



# NOWOCZESNA FIZJOTERAPIA W HOLANDII W PORÓWNANIU ZE ZMIANAMI ZACHODZĄCYMI NA RYNKU USŁUG FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W POLSCE. CZY POLSKA JEST GOTOWA NA BEZPOŚREDNI DOSTĘP DO FIZJOTERAPEUTY?

*MODERN DUTCH PHYSIOTHERAPY IN COMPARISON WITH CHANGES TAKING PLACE IN POLISH PHYSIOTHERAPY MARKET. IS POLAND READY FOR DIRECT ACCESS TO PHYSIOTHERAPY?*

Dalia Woźnica

Doktorantka w Zakładzie Fizjoterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.41>

## STRESZCZENIE

Ambasada Królestwa Niderlandów, w związku z objęciem przez Holandię prezydencji w Radzie Europy w 2016 r., zorganizowała w Warszawie międzynarodową konferencję. Celem spotkania było zaprezentowanie obu systemów ochrony zdrowia, w kontekście wydatków, rozwiązań prawnych, rozwoju. Warto wzorować się na rozwiązaniach proponowanych w Holandii, nie tylko dlatego, że prowadzi ona w rankingach dotyczących zadowolenia pacjentów i jakości leczenia (lider m.in. w Euro Health Consumer Index 2015), ale także dlatego, że stawia na ponadresortową współpracę ochrony zdrowia, polityki społecznej, senioralnej i systemu edukacji, kładąc główny nacisk na odchodzenie od świadczeń leczniczych „samych w sobie” na rzecz szerszej rozumianego wsparcia społecznego. Przedstawiciele resortu zdrowia w Holandii uznają, że nie choroba lub niepełnosprawność powinna być stawiana w centrum uwagi, ale zapewnienie obywatelowi możliwości autonomicznego i niezależnego funkcjonowania w warunkach niepełnosprawności. Filozofia ta trafnie oddaje główne cele nowoczesnej fizjoterapii, składającej się nie tylko z usprawniania funkcjonalnego, ale także z elementów edukacji zdrowotnej, profilaktyki, a także poprawy jakości życia pacjentów. Wprowadzona w 2016 r. w Polsce „Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty” (UZF) otwiera zupełnie nowe możliwości rozwoju tego zawodu w Polsce, również pod kątem zwiększenia autonomii zawodowej. Holandia oferuje swoim obywatelom tzw. bezpośredni dostęp do fizjoterapii (ang. *direct access to physiotherapy* – DAPT) od czasu reformy zdrowotnej w 2006 r.

Korzystając z ponad 10-letniego doświadczenia Holandii w samodzielności zawodowej fizjoterapeutów oraz mając na uwadze zmiany zachodzące w sektorze usług fizjoterapeutycznych w Polsce, celem pracy jest porównanie rozwiązań dotyczących fizjoterapii w obu państwach, stawiając główne pytanie: czy rynek polski gotowy jest do wdrożenia DAPT?

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja, autonomia zawodowa, przepis prawa.

## ABSTRACT

The Netherlands Embassy, in connection with the Dutch Presidency of the Council of Europe in 2016, organized an international conference in Warsaw. The aim of the meeting was to present both health systems, in the context of expenditure, legal solutions and development. It is worthwhile to look at the solutions proposed by the Netherlands, not only because they lead in the rankings on patient satisfaction and quality of treatment (leader in the Euro Health Consumer Index 2015), but also because of its over-the-counter health care policy which focuses on social, senior and education systems. Representatives of the health resort in the Netherlands recognize that not only illness or disability should be at the center of attention, but rather to provide citizens with autonomous and independent functioning in the society. This philosophy accurately reflects the main goals of modern physiotherapy, which focuses not only on functional improvement, but also on the elements of health education, prevention and improvement of patients' quality of life. Introduced in Poland in 2016, the Act on the Physiotherapy Profession (UZF) opens up completely new opportunities for the development of this occupation in Poland, especially in terms of increasing professional autonomy. The Netherlands offers direct access to physiotherapy (DAPT) since the health system reform in 2006.

