów, uwzględniając w tym czas pracy fizjoterapeuty oraz długość trwania świadczenia. Oprócz tego w ramach „maksymalnej dostępności fizjoterapii” założono w zaprojektowanym modelu, że świadczenia z zakresu fizykoterapii mogą być wykonywane w tym samym czasie co inne świadczenia rehabilitacyjne i jako takie nie pomniejszają dostępności czasowej fizjoterapeutów (w teorii przyjąć można, że jeden fizjoterapeuta może np. podłączyć prądy TENS u więcej niż jednej osoby w tym samym czasie). Wartość 100% oznacza w takim przypadku, że wszystkie świadczenia z zakresu fizykoterapii odbywają się jednocześnie, nie ograniczając przy tym limitu świadczonych usług. W naszym modelu wyjściowym przyjęta została wartość 75% (tzn. 3/4 fizjoterapeutów wykonuje zabiegi fizykoterapii w tym samym czasie co kinezyterapię). Jest to założenie eksperckie. Założenie eksperckie oznacza, że ze względu na brak jednoznacznych danych, do których można by się odnieść, dokonano szacunku opartego na najlepszej wiedzy ekspertów pracujących w zakresie analiz ekonomicznych. Przyjęte wartości wyjściowe w ramach tzw. „maksymalnej dostępności fizjoterapii” zostały zestawione w formie tabeli i prezentują się następująco (patrz plik Excel – zakładka „Ogólne”):

RYC. 13 Widok dolny dla zakładki pn. „Założenia ogólne” w ramach dołączonego do przedmiotowego raportu pliku CSV (Excel)**Dostępność fizjoterapii - max**

Liczba fizjoterapeutów w NFZ	#	27 557
długość jednej wizyty/świadczenia	min	30
długość dnia pracy	godz.	8,0
przerwy	godz.	1,5
tydzień roboczy	dni	5
dni wolne (poza weekendami)	dni/rok	26
święta	dni/rok	10
zwolnienia L4	dni/rok	5
Max liczba świadczeń na fizjoterapeutę	#/dzień	13
Max liczba świadczeń (cały rehab)	#	78 813 020
minus świadczenia pacjentów poza analizą (obniżają dostępność)	#	3 667 902
dostępna liczba świadczeń	#	75 145 118
Udział fizjoterapeutów wykonujących fizykoterapię równolegle do innych świadczeń	%	75%

Źródło: WB (2020)

Wartości oznaczone **kolorem żółtym** to wartości zmienne – oznacza to, że w miejscach oznaczonych tym kolorem można przyjąć dowolne wartości, tym samym zmieniając założenia wyjściowe. Ułatwi to świadczeniodawcom lub innym decydentom modelować zmiany w zakresie rehabilitacji w oparciu o własne założenia, możliwości kliniczne czy też ekonomiczne. Znak # oznacza wartość (jednostkę).

W dalszej kolejności opracowano 6 propozycji (modeli) zmian z zakresu rehabilitacji leczniczej w Polsce; dostępne także w formie pliku CSV (Excel) pod sześcioma zakładkami o nazwach: Model 1 (CASE 1), Model 2 (CASE 2), Model 3 (CASE 3), Model 4 (CASE 4), Model 5 (CASE 5), Model 6 (CASE 6). W każdym z tych opracowań znajduje się tabela z wynikami modelowania, która podzielona została na 2 części – stan obecny (część pierwsza pn. OBECNIE) oraz stan po zaproponowanej zmianie (część druga, pn. PO ZMIANIE). W każdym z 6 proponowanych modeli część tabeli dot. stanu obecnego jest taka sama i opracowana została na podstawie ww. danych wyjściowych. To co ulega zmianie w ramach każdego z 6 modeli, to część tabeli dot. stanu po zaproponowanej zmianie.

RYC. 14 Tabełacyjne przedstawienie modelowanych zmian

Wyniki
Obecnie
liczba pacjentów
liczba świadczeń
<i>w tym: do limitu</i>
świadczenia na fizjoterapeutę
<i>w tym: do limitu</i>
koszt rehab total
koszty pozostałe (MR i TK)
koszt świadczeń total (rehab + pozostałe)
Po zmianie
liczba pacjentów
przypadki pnie
przypadki stabilne
liczba świadczeń
przypadki pnie - rehab
przypadki pnie - TK i MR
przypadki pnie - w izytyw alifikacyjne
przypadki stabilne - rehab
przypadki stabilne - TK i MR
przypadki stabilne - w izytyw alifikacyjne
<i>w tym: limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>
świadczenia na fizjoterapeutę
<i>w tym: limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>
koszt rehab total
koszty pozostałe (MR i TK)
koszty wizyt kwalifikacyjnych
koszt świadczeń total

Uwaga: W celu jak najlepszego zrozumienia informacji przedstawionych w modelach konieczne należy zapoznać się z poniższym słownikiem pojęć.

