



Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

OPRACOWANIE KIERUNKOWE

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

FIZJOTERAPIA W ODPOWIEDZI NA ROSNĄCE POTRZEBY SPOŁECZNE I EFEKTYWNE WYKORZYSTANIE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

ANALIZA • DANE • DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE
REKOMENDACJE • ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE
I LEGISLACYJNE

Sierpień 2026



Reprezentując środowisko **blisko 90 tysięcy fizjoterapeutów, trzecią pod względem liczebności grupę wśród zawodów medycznych w Polsce**, przedstawiamy propozycje zmian legislacyjnych i organizacyjnych mających na celu pełniejsze wykorzystanie potencjału fizjoterapii oraz kompetencji zawodowych fizjoterapeutów w systemie ochrony zdrowia.

Postępujące starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby osób z chorobami przewlekłymi i cywilizacyjnymi, rosnąca liczba osób z ograniczeniami sprawności i samodzielności, niedobór kadr medycznych, wydłużające się kolejki do świadczeń oraz rosnące koszty opieki zdrowotnej wymagają wdrażania rozwiązań zwiększających dostępność i jakość świadczeń oraz poprawiających efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ma to istotne znaczenie również z punktu widzenia **bezpieczeństwa zdrowotnego państwa**. Kierunki zmian powinny opierać się na aktualnych dowodach naukowych oraz doświadczeniach państw, które skutecznie wykorzystują kompetencje różnych zawodów medycznych.

Proponowane rozwiązania koncentrują się na trzech obszarach, w których pełniejsze wykorzystanie fizjoterapii i kompetencji fizjoterapeutów może poprawić dostępność, jakość i ciągłość opieki nad pacjentem, a jednocześnie przyczynić się do lepszego wykorzystania kadr medycznych i środków publicznych.

TRZY KLUCZOWE KIERUNKI ZMIAN SYSTEMOWYCH

PRIORYTET	REKOMENDACJA
I	Zapewnienie ciągłości fizjoterapii – od prehabilitacji, przez leczenie szpitalne, po dalszą fizjoterapię po wypisie ze szpitala.
II	Wdrożenie finansowanego ze środków publicznych bezpośredniego dostępu pacjenta do fizjoterapeuty.
III	Pełniejsze wykorzystanie i rozwój kompetencji zawodowych fizjoterapeutów w systemie ochrony zdrowia.

Każdy z przedstawionych kierunków obejmuje diagnozę problemu, rekomendowane rozwiązania, oczekiwane efekty ich wdrożenia oraz uzasadnienie oparte na aktualnych dowodach naukowych, analizach ekonomicznych i doświadczeniach międzynarodowych. Dokument wskazuje również akty prawne i rozwiązania organizacyjne wymagające zmiany, uzupełnienia lub opracowania w celu wdrożenia przedstawionych rekomendacji.

Niniejszy dokument opracowano na podstawie aktualnych dowodów naukowych, wytycznych międzynarodowych towarzystw naukowych, dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Komisji Europejskiej oraz obowiązujących w Polsce aktów prawnych i dokumentów regulujących organizację systemu ochrony zdrowia. Uwzględniono również doświadczenia kliniczne i organizacyjne związane z funkcjonowaniem fizjoterapii w polskim systemie ochrony zdrowia.

W poszczególnych rozdziałach przedstawiono źródła stanowiące podstawę opracowanych rekomendacji oraz wskazano akty prawne i dokumenty organizacyjne wymagające zmiany, uzupełnienia lub opracowania w celu wdrożenia proponowanych rozwiązań.

Dokument ma charakter ekspercki i stanowi materiał wspierający dyskusję nad zmianami organizacyjnymi i legislacyjnymi służącymi pełniejszemu wykorzystaniu kompetencji fizjoterapeutów w systemie ochrony zdrowia.

SPIS TREŚCI

1. DIAGNOZA SYSTEMU I TRZY KIERUNKI ZMIAN	5
2. WDROŻENIE MODELU CIĄGŁOŚCI FIZJOTERAPII OD HOSPITALIZACJI DO OPIEKI AMBULATORYJNEJ	7
2.1. DIAGNOZA PROBLEMU	7
2.1.1. OPIEKA SZPITALNA	7
2.1.2. OPIEKA POSZPITALNA	8
2.2. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA	9
2.2.1. ZAPEWNIENIE PACJENTOWI CIĄGŁOŚCI FIZJOTERAPII OD PREHABILITACJI DO ZAKOŃCZENIA PROCESU USPRAWNIANIA	9
2.2.1.1. FIZJOTERAPIA PRZED HOSPITALIZACJĄ I PODCZAS LECZENIA SZPITALNEGO	9
2.2.1.2. ZAPEWNIENIE CIĄGŁOŚCI FIZJOTERAPII PO HOSPITALIZACJI – MODEL KOORDYNOWANEJ FIZJOTERAPII	15
2.3. POTRZEBNE ZMIANY SYSTEMOWE	18
2.3.1. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 22 LISTOPADA 2013 r. W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU LECZENIA SZPITALNEGO	18
2.4. PUBLIKACJE I DOKUMENTY ŹRÓDŁOWE	20
3. BEZPOŚREDNI DOSTĘP DO FIZJOTERAPEUTY	24
3.1. DIAGNOZA PROBLEMU	24
3.1.1. PACJENCI Z DOŁĘGLIWOŚCIAMI MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYMI	24
3.1.2. POTRZEBA WCZESNEJ OCENY FUNKCJONALNEJ DZIECI ORAZ WSPARCIE KOBIET W OKRESIE POPORODOWYM	25
3.1.2.1. POTRZEBA WCZESNEJ OCENY FUNKCJONALNEJ DZIECI	25
3.1.2.2. PROBLEMY ZDROWOTNE I FUNKCJONALNE KOBIET W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM	25
3.2. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA	26
3.2.1. BEZPOŚREDNI DOSTĘP DO FIZJOTERAPEUTY DLA PACJENTÓW Z DOŁĘGLIWOŚCIAMI MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYMI	26
3.2.2. WCZESNA DIAGNOSTYKA ZABURZEŃ ROZWOJU DZIECI I WSPARCIE MATEK W OKRESIE POPORODOWYM	30
3.2.2.1. OPIEKA FIZJOTERAPEUTYCZNA NAD KOBIETĄ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM	30
3.2.2.2. PORADA PATRONAŻOWA FIZJOTERAPEUTY DLA NIEMOWLĘCIA	31
3.2.2.3. OCENA FUNKCJONALNA DZIECI W RAMACH BADAŃ BILANSOWYCH	32
3.2.2.4. FIZJOTERAPEUTA W PROFILAKTYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI	32
3.3. POTRZEBNE ZMIANY SYSTEMOWE	37
3.4. PUBLIKACJE I DOKUMENTY ŹRÓDŁOWE	39
4. PEŁNIEJSZE WYKORZYSTANIE KOMPETENCJI FIZJOTERAPEUTÓW	43
4.1. DIAGNOZA PROBLEMU	43
4.2. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA	44
4.2.1. PEŁNIEJSZE WYKORZYSTANIE KOMPETENCJI FIZJOTERAPEUTÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA	44
4.3. POTRZEBNE ZMIANY SYSTEMOWE	50
4.4. DOWODY NAUKOWE I DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE	52
5. WPŁYW PROPONOWANYCH ROZWIĄZAŃ NA BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE I EFEKTYWNOŚĆ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE	55

1. DIAGNOZA SYSTEMU I TRZY KIERUNKI ZMIAN

DLACZEGO ZMIANY SĄ KONIECZNE?

KLUCZOWE DANE



Blisko 90 tys.

fizjoterapeutów
z prawem
wykonywania
zawodu

Blisko 959 tys.

osób oczekujących
na fizjoterapię
ambulatoryjną

116 dni

średni czas
oczekiwania
na fizjoterapię
ambulatoryjną

270 dni

oczekiwania
na fizjoterapię
ogólnoustrojową
w warunkach
stacjonarnych

**Rosnąca
liczba osób
z ograniczeniami
sprawności
funkcjonalnej
i samodzielności**

**Choroby układu
mięśniowo-
szkieletowego**

główna przyczyna
absencji chorobowej
w 2025 r.
(42,4 mln dni)

0,6–2,8 dnia ► krótsza hospitalizacja dzięki wczesnemu wdrożeniu fizjoterapii

TRZY KLUCZOWE KIERUNKI ZMIAN

Wdrożenie ciągłości fizjoterapii od prehabilitacji, przez hospitalizację, aż do zakończenia procesu usprawniania po wypisie ze szpitala.

Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty – zapewnienie szybkiego dostępu do fizjoterapii w wybranych wskazaniach klinicznych.

Rozszerzenie i pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów – dostosowanie organizacji świadczeń oraz przepisów prawa do współczesnych kompetencji fizjoterapeutów i potrzeb systemu ochrony zdrowia.

OCZEKIWANE EFEKTY

DLA PACJENTA	DLA ŚWIADCZENIODAWCY	DLA SYSTEMU
Szybszy dostęp do fizjoterapii	Krótsza hospitalizacja	Większa dostępność świadczeń
Poprawa sprawności	Mniej powikłań	Mniej rehospitalizacji
Ciągłość leczenia	Sprawniejsza organizacja pracy	Lepsze wykorzystanie kompetencji zawodów medycznych
Szybszy powrót do aktywności	Efektywniejsze wykorzystanie personelu	Ograniczenie kosztów i absencji chorobowej

2. WDROŻENIE MODELU CIĄGŁOŚCI FIZJOTERAPII OD HOSPITALIZACJI DO OPIEKI AMBULATORYJNEJ

2.1. DIAGNOZA PROBLEMU

2.1.1. OPIEKA SZPITALNA

W większości oddziałów szpitalnych świadczenia fizjoterapeutyczne są finansowane w ramach budżetu oddziału i traktowane jako koszt jego działalności, a nie jako integralny element procesu leczenia. Wyjątek stanowią oddziały rehabilitacji oraz oddziały neurologii (w tym pododdziały udarowe), kardiologii, medycyny paliatywnej oraz anestezjologii i intensywnej terapii, dla których przepisy w różnym zakresie wymagają zapewnienia udziału fizjoterapeuty lub dostępności świadczeń fizjoterapeutycznych. Na pozostałych oddziałach fizjoterapeuta nie jest stałym członkiem zespołu terapeutycznego, a zapewnienie świadczeń fizjoterapeutycznych pozostaje uzależnione od możliwości finansowych i organizacyjnych szpitala.

Ponadto również część obowiązujących przepisów ogranicza się do wymogu zapewnienia dostępności świadczeń fizjoterapeutycznych, nie określając minimalnego zabezpieczenia kadrowego ani stałej obecności fizjoterapeuty w zespole terapeutycznym. **Tworzy to lukę systemową, w której rzeczywisty dostęp pacjentów do fizjoterapii zależy nie od ich potrzeb klinicznych, lecz od organizacji pracy i kondycji finansowej oddziału.** W praktyce, w sytuacji presji budżetowej, fizjoterapia staje się jednym z pierwszych obszarów, w których poszukuje się oszczędności poprzez ograniczanie zatrudnienia lub zakresu realizowanych świadczeń. **Powoduje to ograniczony dostęp pacjentów do wczesnej fizjoterapii, zróżnicowanie poziomu zabezpieczenia fizjoterapeutycznego pomiędzy szpitalami i oddziałami oraz opóźnienia we wdrażaniu usprawniania,** co przekłada się na:

- wydłużenie czasu hospitalizacji,
- zwiększenie ryzyka powikłań,
- pogorszenie efektów leczenia i opóźnienie powrotu do sprawności,
- wzrost kosztów opieki zdrowotnej.

Dostrzegając pozytywne efekty fizjoterapii u pacjentów hospitalizowanych **Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej rekomenduje zatrudnienie fizjoterapeutów na oddziałach szpitalnych (zał.2).**

2.1.2. OPIEKA POSZPITALNA

Równie istotnym wyzwaniem systemowym jest brak zapewnienia ciągłości fizjoterapii po zakończeniu hospitalizacji. Pomimo, że u wielu pacjentów potrzeba kontynuacji usprawniania wynika bezpośrednio z procesu leczenia szpitalnego, przejście do fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej nie ma charakteru ciągłego. **W efekcie wielu pacjentów rozpoczyna fizjoterapię z istotnym opóźnieniem lub nie uzyskuje dostępu do dalszej fizjoterapii w ogóle, mimo istniejących wskazań klinicznych.** Problem ten dotyczy w szczególności pacjentów po:

- udarach mózgu i z innymi chorobami neurologicznymi,
- zabiegach ortopedycznych,
- zaostrzeniach chorób układu oddechowego,
- ciężkich incydentach kardiologicznych.

Brak płynnego przejścia pomiędzy leczeniem szpitalnym a fizjoterapią ambulatoryjną, domową lub stacjonarną powoduje utratę efektów osiągniętych podczas hospitalizacji i ogranicza skuteczność całego procesu leczenia. W konsekwencji przekłada się na:

- pogorszenie rokowania funkcjonalnego i ograniczenie możliwości odzyskania sprawności,
- zwiększenie ryzyka trwałej niesamodzielności i zależności od opieki osób trzecich,
- zwiększenie ryzyka ponownych hospitalizacji,
- wydłużenie okresu niezdolności do pracy,
- wzrost liczby osób korzystających ze świadczeń rentowych i opiekuńczych,
- wzrost kosztów ponoszonych przez system ochrony zdrowia oraz system zabezpieczenia społecznego.

Na systemowy charakter tego problemu wskazuje również Ministerstwo Zdrowia w „Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2027–2031”. Dokument podkreśla, że jednym z najistotniejszych wyzwań rehabilitacji medycznej pozostaje ograniczona dostępność świadczeń. **W marcu 2023 r. średni czas oczekiwania wynosił 116 dni na fizjoterapię ambulatoryjną w trybie pilnym, 158 dni na fizjoterapię dzienną oraz 270 dni na fizjoterapię ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych.** Jednocześnie na fizjoterapię ambulatoryjną oczekiwało blisko 959 tys. pacjentów, co obrazuje skalę niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych.

Ministerstwo Zdrowia wskazuje również, że szczególnie niekorzystne jest opóźnienie rozpoczęcia fizjoterapii u pacjentów po ostrych incydentach chorobowych i urazach, którzy

powinni uzyskać świadczenie fizjoterapeutyczne w możliwie najkrótszym czasie, aby zapewnić skuteczność wcześniej zastosowanego leczenia.

Zapewnienie ciągłości fizjoterapii od momentu hospitalizacji do zakończenia procesu usprawniania powinno stanowić jeden z kluczowych elementów organizacji opieki nad pacjentem. Wymaga to stworzenia rozwiązań organizacyjnych umożliwiających płynne przekazanie pacjenta z leczenia szpitalnego do dalszej opieki fizjoterapeutycznej, bez nieuzasadnionych przerw wynikających z ograniczonej dostępności świadczeń lub barier organizacyjnych. Proponowane kierunki zmian wpisują się w rekomendacje OECD i Komisji Europejskiej dotyczące rozwoju zintegrowanej opieki nad pacjentem, efektywnego wykorzystania zasobów kadrowych oraz wzmacniania roli zawodów medycznych w celu poprawy jakości, dostępności i efektywności systemów ochrony zdrowia.