Using more than ten years of experience in Dutch DAPT, and taking into account changes in the Polish physiotherapy sector, the aim of the study is to compare physiotherapy solutions, raising the main question: is the Polish market ready to implement DAPT?

**Keywords:** rehabilitation, occupational autonomy, law regulation.

## Wstęp

Ambasada Królestwa Niderlandów, w związku z objęciem przez Holandię prezydencji w Radzie Europy w 2016 roku, zorganizowała w Warszawie międzynarodową konferencję: „Transformacja opieki zdrowotnej. Fundusze unijne na projekty wspierające innowacyjność i rozwój. Doświadczenie Polski i Holandii”. Celem spotkania było zaprezentowanie obu systemów ochrony zdrowia, w kontekście wydatków, rozwiązań prawnych, rozwoju. Współpraca i kluczowe rekomendacje Resortu Zdrowia w Holandii mają pomóc polskiemu Rządowi w usprawnieniu systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w kontekście obecnych zmian – wprowadzeniu pilotażowego programu zintegrowanej opieki medycznej w Polsce. Warto wzorować się na rozwiązaniach proponowanych w Holandii, nie tylko dlatego, że prowadzi ona w rankingach dotyczących zadowolenia pacjentów i jakości leczenia (lider m.in. w Euro Health Consumer Index 2015) ale także dlatego, że stawia na ponadresortową współpracę ochrony zdrowia, polityki społecznej, senioralnej i systemu edukacji, stawiając główny nacisk na odchodzenie od świadczeń leczniczych „samych w sobie” na rzecz szerszej rozumianego wsparcia społecznego. Przedstawiciele Resortu Zdrowia w Holandii uznają, że nie choroba lub niepełnosprawność powinna być stawiana w centrum uwagi, ale zapewnienie obywatelowi możliwości autonomicznego i niezależnego funkcjonowania w warunkach niepełnosprawności. Oznacza to zintegrowanie wielu różnych narzędzi, łączących opiekę lekarską, pozalekarską i politykę społeczną. Filozofia ta trafnie oddaje główne cele nowoczesnej fizjoterapii, składającej się nie tylko z usprawniania funkcjonalnego, ale także z elementów edukacji zdrowotnej, profilaktyki, a także poprawy jakości życia pacjentów. Wprowadzona w 2016 r. w Polsce Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty (UZF) otwiera zupełnie nowe możliwości rozwoju tego zawodu w Polsce, również pod kątem zwiększenia autonomii zawodowej. Holandia oferuje swoim obywatelom tzw. bezpośredni dostęp do fizjoterapii od czasu reformy zdrowotnej w 2006 roku.

## Cel pracy

Korzystając z ponad dziesięcioletniego doświadczenia Holandii w samodzielności zawodowej fizjoterapeutów, oraz mając na uwadze zmiany zachodzące w sektorze usług fizjoterapeutycznych w Polsce po wprowadzeniu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, celem pracy jest porównanie rozwiązań dotyczących fizjoterapii między powyższymi państwami, stawiając główne pytanie: czy rynek polski gotowy jest do wdrożenia bezpośredniego dostępu do fizjoterapii?

## Porównanie systemu opieki zdrowotnej Polski i Holandii

W zakresie ochrony zdrowia Polska i Holandia wyznają te same uniwersalne wartości: dostęp do opieki zdrowotnej musi być zapewniony dla każdego obywatela, finansowany głównie z solidarnościowego systemu ubezpieczeń medycznych [5, 10]. Mimo, że w obydwu państwach istnieją jak na razie różne rozwiązania systemowe dotyczące opieki zdrowotnej, to muszą się one mierzyć z podobnymi wyzwaniem w obliczu starzejącego się społeczeństwa, ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych [5, 10]. Tab. 1 przedstawia najważniejsze punkty reformy systemu obu państw. W tabeli nr 2 porównano nakłady finansowe na służbę zdrowia w Holandii i Polsce z ujęciem średnich wartości w Unii Europejskiej [5].

