

UCHWAŁA NR 997/II KRF
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW

z dnia 8 grudnia 2025 r.

w sprawie udziału Krajowej Izby Fizjoterapeutów w programie Ministerstwa Zdrowia „Odwrócona Piramida Świadczeń” w zakresie zgłoszenia „Fizjoterapeuty Pierwszego Kontakt” jako rozwiązania pozwalającego na uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących udzielanie przez świadczeniodawców w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń realizowanych, w ramach rehabilitacji stacjonarnej i domowej

Na podstawie art. 77 pkt 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 i 1234) uchwala się, co następuje:

§ 1. Krajowa Rada Fizjoterapeutów wyraża zgodę na zgłoszenie inicjatyw Krajowej Izby Fizjoterapeutów do programu Ministerstwa Zdrowia „Odwrócona Piramida Świadczeń” w zakresie wdrożenia do polskiego systemu ochrony zdrowia rozwiązania na potrzeby opieki koordynowanej / Funduszu Medycznego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej „Fizjoterapeuty Pierwszego Kontakt” tj. bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty w ramach narodowego systemu ochrony zdrowia, której treść określa załącznik nr 1.

§ 2. Upoważnia się Prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów do powołania zespołu problemowego w ramach Interdyscyplinarnej Rady Ekspertów Krajowej Rady Fizjoterapeutów działającej na mocy uchwały nr 596/I KRF z dnia 14 maja 2021 r. w sprawie powołania Interdyscyplinarnej Rady Ekspertów Krajowej Rady Fizjoterapeutów na potrzeby kontynuacji prac nad projektem wizyta fizjoterapeutyczna w ramach opieki patronażowej we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z załącznikiem nr 2, oraz innych propozycji Krajowej Rady Fizjoterapeutów dedykowanych reorganizacją warunków prawno-organizacyjnych funkcjonowania narodowego systemu ochrony zdrowia oraz przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

dr hab. Agnieszka Stępień

*Załączniki do uchwały nr 997/II KRF Krajowej
Rady Fizjoterapeutów z dnia 8 grudnia 2025 r.
Załącznik nr 1*

Szanowna Pani
Jolanta Sobierańska-Grenda
Ministerstwo Zdrowia
Ministerstwo Funduszy i Polityki
Regionalnej
ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa

Dotyczy: inicjatywy Krajowej Izby Fizjoterapeutów zgłoszenia nowych rozwiązań systemowych w ramach projektu: „Odwrócona Piramida Świadczeń”

Szanowna Pani Minister,

Działając zgodnie z art.62 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213 i 1234) w imieniu Krajowej Izby Fizjoterapeutów (dalej: „**KIF**”), w nawiązaniu do trwającego w latach 2024-2025 okresu deregulacji w ramach projektu „Odwrócona piramida Świadczeń”, zwracam się z uprzejmą prośbą o rozważenie wprowadzenia do polskiego systemu ochrony zdrowia rozwiązania na potrzeby opieki koordynowanej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (dalej: „**POZ**”) tj. „Fizjoterapeuty Pierwszego Kontaktu” (dalej „**FPK**”).

W związku z reorganizacją warunków prawno-organizacyjnych funkcjonowania narodowego systemu ochrony zdrowia oraz przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej proponowane rozwiązanie może pozwolić na odciążenie liczbą pacjentów w przewlekłych stanach bólowych zarówno na poziomie opieki specjalistycznej w ramach poradni zajmujących się schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi, jak i POZ. Dodatkową korzyścią proponowanego rozwiązania są znaczne oszczędności finansowe, które zostały potwierdzone dokumentacją FPK wdrożonego do brytyjskiego systemu zdrowia (załącznik 1). Na potrzeby warunków krajowych opracowano analizę ekonomiczno-medyczną na bazie danych Narodowego Funduszu Zdrowia u pacjentów z Bólem Pleców (ok. 3 mln. populacji Polaków) na potrzeby rozważenia przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania FPK dedykowanego nowej ścieżce w opiece koordynowanej „Ból pleców” (załącznik 2) oraz zaopiniowano na prośbę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rekomendowane technologie medyczne oraz działania w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa (załącznik 3).

