

# WPLYW SPOSOBU DYSTRYBUCJI ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA JAKOŚĆ I DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNEJ REHABILITACJI LECZNICZEJ W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

**The influence of the distribution of funds on the quality and accessibility of ambulatory treatment of medical rehabilitation in the Polish healthcare system**

**Cezary Sławuszewski**

## STRESZCZENIE

Autor artykułu podejmuje próbę opisaną zależności pomiędzy sposobem dystrybucji środków finansowych a poziomem jakości i dostępności świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej w polskim systemie ochrony zdrowia. Główną tezą jest stwierdzenie, że przyczyną chronicznej niewydolności „systemu” rehabilitacji leczniczej jest niewłaściwy mechanizm dystrybucji środków finansowych w ramach świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej, który nie premiuje efektywności terapii. Do podstawowych metod badawczych, które zostały wykorzystane w pracy należą: analiza aktualnych regulacji formalno-prawnych oraz analiza wtórna danych zawartych w raportach i opracowaniach analitycznych dotyczących uwarunkowań finansowych oraz liczby i struktury realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Wynikiem badań jest stwierdzenie, że forma płatności za zrealizowane świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej jest jednym z czynników znacząco wpływających na efektywność tych zabiegów, ponieważ determinuje rodzaj udzielanych (wybieranych) przez świadczeniodawców procedur medycznych.

## ABSTRACT

The author of the article attempts to describe the relationship between the method of distribution of financial resources and the level of quality and availability of outpatient medical rehabilitation services in the Polish healthcare system. The main thesis is that the reason for the chronic failure of the "system" of medical rehabilitation is the inappropriate mechanism for distributing funds as part of outpatient physiotherapy, which does not reward therapy effectiveness. The basic research methods that have been used in the work include: analysis of current formal and legal regulations and secondary analysis of data contained in reports and analytical studies on financial conditions and the number and structure of the provision of services financed from public funds in the field of outpatient physiotherapy. The result of the research is the statement that the form of payment for realized outpatient physiotherapy benefits is one of the factors significantly affecting the effectiveness of these procedures, because it determines the type of medical procedures (chosen) by healthcare providers.

**Słowa kluczowe:** fizjoterapia, rehabilitacja lecznicza, efektywność, bariery efektywności

**Keywords:** physiotherapy, healing rehabilitation, effectiveness, barriers to effectiveness

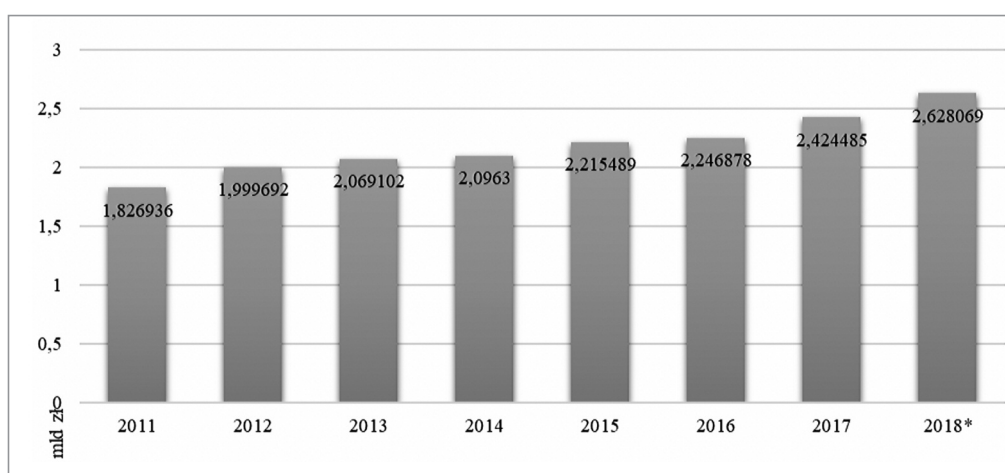
## WPROWADZENIE

W ostatnim czasie temat efektywności świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, budzi dużo kontrowersji zarówno po stronie pacjentów, świadczeniodawców, jak i decydentów (*policy makers*). Powszechnie zgłaszane są zarzuty o braku dostatecznej jakości i dostępności do świadczeń terapeutycznych), niedofinansowania tego obszaru ochrony zdrowia, nieefektywnego wydatkowania zasobów oraz rozproszenia źródeł finansowania, co przekłada się na brak koordynacji działań w procesie terapeutycznym. Po-

ziom środków finansowych przeznaczanych na różnego rodzaju świadczenia rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce został zaprezentowany w Tabeli nr 1.