**Tabela 1.** Porównanie systemów zdrowotnych Holandii i Polski pod kątem wdrożonych reform 2016

Holandia	Polska
zintegrowany system opieki medycznej	pilotażowy program zintegrowanej opieki medycznej
lekarz pierwszego kontaktu ma funkcję koordynatora leczenia (gatekeeper) i zwiększone kompetencje zawodowe	pierwsze szkolenia lekarzy POZ do funkcji koordynatora leczenia pacjentów i zwiększenie ich kompetencji zawodowych
prywatne, obowiązkowe pakiety ubezpieczeń medycznych	jeden centralny fundusz ubezpieczeń zdrowotnych
opieka zdrowotna realizowana przez placówki prywatne z rządową ochroną interesu publicznego	budżetowanie szpitali ryczałtem (tzw sieć szpitali)
zwiększone kompetencje personelu pozalekarskiego	zwiększenie kompetencji pielęgniarzek (np wystawianie recept)
zwiększenie znaczenia innych zawodów medycznych (pakiet ubezpieczenia podstawowego zapewnia konsultacje: fizjoterapeuty, logopedy, terapeuty zajęciowego, dietetyka)	ustawa regulująca zawód fizjoterapeuty
rządowe programy edukacji prozdrowotnej, profilaktyki i prewencji	„narodowy program zdrowia 2016-2020” (edukacja prozdrowotna)
wyodrębniona opieka senioralna	program „senior wigor” oraz darmowe leki dla seniorów 75+
informatyzacja systemu opieki medycznej, ministerialny portal diagnostyczny e-zdrowie	proponycja planu Morawieckiego (e-zdrowie, e-recepty, e-administracja)
wdrożenie szerokich programów telemedycyny	wdrażenie programów telemedycyny w geriatricii i kardiologii
nacisk na monitoring i ocenę służby zdrowia	pierwsze „mapy potrzeb zdrowotnych”

**Tabela 2.** Główne aspekty finansowania służby zdrowia w Polsce i Holandii na tle uśrednionych wartości EU, Dane za rok 2014 [5]

dane	Holandia	Polska	Średnia UE
Euro Health Consumer Index 2015r	1 miejsce	34 miejsce	Na 35 miejsc
% PKB na ochronę zdrowia	10,9%	6,4%	8,9%
Wydatki publiczne na służbę zdrowia % PKB	9,5%	4,5%	7,7%
Wydatki prywatne na służbę zdrowia % PKB	1,4%	1,84%	4,7%
Średnie nakłady per capita	5.694 USD	910.28 USD	4.746,5 USD
Wydatki out-of-pocket ogółem	-	81%	36%
Wydatki out-of-pocket na zdrowie	5,2%	23,46%	13,63%

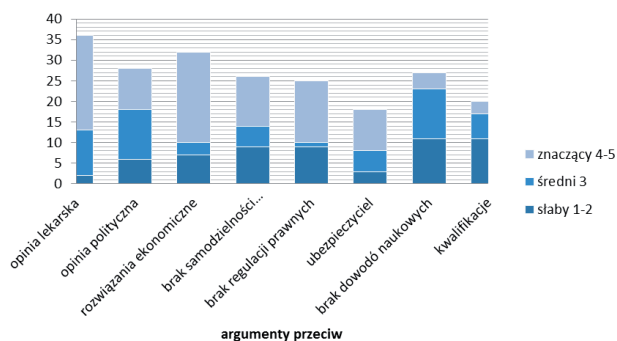
### "Direct access", "Patient self-referral"

