

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 33)
z dnia 15 września 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 33)

15 września 2026 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- **informację na temat realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej, oraz rehabilitacji szpitalnej wraz ze świadczeniami skojarzonymi dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności świadczeń i ich zmian, liczby zawartych umów i miejsc udzielania świadczeń, zmian wartości kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zróżnicowaniem sytuacji poszczególnych województw.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, **Aleksander Kozubowski** naczelnik Wydziału do Spraw Usług Wspierających i Włączenia Społecznego w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Marek Augustyn** oraz **Jakub Szulc** zastępcy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Kamil Bobek** dyrektor Departamentu Polityki Regionalnej i Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnościami, **Krystyna Ptok** prezes Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikiem, **Agnieszka Stępień** prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikami, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich, **Alicja Szatkowska** prezes Milickiego Stowarzyszenia Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych wraz ze współpracownikiem oraz **Krzysztof Zdobylak** członek zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia.

Witam członków podkomisji oraz wszystkich zaproszonych gości. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej oraz fizjoterapii domowej, oraz rehabilitacji szpitalnej wraz ze świadczeniami skojarzonymi dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności świadczeń i ich zmian, liczby zawartych umów i miejsc udzielania świadczeń, zmian wartości kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zróżnicowaniem sytuacji poszczególnych województw.

Szanowni państwo, zgodnie z procedurą wystąpiliśmy do pani minister zdrowia oraz do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie nam informacji w tym temacie, uwzględniającej wszystkie te aspekty, o których będziemy dzisiaj chcieli rozmawiać. Otrzymaliśmy informację pisemną, która znajduje się na iPadach. Jest to informacja dla państwa posłów. Informuję właśnie, że te materiały zostały zamieszczone w folderze SDI. Dostępne są również w formie papierowej. Ministerstwo Zdrowia przygotowało informacje na piśmie i w związku z tym za chwilę przystąpimy do procedowania. Chciałabym podkreślić, że temat ten został skierowany do prac podkomisji przez prezydium Komisji Zdrowia, a realizujemy go na wniosek

pani wiceprzewodniczącej Komisji Zdrowia Katarzyny Sójki. Dlatego dziękuję pani poseł za obecność na dzisiejszym spotkaniu. Myślę, że krótko pani poseł wprowadzi w temat, a za chwilę poprosimy MZ i NFZ o przedstawienie informacji.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Dobrze, bardzo serdecznie dziękuję za temat tej podkomisji.

Szanowni państwo, wiemy, jak bardzo ważna jest fizjoterapia, fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja stacjonarna, rehabilitacja szpitalna, rehabilitacja dzienna – wszystkie formy usprawniania pacjentów. Myślę, że każdy w swoim regionie orientuje się, jak to wygląda. Osobiście pracuję w POZ i w ostatnim czasie – to znaczy już dawno pracuję – też mogę oceniać, jak wygląda dostępność i mam coraz więcej pacjentów, którzy przede wszystkim mogą korzystać z fizjoterapii ambulatoryjnej. Przychodzą i mówią, jak bardzo zmieniają się terminy, jaki jest problem. Są miejsca, gdzie okazuje się, że czasy oczekiwania na skierowania pilne tak naprawdę zrównały się ze skierowaniami stabilnymi, a nawet są w niektórych miejscach dłuższe niż na skierowanie stabilne. Szanowni państwo, mamy mnóstwo informacji też w moim okręgu, w południowej Wielkopolsce, w moim powiecie. W ostatnim czasie, po dwudziestu kilku latach funkcjonowania, został nieprzedłużony kontrakt na fizjoterapię ambulatoryjną w miejscowości Grabów nad Prosną. Nowy kontrakt został utworzony w miejscowości Ostrzeszów i stała się taka sytuacja, że trzy fizjoterapie ambulatoryjne są w jednej dużej miejscowości powiatowej, a w tej małej, gdzie z powodzeniem funkcjonowała i tak naprawdę służyła pacjentom, którym trudniej dojechać do miejsca powiatowego, została zabrana. Okazało się, że po pewnych protestach jakaś bardzo mała część – chyba jedna trzecia, 30% – tego kontraktu na fizjoterapię ambulatoryjną wróciła do Grabowa. Mam przykład szpitala w Kępnie, który ma rehabilitację taką stacjonarną, dzienną. Okazuje się, że potencjał generalnie do podpisania umowy z NFZ jest co najmniej na około 90 łóżek, ale nawet ten szpital już parę ładnych lat temu zainwestował, miał podstawę w postaci IOWISZ, a do dzisiaj to, co wynikało z tamtych dokumentów, nie ma podpisanej umowy na co najmniej 11 łóżek. Nie są zakontraktowane. Słyszałam ostatnio o szpitalu w Kaliszu, że również jeden z wicedyrektorów miał okazję na pewnym spotkaniu powiedzieć, że połowa łóżek nie jest zakontraktowanych, są wolne i będą tam przesunięcia. Jest plan, by konsolidować ze szpitalem pulmonologicznym i przenosić te miejsca pulmonologiczne w te wolne, które pozostały bez kontraktu z rehabilitacją. Rehabilitacja jest niezwykle, szanowni państwo, ważna i myślę, że w późniejszym czasie też będę mogła mieć pytania, bo mam takie trzy pytania – kwestia organizacyjna w ogóle fizjoterapii, rehabilitacji.

Natomiast chciałam zauważyć, że z przekazanych dokumentów, które dzisiaj otrzymaliśmy, mamy bardzo taką trudną sytuację, porównanie 2024 do 2025 r. Okazuje się, że budżet przeznaczony chociażby na fizjoterapię ambulatoryjną, czyli tę tak naprawdę najbliższą, najbardziej podstawową, tę pierwszą taką, z którą spotykamy się w POZ, spadł w 2025 r. aż o ponad 21% z około 3,3 mld zł. W 2024 r. Pozostało prawie 2,6 mld zł, czyli zostało odebrane z tej fizjoterapii ambulatoryjnej prawie 700 mln zł. Zmniejszenie tych nakładów błyskawicznie tak naprawdę niestety przyniosło efekty w postaci rozmnożenia kolejek, bo całkowita liczba osób zapisanych w kolejkach na wszelkie formy rehabilitacji wzrosła z 33,3 mln w 2024 r. do 36,4 mln w 2025 r. W samej fizjoterapii ambulatoryjnej na listy wpisano aż o 3 mln osób więcej – skok z 29,4 do 32,5 mln rekordów. Więc tak naprawdę zamiast takiego braku limitów mamy rekordowe w historii giga kolejki. Średni czas też oczekiwania dla pacjenta, by dostał się na podstawową fizjoterapię ambulatoryjną, wydłużył się z roku na rok o blisko 15,5%. W 2024 r. było to średnio 126 dni, w 2025 r. już 146 dni. I teraz mamy dane za pierwsze półrocze 2026 r. – prawdziwy rekord, bo to średnio aż 156 dni. Myślę, szanowni państwo, że dane płynące w zasadzie wprost z tego zestawienia, które otrzymaliśmy od NFZ, to nie jest nic dobrego. To nie są na pewno zmiany, które idą w dobrym kierunku. To są dane, które potwierdzają, że nie jest dobrze w ochronie zdrowia, a szczególnie w tym obszarze, który tutaj jest przedstawiony na liczbach. Polska rehabilitacja, fizjoterapia, która tak naprawdę służy najsłabszym, jest w pewnym sensie w słabej kondycji; w słabszej kondycji niż była. Te nakłady są mniejsze i uderza to bezpośrednio w seniorów, ludzi po udarach, ludzi po wypadkach, którzy tak naprawdę nie mają tysięcy złotych, żeby leczyć się w prywatnych gabinetach. Myślę, że każdy z nas wie, jak bardzo fizjoterapia, rehabilitacja, dochodzenie do sprawności jest ważne również dla jakby całego systemu społecznego, bo pacjent, który szybko trafia na rehabilitację, szybciej zdrowieje, szybciej wraca do pracy, jest