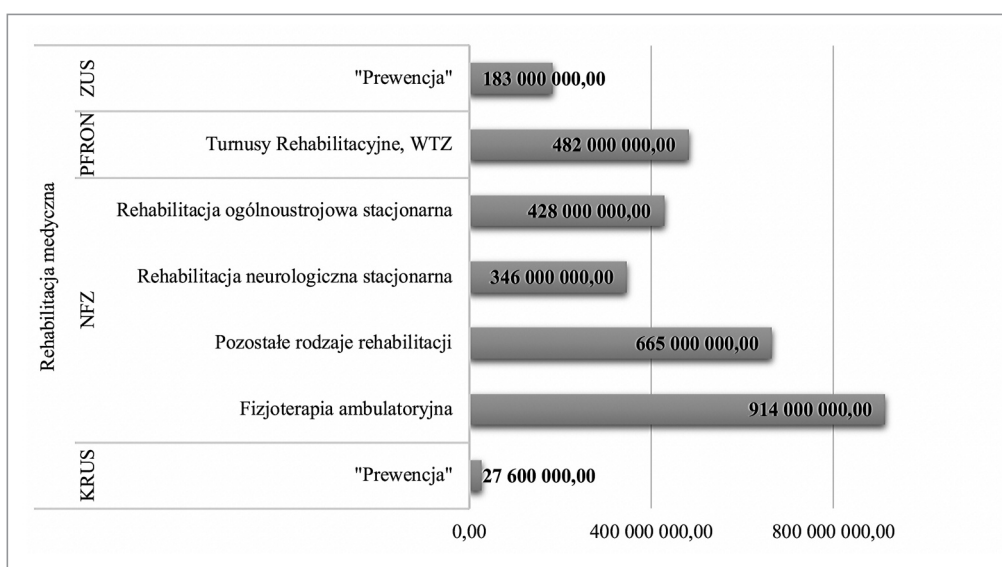
Autor stawia tezę, iż przyczyną chronicznej niewydolności „systemu” rehabilitacji leczniczej jest niewłaściwy mechanizm dystrybucji środków finansowych w ramach świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, który nie przyczynia się do premiowania jakości oraz efektywności terapii. Efekt ten utrzymuje się mimo zwiększanych środków finansowych przeznaczanych na fizjoterapię w Polsce. (Rycina nr 1)

**Rycina 1.** Poziom finansowania usług rehabilitacyjnych w Polsce na przestrzeni lat 2011–2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

**Tabela 1.** Poziom środków finansowych przeznaczanych na różnego rodzaju świadczenia rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowania AOTMiT-WS 434.1.2016 Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2016–2017

## REHABILITACJA LECZNICZA – USTALENIA POJĘCIOWE

Zakres znaczeniowy pojęcia „rehabilitacja” jest niezwykle szeroki, potwierdza to jego słownikowe wyjaśnienie – „zespół różnego rodzaju czynności: leczniczych, zawodowych, społecznych oraz pedagogicznych” [1]. Wyodrębnia się sześć podstawowych rodzajów rehabilitacji: (1) leczniczą (albo medyczną), (2) ruchową, (3) pedagogiczną, (4) psychologiczną, (5) społeczną i (6) zawodową [1]. Warto tu wskazać na definicję rehabilitacji w świetle stanowiska Międzynarodowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z którą pod pojęciem tym występuje kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych, wychowawczych i zawodowych w celu przystosowania chorego do nowego życia i umożliwienia mu uzyskania jak największej sprawności [3].

Światowa Organizacja Zdrowia w 2001 r. przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF). W klasyfikacji tej przyjęto całościowy model niepełnosprawności, łączący model medyczny i społeczny. Obejmuje on zależności pomiędzy uszkodzeniem organizmu, ograniczeniami aktywności oraz utrudnieniami lub ograniczeniami uczestnictwa w życiu społecznym, uwarunkowane czynnikami osobistymi i środowiskowymi [1]. W świetle tej klasyfikacji osoba niepełnosprawna nie jest tylko osobą z problemami chorobowymi wymagającą odpowiedniej opieki medycznej, ale jest członkiem społeczeństwa i prawa człowieka dotyczą jej w takim samym stopniu, jak wszystkich obywateli. [1].