Zawód fizjoterapii (*PT-physiotherapy*) jest w Europie uregulowany prawnie w 37 państwach zrzeszonych w europejskim regionie WCPT (ER-WCPT) [11]. Jedynie Rumunia nie ma jeszcze regulacji w tym zakresie (do 2016 roku bez legislacji zawodu pozostawała również Polska!). Termin *direct access to physiotherapy* (DAPT) wymiennie z *patient self-referral* (PSR) oznacza brak obowiązku posiadania przez pacjenta skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne, co stawia fizjoterapeutę jako specjalistę pierwszego kontaktu [7, 9]. Pojęcie „bezpośredniego dostępu” do innych zawodów medycznych (*AHP another health professions*) dyskutowane było pierwszy raz w 1970 roku w Australii i Wielkiej Brytanii, podważając słuszność ingerowania zawodów postronnych w programowanie procesu różnego rodzaju terapii oferowanych przez AHP, ograniczającego samodzielność wyszkolonej kadry [7]. Mimo przeprowadzonych wielu badań i programów pilotażowych, DAPT jest wciąż w wielu krajach członkowskich ograniczony i rzadko obejmuje rynek usług publicznych [9, 11]. Światowa Konfederacja Fizjoterapii (*WCPT- World Confederation of physical therapy*) popierając szerokie wdrożenie DAPT na arenie międzynarodowej, opracowała w 2011 roku szczegółowe standardy i rekomendacje dotyczące tego zagadnienia („*A new policy on direct access and patient self referral at the WCPT General Meeting 2011*”).

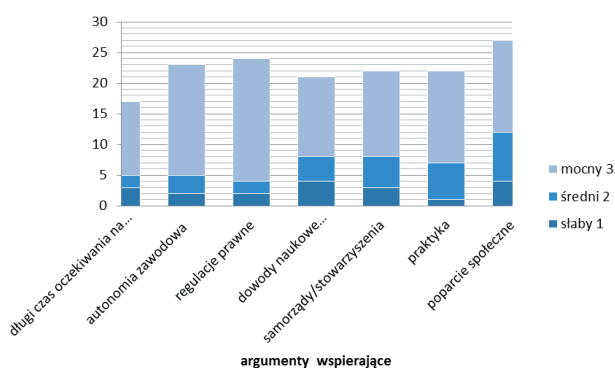
Wykres 1, nakreśla główne bariery utrudniające stawianie fizjoterapeuty jako specjalisty pierwszego kontaktu [7].

Holandia wprowadziła reformę systemu opieki zdrowotnej w 2006 roku. W kontekście fizjoterapii ważniejszym z jej założeń było zwiększenie kompetencji personelu medycznego, pozalekarskiego. Oznaczało to wprowadzenie DAPT/PSR, jako alternatywę do dotychczasowego systemu skierowań lekarskich. W Polsce do momentu wejścia w życie UZF model świadczeń fizjoterapeutycznych zakładał pewne obostrzenia prawne co do pracy PT jedynie

na rynku usług refundowanych, regulowanych przez NFZ. Usługi fizjoterapeutyczne refundowane przez płatnika publicznego wymagały skierowania na rehabilitację, początkowo od lekarza rehabilitacji, stopniowo poszerzając kompetencje w tym zakresie innych lekarzy specjalistów. Tabela 3 porównuje główne regulacje zawodu fizjoterapii w Holandii i Polsce [2, 11].



**Rycina 1.** Argumenty przeciwko wdrożeniu DAPT, Bury 2013 r. [7]



**Rycina 2.** Argumenty sprzyjające wdrożeniu DAPT, Bury 2013 r. [7]

**Tabela 3.** Główne regulacje zawodu fizjoterapii w Holandii i Polsce 2016 r.

Dane	Holandia	Polska	Dane	Holandia	Polska
WCPT	Od 1956r	Od 1967r	DIRECT ACCESS	TAK	NIE
Liczba czynnych zawodowo PT	17,500	48,000	Wystawianie przez PT skierowań do innych specjalistów	TAK	NIE
Dyplom	4 lata Bch	5 lat MSc	Wystawianie przez PT skierowań na badania diagnostyczne	NIE	NIE
Studia III st	TAK	TAK	Wystawianie przez PT recept	NIE	NIE
ECTS	240	300	Stowarzyszenia zawodowe	KNGF	PTF,SFP
Obowiązek rejestracji	TAK	TAK	Samorząd zawodowy	NIE	KIF
obowiązek rejestracji	TAK, co 5 lat	NIE	Regulacje zawodowe	Od 2006	Od 2016
OBOWIĄZEK CPD	TAK	NIE	Liczba lekarzy PRM/100tys mieszkańców(2009r)	1,65	2,3
Specjalizacja z fizjoterapii	TAK	TAK			

PT = fizjoterapeuta, WCPT = World Confederation of Physical Therapy, Bch = licencjat, MSc = magister, CPD = Continuing professional development, PRM = Physical and Rehabilitation Medicine; SFP – stowarzyszenie fizjoterapia polska; PTF – polskie towarzystwo fizjoterapii.