Opieka fizjoterapeutyczna pacjenta z Bólem pleców w opiece koordynowanej dedykowanej fizjoterapeutom uzyskała wsparcie Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (dalej: „**PTBB**”). Warunkiem

wysokich kwalifikacji fizjoterapeuty ma być pozytywny wynik egzaminu dt. Europejskiego Dyplomu Specjalisty od Bólu (część fizjoterapia) (załącznik 4). Dyplom i uzyskane kwalifikacje mogą stanowić podstawę potwierdzenia kwalifikacji FPK w zakresie prowadzenia pacjenta z bólem przez Centrum Egzaminów Medycznych. Z przyjemnością informujemy, że Prezes Europejskiego Stowarzyszenia Badania Bólu potwierdził możliwość jego realizacji we współpracy z PTBB.

Dodatkowo proponowane rozwiązanie wpisuje się w potrzeby szerszej grupy pacjentów z bólem przewlekłym (ok. 9 mln Polaków; dane wg parlamentarnego zespołu medycyny bólu; poseł E. Polak). Zgodnie z rekomendacjami WHO oraz zmianami po wdrożeniu ICD-11 do polskiego systemu ochrony zdrowia dt. Ból przewlekły (MG.30), może stanowić podstawę do rozszerzenia opieki FPK na pacjentów z przewlekłym pierwotnym bólem mięśniowo szkieletowym tj. wg aktualnych danych ok. 5,7 mln populacji pacjentów z bólem przewlekłym w Polsce. Tym samym, może to przełożyć się na kolejne oszczędności oraz zmniejszenie liczby porad lekarskich w POZ oraz AOS.

W ramach podjętych działań dt. FPK oraz zgłoszenia opieki fizjoterapeutycznej na potrzeby opieki koordynowanej odbyły się dwa spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia tj. dnia 14 czerwca 2023 r. oraz 23 września 2024 r.

Podsumowując, proszę o rozważenie inicjatywy KIF oraz możliwość wdrożenia do polskiego systemu ochrony zdrowia „Fizjoterapeuty Pierwszego Kontakt”, co przełoży się nie tylko na podniesienie jakości opieki nad pacjentem, ale także przyniesienie wymierne rozwiązania ekonomiczne i systemowe w ochronie zdrowia.

Z wyrazami szacunku,

**Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów**

dr hab. Agnieszka Stępień

PROJEKT
WIZYTA FIZJOTERAPEUTYCZNA W RAMACH OPIEKI PATRONAŻOWEJ

Autorzy opracowania:

Prof. dr hab. Małgorzata Domagalska-Szopa

dr hab. Andrzej Szopa, prof.ŚUM

przeprowadza: WYKWALIFIKOWANY FIZJOTERAPEUTA –

kwalifikacje zostaną określone zgodnie z USTAWĄ z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji - Kwalifikacja to zestaw efektów uczenia się w zakresie wiedzy i umiejętności, których osiągnięcie zostało formalnie potwierdzone przez upoważnioną do tego instytucję. USTAWA z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji

<https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/zintegrowany-system-kwalifikacji-18267966>

Kwalifikacje to bowiem nie tylko świadectwo szkolne czy dyplom licencjata lub magistra. Wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne zdobywamy w różnych miejscach: m.in. w szkołach i na uczelniach, ale też w miejscu pracy, na kursach prowadzonych przez firmy szkoleniowe, czy ucząc się samodzielnie w domu. Oznacza to, że bardzo często posiadamy kompetencje poszukiwane na rynku pracy, ale nie możemy oficjalnie potwierdzić tego przed potencjalnym pracodawcą. Z pomocą przychodzi Zintegrowany System Kwalifikacji! Ze wskazanych ustawą o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji najodpowiedniejsze w tym przypadku są kwalifikacje uregulowane, nadawane na podstawie przepisów prawa, ale poza uczelnią lub kwalifikacje sektorowe, czyli zestawy wiedzy i umiejętności wymagane do realizacji konkretnych zadań zawodowych.