Zgodnie z czterema kanonami polskiego modelu rehabilitacji medycznej, zaakceptowanego na posiedzeniu Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1970 r., rehabilitację leczniczą powinna charakteryzować:

- **Powszechność** – dostępna każdemu, kto jej potrzebuje, także uwzględnienie rehabilitacji we wszystkich dyscyplinach medycznych.

- **Wczesność zapoczątkowania** – już w pierwszych dniach trwania choroby, czy w kilka dni po przebytych urazach, co prowadzi do szybszego powrotu utraconych funkcji lub wykształcenia mechanizmów kompensacyjnych, które utracą funkcję organizmu zastąpią lub uzupełnią.
- **Zespołowość (kompleksowość)** – prowadzona przez zespół wielospecjalistyczny obejmujący lekarzy ze specjalności charakterystycznych dla danego schorzenia, pielęgniarki, rehabilitantów (obecnie fizjoterapeutów), służby pomocnicze, psychologów, nauczycieli, pedagogów specjalnych, pracowników socjalnych i innych.
- **Ciągłość** – prowadzona w sposób nieprzerwany przez wszystkie fazy leczenia.

## REHABILITACJA A FIZJOTERAPIA

Należy podkreślić, iż przedmiotem niniejszej publikacji jest część rehabilitacji leczniczej, jaką stanowi fizjoterapia ambulatoryjna. Podstawowa różnica polega na tym, iż rehabilitacja lecznicza wymaga udziału zespołu multidyscyplinarnego, tzn. lekarza rehabilitacji, fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, terapeuty zajęciowego i innych profesji medycznych co oznacza, że jest to szersza dziedzina niż fizjoterapia. Fizjoterapia z kolei wykonywana jest wyłącznie przez fizjoterapeutę, bezpośrednio w postaci kinezyterapii i masażu oraz pośrednio w ramach fizykoterapii. Fizjoterapia jest zatem dziedziną węższą w stosunku do rehabilitacji leczniczej.

## BARIERY EFEKTYWNOŚCI SYSTEMU REHABILITACJI LECZNICZEJ

W świetle teoretycznych założeń modelu rehabilitacji medycznej jawią się główne bariery efektywności organizacji i finansowania ambulatoryjnych świadczeń rehabilitacyjnych.

Pierwszą z nich jest forma płatności związana z rozliczaniem płatnika ze świadczeniodawcami. W polskim systemie ochrony zdrowia świadczenia te rozliczane są płatnością za usługę, ang. *fee for service*. Oznacza to, że Narodowy Fundusz Zdrowia płaci określone stawki za konkretne zabiegi fizjoterapeutyczne. Cechą aktualnego systemu jest przy tym nadanie uprawnienia pacjentowi (do określonych świadczeń fizjoterapeutycznych) poprzez skierowanie wydane przez lekarza, głównie na cykl określonych zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub fizjoterapii domowej.

Płatność za te świadczenia realizowana jest na podstawie karty zabiegów zatwierdzonej przez terapeutę wykonującego zabiegi, a także samego pacjenta. Każdy zabieg posiada określoną wycenę. Już sama organizacja i sposób finansowania przyczynia się więc do generowania „kolejki oczekujących”. Pacjenci czekają bowiem na zabiegi, które lekarz im zalecił. Jak pokazują dane zaprezentowane w Tabeli 2 pacjent zapisuje się w kolejkę z długoterminową perspektywą udzielenia świadczenia (co znacznie zmniejsza szansę na skuteczność podjętej terapii).

