



ASG.050.189.2026.WS
Warszawa, 24 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na interpelację nr 18604 Pana Posła Sławomira Skwarka w sprawie sytuacji fizjoterapii w Polsce, dostępności świadczeń oraz bezpieczeństwa systemu rehabilitacji, uprzejmie przedstawiam poniższe informacje.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do dostępności świadczeń fizjoterapeutycznych finansowanych ze środków publicznych, należy wskazać, że według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2026 r. umowy o udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej posiada 2255 świadczeniodawców, w zakresie fizjoterapii domowej – 447 świadczeniodawców, natomiast świadczenia rehabilitacji stacjonarnej, obejmujące rehabilitację ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną oraz kardiologiczną, realizuje 402 świadczeniodawców. Dostępność poszczególnych rodzajów świadczeń jest przy tym zróżnicowana terytorialnie i zależy nie tylko od liczby podmiotów posiadających umowy z NFZ, lecz również od potencjału poszczególnych placówek, poziomu wykonania umów oraz lokalnego zapotrzebowania na świadczenia.

Jeżeli chodzi o czas oczekiwania, według danych NFZ według stanu na koniec czerwca 2026 r. średni czas oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną w skali kraju wynosił 145,04 dnia w przypadku pacjentów zakwalifikowanych jako przypadek pilny oraz 176,94 dnia w przypadku pacjentów stabilnych. W fizjoterapii domowej średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio 71,83 dnia dla przypadków pilnych oraz 66,42 dnia dla przypadków stabilnych. W fizjoterapii ambulatoryjnej średni czas oczekiwania w poszczególnych województwach wynosił dla przypadków pilnych od 79,85 do 196,63 dnia, a dla przypadków stabilnych od 111,26 do 241,16 dnia. W fizjoterapii domowej wartości te mieściły się odpowiednio w przedziałach od 45,78 do 106,80 dnia oraz od 49,13 do 116,82 dnia. Szczegółowe dane dla poszczególnych województw przedstawiono w załączniku.

Jednocześnie należy podkreślić, że dane zagregowane dla poszczególnych województw nie odzwierciedlają w pełni sytuacji pacjenta poszukującego konkretnego miejsca udzielenia świadczenia. Czas oczekiwania jest bowiem bardzo zróżnicowany pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami. W praktyce występują zarówno placówki deklarujące możliwość udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia albo w bardzo krótkim terminie, jak również placówki raportujące bardzo odległe terminy, w tym przekraczające 300 dni. Występowanie takiego czasu oczekiwania u konkretnego świadczeniodawcy nie oznacza zatem, że podobny czas oczekiwania dotyczy wszystkich podmiotów realizujących dane świadczenie w danym województwie. Pacjent może uzyskać istotnie krótszy termin u innego świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ. Wyszukiwarka NFZ „Gdzie się

leczyć” służy właśnie do wyszukiwania dostępnych terminów świadczeń w wybranych placówkach i umożliwia ich porównywanie.

W odniesieniu do monitorowania dostępności świadczeń należy wskazać, że oddziały wojewódzkie NFZ na bieżąco analizują poziom wykonania umów oraz stopień wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na rehabilitację leczniczą. W zależności od wyników tych analiz dokonują przesunięć środków zarówno na wniosek świadczeniodawców, jak i z własnej inicjatywy, uwzględniając stopień wykorzystania środków w ramach zawartych umów. Działania te służą możliwie efektywnemu wykorzystaniu dostępnego finansowania oraz poprawie dostępności świadczeń. Odnosząc się natomiast do wpływu ograniczonej dostępności rehabilitacji na stan zdrowia pacjentów i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, należy zauważyć, że problem ten został zidentyfikowany również w dokumentach strategicznych Ministra Zdrowia. Krajowy Plan Transformacji na lata 2027–2031 jest dokumentem wdrożeniowym dla Mapy potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym i uwzględnia rekomendowane kierunki działań wynikające z tej mapy. Dokument wskazuje na utrzymujący się deficyt świadczeń rehabilitacyjnych oraz długi czas oczekiwania na ich udzielenie.