zadowolony, rodzina inaczej funkcjonuje, ale również kwestie ZUS – nawet jeżeli ktoś by chciał ekonomicznie do tego podejść – są inaczej zorganizowane.

Dlatego myślę, że chcielibyśmy posłuchać dzisiaj, pewnie to usłyszymy, z czego wynikają tak duże zmiany, jakie są punkty kontrolne, punkty zapalne i jakie są plany na zmiany, bo słyszeliśmy trzy lata temu, że będą zniesione limity. Liczyliśmy na to, że te limity zostaną zniesione, a okazuje się, że tych limitów niestety jest coraz więcej i zawsze niestety, w całym systemie, na tym wszystkim najbardziej cierpi pacjent. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca, za przedstawienie tematu.

Rzeczywiście sprawa bardzo ważna, bo już od...

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (RozwojPlus):

Ja jeszcze chciałbym, ponieważ muszę wyjść.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Już momencik. W takim razie jeszcze poproszę pana posła Kapinosa o zabranie głosu i rozpoczęcie dyskusję.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (RozwojPlus):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, oczywiście w zupełności zgadzam się z moją przedmówczynią, panią minister Katarzyną Sójką.

Na Podkarpaciu również sytuacja jest dramatyczna. Przychodzą osoby bardzo mocno zestresowane, mówią tak, a szczególnie to, co na końcu pani poseł powiedziała: „Jak ja mam wrócić do pracy, skoro ja mam rehabilitację za rok? Ja na cito dostałem 15 grudnia 2025 r. skierowanie na październik, przełożone na styczeń przyszłego roku. Rok i miesiąc. Proszę sprawdzić”. Takie są na cito, więc jeżeli pacjent, który jest z rwą kulszową, który powinien mieć jak najszybszą rehabilitację, ma za rok i miesiąc czasu tę rehabilitację. Państwo obiecywaliście w kampanii wyborczej, w stu konkretach, że będzie zdecydowanie lepiej, a jest zdecydowanie gorzej.

Nie mam czasu, ponieważ mam inne aktywności. W związku z powyższym te dane, które tutaj pokazaliście – 126 dni mediana oczekiwań na cito. Gdzie my jesteśmy? Jak my chcemy tych ludzi rehabilitować? W jaki sposób ci ludzie mają dochodzić do sprawności? Już nie mówię po udarach, po wypadkach, ale najnormalniej w świecie, kiedy stanie się jakiś wypadek, czy nawet stan rwy kulszowej, czy jakieś sprawy związane z chorobami kręgosłupa i chcą wrócić jak najszybciej do pracy. Będą chorować i nie będą płacić ZUS. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jak wynika z tych wypowiedzi, temat jest bardzo ważny. Myślę, że do nas, posłów, każdego z nas docierają takie alarmujące sygnały od pacjentów i dlatego bardzo bym prosiła, żebyście państwo odpowiedzieli na te pytania, też przedstawili, jak wygląda sytuacja. Może zaczniemy od przedstawicieli MZ. Bardzo proszę i proszę państwa o przedstawienie się do protokołu.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dzień dobry, Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii.

To, o czym państwo mówicie, na pewno wymaga działań organizacyjnych ze strony organizatora systemu zdrowia, czyli ministra zdrowia, który jest obecnie w procesie układania modelu rehabilitacji. To jest model, który wymaga naprawdę bardzo dużej zmiany i właśnie zakończyły się konsultacje publiczne rozporządzenia, które reguluje tryby rehabilitacji i celem tych naszych regulacji jest to, aby poprawić dostępność, ale też prawidłowo kwalifikować pacjentów. Bo to, że są kolejki, to nie jest nowość, dlatego że kolejki do rehabilitacji, do fizjoterapii zawsze były. Natomiast co jest wyzwaniem? Wyzwaniem jest to, żeby dobrze zakwalifikować pacjenta, czyli pacjent potrzebuje danego rodzaju rehabilitacji i powinien na nią trafić. Natomiast nie powinien blokować kolejki do innego rodzaju rehabilitacji, bo jak pan poseł pewnie doskonale wie, mamy różne rozpoznania, które kwalifikują do danego zakresu rehabilitacji. I teraz obecnie jesteśmy na etapie analizowania uwag. Uwag jest dość sporo, dlatego że uwagi przede wszystkim dotyczą zasobów kadrowych, które zostały zaplanowane.

Naszym celem jest, tutaj wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ale także na szczęście, dzięki przedstawicielom środowiska

medycznego, właśnie dzięki współpracy Krajowej Izby Fizjoterapeutów, konsultantów krajowych, środowiska fizjoterapeutów i rehabilitantów, i mamy nadzieję, że udało nam się już, dojście do pewnego porozumienia. Chodzi o to, że zmieniamy zasoby kadrowe, tak żeby poszerzyć dostępność, czyli żeby zaangażować większą liczbę fizjoterapeutów, specjalistów fizjoterapii w miejsce lub obok lekarzy rehabilitacji, których liczba nie jest satysfakcjonująca i ona nie zabezpiecza podmiotów, przez co niestety, ale świadczenia nie mogą się odbywać. To jest duże wyzwanie i jeżeli uda nam się doprowadzić to rozporządzenie w najbliższym czasie do końca, czyli uzgodnić już takie końcowe elementy, to mamy nadzieję, że to rozporządzenie wejdzie w życie i wtedy poszerzy się dostępność dla pacjentów. Mamy też nadzieję, że właściwe zakwalifikowanie pacjentów dzięki opracowanym przez ekspertów... Bo to też należy podkreślić, że nie urzędnicy organizowali, wymyślali, opracowywali te założenia, ale to dzięki ekspertom mamy dobre założenia kliniczne i kryteria kwalifikacji pacjentów. Mamy również nowe rozwiązania, które na pewno poszerzą dostęp do rehabilitacji pulmonologicznej i dzięki temu zakładamy, że pacjenci uzyskają pomoc w takim zakresie, w jakim potrzebują w danym rodzaju rehabilitacji.