2.2. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA

2.2.1. ZAPEWNIENIE PACJENTOWI CIĄGŁOŚCI FIZJOTERAPII OD PREHABILITACJI DO ZAKOŃCZENIA PROCESU USPRAWNIANIA

2.2.1.1. FIZJOTERAPIA PRZED HOSPITALIZACJĄ I PODCZAS LECZENIA SZPITALNEGO

W odpowiedzi na zidentyfikowane problemy systemowe jako samorząd zawodowy fizjoterapeutów, proponujemy wdrożenie poniższych rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych. Ich celem jest poprawa jakości i ciągłości opieki nad pacjentem, a zarazem zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych.

Proponowane działania mogą ograniczyć liczbę powikłań, skrócić czas hospitalizacji oraz zmniejszyć koszty leczenia i opieki długoterminowej. Wdrożenie rozwiązań powinno zostać powiązane z jasnymi standardami organizacyjnymi oraz mechanizmami koordynacji ścieżki pacjenta.

- **Prehabilitacja** – wdrożenie prehabilitacji zapewniającej pacjentom przygotowanie do leczenia szpitalnego
- **Włączenie do interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego** - wprowadzenie w warunkach wymaganych udzielania świadczeń obowiązku zatrudnienia / współpracy z fizjoterapeutą wraz z koniecznością raportowania do NFZ zrealizowanych procedur fizjoterapeutycznych
- **Model Koordynowanej Fizjoterapii** – wdrożenie modelu zapewniającego ciągłość fizjoterapii od momentu hospitalizacji do zakończenia procesu usprawniania. Koordynacja

dalszego procesu usprawniania rozpoczyna się już podczas hospitalizacji. Fizjoterapeuta pracujący na oddziale dokonuje oceny funkcjonalnej pacjenta, określa potrzebę kontynuacji fizjoterapii po wypisie oraz wspólnie z zespołem terapeutycznym inicjuje właściwą ścieżkę dalszego postępowania. Model powinien zapewniać płynne przekazanie pacjenta do odpowiedniej formy fizjoterapii: ambulatoryjnej, domowej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego. Z ustalonym planem usprawniania, terminem rozpoczęcia świadczeń i możliwością monitorowania efektów. Koordynacja powinna obejmować współpracę szpitala, POZ, AOS oraz świadczeniodawców realizujących dalszą fizjoterapię.

Pacjent opuszczający szpital, jeżeli wymaga dalszej fizjoterapii, powinien mieć zapewnione:

- termin rozpoczęcia fizjoterapii po wypisie,
- indywidualny plan fizjoterapii i usprawniania,
- płynne przekazanie do właściwego świadczeniodawcy realizującego dalszą fizjoterapię,
- koordynację procesu leczenia pomiędzy szpitalem i świadczeniodawcą realizującym fizjoterapię.

Potwierdzenie zasadności proponowanych rozwiązań przedstawiono w tabelach zamieszczonych poniżej, zawierających wybrane dowody naukowe dotyczące skuteczności klinicznej i efektywności ekonomicznej fizjoterapii oraz wybrane przykłady międzynarodowych standardów organizacji opieki szpitalnej uwzględniających udział fizjoterapeuty w procesie leczenia. Przedstawione zestawienie stanowi jedynie wycinek dostępnych dowodów naukowych oraz stosowanych na świecie rozwiązań organizacyjnych.

Tabela 1. Wpływ odpowiednio dostępnej fizjoterapii na wyniki leczenia i organizację opieki szpitalnej

Obszar	Najważniejsze wyniki	Źródło
Dedykowany fizjoterapeuta na oddziale internistycznym	Średni czas hospitalizacji pacjentów ogółem zmniejszył się z 8,9 do 8,0 dnia. U pacjentów z zapaleniem płuc średni pobyt skrócił się z 9,0 do 7,0 dnia. Wynik w Skali Barthel wzrósł średnio z 40 do 80 punktów. Odnotowano poprawę dystansu w 6MWT o średnio 35 m, spadek odczuwania wysiłku w Skali Borga o 2 punkty i poprawę VO2 max o średnio 10%. Według analizy częstość powikłań oddechowych spadła o 25%, powikłań zakrzepowo-zatorowych o 30%, a rehospitalizacji w ciągu 30 dni o 20%.	COPERNICUS podmiot leczniczy, Gdansk 2021-2022

Wdrożenie modelu interdyscyplinarnej opieki szpitalnej	Po wdrożeniu w UCK w Gdańsku modelu opieki opartego na zespołach interdyscyplinarnych, obejmującego m.in. zwiększenie dostępności fizjoterapeutów oraz współpracę z innymi zawodami medycznymi (w tym dietetykami), średnia długość hospitalizacji zmniejszyła się w analizowanych klinikach: w chirurgii z 7,99 do 5,35 dnia, w diabetologii z 4,86 do 3,18 dnia oraz w endokrynologii z 4,23 do 1,70 dnia. Rozwój interdyscyplinarnego modelu opieki z aktywnym udziałem fizjoterapeutów może sprzyjać skróceniu hospitalizacji i efektywniejszemu wykorzystaniu zasobów szpitalnych.	Dane UCK Gdańsk (2017-2018 vs 2024-2025)
Fizjoterapeuta na oddziale neurochirurgii	W Klinice Neurochirurgii po zatrudnieniu dwóch fizjoterapeutów dydkowanych oddziałowi, czas hospitalizacji po zabiegach operacyjnych (z uwzględnieniem usunięcia guzów mózgu) skrócił się z 7-8 dni do 3.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, 2023-2024
Fizjoterapeuta na oddziałach chirurgii, endokrynologii, kardiologii	Średnia długość pobytu pacjentów zmniejszył się odpowiednio o: Klinika Chirurgii z 7,99 do 5,35 dnia, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii z 4,86 do 3,18 dnia, Klinika Endokrynologii z 4,23 do 1,7 dnia	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdansk 2024-2025.
Hospitalizacja na oddziałach ostrych	Skrócenie czasu hospitalizacji średnio o 0,6 dnia dzięki zwiększeniu intensywności fizjoterapii.	Peiris et al., 2018
Wczesna fizjoterapia po endoprotezoplastyce biodra i kolana	Wczesne rozpoczęcie fizjoterapii skraca pobyt w szpitalu i obniża całkowite koszty leczenia.	Masaracchio i wsp., 2017
Dostępność fizjoterapii szpitalnej	Brak pełnego 7 dniowego zabezpieczenia fizjoterapeutycznego generuje 318 dodatkowych dni łóżkowych rocznie kosztujących około 986 tys. euro rocznie.	Staunton i wsp., 2023
Wczesna fizjoterapia poszpitalna po udarze	Średnie koszty opieki ok. 15% niższe niż w standardowej opiece; skrócenie łącznego czasu hospitalizacji o ok. 13 dni.	Anderson i wsp., 2002; Winkel i wsp., 2008
Hospitalizacja na oddziałach podostrych	Skrócenie czasu hospitalizacji średnio o 2,8 dnia .	Peiris et al., 2018
Analiza ekonomiczna	Oszczędność średnio 1673 AUD (dolar australijski) na epizod hospitalizacji przy zwiększeniu intensywności fizjoterapii.	Brusco et al., 2014

Pacjenci geriatryczni	Poprawa sprawności funkcjonalnej, większy odsetek wypisów do domu oraz mniejszy odsetek wypisów do opieki instytucjonalnej.	Kosse et al., 2013
Pacjenci z POChP	Istotne zmniejszenie ryzyka ponownej hospitalizacji po zastosowaniu fizjoterapii oddechowej.	Puhan et al. 2016
Pacjenci leczeni na OIT	Krótszy pobyt na oddziale intensywnej terapii oraz większa samodzielność funkcjonalna przy wypisie.	Schweickert et al., 2009
Programy wczesnej fizjoterapii	W większości analiz brak wzrostu kosztów leczenia, a część interwencji wykazała korzystną opłacalność ekonomiczną.	Martínez-Velilla et al., 2019
Prehabilitacja przed planowym leczeniem operacyjnym	Metaanaliza obejmująca 186 badań i 15 684 pacjentów, która wykazała, że programy prehabilitacji oparte na ćwiczeniach fizycznych więzały się z około 50% niższymi szansami wystąpienia powikłań w porównaniu ze standardową opieką.	McIsaac i wsp. (2025)
Prehabilitacja przed operacją raka jelita grubego	Badanie obejmujące 2384 pacjentów, przeprowadzone podczas wdrożenia standaryzowanego programu prehabilitacji w 18 szpitalach w Holandii , wykazało skrócenie mediany hospitalizacji z 5 do 4 dni, zmniejszenie częstości powikłań pooperacyjnych (37,8% vs 30,1%) oraz przyjęć na OIT (8,1% vs 4,4%).	Sabajo i wsp. (2026)

Uzupełnieniem danych dotyczących efektów klinicznych i ekonomicznych są rozwiązania funkcjonujące w innych systemach ochrony zdrowia, pokazujące miejsce fizjoterapii w organizacji opieki szpitalnej. Wybrane przykłady przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Przykłady międzynarodowych standardów organizacji opieki szpitalnej uwzględniających udział fizjoterapeuty w procesie leczenia

Obszar	Przykład rozwiązania organizacyjnego	Zakres udziału fizjoterapeuty w procesie leczenia	Źródło
Geriatrya	Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)	Kompleksowa ocena sprawności funkcjonalnej, planowanie i prowadzenie usprawniania, profilaktyka utraty sprawności oraz udział w interdyscyplinarnym planowaniu leczenia i wypisu.	Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit (British Geriatrics Society) 2019
Choroby wewnętrzne	Acute Frailty Services	Wczesna ocena funkcjonalna, zapobieganie skutkom unieruchomienia, przygotowanie pacjenta do wypisu oraz współpraca z zespołem terapeutycznym.	Acute Frailty Services: Making the Best Use of Resources (NHS England) 2019
Chirurgia	Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)	Przygotowanie funkcjonalne przed zabiegiem, wczesna mobilizacja pooperacyjna, profilaktyka powikłań związanych z unieruchomieniem oraz przywracanie sprawności funkcjonalnej.	ERAS Society Guidelines 2017
Ortopedia	Fast-track arthroplasty	Wczesna pionizacja, trening chodu i samoobsługi, przygotowanie do bezpiecznego wypisu oraz odzyskania samodzielności funkcjonalnej.	Hip and Knee Clinical Care Standard 2023
Anestezjologia i Intensywna Terapia	ABCDE Bundle	Wczesna mobilizacja pacjentów w stanie krytycznym, profilaktyka osłabienia nabytego na OIT (ICU-acquired weakness), ograniczanie skutków unieruchomienia oraz wspomaganie odzyskiwania sprawności.	ICU Liberation (ABCDE Bundle) 2021
Pulmonologia	Pulmonary Rehabilitation	Prowadzenie fizjoterapii oddechowej, treningu wysiłkowego, nauka efektywnego oddychania oraz poprawa wydolności i tolerancji wysiłku.	ATS/ERS Statement on Pulmonary Rehabilitation 2013
Urologia	ERAS dla radykalnej cystektomii	Wczesna mobilizacja pooperacyjna, profilaktyka powikłań pooperacyjnych, usprawnianie funkcjonalne oraz przygotowanie do samodzielnego funkcjonowania po wypisie.	EAU Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer 2024

Ginekologia i położnictwo	ERAS	Wczesna mobilizacja pooperacyjna, usprawnianie funkcjonalne, profilaktyka powikłań oraz fizjoterapia mięśni dna miednicy zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.	ERAS Society Guidelines for Gynecologic Surgery 2019
Pediatrica	Standardy opieki pediatrycznej	Ocena rozwoju i sprawności funkcjonalnej, prowadzenie fizjoterapii dostosowanej do wieku i stanu klinicznego oraz zapobieganie powikłaniom wynikającym z hospitalizacji i unieruchomienia.	Paediatric Critical Care Service Specification (NHS England) 2016
Psychiatria	Opieka wielodyscyplinarna	Ocena i poprawa sprawności fizycznej, zwiększanie aktywności ruchowej, ograniczanie następstw somatycznych choroby psychicznej i farmakoterapii oraz wspieranie procesu zdrowienia.	Physiotherapy Works: Mental Health 2022
Prehabilitacja	Program PREHAB w nowotworach jelita grubego	Pacjenci uczestniczący w programie prehabilitacji osiągnęli szybszy i lepszy powrót do sprawności funkcjonalnej po zabiegu chirurgicznym niż osoby otrzymujące standardową opiekę.	Molenaar i wsp. (2023)

Przedstawione przykłady wskazują, że w wielu nowoczesnych modelach opieki udział fizjoterapeuty jest elementem standardu organizacyjnego i wynika z potrzeb klinicznych pacjentów. Odpowiednia dostępność fizjoterapii może wspierać wcześniejsze uruchamianie pacjentów, ograniczać powikłania związane z unieruchomieniem, skracać pobyt w szpitalu oraz ułatwiać bezpieczne przygotowanie do wypisu. W konsekwencji może również poprawiać przepustowość oddziałów i efektywność wykorzystania zasobów szpitalnych.

2.2.1.2. ZAPEWNIENIE CIĄGŁOŚCI FIZJOTERAPII PO HOSPITALIZACJI – MODEL KOORDYNOWANEJ FIZJOTERAPII

Zapewnienie udziału fizjoterapeuty podczas hospitalizacji stanowi pierwszy etap procesu leczenia. Równie istotne jest zachowanie ciągłości fizjoterapii po wypisie ze szpitala, której skuteczność i efektywność ekonomiczną potwierdzają liczne badania naukowe. Wybrane przykłady przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 3. Wybrane korzyści kliniczne i ekonomiczne wynikające z zapewnienia ciągłości fizjoterapii po hospitalizacji

Obszar	Najważniejsze wyniki	Znaczenie dla systemu	Źródło
Rehabilitacja poudarowa – analiza ekonomiczna	Średnio 35 200 euro korzyści społecznych na pacjenta w ciągu 5 lat; ROI 13,8 : 1 dla społeczeństwa i 9 : 1 dla publicznego płatnika.	Ograniczenie niepełnosprawności i kosztów opieki długoterminowej.	Bizard, 2026 (CNOMK)
Choroby przewlekłe	Pacjenci z chorobami przewlekłymi (ALD) stanowią ok. 20% populacji, ale generują ok. 2/3 wydatków zdrowotnych.	Wczesna fizjoterapia może ograniczać koszty leczenia i opieki długoterminowej.	Bizard, 2026 (CNOMK)
Profilaktyka upadków	Fizjoterapia zmniejsza ryzyko upadków o 34%; przynosi ok. 4,5 euro oszczędności na każde 1 euro zainwestowane.	Mniej złamań, hospitalizacji i kosztów opieki długoterminowej.	Bizard, 2026 (CNOMK)
Dostępność fizjoterapii szpitalnej	Włączenie fizjoterapii do opieki po wypisie ze szpitala generowało 24 028 AUD (dolar australijski) korzyści netto na pacjenta.	Zmniejszenie rehospitalizacji i obciążenie infrastruktury szpitalnej.	APA, 2020
Fizjoterapia pacjentek z nowotworem piersi w Polsce	Raport podkreśla potrzebę poprawy jakości życia pacjentek oraz zwraca uwagę na wpływ leczenia na codzienne funkcjonowanie i życie społeczne. Fizjoterapia po leczeniu nowotworu piersi pomaga zmniejszać powikłania, takie jak ograniczenie ruchomości barku, obrzęk limfatyczny czy spadek wydolności fizycznej.	Wdrożenie fizjoterapii przekłada się na mniejsze wykorzystanie świadczeń zdrowotnych i niższe koszty opieki w dłuższym okresie.	Raport systemowy – rak piersi, 2026

Sytuacja osób po udarze mózgu w Polsce	Raport podkreśla, że kompleksowa, intensywna i nieprzerwana fizjoterapia jest często „jedyną szansą na powrót do sprawności i samodzielności w życiu codziennym”. Osoby, które odzyskują samodzielność, wymagają mniej wsparcia ze strony rodziny, opiekunów oraz systemu pomocy społecznej	Fizjoterapia po udarze mózgu ma istotną wartość ekonomiczną, bo przekłada się na niższe koszty społeczne i publiczne	Raport FUM, 2024
---	---	--	------------------

Przedstawione dowody naukowe jednoznacznie wskazują, że zapewnienie ciągłości fizjoterapii po hospitalizacji poprawia wyniki leczenia oraz ogranicza ryzyko wtórnej niepełnosprawności. Jednocześnie umożliwia bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia poprzez redukcję kosztów opieki długoterminowej oraz ograniczenie ryzyka ponownych hospitalizacji.

