

Szanowni Panowie posłowie i Panie poseł z Komisji Zdrowia,

pod koniec lutego będą Państwo rozpatrywać poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz zmianie innych ustaw (druk nr 3001). Jako Stowarzyszenie Krajowa Izba Fizjoterapeutów pragniemy wyrazić swoje — miejmy nadzieję, pomocne dla Państwa — zastrzeżenia, opinie i pomysły w związku z tymże projektem.

Wejście ustawy w życie spowoduje praktyczne wyeliminowanie dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych na rynku, ponieważ zgodnie z art. 4 pkt 5 jedynie magister ze specjalizacją z zakresu fizjoterapii/rehabilitacji ruchowej będzie uprawniony do samodzielnej praktyki. W rzeczywistości oznacza to, że fizjoterapeuci, którzy prowadzą własne gabinety, będą zmuszeni do rezygnacji z tej działalności. Spora grupa tych ludzi zostanie bezrobotnymi lub będą musieli się przekwalifikować, czego koszty poniesie w dużej mierze państwo polskie.

Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii dr. n. biol. Zbigniew Wroński tak komentuje te zapisy w liście do Ministra: „Obecnie w ramach swobody działalności gospodarczej wielu fizjoterapeutów prowadzi własne gabinety. Zgodnie z tym punktem będzie to możliwe tylko dla specjalistów fizjoterapii. Obawiam się, że wprowadzenie takiego zapisu spowoduje ucieczkę fizjoterapeutów w szarą strefę lub zmianę nazwy (bez zmiany rodzaju wykonywanej działalności). Może to spowodować nieodwracalną utratę kontroli nad ich działaniami (kontroli merytorycznej)”.

Z drugiej strony natomiast ustawa nie spowoduje, że z prowadzenia działalności zrezygnują „uzdrowiciele”, „znachorzy”, „kręgarze”, do czego próbowano przekonać opinię publiczną na konferencji prasowej Polskiego Stronnictwa Ludowego oraz Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii z dnia 22.07.2014.

Zgodnie ze stanowiskiem Przewodniczącej Światowej Konfederacji Fizjoterapii (WCPT) Marilyn Moffat do samodzielnej praktyki fizjoterapeutycznej powinien być uprawniony każdy, kto ukończył studia wyższe o profilu fizjoterapeutycznym. W krajach Europy Zachodniej czas oczekiwania na rehabilitację to okres nieprzekraczający kilku tygodni, natomiast w Polsce czas ten przedłużony jest do ponad roku! W raporcie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie fizjoterapii dla województwa mazowieckiego za rok 2012 r. możemy przeczytać, że „czas oczekiwania na zabiegi w zakładach publicznych, jak i niepublicznych realizujących kontrakt z NFZ jest zbyt długi i wynosi od tygodnia do roku, średnio do trzech miesięcy, niekiedy dłużej”. Wprowadzenie ustawy wydłuży czas oczekiwania na rehabilitację, co w skutkach dla wielu ludzi będzie tragiczne. Uważamy, że zezwalanie na samodzielną praktykę jedynie magistrów ze specjalizacją jest wielce nieodpowiedzialne w stosunku do liczby oczekujących pacjentów, a argumentacja ku takiemu posunięciu wydaje się niezrozumiała. Warto dodać, że to głównie specjaliści fizjoterapii lobbują za takim zapisem. Zakładają oni, że fizjoterapeuci po studiach I i II stopnia nie potrafią samodzielnie pracować z pacjentem.

W krajach lepiej rozwiniętych (Anglia, Niemcy, Francja, Szwecja itd.) fizjoterapeuci mają zdecydowanie większe możliwości pracy z pacjentem. Jesteśmy przekonani, że najkorzystniejszym rozwiązaniem dla zdrowia pacjenta, będzie to, gdzie poszczególne zawody medyczne i paramedyczne będą ze sobą współpracować. W Polsce natomiast preferowany jest model hierarchiczny, gdzie zdanie fizjoterapeuty de facto się nie liczy.

Aby samodzielna praktyka fizjoterapeutyczna była efektywniejsza, należy upoważnić fizjoterapeutów do kierowania pacjentów na badania obrazowe oraz kierowania ich bezpośrednio do specjalistów. Takiego zapisu w projekcie nie znajdziemy, a odciążąłby on od pracy częściowo lekarzy pierwszego kontaktu. Jako fizjoterapeuci posiadamy wiedzę, która pozwoli nam rozsądnie korzystać z takich możliwości, minimalizując całkowite koszty leczenia pacjenta oraz przyspieszając proces powrotu do zdrowia. Również w dokumencie wydanym przez Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych z 2006 r. możemy przeczytać, że jednym z zadań fizjoterapeuty jest: „Kierowanie pacjenta na konsultacje do lekarzy specjalistów oraz na badania obrazowe narządu ruchu, w trakcie procesu diagnostyki, postępowania fizjoterapeutycznego i po

zakończonym postępowaniu fizjoterapeutycznym”. Już na studiach nasi wykładowcy (często lekarze) podkreślali zasadność interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta, które nie jest docenione w tym projekcie. Zakłada on bowiem, iż wykształceni fizjoterapeuci stracą prawo do działania wg najnowszych standardów medycyny.

Uważamy, że fizjoterapeuci z wykształceniem wyższym, bez względu na stopień wykształcenia, powinni mieć prawo do zlecania zaopatrzenia ortopedycznego oraz środków pomocniczych. Ustawa zakłada, że taką możliwość będą mieli jedynie fizjoterapeuci ze specjalizacją (art. 4 pkt 4).

Bardzo ważna jest kwestia wyznaczenia standardów kształcenia dla studentów fizjoterapii lub ew. stworzenie egzaminu centralnego, o którym jest mowa w projekcie. Tworzenie podwójnej regulacji naszym zdaniem mija się z celem.

Negatywnie odnosimy się także do modelu specjalizacji fizjoterapeutycznej. Zdaniem naszym oraz Konsultanta Krajowego powinna to być specjalizacja ukierunkowana (np. na pediatrię, ortopedię, neurologię etc.), dzięki temu podniesiony zostanie poziom usług medycznych. Takie rozwiązanie będzie również stymulować rozwój badań w tych dziedzinach oraz umożliwi fizjoterapeutom konsultowanie się ze specjalistami w swojej dziedzinie.

W uzasadnieniu projektu możemy przeczytać, że ustawa będzie eliminować z rynku świadczenia fizjoterapeutyczne, wykonywane przez osoby bez kwalifikacji. W ustawie nie ma jednak definicji tych świadczeń.

Mamy także wątpliwości, związane z tym, czy projekt ustawy jest zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Rozporządzenie to określa kwalifikacje wymagane od pracowników poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Określone zostało w nim wymagania na stanowisko fizjoterapeuty, są one sprzeczne z wymaganiami do prawa wykonywania zawodu zawartymi w projekcie poselskim.

Podsumowując, projekt jest niekorzystny dla pacjentów oraz fizjoterapeutów. Jesteśmy przekonani, że najkorzystniejszym rozwiązaniem dla zdrowia pacjenta będzie interdyscyplinarna współpraca. Obecny system w Polsce sprowadza fizjoterapeutę do roli odtwórczej, podczas gdy posiada on doskonale narzędzia diagnostyki funkcjonalnej, która w nowoczesnej medycynie stanowi podstawę w procesie leczenia. Mamy szczerą nadzieję, że list ten okaże się dla Państwa pomocny.

Z poważaniem
Mateusz Stec
Stowarzyszenie Krajowa Izba Fizjoterapeutów

Załączniki:

1. Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych 2006 r. - Fizjoterapeuta
2. Opinia Krajowego Konsultanta w dziedzinie fizjoterapii w stosunku do projektów ustaw
3. Raport Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie fizjoterapii za rok 2012
4. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (strona tytułowa oraz strony dotyczące fizjoterapii)

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
Departament Rynku Pracy



Europejski Fundusz Społeczny
SPO ROZWÓJ ZASOBÓW LUDZKICH



KRAJOWY STANDARD
KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Fizjoterapeuta
(223903)

Specjaliści

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Europejski Fundusz Społeczny, Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich, Działanie 1.1 „Rozwój i modernizacja instrumentów i instytucji rynku pracy”, Schemat a) „Wzmocnienie potencjału publicznych służb zatrudnienia”, projekt „Opracowanie i upowszechnianie krajowych standardów kwalifikacji zawodowych” nr BDG-V-281-10-MK/05

KRAJOWY STANDARD KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Fizjoterapeuta (223903)

Autorzy

- **dr Wojciech Kiebzak**
Zakład Rehabilitacji w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach
- **mgr Michał Dwornik**
Gabinet Rehabilitacji Medycznej oraz Studium Medyczne w Podkowie Leśnej

Konsultant ds. metodologii

- **dr Michał Butkiewicz**
Centrum Badawczo-Rozwojowe „Edukacja i Praca”

Recenzenci

- **prof. dr hab. n. med. Zbigniew Śliwiński** – Konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii
Ośrodek Rehabilitacji Dzieci i Dorosłych w Zgorzelcu; Akademia Świętokrzyska
- **prof. dr hab. n. med. Bogusław Frańczuk**
Krakowskie Centrum Rehabilitacji

Ewaluatorzy zewnętrzni

- **dr Anna Tchórzewska**
Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
- **dr Maciej Krawczyk**
Pracownia Fizjoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie oraz gabinet prywatny
- **mgr Zenon Grzegorz Balik**
Wydział Rehabilitacji Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie oraz gabinet prywatny

Komisja zatwierdzająca

- **prof. nadzw. dr hab. n. med. Jan Szczepielniak** – przewodniczący,
SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach
Politechnika Opolska, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
- **mgr Cecylia Cieślak**
Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji w Zagórz
- **mgr Bożena Piwovar**
Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS, Warszawa
- **dr Maciej Krawczyk**
Pracownia Fizjoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie
- **mgr Zenon Balik**
Pracownia Fizjoterapii Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

Nakład: 1000 egz.

© Copyright by Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2006
ISBN 83-7204-503-8 [49]



Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji – PIB
26-600 Radom, ul. K. Pułaskiego 6/10, tel. (048) 364-42-41, fax (048) 364-47-65
e-mail: instytut@itec.radom.pl <http://www.itec.radom.pl>

SPIS TREŚCI

Wstęp	4
1. Podstawy prawne wykonywania zawodu	9
2. Syntetyczny opis zawodu	9
3. Stanowiska pracy	10
4. Zadania zawodowe	11
5. Składowe kwalifikacji zawodowych	12
6. Korelacja między zadaniami zawodowymi a składowymi kwalifikacji zawodowych	12
7. Kwalifikacje ponadzawodowe	13
8. Specyfikacja kwalifikacji ogólnozawodowych, podstawowych i specjalistycznych dla zawodu	14

Wstęp

Gospodarka oparta na wiedzy i współczesny rynek pracy potrzebują instrumentów wspierających rozwój zasobów ludzkich. W związku z tym duże nadzieje wiąże się z ustanowieniem norm kwalifikacyjnych, które pozwoliłyby z jednej strony zwiększyć przejrzystość kwalifikacji zawodowych potrzebnych gospodarce, a z drugiej strony mogłyby być wykorzystywane do poprawy jakości kształcenia i doskonalenia zawodowego, w systemie szkolnym i pozaszkolnym.