TABELA 8 Słownik pojęć wymagany do zrozumienia danych przedstawionych w modelach

#	wartość / jednostka
CASE	model
max	wartość maksymalna
Liczba pacjentów	suma pacjentów objętych świadczeniami
Liczba świadczeń	suma wszystkich świadczeń (tzn. fizjoterapii, MR, TK oraz wizyty kwalifikacyjnej)
Liczba świadczeń do limitu / świadczenia niezmniejszające limitu	suma świadczeń (jak wyżej) pomniejszona o liczbę świadczeń z zakresu fizykoterapii oraz MR i TK; w modelu założono, że te świadczenia nie pomniejszają w praktyce dostępnego czasu fizjoterapeutów
Świadczenia fizjoterapeutyczne	liczba pacjentów rehabilitowanych na podstawie przyjętych danych wyjściowych
Świadczenia pozostałe (MR, TK)	liczba pacjentów, którym w nowym modelu będą przysługiwać świadczenia wysokospecjalistyczne, takie jak rezonans magnetyczny oraz tomografia komputerowa
Świadczenia/stawki – przypadki pilne	możliwość wprowadzenia założeń co do ilości poszczególnych świadczeń oferowanych pacjentom pilnym oraz wysokości stawek poszczególnych świadczeń; dla ułatwienia w kolumnach obok tej sekcji dodano obecne średnie stawki świadczeń oraz ich ilości per pacjent (benchmark w oparciu o dane przekazane przez NFZ za 2017 r.).
Świadczenia/stawki – przypadki stabilne = jw.	możliwość wprowadzenia założeń co do ilości poszczególnych świadczeń oferowanych pacjentom stabilnym oraz wysokości stawek poszczególnych świadczeń; dla ułatwienia w kolumnach obok tej sekcji dodano obecne średnie stawki świadczeń oraz ich ilości per pacjent (benchmark w oparciu o dane przekazane przez NFZ za 2017 r.).
Świadczenia na fizjoterapeutę	liczba świadczeń możliwa do zrealizowania przez jednego fizjoterapeutę w ciągu jednego roboczego dnia; wskaźnik stanowiący kontrolę na tle maksymalnego limitu dziennego świadczeń wyliczonych w danych wyjściowych
Koszty rehabilitacji total	iloczyn liczby pacjentów, liczby świadczeń oraz średnioważonej stawki dla zamodelowanego połączenia różnego rodzaju świadczeń
Koszty pozostałe (MR, TK)	iloczyn liczby pacjentów, liczby świadczeń oraz stawki jednostkowej zamodelowanych w sekcji danych wyjściowych
Koszty wizyt kwalifikacyjnych	iloczyn liczby pacjentów, liczby świadczeń oraz stawki jednostkowej przyjętych w danych wyjściowych
Koszty świadczeń total	suma kosztów rehabilitacji, świadczeń pozostałych (tzn. MR i TK) oraz wizyty kwalifikacyjnej

3.2. Wyniki modelowania

3.2.1. Model 1 (CASE 1)

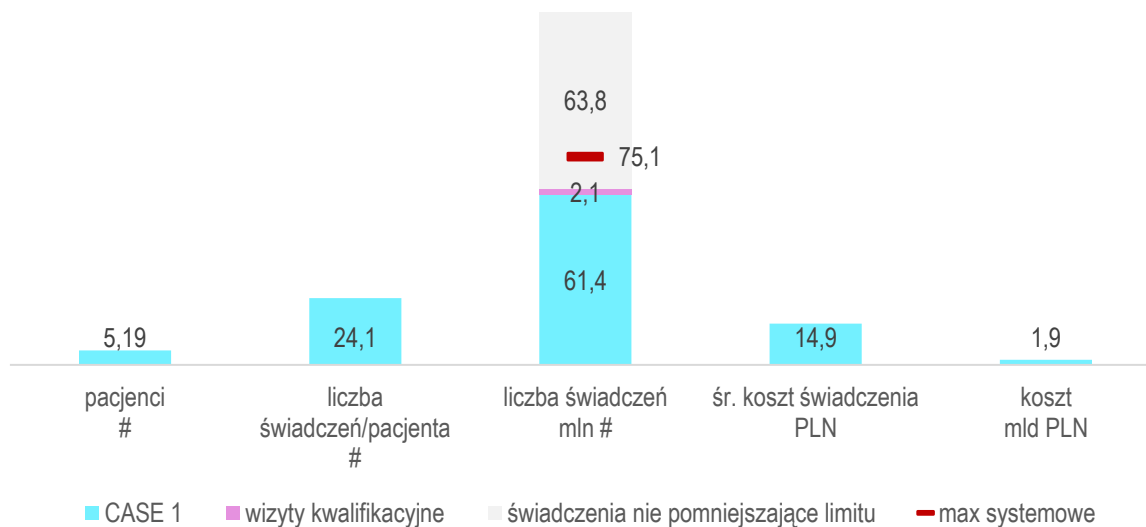
„Wszyscy możliwi pacjenci obsłużeni, wizyty kwalifikacyjne dla 40% z nich, wzrost świadczeń równy poziomowi oferowanemu w ramach POZ Plus (29%)”

ZAŁOŻENIA DLA MODELU 1:

- Liczba pacjentów:** suma wszystkich pacjentów dotychczas obsługiwanych oraz pacjentów oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne
- Liczba wizyt kwalifikacyjnych:** 40% ww. liczby pacjentów – procent ten jest założeniem eksperckim²⁰ i umożliwia świadczenie kwalifikacji wszystkim pacjentom oczekującym, jak również u co piątego pacjenta dotychczas obsługiwanego w celu weryfikacji zasadności stosowanych u niego świadczeń rehabilitacyjnych
- Liczba świadczeń:** wzrost ilości świadczeń we wszystkich grupach fizjoterapii o +29%, tj. na średnim poziomie z POZ Plus
- Wartość stawek:** średnie stawki pozostają bez zmian, tzn. są na takim poziomie jak w modelu wyjściowym (tzw. dane „as-is”)

WNIOSKI:

W przyjętym modelu całkowity koszt świadczeń wzrósłby o 834 870 491 zł, tj. o 81%



²⁰ Założenie eksperckie oznacza, że ze względu na brak jednoznacznych danych, do których można by się odnieść, dokonano szacunku opartego na najlepszej wiedzy ekspertów pracujących w zakresie analiz ekonomicznych