## Organizacja DAPT w Holandii

DAPT w Holandii oznacza, że pacjent jest badany, diagnozowany i usprawniany przez fizjoterapeutę, bez wcześniejszej wizyty lekarskiej. Wyznaczone ustawowo standardy postępowania fizjoterapeutycznego w przypadku DA zakładają pierwszą wizytę konsultacyjną (10' screening procedure), podczas której fizjoterapeuta przede wszystkim wyklucza przeciwwskazania do fizjoterapii (tzw. yellow i red flags). Jeżeli nie ma przeciwwskazań, ustala się kolejną wizytę, celem dokładnego zbadania, postawienia celów terapeutycznych oraz opracowania ścieżki postępowania w fizjoterapii. Ponieważ lekarz pierwszego kontaktu (GP-general practitioner) odgrywa w Holenderskim systemie zintegrowanej opieki medycznej rolę koordynatora procesu leczenia pacjenta (tzw. gatekeeper), kluczowym było wdrożenie regulacji pozwalającej na formalną kooperację na linii GP-PT [2, 3]. Obowiązkiem PT jest dostarczenie drogą e-mailową comiesięcznego sprawozdania/feedbacku z dokonanych czynności leczniczych u prowadzonych samodzielnie pacjentów. Równoległe, ze zwiększeniem kompetencji PT i prawnej odpowiedzialności zawodowej wprowadzono modele obowiązkowego ubezpieczenia zawodowego. Refundacja świadczeń nie uznaje DAPT jedynie w wybranych przypadkach rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi [2, 3].

Celem Ministerstwa po ustanowieniu pełnej samodzielności zawodowej dla PT było [2, 3]:

- udrożnienie dostępu do podstawowej opieki medycznej, w celu zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenie,
- poprawa statusu zawodowego PT i uświadczenie społeczeństwa o możliwości poszerzenia terapii zachowawczej,
- poszerzenie możliwości samodzielnego wyboru usług
- odciążenie pracy lekarzy pierwszego kontaktu
- oszczędności

## Nowe regulacje prawne zawodu fizjoterapeuty w Polsce

Wprowadzona w 2016 roku w życie Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty (UZF) w Polsce, w artykule 2 zakłada, że zawód fizjoterapii jest samodzielnym zawodem medycznym. Poniżej wymieniono główne zmiany po wdrożeniu UZF, sankcjonujące się po okresie przejściowym wyznaczonym do listopada 2018 roku.

Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty [12]:

- wprowadza samorząd zawodowy z Krajową Izbą Fizjoterapii,

- reguluje i wprowadza prawa i obowiązki PT, w tym odpowiedzialność karną
- dotychczasowa działalność gospodarcza PT podlega rejestracji jako działalność leczniczą,
- chroni prawnie tytuł zawodowy PT,
- wprowadza obowiązkowy publiczny system rejestracji PT,
- wprowadza wymóg uzyskania prawa wykonywania zawodu,
- reguluje system kształcenia (5 letni tryb studiów, 300 punktów ECTS, egzamin państwowy, obowiązkowe podyplomowe praktyki kliniczne)

Mimo zwiększonych nakładów finansowych na rehabilitację, przedłużał się czas oczekiwania na świadczenia w tym zakresie [13]. Brak terminów, zwiększona świadomość społeczna oraz poszerzające się oferty usług PT spowodowały częstsze wizyty pacjentów w gabinetach prywatnych. Oszacowano, że pacjenci w 80% korzystali z usług prywatnych PT, niż publicznych [12, 14]. Duży, nieregulowany i w żaden sposób niekontrolowany rynek sektora prywatnego PT mógł potencjalnie zagrażać zdrowiu pacjentów i wprowadzać świadczenia niskiej jakości. W trosce o pacjentów i szacunek zawodowy, polscy PT w projekcie obywatelskim, postulowali o wdrożenie regulacji zawodowych.