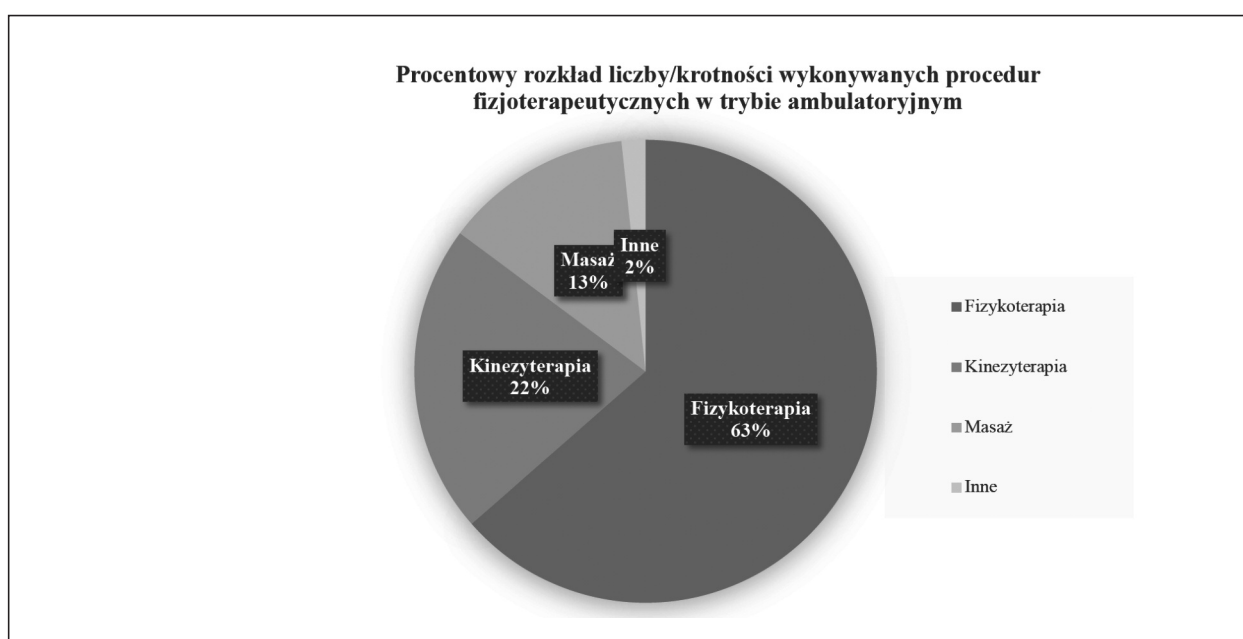
**Tabela 2.** Średni rzeczywisty czas oczekiwania ze względu na miejsce realizacji świadczeń w rehabilitacji leczniczej

Miejsce realizacji świadczeń	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (liczba dni)	
	Przypadek pilny	Przypadek stabilny
<b>w warunkach domowych</b>		
Zespół rehabilitacji domowej	29	67
Zespół rehabilitacji domowej dla dzieci	0	0
<b>w poradni rehabilitacji</b>		
Poradnia rehabilitacji narządu ruchu	12	45
Poradnia rehabilitacyjna	12	44
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	22	73
<b>w warunkach ośrodka dziennego</b>		
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	5	34
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej	1	12
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej	17	0
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	48	158
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	15	47
Zakład/ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej	0	143

<b>w warunkach stacjonarnych</b>		
Oddział rehabilitacji kardiologicznej	3	15
Oddział rehabilitacji narządu ruchu	119	490
Oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	0	0
Oddział rehabilitacji neurologicznej	21	349
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	15	71
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej	82	292
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci	16	46
Oddział rehabilitacyjny	86	578
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	24	81
Zakład rehabilitacji leczniczej	109	471
Zakład rehabilitacji leczniczej dla dzieci	0	0
<b>fizjoterapia w warunkach ambulatoryjnych</b>		
Dział (pracownia) fizjoterapii	43	120
Dział (pracownia) fizjoterapii dla dzieci	8	47
Dział (pracownia) fizykoterapii	3	62

Źródło: Opracowanie analityczne AOTMiT (Raport nr WS.434.1.2016)

**Rycina 2.** Procentowy udział poszczególnych usług (krotność)



Źródło: Opracowanie AOTMiT na podstawie danych NFZ |\* w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność) | 2016 rok.



Na podstawie danych zaprezentowanych w tabeli nr 2 zauważamy, że 70% ogólnej liczby interwencji wykonywanych w ambulatorium fizjoterapeutycznym sprowadza się do procedur minimalizujących wykorzystanie fachowego personelu – a więc procedur kinezyterapii. Takie działania pozwalają wykonać więcej procedur, angażując mniej pracowników, ponieważ w danym czasie fizjoterapeuta jest w stanie wykonać wiele procedur, co przekłada się na zmniejszenie kosztu ich wykonania. Należy wziąć pod uwagę fakt, iż taka sytuacja ma również wpływ na skracanie kolejki oczekujących, bowiem placówki tworzą kolejki do poszczególnych zabiegów i „biegnie” ona szybciej w stosunku do procedur, których można wykonać więcej.