Zapewnienie fizjoterapii jako integralnego elementu leczenia szpitalnego oraz jej nieprzerwanej kontynuacji po wypisie stanowi odpowiedź na wyzwania wskazane w „Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2027–2031”. **Takie podejście nie tylko poprawia efektywność kliniczną, lecz także sprzyja racjonalnemu wykorzystaniu ograniczonych zasobów kadrowych i finansowych systemu ochrony zdrowia.**

► REKOMENDACJA

Należy zapewnić ciągłość fizjoterapii na wszystkich etapach procesu leczenia – od prehabilitacji, przez pobyt w szpitalu, po zakończenie usprawniania po wypisie. Dostęp do fizjoterapii powinien wynikać z potrzeb klinicznych pacjenta i stanowić integralny element procesu leczenia, niezależnie od możliwości organizacyjnych i finansowych poszczególnych oddziałów.

► OCZEKIWANE EFEKTY

- poprawa wyników leczenia i bezpieczeństwa pacjentów,
- skrócenie czasu hospitalizacji,
- ograniczenie ryzyka powikłań i ponownych hospitalizacji,
- szybsze odzyskiwanie sprawności i samodzielności,
- zmniejszenie zapotrzebowania na opiekę osób trzecich,
- szybszy powrót do aktywności społecznej i zawodowej,
- ograniczenie kosztów hospitalizacji, dalszego leczenia i opieki długoterminowej.

► ZNACZENIE DLA SYSTEMU

Zapewnienie ciągłości fizjoterapii może ograniczyć konsekwencje przerwania procesu usprawniania, w tym przedłużoną hospitalizację, powikłania, ponowne hospitalizacje i utrwalanie niesprawności. W dłuższej perspektywie oznacza to również mniejsze zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze i rentowe oraz bardziej racjonalne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego.

2.3. POTRZEBNE ZMIANY SYSTEMOWE

2.3.1. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 22 LISTOPADA 2013 r. W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU LECZENIA SZPITALNEGO

Włączenie fizjoterapeuty do wymogów dotyczących personelu oraz do składu wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w określonych zakresach świadczeń, a także uwzględnienie **konsultacji fizjoterapeutycznej i świadczeń fizjoterapeutycznych jako elementu leczenia szpitalnego**.

Fizjoterapeuta uczestniczy w procesie leczenia pacjenta podczas hospitalizacji, w tym za-
leżnie od wskazań klinicznych, w przygotowaniu pacjenta do zabiegu operacyjnego (pre-
habilitacja), usprawnianiu po zabiegu oraz przygotowaniu do dalszego postępowania po
wypisie ze szpitala.

Konsultacja fizjoterapeutyczna po przyjęciu na oddział obejmuje:

1. ocenę stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, w tym jego poziomu samodzielności oraz ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu;
2. przeprowadzenie badania czynnościowego narządu ruchu lub innych badań niezbędnych do identyfikacji zaburzeń funkcjonalnych,
3. opracowanie indywidualnego planu postępowania fizjoterapeutycznego.

Wynik konsultacji oraz plan postępowania są odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.

Świadczenia fizjoterapeutyczne w trakcie hospitalizacji realizowane są zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i ustalonym planem postępowania fizjoterapeutycznego, w tym w ramach prehabilitacji oraz fizjoterapii po zabiegu operacyjnym.

Konsultacja fizjoterapeutyczna przy wypisie obejmuje:

1. ocenę stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy, w tym jego poziomu samodzielności oraz ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu;
2. przeprowadzenie badania czynnościowego narządu ruchu lub innych badań niezbędnych do identyfikacji zaburzeń funkcjonalnych;
3. określenie zaleceń dotyczących dalszego postępowania fizjoterapeutycznego, w tym – w przypadku wskazań – potrzeby kontynuacji fizjoterapii po zakończeniu hospitalizacji.

Zalecenia dotyczące dalszego postępowania fizjoterapeutycznego są odnotowywane w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

Cel zmiany: zapewnienie ciągłości procesu usprawniania od momentu hospitalizacji, poprzez przygotowanie do leczenia i wczesną fizjoterapię, aż do zaplanowania dalszego postępowania po wypisie. Rozwiązanie ma służyć ograniczeniu utraty sprawności związanej z hospitalizacją, szybszemu odzyskiwaniu samodzielności oraz zmniejszeniu ryzyka powikłań i ponownych hospitalizacji.

Realizacja powyższych założeń wymaga wprowadzenia skoordynowanych zmian w następujących aktach prawnych i mechanizmach finansowania świadczeń:

Tabela 4. Proponowane zmiany legislacyjne i organizacyjne zapewniające ciągłość fizjoterapii po hospitalizacji

Akt prawny / obszar	Proponowana zmiana
Rozporządzenie MZ z 22 listopada 2013 r. – leczenie szpitalne	Włączenie fizjoterapeuty do wymogów dotyczących personelu oraz wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w określonych zakresach świadczeń. Wprowadzenie konsultacji fizjoterapeutycznej po przyjęciu i przy wypisie oraz świadczeń fizjoterapeutycznych w trakcie hospitalizacji, w tym fizjoterapii po zabiegach operacyjnych. Ocena stanu funkcjonalnego, plan postępowania oraz zalecenia dotyczące dalszej fizjoterapii odnotowywane w dokumentacji medycznej i karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.
Rozporządzenie MZ z 6 listopada 2013 r. – ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)	Utworzenie odrębnego świadczenia – porady fizjoterapeutycznej , dostępnej m.in. dla pacjentów po hospitalizacji, wymagających oceny stanu funkcjonalnego, kontroli postępów w odzyskiwaniu sprawności oraz ustalenia lub modyfikacji dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.
Rozporządzenie MZ z 6 listopada 2013 r. – rehabilitacja lecznicza	Zapewnienie możliwości kontynuacji fizjoterapii po hospitalizacji , na podstawie zaleceń zawartych w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, odpowiednio w warunkach ambulatoryjnych, domowych albo ośrodka lub oddziału dziennego.
Rozporządzenie MZ z 23 lipca 2013 r. – lecznictwo uzdrowiskowe	Utworzenie ścieżki kontynuacji fizjoterapii dla pacjentów niewymagających dalszej hospitalizacji, ale wymagających – ze względu na stan funkcjonalny i potrzeby zdrowotne – kontynuacji usprawniania w odpowiednich warunkach lecznictwa uzdrowiskowego.
Rozporządzenie MZ z 22 listopada 2013 r. – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	Zapewnienie ciągłości fizjoterapii po hospitalizacji , zgodnie z oceną stanu funkcjonalnego i zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania zawartymi w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

Rozporządzenie MZ z 29 października 2013 r. – opieka paliatywna i hospicyjna	Zapewnienie możliwości kontynuacji fizjoterapii, odpowiednio do stanu i potrzeb pacjenta, z uwzględnieniem zaleceń zawartych w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.
Rozporządzenie MZ z 5 sierpnia 2016 r. – szczegółowe kryteria wyboru ofert	Uwzględnienie obecności fizjoterapeuty oraz dostępności świadczeń fizjoterapeutycznych jako kryterium premiowanego punktowo przy ocenie ofert w odpowiednich zakresach świadczeń.
Zarządzenia Prezesa NFZ – leczenie szpitalne i AOS	Wprowadzenie odrębnych produktów rozliczeniowych: konsultacji fizjoterapeutycznej w leczeniu szpitalnym oraz porady fizjoterapeutycznej w AOS. Zapewnienie możliwości odrębnego rozliczania świadczeń realizowanych przez fizjoterapeutów.

Proponowane zmiany tworzą ciągłą ścieżkę opieki nad pacjentem: od oceny funkcjonalnej i rozpoczęcia fizjoterapii w trakcie hospitalizacji, przez zaplanowanie dalszego postępowania przy wypisie, po możliwość jego kontynuacji w warunkach odpowiednich do stanu funkcjonalnego i potrzeb pacjenta. Pozwala to ograniczyć przerwy w procesie usprawniania, zapobiegać pogłębianiu niesprawności i utracie samodzielności.

2.4. PUBLIKACJE I DOKUMENTY ŹRÓDŁOWE

Przedstawione rekomendacje oparto na aktualnych dowodach naukowych, międzynarodowych wytycznych klinicznych, dokumentach strategicznych oraz krajowych analizach dotyczących organizacji systemu ochrony zdrowia. W dalszej części wskazano również akty prawne i dokumenty organizacyjne wymagające zmian lub uzupełnienia w celu wdrożenia proponowanych rozwiązań.

DOWODY NAUKOWE

Fizjoterapia podczas hospitalizacji, długość pobytu i efektywność ekonomiczna

- Peiris CL, Shields N, Brusco NK, Watts JJ, Taylor NF. Additional physical therapy services reduce length of stay and improve health outcomes in people with acute and subacute conditions: an updated systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2018;99(11):2299–2312. doi:10.1016/j.apmr.2018.03.005.
- Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Extra physical therapy reduces patient length of stay and improves functional outcomes and quality of life in people with acute or subacute conditions: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(9):1490–1500. doi:10.1016/j.apmr.2011.04.005.

- Masaracchio M, Hanney WJ, Liu X, Kolber M, Kirker K. Timing of rehabilitation on length of stay and cost in patients with hip or knee joint arthroplasty: a systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017;12(6):e0178295. doi:10.1371/journal.pone.0178295.
- Staunton PF, Grant-Freemantle MC, Pomeroy E, Cashman J. The role of a seven-day physiotherapy service in reducing length of stay and improving cost-effectiveness in arthroplasty surgery. *Cureus*. 2023;15(1):e33951. doi:10.7759/cureus.33951.
- Brusco NK, Watts JJ, Shields N, Taylor NF. Are weekend inpatient rehabilitation services value for money? An economic evaluation alongside a randomized controlled trial with a 30 day follow up. *BMC Medicine*. 2014;12:89. doi:10.1186/1741-7015-12-89.
- Brusco NK, Watts JJ, Shields N, Taylor NF. Is cost effectiveness sustained after weekend inpatient rehabilitation? 12 month follow up from a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*. 2015;15:165. doi:10.1186/s12913-015-0822-3.
- Kosse NM, Dutmer AL, Dasenbrock L, Bauer JM, Lamoth CJC. Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2013;13:107. doi:10.1186/1471-2318-13-107.
- Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, et al. Effect of exercise intervention on functional decline in very elderly patients during acute hospitalization: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*. 2019;179(1):28–36. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4869.
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2009;373(9678):1874–1882. doi:10.1016/S0140-6736(09)60658-9.
- Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;12(12):CD005305. doi:10.1002/14651858.CD005305.pub4.

Prehabilitacja

- Mclsaac DI, Kidd G, Gillis C, et al. Relative efficacy of prehabilitation interventions and their components: systematic review with network and component network meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*. 2025;388:e081164. doi:10.1136/bmj-2024-081164.
- Molenaar CJL, Minnella EM, Coca-Martinez M, et al. Effect of multimodal prehabilitation on reducing postoperative complications and enhancing functional capacity following colorectal cancer surgery: the PREHAB randomized clinical trial. *JAMA Surgery*. 2023;158(6):572–581. doi:10.1001/jamasurg.2023.0198.
- Sabajo CR, ten Cate DWG, van Grinsven S, et al. Nationwide implementation of multimodal prehabilitation and complications after colorectal cancer surgery. *JAMA Surgery*. 2026;161(7):711–718. doi:10.1001/jamasurg.2026.1519.

Wytyczne i dokumenty międzynarodowe

- British Geriatrics Society. *Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners*. British Geriatrics Society; 2019.
- NHS England, NHS Improvement. *Same-day acute frailty services*. NHS England; 2019.
- Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2013;188(8):e13–e64. doi:10.1164/rccm.201309-1634ST.
- Society of Critical Care Medicine. *ICU Liberation Bundle (A-F)*. Society of Critical Care Medicine.
- Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society. *ERAS Society Guidelines for Perioperative Care*. Enhanced Recovery After Surgery Society.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2020. doi:10.1787/a92adee4-en.
- OECD, European Commission. *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing; 2024. doi:10.1787/b3704e14-en.

Dokumenty krajowe i raporty

- Ministerstwo Zdrowia. *Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2027–2031*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2025.
- Fundacja OnkoCafe – Razem Lepiej. *Systemowa analiza opieki onkologicznej nad pacjentami z rakiem piersi w Polsce. Organizacja i funkcjonowanie systemu, koszty choroby, wyzwania i propozycje zmian*. 2026.
- Fundacja Udaru Mózgu. *Sytuacja osób po udarze mózgu. Raport 2024*. Łódź: Fundacja Udaru Mózgu; 2024.
- Bizard F. *Quel avenir pour la kinésithérapie en France? Étude d'impact médico-économique et des conditions de l'accès direct à la kinésithérapie en France*. Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes; 2026.

Dane i analizy wykorzystane w opracowaniu

- COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. *Dane dotyczące efektów zatrudnienia fizjoterapeuty dedykowanego oddziałowi internistycznemu*. Materiał niepublikowany; wykorzystano za zgodą podmiotu.
- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. *Analiza długości hospitalizacji w wybranych klinikach*. Materiał niepublikowany; wykorzystano za zgodą podmiotu.

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu. *Dane dotyczące długości hospitalizacji w Klinice Neurochirurgii po zwiększeniu zatrudnienia fizjoterapeutów*. Materiał niepublikowany; wykorzystano za zgodą podmiotu.

Akty prawne i dokumenty wymagające zmian

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 529).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 262).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2026 r. poz. 250).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 328).
- Zarządzenie Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
- Zarządzenie Nr 46/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

3. BEZPOŚREDNI DOSTĘP DO FIZJOTERAPEUTY

3.1. DIAGNOZA PROBLEMU

3.1.1. PACJENCI Z DOLEGLIWOŚCIAMI MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYMI

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej stanowiły w 2025 r. największą grupę przyczyn absencji chorobowej z powodu choroby własnej, odpowiadając za 42,4 mln dni niezdolności do pracy (17,5% wszystkich dni absencji). Wśród najczęstszych przyczyn niezdolności do pracy w tej grupie znajdują się m.in. bóle grzbietu (M54), zaburzenia korzeni i splotów nerwowych (G54), choroby krążków międzykręgowych (M51), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (M15–M19).