Podstawę prawną tworzenia w Polsce systemu krajowych standardów kwalifikacji zawodowych stanowi Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2004 r., Nr 99, poz. 1001 z późn. zm.), w której określono m.in. (Art. 4), że:

„...Minister właściwy do spraw pracy realizuje zadania na rzecz rynku pracy przez dążenie do uzyskania wysokiego poziomu i rozwoju zasobów ludzkich, w szczególności przez:

- *prowadzenie badań i analiz rynku pracy,*
- *ustalanie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy,*
- *koordynowanie opracowywania standardów kwalifikacji zawodowych dla zawodów występujących w klasyfikacji zawodów i specjalności oraz prowadzenie baz danych o standardach kwalifikacji...”.*

W Polsce nadzorem i koordynacją opracowywania standardów kwalifikacji zawodowych o randze krajowej zajmuje się Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Będą one uaktualniane okresowo w miarę potrzeb i zmian w wykonywaniu zawodu.

Zbiór sukcesywnie opracowywanych krajowych standardów kwalifikacji zawodowych jest udostępniany w internetowej bazie danych, założonej na serwerze Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej <http://www.standardyiskolenia.praca.gov.pl>.

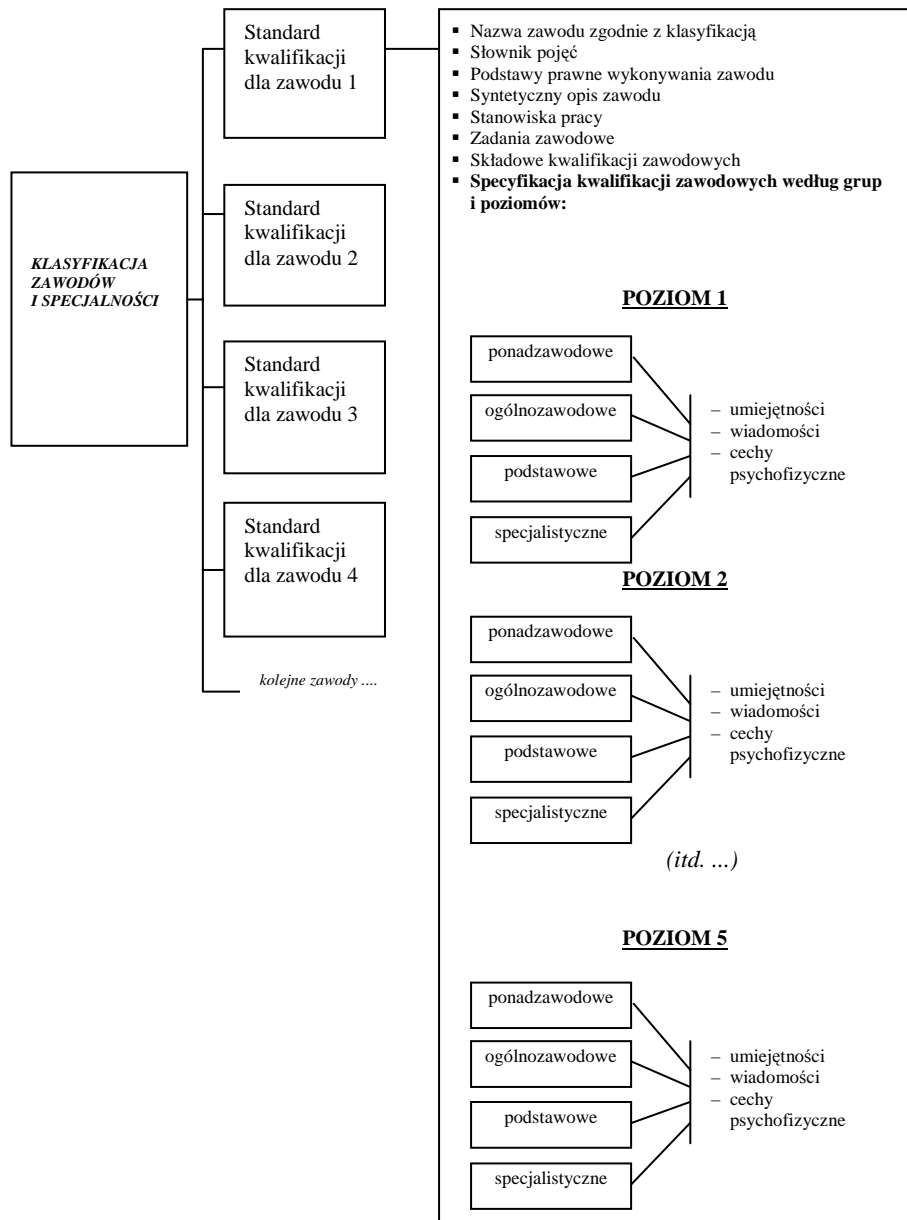
Opis standardu zawiera następujące elementy:

1. **Podstawy prawne** wykonywania zawodu (zawierają przepisy związane ściśle z wykonywaniem zawodu).
2. Syntetyczny **opis zawodu**.
3. Wykaz **stanowisk pracy** z przyporządkowaniem do pięciu poziomów kwalifikacji.
4. Wykaz **zadań zawodowych**.
5. Wykaz **składowych kwalifikacji zawodowych**.
6. Zbiory **umiejętności, wiadomości i cech psychofizycznych** pracownika przyporządkowane do:
 - pięciu **poziomów kwalifikacji zawodowych**,
 - grup kwalifikacji: **ponadzawodowych, ogólnozawodowych, podstawowych i specjalistycznych**.

W obecnym stanie prawnym standardy kwalifikacji zawodowych nie są obligatoryjnym dokumentem. Aktualnie opracowane standardy funkcjonują na zasadzie dokumentu rekomendowanego przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej i mogą być wykorzystywane przez zainteresowane osoby i instytucje do różnych celów, np. poradnictwa zawodowego, dostosowania ofert pracy do kwalifikacji

osób poszukujących pracy, oceny „luki kwalifikacyjnej” osób bezrobotnych i poszukujących pracy, opracowania programów staży i praktyk zawodowych w ramach przygotowania zawodowego, przygotowania podstaw programowych kształcenia w zawodzie, programów kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Model krajowych standardów kwalifikacji zawodowych przedstawia rys. 1.



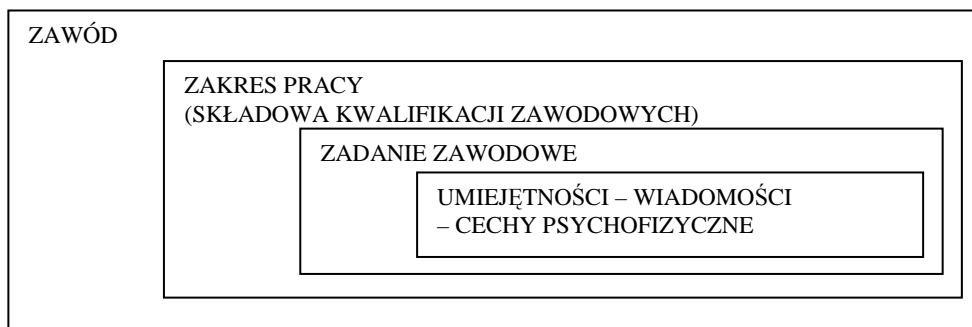
Rys. 1. Model krajowych standardów kwalifikacji zawodowych

* * *

Krajowy standard kwalifikacji zawodowych powstaje w oparciu o analizę zawodu, która polega na wyodrębnieniu **zakresów pracy** w zawodzie oraz typowych **zadań zawodowych Z-n** ($n = 1, 2, 3 \dots$). Przyjęto, że zakres pracy ma odpowiadać potrzebom rynku pracy, tzn. powinna istnieć możliwość zatrudnienia pracownika w danym zakresie pracy, na jednym lub kilku stanowiskach. Zakresom prac przyporządkowano tzw. **składowe kwalifikacji zawodowych K-i** ($i = 1, 2, 3 \dots$). Każdej składowej kwalifikacji zawodowych przyporządkowano co najmniej jedno (najczęściej kilka) zadań zawodowych. Korelację między zadaniami zawodowymi a składowymi kwalifikacji zawodowych przedstawia tabela 2 opisu standardu.

W kolejnym kroku analizy każde zadanie zawodowe rozpisane zostało na zbiory: umiejętności, wiadomości i cech psychofizycznych. W grupie kwalifikacji podstawowych dla zawodu i specjalistycznych poszczególnym umiejętnościom, wiadomościom i cechom psychofizycznym przyporządkowano oznaczenia tych składowych kwalifikacji zawodowych K-i, w których dana umiejętność, wiadomość i cecha jest wykorzystywana. W grupie kwalifikacji ogólnozawodowych i ponadzawodowych nie indeksuje się umiejętności, wiadomości i cech psychofizycznych symbolami K-i, gdyż z definicji są one przypisane do wszystkich składowych kwalifikacji zawodowych K-i.

Rysunek 2 przedstawia etapy analizy zawodu.



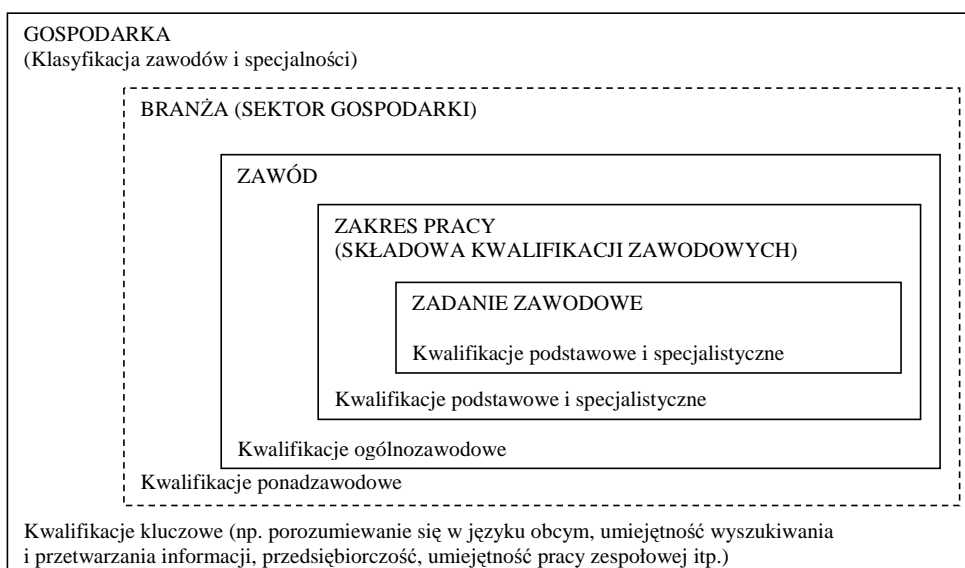
Rys. 2. Etapy analizy zawodu

Zbiory umiejętności, wiadomości i cech psychofizycznych przypisane zostały do czterech grup kwalifikacji: ponadzawodowych, ogólnozawodowych, podstawowych dla zawodu i specjalistycznych, które różnią się zasięgiem i stopniem ogólności.