I teraz to, o czym państwo wspomnieliście, czyli rzeczywiście o danych – może rzeczywiście materiał pokazuje, że największym wyzwaniem jest w tym momencie fizjoterapia ambulatoryjna. Natomiast tutaj zauważamy też pewną tendencję, że trzy czwarte pacjentów, to jest ponad 2,5 mln pacjentów, to są pacjenci objęci właśnie rehabilitacją ambulatoryjną. Natomiast mimo, że tak naprawdę środki są na to przekazywane i nie ma problemu z finansowaniem tych świadczeń, to jednak zauważamy, że podaż jest niewspółmierna do popytu. Więc myślę, że kwestia, i tutaj nadal będę podtrzymywała to, co planujemy, czyli zmiany organizacji udzielania świadczeń, rozwiąże te kwestie. W analizowanym okresie, bo pan poseł wspominał lata 2024–2026, rzeczywiście – i pani poseł też przytoczyła liczbę – wartość umów na fizjoterapię ambulatoryjną się zmniejszyła, ale musimy podkreślić, że z kolei wzrosła na fizjoterapię domową. I tutaj mamy dane z NFZ, ale myślę, że pan prezes i pani dyrektor przedstawia bardziej dokładne dane podczas swojej prezentacji. Ale należy spojrzeć na liczby, bo jednak finansowanie w fizjoterapii domowej wzrosło z 768 mln do 1,37 mld zł. Również zwiększyły się nakłady na rehabilitację stacjonarną i tu też bardzo takie grube dane pokazują, ale na pewno przejdziemy do szczegółów – od 2,75 mld do prawie 3 mld zł. Liczba rozliczonych świadczeń również wzrosła o ponad 75%, a liczba pacjentów korzystających z tej formy rehabilitacji zwiększyła się w fizjoterapii domowej ze 113 do 183 tys. Nie będę przytaczała całego materiału, bo on jest dość obszerny i tu są tabele, natomiast bardzo mocno wierzymy...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, te materiały otrzymaliśmy i myślę, że tutaj państwo się z tym zapoznali. Natomiast dla nas istotne są informacje, co państwo macie zamiar z tym robić? Właśnie ta strategia, w którym kierunku to ma iść i czy w ogóle podejmujecie jakieś działania w tym zakresie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Naszym zadaniem jest właśnie dobrze zorganizować, czyli zmienić rozporządzenie w zakresie rehabilitacji.

Jesteśmy już na dobrej drodze, bo tak jak powiedziałam, jesteśmy po konsultacjach. Zobaczymy, czy wszystkie rozwiązania uzyskają akceptację kierownictwa, ale ponieważ to były prace prowadzone bardzo szeroko, jakby nikogo nie pominęliśmy też z naszych partnerów, ale też z naszych interesariuszy w tym procesie legislacyjnym. Mamy nadzieję, że uda nam się to wprowadzić. Przede wszystkim uporządkuje to ścieżkę pacjenta, ponieważ wprowadzamy, tak jak powiedziałam, nowe skale, wydłużamy w ogóle projekt cyklu fizjoterapii ambulatoryjnej z 10 do 20 dni zabiegowych z możliwością przedłużenia w uzasadnionych przypadkach, więc tutaj jest naprawdę spora liczba takich uregulowań, które wzięły się po prostu z informacji, które mamy od praktyków, czyli osób, które pracują w podmiotach – nie są teoretykami, ale są praktykami – pokazały nam, jak dobrze to zorganizować. Taka jest rola ministerstwa, ale dobrze, że mamy wsparcie NFZ i Agencji, która również z nami współpracuje, jak również szerokiego grona konsultantów, bo też pracował nad tym sztab ludzi, kilkadziesiąt osób, które wspomagały nas w wypracowaniu poszczególnych zakresów, więc tutaj, jeżeli to wejdzie, to sprawdzimy po roku czasu, jak to funkcjonuje i zobaczymy, czy system nie wymaga poprawy w tym zakresie. Natomiast na ten moment takie przewidujemy najbliższe nasze działania na najbliższe dwa miesiące.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli na kiedy państwo planujecie wprowadzenie tego nowego systemu czy rozwiązania? Tych zmian, o których pani mówi.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

To znaczy chcielibyśmy, żeby rozporządzenie zostało podpisane do końca roku.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli od 1 stycznia, tak? Ewentualnie te zmiany mogłyby...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Będziemy współpracować z NFZ, żeby tak ułożyć harmonogram, żeby po prostu proces polegał na tym, że jak zostanie podpisany, to żeby NFZ w możliwie najkrótszym czasie wdrożył nasze zmiany.

Ale czy to będzie 1 stycznia? Nie mogę tak powiedzieć, dlatego że niektóre zmiany wymagają jeszcze innych aktów, których nie można po stronie właśnie prezesa NFZ po prostu wydać wcześniej, zanim nie będzie zakończony proces legislacyjny po stronie ministerstwa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem. Dziękuję bardzo. Tak, bardzo proszę, pan poseł Bojarski.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Mam takie nieprzebrane wrażenie, że rehabilitacja to jest taki obszar ochrony zdrowia, w którym wydajemy jakąś sumę pieniędzy, tak do końca nie wiemy, co uzyskujemy w zamian, jakie mamy efekty i cały czas wszyscy na ten obszar dość mocno narzekają.