II. Celem fizjoterapeutycznej wizyty patronażowej jest przeprowadzenie oceny rozwoju psychoruchowego dziecka z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi scoringowych w formie scoringu (tj. punktowa ocena ryzyka) w celu identyfikacji ewentualnych odchyleń od norm rozwojowych. Wystandardyzowana ocena pozwoli na identyfikację:

- 1) niemowląt, które wykazują prawidłowy rozwój psychomotoryczny i nie wymagają żadnych form wspomagających jego rozwój - bez kolejnej FWP
- 2) niemowląt, które wykazują opóźniony rozwój psychomotoryczny (zaburzenia ilościowe) i wymagają wczesnego wspomagania rozwoju psychomotorycznego. Fizjoterapeuta udziela instruktażu czynności pielęgnacyjnych – wymagana kolejnej FWP pomiędzy 20. a 24. tygodniem życia (wiek skorygowany).
- 3) niemowląt, które wykazują nieprawidłowy (zaburzenia jakościowe) rozwój psychomotoryczny i wymagają wczesnego wspomagania rozwoju psychomotorycznego – wymaga specjalistycznej konsultacji: specjalista fizjoterapii; lekarz pediatra

WIZYTA FIZJOTERAPEUTYCZNA W RAMACH OPIEKI PATRONAŻOWEJ nie będzie powielala wizyty patronażowej położnej/ pielęgniarki środowiskowej ani pediatrycznej, ponieważ:

WIZYTA PATRONAŻOWA POŁOŻNEJ / PIĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ (od 4-6 wizyt) ma na celu:

- 1) opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem, w tym:

- obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydaliny, wydzieliny, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów,
 - ocenę odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia,
 - wykrywanie objawów patologicznych,
 - ocenę relacji rodziny z noworodkiem;
- 2) prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad w zakresie: pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej oraz w zakresie laktacji, kontroli płodności, samoopieki;
- 3) promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców

WIZYTA PATRONAŻOWA U PEDIATRY ma na celu:

- ocenę zachowania noworodka i jego rozwoju, w tym sprawdzenie prawidłowości rytmu snu i czuwania, pomiar masy ciała i wysokości ciała, sprawdzenie ewentualnej żółtaczki i zaburzeń wypróżniania;
 - sprawdzenie parametrów fizycznych dziecka, takich jak pomiar masy ciała w stosunku do masy urodzeniowej, wielkość ciemniaczek, ocena stawów biodrowych;
 - sprawdzenie stanu neurologicznego dziecka – odruchy noworodkowe (zwłaszcza odruch ssania), napięcie mięśniowe, wzrok i słuch;
 - badanie fizykalne – osłuchanie serca i płuc, badanie palpacyjne brzuszka, wykrycie ewentualnych przepuklin;
 - ocenę stanu emocjonalnego rodziny – jako że kobiety często zmagają się z depresją poporodową lub po prostu mają trudności w związku z nagłymi zmianami hormonalnymi.
- Pierwsza wizyta u pediatry ma na celu pomóc nie tylko dziecku, ale również rodzicom.

UZASADNIENIE WIZYTY FIZJOTERAPEUTYCZNEJ W RAMACH OPIEKI PATRONAŻOWEJ

Na tak wczesnym etapie rozwoju dziecka celem FWP nie jest diagnoza, a wczesne wykrycie zaburzeń neurorozwojowych i rozpoczęcie wczesnej interwencji terapeutycznej, co pozostaje całkowicie w kompetencjach zawodowych fizjoterapeuty. Służy temu tzw. diagnoza o charakterze rozwojowym: „Zaburzenia ruchowe pochodzenia ośrodkowego lub Zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej”. Są to zbiorcze określenia dla nieprawidłowości rozwojowych obserwowanych u niemowlęcia, które charakteryzują się odchyleniami w jego reakcjach posturalnych oraz spontanicznej motoryce. Taka diagnoza jest diagnozą czasową (rozwojową), ponieważ ostateczna diagnoza jest stawiana dopiero wtedy, gdy występujące u dziecka zaburzenia zostaną potwierdzone przez lekarza na podstawie wyników określonych badań klinicznych.