Kwalifikacje ponadzawodowe opisane są zbiorami umiejętności, wiadomości i cech psychofizycznych wspólnych dla branży lub sektora gospodarki, w której zawód funkcjonuje (np. branża budowlana, informatyczna). Kwalifikacje ponadzawodowe obejmują także kwalifikacje kluczowe, które definiuje się jako wspólne dla wszystkich zawodów. **Kwalifikacje ogólnozawodowe** są wspólne dla wszystkich zakresów pracy w zawodzie, czyli dla tzw. składowych kwalifikacji

zawodowych K-i. **Kwalifikacje podstawowe** dla zawodu są charakterystyczne dla jednej lub kilku (ale nie wszystkich) składowych kwalifikacji zawodowych. **Kwalifikacje specjalistyczne** także są charakterystyczne dla jednej lub kilku (ale nie wszystkich) składowych kwalifikacji zawodowych, ale ponadto są to umiejętności, wiadomości i cechy psychofizyczne rzadziej występujące w zawodzie, które wykonuje stosunkowo mała grupa pracowników wyspecjalizowanych w dość wąskiej działalności w ramach zawodu. Rysunek 3 przedstawia zasięg poszczególnych rodzajów kwalifikacji zawodowych.

W Krajowym Standardzie Kwalifikacji Zawodowych zdefiniowano **pięć poziomów kwalifikacji**. Uporządkowanie kwalifikacji zawodowych według poziomów ma na celu ukazanie złożoności pracy, stopnia trudności i ponoszonej odpowiedzialności. Zasadą było niemieszanie ze sobą dwóch kwestii: wykształcenia towarzyszącego zdobywaniu kwalifikacji zawodowych oraz umiejętności wymaganych do wykonywania pracy na typowych stanowiskach pracy w zakładach pracy. Przyjęto nadrzędność wymagań stawianych pracownikom na stanowiskach pracy nad wymaganiami określonymi w podstawach programowych kształcenia w zawodzie i wynikającymi z nich wymaganiami programów nauczania oraz wymaganiami zewnętrznych egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe.



Rys. 3. Zasięg rodzajów kwalifikacji zawodowych

Na **poziomie pierwszym** umieszcza się umiejętności towarzyszące pracom prostym, rutynowym, wykonywanym pod kierunkiem i pod kontrolą przełożonego. Najczęściej jest to praca wykonywana indywidualnie. Do wykonywania pracy na poziomie pierwszym wystarcza przyuczenie, a osoba wykonująca pracę nie ponosi za nią osobistej odpowiedzialności. **Poziom drugi** wymaga samodzielności i samokontroli przy wykonywaniu typowych zadań zawodowych. Pracownik ponosi

osobistą odpowiedzialność za skutki swoich działań. Musi również umieć pracować w zespole pod nadzorem kierownika zespołu. Na **poziomie trzecim** kwalifikacji zawodowych pracuje ten pracownik, który wykonuje złożone zadania zawodowe. Ich złożoność powoduje konieczność posiadania umiejętności rozwiązywania nietypowych problemów towarzyszących pracy. Pracownik z trzeciego poziomu kwalifikacji musi potrafić kierować małym, kilkuosobowym zespołem pracowników. Ponoś odpowiedzialność zarówno za skutki własnych działań, jak i za działania kierowanego przez siebie zespołu. **Poziom czwarty** wymaga od pracownika umiejętności wykonywania wielu różnorodnych, często skomplikowanych i na ogół problemowych zadań zawodowych. Zadania te mają charakter techniczny, organizacyjny i specjalistyczny oraz wymagają wysokiej osobistej odpowiedzialności i samodzielności. Pracownik musi potrafić kierować zespołami średniej i dużej liczebności, od kilkunastu do kilkudziesięciu osób, podzielonymi na podzespoły. **Poziom piąty** przeznaczony jest dla pracowników w pełni samodzielnych, ponoszących pełną osobistą odpowiedzialność za podejmowane działania i decyzje, działających w sytuacjach wyłącznie problemowych. Pracownicy z poziomu piątego kierują organizacjami i podejmują decyzje o znaczeniu strategicznym dla całej organizacji. Ponoś odpowiedzialność za bezpieczeństwo i rozwój zawodowy podległych im osób. Potrafią diagnozować, analizować i prognozować złożoną sytuację gospodarczą i ekonomiczną oraz realizować swoje pomysły w praktyce.

1. Podstawy prawne wykonywania zawodu¹

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U., Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz. U., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (t.j. Dz. U. 2001, Nr 81, poz. 889 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U., Nr 30, poz. 300).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U., Nr 44, poz. 520).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2003 r. w sprawie kwalifikacji osób wydających produkty lecznicze w placówkach obrotu pozaaptecznego, a także wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal i wyposażenie tych placówek oraz punktów aptecznych (Dz. U., Nr 23, poz. 196).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U., Nr 116, poz. 985).

2. Syntetyczny opis zawodu

Fizjoterapeuta nadzoruje postępowanie fizjoterapeutyczne lub prowadzi je, stosując metody diagnostyki funkcjonalnej, obrazowej oraz terapii obejmującej ruch, mobilizacje, manipulacje, oddziaływania fizykalne, masaż, u pacjentów z zaburzeniami mięśniowo-szkieletowymi, nerwowo-mięśniowymi, sercowo-naczyniowymi i oddechowymi. Celem tych działań jest usunięcie lub zmniejszenie występujących objawów: bólu, ograniczeń ruchów w stawach, zaburzeń sterowania ruchem, ograniczeń wydolności organizmu. Fizjoterapeuta podejmuje również działania profilaktyczne dla zapobiegania objawów somatycznych i psychicznych.

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu w sposób osobisty świadczeń zdrowotnych, usług o wyjątkowym charakterze społecznym.

Podstawowymi zadaniami zawodowymi fizjoterapeuty jest przeprowadzanie postępowania diagnostycznego. W jego zakres wchodzi np. interpretacja badań obrazowych narządu ruchu, wykonanie testów czynnościowych określających sprawność ruchową pacjentów w celu określenia zakresu fizjoterapii oraz ustalanie indywidualnego programu postępowania fizjoterapeutycznego odpowiedniego dla danego schorzenia i stanu chorego – we wszystkich etapach życia pacjenta, z uwzględnieniem wsparcia psychicznego pacjenta. Ponadto każdy fizjoterapeuta zobowiązany jest do

¹ Stan prawny na dzień 30 września 2006 r.

prowadzenia dokumentacji postępowania fizjoterapeutycznego i jego wpływu na sprawność ruchową i wydolność organizmu pacjentów oraz oceny jakości świadczonych usług. W celu zapewnienia właściwej współpracy w procesie fizjoterapii bardzo ważne jest nawiązywanie kontaktu z chorym. Oprócz wymienionych, do zadań fizjoterapeuty należy też wykonywanie lub nadzorowanie zabiegów fizykoterapeutycznych, kinezyterapeutycznych, mobilizacji i manipulacji oraz masażu, prowadzenie fizjoterapii u osób po amputacji kończyn i zaopatrzonych w protezy, organizowanie i nadzorowanie terapii zajęciowej, przekwalifikowania zawodowego osób ze schorzeniami narządu ruchu i osób z protezowanymi kończynami oraz adaptacji do życia i pracy. Poza swoją codzienną pracą fizjoterapeuta ma również obowiązek uczestniczenia w działaniach dotyczących promocji zdrowia i zapobiegania chorobom narządu ruchu, wypisywania wniosków na zaopatrzenie ortopedyczne (kule, laski, wózki, protezy itp.) oraz opiniowania o stopniu niepełnosprawności. Fizjoterapeuta powinien wciąż doskonalić swoją wiedzę i umiejętności, między innymi uczestnicząc w podyplomowym kształceniu ustawicznym.

Praca fizjoterapeuty wymaga od niego wykonywania dodatkowych zadań zawodowych takich jak: kierowanie ambulatorium, zakładem/działem rehabilitacji lub fizjoterapii, zakładem opieki zdrowotnej. Fizjoterapeuci prowadzą także działalność w zakresie doskonalenia zawodowego w obrębie własnej specjalizacji oraz innych specjalności medycznych, jak również doradztwo w organizacjach rządowych i pozarządowych, a także badania naukowe.

Fizjoterapeuta powinien wyróżniać się przede wszystkim doskonałą sprawnością zarówno fizyczną, jak i psychiczną. Cechami niezbędnymi są także odpowiedzialność, kultura osobista, uczciwość oraz odpowiednie wykształcenie.

Fizjoterapeuta pracuje najczęściej w zakładach opieki zdrowotnej, szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, sanatoriach, przychodniach, ośrodkach zdrowia, poradniach zakładach rehabilitacji leczniczej itp. Może również prowadzić własną działalność gospodarczą, pracować jako nauczyciel akademicki lub szkolny, w organizacjach rządowych i pozarządowych, Narodowym Funduszu Zdrowia, w jednostkach badawczo-rozwojowych, a także prowadzić sklepy specjalistycznego zaopatrzenia medycznego czy nawet zatrudniać się w lecznicach zwierząt.

3. Stanowiska pracy

Tabela 1. Przyporządkowanie stanowisk pracy do poziomów kwalifikacji zawodowych

Poziom kwalifikacji zawodowych	Typowe stanowiska pracy	UWAGI
1	*)	
2	*)	
3	*)	
4	<ul style="list-style-type: none"> – Młodszy asystent w placówkach ochrony zdrowia – Instruktor w klubach sportowych, organizacjach sportowych i klubach fitness – Pracownik w lecznicach zwierząt 	

Poziom kwalifikacji zawodowych	Typowe stanowiska pracy	UWAGI
5	<ul style="list-style-type: none"> - Asystent w placówkach ochrony zdrowia - Starszy asystent w placówkach ochrony zdrowia - Pracownik Narodowego Funduszu Zdrowia* - Nauczyciel akademicki - Kierownik działu fizjoterapii, zakładu rehabilitacji - Kierownik placówki ochrony zdrowia - Doradca, konsultant w organizacjach rządowych i pozarządowych 	* fizjoterapeuci pracują na różnych stanowiskach administracyjnych w placówkach Narodowego Funduszu Zdrowia.