TABELA 9 Wyniki dla Modelu 1 (CASE 1) – „Wszyscy możliwi pacjenci obsłużeni , wizyty kwalifikacyjne dla 40% pacjentów; wzrost świadczeń równy poziomowi oferowanemu w ramach POZ Plus (29%)”

Wyniki

Obecnie						
liczba pacjentów	#	3 950 413				
liczba świadczeń	#	67 368 700				
<i>w tym do limitu</i>	#	32 628 850				
świadczenia na fizjoterapeutę	#/dzień	11				
<i>w tym do limitu</i>	#/dzień	5				
koszt rehab total	PLN	927 938 939	PLN/św iadczenie	13,8	PLN/pacjenta	234,9
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 792 728				
koszt świadczeń total (rehab + pozostałe)	PLN	1 031 731 667	PLN/św iadczenie	15,3	PLN/pacjenta	261,2
Po zmianie						
liczba pacjentów	#	5 186 348				
przypadki pilne	#	465 790				
przypadki stabilne	#	4 720 558				
liczba świadczeń	#	125 175 142				
przypadki pilne - rehab	#	11 619 083				
przypadki pilne - TK i MR	#	36 644				
przypadki pilne - w izyty kw alifikacyjne	#	186 317				
przypadki stabilne - rehab	#	111 073 498				
przypadki stabilne - TK i MR	#	371 377				
przypadki stabilne - w izyty kw alifikacyjne	#	1 888 223				
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	61 407 170				
świadczenia na fizjoterapeutę	#	21				
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	10				
koszt rehab total	PLN	1 694 824 292	PLN/św iadczenie	13,5	PLN/pacjenta	326,8
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	136 279 014				
koszty wizyt kwalifikacyjnych	PLN	35 498 852				
koszt świadczeń total	PLN	1 866 602 158	PLN/św iadczenie	14,9	PLN/pacjenta	359,9

3.2.2. Model 2 (CASE 2)

„Wszyscy dotychczasowi pacjenci obsłużeni i dodatkowo otrzymują wizytę kwalifikacyjną, wzrost świadczeń równy poziomowi oferowanemu w ramach POZ Plus (29%)”

ZAŁOŻENIA DLA MODELU 2:

- Liczba pacjentów:** suma wszystkich pacjentów dotychczas obsługiwanych (bez uwzględniania pacjentów oczekujących)
- Liczba wizyt kwalifikacyjnych:** 100% ww. liczby pacjentów
- Liczba świadczeń:** wzrost ilości świadczeń we wszystkich grupach fizjoterapii o +29%, tj. na średnim poziomie z POZ Plus
- Wartość stawek:** średnie stawki pozostają bez zmian, tzn. są na takim poziomie jak w modelu wyjściowym (tzw. dane „as-is”)

WNIOSKI:

W przyjętym modelu całkowity koszt świadczeń wzrósłby o 430 608 223 zł, tj. o 42%

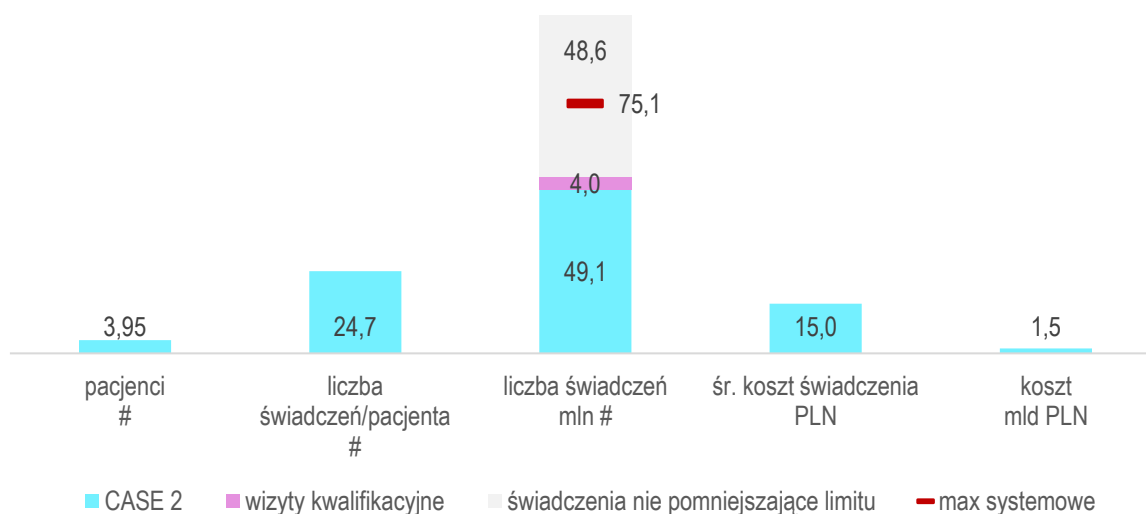


TABELA 10 Wyniki dla Modelu 2 (CASE 2) – „Wszyscy dotychczasowi pacjenci obsłużeni i dodatkowo otrzymują wizytę kwalifikacyjną, wzrost świadczeń równy poziomowi oferowanemu w ramach POZ Plus”

Wyniki

Obecnie

liczba pacjentów	#	3 950 413			
liczba świadczeń	#	67 057 912			
<i>w tym do limitu</i>	#	32 628 850			
świadczenia na fizjoterapeutę	#/dzień	11			
<i>w tym do limitu</i>	#/dzień	5			
koszt rehab total	PLN	927 938 939	PLN/świadczenie	13,8	PLN/pacjenta 234,9
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 792 728			
koszt świadczeń total (rehab + pozostałe)	PLN	1 031 731 667	PLN/świadczenie	15,4	PLN/pacjenta 261,2