Bardzo się cieszę, że pani dyrektor mówi o tym, że są te prace. Chętnie się zapoznam, bo gdzieś mi to umknęło i nie miałem okazji się zapoznać. Natomiast jaki powinien być kierunek? Bo dzisiaj wydaje się, że rehabilitacja wymaga przede wszystkim podziału na tę pilną, ale naprawdę pilną, bo jeżeli czytamy o tym, że kolejka pilnych jest tak duża, to gdybyśmy przeanalizowali bardzo dokładnie tę kolejkę, to okaże się, że jak 90% jest pilnych, to znaczy, że większość nie jest pilnych, jest tylko po prostu nazwana jako pilne. Ona powinna być skierowana indywidualnie do każdego pacjenta i chciałbym, aby te regulacje, o których mówi pani dyrektor, doprowadziły do sytuacji takiej, w której w tych obszarach jak: rehabilitacja udarowa, kardiologiczna, pourazowa kolejki się zmniejszyły. Natomiast w tzw. obszarze rehabilitacji ogólnoustrojowej to jest taki obszar, który najbardziej budzi moje wątpliwości, jeżeli chodzi o efekty działania i efekty wydanych pieniędzy. W tym obszarze często dublujemy obszar sanatoriów, często dublujemy inne obszary ochrony zdrowia, tak że wydaje mi się, że warto by było ukierunkować rehabilitację tak, aby ci, którzy najbardziej potrzebują, czyli osoby po świeżych schorzeniach – to, o czym mówiła pani minister tutaj, o szybkim powrocie do pracy – te osoby, które zetknęły się z zawałem, udarem, ciężkim urazem mogły jak najszybciej skorzystać z tej rehabilitacji. Bez sensu jest faktycznie czekanie tych osób przez wiele tygodni albo i miesięcy na rehabilitację, bo efektu wtedy nie ma żadnego. Tak jakby o tym wiele razy mówiłem, ale wydaje mi się, że ten główny strumień rehabilitacji powinien być właśnie w tę stronę skierowany, czyli ukierunkowany indywidualnie na tę grupę pacjentów najpilniej wymagających tej rehabilitacji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Myślę, że tutaj ważne by było, żeby taki produkt był, który byłby finansowany jednoznaczowo. Po prostu ta działalność naprawcza, czyli na przykład korekta chirurgiczna, powiedzmy, po udarze, czy po zawale i połączone to od razu z rehabilitacją. Bo jeżeli nie będzie to jeden produkt, który nie będzie wspólnie rozliczany, to zawsze będzie tak, że będą pilne i pilniejsze i ten pacjent będzie trafiał, jeden pójdzie zaraz po szpitalu, a drugi na rehabilitację pilną dostanie się, na przykład po takim samym epizodzie medycznym, za pół roku. To o to chodzi, czy państwo w tym kierunku pracujecie, żeby jednak stworzyć te produkty, tak jak ortopedia, wymiana na przykład jakiejś endoprotezy i rehabilitacja od razu, bo tak to jest w normalnym świecie praktykowane w krajach poza Polską. Natomiast u nas pacjent po wymianie stawu biodrowego idzie na rehabilitację po kilku miesiącach i tak się też zdarza, więc to jest bez sensu, bo wiadomo, że już pewne zmiany nieodwracalne nastąpiły. Więc czy w tym kierunku państwo też pójdziecie?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, zdecydowanie. Takim kierunkiem, wytyczną naszego projektu w ogóle jest to, że odchodzimy od oceny rehabilitacji jako liczby wykonanych procedur na pacjencie, bo to też jakby niczego nie mierzy i państwo na to słusznie zwróciliście uwagę. Więc naszym celem jest to, żeby na samym początku oceniać, po jakimś czasie trwania rehabilitacji, jej efekt i czy doszło do usprawnienia pacjenta, bo to jest jakby główny cel całej rehabilitacji i wszystkich procedur, które mają być wykonane. Więc odchodzimy od tego, ile i żeby pacjent też nie oczekiwał, że to mu się należy, dlatego że to jest, tylko dlatego, że zostało mu to przyznane, biorąc pod uwagę jego stan funkcjonalny. To przyświeca zmianie i taka jest filozofia, można tak powiedzieć, tego nowego podejścia do rehabilitacji.

Natomiast pani przewodnicząca również ma rację, bo są takie rejony – dziedziny, można powiedzieć, zabiegi – po których ta rehabilitacja w określonym czasie, i to też na to zwracamy uwagę w projekcie, uszczegóławiając to, ma największy sens, bo jak wiemy, po jakimś czasie właśnie na przykładzie zabiegów, które pani przewodnicząca wymieniła, ona już nie jest taka efektywna. Więc to wszystko też zostało naprawdę bardzo pieczołowicie przygotowane i jakby liczba załączników, która jest w tym rozporządzeniu, ale też szczegółowość – zachęcam do zapoznania się, mimo że jest po konsultacjach publicznych, ale zawsze można będzie jeszcze jakieś uwagi w ramach tutaj naszych prac czy też kontaktów do tego złożyć. Bo naprawdę chcielibyśmy, ponieważ reforma rehabilitacji tak naprawdę dość długo nie zadziałała się tutaj z różnych powodów. Koszyk rehabilitacyjny – mimo że sam rodzaj świadczeń udzielanych nie jest bardzo skomplikowany, ale jednak materia jest trudna, ponieważ ta mierzalność efektów właśnie była też tą trudnością, która powodowała, że prace się trochę przedłużały nad opracowaniem koncepcji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Pewnie wrócimy jeszcze do dyskusji z MZ, ale teraz bym poprosiła pana prezesa Jakuba Szulca też o komentarz czy przedstawienie informacji. Pan ma przygotowaną prezentację, to bardzo proszę.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Tak, pani przewodnicząca. Zaraz poproszę panią przewodniczącą o udzielenie głosu pani Annie Skowrońskiej, zastępcy dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Natomiast tylko kilka zdań wprowadzenia odnośnie tego, o co państwo posłowie pytaliście i o czym mówiliście, już jakby wprowadzając do tej dyskusji. Przede wszystkim, jeżeli popatrzymy na kontrakt na fizjoterapię ambulatoryjną i udzielaną w warunkach domowych pomiędzy 2024 a 2025 r. i dalej, to faktycznie doszło w 2025 r. do zmniejszenia wartości umów na fizjoterapię ambulatoryjną, tak jak to pani przewodnicząca Sójka słusznie zauważyła. Tylko chciałbym przypomnieć, że to działo się w warunkach, w których zidentyfikowaliśmy bardzo poważny problem polegający na nadużywaniu świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej poprzez udzielanie świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej przez niektóre podmioty w zasadzie wyłącznie albo prawie wyłącznie w warunkach domowych i jeszcze pomiędzy różnymi województwami. Mieliśmy też spotkanie Komisji Zdrowia poświęcone między innymi temu tematowi. Tak jak pani dyrektor Kajka zauważyła, to, co stało się w 2025 r., to przede wszystkim przesunięcie alokacji środków z fizjoterapii ambulatoryjnej na fizjoterapię domową i to jest przede wszystkim ten skutek, który zadziałał, natomiast przy oczywistym ograniczeniu możliwości udzielenia świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej na kontrakt zawarty na fizjoterapię ambulatoryjną. Więc co do zasady to jest to, co się stało. Natomiast jeżeli popatrzymy na to, jak wygląda wartość świadczeń, które są udzielane we wszystkich zakresach rehabilitacji leczniczej, to ona oczywiście wzrasta. Za chwilę, myślę, pokażemy Wysokiej Podkomisji szczegóły, jak to wyglądało na przestrzeni ostatnich lat.

Natomiast jeszcze odnosząc się do tego, o czym również mówiła pani dyrektor Kajka, czyli tego, w jaki sposób celować fizjoterapię i tego, do czego odnosił się pan poseł Bojarski, to też mam nadzieję – za chwilę pokażemy – jak duży mamy odsetek pacjentów, którzy są rehabilitowani ruchowo, którzy pozostają w rehabilitacji przez okres dłuższy niż jeden rok czy dwa lata, bądź też jaką mamy dynamikę skierowań. I faktycznie, jeżeli spojrzymy – tak, bez dwóch zdań, kolejki i czasy oczekiwania są problemem, przy czym one są przede wszystkim spowodowane tym, że bardzo przyrasta nam liczba skierowań, natomiast nie do końca mamy na to od początku

odpowiedź w postaci możliwości zaadresowania, mimo wzrostu środków, które są alokowane. I z tymi problemami, o których wspominałem, to znaczy to nie jest tak, że mamy rozwiązane w tym momencie wszystkie kwestie związane z czy to fizjoterapią ambulatoryjną, czy fizjoterapią domową, czy kolejnymi postępowaniami na fizjoterapię domową i kolejnymi miejscami udzielania świadczeń. Gdyż tak jak również Komisja Zdrowia pochyliła się nad tym problemem, musimy w miarę możliwości, po pierwsze, wyrugować wszystkie wątpliwości co do tego, czy te kontrakty, które są zawierane, są kontraktami, na których nam zależy, tak jak pani przewodnicząca Sójka mówiła, czyli żeby miejsca udzielania świadczeń faktycznie znajdowały się jak najbliżej pacjenta, a nie były udzielane z innego województwa, czyli z zupełnie innego miejsca w Polsce, gdzie nie ma możliwości kontroli tak naprawdę nad takim świadczeniodawcą. Czy też, żeby nie generowały konieczności interwencji takich jak te, o czym za chwilę powiemy, które wykonywaliśmy w między innymi 2025 r. i kontynuujemy w 2026 r.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to prosiłbym o udzielenie głosu pani dyrektor Skowrońskiej.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Anna Skowrońska:

Dzień dobry, szanowni państwo, Anna Skowrońska, jestem zastępcą dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ. Kilka słów uzupełniając o odniesieniu do tego, o czym powiedział już pan prezes Szulc.