**) Nie zidentyfikowano w badaniach.*

4. Zadania zawodowe

- Z-1. Przeprowadzenie badania fizjoterapeutycznego w celu ustalenia diagnozy funkcjonalnej pacjenta.
- Z-2. Zlecenie zabiegów fizjoterapeutycznych i metod fizjoterapeutycznych w oparciu o diagnozę badania lekarskiego i badania fizjoterapeutycznego.
- Z-3. Wykonywanie lub nadzorowanie wykonania zabiegów fizjoterapeutycznych i metod fizjoterapeutycznych.
- Z-4. Prowadzenie dokumentacji medycznej postępowania fizjoterapeutycznego, zawierającego rozpoznanie, przebieg leczenia i badanie końcowe.
- Z-5. Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do badania funkcjonalnego oraz przebiegu postępowania fizjoterapeutycznego osób poddawanych fizjoterapii.
- Z-6. Wydawanie opinii o stopniu niepełnosprawności osób poddawanych fizjoterapii.
- Z-7. Zlecenie odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych pacjentom w celu przeprowadzenia prawidłowego postępowania fizjoterapeutycznego.
- Z-8. Uczestniczenie w procesie doskonalenia zawodowego i przygotowywanie publikacji naukowych oraz materiałów informacyjnych z zakresu fizjoterapii.
- Z-9. Planowanie szczegółowego przebiegu fizjoterapii w danej jednostce chorobowej, dysfunkcji lub zaburzeniu czynnościowym, w oparciu o badanie lekarskie i badanie fizjoterapeutyczne.
- Z-10. Zaplanowanie badań kontrolujących przebieg leczenia i oceniających efektywność postępowania fizjoterapeutycznego.
- Z-11. Udział w konsyliach, dotyczących pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi narządu ruchu: chorób neurologicznych, ortopedycznych, kardiologicznych, reumatologicznych, pediatrycznych, pulmonologicznych i innych.
- Z-12. Kierowanie zespołem fizjoterapeutów, którzy biorą udział w postępowaniu fizjoterapeutycznym.
- Z-13. Kierowanie pacjenta na konsultacje do lekarzy specjalistów oraz na badania obrazowe narządu ruchu, w trakcie procesu diagnostyki, postępowania fizjoterapeutycznego i po zakończonym postępowaniu fizjoterapeutycznym.

- Z-14. Współdziałanie z całym zespołem terapeutycznym biorącym udział w procesie leczenia: lekarzami różnych specjalności, pielęgniarkami, psychologami, logopedami, pedagogami.
- Z-15. Dokonywanie przez fizjoterapeutę, kierującego zespołem fizjoterapeutycznym, bieżących kontroli postępowania fizjoterapeutycznego realizowanego przez poszczególnych terapeutów, w szczególności poprawności wykonywania zabiegów i prawidłowego ich dokumentowania.
- Z-16. Współpraca z rodziną lub opiekunami pacjenta poddawanego fizjoterapii.

5. Składowe kwalifikacji zawodowych

- K-1. Przeprowadzanie badania fizjoterapeutycznego.
- K-2. Zlecenie zabiegów fizjoterapeutycznych.
- K-3. Przeprowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych.
- K-4. Kontrolowanie poprawności i jakości wykonywanych zabiegów fizjoterapeutycznych.
- K-5. Wydawanie opinii i orzeczeń o postępowaniu fizjoterapeutycznym.
- K-6. Współpracowanie z zespołem terapeutycznym, z rodziną pacjenta oraz z organizacjami naukowymi, społecznymi i rządowymi.

6. Korelacja między zadaniami zawodowymi a składowymi kwalifikacji zawodowych

Tabela 2. Korelacja między zadaniami zawodowymi a składowymi kwalifikacji zawodowych

Zadania zawodowe	Składowe kwalifikacji zawodowych					
	K-1	K-2	K-3	K-4	K-5	K-6
Z-1	X	X	X	X	X	
Z-2	X	X	X	X	X	
Z-3	X	X	X	X		X
Z-4	X	X	X	X	X	
Z-5	X	X	X	X	X	
Z-6	X				X	X
Z-7	X				X	X
Z-8	X	X	X	X	X	
Z-9	X	X	X	X	X	X
Z-10	X	X	X	X	X	X
Z-11	X	X			X	X
Z-12	X	X	X	X	X	X
Z-13	X	X			X	X
Z-14	X	X	X		X	X
Z-15	X	X	X	X	X	
Z-16	X		X	X		X

7. Kwalifikacje ponadzawodowe

UWAGA: Kwalifikacje na poziomie wyższym zawierają kwalifikacje z poziomów niższych

Tabela 3. Przyporządkowanie kwalifikacji ponadzawodowych do poziomów kwalifikacji

Poziom kwalifikacji zawodowych	Kwalifikacje ponadzawodowe
UMIEJĘTNOŚCI	
1	*)
2	*)
3	*)
4	<ul style="list-style-type: none"> – Stosuje zasady i przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska na swoim stanowisku pracy. – Wykonuje zadania zawodowe zgodnie z zasadami ergonomii. – Organizuje własne stanowisko pracy. – Udziela pierwszej pomocy przedmedycznej. – Stosuje zasady współpracy w zespole. – Doskonali swoje umiejętności zawodowe. – Planuje i realizuje własną ścieżkę rozwoju zawodowego. – Przestrzega zasad etyki zawodowej. – Przestrzega zasad współżycia społecznego. – Obsługuje komputer w stopniu umożliwiającym realizację zadań zawodowych. – Podejmuje samodzielne decyzje. – Wyszukuje i przetwarza informacje. – Dokonuje samooceny. – Rozumie zachodzące procesy społeczno-gospodarcze.
5	<ul style="list-style-type: none"> – Kieruje zakładem pracy. – Organizuje obieg dokumentów. – Doskonali metody pracy członków zespołu. – Motywuje podległych pracowników do efektywnej pracy. – Ocenia przebieg wykonywanej pracy własnej i członków zespołu. – Uczestniczy w rozwiązywaniu konfliktów na swoim stanowisku pracy. – Diagnostyka i rozwiązuje problemy pracownicze i zawodowe. – Dostrzega szanse i zagrożenia, wynikające ze zmian w środowisku pracy i życiu społeczno-gospodarczym.
WIADOMOŚCI	
1	*)
2	*)
3	*)
4	<ul style="list-style-type: none"> – Przepisy i zasady bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska naturalnego na zajmowanym stanowisku. – Wiadomości z zakresu ergonomii. – Zasady i metody udzielania pomocy przedmedycznej. – Doskonalenie zawodowe i rozwój zawodowy. – Organizacja stanowiska pracy. – Zasady pracy zespołowej. – Techniki komunikowania się. – Metody radzenia sobie ze stresem. – Zasady etyki.

Poziom kwalifikacji zawodowych	Kwalifikacje ponadzawodowe
	<ul style="list-style-type: none"> – Zasady współżycia społecznego. – Zasady obsługi komputera i urządzeń peryferyjnych. – Techniki poszukiwania i przetwarzania informacji. – Prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników. – Metody planowania pracy.
5	<ul style="list-style-type: none"> – Podstawy organizacji i zarządzania. – Metody rozwiązywania konfliktów grupowych. – Zasady kompletowania i obiegu dokumentów. – Ocena jakości pracy. – Techniki motywowania do pracy.
CECHY PSYCHOFIZYCZNE	
1	*)
2	*)
3	*)
4	<ul style="list-style-type: none"> – Sprawność fizyczna. – Zdolność nawiązywania kontaktów. – Empatia. – Asertywność.
5	<ul style="list-style-type: none"> – Zdolność współpracy w zespole. – Komunikatywność. – Odpowiedzialność za innych.

*) Nie zidentyfikowano w badaniach.

8. Specyfikacja kwalifikacji ogólnozawodowych, podstawowych i specjalistycznych dla zawodu

UWAGA: *Kwalifikacje na poziomie wyższym zawierają kwalifikacje z poziomów niższych*

POZIOM 1

– *Nie zidentyfikowano.*

POZIOM 2

– *Nie zidentyfikowano.*

POZIOM 3

– *Nie zidentyfikowano.*

Kwalifikacje ogólnozawodowe

Umiejętności

- Ocenia przebieg leczenia fizjoterapeutycznego.
- Ocenia skuteczność leczenia fizjoterapeutycznego.
- Zapewnia warunki do realizacji zadań fizjoterapeuty.
- Nadzoruje bezpieczeństwo wykonywania fizjoterapeutycznych zabiegów leczniczych.

Wiadomości

- Podstawowa wiedza medyczna.
- Wiedza pomocnicza: psychologia, socjologia, etyka zawodowa, pedagogika ogólna, filozofia ogólna, metodyka badań naukowych.

Cechy psychofizyczne

- Serdeczność.

Kwalifikacje podstawowe dla zawodu

Umiejętności

- Przygotowuje pacjenta do zabiegów fizjoterapeutycznych (K-3).
- Przeprowadza zabiegi fizjoterapeutyczne; kinezyterapia, fizykoterapia, terapia manualna, metody fizjoterapeutyczne, masaże (K-3).
- Przeprowadza pokaz prawidłowego wykorzystania zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych (K-3, K-4).
- Prowadzi prawidłowy zapis zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych (K-2).
- Nadzoruje bezpieczeństwo zabiegów fizjoterapeutycznych (K-4).
- Obsługuje sprzęt i aparaturę fizjoterapeutyczną (K-3, K-4).
- Obsługuje, reguluje i prawidłowo wykorzystuje zaopatrzenie ortopedyczne oraz środki pomocnicze (K-3, K-4).
- Kontroluje sprawność sprzętu i aparatury fizjoterapeutycznej (K-4).
- Udziela porad w zakresie profilaktyki fizjoterapeutycznej (K-3, K-4, K-5).

Wiadomości

- Postępowanie lecznicze: kinezyterapia, fizykoterapia, terapia manualna, metody fizjoterapeutyczne, masaże (K-1, K-2, K-3).
- Wiedza podstawowa: anatomia prawidłowa i patologiczna, anatomia obrazowa prawidłowa i patologiczna, fizjologia z patofizjologią, biomechanika i patobio-

- mechanika, biochemia, biofizyka, kinezylogia, farmakologia na potrzeby fizjoterapii (K-1, K-2, K-3).
- Wiedza kierunkowa: ogólna teoria fizjoterapii oraz fizjoterapia kliniczna w ortopedii i traumatologii, neurologii i neurochirurgii, pediatrii, internie, pulmonologii, kardiologii, chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwie, reumatologii, geriatrici, psychiatrii, onkologii (K-1, K-2, K-3).
 - Sposoby przeprowadzania pomiarów i testów fizjoterapeutycznych (K-1).
 - Sposób opisu badań, testów i zabiegów (K-2).
 - Budowa oraz właściwości zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych (K-4).
 - Środki fizjoterapeutyczne stosowane w procesie profilaktyki chorobowej (K-1, K-2, K-3).
 - Rodzaje niepełnosprawności (K-1).
 - Środki ortopedyczne, pomocnicze i sprzęt sportowy potrzebne w procesie profilaktyki (K-2, K-5).
 - Rodzaje aktywności rekreacyjnej i sportowej stosowanej w procesie profilaktyki (K-1, K-2).