Obecnie pacjenci z dolegliwościami mięśniowo-szkieletowymi, takimi jak bóle kręgosłupa, szyi, barku czy kolana, przed rozpoczęciem fizjoterapii często przechodzą długą, wieloetapową ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, obejmującą wizytę u lekarza POZ, konsultację lekarza specjalisty, wykonanie badań obrazowych, ponowną wizytę lekarską w celu interpretacji wyników i dopiero skierowanie na fizjoterapię. Fizjoterapeuta, mimo że posiada kompetencje do przeprowadzenia diagnostyki funkcjonalnej i kwalifikacji do fizjoterapii, jest włączany do procesu dopiero na jego końcowym etapie. Taki model opieki wydłuża czas do rozpoczęcia leczenia oraz generuje dodatkowe obciążenie organizacyjne i finansowe dla systemu ochrony zdrowia.

Potrzeba usprawnienia ścieżki postępowania w tej grupie pacjentów ma istotne znaczenie zdrowotne i społeczno-ekonomiczne. **Obowiązujący model organizacji świadczeń nie odpowiada w pełni potrzebom tej grupy pacjentów i generuje szereg negatywnych konsekwencji zarówno dla pacjentów, jak i dla systemu ochrony zdrowia.** Powoduje to:

- **opóźnienie** rozpoczęcia właściwego postępowania;
- **zwiększenie** liczby konsultacji lekarskich realizowanych głównie w celu uzyskania skierowania;
- wykonywanie badań obrazowych bez jednoznacznych wskazań klinicznych;
- **nadmierne** stosowanie farmakoterapii;
- **zwiększenie** ryzyka utrwalenia bólu i ograniczeń sprawności;
- **wydłużenie** okresu czasowej niezdolności do pracy;
- **wzrost kosztów** ponoszonych przez system ochrony zdrowia i system zabezpieczenia społecznego.

Wcześniejsze włączenie fizjoterapeuty może skrócić ścieżkę pacjenta, ograniczyć powielanie konsultacji i umożliwić szybsze rozpoczęcie właściwego postępowania.

3.1.2. POTRZEBA WCZESNEJ OCENY FUNKCJONALNEJ DZIECI ORAZ WSPARCIE KOBIET W OKRESIE POPORODOWYM

3.1.2.1. POTRZEBA WCZESNEJ OCENY FUNKCJONALNEJ DZIECI

Istotnym wyzwaniem zdrowia publicznego jest również brak systemowych rozwiązań umożliwiających wczesne wykrywanie zaburzeń rozwoju narządu ruchu oraz innych problemów zdrowotnych u dzieci. Obecnie fizjoterapeuta nie uczestniczy w sposób systemowy w profilaktycznej ocenie rozwoju dziecka, mimo że posiada kompetencje do przeprowadzenia oceny funkcjonalnej, wykrywania nieprawidłowości rozwoju psychoruchowego oraz kwalifikowania do odpowiednich działań profilaktycznych i terapeutycznych.

Potrzebę wprowadzenia takich rozwiązań potwierdzają wyniki ogólnopolskiego programu „WF z AWF – Aktywny dzisiaj dla zdrowia w przyszłości”, które wskazują na występowanie istotnych problemów zdrowotnych już u dzieci w wieku przedszkolnym, w tym:

- **wad postawy u ponad 63% badanych dzieci,**
- **konieczność skierowania ponad 13% dzieci na dalszą diagnostykę specjalistyczną,**
- **nadwagę lub otyłość u 12% dzieci czteroletnich, w tym otyłość u 8,4%, a wśród chłopców w wieku 4 lat 14,6%,**
- **obniżoną masę ciała u 14,6% dzieci sześciolletnich.**

Potrzebę wzmocnienia działań profilaktycznych potwierdzają również wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli, które wykazały, że w **latach 2022–2024 badaniami bilansowymi objęto jedynie 25,2–26,2% populacji dzieci i młodzieży, poradami patronażowymi lekarzy POZ 39,0–42,3% uprawnionych, natomiast wizytami patronażowymi pielęgniarek POZ zaledwie 16,9–18,2% dzieci.** NIK wskazała, że brak systematycznej i kompleksowej profilaktycznej opieki zdrowotnej utrudnia wczesne wykrywanie chorób i wad rozwojowych oraz ogranicza możliwość monitorowania stanu zdrowia dzieci i młodzieży.

3.1.2.2. PROBLEMY ZDROWOTNE I FUNKCJONALNE KOBIET W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Potrzeba objęcia kobiet opieką fizjoterapeutyczną w okresie okołoporodowym wynika z częstego występowania dolegliwości i zaburzeń funkcjonalnych związanych z ciążą i okre-

sem po porodzie. Wyniki metaanaliz wskazują, że **ból pleców występuje u około 40,5% kobiet w ciąży, a nietrzymanie moczu u około 41%**. Potrzeba zapewnienia opieki utrzymuje się również po porodzie. W przeglądzie systematycznym przeprowadzonym przez Gmelig Meyling i wsp. wykazano, że **ból kręgosłupa występuje u 53–60,5% kobiet w ciągu 8–12 tygodni po porodzie, a po 6 miesiącach utrzymuje się u 43–58,9% kobiet**.

Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zalecają zapewnienie kobietom kompleksowej opieki poporodowej obejmującej ocenę stanu zdrowia, identyfikację problemów zdrowotnych oraz kierowanie do odpowiednich świadczeń. **Wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oraz American Physical Therapy Association (APTA) podkreślają rolę fizjoterapii w postępowaniu z kobietami w okresie okołoporodowym, w tym w zakresie aktywności fizycznej, ćwiczeń, oceny funkcjonalnej oraz postępowania w przypadku dolegliwości narządu ruchu**. Dane te uzasadniają włączenie fizjoterapeuty do opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym, zarówno w ramach fizjoprofilaktyki w ciąży, jak i oceny funkcjonalnej oraz kwalifikacji do dalszej fizjoterapii po porodzie.

Przedstawione dane wskazują na zasadność objęcia opieką fizjoterapeutyczną zarówno dzieci od najwcześniejszych etapów życia, jak i kobiet w okresie poporodowym. Rozwiązanie to umożliwi wczesną identyfikację zaburzeń rozwoju i ograniczeń funkcjonalnych, wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych oraz fizjoterapeutycznych oraz ograniczenie odległych konsekwencji zdrowotnych, jak i społecznych wynikających z późnego rozpoznania problemów zdrowotnych.

3.2. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA

3.2.1. BEZPOŚREDNI DOSTĘP DO FIZJOTERAPEUTY DLA PACJENTÓW Z DOLEGLIWOŚCIAMI MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWYMI

Proponujemy wdrożenie modelu bezpośredniego dostępu pacjenta do fizjoterapeuty poprzez włączenie fizjoterapeuty do koordynowanej opieki podstawowej jako specjalisty pierwszego kontaktu w przypadku wybranych schorzeń i problemów zdrowotnych. Rozwiązanie to powinno funkcjonować w ramach jasno określonych zasad kwalifikacji pacjenta oraz ścieżek współpracy z lekarzem POZ i lekarzami specjalistami, w tym w zakresie kierowania pacjenta do dalszej diagnostyki lub konsultacji. Model powinien obejmować świadczenia finansowane ze środków publicznych i być ukierunkowany na możliwie wczesne rozpoczęcie właściwego postępowania terapeutycznego, w szczególności u osób z:

- bólem kręgosłupa;
- bólem stawów;
- ograniczeniami funkcjonalnymi narządu ruchu;

- urazami tkanek miękkich oraz zmianami przeciążeniowymi narządu ruchu;
- zwiększonym ryzykiem upadków;
- wybranymi chorobami przewlekłymi wymagającymi fizjoterapii.

Pacjent powinien mieć możliwość bezpośredniego umówienia wizyty u fizjoterapeuty finansowanej ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, bez konieczności wcześniejszej konsultacji lekarskiej odbywanej w celu uzyskania skierowania. Jednocześnie należy utrzymać mechanizmy zapewniające płynne przekazanie pacjenta do lekarza w sytuacjach wymagających diagnostyki lekarskiej lub leczenia specjalistycznego. W ramach posiadanych kompetencji fizjoterapeuta jest uprawniony m.in. do:

- przeprowadzenia diagnostyki funkcjonalnej;
- oceny wskazań i przeciwwskazań do fizjoterapii;
- identyfikacji objawów alarmowych wymagających konsultacji lekarskiej;
- zaplanowania, prowadzenia i modyfikowania procesu fizjoterapii;
- monitorowania efektów postępowania;
- edukacji zdrowotnej i działań profilaktycznych;
- przekazania pacjenta do lekarza, gdy jego stan wymaga diagnostyki lub leczenia wykraczającego poza kompetencje fizjoterapeuty.

Standardem pracy fizjoterapeutów jest również współpraca interdyscyplinarna, w tym komunikacja z lekarzem POZ, lekarzami specjalistami oraz innymi zawodami medycznymi. Jako przedstawiciele samodzielnego zawodu medycznego są zobowiązani do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z właściwymi ustawami i aktami wykonawczymi.

Wprowadzenie modelu bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty pozwoli na szybsze rozpoczęcie właściwego postępowania terapeutycznego oraz ograniczenie liczby zbędnych konsultacji lekarskich realizowanych wyłącznie w celu uzyskania skierowania. Rozwiązanie to sprzyja ograniczeniu wykonywania nieuzasadnionych badań obrazowych oraz nadmiernego stosowania farmakoterapii, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa pacjenta dzięki obowiązkowi identyfikacji objawów alarmowych. **Umożliwi także bardziej efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, w tym czasu pracy lekarzy oraz szybszy dostęp pacjentów do fizjoterapii i działań z zakresu fizjoprofilaktyki.** W konsekwencji może przyczynić się do **szybszego powrotu pacjentów do sprawności i aktywności zawodowej, poprawy wyników leczenia i satysfakcji pacjentów oraz ograniczenia kosztów ponoszonych przez system ochrony zdrowia i związanych z czasową niezdolnością do pracy.**

Doświadczenia państw, w których funkcjonują różne modele bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty, wskazują, że rozwiązanie to może skracać ścieżkę pacjenta i ograniczać wykorzystanie innych świadczeń medycznych, przy zachowaniu bezpieczeństwa i porównywalnych wyników leczenia. Wybrane wyniki badań oraz analiz ekonomicznych przedstawiono w **tabeli 5**.

Tabela 5. Wybrane korzyści kliniczne i ekonomiczne wynikające z bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty

Obszar	Najważniejsze wyniki	Znaczenie dla systemu	Źródło
Fizjoterapeuta pierwszego kontaktu w POZ	W badaniu obejmującym 426 pacjentów i 46 placówek wyniki leczenia były porównywalne z modelem lekarskim i nie zidentyfikowano problemów bezpieczeństwa. Mediana kosztu wyniosła 105,5 GBP w modelu lekarza rodzinnego wobec 41 GBP i 44 GBP w modelach fizjoterapeutycznych. Leki, w tym opioidy, otrzymało 44,7% pacjentów w modelu lekarza rodzinnego wobec 18,4% i 24,7% w modelach fizjoterapeutycznych.	Porównywalne wyniki leczenia i zachowanie bezpieczeństwa przy niższych kosztach oraz rzadszym stosowaniu leków.	Walsh i wsp., 2024
Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty bez skierowania lekarskiego	Liczba konsultacji lekarskich z powodu schorzeń mięśniowo-szkieletowych spadła o 391 wizyt na 10 000 mieszkańców, bez wzrostu liczby świadczeń fizjoterapeutycznych. Wykazano również zmniejszenie liczby operacji kręgosłupa u osób w wieku 40–60 lat.	Mniejsze wykorzystanie konsultacji lekarskich i leczenia operacyjnego bez zwiększenia liczby świadczeń fizjoterapeutycznych.	Zouch i wsp., 2024
Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty u pacjentów z bólem kręgosłupa	Bezpośredni dostęp generował 7500 EUR oszczędności na pacjenta w okresie 5 lat oraz wiązał się z 36 dniami mniej absencji chorobowej. Oszczędności wynikały m.in. z szybszego powrotu do pracy, mniejszej liczby badań, konsultacji lekarskich i operacji kręgosłupa oraz ograniczenia stosowania leków przeciwbólowych.	1 EUR przeznaczone na wczesną fizjoterapię bez skierowania generowało 4,2 EUR oszczędności i korzyści ekonomicznych.	Bizard, 2026

Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty	W pierwszym roku po zniesieniu obowiązku skierowania 28% pacjentów korzystało z bezpośredniego dostępu. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych nie wzrosła, a pacjenci korzystający z bezpośredniego dostępu odbywali średnio około 2,3 wizyty mniej niż pacjenci skierowani przez lekarza.	Skrócenie ścieżki pacjenta i zmniejszenie liczby wizyt bez wzrostu wykorzystania fizjoterapii.	Leemrijse i wsp., 2008
Poradnie ortopedyczne prowadzone przez fizjoterapeutów	Model generował 9798 AUD korzyści netto na pacjenta.	Poprawa dostępu do świadczeń oraz ograniczenie bezpośrednich i pośrednich kosztów opieki.	APA, 2020
Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty w chorobach narządu ruchu	Dla bólu kręgosłupa średni zwrot ekonomiczny wyniósł 6063 AUD na pacjenta, przy wskaźniku korzyść/koszt 6,7:1. Każdy 1 AUD zainwestowany we wczesną fizjoterapię przynosił ponad 6 AUD korzyści.	Mniejsze wykorzystanie innych świadczeń medycznych oraz ograniczenie potrzeby kolejnych konsultacji i interwencji.	APA, 2020

Przedstawione dane wskazują, że bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty może przynosić korzyści zarówno pacjentom, jak i systemowi ochrony zdrowia. Skrócenie ścieżki do właściwego świadczenia, ograniczenie konsultacji realizowanych wyłącznie w celu uzyskania skierowania oraz mniejsze wykorzystanie części badań, farmakoterapii i innych interwencji pozwalają lepiej wykorzystywać dostępne kadry i środki publiczne.

Propozycja wprowadzenia bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty stanowi kontynuację działań Krajowej Izby Fizjoterapeutów w tym obszarze. Rozwiązanie to zostało przyjęte Uchwałą nr 997/II Krajowej Rady Fizjoterapeutów jako inicjatywa zgłoszona przez KIF w ramach programu Ministerstwa Zdrowia „Odwrócona Piramida Świadczeń”.

3.2.2. WCZESNA DIAGNOSTYKA ZABURZEŃ ROZWOJU DZIECI I WSPARCIE MATEK W OKRESIE POPORODOWYM

3.2.2.1. OPIEKA FIZJOTERAPEUTYCZNA NAD KOBIETĄ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Proponujemy włączenie fizjoterapeuty do **standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej** oraz zapewnienie kobietom dostępu do konsultacji fizjoterapeutycznych finansowanych ze środków publicznych zarówno w okresie ciąży, jak i po porodzie.

W okresie ciąży proponowane są dwie konsultacje fizjoterapeutyczne – **między 9. a 13. oraz między 28. a 35. tygodniem ciąży**. Ich celem byłaby ocena funkcjonalna kobiety, profilaktyka dolegliwości związanych z ciążą, wspieranie bezpiecznej aktywności fizycznej oraz przygotowanie funkcjonalne do porodu i połogu.