Jeśli chodzi o kompleksowość po zabiegach endoprotezoplastyki i po udarach, w sierpniu ukazał się projekt zarządzenia prezesa NFZ, który wprowadza wskaźniki jakościowe. Projekt został wydany w oparciu o ustawę o jakości i ogólnych warunkach umów, które od 1 lipca tego roku nakładają na prezesa NFZ obowiązek wprowadzenia korektorów płatności w przypadku, jeśli wskaźniki jakościowe otrzymują konkretne wartości graniczne. Taka modyfikacja do systemu jest wprowadzona i myślę, że w tym tygodniu, albo na początku przyszłego tygodnia, zostanie ona opublikowana w formie zarządzenia z zakresu leczenia szpitalnego, czyli w przypadku pacjentów, którzy po endoprotezoplastykach albo po udarach w określonym czasie otrzymają rehabilitację. Taka płatność będzie premiowała właśnie ośrodki, które tę kompleksowość oferują.

Jeśli chodzi o realizację świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej, to będą szczegółowe dane. Dane, które państwo dostali – zaznaczam – w zakresie realizacji, dotyczyły części świadczeń, są zaktualizowane o wszystkie świadczenia zrealizowane, sprawozdane w ramach bazy NFZ. I tak, jeśli chodzi o wydatki na przestrzeni lat 2024–2025, wartość zrealizowanych świadczeń w zakresie w ogóle rehabilitacji w 2025 r. to już ponad 9 mld zł, z czego odpowiednio największą część stanowią wydatki w zakresie rehabilitacji stacjonarnej – ponad 3 mld zł; następnie w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i później odpowiednio w dziennej i w rehabilitacji domowej. Jeśli chodzi o wartość zrealizowanych świadczeń w pierwszym półroczu tego roku, jest to niespełna 5 mld zł. W kontekście fizjoterapii zarówno ambulatoryjnej, jak i domowej należy zwrócić uwagę na wzrost wartości świadczeń w tym zakresie po wprowadzeniu ustawowych rozwiązań związanych z nielimitowym poziomem płatności za pacjentów z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. I tak, w 2018 r. to był niespełna 1 mld zł. Widzą państwo, że praktycznie ten kawałek fizjoterapii domowej, czyli ten fioletowy słupek jest właściwie niewidoczny, natomiast w 2025 r. mamy już ponad czterokrotnie wyższą wartość zrealizowanych świadczeń, prawie 4,5 mld zł. Jeśli chodzi o wydatki w tym zakresie za pierwsze półrocze 2026 r., dane wskazują na to, że wartość świadczeń zrealizowanych będzie wyższa aniżeli w 2025 r.

W zakresie pytań o zmiany, jakie NFZ w swojej kompetencji prezes może wprowadzać i wprowadzał, nie sposób analizować tych danych bez kilku elementów, które zadziały się właśnie w 2025 r., mianowicie rozdzielenie fizjoterapii domowej i fizjoterapii ambulatoryjnej. Tutaj mieliśmy sytuację, w której, ze względu na ceny punktów w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, bardziej opłacalne było wykazywanie pacjentów w ramach tego właśnie zakresu aniżeli świadczeniodawców, którzy posiadali umowy na fizjoterapię domową. I tutaj odnotowywaliśmy przypadki, w których prawie 100% świadczeń realizowanych było w ramach zakresu ambulatoryjnego na rzecz pacjentów domowych i jednoznacznie jest to ograniczenie dostępności świadczeń w tym zakresie. Z tego powodu w 2025 r. zostały wprowadzone zmiany polegające

na zmniejszeniu możliwości realizacji, jeśli chodzi o czas przeznaczony na realizację świadczeń w domu pacjenta. Na początku było to 50%. Zapowiedzi dotyczyły tego, że finalny model uniemożliwi całkowicie realizację świadczeń w ramach zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej, natomiast ze względu na zgłoszone uwagi i też pochylając się w kierunku środowiska, na ten moment obowiązuje przepis dotyczący 20%. Czyli w ramach całego czasu pracy fizjoterapeutów w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej możliwa jest realizacja świadczeń na rzecz pacjentów w domach, natomiast w czasie nie wyższym niż 20%. W ubiegłym roku mieliśmy też znaczne podniesienie taryf w zakresie rehabilitacji stacjonarnej. Od lipca 2025 r. te taryfy wzrosły o ponad 400 mln zł w ujęciu rocznym. To jest wzrost o ponad 14% i ze względu właśnie na to, że naszym celem było przekierowanie tych środków głównie do pacjentów, którzy wymagają rehabilitacji w trybie tzw. ostrym, czyli są po udarach albo po zabiegach, wyodrębniliśmy też w umowach zakresy dla pacjentów tzw. wymagających czy ciężkich, które też mają nam pomóc w zakresie monitorowania tej sytuacji, czyli później ewentualnego kierowania strumienia płatności właśnie w kierunku tak zawartych umów. W tym roku kolejne zmiany, które zostały wprowadzone w tym zakresie, to są zmiany polegające na rozliczaniu świadczeń w obszarze województwa, na które zostało ogłoszone postępowanie konkursowe. Zaprezentuję na kolejnych slajdach dane, jak to wygląda po pierwszym kwartale, bo to były zmiany wprowadzone od kwietnia tego roku. Wprowadziliśmy konieczność uzyskania zgody dyrektora oddziału na realizację świadczeń przez podmiot, który nie znajduje się w danym województwie. Chodzi tutaj właśnie o to, żeby zabezpieczyć dostęp dla pacjentów z danego powiatu, ponieważ przeprowadzane analizy i kontrole pokazywały, że podmioty na przykład posiadające umowy w województwie mazowieckim realizowały świadczenia na rzecz pacjentów na przykład z województwa pomorskiego, tym samym ograniczając dostęp w województwie pomorskim.

W tym obszarze były wprowadzone i w dalszym ciągu są wzmożone działania kontrolne. W ubiegłym roku było to 56 kontroli, z których 96% zakończyło się ustaleniami negatywnymi na wartość łączną kar finansowych ponad 4 mln zł. Kontrole prowadzone są w dalszym ciągu. W chwili obecnej w trakcie lub planowanych do rozpoczęcia kontroli w tym zakresie jest ponad 20.