Dowody naukowe wskazują, że istnieją dwie główne ścieżki prowadzące do rzetelnego i wczesnego wykrywania ryzyka zaburzeń neurorozwojowych w okresie noworodkowym (Newborn Detected Risk) oraz w okresie niemowlęcym (Infant Detected Risk). Zależą one od wieku dziecka w chwili przeprowadzania oceny i zawierają kombinację różnych testów w połączeniu z badaniem klinicznym.

Na podstawie wysokiej jakości opublikowanych dowodów naukowych [1] zostały sformułowane tu 4 rekomendacje:

- 1) w przypadku podejrzenia rozpoznania klinicznego, którego nie można potwierdzić z całą pewnością należy podać tymczasową diagnozę kliniczną „wysokie ryzyko ZRPO”, aby niemowlę mogło otrzymać wczesną interwencję diagnostyczną i terapeutyczną.
- 2) wystandaryzowane metody oceny i badania mające na celu wczesne wykrycie ZRPO powinny być zawsze przeprowadzane w populacjach noworodków z wysokim poziomem ryzyka, tj. u niemowląt urodzonych przedwcześnie, z encefalopatią noworodkową, z wadami wrodzonymi oraz niemowląt hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii.

1. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, Cioni G, Damiano D, Darrah J, Eliasson AC, de Vries LS, Einspieler C, Fahey M, Fehlings D, Ferriero DM, Fethers L, Fiori S, Forssberg H, Gordon AM, Greaves S, Guzzetta A, Hadders-Algra M, Harbourne R, Kakooza-Mwesige A, Karlsson P, Krumlinde-Sundholm L, Latal B, Loughran-Fowlds A, Maitre N, McIntyre S, Noritz G, Pennington L, Romeo DM, Shepherd R, Spittle AJ, Thornton M, Valentine J, Walker K, White R, Badawi N. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr.* 2017 Sep 1;171(9):897-907. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1689. Erratum in: *JAMA Pediatr.* 2017 Sep 1;171(9):919. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3169. PMID: 28715518; PMCID: PMC9641643.

Na podstawie reprezentatywnego i aktualnego piśmiennictwa światowego oraz w oparciu o dane Zakładu Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie można szacować, że częstość występowania poważniejszych zaburzeń rozwojowych u nowonarodzonych dzieci występuje w ok. 4-5% przypadków. Myśląc o zaburzeniach rozwojowych dzieci wiążących się z niepełnosprawnością, można brać pod uwagę następujące elementy:

- a) częstotliwość występowania skrajnego wcześniactwa (poród między 22 a 32 tygodniem trwania ciąży). W Polsce rodzi się około 1,2% - 1,5% takich dzieci (w 1995 r. było 1,5%, a w 2021 r. 1,2%). Około 22-24% z nich wykazuje istotne deficyty rozwojowe (14% - upośledzenie intelektualne, 7,5-12% - mózgowe porażenie dziecięce, 8% - z zaburzeniami widzenia, 3-4% - z uszkodzonym narządem słuchu, w obu grupach w pewnej części dodatkowo - z niepełnosprawnością intelektualną),
- b) częstotliwość występowania wad wrodzonych (tzw. dużych), którą określa się w piśmiennictwie na około 2%,
- c) częstotliwość występowania innych zaburzeń, np. chorób jednogenowych (w tym chorób metabolicznych), dziecięcego porażenia mózgowego, nowotworów u dzieci.