W części Krajowego Planu Transformacji dotyczącej rehabilitacji wskazano, że długi czas oczekiwania, często przekraczający kilka miesięcy, ogranicza skuteczność leczenia i zmniejsza szanse na pełny powrót do sprawności, w szczególności po udarach, zabiegach ortopedycznych i kardiologicznych. Wskazano również, że brak dostępności rehabilitacji we wczesnym okresie po incydencie chorobowym może skutkować trwałą niepełnosprawnością oraz zwiększać wydatki na opiekę długoterminową.

Krajowy Plan Transformacji zwraca także uwagę na potrzebę zachowania ciągłości procesu leczenia. Brak szybkiego rozpoczęcia rehabilitacji po hospitalizacji może prowadzić do utraty części efektów terapii i wydłużenia rekonwalescencji. W związku z tym jako kierunki działań wskazano lepsze powiązanie rehabilitacji z podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i leczeniem szpitalnym, a także rozwój rehabilitacji kompleksowej oraz nowoczesnych form rehabilitacji.

Powyższe ustalenia potwierdzają znaczenie odpowiednio wczesnego dostępu do rehabilitacji, nie pozwalają jednak na proste ilościowe przypisanie wydłużonego czasu oczekiwania do określonej liczby hospitalizacji, zabiegów operacyjnych czy zwolnień lekarskich ani do konkretnej wartości wydatków na renty, świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub opiekę długoterminową. Przeprowadzenie takiej analizy wymagałoby połączenia danych pochodzących z różnych systemów oraz uwzględnienia szeregu czynników, takich jak rodzaj i ciężkość schorzenia, wiek pacjenta, choroby współistniejące czy przebieg dotychczasowego leczenia. Z tych samych względów nie jest możliwe wskazanie jednej, uniwersalnej wartości oszczędności dla systemu ochrony zdrowia lub systemu zabezpieczenia społecznego wynikającej z wcześniejszego rozpoczęcia fizjoterapii. KPT potwierdza natomiast kierunkowo, że odpowiednio wczesna rehabilitacja może ograniczać następstwa niesprawności oraz zapotrzebowanie na dalszą opiekę.

W zakresie zasad finansowania świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności należy wyjaśnić, że rozwiązania wskazane w interpelacji wynikają z zarządzenia nr 68/2026/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 lipca 2026 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką. Zmiana dotyczy terminu wnioskowania o sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z zawartej umowy, objętych nielimitowanym mechanizmem finansowania. Świadczenia realizowane w ramach wartości zawartej umowy są nadal finansowane na dotychczasowych zasadach.

Jednocześnie, zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1–1c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w odniesieniu do świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielanych osobom posiadającym odpowiednie uprawnienia związane ze znacznym stopniem niepełnosprawności kwota zobowiązania jest dostosowywana do potrzeb

zdrowotnych oraz wykonania umowy. Przepisy ustawy nie określają przy tym terminu, w którym takie dostosowanie powinno nastąpić. Nie jest zatem zasadne utożsamianie zmiany zasad rozliczeń z finansowaniem przez świadczeniodawcę ze środków własnych wszystkich świadczeń udzielanych tej grupie pacjentów. Ewentualny wpływ na płynność finansową podmiotu może dotyczyć przede wszystkim świadczeń wykonanych ponad wartość zobowiązania określoną w umowie.

Jeżeli chodzi o skalę tego wpływu na małe i średnie podmioty lecznicze, dostępne materiały nie pozwalają obecnie na przedstawienie ilościowego oszacowania skutków dla poszczególnych grup świadczeniodawców. Wpływ ten zależy m.in. od wartości umowy danego podmiotu, liczby świadczeń realizowanych ponad ustaloną kwotę zobowiązania oraz struktury świadczeniobiorców. Nie ma zatem podstaw do formułowania generalnego wniosku, że rozwiązanie to prowadzi do utraty płynności przez małe i średnie podmioty. Jednocześnie zasadne pozostaje monitorowanie praktycznych skutków stosowania nowych zasad, w szczególności w odniesieniu do świadczeniodawców, u których wartość świadczeń ponadumownych stanowi istotną część realizowanych świadczeń.