W tym obszarze nie sposób nie zwrócić uwagi na element, który znacznie wpłynął na model wybierany przez świadczeniodawców w zakresie ograniczania właśnie dostępu dla pacjentów wymagających interwencji na rzecz pacjentów, którzy legitymują się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Patrząc na dane, które są publicznie dostępne, dotyczące zarówno przyczyn, ale również odsetka poszczególnych orzeczeń wydanych, mamy w ramach stopnia lekkiego i umiarkowanego kilkunastoprocentowy wzrost. Natomiast najwyższy w tej grupie dla pacjentów ze stopniem znacznym, przy czym zwraca uwagę również zmiana w strukturze i w zakresie chorób psychicznych. Tutaj znaczny stopień niepełnosprawności to jest ponad 40% wzrostu względem 2019 r. w zakresie właśnie wydanych orzeczeń, które skutkują dodatkowymi uprawnieniami i mając na uwadze, że często nie są to elementy związane z ograniczeniem funkcjonalnym stanu pacjenta, tutaj z naszej perspektywy jako NFZ szczególnie istotne jest wprowadzenie regulacji na poziomie rozporządzenia ministra zdrowia, tak żeby te świadczenia były realizowane na rzecz pacjentów, którzy rzeczywiście tego wymagają.

Kilka słów o tym, jak zareagował rynek na nasze zmiany i jak to wygląda w kontekście właśnie dostępności dla pacjentów. W momencie, w którym wprowadzaliśmy te zmiany, były podnoszone różne argumenty w zakresie tego, że ograniczy to dostępność pacjentów, że nastąpi zmniejszenie liczby umów, że będą świadczeniodawcy wypowiadać te umowy, a tym samym właśnie zmniejszy się dostępność dla pacjentów. Najświeższe dane za również pierwsze półrocze 2026 r. pokazują, że liczba pacjentów po wprowadzonych w 2025 r. bardzo dużych zmianach nie zmniejszyła się. Jest nawet na nieznacznie wyższym poziomie aniżeli w 2024 r. Myślę, że należy powiedzieć, że jest ona stała. Jeśli chodzi o ten pomarańczowy słupek na slajdzie, on pokazuje, jak potencjał fizjoterapii domowej przejął właśnie pacjentów, którzy są w ramach fizjoterapii domowej, byli usprawniani w domach.

Jeśli chodzi o kolejną zmianę, o której powiedziałam, czyli obszarowość, po lewej stronie pomarańczowe słupki to jest realizacja poza obszarem kontraktowania. Jak państwo widzą, już na podstawie pierwszych danych za drugi kwartał 2026 r. widać, że na podstawie wprowadzonych regulacji udało się ograniczyć te migracje, to znaczy w ramach planowanych przez oddziały postępowań środki te zostają w województwie, na którym ogłoszono postępowanie. To jest zmiana od 1 kwietnia. Ze względu na to, że oczywiście dostrzegamy możliwość, kiedy na przykład powiat jest ościenny i jest możliwość realizacji przez świadczeniodawcę, który jest

bliżej pacjenta, wprowadziliśmy możliwość uzyskania takiej zgody. Natomiast dane pokazują, że świadczeniodawcy z tego nie korzystają. Rynek w zakresie w ramach umów, które zostały zawarte od drugiego kwartału 2026 r., realizuje świadczenia w ramach województw, na które ogłoszono postępowanie.

Kolejny argument, o który obawiano się – jak nasze zmiany wpłyną na sytuację przede wszystkim fizjoterapeutów i personelu, który realizuje świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Dane pokazują, że zarówno w zakresie liczby osób, jak i liczby godzin, które mamy w harmonogramach – to są dane z zatwierdzonych harmonogramów w oddziałach wojewódzkich, czyli takich, które zostały zaakceptowane w umowach – pokazują, że sytuacja ta jest stabilna i około 28 tys. fizjoterapeutów udziela świadczeń. Widzimy przesunięcie oczywiście, czyli ci fizjoterapeuci, którzy realizowali świadczenia na rzecz pacjentów w domach fizjoterapii ambulatoryjnej, przeszli w dużej części do umów domowych, więc te sytuacje również udało się opanować. Oceniamy te zmiany pozytywnie względem celu, jaki sobie postanowiliśmy.

Jakie mamy wyzwania? Nie wiedząc, co państwo będą wskazywać, patrzymy na to dokładnie tak samo. Z naszej perspektywy najistotniejszy jest wzrost dostępności dla pacjentów ostrych, którzy są po zabiegach operacyjnych w kontekście fizjoterapii domowej jako kryterium kwalifikacji, po endoprotezoplastykach, po złamaniach. Czyli doprowadzić poprzez różne mechanizmy rozliczeniowe w ramach oczywiście kompetencji, jakie posiada prezes NFZ, zadziałać w taki sposób, aby zwiększyć dostępność dla pacjentów, którzy wymagają tej rehabilitacji szybko. Zwraca tutaj naszą uwagę jeszcze w tym zakresie zróżnicowana struktura, którą za chwilę państwu pokażę, w zakresie pacjentów w domach pomocy społecznej. Te wszystkie dane, które są pokazywane, zarówno w zakresie obszarowości, jak i pacjentów w DPS, jakby pokazują te same województwa, które też były w wyniku stwierdzonych przez nas nieprawidłowości, więc to są ci sami świadczeniodawcy, z którymi w tym momencie trwają postępowania wyjaśniające.

I ostatni element, na który chciałam zwrócić uwagę... Przepraszam. Nie wiem, jak mam tutaj wrócić do tego... Tak, to już powiem – dane dotyczące efektywności terapii, czyli to jest przedostatni slajd, który myślę, że jest jednym z najważniejszych. 136 tys. pacjentów spośród 307 tys., którzy mieli realizowane świadczenia w domu w latach 2024–pierwsze półrocze 2026, jest usprawnianych dłużej niż rok. Mamy tutaj też dużą część pacjentów, którzy są usprawniani ponad dwa lata. To jest ten slajd, czyli ponad rok to jest granatowy słupek, w środku pomarańczowy to są dwa lata i więcej. Pozostali pacjenci to są ci, którzy nie znaleźli się w podgrupach roku i dwóch. I tak naprawdę z naszej perspektywy to jest działanie, nad którym chcielibyśmy się skupić od przyszłego roku i wprowadzić rozwiązania w tym zakresie, żeby zwiększyć dostępność i żeby zacząć promować efektywność prowadzonej terapii, czyli rzeczywiście po to, jaki jest cel działania fizjoterapeutów usprawniających pacjentów, czyli żeby ci pacjenci szybko wracali do pracy, żeby byli usprawniani i to jest cel, który my jako NFZ stawiamy sobie na przyszły rok w tym zakresie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za przedstawienie stanowiska NFZ, MZ.