Po zmianie

liczba pacjentów	#	3 950 413			
przy padki pilne	#	354 790			
przy padki stabilne	#	3 595 623			
liczba świadczeń	#	97 715 468			
przy padki pilne - rehab	#	8 850 184			
przy padki pilne - TK i MR	#	27 912			
przy padki pilne - w izyty kwalifikacyjne	#	354 790			
przy padki stabilne - rehab	#	84 604 083			
przy padki stabilne - TK i MR	#	282 876			
przy padki stabilne - w izyty kwalifikacyjne	#	3 595 623			
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	49 143 755			
świadczenia na fizjoterapeutę	#	16			
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	8			
koszt rehab total	PLN	1 290 938 517	PLN/świadczenie	13,2	PLN/pacjenta 326,8
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 803 192			
koszty wizyt kwalifikacyjnych	PLN	67 598 182			
koszt świadczeń total	PLN	1 462 339 891	PLN/świadczenie	15,0	PLN/pacjenta 370,2

3.2.3. Model 3 (CASE 3)

„Wszyscy możliwi pacjenci obsłużeni i dodatkowo otrzymują wizyty kwalifikacyjne, wzrost świadczeń na poziomie 5%”

ZAŁOŻENIA DLA MODELU 3:

- Liczba pacjentów:** suma wszystkich pacjentów dotychczas obsługiwanych oraz pacjentów oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne
- Liczba wizyt kwalifikacyjnych:** 100% ww. liczby pacjentów
- Liczba świadczeń:** wzrost ilości świadczeń we wszystkich grupach fizjoterapii o +5% (założenie modelowe)
- Wartość stawek:** średnie stawki pozostają bez zmian, tzn. są na takim poziomie jak w modelu wyjściowym (tzw. dane „as-is”)

WNIOSKI:

W przyjętym modelu całkowity koszt świadczeń wzrósłby o 572 802 587 zł, tj. o 56%

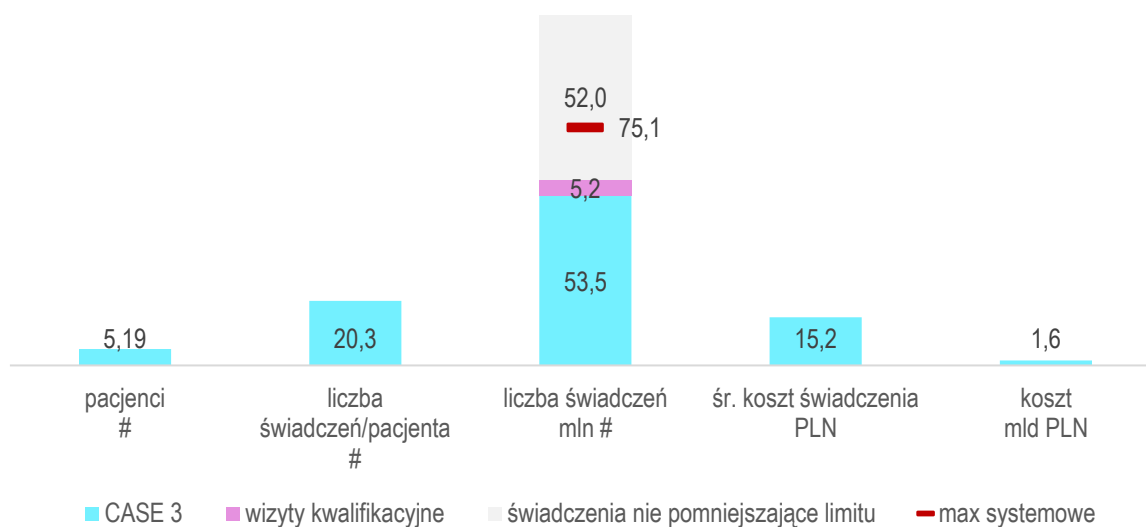


TABELA 11 Wyniki dla Modelu 3 (CASE 3) - „Wszyscy możliwi pacjenci obsłużeni i dodatkowo otrzymują wizyty kwalifikacyjne, wzrost świadczeń na poziomie 5%”

Wyniki						
Obecnie						
liczba pacjentów	#	3 950 413				
liczba świadczeń	#	67 057 912				
w tym do limitu	#	32 628 850				
świadczenia na fizjoterapeutę	#/dzień	11				
w tym do limitu	#/dzień	5				
koszt rehab total	PLN	927 938 939	PLN/świadczenie	13,8	PLN/pacjenta	234,9
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 792 728				
koszt świadczeń total (rehab + pozostałe)	PLN	1 031 731 667	PLN/świadczenie	15,4	PLN/pacjenta	261,2
Po zmianie						
liczba pacjentów	#	5 186 348				
przypadki pilne	#	465 790				
przypadki stabilne	#	4 720 558				
liczba świadczeń	#	105 460 423				
przypadki pilne - rehab	#	9 457 393				
przypadki pilne - TK i MR	#	36 644				
przypadki pilne - wizyty kwalifikacyjne	#	465 790				
przypadki stabilne - rehab	#	90 408 661				
przypadki stabilne - TK i MR	#	371 377				
przypadki stabilne - wizyty kwalifikacyjne	#	4 720 558				
w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów	#	53 480 350				
świadczenia na fizjoterapeutę	#	17				
w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów	#	9				
koszt rehab total	PLN	1 379 508 145	PLN/świadczenie	13,1	PLN/pacjenta	266,0
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	136 279 014				
koszty wizyt kwalifikacyjnych	PLN	88 747 096				
koszt świadczeń total	PLN	1 604 534 255	PLN/świadczenie	15,2	PLN/pacjenta	309,4

3.2.4. Model 4 (CASE 4)

„Wszyscy dotychczasowi pacjenci obsłużeni, brak wizyt kwalifikacyjnych, brak fizykoterapii w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej”