Konsultacje w okresie ciąży powinny obejmować w szczególności:

- ocenę funkcjonalną układu mięśniowo-szkieletowego;
- ocenę postawy ciała i zmian biomechanicznych związanych z ciążą;
- identyfikację dolegliwości bólowych i innych problemów funkcjonalnych;
- ocenę funkcji mięśni dna miednicy;
- dobór bezpiecznej aktywności fizycznej i ćwiczeń odpowiednich do etapu ciąży;
- działania z zakresu fizjoprofilaktyki, w tym profilaktykę dolegliwości bólowych i zaburzeń funkcji dna miednicy;
- edukację dotyczącą ergonomii i bezpiecznego wykonywania codziennych czynności;
- przekazanie zaleceń dotyczących bezpiecznego powrotu do aktywności po porodzie.

Po porodzie proponujemy zapewnienie każdej kobiecie, niezależnie od sposobu zakończenia ciąży, możliwości skorzystania **bez skierowania z konsultacji z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej, około 6. tygodnia po porodzie**.

Konsultacja po porodzie powinna obejmować w szczególności:

- ocenę stanu funkcjonalnego kobiety;
- ocenę funkcji mięśni dna miednicy;
- ocenę układu mięśniowo-szkieletowego i występujących dolegliwości;
- identyfikację objawów nietrzymania moczu i innych zaburzeń funkcji dna miednicy;
- ocenę następstw cięcia cesarskiego lub urazów krocza w zakresie kompetencji fizjoterapeuty;
- ocenę możliwości bezpiecznego powrotu do aktywności fizycznej;

- edukację dotyczącą profilaktyki przeciążeń;
- przekazanie indywidualnych zaleceń i ćwiczeń;
- kwalifikację do dalszej fizjoterapii lub wskazanie potrzeby konsultacji lekarskiej w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości.

Zasadność włączenia fizjoterapii do opieki okołoporodowej wspierają dostępne dowody naukowe. Odpowiednio dobrana aktywność fizyczna w ciąży wiąże się m.in. z mniejszym ryzykiem cukrzycy ciążowej, nadmiernego przyrostu masy ciała, zaburzeń nadciśnieniowych, nietrzymania moczu oraz bólu lędźwiowo-miednicznego. Przegląd Cochrane obejmujący 46 badań i 10 832 kobiety wskazuje ponadto, że trening mięśni dna miednicy rozpoczęty w ciąży może zmniejszać ryzyko nietrzymania moczu w późnej ciąży i okresie poporodowym. Szczegółowy zakres, terminy i zasady realizacji konsultacji powinny zostać określone w standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej, z uwzględnieniem kompetencji poszczególnych zawodów medycznych, zasad bezpieczeństwa oraz współpracy fizjoterapeuty z lekarzem i położną.

3.2.2.2. PORADA PATRONAŻOWA FIZJOTERAPEUTY DLA NIEMOWLĘCIA

Proponujemy wprowadzenie, finansowanej ze środków publicznych, **porady patronażowej fizjoterapeuty dla niemowlęcia**, realizowanej w pierwszych miesiącach życia dziecka. Świadczenie stanowiłoby element profilaktyki zdrowotnej i wczesnej oceny rozwoju, umożliwiając identyfikację nieprawidłowości wymagających obserwacji, dalszej diagnostyki, konsultacji specjalistycznej lub fizjoterapii.

Porada patronażowa powinna obejmować w szczególności:

- ocenę rozwoju psychoruchowego i funkcjonalnego niemowlęcia;
- ocenę spontanicznej aktywności ruchowej, symetrii oraz jakości wzorców ruchowych;
- identyfikację czynników ryzyka zaburzeń rozwoju i nieprawidłowości narządu ruchu;
- wczesne wykrywanie nieprawidłowości wymagających dalszej diagnostyki, fizjoterapii lub konsultacji specjalistycznej;
- instruktaż dotyczący pozycjonowania oraz wspierania jego prawidłowego rozwoju ruchowego;
- edukację rodziców dotyczącą rozwoju dziecka oraz objawów wymagających konsultacji;
- przekazanie indywidualnych zaleceń;
- kwalifikację do dalszej fizjoterapii lub wskazanie potrzeby dalszej diagnostyki.

W przypadku stwierdzenia problemów funkcjonalnych kobieta powinna otrzymać informację o możliwości skorzystania z konsultacji z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej.

Porada patronażowa nie zastępowałaby diagnostyki ani fizjoterapii dzieci z rozpoznanymi zaburzeniami. Jej podstawowym zadaniem byłoby **wcześniejsze wychwycenie dzieci wymagających dalszego postępowania i skrócenie czasu do rozpoczęcia właściwej interwencji**.

Szczegółowy termin, zakres i sposób realizacji porady patronażowej powinny zostać określone w odrębnym standardzie organizacyjnym, z uwzględnieniem aktualnych dowodów naukowych, wymagań kwalifikacyjnych oraz kompetencji poszczególnych zawodów medycznych.

3.2.2.3. OCENA FUNKCJONALNA DZIECI W RAMACH BADAŃ BILANSOWYCH

Porada patronażowa powinna stanowić pierwszy element szerszego modelu monitorowania rozwoju funkcjonalnego dziecka. Na kolejnych etapach proponujemy **włączenie oceny funkcjonalnej wykonywanej przez fizjoterapeutę do badań bilansowych dzieci**. Taką ciągłość – od porady patronażowej do oceny funkcjonalnej podczas kolejnych badań bilansowych – przewiduje również opracowany model opieki nad kobietą i dzieckiem.

Ocena funkcjonalna w ramach badań bilansowych powinna obejmować w szczególności:

- ocenę postawy ciała w tym badania mające na celu wczesne wykrycie skoliozy idiopatycznej;
- ocenę rozwoju motorycznego;
- ocenę sprawności i funkcjonowania dziecka odpowiednio do jego wieku;
- identyfikację nieprawidłowości i czynników ryzyka zaburzeń narządu ruchu;
- przekazanie dziecku i rodzicom zaleceń dotyczących aktywności fizycznej i profilaktyki;
- wskazanie potrzeby dalszej diagnostyki, konsultacji specjalistycznej lub fizjoterapii.

Wynik oceny powinien być odnotowywany w dokumentacji medycznej dziecka, w tym w Książeczce Zdrowia Dziecka. Pozwoliłoby to na systematyczne monitorowanie rozwoju funkcjonalnego również tych dzieci, które nie należą do grup podwyższonego ryzyka i wcześniej nie były objęte opieką fizjoterapeutyczną.

3.2.2.4. FIZJOTERAPEUTA W PROFILAKTYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI

Kontynuacją tego modelu powinno być szersze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, w tym w przedszkolach i szkołach.

Działania fizjoterapeuty powinny obejmować w szczególności:

- okresową ocenę postawy ciała;
- ocenę rozwoju motorycznego i sprawności funkcjonalnej;
- identyfikację czynników ryzyka i nieprawidłowości narządu ruchu;
- edukację w zakresie aktywności fizycznej, ergonomii i profilaktyki przeciążeń;
- kierowanie dzieci wymagających dalszej diagnostyki lub fizjoterapii do odpowiednich świadczeń.

Rozwiązanie umożliwiłoby wcześniejsze wykrywanie nieprawidłowości, monitorowanie rozwoju oraz ograniczanie ryzyka utrwalania się zaburzeń i ich późniejszych konsekwencji zdrowotnych i funkcjonalnych

Przedstawione rozwiązania tworzą spójną ścieżkę profilaktyki i wczesnej oceny funkcjonalnej: od okresu ciąży i połogu, przez pierwsze miesiące życia dziecka, po badania bilansowe i okres szkolny. Ich celem jest wcześniejsza identyfikacja problemów funkcjonalnych i podejmowanie odpowiednich działań, zanim dojdzie do utrwalenia nieprawidłowości i konieczności bardziej złożonego postępowania. Proponowany model rozwija kierunki działań podejmowanych wcześniej przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. **Uchwała nr 997/II Krajowej Rady Fizjoterapeutów obejmuje zarówno inicjatywę dotyczącą bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty, zgłoszoną przez KIF w ramach programu „Odwrócona Piramida Świadczeń”, jak również kontynuację prac nad projektem wizyty fizjoterapeutycznej w ramach opieki patronażowej.**

Zasadność proponowanych rozwiązań wspierają wyniki badań wskazujące na znaczenie działań profilaktycznych i fizjoterapii w okresie okołoporodowym oraz wczesnej oceny funkcjonalnej, monitorowania rozwoju i odpowiednio wczesnego podejmowania interwencji u dzieci. Wybrane dowody naukowe przedstawiono w **tabeli 6**.

Tabela 6. Wybrane dowody naukowe uzasadniające wczesne włączenie fizjoterapeuty do opieki nad kobietą i dzieckiem

Obszar	Najważniejsze wyniki	Znaczenie dla systemu	Źródło
Aktywność fizyczna w okresie ciąży	Przegląd wskazuje, że regularna aktywność fizyczna w prawidłowo przebiegającej ciąży wiąże się z korzyściami zdrowotnymi dla kobiety i dziecka oraz powinna być dostosowana do stanu zdrowia i przebiegu ciąży.	Wspiera włączanie promocji bezpiecznej aktywności fizycznej i fizjoprofilaktyki do opieki nad kobietą w ciąży.	Ribeiro i wsp., 2022

Profilaktyka nietrzymania moczu w ciąży i po porodzie	Przegląd Cochrane objął 46 badań z randomizacją i 10 832 kobiety z 21 krajów . U kobiet bez nietrzymania moczu na początku ciąży trening mięśni dna miednicy prowadzony w ciąży zmniejszał ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu w późnej ciąży oraz w okresie 3–6 miesięcy po porodzie.	Uzasadnia wczesne działania profilaktyczne dotyczące funkcji mięśni dna miednicy w opiece okołoporodowej.	Woodley i wsp., 2020
Problemy zdrowotne kobiet po porodzie	Przegląd systematyczny wykazał, że problemy zdrowotne mogą utrzymywać się przez pierwszy rok po porodzie i obejmują m.in. dolegliwości mięśniowo-szkieletowe oraz problemy dotyczące dna miednicy.	Wskazuje na potrzebę uwzględnienia oceny stanu funkcjonalnego kobiety także po zakończeniu bezpośredniej opieki związanej z porodem.	Gmelig Meyling i wsp., 2023
Wczesny dostęp do fizjoterapii dzieci z MPD	Badanie objęło 38 dzieci z MPD . 66% odbyło pierwszą wizytę u fizjoterapeuty przed 5. miesiącem wieku skorygowanego. Mediana wieku przy pierwszej wizycie wynosiła 1,9 miesiąca u dzieci skierowanych przez neonatologa lub objętych obserwacją neonatologiczną wobec 7,6 miesiąca u dzieci kierowanych innymi ścieżkami ($p < 0,0001$).	Pokazuje, że sposób organizacji ścieżki opieki ma znaczenie dla czasu rozpoczęcia fizjoterapii; autorzy wskazują, że fizjoterapia powinna być dostępna jeszcze przed formalnym rozpoznaniem MPD.	Hekne i wsp., 2021
Wczesna ocena spon-tanicznej aktywności ruchowej niemowląt – GMA	Przegląd systematyczny obejmował 47 badań . GMA w okresie ruchów „fidgety” (10–20 tygodni wieku skorygowanego) osiągnęła 97% czułości i 89% swoistości w przewidywaniu późniejszego rozpoznania MPD.	Potwierdza znaczenie stosowania zwalidowanych metod oceny we wczesnej identyfikacji niemowląt z ryzykiem zaburzeń neurorozwojowych.	Kwong i wsp., 2018
Wczesne interwencje u niemowląt z MPD lub ryzykiem MPD	Spośród 840 rekordów do analizy włączono 3 przeglądy systematyczne obejmujące 46 badań oraz 6 dodatkowych RCT . Autorzy wskazali na możliwość większych korzyści z wcześniejszej niż późniejszej interwencji, ale podkreślili ograniczoną ilość i jakość dostępnych danych.	Wspiera kierunek możliwie wczesnej interwencji, ale nie pozwala na formułowanie kategorycznego wniosku o przewadze wszystkich form wczesnej fizjoterapii.	Damiano i Longo, 2021

Zaburzenia rozwojowe w pierwszym roku życia a późniejsza skolioza idiopatyczna	W retrospektywnym badaniu kliniczno-kontrolnym analizowano występowanie asymetrii rozwojowej i nieprawidłowego napięcia mięśniowego w pierwszym roku życia u młodzieży ze skoliozą idiopatyczną. Autorzy wskazali, że mogą one stanowić potencjalny czynnik związany z rozwojem skoliozy, jednak hipoteza wymaga dalszych badań. Podkreślili, że niemowlęta z rozpoznanymi zaburzeniami rozwojowymi wymagają systematycznej obserwacji.	Stanowi argument za zachowaniem ciągłości obserwacji dzieci, u których we wczesnym okresie życia stwierdzono zaburzenia rozwojowe – od wczesnej oceny do monitorowania na kolejnych etapach rozwoju.	Stępień i wsp., 2022
Fizjoterapia wcześniaków	Badanie pilotażowe dotyczyło wpływu wczesnej interwencji fizjoterapeutycznej na rozwój wcześniaków. Autorzy wskazują na znaczenie możliwe wczesnego rozpoczynania postępowania ze względu na ryzyko późniejszych deficytów rozwoju motorycznego związanych z wcześniactwem.	Wspiera potrzebę wczesnej oceny i obserwacji rozwoju motorycznego dzieci urodzonych przedwcześnie.	Parau i wsp., 2024
Postawa ciała dzieci 4-6 lat	63,82% dzieci wykazywało co najmniej jedną nieprawidłowość postawy, a 13,21% wymagało pilnej konsultacji lekarskiej.	Uzasadnia włączenie fizjoterapeuty do badań przesiewowych i działań profilaktycznych już na etapie przedszkolnym.	Raport WF z AWF 2026, s. 205.
Nadwaga i otyłość przedszkolaków	7,1% dzieci miało nadwagę lub otyłość; wśród 4-latków odsetek otyłości wynosił 8,4%, a u chłopców 14,6%.	Wczesna edukacja ruchowa i fizjoterapia mogą ograniczać rozwój chorób metabolicznych i ich koszty w przyszłości.	Raport WF z AWF 2026, s. 211-212.
Kompetencje ruchowe dzieci	94% dzieci nie osiągało wystarczającego poziomu kompetencji ruchowych.	Wskazuje na potrzebę systemowego wsparcia rozwoju ruchowego dzieci oraz wczesnego udziału fizjoterapeutów w profilaktyce.	Raport WF z AWF / III Kongres WF z AWF 2025.

Przedstawione dane wskazują, że wcześniejsze włączenie fizjoterapeuty może skracać ścieżkę pacjenta, ograniczać liczbę zbędnych konsultacji i badań oraz umożliwiać szybsze rozpoczęcie właściwego postępowania. W przypadku dzieci i kobiet po porodzie wczesna ocena funkcjonalna sprzyja wcześniejszemu rozpoznawaniu problemów i wdrażaniu mniej złożonych działań profilaktycznych oraz terapeutycznych. Z punktu widzenia systemu oznacza to możliwość poprawy dostępności świadczeń przy jednoczesnym bardziej racjonalnym wykorzystaniu zasobów kadrowych i finansowych.