A teraz otwieram dyskusję. Kto z państwa zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Po kolei, proszę bardzo, pan Zdobyłak, bo widziałam rękę pana Zdobyłaka. I też bardzo proszę o przedstawianie się do protokołu.

Członek zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Stowarzyszenia IFIC Polska. Mam kilka pytań, przede wszystkim do pani dyrektor z ministerstwa.

Poczynając od tego, że pani powiedziała, że musicie państwo dobrze zorganizować system, czyli zmienić rozporządzenie. Ja bym jednak proponował, żeby trochę szerzej na to patrzeć, bo samo rozporządzenie to jest dopiero 10% sukcesu, a żeby ta zmiana się operacyjnie zadziałała później i żeby dobrze zaprojektować systemy zachęt i odstraszania od nadużyć, to będzie prawdziwe wyzwanie, żeby ta zmiana zadziałała się też na dole. Niewątpliwie trzeba te zmiany monitorować i przechodząc dalej, myślę, że dobrze, że państwo poruszyli ten temat dużego wzrostu fizjoterapii domowej. Rozumiem, że oceniają państwo to pozytywnie, ale chciałem też spytać, czy to była tylko zmiana porządkująca, czy też jakieś efekty zdrowotne dla pacjentów są tutaj monitorowane i czy była to zmiana korzystna dla pacjentów z tej perspektywy?

Dodatkowo, jak patrzę sobie na tę tabelkę nr 3 – wolumen i wartość rozliczonych świadczeń – i na prezentację pani dyrektor z NFZ z kolei, która mówi o realizacji świadczeń z fizjoterapii,

to szczerze powiedziawszy, troszkę mi się liczby nie zgadzają. My dostajemy te materiały dopiero tuż przed podkomisją, więc może jest prosta odpowiedź, ale chciałem spytać, dlaczego te wartości się różnią, gdzie jest różnica? Szczególnie jak sobie spojrzymy na sumę fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej, to według NFZ ta łączna wartość świadczeń między 2025 a 2024 r. wzrosła, a według MZ zmalała. Więc moje pytanie, jaka była rzeczywistość i w którą stronę to poszło, już nie mówiąc o tym, że rehabilitacja stacjonarna się coraz bardziej rozjeżdża w czasie pomiędzy tymi dwoma materiałami. Myślę, że to jest bardzo ciekawe, czy łącznie wartość świadczeń urosła, czy zmalała w tym okresie, bo teraz nie mamy na to odpowiedzi.

Kolejne pytanie do tabelki nr 4 – tutaj widzimy czasy oczekiwania. Myślę, że szczególnie ciekawe są: rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna i pulmonologiczna stacjonarna. One są rozdzielone na dwie strony. Nie wiem, czy państwo zwrócili uwagę. Czas oczekiwania, mediana stacjonarna, pulmonologiczna, przypadek pilny – 131 dni, przypadek stabilny – 133 dni, czyli tylko dwa dni różnicy na 130 dniach. Czy jest jeszcze sens w ogóle rozróżniania i jakie działania państwo planują, żeby przypadki pilne były naprawdę pilne? Na kardiologicznej stacjonarnej są trzy dni różnicy akurat na 22 dniach, więc to jest kilkanaście procent, ale nadal tej różnicy praktycznie nie ma. Myślę, że to jest szczególnie ciekawe, jakie tutaj państwo działania planują i podejmują. Kontynuując to także w zakresie zróżnicowania pomiędzy województwami, ponieważ myślę, że te różnice 8-krotne mediany czasu oczekiwania pomiędzy chociażby ogólnoustrojową stacjonarną w Lubelskiem – 55 dni i w Świętokrzyskiem – 401 dni, to wymaga jakiegoś zaadresowania, bo wszyscy powinni jednak mieć stosunkowo równy dostęp do ochrony zdrowia.

I pytanie, czy do zaadresowania tego nie rozważaliście państwo wykorzystania bardziej potencjału fizjoterapeutów, bo teraz już przenosząc się do tabelki o sytuacji kadrowej – marzec 2026 r., państwo deklarujecie w fizjoterapii ambulatoryjnej 19 tys. osób wykonujących fizjoterapię ambulatoryjną, łączna liczba godzin zaraportowanych – 627 tys., jak rozumiem, za cały miesiąc. Jak podzielimy jedną wartość przez drugą, to są 33 godziny miesięcznie, czyli jeden dzień tygodniowo. Z czego wynika to, że fizjoterapeuci realizujący fizjoterapię ambulatoryjną tylko jeden dzień tygodniowo pracują w ramach kontraktu z NFZ, a nie więcej? Czy planują państwo to zmienić? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Dużo szczegółowych pytań. Właśnie, to może państwo od razu skomentują te pytania i przejdziemy do pozostałych gości.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję. To może ja się odniosę do tego pierwszego pytania. Tak, rozporządzenie ministra zdrowia jest właśnie tym aktem, który rozpoczyna wszystkie inne działania i stanowi podstawę do tego, żeby potem NFZ uszczegółowił pewne kwestie w zarządzeniu. Więc jakby nie wiem, jak można by to było bardziej kompleksowo uregulować i wprowadzić nowy model, jak tylko to, że zmienić właśnie rozporządzenie, ale ta zmiana jest naprawdę gigantyczna. Tam jest bardzo dużo zmian przepisów, więc dziękuję za te uwagi. Oczywiście my się zapoznamy. Mamy świadomość tego, jaką mamy liczbę fizjoterapeutów, jaka jest liczba lekarzy rehabilitacji. To też wpływa na dostępność, dlatego że musimy zabezpieczyć poszczególne zakresy rehabilitacji. I tak, mamy, proszę państwa, 65 tys. fizjoterapeutów w Polsce. Natomiast jeśli chodzi o liczbę lekarzy rehabilitacji, którzy są też wymogiem podstawowym w zakresach, to mamy ich 2081 wykonujących zawód. Więc to też wpływa. Pan wspomniał o tym, że nasze dane są niezgodne. Nie jest tak, proszę państwa. Współpracujemy w zakresie opracowania materiałów. Podstawą naszych analiz stanowią dane z NFZ. Zapewne odnosił się pan do liczb dotyczących sprawozdanych a rozliczonych świadczeń i stąd wynika ta rozbieżność.

Natomiast jeśli chodzi o inne pytania, to nie pamiętam tych pozostałych, przepraszam, ale jeżeli można to doprecyzować.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jeszcze za chwilę oddamy pani głos, ale pan prezes w tej chwili, bo chciałabym, żebyśmy też kolejnym gościom dali szansę.

Zastępca prezesa NFZ Jakub Szulc:

Jeżeli można, pani przewodnicząca, dwa zdania, tylko żeby dokończyć wątek, który zgłosił pan Zdobyłak.