Cechy psychofizyczne

- Czucie dotykowe (K-3).
- Zdolność analizowania sytuacji i podejmowania ryzyka (K-2, K-5).

Kwalifikacje specjalistyczne dla zawodu

– *Nie zidentyfikowano.*

POZIOM 5

Kwalifikacje ogólnozawodowe

Umiejętności

- Kieruje jednostką ochrony zdrowia.
- Bierze udział w rozwoju i planowaniu zadań jednostki ochrony zdrowia.
- Bierze udział w określeniu celów strategicznych jednostki ochrony zdrowia.
- Projektuje zmiany na stanowiskach pracy w jednostce ochrony zdrowia.
- Prowadzi rekrutację pracowników w jednostce ochrony zdrowia.
- Decyduje o obsadzie stanowisk w jednostce ochrony zdrowia.
- Przeprowadza okresowe kontrole w jednostce ochrony zdrowia.
- Diagnostyka i rozwiązuje problemy organizacyjne jednostki ochrony zdrowia.
- Dokonuje oceny pracowników w jednostce ochrony zdrowia.
- Rozwiązuje problemy na stanowiskach pracy w jednostce ochrony zdrowia.
- Realizuje program motywowania pracowników w jednostce ochrony zdrowia.

- Ocenia przebieg wykonywanej pracy na stanowiskach pracy w jednostce ochrony zdrowia.
- Opracowuje i koordynuje program doskonalenia zawodowego pracowników w jednostce ochrony zdrowia.

Wiadomości

- Zarządzanie zasobami ludzkimi.
- Zasady organizacji i funkcjonowania placówek ochrony zdrowia.
- Zasady organizacji i funkcjonowania towarzystw naukowych, organizacji fizjoterapeutycznych i organizacji innych specjalności medycznych.
- Zasady organizacji i funkcjonowania organizacji rządowych i społecznych.
- System ochrony zdrowia w Polsce.
- Zarządzanie strategiczne.
- Kryteria obsady stanowisk pracy.

Cechy psychofizyczne

- Zdolności kierownicze.

Kwalifikacje podstawowe dla zawodu

Umiejętności

- Analizuje poprawność przeprowadzonych badań fizjoterapeutycznych (K-4).
- Analizuje badanie lekarskie i fizjoterapeutyczne (K-1).
- Analizuje wskazania i przeciwwskazania do stosowania poszczególnych zabiegów fizjoterapeutycznych (K-1, K-4).
- Analizuje wskazania do stosowania fizjoterapeutycznej terapii zajęciowej (K-2).
- Analizuje zgodność wykonywanych zabiegów ze zleceniem na zabiegi fizjoterapeutyczne (K-4, K-5).
- Ankietuje jakość świadczonych usług fizjoterapeutycznych (K-1, K-4).
- Planuje zabiegi fizjoterapeutyczne zgodnie z diagnozą fizjoterapeutyczną (K-1).
- Planuje realizację poszczególnych etapów fizjoterapeutycznego postępowania usprawniającego (K-1).
- Przeprowadza badanie fizjoterapeutyczne (K-1).
- Prowadzi konsultacje z innymi członkami zespołu fizjoterapeutycznego i medycznego (K-1, K-6).
- Prowadzi badania naukowe w zakresie fizjoterapii i je publikuje (K-5, K-6).
- Przekazuje informacje pomagające i wspierające leczenie fizjoterapeutyczne rodzinie lub opiekunom pacjenta oraz środowisku, w którym przebywa pacjent, jeżeli zachodzi niezbędna potrzeba (K-3).
- Posługuje się w leczeniu fizjoterapeutycznym dokumentacją medyczną różnych specjalizacji medycznych (K-1, K-2).

- Proponuje wykonanie badań obrazowych i innych badań dla uszczegółowienia fizjoterapeutycznej diagnozy funkcjonalnej (K-1, K-2, K-4).
- Diagnostuje w leczeniu fizjoterapeutycznym stan czynnościowy i funkcjonalny pacjenta (K-1).
- Doskonali wiedzę o nowych rozwiązaniach w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych (K-4, K-6).
- Dokonuje fizjoterapeutycznego badania podmiotowego z uwzględnieniem części personalnej i chorobowej oraz socjalnej, jeżeli zachodzi taka potrzeba (K-1).
- Dokonuje fizjoterapeutycznego badania przedmiotowego układu ruchu, układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, a także wykonuje inne badania potrzebne w procesie leczenia fizjoterapeutycznego (K-1).
- Dokonuje wyboru form i metod doskonalenia zawodowego w zakresie fizjoterapii (K-2).
- Dokonuje zmian w procesie fizjoterapii w zależności od potrzeb (K-4, K-5).
- Dokonuje oceny standardów jakości fizjoterapii (K-4, K-5).
- Dobiera i zleca właściwe zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze (K-1, K-2).
- Dostarcza naukowego uzasadnienia do prowadzonego postępowania fizjoterapeutycznego (K-5, K-6).
- Dostosowuje współpracę z całym zespołem profesjonalistów zdrowia biorącym udział w procesie leczenia fizjoterapeutycznego, w zależności od zakresu specjalizacji członków zespołu (K-2, K-5, K-6).
- Ocenia wyniki fizjoterapeutycznego badania podmiotowego, przedmiotowego, badań obrazowych na potrzeby fizjoterapii oraz innych badań stosowanych w procesie fizjoterapii (K-1, K-4, K-5).
- Ocenia aktualny stan pacjenta przed zabiegiem fizjoterapeutycznym i w razie potrzeby modyfikuje lub przerywa terapię (K-1, K-4).
- Ocenia przebieg postępowania fizjoterapeutycznego (K-4).
- Ocenia skuteczność fizjoterapii (K-4).
- Ocenia pracę fizjoterapeutów pod względem merytorycznym (K-4, K-5).
- Ocenia zgodność dokumentacji z przeprowadzonymi zabiegami fizjoterapeutycznymi (K-4, K-5).
- Konsultuje informacje zawarte w dokumentacji medycznej z zespołem fizjoterapeutycznym i medycznym (K-6).
- Konsultuje opinie i orzeczenia z zespołem fizjoterapeutycznym i medycznym (K-5, K-6).
- Kieruje zespołem w zakresie realizacji postępowania fizjoterapeutycznego (K-1, K-2, K-3).
- Korzysta z dokumentacji dotychczasowego przebiegu leczenia fizjoterapeutycznego (K-1, K-2, K-4).
- Rozwiązuje problemy diagnostyki typowe dla fizjoterapii (K-1, K-5).
- Zleca odpowiednie zabiegi fizjoterapeutyczne w zależności od jednostki chorobowej i okresu chorobowego (K-2).
- Zleca specjalistyczną konsultację lekarską w zakresie fizjoterapii (K-1, K-2, K-4).

- Sporządza fizjoterapeutyczną dokumentację medyczną (K-5).
- Sporządza opinie zgodnie ze standardami fizjoterapii (K-5).
- Ustala odpowiednie programy działań fizjoterapeutycznych celem podtrzymania wyników dotychczasowego leczenia (K-2, K-4).
- Ustala terminy fizjoterapeutycznych badań kontrolnych (K-1, K-4).
- Naucza pacjentów prawidłowego samodzielnego stosowania środków fizjoterapeutycznych w procesie profilaktyki chorobowej (K-3, K-4).
- Wybiera odpowiedni rodzaj fizjoterapeutycznej terapii zajęciowej w zależności od jednostki chorobowej i obecnego stanu funkcjonalnego pacjenta (K-2).
- Wybiera odpowiednie fizjoterapeutyczne badania kontrolne, testy w stosunku do jednostki chorobowej (K-1, K-4, K-5).
- Wskazuje zawody, do których można przekwalifikować pacjenta ze względu na stan czynnościowy oraz przeprowadza proces przekwalifikowania od strony funkcjonalnych możliwości pacjenta i postępów w fizjoterapii (K-2).
- Wdraża nowe rozwiązania prozdrowotne z zakresu fizjoterapii (K-6).
- Współpracuje z zespołem fizjoterapeutycznym, partnerami, współpracownikami, podwładnymi i przełożonymi z uwzględnieniem podziału zadań (K-2, K-5, K-6).

Wiadomości

- Zasady przeprowadzania badania podmiotowego (K-1).
- Zasady przeprowadzania badania przedmiotowego (K-1).
- Sposoby przeprowadzania badania układu ruchu (K-1).
- Rodzaje badań kontrolnych, testów klinicznych, objawów klinicznych, badań obrazowych oraz innych obiektywnych badań medycznych (K-1).
- Rodzaje jednostek chorobowych, okresy przebiegu chorób, klasyfikacja międzynarodowa jednostek chorobowych ICD-10 na potrzeby fizjoterapii (K-1, K-2, K-3, K-5).
- Charakterystyka przebiegu jednostek chorobowych (K-1, K-2, K-3, K-5).
- Zasady zapisu jednostek chorobowych (K-2, K-5).
- Postępowanie lecznicze, klasyfikacja międzynarodowa procedur ICD-9: kinezyterapia, fizykoterapia, terapia manualna, metody fizjoterapeutyczne, masaże (K-1, K-2, K-3).
- Reakcje pacjenta na zastaną niepełnosprawność (K-1, K-2, K-3).
- Rodzaje programów profilaktyki w zależności od jednostki chorobowej (K-2, K-3).
- Cel i sposób przedstawiania problemów medycznych oraz zasady przebiegu spotkań konsultacyjnych w placówkach leczniczych (K-1, K-2, K-3, K-4).
- Zakres kompetencji poszczególnych specjalistów zespołu terapeutycznego (K-6).
- Zasady przeprowadzania wywiadu środowiskowego (K-1, K-6).
- Rodzaje niepełnosprawności, podział ze względu na wielkość niepełnosprawności (K-1, K-5).