Analiza danych przedstawionych w rycinie nr 1, rodzi domniemanie, że wysokość finansowania oraz kosztochłonność poszczególnych procedur może mieć znaczący wpływ na rodzaj zabiegów wykonywanych pacjentom. Konstatację tę weryfikuje zestawienie procedur medycznych, które zgodnie ze sztuką fizjoterapeutyczną można wykonać określonym nakładem pracy podczas jednej godziny pracy terapeuty; rzeczony zestawienie prezentuje tabela nr 3. Biorąc pod uwagę fakt, że największym kosztem w fizjoterapii jest praca specjalisty, istnieje możliwość określenia, ile czasu jest zaangażowany fizjoterapeuta wykonując dany zabieg, a w związku z tym, ile danych procedur fizjoterapeuta może wykonać w określonym czasie. Założenia przyjmowane do takich obliczeń biorą pod uwagę wytyczne, co do standardów postępowania klinicznego, jak i normy Narodowego Funduszu Zdrowia, co do sposobu wykonywania poszczególnych zabiegów.

Dane zaprezentowane w tabeli nr 3 jednoznacznie wskazują, że najczęściej wykonywane są procedury, których można udzielić dużo w tym samym czasie. Taki sposób organizacji pracy sprawia, iż zasoby ludzkie niezbędne do wykonania zabiegów są mniej wykorzystane. Zaznaczam również, że zaangażowanie fizjoterapeuty,

jakie jest niezbędne do wykonania niektórych zabiegów fizykalnych, ogranicza się do zainicjowania zabiegu na urządzeniu, następnie „nadzorze” nad jego przebiegiem i finalnie zakończenia go przez odłączenie pacjenta od aparatury. Stąd, mimo iż niektóre zabiegi, np. prądy TENS (ang. *transcutaneous electrical nerve stimulation*), mogą trwać nawet 25 minut, terapeuta, jeśli tylko ma dostęp do większej liczby stanowisk, może takich zabiegów wykonać kilka w tym samym czasie. Jest to możliwe ponieważ terapeuta może nadzorować jednocześnie kilka stanowisk, a inicjacja i zakończenie zabiegu zabiera bardzo niewiele czasu (łącznie nawet około 5 minut).

Zabiegi terapii indywidualnej lub masaż klasyczny (część zabiegów kinezyterapeutycznych) wymagają terapii prowadzonej przez jednego terapeutę przez cały czas trwania zabiegu. W praktyce taka sytuacja przekłada się na dużą liczbę wykonywanych zabiegów fizjoterapeutycznych w porównaniu do innych zabiegów kinezyterapii i masażu. Oczywiście, zysk dla placówki jest większy z procedur, których można wykonać więcej w jednym czasie tym samym kosztem. W świetle zaprezentowanych faktów można stwierdzić, iż forma płatności za zrealizowane świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej jest jednym z czynników znacząco wpływających na efektywność tych zabiegów, ponieważ determinuje rodzaj udzielanych (wybieranych) przez świadczeniodawców procedur medycznych. Jak wskazano na rycinie nr 3 w praktyce publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce wykonuje się więcej procedur, które kosztują mniej. Przyjęta przez NFZ forma płatności za świadczenia fizjoterapeutyczne pośrednio wpływa również na poziom dostępności, a dokładnie długość kolejki, która jest ściśle związana z czasem wykonywania zleconych zabiegów.

**Tabela 3.** Dane dotyczące liczby wykonywanych procedur oraz ich wycen w ogólnej liczbie procedur fizjoterapeutycznych wykonywanych w Fizjoterapii Ambulatoryjnej oraz szacunkowy przychód, jaki placówka może osiągnąć, wykonując dane świadczenie w ciągu godziny.