ZAŁOŻENIA DLA MODELU 4:

- Liczba pacjentów:** suma wszystkich pacjentów dotychczas obsłużonych (bez uwzględniania pacjentów oczekujących)
- Liczba wizyt kwalifikacyjnych:** brak wizyt kwalifikacyjnych
- Liczba świadczeń:** z fizjoterapii ambulatoryjnej usunięcie świadczeń z zakresu fizykoterapii
- Wartość stawek:** średnie stawki pozostają bez zmian, tzn. są na takim poziomie jak w modelu wyjściowym (tzw. dane „as-is”)

WNIOSKI:

Wyłączenie z koszyka świadczeń gwarantowanych fizykoterapii (dot. fizjoterapii ambulatoryjnej) oferuje blisko 0,5 mld PLN oszczędności – 483 960 961 zł, tj. 47% spadek w kosztach.

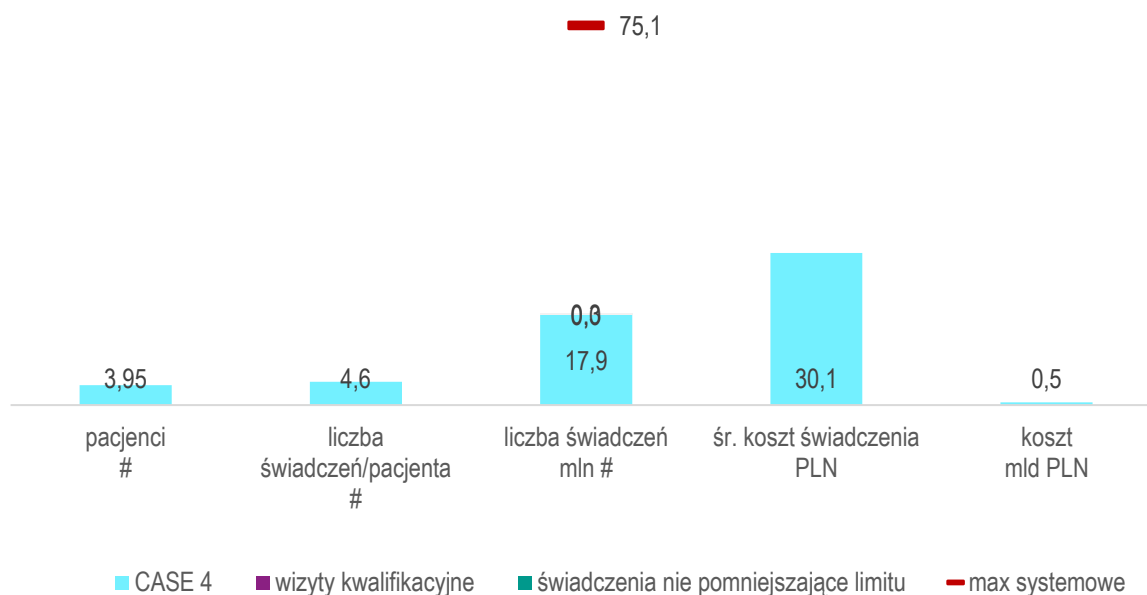


TABELA 12 Wyniki dla Modelu 4 (CASE 4) – „Wszyscy dotychczasowi pacjenci obsłużeni, brak wizyt kwalifikacyjnych, brak fizykoterapii w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej”

Wyniki						
Obecnie						
liczba pacjentów	#	3 950 413				
liczba świadczeń	#	67 057 912				
w tym do limitu	#	32 628 850				
świadczenia na fizjoterapeutę	#/dzień	11				
w tym do limitu	#/dzień	5				
koszt rehab total	PLN	927 938 939	PLN/świadczenie	13,8	PLN/pacjenta	234,9
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 792 728				
koszt świadczeń total (rehab + pozostałe)	PLN	1 031 731 667	PLN/świadczenie	15,4	PLN/pacjenta	261,2
Po zmianie						
liczba pacjentów	#	3 950 413				
przypadki pilne	#	354 790				
przypadki stabilne	#	3 595 623				
liczba świadczeń	#	18 193 707				
przypadki pilne - rehab	#	2 138 010				
przypadki pilne - TK i MR	#	27 912				
przypadki pilne - wizyty kwalifikacyjne	#	0				
przypadki stabilne - rehab	#	15 744 909				
przypadki stabilne - TK i MR	#	282 876				
przypadki stabilne - wizyty kwalifikacyjne	#	0				
w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów	#	17 869 666				
świadczenia na fizjoterapeutę	#	3				
w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów	#	3				
koszt rehab total	PLN	443 967 515	PLN/świadczenie	24,4	PLN/pacjenta	112,4
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 803 192				
koszty wizyt kwalifikacyjnych	PLN	0				
koszt świadczeń total	PLN	547 770 707	PLN/świadczenie	30,1	PLN/pacjenta	138,7

3.2.5. Model 5 (CASE 5)

„Wszyscy dotychczasowi pacjenci obsłużeni, wizyty kwalifikacyjne dla 100% z nich, liczba świadczeń na poziomie wyjściowym z uwzględnieniem zwiększonego udziału kinezyterapii i zmniejszonego udziału fizykoterapii”

ZAŁOŻENIA DLA MODELU 5:

- Liczba pacjentów:** suma wszystkich pacjentów dotychczas obsługiwanych (bez uwzględniania pacjentów oczekujących)
- Liczba wizyt kwalifikacyjnych:** 100% ww. liczby pacjentów
- Liczba świadczeń:** ilość świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej pozostanie na poziomie wyjściowym (tzw. dane „as-is”), przy czym struktura analogiczna do fizjoterapii domowej (tzn. większy udział kinezyterapii, ograniczenie fizykoterapii)
- Wartość stawek:** średnie stawki pozostają bez zmian, tzn. są na takim poziomie jak w modelu wyjściowym (tzw. dane „as-is”)

WNIOSKI:

W przyjętym modelu całkowity koszt świadczeń wzrósłby o 785 740 980 zł, tj. o 76%. Ponadto zwiększenie liczby pacjentów oznaczałoby przekroczenie progu efektywności fizjoterapeutów (przy ogólnym założeniu, że tylko 3/4 fizjoterapeutów wykonuje zabiegi fizykoterapii w tym samym czasie, co kinezyterapię).