- Działanie biomechaniczne stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych (K-4).
- Metody terapii zajęciowej (K-2).
- Kryteria doboru terapii zajęciowej (K-1, K-2).
- Zasady prowadzenia obiektywnych badań naukowych opartych na faktach (K-5, K-6).
- Metody statystyczne używane do określania ważności dowodowej wyników badań (K-5, K-6).
- Zasady pisania artykułów medycznych zgodnie ze standardami (K-5, K-6).
- Ogólne zasady tworzenia karty badań (K-4, K-5, K-6).
- Rodzaje skierowań do specjalistów i na badania dodatkowe (K-5).
- Wskazania i przeciwwskazania do badań obrazowych oraz innych obiektywnych badań medycznych (K-1, K-5).
- Zakres zainteresowań poszczególnych towarzystw naukowych, organizacji fizjoterapeutycznych i innych specjalności medycznych (K-6).
- Metody wspólnego uczestniczenia różnych ośrodków i towarzystw naukowych w projektach badawczych (K-6).
- Wiedza z zakresu działań i metod postępowania prozdrowotnego (K-6).
- Zakres kompetencji poszczególnych specjalistów zespołu terapeutycznego (K-4, K-5).
- Struktura organizacyjna placówki zdrowia (K-6).
- Zakres umiejętności i obowiązków fizjoterapeutów pracujących w zespole (K-6).
- Standardy jakości usług medycznych (K-6).
- Akty prawne obowiązujące w systemie ochrony zdrowia (K-6).

Cechy psychofizyczne

- *Nie zidentyfikowano.*

Kwalifikacje specjalistyczne dla zawodu

Umiejętności

- Tworzy karty badań fizjoterapeutycznych specyficzne dla grup jednostek chorobowych (K-4).
- Tworzy plany działania i rozwoju fizjoterapii oraz dokumentuje przyjęte rozwiązania (K-5, K-6).
- Tworzy ankietę jakości świadczonych fizjoterapeutycznych usług medycznych dla pacjentów (K-5, K-6).
- Segreguje i kataloguje informacje z zakresu fizjoterapii (K-4, K-5, K-6).
- Przechowuje, zgodnie z prawem, dokumentację medyczną z zakresu fizjoterapii (K-4, K-5).
- Prowadzi rozmowy kwalifikacyjne z kandydatami do pracy na stanowisku fizjoterapeuty, zawiera i rozwiązuje umowy o pracę (K-5, K-6).

- Prowadzi konsultacje z organizacjami rządowymi i społecznymi w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych i fizjoterapii (K-6).
- Prowadzi badania nad formami zachowań prozdrowotnych i fizjoterapii (K-6).
- Prowadzi negocjacje z instytucjami finansującymi opiekę zdrowotną i fizjoterapeutyczną (K-6).
- Ocenia rodzaj i stopień niepełnosprawności do celów fizjoterapii (K-1).
- Kieruje zakładem fizjoterapii, placówką opieki zdrowotnej, poradnią fizjoterapeutyczną lub gabinetem fizjoterapeutycznym (K-5, K-6).
- Kontroluje i sporządza bieżące oraz okresowe analizy bezpieczeństwa i higieny pracy zgodnie z obowiązującymi normami (K-4, K-5, K-6).
- Korzysta z kodeksu pracy (K-6).
- Zarządza wszystkimi strukturami organizacyjnymi placówki zdrowia (K-6).
- Dokumentuje działania związane z kierowaniem placówką zdrowia oraz prowadzi dokumentację osobową pracowników (K-5, K-6).
- Dobiera odpowiednie zadania i zleca zabiegi fizjoterapeutyczne terapeutom o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych (K-5, K-6).
- Dostosowuje współpracę z organizacjami fizjoterapeutycznymi oraz medycznymi towarzystwami naukowymi do zakresu prowadzonej fizjoterapii (K-6).
- Dostosowuje współpracę z organizacjami rządowymi i społecznymi do zakresu prowadzonej fizjoterapii (K-6).
- Analizuje wyniki badań ankietowych (K-5, K-6).
- Współdziała z organizacjami pracowniczymi w zakresie kierowania placówką zdrowia (K-6).
- Wykorzystuje fizjoterapię jako składową łączącą działania w różnych specjalnościach medycznych (K-6).
- Inicjuje działania w specjalnościach pozamedycznych (np. inżynieria, elektronika, robotyka, mechatronika), które będą przydatne w rozwoju fizjoterapii (K-6).

Wiadomości

- Formy przepisywania zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych (K-2, K-5).
- System refundacji zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych (K-6).
- Kryteria doboru odpowiedniego zawodu w zależności od stanu funkcjonalnego pacjenta (K-1, K-2).
- Organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne (K-6).
- Zasady stosowania badania ankietowego (K-6, K-5).
- Zarządzanie przez jakość (K-6).
- Przygotowanie menedżerskie w zarządzaniu zasobami ludzkimi (K-6).
- Wykształcenie i umiejętności terapeutów biorących udział w leczeniu fizjoterapeutycznym (K-6).
- Zasady zarządzania zasobami ludzkimi (K-6).
- Umowy o pracę i rodzaje ich zawierania (K-6).
- Systemy oceny pracowników (K-4, K-6).

- Techniki negocjacyjne (K-6).
- Akty prawne dotyczące współpracy z organizacjami rządowymi i społecznymi (K-6).
- Zakres działalności poszczególnych organizacji rządowych i społecznych (K-6).
- Podstawy organizacji, zarządzania i marketingu placówek ochrony zdrowia (K-6).
- Warunki i zasady finansowania usług medycznych (K-6).

Cechy psychofizyczne

- Gotowość do wprowadzania zmian (K-6).

dr n. biol. Zbigniew Wroński Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii

Warszawa, 01.12.2014

Pan

Aleksander Soplński

Podsekretarz Stanu

Szanowny Panie Ministrze,

z przykrością muszę poinformować o wystawieniu negatywnej opinii obu projektom ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, to jest, projektu PSL złożonego w dniu 23.07.2014 i projektu PO złożonego w listopadzie 2014.

Zastrzeżenia do projektu złożonego przez PSL dotyczą:

art. 3 i art. 4

Szczegółowe rozpisanie zasad świadczenia usług i uprawnień niesie za sobą ryzyko dużych trudności w przypadku potrzeby ich korekty. Wydaje się, że lepiej by było gdyby zasady i uprawnienia sformułowane byłyby ogólnie. Szczegółowe regulacje mogłyby określać Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Fizjoterapeutów w drodze rozporządzenia. Tym sposobem można by stosunkowo łatwo regulować uprawnienia zawodowe zgodnie z potrzebami pacjentów i rozwojem medycyny.

art. 3 pkt 3

Zgodnie z tym artykułem wszystkie gabinety fizjoterapii będą musiały przekształcić się w podmioty lecznicze. Koszt uzyskania odpowiednich zaświadczeń wynosi minimum 1000zł. Wydaje się konieczne wprowadzenie okresu przejściowego, przynajmniej 1 rok, na dostosowanie istniejących gabinetów.

art.4 pkt 5

Obecnie w ramach swobody działalności gospodarczej wielu fizjoterapeutów prowadzi własne gabinety. Zgodnie z tym punktem będzie to możliwe tylko dla specjalistów fizjoterapii. Obawiam się, że wprowadzenie takiego zapisu spowoduje ucieczkę fizjoterapeutów w szarą strefę lub zmianę nazwy (bez zmiany rodzaju wykonywanej działalności). Może to spowodować nieodwracalną utratę kontroli nad ich działaniami (kontroli merytorycznej).

art. 18 pkt 2

O powoływaniu komisji powinien decydować tylko dyrektor CEM, nadmierne komplikacje nie służą sprawnej organizacji egzaminów.

Cały rozdział 5

Zgodnie ze standardami nowoczesnej medycyny powinno się dążyć do stworzenia specjalizacji kierunkowych lub jednej wspólnej specjalizacji ogólnej i jako jej rozwinięcie nad specjalizację.

art. 40

Nie wydaje mi się słuszne ułatwianie przyznawania doktorom habilitowanym tytułu specjalisty. Ścieżka naukowa i specjalizacja to zwykle innego rodzaju praca. Jeżeli pracownik naukowy ma na co dzień kontakt z pacjentem to nie widzę problemu żeby zrobić specjalizację w normalnym trybie (tak jak np. jest w zawodzie lekarskim).

art. 69

Nadmierna komplikacja. Rada aby była sprawna w swoich działaniach nie może liczyć więcej niż 5-7 osób.

art. 137

Zasady powoływania pierwszego krajowego zjazdu fizjoterapeutów są zbyt skomplikowane. W mojej opinii nie powinien przekraczać 5-7 osób. Członków powinien powoływać Minister Zdrowia. Uprości to procedurę wyboru i zagwarantuje szybkie i sprawne powołanie Pierwszego Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów.

Projekt PO jest bardzo podobny do projektu PSL, różnice są kosmetyczne i dla tego również opiniuję go negatywnie.

Z poważaniem

Zbigniew Wronski

KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie fizjoterapii
dr Zbigniew Wronski

Maria Grodner
SZP ZOZ im. „Dzieci Warszawy”
W Dziekanowie Leśnym
Ul . Konopnickiej 65, 05- 092 Łomianki
+48 22 7657187, 608309048
maria.grodner@gmail.com
tel., fax, email

Raport Konsultanta Wojewódzkiego
w dziedzinie FIZJOTERAPII
za rok 2012

I. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w zakresie danej dziedziny medycyny, farmacji, pielęgniarstwa, innej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia na obszarze województwa, w tym:

- dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii **nie** jest zadawalająca, i nie zmieniła się od poprzedniego roku . Nadal czas oczekiwania na zabiegi w zakładach publicznych , jak i nie publicznych realizujących kontrakt z NFZ jest zbyt długi i wynosi od tygodnia do roku średnio do trzech miesiąca niekiedy dłużej. W dużej mierze zależy to od rozmieszczenia podmiotów leczniczych, ale również od uzyskanych przez dany podmiot kontraktu z NFZ. Jedynie rehabilitacja pierwotna po pobycie w oddziale szpitalnym nadal jest realizowana w terminach natychmiastowych. Należy zauważyć, że w jednostkach niepublicznych za odpłatnością czas oczekiwania na zabiegi nie przekracza kilku dni.