## Dyskusja

WCPT podkreśla, że zmiany demograficzne będą w nie-dalekiej przyszłości skutkowały zwiększonymi potrzebami na usługi AHP w tym PT. Pacjenci będą oczekiwali nie tylko wyleczenia „problemu” zdrowotnego, ale także poprawę jakości ich życia [7]. Uświadomione i wyedukowane społeczeństwo częściej sięgać będzie po alternatywne do lekarskich i farmaceutycznych propozycji terapii. Ułatwienie dostępu do PT nie tylko zdaniem WCPT zwiększy liczbę nieinwazyjnych terapii ale także „zmusi” pacjenta do przerwania na siebie odpowiedzialności za swoje zdrowie i czynnego udziału w procesie jego poprawy [7, 9]. Badania pokazują, że w Szkocji w pierwszym roku wdrożenia DAPT jedynie 22% pacjentów skorzystało z takiej opcji, w Holandii było to odpowiednio 28% po pierwszym roku, oraz 46,2% po 4 latach funkcjonowania DAPT [2, 3]. W Australii, po 30 latach działania systemu PSR, 65% pacjentów z niego korzysta rocznie [7]. Jednocześnie rysuje się na świecie taka sama tendencja częstszego korzystania z DAPT przez osoby młodsze, wykształcone, o krótkim czasie trwania dysfunkcji, a także osoby, które już wcześniej miały do czynienia z PT [9, 2]. Najczęstszym kierunkiem DAPT jest fizjoterapia ortopedyczna [7].



Wszystkie dostępne badania dotyczące tematyki DA/PSR wskazują na znaczne oszczędności finansowe dla służby zdrowia a także oraz dla jednostki (o ile w danym państwie istnieje ubezpieczenie zdrowotne refundujące DAPT) [4, 6, 7, 8]. Oszczędności sięgają 60% całkowitych kosztów leczenia pacjenta, najczęściej z tytułu zmniejszenia podejmowania: dodatkowych wizyt lekarskich; dodatkowych badań obrazowych; interwencji chirurgicznych oraz aplikacji środków farmakologicznych [4, 7, 8, 9]. Kolejnym atutem DAPT jest poprawa dostępności do PT i zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenia, oraz w przypadku zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej odciążeniu pracy GP o 13% w Holandii [2].

Mimo wielu pozytywnych i pokrywających się wyników badań z różnych państw, DAPT realizowany jest częściej na rynku prywatnym. Jedynie 5 państw EU oferuje DAPT w sektorze publicznym ze środków refundowanych (Irlandia, Holandia, UK, Szwecja, Islandia) [11]. W badaniu ankietowym wykonanym w 2013 roku przez zespół Bury'ego (wśród wszystkich 39 państw zrzeszonych w ER-WCPT) nakreślono główne argumenty za i przeciw koncepcji wdrożenia DAPT zarówno na rynku prywatnym jak i publicznym. Wśród najczęściej zgłaszanych obiekcji było: negatywna opinia lekarzy; negatywna opinia polityczna; brak regulacji prawnych i samorządów; brak zgody ubezpieczyciela na samodzielność, oraz brak odpowiednich kompetencji (wykres 1) [1]. Argumentem oponentów najczęściej cytowanym w literaturze jest brak kompetencji diagnostycznych PT pozwalających na bycie specjalistą pierwszego kontaktu [1, 2, 3]. Ministerstwo w Holandii także zakładało pojawienie się zarzutów dotyczących braku kompetencji PT do diagnozowania poważnych patologii u pacjenta [2]. Celem uniknięcia nieporozumień władze Holandii wprowadziły w czasie wydłużonego *vacatio legis* obowiązkowe szkolenia podyplomowe dla PT z zakresu diagnostyki [2]. Bury i wsp. wykazali, że w 24 krajach członkowskich system kształcenia PT i uzyskane przez nich kompetencje pozwalają na samodzielność i decyzyjność dotyczącą zarządzania procesem rehabilitacyjnym u pacjentów [1]. Wszędzie tam, gdzie system punktowy ECTS jest niższy niż się zaleca, lub istnieją jakieś nieścisłości w modelu kształcenia PT wdrożono obowiązek podyplomowych praktyk klinicznych lub szkoleń w ramach CPD (tzw. *continual professional development*) celem zniwelowania różnic kształcenia [1,7,9]. W Polsce UZF zmienia system kształcenia PT na 5-letni, z końcowym egzaminem państwowym oraz podyplomową obowiązkową praktyką kliniczną (6 miesięcy) [15]. Głównym celem jest maksymalne zwiększenie kompetencji PT do samodzielności zawodowej.