Nazwa grupy procedur	Nazwa procedury ICD-9	Krotność procedury ICD-9 w 2016 r.	Udział procedury ICD-9 w grupie procedur	Czas niezbędny do wykonania procedury przez fizjoterapeutę	Wycena NFZ w punktach (1 punkt = 1 zł)	Możliwa liczba procedur do wykonania przez godzinę	Możliwy przychód do osiągnięcia
Fizykoterapia	Laseroterapia punktowa	157 269 049	15,5%	Ok. 3–5 min.	6	12	72 zł
	Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości	140 949 448	13,9%	Ok. 5 min.	6	12	72 zł
	Ultradźwięki	115 327 115	11,4%	Ok. 4 min.	6	15	90 zł
	Prądy TENS	91 647 516	9,0%	Ok. 5 min.	4	12	48 zł
	Laseroterapia	89 707 452	8,9%	Ok. 4 min.	3	15	45 zł
	<b>Top 5 ogółem</b>	<b>594 900 580</b>	<b>58,7%</b>				
Kinezyterapia	Ćwiczenia czynne w odciążeniu	63 280 438	17,2%	Ok 5 min.	6	12	72 zł
	Ćwiczenia czynne wolne	61 974 801	16,8%	Ok 10 min.	6	6	36 zł
	Ćwiczenia czynno-bierne	33 709 455	9,2%	Ok 25 min.	25	2	50 zł
	Ćwiczenia wspomagane	22 128 462	6,0%	Ok 25 min.	25	2	50 zł
	Ćwiczenia izometryczne	21 415 736	5,8%	Ok 5 min.	6	12	72 zł
	<b>Top 5 ogółem</b>	<b>202 508 892</b>	<b>55,0%</b>				
Masaż	Masaż klasyczny – częściowy	110 031 897	82,1%	25 min.	12	2	24 zł
	Masaż mechaniczny	9 085 751	6,8%	5 min.	4	2	8 zł
	Masaż – inny	3 960 925	2,9%	5 min.	4	2	8 zł
	<b>Top 3 ogółem</b>	<b>123 078 573</b>	<b>91,8%</b>				

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowania AOTMiT oraz danych NFZ |\* w ujęciu liczby zrealizowanych procedur (krotność) | 2016 rok

## WNIOSKI

Zestawienia danych przedstawionych w niniejszym opracowaniu dowodzą, iż forma płatności ma wpływ na rodzaj zabiegów fizjoterapeutycznych wykonywanych pacjentom. Oznacza to, że nie tylko poziom finansowania (rycina 4), który – jak powszechnie wiadomo – zwiększany jest z roku na rok, może być sposobem na poprawę efektywności fizjoterapii ambulatoryjnej w Polsce ale również przyjęcie odpowiedniego sposobu (formy) finansowania poszczególnych zabiegów.

Zgodnie z przedstawionymi danymi, można zauważyć znaczący wpływ wysokości finansowania procedur na krotkość ich wykonywania. Analizując dane na temat kosztochłonności najczęściej wykonywanych procedur stwierdzamy, że najczęściej wykonywane są procedury najmniej kosztochłonne. Paradoksalnie, ma to pozytywny efekt na długość kolejki oczekujących, ale należy zadać pytanie, czy idzie to w parze z odpowiednim rodzajem zabiegów udzielanych pacjentom. Odpowiednim – to znaczy takim, który powinien być określony na podstawie stanu klinicznego i/lub funkcjonalnego pacjenta, a nie ceny i sposobu finansowania zabiegu.

Reasumując, kluczem do poprawy jakości i dostępności świadczeń fizjoterapeutycznych w polskim publicznym systemie ochrony zdrowia wydaje się weryfikacja aktualnej formy i poziomu płatności za procedury fizjoterapii, które znacząco wpływają na rodzaj wykonywanych zabiegów.

## BIBLIOGRAFIA

1. Wilmowska-Pietruszyńska A., Czechowski K. 2016. O potrzebie rehabilitacji kompleksowej. *Kwartalnik Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. 2(19).
2. Lubecki M. 2011. Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO. *Hygeia Public Health*, 46(4): 506-515.
3. Wrocławska T. 2015. Prawne pojęcie rehabilitacji. *Studia Prawno-ekonomiczne*, t. XCV: 137–158
4. Opracowanie analityczne AOTMiT. 2018. Nr: AOTMiT-WS.434.1.2016 oraz nr: AOTMiT-WS.431.5.2017 Cele i założenia Podstawowej Opieki Fizjoterapeutycznej w ramach Konceptcji zmian w organizacji i funkcjonowaniu rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce.
5. Opracowanie analityczne AOTMiT. 2018. Nr: AOTMiT-WS 434.1.2016 Konceptcja zmian i organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia w Polsce
6. Opracowanie analityczne AOTMiT. 2018. Nr: AOTMiT-WS 434.1.2016 Rehabilitacja lecznicza finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2016 – 2017
7. Unützer J. et al. 2009. Healthcare costs associated with depression in medically ill fee-for-service Medicare participants. *Journal of the American Geriatrics Society* 57.3: 506-510.
8. Zarządzenie nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza wraz z załącznikami