- ocena rozmieszczenia podmiotów leczniczych

Rozmieszczenie podmiotów leczniczych świadczących zabiegi fizjoterapeutyczne jest nierównomierne. Większość podmiotów znajduje się w centrum województwa ,natomiast na obrzeżach jest ich znacznie mniej i większość pacjentów korzysta z podmiotów w centrum województwa, zwiększając czas oczekiwania na zabieg fizjoterapeutyczny. Z danych uzyskanych w czasie badania stanu fizjoterapii w woj. mazowieckim wynika, że zarejestrowanych jest 348 podmiotów, mało podmiotów jest między innymi w powiatach sierpeckim, zwoleńskim, łosickim i innych na obrzeżach. Na uwagę zasługuje fakt, powstawania w różnych miejscach województwa wielu małych prywatnych gabinetów, zakładów rehabilitacji /fizjoterapii, które nie są rejestrowane w Wydziale Zdrowia i nie zgłaszają działalności Konsultantowi, ponieważ nie ma takiego wymogu. Właściciele prowadzą działalność na podstawie wydanej decyzji o działalności gospodarczej. Nikt nie wymaga potwierdzenia kwalifikacji fizjoterapeuty, jedynym warunkiem jest uzyskanie zezwolenia z Sanepidu. Brak Ustawy dotyczącej regulacji zawodu fizjoterapeuty i brak rejestracji wyszkolonych fizjoterapeutów (istnieje w większości krajów Europy) uniemożliwia weryfikację osób prowadzących wymienioną działalność oraz weryfikację merytoryczną prowadzonej działalności, w tym jakości usług, natomiast umożliwia wiele nieprawidłowości. Np. fizjoterapeuta w placówce publicznej lub niepublicznej z kontraktem z NFZ może podjąć działania po uzyskaniu skierowania od lekarza , (jeżeli w placówce funkcjonuje lekarz z specjalizacją rehabilitacji to on jako drugi wystawia skierowanie do fizjoterapeuty !) natomiast w wymienionych zakładach/ gabinetach , które prowadzi swoją działalność na podstawie działalności gospodarczej wymóg skierowania jest dowolny. Pacjent z „ulicy” może uzyskać poradę lub zabieg z zakresu fizjoterapii.

- ocena zabezpieczenia kadr medycznych w reprezentowanej dziedzinie, w tym ocena prawidłowości rozmieszczenia specjalistów na terenie województwa

Zabezpieczenie kadr medycznych w dziedzinie fizjoterapii jest odpowiednie, znacznie przekraczające zapotrzebowanie. Osiem (w ostatnich latach przybyły 3) Wydziałów Fizjoterapii szkolących na poziomie licencjata i na poziomie magistra z nadwyżką zabezpiecza kadrę dla województwa mazowieckiego. Problemem jest rozmieszczenie fizjoterapeutów z tytułem magistra z specjalizacją fizjoterapii, którzy zgodnie z rozporządzeniem mogą być kierownikami Zakładów Rehabilitacji/Fizjoterapii, stąd niekiedy kierownikami są magistry bez specjalizacji, którym niekiedy przypisuje się stanowisko koordynatora do spraw organizacyjnych lub lekarz bez lub z specjalizacją rehabilitacji, który niekiedy pełni jednocześnie funkcje kierownika Zakładu, ordynatora Oddziału i dyrektora ds. medycznych. Sytuacja ta w wielu przypadkach umożliwia fizjoterapeucie samemu decydować o sposobie i rodzaju wykonywanych zabiegów, na podstawie skierowania z opisanymi procedurami, które nie zawsze są adekwatne do danej sytuacji. Decyzje podejmowane są samodzielnie również przez osoby o niższych kwalifikacjach (technik lub licencjat), którzy często wykorzystują wytyczne producenta aparatury a nie wytyczne medycyny opartej na dowodach lub na praktyce (EBM lub EBP)

- ocena kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

Kontraktowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej ma wykorzystać możliwości danej jednostki, jednakże jest nierównomierne i nie zawsze uwzględnia warunki oraz potencjał osób zatrudnionych w danym Zakładzie Fizjoterapii/Rehabilitacji. Duże jednostki z pełnym wyposażeniem oferujące pełny wachlarz zabiegów (kinezyterapia+fizykoterapia+terapia zajęciowa+ basen (który generuje koszty) + inne, otrzymują taki sam kontrakt jak mniejsze placówki. Wiąże się to z niewykorzystaniem potencjału dużych placówek i wydłużeniem okresu oczekiwania na zabiegi. W świetle potrzeb (oczekiwanie na świadczenie z zakresu fizjoterapii od ok. 2 - 15 miesięcy) należy stwierdzić, że kontrakty na rehabilitację leczniczą są zbyt małe i nie racjonalnie rozdysponowane. Zbyt mała liczba miejsc stacjonarnych dla rehabilitacji w dużych ośrodkach, uniemożliwia pacjentom z małych oddalonych miejscowości, korzystanie z zabiegów fizjoterapeutycznych/rehabilitacyjnych w odpowiednim czasie, co przekłada się na większe nakłady finansowe w późniejszym okresie. Z kolei w małych miejscowościach oddalonych od centrum województwa powinno być więcej miejsc na rehabilitację dzienną, co zmniejszyłoby popyt na miejsca stacjonarne w dużych ośrodkach. Należy bardzo dokładnie analizować **środowisko, warunki i potencjał jakim dysponuje placówka przy rozdzielaniu kontraktów.**

II. Nadzór nad szkoleniem kadr medycznych

1. ocena potrzeb szkoleniowych na najbliższą przyszłość.

Szkolenie specjalistów w zakresie fizjoterapii, na których istnieje duże zapotrzebowanie prowadzone było w roku 2012 jedynie w dwóch ośrodkach, Wojskowym Instytucie Medycznym (9 mgr) i Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego (19 mgr). Istniejące w woj. mazowieckim wielodyscyplinarne jednostki lecznicze z odpowiednią kadrą, powinny otworzyć program specjalizacji dla fizjoterapeutów, aby zwiększyć liczbę specjalistów fizjoterapii. Dane uzyskane ze sprawozdania MZ-89 o zatrudnieniu specjalistów wynika, że liczba zatrudnionych w placówkach specjalistów w roku 2011 wynosiła **76**, a **32** było w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, z tego w roku 2012 tytuł specjalisty uzyskało 22 fizjoterapeutów. W woj. mazowieckim jest zbyt mała liczba specjalistów do istniejących potrzeb, na 348 zarejestrowanych placówek, gdzie udzielane są zabiegi z zakresu fizjoterapii jest zatrudnionych aktualnie 98 specjalistów. Skutkuje to brakiem odpowiedniej osoby na stanowisku kierownika zakładu fizjoterapii, która prowadziłaby nadzór merytoryczny umożliwiającą lepszą jakość wykonywanych zabiegów. W wielu przypadkach, osoba bez

specjalizacji zatrudniona na tym stanowisku ma status koordynatora, jako że rozporządzenie jasno określa, że kierownikiem Zakładu Rehabilitacji lub Fizjoterapii może być magister z specjalizacją fizjoterapii/rehabilitacji lub lekarz z specjalizacją rehabilitacji.

Natomiast aktualne szkolenie w województwie mazowieckim na poziomie licencjata a potem magistra powoduje nadmiar absolwentów na rynku pracy. Związane jest to z kolejnym otwarciem dodatkowych 2 szkół niepublicznych z kierunkiem fizjoterapia, co w konsekwencji zwiększyło liczbę absolwentów.

W województwie Mazowieckim funkcjonuje 8 szkół w tym dwie szkoły publiczne i 6 szkół niepublicznych. Brak limitów w przyjmowaniu na studia fizjoterapii w szkołach niepublicznych umożliwia znaczne zwiększenie fizjoterapeutów poszukujących pracy

2. Przeprowadzanie kontroli podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w zakresie wynikającym z programów kształcenia.

Szkolenie jednostek prowadzących kształcenie umożliwiające zdobycie specjalizacji było prowadzone zgodnie z wymogami i programem specjalizacji. Organizacja kursów na terenie AWF umożliwiło korzystanie z tej formy szkolenia dla specjalizujących się z dwóch jednostek, jakkolwiek z ograniczeniem ze względu na ograniczenie liczby miejsc przez prowadzących. Umożliwienie fizjoterapeutom korzystanie z niektórych kursów organizowanych dla lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji organizowanych przez CMKP byłoby dobrym rozwiązaniem problemu, ponieważ program tych kursów w dużym zakresie odpowiada programowi specjalizacji fizjoterapii

- wykaz kontrolowanych jednostek, wnioski z kontroli, zalecenia pokontrolne.

Wojskowy Instytut Medyczny –Klinika Rehabilitacji, Wydział Rehabilitacji AWF Józefa Piłsudskiego. Wymienione dwie jednostki prowadzące specjalizacje fizjoterapii, są odpowiednio przygotowane do tego zadania i odpowiadają wymaganiom, mają odpowiednie zaplecze do prowadzenia programu. Trudnością jest kontynuowanie programowych staży w innych jednostkach, z którymi podpisano umowy, ponieważ w okresie czteroletnim często następują zmiany w statusie jednostki.

3. Opiniowanie wniosków jednostek ubiegających się o wpisanie ich na prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia listę jednostek organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji
 - liczba zaopiniowanych wniosków, uwagi.

W roku 2012 żadna jednostka nie zgłosiła akces w szkoleniu specjalistów fizjoterapii, jedynie AWF Józefa Piłsudskiego, ogłosiła kolejny nabór na specjalizację w związku z uwolnieniem 5 miejsc specjalizacyjnych (5 osób zdało egzamin- były to osoby, które szkolenie specjalizacyjne kontynuowały wg programu uzupełniającego)

4. Wydawanie na podstawie kontroli opinii o spełnianiu przez jednostkę uprawnioną warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne, a także opinii dotyczącej sposobu realizacji stażu lub specjalizacji oraz poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w tym podmiocie leczniczym:
 - liczba wydanych opinii, uwagi, propozycje zmian.

Kontrola jednostek prowadzących staże była prowadzona okazjonalnie jako , że jednostki te są ściśle związane z programem szkolenia fizjoterapeutów i zostały zweryfikowane czasie podpisywania umów do prowadzenia zajęć dydaktycznych. w poprzednich latach. Należy wyznaczyć jednostki stażowe w województwie, jednakowe dla wszystkich jednostek szkolących w fizjoterapii z możliwością ich akredytacji oraz zapewnić gratyfikację dla osób podejmujących się opieki nad stażystą. Aktualnie staże w jednostkach są prowadzone na zasadzie bezpłatnej umowy.

III. Kontrola podmiotów wykonujących działalność leczniczą

1. Przeprowadzanie kontroli:

W roku 2012 nie przeprowadzono kontroli żadnej z placówek, ze względu na brak uwag zewnętrznych oraz brak zlecenia. Utrudnieniem było uzyskanie akceptacji na kontrole przez jednostkę .

2. Przeprowadzanie wizytacji:

➤ liczba wizytowanych placówek

Przeprowadzono kilka nieformalnych wizyt w zakładach i gabinetach prywatnych prowadzonych przez fizjoterapeutów o różnym statusie wykształcenia. Wizyty uwidoczniły problem skierowań od lekarza, który nie jest wymagany przy udzielaniu świadczeń, jak to ma miejsce w zakładach publicznych. Ponadto wykazały, że działalność fizjoterapeutyczną może prowadzić każdy, kto zgłosi działalność gospodarczą i w różnych warunkach. Sytuacja ta jasno wskazuje, że uchwalenie Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, która określi zakres działalności i kompetencje oraz wprowadzi rejestr fizjoterapeutów (tak jest wielu krajach Europy) jest konieczne.