Analizując retrospektywnie badania nad DAPT dotyczących dużej grupy badawczej widać wyraźnie, że zarzuty zakładane przez inne profesje medyczne o możliwości przeoczenia poważnych zaburzeń medycznych podczas przeprowadzonej przez PT diagnozy są bezpodstawne [6, 7, 9]. Moore i wsp. podają, że w grupie ponad 200 tys pacjentów z bazy amerykańskiego, wojskowego instytutu medycznego, którzy zgłosili się do PT bez skierowania lekarskiego, nie było żadnego raportu o „rażącym zaniedbaniu”, skutkującym uszkodzeniem zdrowia lub narażeniem życia pacjentów podczas diagnozowania czy zarządzania procesem fizjoterapeutycznym przez PT [6].

WCPT wyznacza pewne aspekty świadczące o przetworzeniu drogi w kierunku DAPT na świecie, są to [11]:

- uregulowane oba rynki zawodowe – publiczny i prywatny,
- ujednolicony system kształcenia,
- utworzenie samorządu lub stowarzyszenia zawodowego,
- obowiązek rejestracji, celem weryfikacji kompetencji,
- obowiązek CPD (*continuing professional development*)
- dodatkowe prawa PT, zwiększające ich samodzielność (wypisywanie skierowań do innego specjalisty, wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne, na środki farmakologiczne lub środki zaopatrzenia medycznego).

Rozpatrując rynek polski jako potencjalny rynek DAPT należy podkreślić, że UZF wprowadza na polski rynek świadczeń PT wyżej wymienione założenia, zwiększając szanse na wdrożenie DAPT w Polsce. Warto podkreślić, że Polska jako jedyny kraj w Europie posiada obecnie samorząd zawodowy w postaci Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF), którego główną funkcją jest dbanie o interesy danej grupy zawodowej jak i umacnianie decyzyjności na polu ustawodawczym [12]. Samorząd PT, którego często blokowano podczas prac legislacyjnych zrzeszać będzie w Polsce szacunkowo 50 tys członków – aktywnych zawodowo PT. Śledząc opublikowane przez Bury'ego i wsp. wyniki (wykres 2) to właśnie samorząd zawodowy, autonomia zawodowa, regulacje prawne a także poparcie społeczeństwa wymienione są jako najważniejsze argumenty wspierające DAPT [1]. Badania własne dotyczące opinii personelu medycznego, a także pacjentów na temat głównych założeń UZF wskazują na zdecydowane 94% (sic!) poparcie bezpośredniego kontaktu do PT ze strony pacjentów, a więc prawie pełne społeczne przyzwolenie [14]. Dodatkowo sprzyjającymi warunkami na wdrożenie DAPT w Polsce wydaje się być wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia pilotażowego systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej z tendencją do zwiększenia kompetencji personelu niele-