Odnosząc się do wskazanej w interpelacji problematyki koncentracji rynku, należy zaznaczyć, że przekazane materiały nie zawierają danych pozwalających potwierdzić informację, zgodnie z którą około 60% rynku fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej znajduje się pod kontrolą jednego zagranicznego funduszu inwestycyjnego. W samej interpelacji informacja ta została przedstawiona jako pochodząca od środowiska zawodowego, bez wskazania źródła danych oraz sposobu ustalenia udziału w rynku.

Jednocześnie, zgodnie z zakresem kompetencji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, do jego zadań należy m.in. kontrola koncentracji przedsiębiorców. W przypadku koncentracji podlegających kontroli Prezes UOKiK może wyrazić zgodę na jej dokonanie, wyrazić zgodę warunkową albo zakazać koncentracji, jeżeli prowadziłaby ona do istotnego ograniczenia konkurencji. Kontrola koncentracji ma służyć przeciwdziałaniu nadmiernej konsolidacji przedsiębiorców, w szczególności prowadzącej do powstania lub umocnienia pozycji dominującej. Minister Zdrowia oraz NFZ nie zastępują zatem organu ochrony konkurencji w ocenie powiązań kapitałowych i koncentracji przedsiębiorców. Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia zasadnicze znaczenie ma natomiast zapewnienie dostępności i ciągłości świadczeń oraz odpowiedniego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Jednocześnie odnosząc się do problematyki finansowania rehabilitacji, należy zwrócić uwagę, że we wzorze planu finansowego NFZ nie wyodrębniono pozycji odnoszącej się wyłącznie do fizjoterapii. Finansowanie wykazywane jest dla całego rodzaju świadczeń „rehabilitacja lecznicza”.

Planowana na 2026 r. kwota pozostaje na poziomie zbliżonym do wykonania roku poprzedniego. Należy przy tym mieć na uwadze, że porównywane jest wykonanie planu finansowego za 2025 r. z planem na 2026 r., który w trakcie roku może podlegać zmianom. W dłuższej perspektywie dane wskazują więc na istotne zwiększenie finansowania rehabilitacji leczniczej. Wzrost nakładów nie oznacza jednak automatycznie rozwiązania problemów z dostępnością, ponieważ równolegle zmieniają się potrzeby zdrowotne populacji oraz koszty realizacji świadczeń.

Uzupełniając informacje dotyczące finansowania, należy wskazać, że udział nakładów na rehabilitację leczniczą w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej wynosił 3,04% w 2020 r., 3,17% w 2021 r., 4,18% w 2022 r., 4,39% w 2023 r., 4,12% w 2024 r. oraz 4,03% w 2025 r., natomiast według planu na 2026 r. wynosi 3,85%. Spadek udziału procentowego po 2023 r. nie oznacza zatem spadku nominalnego finansowania rehabilitacji. W latach 2023–2025 wartość nakładów nadal rosła, przy równoległym zwiększaniu wydatków NFZ na pozostałe rodzaje świadczeń. Ze względu na konstrukcję planu finansowego NFZ dane te dotyczą całej rehabilitacji leczniczej, a nie wyłącznie fizjoterapii.

W kontekście dalszego zwiększania dostępności należy odwołać się również do Mapy potrzeb zdrowotnych oraz Krajowego Planu Transformacji na lata 2027–2031. Mapa potrzeb zdrowotnych ma charakter diagnostyczny, natomiast KPT jest dokumentem

wdrożeniowym określającym konkretne działania służące realizacji kierunków wynikających z Mapy. W części dotyczącej rehabilitacji KPT wskazuje m.in. na potrzebę rozwoju infrastruktury rehabilitacyjnej, zwiększania liczby kontraktów NFZ, rozwoju rehabilitacji domowej i telerehabilitacji oraz lepszego rozmieszczenia świadczeniodawców pomiędzy regionami.

Kierunek ten jest spójny z prowadzonymi obecnie pracami legislacyjnymi. Ministerstwo Zdrowia skierowało w lipcu 2026 r. do 30-dniowych konsultacji publicznych projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Celem proponowanych zmian jest lepsze dopasowanie rehabilitacji do rzeczywistych potrzeb pacjentów, poprawa dostępności świadczeń oraz uporządkowanie zasad kwalifikacji do poszczególnych form rehabilitacji.