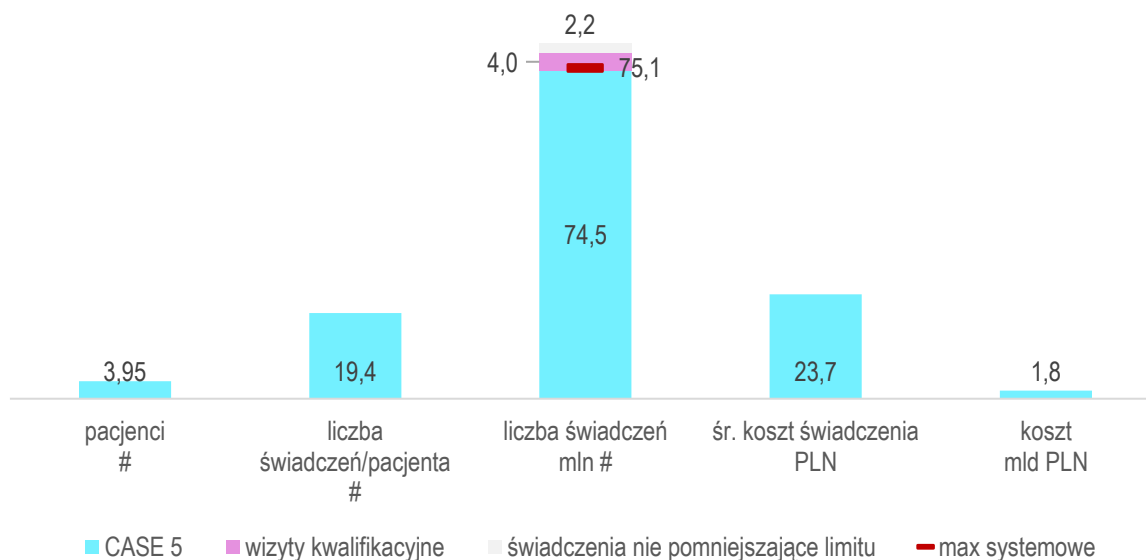


TABELA 13 Wyniki dla Modelu 5 (CASE 5) – „Wszyscy dotychczasowi pacjenci obsłużeni, wizyty kwalifikacyjne dla 100% z nich, liczba świadczeń na poziomie wyjściowym z uwzględnieniem zwiększonego udziału kinezyterapii i zmniejszonego udziału fizykoterapii”

Wyniki						
Obecnie						
liczba pacjentów	#	3 950 413				
liczba świadczeń	#	67 057 912				
<i>w tym do limitu</i>	#	32 628 850				
świadczenia na fizjoterapeutę	#/dzień	11				
<i>w tym do limitu</i>	#/dzień	5				
koszt rehab total	PLN	927 938 939	PLN/świadczenie	13,8	PLN/pacjenta	234,9
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 792 728				
koszt świadczeń total (rehab + pozostałe)	PLN	1 031 731 667	PLN/świadczenie	15,4	PLN/pacjenta	261,2
Po zmianie						
liczba pacjentów	#	3 950 413				
przypadki pilne	#	354 790				
przypadki stabilne	#	3 595 623				
liczba świadczeń	#	76 706 370				
przypadki pilne - rehab	#	6 880 608				
przypadki pilne - TK i MR	#	27 912				
przypadki pilne - wizyty kwalifikacyjne	#	354 790				
przypadki stabilne - rehab	#	65 584 561				
przypadki stabilne - TK i MR	#	282 876				
przypadki stabilne - wizyty kwalifikacyjne	#	3 595 623				
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	74 496 140				
świadczenia na fizjoterapeutę	#	13				
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	12				
koszt rehab total	PLN	1 646 071 274	PLN/świadczenie	21,5	PLN/pacjenta	416,7
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 803 192				
koszty wizyt kwalifikacyjnych	PLN	67 598 182				
koszt świadczeń total	PLN	1 817 472 647	PLN/świadczenie	23,7	PLN/pacjenta	460,1

3.2.6. Model 6 (CASE 6)

„Wszyscy pacjenci obsłużeni, wizyty kwalifikacyjne dla 100% z nich, ograniczona liczba świadczeń przy zwiększonym udziale kinezyterapii i zmniejszonym udziale fizykoterapii”

ZAŁOŻENIA DLA MODELU 6:

- Liczba pacjentów:** suma wszystkich pacjentów dotychczas obsługiwanych oraz pacjentów oczekujących
- Liczba wizyt kwalifikacyjnych:** 100% ww. liczby pacjentów
- Liczba świadczeń:** struktura świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej analogiczna do fizjoterapii domowej (tzn. większy udział kinezyterapii i ograniczenie fizykoterapii), ale jednak ograniczona liczba świadczeń z zakresu kinezyterapii, by uniknąć przekroczenia maksimum systemowego. Połączenie ww. świadczeń można regulować ilością kinezyterapii/masaży (oba świadczenia pomniejszają dostępność fizjoterapeutów).
- Wartość stawek:** średnie stawki pozostają bez zmian, tzn. są na takim poziomie jak w modelu wyjściowym (tzw. dane „as-is”)

WNIOSKI:

W przyjętym modelu całkowity koszt świadczeń wzrósłby o 778 760 326 zł, tj. o 75%.