► REKOMENDACJA

Należy zapewnić finansowany ze środków publicznych bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty dla pacjentów z wybranymi dolegliwościami mięśniowo-szkieletowymi. Jednocześnie fizjoterapeuci powinni zostać włączeni do opieki nad kobietą w okresie ciąży i po porodzie oraz do wczesnej oceny funkcjonalnej dzieci – od pierwszych miesięcy życia, przez badania bilansowe, po okres szkolny. Zakres tych świadczeń oraz zasady współpracy z lekarzami i innymi zawodami medycznymi powinny być jasno określone i zapewniać bezpieczeństwo pacjenta.

► OCZEKIWANE EFEKTY

- szybszy dostęp do fizjoterapii i wcześniejsze rozpoczęcie właściwego postępowania;
- mniej wizyt lekarskich odbywanych wyłącznie w celu uzyskania skierowania;
- skrócenie kolejek do lekarzy POZ i specjalistów;
- bardziej racjonalne wykorzystanie badań obrazowych i farmakoterapii;
- zmniejszenie ryzyka przewlekłego bólu i ograniczenia sprawności;
- wcześniejsze rozpoznawanie problemów funkcjonalnych u kobiet w ciąży i po porodzie;
- lepsze przygotowanie kobiet do porodu i bezpiecznego powrotu do sprawności;
- wcześniejsze wykrywanie nieprawidłowości w rozwoju dzieci;
- możliwość monitorowania rozwoju funkcjonalnego dziecka na kolejnych etapach życia;
- ograniczenie absencji chorobowej i szybszy powrót do aktywności zawodowej;
- lepsze wykorzystanie czasu pracy personelu medycznego;
- ograniczenie kosztów związanych z późnym rozpoznaniem i leczeniem problemów zdrowotnych.

► ZNACZENIE DLA SYSTEMU

Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty pozwala pacjentowi szybciej trafić do właściwego specjalisty, bez konieczności odbywania dodatkowej wizyty lekarskiej tylko po skierowanie. Z kolei udział fizjoterapeuty w opiece nad kobietą w okresie okołoporodowym oraz w ocenie rozwoju dzieci daje możliwość wcześniejszego wychwycenia problemów i podjęcia działań, zanim staną się bardziej złożone. To prostsza droga dla pacjenta, lepsze wykorzystanie kompetencji poszczególnych zawodów medycznych i szansa na ograniczenie kosztów późniejszego leczenia.

3.3. POTRZEBNE ZMIANY SYSTEMOWE

Realizacja proponowanych rozwiązań wymaga wprowadzenia skoordynowanych zmian legislacyjnych i organizacyjnych, obejmujących utworzenie nowych świadczeń oraz włączenie fizjoterapeutów do wybranych obszarów opieki zdrowotnej.

Tabela 7. Proponowane zmiany systemowe w zakresie dostępu do fizjoterapii i fizjoprofilaktyki

Akt prawny / obszar	Proponowana zmiana
Przepisy regulujące świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych	Zapewnienie finansowanego ze środków publicznych dostępu do porady fizjoterapeutycznej bez konieczności uzyskania skierowania dla określonych grup pacjentów, w szczególności osób z wybranymi dolegliwościami mięśniowo-szkieletowymi. Szczegółowy zakres świadczenia, kryteria kwalifikacji oraz sposób jego finansowania powinny zostać określone na etapie prac legislacyjnych.
Rozporządzenie MZ z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – w aktualnym brzmieniu	Uwzględnienie fizjoterapeuty w standardzie opieki nad kobietą w okresie ciąży i po porodzie. Zakres opieki powinien obejmować ocenę funkcjonalną, fizjoprofilaktykę, wspieranie bezpiecznej aktywności fizycznej, przygotowanie funkcjonalne do porodu i połogu oraz ocenę i zalecenia po porodzie, z możliwością kwalifikacji do dalszej fizjoterapii w razie wskazań.

Przepisy regulujące świadczenia profilaktyczne i opiekę nad dzieckiem	Wprowadzenie możliwości realizacji finansowanej ze środków publicznych patronażowej porady fizjoterapeutycznej dla niemowlęcia. Jej celem byłaby wczesna ocena rozwoju funkcjonalnego, identyfikacja nieprawidłowości i czynników ryzyka oraz wskazanie potrzeby dalszej diagnostyki, konsultacji specjalistycznej lub fizjoterapii. Szczegółowe miejsce świadczenia w systemie oraz sposób jego finansowania powinny zostać określone na etapie prac legislacyjnych.
Przepisy regulujące profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą	Rozważenie włączenia oceny funkcjonalnej wykonywanej przez fizjoterapeutę do profilaktycznej opieki nad dzieckiem, w tym na wybranych etapach badań bilansowych. Zakres oceny mógłby obejmować rozwój motoryczny, postawę ciała i sprawność funkcjonalną oraz identyfikację wskazań do dalszej diagnostyki lub fizjoterapii.
Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz właściwe akty wykonawcze	Rozważenie włączenia fizjoterapeuty do profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, w szczególności w zakresie oceny funkcjonalnej, profilaktyki zaburzeń narządu ruchu, fizjoprofilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji uczniów wymagających dalszej diagnostyki lub fizjoterapii.
Przepisy dotyczące dokumentacji medycznej dzieci i młodzieży	Dostosowanie zakresu dokumentacji medycznej do proponowanych zmian, tak aby możliwe było odnotowywanie wyników oceny funkcjonalnej wykonywanej przez fizjoterapeutę oraz zapewnienie ciągłości informacji na kolejnych etapach opieki.

Proponowane zmiany pozwolą stworzyć spójny model wczesnego dostępu do fizjoterapii i fizjoprofilaktyki na różnych etapach życia, umożliwiając wcześniejsze wykrywanie zaburzeń funkcjonalnych, szybsze rozpoczęcie odpowiedniego postępowania oraz zapobieganie rozwojowi nieprawidłowości i utracie samodzielności.

3.4. PUBLIKACJE I DOKUMENTY ŹRÓDŁOWE

Przedstawione rekomendacje oparto na aktualnych dowodach naukowych, międzynarodowych wytycznych klinicznych, dokumentach strategicznych oraz krajowych analizach dotyczących organizacji systemu ochrony zdrowia. W dalszej części wskazano również akty prawne i dokumenty organizacyjne wymagające zmian lub uzupełnienia w celu wdrożenia proponowanych rozwiązań.

DOWODY NAUKOWE

Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe i bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty

- Walsh NE, Berry A, Halls S, et al. Clinical and cost-effectiveness of first contact physiotherapy for musculoskeletal disorders in primary care: the FRONTIER, mixed method realist evaluation. *Health and Social Care Delivery Research*. 2024;12(49):1-187. doi:10.3310/RTKY7521.
- Zouch JH, Berg B, Pripp AH, Storheim K, Ashton-James CE, Ferreira ML, Grotle M, Ferreira PH. Reducing strain on primary healthcare systems through innovative models of care: the impact of direct access physiotherapy for musculoskeletal conditions – an interrupted time series analysis. *Family Medicine and Community Health*. 2024;12(3):e002998. doi:10.1136/fmch-2024-002998.
- Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Physical Therapy*. 2008;88(8):936-946. doi:10.2522/ptj.20070308.
- Gallotti M, Campagnola B, Cocchieri A, Mourad F, Heick JD, Maselli F. Effectiveness and consequences of direct access in physiotherapy: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(18):5832. doi:10.3390/jcm12185832.
- Cattrysse E, Van den Broeck J, Petroons R, Teugels A, Scafoglieri A, van Trijffel E. Impact of direct access on the quality of primary care musculoskeletal physiotherapy: a scoping review from a patient, provider, and societal perspective. *Archives of Physiotherapy*. 2024;14:20-28. doi:10.33393/aop.2024.3023.
- Bizard F. *Quel avenir pour la kinésithérapie en France? Étude d'impact médico-économique et des conditions de l'accès direct à la kinésithérapie en France*. Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes; 2026.
- Nous Group. *Value of Physiotherapy in Australia*. Australian Physiotherapy Association; 2020.

Wczesna ocena funkcjonalna i fizjoterapia dzieci

- Hekne L, Montgomery C, Johansen K. Early access to physiotherapy for infants with cerebral palsy: a retrospective chart review. *PLoS ONE*. 2021;16(6):e0253846. doi:10.1371/journal.pone.0253846.
- Damiano DL, Longo E. Early intervention evidence for infants with or at risk for cerebral palsy: an overview of systematic reviews. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2021;63(7):771–784. doi:10.1111/dmcn.14855.
- Morgan C, Fethers L, Adde L, et al. Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. *JAMA Pediatrics*. 2021;175(8):846–858. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0878.
- Parau D, Butila Todoran A, Balasa R. Physiotherapy intervention on premature infants – a pilot study. *Medicina*. 2024;60(1):138. doi:10.3390/medicina60010138.
- Stępień A, Maślanko K, Rekowski W, Fabian K, Tuz J, Graff K. Analysis of the prevalence of asymmetry and muscle tone disorders in the first year of life among youth with idiopathic scoliosis: a retrospective case-control study. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 2022;35(5):1003–1011. doi:10.3233/BMR-171075.
- Kwong AKL, Fitzgerald TL, Doyle LW, Cheong JLY, Spittle AJ. Predictive validity of spontaneous early infant movement for later cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2018;60(5):480–489. doi:10.1111/dmcn.13697.
- Czaprowski D i wsp. Screening recommendations for early detection of idiopathic scoliosis – consensus by a multidisciplinary Task Force at Committee for Rehabilitation, Physical Culture and Social Integration of Polish Academy of Sciences. *Pediatr Med Rodz* 2024; 20 (3): 294–303, DOI: 10.15557/PiMR.2024.0046
- Akademia Wychowania Fizycznego. (2026, 19 marca). Raport merytoryczny projektu WF z AWF. *Aktywny dzisiaj dla zdrowia w przyszłości* za rok 2025.

Opieka fizjoterapeutyczna nad kobietą w okresie okołoporodowym

- Salari N, Mohammadi A, Hemmati M, Hasheminezhad R, Kani S, Shohaimi S, Mohammadi M. The global prevalence of low back pain in pregnancy: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023;23(1):830. doi:10.1186/s12884-023-06151-x.
- Moosdorff-Steinhaus HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*. 2021;32(7):1633–1652. doi:10.1007/s00192-020-04636-3.

- Gmelig Meyling MM, Frieling ME, Vervoort JPM, Feijen-de Jong EI, Jansen DEMC. Health problems experienced by women during the first year postpartum: a systematic review. *European Journal of Midwifery*. 2023;7:42. doi:10.18332/ejm/173417.
- Simonds AH, Abraham K, Spitznagle T. Executive summary of the clinical practice guidelines for pelvic girdle pain in the postpartum population. *Journal of Women's Health Physical Therapy*. 2022;46(1):3–10. doi:10.1097/JWH.0000000000000235.
- Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;5(5):CD007471. doi:10.1002/14651858.CD007471.pub4.

Wytczne i dokumenty międzynarodowe

- World Health Organization. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization; 2022.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Postnatal care. NICE guideline NG194*. London: NICE; 2021.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. NICE guideline NG210*. London: NICE; 2021.
- NHS England. *Implementation guidance: Perinatal Pelvic Health Services. Version 1*. London: NHS England; 2023.

Dokumenty krajowe i raporty

- Zakład Ubezpieczeń Społecznych. *Absencja chorobowa w 2025 r.* Warszawa: Zakład Ubezpieczeń Społecznych; 2026.
- Najwyższa Izba Kontroli. *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w podstawowej opiece zdrowotnej*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie. *WF z AWF – Aktywny dzisiaj dla zdrowia w przyszłości. Wyniki badań dzieci w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.
- Krajowa Rada Fizjoterapeutów. *Uchwała nr 997/II Krajowej Rady Fizjoterapeutów*.
- Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia. *Odwrócona Piramida Świadczeń. Projekt realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027; okres realizacji 2024–2027*.

Akty prawne i dokumenty wymagające zmian

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461).
- Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 328).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

4. PEŁNIEJSZE WYKORZYSTANIE KOMPETENCJI FIZJOTERAPEUTÓW

4.1. DIAGNOZA PROBLEMU

Pomimo wysokiego poziomu wykształcenia oraz kompetencji odpowiadających, a w wielu obszarach wykraczających poza standardy obowiązujące w części państw europejskich, **potencjał polskich fizjoterapeutów pozostaje niewykorzystany**. Ograniczenia nie wynikają z poziomu przygotowania zawodowego ani bezpieczeństwa pacjentów, lecz z rozwiązań organizacyjnych, regulacyjnych i prawnych, które nie nadążają za współczesnym modelem opieki opartym na efektywnym wykorzystaniu kompetencji wszystkich zawodów medycznych.

W konsekwencji pacjenci nie zawsze uzyskują świadczenia we właściwym czasie i na właściwym etapie procesu leczenia, mimo dostępności odpowiednio przygotowanych kadr. Utrwala to rozwiązania o niższej efektywności klinicznej i ekonomicznej oraz ogranicza możliwości poprawy organizacji opieki.

Polscy fizjoterapeuci wykonują samodzielny zawód medyczny i kończą pięcioletnie jednolite studia magisterskie (300 ECTS, EQF 7). W toku kształcenia uzyskują kompetencje w zakresie:

- diagnostyki funkcjonalnej,
- kwalifikowania pacjentów do fizjoterapii,
- rozpoznawania objawów alarmowych (red flags),
- planowania, prowadzenia i modyfikowania procesu fizjoterapii,
- monitorowania efektów leczenia,
- edukacji zdrowotnej i profilaktyki,
- współpracy interdyscyplinarnej.

Pomimo wysokiego poziomu przygotowania zawodowego fizjoterapeutów w Polsce, opartego na pięcioletnich jednolitych studiach magisterskich obejmujących 300 punktów ECTS i 5260 godzin kształcenia, jednym z najdłuższych modeli kształcenia fizjoterapeutów w Europie oraz ustawowo określonej samodzielności zawodowej, obowiązujące rozwiązania organizacyjne i prawne często wymagają udziału lekarza również na etapach postępowania, na których odpowiednio przygotowany fizjoterapeuta mógłby samodzielnie podejmować decyzje w zakresie swoich kompetencji lub wykonywać określone czynności po spełnieniu dodatkowych wymagań wynikających z przepisów. Powoduje to niespójność organizacji

świadczeń, ponieważ część czynności wykonywanych przez fizjoterapeutów w codziennej praktyce zawodowej nadal wymaga dodatkowego udziału lekarza, mimo że mieści się w zakresie kompetencji zawodowych fizjoterapeuty.

Powoduje to:

- wydłużenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej;
- powielanie konsultacji i czynności administracyjnych;
- nieefektywne wykorzystanie czasu pracy lekarzy;
- opóźnienie rozpoczęcia właściwego postępowania;
- ograniczenie dostępności świadczeń;
- wzrost kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów stanowi jeden z kierunków poprawy dostępności świadczeń, skrócenia ścieżki pacjenta oraz zwiększenia efektywności organizacyjnej i ekonomicznej systemu ochrony zdrowia. Wymaga to dostosowania organizacji świadczeń oraz obowiązujących regulacji do współczesnego modelu opieki, aktualnych kompetencji fizjoterapeutów oraz potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

4.2. REKOMENDOWANE ROZWIĄZANIA

4.2.1. PEŁNIEJSZE WYKORZYSTANIE KOMPETENCJI FIZJOTERAPEUTÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

W odpowiedzi na zidentyfikowane problemy systemowe proponujemy stopniowe wdrażanie rozwiązań organizacyjnych i legislacyjnych umożliwiających pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów. Zmiany powinny być wdrażane etapowo, w oparciu o aktualne dowody naukowe, jasno określone standardy organizacyjne, wymagania kwalifikacyjne, katalogi wskazań oraz zasady współpracy interdyscyplinarnej.