karskiego celem odciążenia lekarzy i załatania luk kadrowych (np. zwiększenie kompetencji pielęgniarek pod kątem wystawiania recept, i zgoda na UZF). Ustawa wnosi także obowiązek posiadania prawa wykonywania zawodu oraz rejestracji w publicznej bazie danych, co zmniejsza ryzyko prowadzenia terapii przez osoby niekompetentne. Przypuszcza się również, że odpowiedzialność karna PT w Polsce spowoduje większe zainteresowanie rynkiem ubezpieczeń zawodowych (OC-odpowiedzialności cywilnej), co z kolei może poprawić jakość współpracy z firmami ubezpieczeniowymi i zwiększyć ich zaufanie do decyzyjności PT. Celem KIF na pierwszy rok kadencji, oprócz wdrożenia rejestru, jest szeroka kampania reklamowa skierowana do pacjentów, decydentów i innych grup zawodowych, zaznajamiająca z zawodem PT, likwidująca zbudowany przez lata stereotypowy wizerunek fizjoterapeuty – masażyści [14]. Uświadomienie i przybliżenie społeczeństwu czym jest zawód fizjoterapii oraz, że działa on w prawie wszystkich dziedzinach medycyny, oceniane jest jako zwiększenie zaufania i rangi zawodu [14].

### Wnioski

UZF wprowadza w Polsce niezbędne regulacje prawne dotyczące wymogów zawodowych. Realizowane są tym samym podstawowe założenia funkcjonowania DAPT: autonomia zawodowa, uregulowania prawne zakresu praw i obowiązków PT, ujednoczenie systemu kształcenia. Powyższe zmiany podnoszą rangę polskiej fizjoterapii w Europie, chronią polskiego pacjenta i pozwalają wnioskować, że Polska jest gotowa na DAPT.

Poparcie społeczne i zwiększona świadomość dotycząca zdrowia; tendencja starzenia się społeczeństwa w Europie; KIF dbający o interesy zawodowe PT; polityka prozdrowotna państwa; brak fachowej kadry i wydłużający się czas oczekiwania na usługi rehabilitacyjne; przewidywana reforma służby zdrowia wzorowana na rozwiązaniach holenderskich, a także ciągłe szukanie rozwiązań oszczędnościowych w służbie zdrowia sprzyja wdrożeniu w Polsce bezpośredniego dostępu do fizjoterapii (DAPT).

### Piśmiennictwo

1. A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession Tracy J. Bury, Emma K. Stokes, April 2013 Volume 93 Number 4 Physical Therapy f 449-459
2. An Overview of 5 Years of Patient Self-Referral for Physical Therapy in the Netherlands Ilse C.S. Swinkels, Margit K. Kooijman, Peter M. Spreeuwenberg, Danie I Bossen, Chantal J. Leemrijse, Christel E. van Dijk, Robert Verheij, Dinny H. de Bakker, Cindy Veenhof, December 2014 Volume 94 Number 12 Physical Therapy f 1785-1795
3. Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy Chantal J Leemrijse, Ilse CS Swinkels, Cindy Veenhof, 936-946 • Physical Therapy Volume 88 Number 8 August 2008
4. Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs John D Childs1\*, Julie M Fritz2, Samuel S Wu3, Timothy W Flynn4, Robert S Wainner4, Eric K Robertson5, Forest S Kim6 and Steven Z George7, Childs et al. BMC Health Services Research (2015) 15:150
5. Ocena możliwości poprawy działania systemów ochrony zdrowia dzięki wzajemnej wymianie doświadczeń, W opracowaniu o materiały i wypowiedzi z międzynarodowej konferencji Transformacja opieki zdrowotnej. Fundusze unijne na projekty wspierające innowacyjność i rozwój. Doświadczenia Polski i Holandii, która odbyła się w Ambasadzie Królestwa Niderlandów.
6. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military healthcare facilities Moore JH, McMILLIAN DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. (2005). J Orthop Sports Phys Ther 35:674- 678.
7. Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implications for improving access to other AHP services, report, Department of Health 2008
8. Use of Physical Therapy for Low Back Pain by Medicaid Enrollees, Julie M. Fritz, Jaewhan Kim, Anne Thackeray, Josette Dorius, 1668-1679 Physical Therapy Volume 95 Number 12 December 2015
9. WCPT Keynotes, Direct access and patient self-referral www.wcpt.org

Zaakceptowano do edycji:  
Zaakceptowano do publikacji:

#### Adres do korespondencji:

Dalia Woźnica  
ul.Chrobrego 42/7  
80-423 Gdańsk  
tel: 602183744  
e-mail: daliawoznica@gumed.edu.pl