Obecnie w obszarze rozpoznawania zagrożenia dziecka niepełnosprawnością zwracają uwagę następujące niepokojące zjawiska:

- 1) wizyta patronażowa położnej/ pielęgniarki środowiskowej koncentruje się na ocenie stanu zdrowia noworodka / niemowlęcia oraz ocenie jego rozwoju fizycznego, nie dostrzegają one / bagatelizują objawy zaburzeń;
- 2) lekarze (pediatrzy), którzy badają dzieci w pierwszym okresie życia, niedostatecznie reagują na niepokojące objawy i nie kierują dziecka, np.: na dodatkowe badania, skierowanie dziecka na konsultację do specjalisty (np. neurologa dziecięcego);
- 3) lekarze (pediatrzy), którzy badają dzieci w pierwszym okresie życia, niedostatecznie reagują na niepokojące objawy i bierze je dopiero pod uwagę, gdy są wielokrotnie sygnalizowane rodziców / lub. Nie;
- 4) lekarze (pediatrzy), którzy badają dzieci w pierwszym okresie życia, zalecają konsultacje u lekarza rehabilitacji dopiero wówczas, gdy zauważy już znaczne zaburzenia rozwoju dziecka, następnie rodzice oczekują (długo) na tę konsultację, a po uzyskaniu skierowania na fizjoterapię (10 zabiegów), długo oczekują na termin (kilka miesięcy). Po zakończeniu 10 zabiegów (przeważnie 1 zabieg w tygodniu, tj. 2,5 miesiąca) rodzice, aby kontynuować rehabilitację zapisuje się i czeka (długo) na kolejną konsultację do lekarza rehabilitacji, a po otrzymaniu kolejnego zlecenia (10 zabiegów) długo oczekują na termin rehabilitacji (kilka miesięcy). I tak w kółko....

- 5) w takim tempie diagnoza stanu dziecka jest stawiana zbyt późno, tzn. nawet, gdy ma ono 2-5 lat, pomimo tego, że objawy zaburzeń rozwoju psychomotorycznego bywają widoczne dużo wcześniej;
- 6) dostęp do opieki specjalistycznej jest utrudniony (lekarze zgrupowani w dużych centrach, klinikach, jest ich niewielu), a informacja dla rodziców - dalece niewystarczająca.

Wczesne rozpoznanie zaburzeń rozwojowych w wyniku WIZYTY FIZJOTERAPEUTYCZNEJ W RAMACH OPIEKI PATRONAŻOWEJ (badań przesiewowych) może doprowadzić do odpowiednio wczesnego rozpoznania zagrożenia dziecka nieprawidłowym rozwojem i skierowania go do konsultacji specjalistycznej, co pozwoli na wczesne postawienie diagnozy oraz włączenia specjalistycznego leczenia, lub skierowania go do konsultacji specjalistycznej fizjoterapeutycznej i interwencji terapeutycznej.

Wysokie kompetencje kwalifikowanego fizjoterapeuty zmniejszają potencjalne ryzyko związane z fałszywie dodatnim wynikiem testu, który może wpłynąć na zwiększenie skierowań na dalsze badania. Wysokie kompetencje kwalifikowanego fizjoterapeuty zmniejszają potencjalne ryzyko związane z fałszywie ujemnym wynikiem oceny, prowadzącym do zaniżenia liczby skierowań oraz - przy braku ciągłego monitorowania – do utrwalenia niepożądanych zmian.

U znacznej liczby dzieci wykazujących tylko niewielkie zaburzenia i opóźnienia rozwojowe lub nieharmonijny rozwój, wczesna interwencja, tj. zalecenia w postaci zaleceń (instruktażu fizjoterapeutycznego) lub skierowaniu bezpośrednio do specjalisty fizjoterapii i natychmiastowego rozpoczęcia fizjoterapii neurorozwojowej może doprowadzić do całkowitego wyrównania zaburzeń. Dzieci, których rozwój jest poważnie zaburzony, dzięki wczesnej pomocy otrzymują szansę na uruchomienie całego ich pozytywnego potencjału.