Proponowane rozwiązania mają na celu pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów zgodnie z ich przygotowaniem zawodowym oraz potrzebami współczesnego systemu ochrony zdrowia, przy zachowaniu komplementarności ról wszystkich zawodów medycznych. Odpowiadają one na bariery organizacyjne występujące obecnie w ścieżce pacjenta, służąc skróceniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego, poprawie koordynacji opieki, ograniczeniu zbędnych konsultacji i czynności administracyjnych oraz bardziej efektywnemu wykorzystaniu zasobów systemu ochrony zdrowia.

Proponujemy wprowadzenie następujących zmian w zakresie kompetencji i uprawnień fizjoterapeutów:

- **kierowanie na wybrane badania obrazowe na potrzeby fizjoterapii**, zgodnie z określonym katalogiem wskazań;
- **kierowanie pacjentów do lekarzy specjalistów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych**, zgodnie z określonym katalogiem wskazań;
- **wykonywanie i interpretacja badania ultrasonograficznego na potrzeby diagnostyki funkcjonalnej i prowadzenia fizjoterapii**, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami;
- **przeprowadzanie i interpretacja wybranych badań diagnostycznych i czynnościowych w zakresie kompetencji fizjoterapeuty**, m.in. USG, EKG, EKG wysiłkowego oraz testów sercowo-płucnych (CPET/ergospirometrii), zgodnie z określonym zakresem wskazań i wymaganymi kwalifikacjami.
- **wystawianie zaświadczeń o krótkotrwałej niezdolności do pracy**, zgodnie z określonym katalogiem wskazań;
- **prowadzenie programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych**;
- **samodzielne kwalifikowanie pacjentów do świadczeń fizjoterapeutycznych w zakresie kompetencji fizjoterapeuty**, bez konieczności dodatkowej konsultacji lekarza rehabilitacji medycznej;
- **przepisywanie wybranych produktów leczniczych stosowanych w ramach świadczeń fizjoterapeutycznych**, w tym produktów wykorzystywanych w zabiegach fizykoterapeutycznych, np. jonoforezie, zgodnie z określonym katalogiem;
- **przepisywanie wybranych produktów leczniczych**, w szczególności wybranych leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz produktów leczniczych stosowanych miejscowo w dolegliwościach układu mięśniowo-szkieletowego, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami oraz katalogiem produktów leczniczych określonym w przepisach prawa.

Każda z proponowanych zmian ma na celu usprawnienie organizacji świadczeń, skrócenie ścieżki pacjenta oraz bardziej racjonalny podział zadań pomiędzy zawodami medycznymi zgodnie z ich kompetencjami. Wprowadzanie nowych uprawnień powinno odbywać się etapowo, w oparciu o aktualne dowody naukowe, wymagania kwalifikacyjne, standardy bezpieczeństwa oraz ocenę efektów ich wdrażania.

Doświadczenia wielu państw oraz dostępne dowody naukowe wskazują, że stopniowe rozszerzanie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów stanowi skuteczną odpowiedź na wyzwania związane z niedoborem kadr medycznych oraz wydłużającym się czasem oczekiwania na świadczenia. Rozwiązania te obejmują między innymi kierowanie na wybrane badania diagnostyczne, wykonywanie i interpretację wybranych badań na potrze-

by fizjoterapii, kierowanie pacjentów do innych specjalistów, wystawianie wybranych dokumentów medycznych, a w części państw również możliwość ordynowania określonych grup produktów leczniczych. Dostępne dowody wskazują, że rozszerzanie kompetencji zawodowych fizjoterapeutów w modelu bezpośredniego dostępu jest co najmniej równie bezpieczne i skuteczne jak model oparty na obowiązkowej konsultacji lekarskiej. Rozwiązania te usprawniają proces diagnostyczno-terapeutyczny, poprawiają ciągłość opieki oraz zwiększają efektywność organizacyjną i ekonomiczną systemu ochrony zdrowia.

Przykłady dostępnych dowodów naukowych oraz doświadczeń międzynarodowych dotyczących proponowanych zmian przedstawiono w **tabeli 8**.

Tabela 8. Wybrane korzyści kliniczne i ekonomiczne wynikające z wybranych rozszerzonych kompetencji fizjoterapeuty.

Obszar	Najważniejsze wyniki	Znaczenie dla systemu	Źródło
Kompetencje fizjoterapeutów w zakresie badań USG	Międzynarodowy model kompetencyjny określa zakres stosowania ultrasonografii przez fizjoterapeutów, wymagania dotyczące szkolenia oraz zasady bezpiecznego wykonywania i interpretacji badań.	Potwierdza zasadność wykonywania badań USG przez odpowiednio przeszkolonych fizjoterapeutów oraz wskazuje standardy ich wdrażania do praktyki klinicznej.	Whittaker i wsp. (2019)
Wykorzystanie USG w praktyce fizjoterapeutycznej	Analiza 1110 badań ultrasonograficznych wykonanych przez fizjoterapeutów posiadających certyfikat RMSK wykazała, że badanie dostarczało istotnych informacji klinicznych wspierających rozpoznanie, planowanie leczenia oraz decyzje dotyczące dalszej diagnostyki i postępowania terapeutycznego.	Wykonywanie badań USG przez odpowiednio przeszkolonych fizjoterapeutów usprawnia proces diagnostyczno-terapeutyczny, wspiera podejmowanie trafnych decyzji klinicznych oraz może ograniczać potrzebę dodatkowych konsultacji specjalistycznych.	Markowski i wsp. (2024)
Fizjoterapeuta wystawiający receptę na wyznaczone grupy leków	43% mniej przepisywanych leków przeciwbólowych niż podczas wizyt lekarskich	Oszczędności dla pacjenta, celowana terapia redukująca poziom bólu	Fischer i wsp., 2026

Fizjoterapeuta z rozszerzonymi kompetencjami wystawiania recept	Pacjenci prowadzeni przez fizjoterapeutów rzadziej otrzymywali leki, w tym opioidy: GP: 44,7%, fizjoterapeuci: 18,4-24,7%	Oszczędności dla pacjenta, celowana terapia redukująca poziom bólu	Walsh i wsp., 2024
Wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy	Brytyjskie wytyczne wskazują, że jeśli zwolnienia nie wystawia specjalista prowadzący pacjenta, dochodzi do „niepotrzebnej duplikacji pracy”, czyli dodatkowej wizyty u lekarza wyłącznie po dokument. To oznacza dodatkowy koszt świadczenia, czas personelu i mniejszą dostępność porad dla innych pacjentów.	W przypadku pacjenta z ostrym bólem kręgosłupa ścieżka: Fizjoterapeuta → GP po L4 → powrót do fizjoterapii jest droższa niż: Fizjoterapeuta → L4 → powrót do fizjoterapii	UK Government, 2022

Na podstawie przedstawionych dowodów opracowano syntetyczne zestawienie proponowanych zmian w zakresie kompetencji i uprawnień fizjoterapeutów oraz ich przewidywanego wpływu na organizację świadczeń, ścieżkę pacjenta i efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Tabela 9. Proponowane zmiany w zakresie kompetencji i uprawnień fizjoterapeutów oraz ich przewidywane efekty.

Proponowana zmiana	Cel wdrożenia	Oczekiwany efekt
Kierowanie na wybrane badania obrazowe	Skrócenie ścieżki diagnostycznej i szybsza kwalifikacja do fizjoterapii	Krótszy czas do rozpoczęcia leczenia, mniej zbędnych konsultacji
Wykonywanie i interpretacja badań USG narządu ruchu na potrzeby fizjoterapii	Usprawnienie diagnostyki funkcjonalnej, monitorowania efektów leczenia oraz podejmowania decyzji terapeutycznych	Szybsza kwalifikacja do fizjoterapii, lepsza koordynacja leczenia, ograniczenie dodatkowych konsultacji
Wykonywanie i interpretacja EKG, EKG wysiłkowego oraz CPET na potrzeby fizjoterapii	Bezpieczna kwalifikacja pacjentów do wysiłku i monitorowanie przebiegu fizjoterapii, szczególnie u pacjentów z chorobami układu krążenia i oddechowego	Poprawa bezpieczeństwa pacjenta, szybsze wdrożenie odpowiedniego postępowania, lepsza koordynacja opieki

Kierowanie pacjentów do lekarzy specjalistów i innych zawodów medycznych	Skrócenie ścieżki pacjenta i poprawa koordynacji opieki	Szybszy dostęp do właściwego świadczenia
Wystawianie krótkotrwałych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy	Eliminacja dodatkowych wizyt realizowanych wyłącznie w celu uzyskania dokumentacji	Ograniczenie obciążenia lekarzy i kosztów administracyjnych
Samodzielna kwalifikacja do świadczeń fizjoterapeutycznych	Skrócenie ścieżki administracyjnej	Szybsze rozpoczęcie fizjoterapii
Prowadzenie programów profilaktycznych	Wzmocnienie profilaktyki i wczesnej interwencji	Ograniczenie kosztów leczenia i poprawa efektów zdrowotnych
Ordynowanie wybranych grup leków (po spełnieniu określonych wymagań)	Zapewnienie ciągłości leczenia i usprawnienie procesu terapeutycznego	Ograniczenie liczby dodatkowych wizyt oraz poprawa ciągłości opieki

Przedstawione propozycje stanowią spójny kierunek zmian organizacyjnych, których wspólnym celem jest skrócenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, poprawa koordynacji opieki oraz pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów zgodnie z ich przygotowaniem zawodowym. Wdrażanie nowych uprawnień powinno odbywać się etapowo, w oparciu o aktualne dowody naukowe, rozwój kształcenia przed- i podyplomowego, jasno określone wymagania kwalifikacyjne oraz standardy bezpieczeństwa. **Kierunek ten jest zgodny z międzynarodowymi trendami rozwoju nowoczesnych systemów ochrony zdrowia, opartymi na optymalnym wykorzystaniu kompetencji wszystkich zawodów medycznych.**

► REKOMENDACJA

Należy pełniej wykorzystywać kompetencje fizjoterapeutów i stopniowo rozszerzać ich uprawnienia w obszarach, w których uzasadniają to przygotowanie zawodowe, dowody naukowe oraz potrzeby pacjentów i systemu ochrony zdrowia. Rozwój kompetencji zawodów medycznych jest naturalnym elementem rozwoju nowoczesnego systemu ochrony zdrowia. Jego organizacja nie powinna utrzymywać historycznie ukształtowanego podziału ról, jeżeli nie odpowiada on współczesnemu poziomowi kształcenia, kompetencji i samodzielności zawodowej. Regulacje nie powinny tworzyć nieuzasadnionych barier w wykonywaniu przez fizjoterapeutów czynności mieszczących się w ich kompetencjach. Zmiany powinny być wprowadzane etapowo, z jasno określonym zakresem uprawnień, zasadami odpowiedzialności zawodowej i bezpieczeństwa oraz współpracy między zawodami medycznymi.

► OCZEKIWANE EFEKTY

- skrócenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej;
- szybszy dostęp pacjentów do właściwych świadczeń;
- ograniczenie konsultacji i czynności wykonywanych wyłącznie ze względów formalnych;
- ograniczenie nieuzasadnionych barier organizacyjnych i prawnych w samodzielnym wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty;
- odciążenie lekarzy i lepsze wykorzystanie czasu pracy poszczególnych zawodów medycznych;
- pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów;
- bardziej racjonalne wykorzystanie badań diagnostycznych i farmakoterapii;
- poprawa ciągłości i dostępności opieki;
- ograniczenie kosztów związanych z powielaniem świadczeń oraz opóźnieniem właściwego postępowania.

► ZNACZENIE DLA SYSTEMU

Pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów pozwoli lepiej dostosować organizację świadczeń do współczesnego modelu ochrony zdrowia, w którym zadania poszczególnych zawodów medycznych wynikają z ich przygotowania, kompetencji i odpowiedzialności zawodowej. Ograniczy sytuacje, w których udział innego specjalisty jest wymagany przede wszystkim ze względów formalnych, skróci ścieżkę pacjenta i pozwoli lepiej wykorzystać dostępne kadry medyczne. Może to przełożyć się na większą dostępność świadczeń oraz ograniczenie kosztów wynikających z powielania konsultacji i opóźnień w rozpoczęciu właściwego postępowania.

4.3. POTRZEBNE ZMIANY SYSTEMOWE

Wdrożenie proponowanych rozwiązań wymaga zmian w przepisach określających zakres wykonywania zawodu fizjoterapeuty, organizację i finansowanie świadczeń oraz zasady nabywania i potwierdzania dodatkowych kompetencji.

Tabela 9. Proponowane zmiany systemowe w zakresie pełniejszego wykorzystania kompetencji fizjoterapeutów

Akt prawny / obszar	Proponowana zmiana
Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty	Zmiana art. 4 poprzez odejście od zamkniętego katalogu czynności zawodowych na rzecz powiązania zakresu wykonywanych świadczeń z kompetencjami nabywanymi w toku kształcenia przed- i podyplomowego oraz potwierdzonymi odpowiednimi kwalifikacjami. Wprowadzenie podstawy prawnej do określenia w akcie wykonawczym wykazu produktów leczniczych, które fizjoterapeuta może samodzielnie ordynować lub stosować, oraz wykazu badań diagnostycznych, które może zlecać, przeprowadzać i interpretować – odpowiednio do posiadanych kwalifikacji. Stworzenie ram ustawicznego rozwoju zawodowego, obejmującego system punktów edukacyjnych oraz szkolenia doskonalące i kwalifikacyjne umożliwiające nabywanie dodatkowych kompetencji.

Rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	Utworzenie odrębnego świadczenia – porady fizjoterapeutycznej , w ramach której fizjoterapeuta, odpowiednio do posiadanych kwalifikacji, będzie mógł zlecać i interpretować określone badania diagnostyczne oraz kierować pacjenta do lekarzy właściwych specjalności i innych zawodów medycznych, zgodnie z określonym katalogiem wskazań.
Rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	Rozszerzenie zakresu uprawnień realizowanych w ramach wizyty fizjoterapeutycznej o możliwość zlecania określonych badań diagnostycznych oraz samodzielnego kwalifikowania pacjenta do odpowiednich świadczeń fizjoterapeutycznych. W określonych zakresach – umożliwienie kwalifikacji do świadczeń fizjoterapeutycznych przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii bez konieczności dodatkowej kwalifikacji przez lekarza rehabilitacji medycznej.
Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa	Wprowadzenie możliwości wystawiania przez fizjoterapeutę zaświadczeń o krótkotrwałej niezdolności do pracy w ściśle określonych przypadkach i zgodnie z katalogiem wskazań związanych z zakresem jego kompetencji zawodowych.
Programy profilaktyczne finansowane ze środków publicznych	Włączenie fizjoterapeutów do realizacji programów profilaktycznych , w szczególności w obszarach związanych z aktywnością fizyczną, sprawnością funkcjonalną, profilaktyką chorób przewlekłych, upadków, niesprawności i utraty samodzielności.
Nowe rozporządzenie – program pilotażowy	Wdrożenie programu pilotażowego rozszerzonych kompetencji i bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty , w pierwszej kolejności dla pacjentów z wybranymi dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego oraz w wybranych obszarach profilaktyki i chorób przewlekłych. Pilotaż powinien umożliwić ocenę bezpieczeństwa, skuteczności klinicznej, wpływu na czas oczekiwania, wykorzystanie innych świadczeń oraz koszty opieki.