Odnosząc się natomiast do wpływu bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty na liczbę porad lekarskich, badań diagnostycznych, hospitalizacji oraz koszty systemu ochrony zdrowia, dostępne dane nie zawierają analizy pozwalającej na ilościowe określenie tych zależności. Ocena takiego rozwiązania wymagałaby uwzględnienia nie tylko potencjalnego skrócenia ścieżki pacjenta, lecz również bezpieczeństwa klinicznego, prawidłowej kwalifikacji do świadczeń oraz zakresu kompetencji poszczególnych zawodów medycznych. Nie ma zatem podstaw do przyjęcia prostego założenia, że określona zmiana modelu dostępu do fizjoterapii automatycznie przełoży się na możliwą do wskazania liczbę unikniętych hospitalizacji lub konkretną wartość oszczędności.

W odniesieniu do liczby osób, które nie uzyskały świadczenia z powodu wyczerpania limitu albo zbyt długiego czasu oczekiwania, należy wyjaśnić, że dane dotyczące list oczekujących nie pozwalają na ustalenie liczby pacjentów, którzy ostatecznie nie otrzymali świadczenia z jednej z tych przyczyn w okresie ostatnich pięciu lat. Według stanu na koniec czerwca 2026 r. na fizjoterapię ambulatoryjną oczekiwało łącznie 1 458 897 pacjentów, w tym 501 981 przypadków pilnych i 956 916 przypadków stabilnych. Na fizjoterapię domową oczekiwało łącznie 17 437 pacjentów, w tym 6582 przypadki pilne i 10 855 przypadków stabilnych. Liczby osób znajdujących się w określonym momencie na listach oczekujących nie można jednak utożsamiać z liczbą osób, które ostatecznie świadczenia nie uzyskają, ponieważ listy te zmieniają się na bieżąco, w szczególności w związku z udzielaniem kolejnych świadczeń. Jednocześnie kierunek tych zmian jest możliwy do określenia. Krajowy Plan Transformacji wskazuje, że szybkie starzenie się populacji oraz wolniejszy wzrost długości życia w zdrowiu niż długości życia ogółem zwiększą zapotrzebowanie na opiekę nad osobami starszymi. Dokument wskazuje również na potrzebę szerszego podejścia do opieki nad osobami starszymi, integrującego m.in. opiekę internistyczną, rehabilitacyjną i profilaktyczną. Prognozy epidemiologiczne wskazane w KPT przewidują ponadto utrzymujące się duże obciążenie chorobami przewlekłymi oraz wzrost znaczenia zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego.

W odniesieniu bezpośrednio do rehabilitacji Krajowy Plan Transformacji wskazuje, że starzenie się społeczeństwa prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne, co wymaga dostosowania infrastruktury, kadr i finansowania systemu rehabilitacji do rosnącej liczby pacjentów w starszym wieku. Mimo ograniczeń związanych z precyzyjnym prognozowaniem w horyzoncie kilkunastu lat należy zatem liczyć się ze wzrostem zapotrzebowania na rehabilitację leczniczą i fizjoterapię. Kierunek ten jest również spójny z obserwowanym w ostatnich latach znaczącym wzrostem nakładów na rehabilitację leczniczą.

Podsumowując, rehabilitacja lecznicza stanowi integralny element procesu terapeutycznego i odgrywa istotną rolę w przywracaniu oraz utrzymywaniu sprawności funkcjonalnej pacjentów. Zarówno Mapa potrzeb zdrowotnych, jak i Krajowy Plan Transformacji na lata 2027–2031 wskazują na konieczność dalszego wzmacniania dostępności świadczeń rehabilitacyjnych, poprawy ciągłości opieki oraz lepszego dostosowania zakresu świadczeń do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Podejmowane działania legislacyjne i organizacyjne, połączone ze znaczącym wzrostem nakładów finansowych na rehabilitację w ostatnich latach, mają służyć stopniowej poprawie dostępności świadczeń i efektywności procesu leczenia.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/