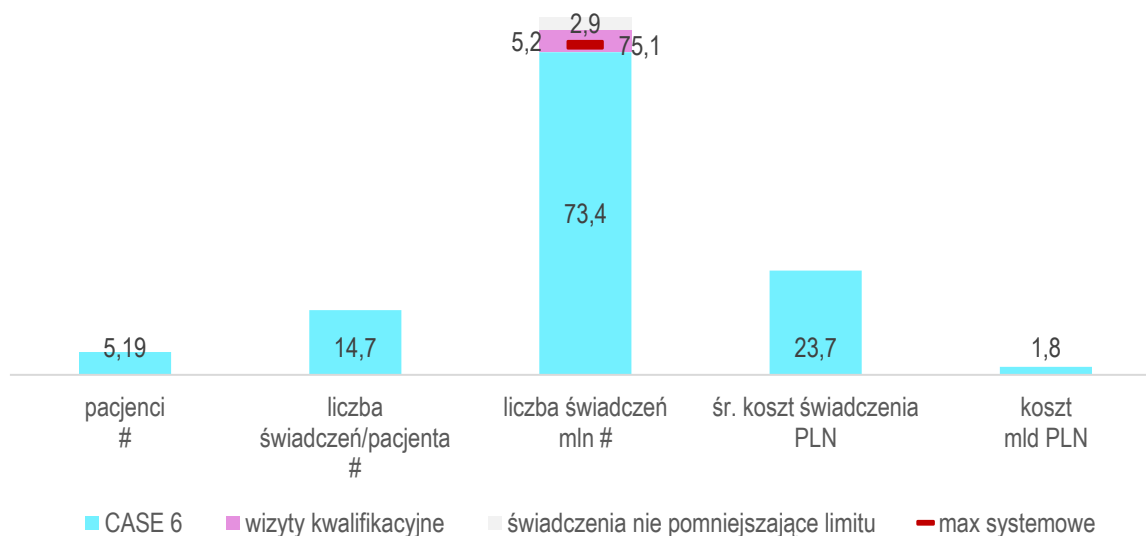


TABELA 14 Wyniki dla Modelu 6 (CASE 6) – „Wszyscy pacjenci obsłużeni, wizyty kwalifikacyjne dla 100% z nich, ograniczona liczba świadczeń przy zwiększonym udziale kinezyterapii i zmniejszonym udziale fizykoterapii”

Wyniki						
Obecnie						
liczba pacjentów	#	3 950 413				
liczba świadczeń	#	67 057 912				
<i>w tym do limitu</i>	#	32 628 850				
świadczenia na fizjoterapeutę	#/dzień	11				
<i>w tym do limitu</i>	#/dzień	5				
koszt rehab total	PLN	927 938 939	PLN/świadczenie	13,8	PLN/pacjenta	234,9
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 792 728				
koszt świadczeń total (rehab + pozostałe)	PLN	1 031 731 667	PLN/świadczenie	15,4	PLN/pacjenta	261,2
Po zmianie						
liczba pacjentów	#	5 186 348				
przypadki pilne	#	465 790				
przypadki stabilne	#	4 720 558				
liczba świadczeń	#	76 315 115				
przypadki pilne - rehab	#	6 697 115				
przypadki pilne - TK i MR	#	36 644				
przypadki pilne - wizyty kwalifikacyjne	#	465 790				
przypadki stabilne - rehab	#	64 023 631				
przypadki stabilne - TK i MR	#	371 377				
przypadki stabilne - wizyty kwalifikacyjne	#	4 720 558				
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	73 413 388				
świadczenia na fizjoterapeutę	#	13				
<i>w tym limitujące dostępność fizjoterapeutów</i>	#	12				
koszt rehab total	PLN	1 585 465 884	PLN/świadczenie	20,8	PLN/pacjenta	305,7
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	136 279 014				
koszty wizyt kwalifikacyjnych	PLN	88 747 096				
koszt świadczeń total	PLN	1 810 491 993	PLN/świadczenie	23,7	PLN/pacjenta	349,1

3.2.7. Wnioski z przeprowadzonego modelowania

W tabeli poniżej zestawiono podsumowanie wyników modelowania; dostępne także w dołączonym do raportu pliku CSV (Excel) w zakładce pn. PODSUMOWANIE. Z analizowanych danych wynika, że pewne znamiona efektywności kosztowej można zaobserwować w modelowaniu nr 4, w ramach którego wyłączono ze świadczeń gwarantowanych z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej wszystkie świadczenia fizykoterapeutyczne. Niemniej zmienne ujęte w modelowaniu dane nie obejmują pacjentów oczekujących, a także kosztu wizyt kwalifikacyjnych. Modelowanie to nie uwzględnia także kwestii zasadności klinicznej oferowanych lub wykluczonych w ramach modelu świadczeń fizykoterapeutycznych.