Proponowane zmiany pozwolą dostosować zakres uprawnień fizjoterapeutów do współczesnego poziomu kształcenia i rozwoju zawodu oraz stworzyć mechanizm dalszego, bezpiecznego rozszerzania kompetencji wraz z rozwojem wiedzy medycznej i zmieniającymi się potrzebami pacjentów i systemu ochrony zdrowia.

4.4. DOWODY NAUKOWE I DOŚWIADCZENIA MIĘDZYNARODOWE

Przedstawione rekomendacje opracowano na podstawie aktualnych dowodów naukowych, międzynarodowych wytycznych klinicznych, dokumentów strategicznych oraz krajowych analiz dotyczących organizacji systemu ochrony zdrowia. W niniejszym rozdziale przedstawiono źródła wykorzystane do opracowania rekomendacji oraz akty prawne i dokumenty organizacyjne wymagające zmian lub uzupełnienia w celu ich wdrożenia.

DOWODY NAUKOWE

Status zawodu, kształcenie i samodzielność fizjoterapeuty

- Tawiah AK, Desmeules F, Finucane L, Lewis J, Wieler M, Stokes E, Woodhouse LJ. Advanced practice in physiotherapy: a global survey. *Physiotherapy*. 2021;113:168–176. doi:10.1016/j.physio.2021.01.001.
- Tawiah AK, Wieler M, Miller J, Rushton A, Woodhouse L. What is the global perspective on advanced practice physiotherapy: a qualitative study across five countries. *PLoS ONE*. 2025;20(4):e0320842. doi:10.1371/journal.pone.0320842.

Kierowanie na badania obrazowe i wykorzystanie diagnostyki obrazowej

- Mabry LM, Boyles RE, Brismée JM, Agustsson H, Smoliga JM. Physical therapy musculoskeletal imaging authority: a survey of the World Confederation for Physical Therapy Nations. *Physiotherapy Research International*. 2020;25(2):e1822. doi:10.1002/pri.1822.
- Keil A, Nelson EO, Kareha SM, Tauferner S, Baranyi B, Clark K. Ordering of diagnostic imaging by physical therapists: a multi-center analysis of successful implementation. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2025;33(4):326–333. doi:10.1080/10669817.2025.2465738.
- Keil AP, Baranyi B, Mehta S, Maurer A. Ordering of diagnostic imaging by physical therapists: a 5-year retrospective practice analysis. *Physical Therapy*. 2019;99(8):1020–1026. doi:10.1093/ptj/pzz015.

USG

- Whittaker JL, Ellis R, Hodges PW, et al. Imaging with ultrasound in physical therapy: what is the PT's scope of practice? A competency-based educational model and training recommendations. *British Journal of Sports Medicine*. 2019;53(23):1447–1453. doi:10.1136/bjsports-2018-100193.
- Markowski AM, Watkins MK, Maitland ME, Manske RC, Podoll KR, Hayward LM. Exploring the integration of diagnostic musculoskeletal ultrasound imaging into clinical practice by physical therapists. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2024;40(3):544–555. doi:10.1080/09593985.2022.2135979.

- Ellis R, Helsby J, Naus J, et al. Exploring the use of ultrasound imaging by physiotherapists: an international survey. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2020;49:102213. doi:10.1016/j.msksp.2020.102213.

EKG, próby wysiłkowe i CPET

- Radtke T, Crook S, Kaltsakas G, et al. ERS statement on standardisation of cardio-pulmonary exercise testing in chronic lung diseases. *European Respiratory Review*. 2019;28(154):180101. doi:10.1183/16000617.0101-2018.
- Sharpe A, Boyes V, Lee C, Murtha C, Mah J, Yoshida K, Marzolini S, Inness EL. Cardio-pulmonary exercise testing in stroke rehabilitation: benefits and clinical utility perceived by physiotherapists and individuals with stroke. *Physiotherapy Canada*. 2021;73(2):110–117. doi:10.3138/ptc-2019-0070.

Samodzielne przepisywanie leków przez fizjoterapeutów

- Mullan J, Smithson J, Walsh N. The experiences of physiotherapy independent prescribing in primary care: implications for practice. *Primary Health Care Research & Development*. 2023;24:e28. doi:10.1017/S1463423623000142.
- Parkinson DI, Hartley SE. Views and experiences of non-medical prescribing: a national survey of prescribing physiotherapists. *Physiotherapy*. 2024;124:180–187. doi:10.1016/j.physio.2024.06.001.
- Fischer M, Bui E, Besombes L, Pinsault N, François M. Effect of direct access to physiotherapy on prescribing and imaging in primary care for musculoskeletal disorders: a systematic review and meta-analysis. *Family Practice*. 2026;43(4):cmag046. doi:10.1093/fampra/cmag046.

WYTYCZNE I DOKUMENTY MIĘDZYNARODOWE

Bezpośredni dostęp i zaawansowana praktyka fizjoterapeutyczna

- World Physiotherapy. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy. London: World Physiotherapy; 2023.
- Association of Chartered Physiotherapists in Cardiovascular Rehabilitation. Standards for Physical Activity and Exercise in the Cardiovascular Population. 4th ed.; 2023.
- Nast I, Scheermesser M, Bruderer-Hofstetter M, et al. Advanced practice in physiotherapy: an actual literature overview. *World Physiotherapy Congress 2019, Geneva*; 2019.
- NHS England. Musculoskeletal advanced practice area specific capability and curriculum framework. Endorsed 2024.

Samodzielne przepisywanie leków przez fizjoterapeutów

- Department of Health. Proposals to Introduce Independent Prescribing by Physiotherapists: Impact Assessment. London: Department of Health; 2012.
- Chartered Society of Physiotherapy. Prescribing by physiotherapists. London: Chartered Society of Physiotherapy.

Wystawianie zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy

- Department for Work and Pensions, Department of Health and Social Care. Who can issue fit notes: guidance for healthcare professionals and their employers. London; 2022.
- Department for Work and Pensions. More healthcare professionals can certify fit notes from today. London; 2022.
- Department for Work and Pensions, Department of Health and Social Care. Evaluation of the 2022 Fit Note Reforms. London; 2025.
- The Social Security (Medical Evidence) and Statutory Sick Pay (Medical Evidence) (Amendment) Regulations 2022.

AKTY PRAWNE I DOKUMENTY WYMAGAJĄCE ZMIAN

- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2026 r. poz. 854).
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2026 r. poz. 584).
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265).

5. WPŁYW PROPONOWANYCH ROZWIĄZAŃ NA BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE I EFEKTYWNOŚĆ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

W warunkach rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz ograniczonych zasobów kadrowych i finansowych systemu ochrony zdrowia poprawa dostępności świadczeń wymaga nie tylko zwiększania liczby realizowanych świadczeń, lecz przede wszystkim lepszej organizacji opieki i pełniejszego wykorzystania kompetencji wszystkich zawodów medycznych. Przedstawione w niniejszym dokumencie rekomendacje odpowiadają na te wyzwania, łącząc korzyści dla pacjentów z poprawą efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Realizacja proponowanych rozwiązań może przyczynić się do:

- skrócenia kolejek do lekarzy oraz czasu oczekiwania na rozpoczęcie fizjoterapii;
- skrócenia czasu od rozpoznania problemu zdrowotnego do wdrożenia właściwego postępowania;
- zwiększenia skuteczności leczenia oraz szans na odzyskanie sprawności po zabiegach operacyjnych, urazach i w przebiegu chorób przewlekłych;
- ograniczenia następstw udaru mózgu, chorób układu krążenia, układu oddechowego oraz innych chorób przewlekłych dzięki wcześniejszemu wdrażaniu fizjoterapii;
- zmniejszenia liczby hospitalizacji i rehospitalizacji;
- ograniczenia absencji chorobowej oraz szybszego powrotu pacjentów do aktywności zawodowej;
- zwiększenia samodzielności pacjentów i ograniczenia obciążenia rodzin oraz opiekunów nieformalnych;
- bardziej efektywnego wykorzystania zasobów kadrowych i finansowych systemu ochrony zdrowia;
- ograniczenia kosztów ponoszonych przez system ochrony zdrowia oraz system zabezpieczenia społecznego.

Proponowane kierunki zmian są zgodne z międzynarodowymi trendami rozwoju nowoczesnych systemów ochrony zdrowia, opartymi na zintegrowanej opiece nad pacjentem, profilaktyce, wczesnej interwencji oraz optymalnym wykorzystaniu kompetencji zawodów medycznych. **Wpisują się również w założenia modelu Value-Based Health Care (VBHC), zgodnie z którym organizacja systemu ochrony zdrowia powinna koncentrować się na**

osiąganiu jak najlepszych wyników zdrowotnych istotnych dla pacjenta przy racjonalnym wykorzystaniu dostępnych zasobów. Pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów może przyczynić się do poprawy efektów leczenia, zwiększenia sprawności i jakości życia pacjentów oraz ograniczenia kosztów związanych z hospitalizacjami, niepełnosprawnością i opieką długoterminową.

Doświadczenia pandemii COVID-19 oraz współczesnych sytuacji kryzysowych o charakterze epidemiologicznym, humanitarnym i migracyjnym pokazały, że bezpieczeństwo zdrowotne państwa zależy nie tylko od dostępności infrastruktury i finansowania, ale również od zdolności systemu do elastycznej organizacji świadczeń oraz efektywnego wykorzystania kompetencji wszystkich zawodów medycznych. **Pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów zwiększa odporność systemu ochrony zdrowia, wspiera ciągłość udzielania świadczeń oraz poprawia zdolność systemu do reagowania na zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa.**

Przedstawione rekomendacje stanowią propozycję zmian organizacyjnych i legislacyjnych, które mogą przyczynić się do budowy nowoczesnego, bezpiecznego, dostępnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia, lepiej odpowiadającego na wyzwania demograficzne, epidemiologiczne, ekonomiczne oraz związane z bezpieczeństwem zdrowotnym państwa. **Syntetyczne zestawienie najważniejszych problemów, rekomendowanych zmian oraz ich przewidywanego wpływu na pacjentów i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia przedstawiono w załączniku 1.**

Krajowa Izba Fizjoterapeutów deklaruje gotowość do współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz pozostałymi partnerami systemu ochrony zdrowia przy opracowaniu i wdrażaniu rozwiązań służących poprawie jakości, dostępności, efektywności i odporności systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Załącznik 1. Mapa rekomendacji – proponowane zmiany i ich przewidywany wpływ na system ochrony zdrowia

Zidentyfikowany problem	Rekomendowana zmiana	Oczekiwany efekt	Korzyść dla systemu
Ograniczony dostęp do fizjoterapii w leczeniu szpitalnym	Zapewnienie fizjoterapii jako integralnego elementu leczenia szpitalnego oraz określenie minimalnych standardów jej dostępności	Wcześniejsze rozpoczęcie fizjoterapii, poprawa wyników leczenia	Krótsza hospitalizacja, mniej powikłań i niższe koszty leczenia
Brak ciągłości fizjoterapii po wypisie ze szpitala	Zapewnienie ciągłości fizjoterapii pomiędzy hospitalizacją a leczeniem ambulatoryjnym	Nieprzerwany proces leczenia i szybszy powrót do sprawności	Skrócenie czasu niezdolności do pracy, ograniczenie rehospitalizacji, zmniejszenie ryzyka niepełnosprawności oraz obniżenie kosztów opieki zdrowotnej i długoterminowej
Niewystarczające wykorzystanie prehabilitacji	Wdrożenie programów prehabilitacji przed planowym leczeniem	Lepsze przygotowanie pacjentów do leczenia i mniejsze ryzyko powikłań	Skrócenie hospitalizacji oraz ograniczenie kosztów leczenia okołooperacyjnego
Wydłużona ścieżka pacjentów z dolegliwościami narządu ruchu	Wprowadzenie bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty finansowanego ze środków publicznych	Szybsze rozpoczęcie właściwego postępowania	Odciążenie POZ i AOS, ograniczenie zbędnych konsultacji, badań i farmakoterapii
Zbyt późne wykrywanie zaburzeń rozwojowych u dzieci oraz problemów zdrowotnych kobiet po porodzie	Wprowadzenie wizyty patronażowej fizjoterapeuty oraz wczesnej oceny funkcjonalnej	Wczesna identyfikacja problemów i szybsze wdrożenie odpowiedniego postępowania	Ograniczenie odległych konsekwencji zdrowotnych i kosztów leczenia

Niepełne wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów	Stopniowe rozszerzanie kompetencji i uprawnień zgodnie z przygotowaniem zawodowym oraz aktualnymi dowodami naukowymi	Skrócenie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej i poprawa koordynacji opieki	Efektywniejsze wykorzystanie zasobów kadrowych oraz bardziej racjonalna organizacja świadczeń
Rosnące potrzeby zdrowotne i ograniczone zasoby systemu	Lepsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów w profilaktyce, diagnostyce funkcjonalnej i fizjoterapii	Poprawa dostępności świadczeń i jakości opieki	Zwiększenie efektywności organizacyjnej, odporności systemu oraz lepsze wykorzystanie środków publicznych

Przedstawione rekomendacje stanowią wzajemnie uzupełniający się pakiet zmian organizacyjnych i legislacyjnych, którego celem jest poprawa dostępności świadczeń, skrócenie ścieżki pacjenta, pełniejsze wykorzystanie kompetencji fizjoterapeutów oraz zwiększenie efektywności i odporności systemu ochrony zdrowia.

Załącznik 2. Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 4 grudnia 2025 r. w sprawie zapewnienia pacjentom oddziałów szpitalnych dostępu do opieki fizjoterapeutycznej.

STANOWISKO

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ ORAZ

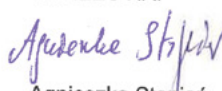
PREZYDIUM KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW

z dnia 4 grudnia 2025 r.

**w sprawie zapewnienia pacjentom oddziałów szpitalnych dostępu
do opieki fizjoterapeutycznej**

Dostrzegając pozytywne efekty fizjoterapii u pacjentów hospitalizowanych Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydium Krajowej Rady Fizjoterapeutów stoją na stanowisku, że w pełni zasadne jest zapewnienie pacjentom oddziałów szpitalnych korzystających ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych realnego dostępu do opieki fizjoterapeutycznej, szczególnie na oddziałach, na których opieka taka nie jest obecnie gwarantowana.

PREZES KRF


Agnieszka Stępień

SEKRETARZ NRL


Grzegorz Wrona

PREZES NRL


Łukasz Jankowski



Krajowa Izba Fizjoterapeutów

Al. Jerozolimskie 93,
02-001 Warszawa

biuro@kif.info.pl
+48 22 230 23 80

www.kif.info.pl