3. Ocena kontrolowanych/wizytowanych podmiotów (z podkreśleniem jednostek, w których wystąpiły poważne uchybienia), w tym ocena:

- dostępności do świadczeń
- zabezpieczenia w sprzęt medyczny i diagnostycznych
- poziomu udzielanych świadczeń
- kwalifikacji personelu medycznego.

Ze względu na utrudnienia w przeprowadzeniu kontroli jednostek, przy współpracy – Oddziału Zdrowia Publicznego - Wydziału Zdrowia wysłano do 348 podmiotów w woj. mazowieckiego opracowaną ankietę. Uzyskane odpowiedzi posłużyły do analizy wymienionych wyżej zagadnień . Raport z analizy został przedstawiony w pracy - Stan fizjoterapii w woj.-mazowieckim –dynamizm zmian w okresie pięcioletnim. W załączeniu.

4. Informowanie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły podmioty lecznicze, oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli:

Brak danych .

5. Występowanie z wnioskiem do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny:

- liczba wniosków, uwagi

Fizjoterapeuci nie posiadają samorządu zawodowego. Brak jest rejestracji osób, które mogą wykonywać wymieniony zawód. Brak ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Osoby

posiadają jedynie dyplom o ukończeniu szkoły o odpowiednim profilu. Rejestracja fizjoterapeutów znacznie poprawiłaby sytuację na rynku usług i ich jakość, ponadto umożliwiłaby lepszą ocenę potrzeb na danym terenie.

IV. Udzielone opinie i konsultacje

1. Wydawanie opinii dotyczących:

- likwidacji lub powstania nowego oddziału szpitalnego, przychodni specjalistycznej, pracowni diagnostycznej, apteki

Brak zgłoszenia o nowo powstających Zakładach i Ośrodkach fizjoterapii oraz brak przestrzegania rozporządzenia dotyczącego wymogu opinii Konsultanta przy zakładaniu nowej działalności fizjoterapeutycznej, nie wymagało udzielenia odpowiedniej opinii

- stosowanego postępowania diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków (liczba i rodzaj wydanych opinii)
- innych.

Udzielono kilku opinii dla Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia dotyczących przedstawianych kwalifikacji fizjoterapeutów z zagranicy ubiegających się o prace w Polsce.

Kontynuowano czynny udział w przygotowaniu opinii i materiałów związanych z przygotowaniem Krajowych Ram Kwalifikacji (*Wzorcowe efekty kształcenia dla kierunku studiów fizjoterapia I i II stopnia*) przez MNiSW oraz MZ dla kierunku fizjoterapii.

Opiniowano niektóre organizowane kursy specjalizacyjne na terenie województwa. Brak wymogu, aby wszystkie kursy organizowane w temacie związanym z fizjoterapią uzyskiwały opinie Konsultanta danego terenu umożliwił różnym podmiotom organizowanie tych kursów niekiedy o różnej wartości.

W ramach obowiązków uczestniczono w komisjach i komitetach naukowych w organizowanych seminariach i sympozjach.

Opracowano wyniki ankiety dot. Stanu fizjoterapii w woj. mazowieckim na przestrzeni pięciu lat (dot. kadry, warunków i zabezpieczenia w sprzęt do zabiegów, jak również określenie zapotrzebowania na fizjoterapeutów w jednostkach fizjoterapii)

2. Konsultacje przypadków problemowych.

Konsultacje w znacznej liczbie były udzielane w Zakładzie Rehabilitacji Szpitala oraz jako wspomaganie działalności Fundacji Splotu Ramiennego. Dotyczyły pacjentów z problemami dotyczącymi urazów i uszkodzeń obwodowego układu nerwowego i prowadzonej fizjoterapii oraz dzieci z zaburzeniami psychoruchowymi, uszkodzeniem okołoporodowym splotu ramiennego i innymi. Udzielono informacji o miejscach udzielania świadczeń dla pacjentów. Uczestniczono w konsultacjach przypadków problemowych dzieci z okołoporodowym uszkodzeniem splotu ramiennego przez prof. A. Gilberta z Francji i prof. J. Bahma z Niemiec

V. Prognozowanie potrzeb zdrowotnych populacji.

Podobnie jak w poprzednich latach zauważa się nasilenie potrzeb w zakresie fizjoterapii dla osób starszych, a wraz z wzrostem demograficznym i dokładniejszą diagnostyką zwiększenie potrzeb w zakresie wczesnej interwencji fizjoterapii psychoruchowej dla niemowląt i dzieci. Problemem jest zbyt długie oczekiwanie na interwencje

fizjoterapeutyczne w podmiotach, które są do tego predysponowane. Zwłaszcza dotyczy to dzieci, których konsekwencje nie udzielania w odpowiednim czasie pomocy fizjoterapeutycznej przenoszą się na dalsze lata generując koszty leczenia.

VI. Podsumowanie ogólnej sytuacji w zakresie danej dziedziny medycyny, farmacji, pielęgniarstwa, innej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia na terenie województwa (uwagi, problemy, wnioski).

Brak Ustawy o zawodzie i rejestracji fizjoterapeuty umożliwia wykonywanie tego zawodu innym osobom o niepełnym wykształceniu, a także wykonywanie samodzielnie procedur fizjoterapeutycznych przez osoby z brakiem doświadczenia zawodowego. Nie docenianie nadzoru merytorycznego nad osobami wykonującymi zabiegi powoduje niekiedy wykonywanie zabiegów o niskiej jakości i efektywności. W wielu przypadkach przedstawiane skierowania do zabiegów nie uwzględniają wymaganego opisu parametrów, lub są niezgodne z rzeczywistością wykonywanymi procedurami przez fizjoterapeutów, czasami z konieczności. Większość fizjoterapeutów modyfikuje zabiegi z fizjoterapii wg własnego uznania i samodzielnie. W świetle istniejącej sytuacji wydaje się sensowniejsze ustalić, żeby magister fizjoterapii z specjalizacją po otrzymaniu od lekarza opisu przypadku z zaznaczeniem przeciwwskazań, przeprowadził diagnostykę fizjoterapeutyczną i ustalił na tej podstawie program zabiegów fizjoterapeutycznych, (tak jest w wielu miejscach pracy fizjoterapeuty, jakkolwiek nie usankcjonowane rozporządzeniem) oraz był odpowiedzialny za merytoryczną opiekę nad personelem. Pozwoliłoby to zmniejszyć liczbę ocen negatywnych odnośnie prowadzonego programu terapeutycznego.

Należy doprecyzować system udzielania świadczeń w ramach ambulatorium, celem uzyskania lepszej jakości i efektywności działań u pacjenta. Zwiększenie liczby świadczeń ambulatoryjnych w ostatnim roku w podmiotach publicznych jest niepokojące i wymaga dokładniejszej analizy.

Zawieranie kontraktów z podmiotami powinno uwzględniać warunki i program terapeutyczny, jaki jest oferowany przez dany podmiot. Większe podmioty powinny otrzymać większe kontrakty, jak również wycena kontraktu powinna być większa dla podmiotu, który oferuje szeroki wachlarz zabiegów. I ma większe koszty w utrzymaniu odpowiedniej infrastruktury do zabiegów. Nadal problemem jest jednolita dokumentacja zabiegów i oceny fizjoterapeutycznej, która powinna być elementem historii choroby pacjenta. Przypisywanie minimum 5 zabiegów dla pacjenta na oddziale stacjonarnym jest niekiedy mało precyzyjne, zwłaszcza kiedy określają one w zasadzie wykonywane procedury. Prowadzi to w niektórych przypadkach do nieprawidłowego rozliczania czasu poświęconego pacjentowi w czasie jednostki terapeutycznej. Należałoby rozliczać jednostkę terapeutyczną zgodnie z czasem zabiegu.

Maria Grodner
(pieczęćka i podpis)
Konsultant woj. w dz.fizjoterapii
dla woj.mazowieckiego

(pieczęć i podpis)

896

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 lipca 2011 r.

w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 i Nr 149, poz. 887) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami określa załącznik do rozporządzenia.

2. Do pracowników, których kwalifikacje określają odrębne przepisy, stosuje się rozporządzenie w zakresie nieuregulowanym tymi przepisami.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) wyższe wykształcenie medyczne — posiadanie tytułu zawodowego nadawanego absolwentom uczelni medycznych i podstawowych jednostek organizacyjnych innych uczelni, działających w dziedzinie nauk medycznych;
- 2) tytuł zawodowy — tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub tytuł równorzędny;
- 3) studia podyplomowe — inną niż studia wyższe i studia doktoranckie formę kształcenia przeznaczoną dla osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych organizowaną na podstawie przepisów o szkolnictwie wyższym;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

- 4) średnie wykształcenie medyczne — tytuł inny niż tytuł zawodowy, nadawany absolwentom publicznych szkół medycznych i niepublicznych szkół medycznych o uprawnieniach szkół publicznych.

§ 3. Pracownik zatrudniony w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, nieposiadający wymaganych kwalifikacji, może być zatrudniony na dotychczasowym stanowisku lub stanowisku równorzędnym, jeżeli był zatrudniony na tym stanowisku zgodnie z obowiązującymi dotychczas przepisami, jednak nie dłużej niż przez okres 5 lat od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300 oraz z 2007 r. Nr 160, poz. 1136), które utraciło moc z dniem 1 lipca 2011 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 i Nr 149, poz. 887).

1	2	3	4
46	Starszy asystent fizjoterapii	<ul style="list-style-type: none"> – tytuł zawodowy magistra na kierunku fizjoterapia lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów dwuletniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej, oraz tytuł specjalisty 	7 lat pracy w zawodzie fizjoterapeuty
47	Asystent fizjoterapii	<ul style="list-style-type: none"> – tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów dwuletniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej 	specjalizacja I stopnia lub tytuł specjalisty, lub 5 lat pracy w zawodzie fizjoterapeuty
48	Młodszy asystent fizjoterapii	<ul style="list-style-type: none"> – tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub 	3 lata pracy w zawodzie fizjoterapeuty

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów dwuletniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej 	
49	Starszy fizjoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik fizjoterapii lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów dwuletniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej 	3 lata pracy w zawodzie fizjoterapeuty
50	Fizjoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> - ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik fizjoterapii lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów dwuletniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub 	-

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> – rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej 	
51	Starszy asystent dietetyki	<ul style="list-style-type: none"> – tytuł zawodowy magistra na kierunku dietetyka lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku 	7 lat pracy w zawodzie dietetyka lub co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu dietetyki
52	Asystent dietetyki	<ul style="list-style-type: none"> – tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku 	5 lat pracy w zawodzie dietetyka
53	Młodszy asystent dietetyki	<ul style="list-style-type: none"> – tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku 	3 lata pracy w zawodzie dietetyka
54	Starszy dietetyk	<ul style="list-style-type: none"> – ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka, lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra, lub – rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku 	3 lata pracy w zawodzie dietetyka