TABELA 15 Podsumowanie wyników modelowania

PODSUMOWANIE		BASE	CASE 1	CASE 2	CASE 3	CASE 4	CASE 5	CASE 6	diff vs base											
									CASE 1		CASE 2		CASE 3		CASE 4		CASE 5		CASE 6	
liczba pacjentów	#	3 950 413	5 186 348	3 950 413	5 186 348	3 950 413	3 950 413	5 186 348	1 235 935	31%	0	0%	1 235 935	31%	0	0%	0	0%	1 235 935	31%
liczba świadczeń	#	67 368 700	125 175 142	97 715 468	105 460 423	18 193 707	76 706 370	76 315 115	57 806 442	86%	30 346 768	45%	38 091 723	57%	-49 174 993	-73%	9 337 670	14%	8 946 415	13%
w tym do limitu	#	32 628 850	61 407 170	49 143 755	53 480 350	17 869 666	74 496 140	73 413 388	28 778 320	88%	16 514 905	51%	20 851 500	64%	-14 759 184	-45%	41 867 290	128%	40 784 538	125%
świadczenia na fizjoterapeutę	#	11	21	16	17	3	13	13	10	91%	5	45%	6	55%	-8	-73%	2	18%	2	18%
w tym do limitu	#	5	10	8	9	3	12	12	5	100%	3	60%	4	80%	-2	-40%	7	140%	7	140%
koszt fizjoterapii	PLN	927 938 939	1 694 824 292	1 290 938 517	1 379 508 145	443 967 515	1 646 071 274	1 585 465 884	766 885 353	83%	362 999 578	39%	451 569 206	49%	-483 971 425	-52%	718 132 335	77%	657 526 945	71%
koszty pozostałe (MR i TK)	PLN	103 792 728	136 279 014	103 803 192	136 279 014	103 803 192	103 803 192	136 279 014	32 486 286	31%	10 464	0%	32 486 286	31%	10 464	0%	10 464	0%	32 486 286	31%
koszty wizyt kwalifikacyjnych	PLN	0	35 498 852	67 598 182	88 747 096	0	67 598 182	88 747 096	35 498 852	0%	67 598 182	0%	88 747 096	0%	0	0%	67 598 182	0%	88 747 096	0%
koszt świadczeń total	PLN	1 031 731 667	1 866 602 158	1 462 339 891	1 604 534 255	547 770 707	1 817 472 647	1 810 491 993	834 870 491	81%	430 608 223	42%	572 802 587	56%	-483 960 961	-47%	785 740 980	76%	778 760 326	75%
koszt świadczenia jedn.	PLN	15,3	14,9	15,0	15,2	30,1	23,7	23,7	-0,4	-3%	-0,3	-2%	-0,1	-1%	14,8	97%	8,4	55%	8,4	55%
koszt na pacjenta	PLN	261,2	359,9	370,2	309,4	138,7	460,1	349,1	98,7	38%	109,0	42%	48,2	18%	-122,5	-47%	198,9	76%	87,9	34%

4. Podsumowanie najważniejszych wniosków

Choroby przewlekłe takie jak: zespół bólowy kręgosłupa oraz choroby zwyrodnieniowe stawów obwodowych, są najbardziej powszechnymi jednostkami chorobowymi wśród pacjentów korzystających dzisiaj z fizjoterapii ambulatoryjnej w Polsce, a więc właściwe zorganizowanie opieki nad tymi pacjentami jest niezwykle istotne dla wypracowania optymalnego, w tym efektywnego kosztowo, modelu rehabilitacji. Z punktu widzenia zmian w obszarze rehabilitacji, najważniejszym elementem pilotażu programu POZ Plus jest koncepcja fizjoterapii ambulatoryjnej adresowanej do pacjentów chorujących przewlekłe na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Z analizowanych danych wynika, że zarówno liczba pacjentów, jak i oferowanych świadczeń w omawianym zakresie znacząco wzrosła po wdrożeniu pilotażu programu POZ Plus. Niemniej, jednostkowo świadczenia rehabilitacyjne oferowane w POZ Plus są o 6 zł tańsze, niż ma to miejsce poza programem. Pacjenci POZ Plus, w tym samym co program czasie, korzystają ze świadczeń rehabilitacyjnych oferowanych poza programem.

W ramach raportu podjęto próbę przeprowadzenia symulacji kosztowych dla różnych wariantów udzielania świadczeń rehabilitacyjnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Tylko jeden z 6 przeprowadzonych modeli wykazał pewne znamiona efektywności kosztowej – model, w którym nastąpiło wyłączenie z koszyka fizjoterapii ambulatoryjnej wszystkich świadczeń fizykoterapeutycznych. Zarówno doniesienia naukowe, jak i najbardziej aktualne raporty rządowych organizacji w tym zakresie (tj. AOTMiT) podkreślają znaczenie aktualizacji i wyłączenia z koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji usług o nieuzasadnionej efektywności klinicznej. Ponadto, przeprowadzone modelowanie stanowi doskonałe narzędzie analityczne, które w rękach świadczeniodawców może okazać się pomocne w oszacowywaniu, kontrolowaniu i modelowaniu kosztów oferowanej ich pacjentom rehabilitacji.

Przeprowadzone analizy pozwalają także wnioskować, iż wstępnie szansą na polepszenie sytuacji z zakresu rehabilitacji w Polsce mogłoby być podjęcie kilku działań jednocześnie, tzn.: weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych pod względem zasadności finansowania niektórych świadczeń, w tym przede wszystkim fizykoterapii; wykonywanie wśród pacjentów wizyt kwalifikacyjnych, których celem byłoby usystematyzowanie oceny pilności i zasadności skierowań na rehabilitację; czy wprowadzenie zachęt do realizacji działań z zakresu rehabilitacji na poziomie POZ (szkolenia dla fizjoterapeutów, dedykowane w przychodniach miejsca do udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych itp.). Ostatni punkt wymaga jednak wcześniejszej oceny wiedzy fizjoterapeutów oraz zasadności prowadzenia interwencji edukacyjnych w przedmiotowym zakresie. Wydaje się także, że oferowany w ramach programu POZ Plus program zarządzania chorobą mógłby stanowić punkt wyjścia do systemowego rozwiązania ww. kwestii.