To znaczy tak, jeśli chodzi o poprawę sytuacji pacjentów, to przede wszystkim ta zmiana, która została wprowadzona czy te zmiany, które wprowadzaliśmy w trakcie ubiegłego roku, doprowadziły do tego, że fizjoterapia, usprawnianie pacjentów w warunkach domowych, zaczęła odbywać się w większości w ramach kontraktu na fizjoterapię domową, a nie fizjoterapię ambulatoryjną. Na tych slajdach państwo widzieliście, jak ta skala i dynamika zmian, w szczególności właśnie w fizjoterapii ambulatoryjnej i świadczeniach udzielanych w warunkach domowych, wyglądała na przestrzeni lat. Natomiast tutaj warto jeszcze powiedzieć, że mamy do czynienia z sytuacją, w której co do zasady świadczenia udzielane w warunkach domowych powinny być i są dedykowane dla pacjentów, którzy nie mogą dotrzeć do placówki, tak żeby mogli mieć te świadczenia udzielone w warunkach na przykład ambulatoryjnych. Z danych sprawozdawczych NFZ, w przypadku świadczeń rehabilitacji w warunkach domowych, okazuje się, że blisko 85% pacjentów to są pacjenci, którzy korzystają z różnych innych świadczeń, czy to w podstawowej opiece zdrowotnej, czy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, które nie są udzielane w warunkach domowych, bądź nie są udzielane w warunkach teleporady, tylko są udzielane w ramach fizycznego kontaktu pacjenta z placówką. Więc tu faktycznie duże wyzwanie do zaadresowania w najbliższym czasie.

Różnice pomiędzy województwami, o których pan mówił – w dużej mierze tutaj o tym mówiła już pani dyrektor Kajka. To znaczy mamy, poza możliwościami rozstrzygania postępowań, jednak bardzo dramatyczne różnice pomiędzy województwami, również w dostępności do kadry medycznej. Często jest tak, że w mniejszych województwach okazuje się, że nie ma możliwości, żeby rozstrzygnąć skutecznie postępowanie, nawet gdyby ono zostało przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ ogłoszone. Kolejną sprawą oczywiście jest kolejka oczekujących, czyli to jest problem, z którym borykać się pewnie będziemy aż do momentu, kiedy nie zostanie skutecznie we wszystkich zakresach świadczeń wprowadzona rejestracja elektroniczna i pacjenci nie będą korzystać wyłącznie z tego kanału, ponieważ to są dane sprawozdawcze z samych świadczeniodawców, które niekoniecznie muszą być podparte, chyba że są rozliczane w ramach aplikacji AP-KOLCE, nie są podparte danymi rozliczeniowymi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Ktoś z państwa? Bardzo proszę, pan Marek Wójcik.

Pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Dziękuję bardzo. Marek Wójcik, Związek Miast Polskich.

Pani przewodnicząca, państwo posłowie, panie prezesie, szanowni państwo, z oczywistych powodów jako przedstawiciel samorządów terytorialnych zwrócę uwagę na pewien wątek, o którym, nawiasem mówiąc, nieco pan prezes Szulc przed chwilą wspomniał, ale podam kilka twardych danych, które są piorunujące. Otóż jeżeli my mówimy o dostępności, to ta dostępność terytorialna, szczerze mówiąc, nie istnieje. Nie jest to nic nowego, ale podam państwu kilka takich danych na podstawie tego materiału, które wskazują na to, że w tej sprawie potrzebne są jednak pewne zmiany. Powiedzmy sobie szczerze, pan prezes mówi o tym, że z tą dostępnością jest problem, dlatego że nie ma fachowców, nie ma specjalistów. Pozwolę się z tym nie do końca zgodzić, bo te świadczenia bardzo często to nie są świadczenia, które wymagają nieprawdopodobnej infrastruktury. Mówimy o tych podstawowych świadczeniach z zakresu fizjoterapii. Mamy sporą grupę zawodową fizjoterapeutów, natomiast ten wątek w kwestii migracji, jak przypominam sobie dane dotyczące migracji z zaświadczeniami z zakresu fizjoterapii, był śladowy. Ale podam państwu kilka danych. Przepraszam, że to będą liczby i będzie ich trochę, ale chciałem państwu unaocznić, że w tej sprawie moim zdaniem te różnice wynikają z wieloletnich uwarunkowań. Także historycznie podchodząc, kiedyś ktoś traktował tę fizjoterapię czy rehabilitację leczniczą bardziej przyjaźnie i inni gdzie indziej i to się w dalszym ciągu pojawia.

Kilka przykładów – będę zderzał ze sobą na przykład takie województwa, które są bliskie populacyjnie, żeby nie było tak, że odnoszę Lubuskie do Mazowsza. Na przykład Dolny Śląsk, Małopolska i Wielkopolska to jest populacja zbliżona do 3 mln, często dokonuję tego porównania. Na przykład tutaj, jeżeli chodzi o – żałuję, że nie ma pana posła z Podkarpacia – dostępność, liczbę miejsc udzielania świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej, to na Podkarpaciu jest ich aktualnie 377, a uwaga, na Podlasiu 42. 9 razy mniej, województwa populacyjnie zbliżone. I teraz te trzy województwa – na Dolnym Śląsku mamy 72, a w Małopolsce 128, podobne województwa. Środki zresztą są w jednym województwie – 161 mln zł, w drugim – 281 mln zł, ale jak państwo widziecie, różnica jednak jest spora. Bardzo ciekawie to wygląda w fizjoterapii domowej, bo najwięcej

miejsz do świadczeń jest na Podkarpaciu znów – 183, a drodzy państwo, nie zgadlibyście, gdzie jest ich najmniej. Otóż 14 razy mniej jest ich na Pomorzu, bo zaledwie 13 na całe województwo. Mówię o fizjoterapii domowej. Zresztą te kwoty są ciekawe, bo nakłady na to świadczenie na Podkarpaciu są dokładnie prawie takie same jak na Mazowszu i o prawie 20% wyższe niż na Śląsku. Na Podkarpaciu. Zobaczcie państwo, jakie są różnice. W rehabilitacji stacjonarnej Mazowsze – 87 miejsc, Opolszczyzna – 15, tu może nie ma takiej dużej różnicy, ale już na przykład w rehabilitacji w ramach ośrodków dziennych mamy gigantyczny problem. Cieszy mnie to, że na Mazowszu jest 209 takich miejsc udzielania świadczeń, ale w Lubuskim zaledwie 13. To nie oddaje różnic populacyjnych, tu zupełnie jest inaczej. Bardzo jest też niedobrze, jeżeli chodzi o osoby z niepełnosprawnościami. Znów użyję tych trzech województw. Na Dolnym Śląsku wydatki – 142 mln zł, 110 tys. pacjentów, a w Małopolsce – cieszę się, że w mojej Małopolsce, bo tam mieszkam – dwukrotnie więcej – 261 mln zł i 160 tys. pacjentów. Zresztą czasem to jest tak, i tu też na to zjawisko chcę zwrócić uwagę, że mamy dwukrotnie większą liczbę pacjentów, ale trzykrotnie większe finansowanie. Wynika to z tego, że jednak inny jest charakter tej formy świadczeń. Może jeszcze ze dwa porównania. Świadczenia stacjonarne, Wielkopolska – 8 tys. pacjentów i 121 mln zł, a równocześnie mamy tutaj Dolny Śląsk – 12 tys. objętych pacjentów, czyli 50% więcej, ale kwota dokładnie taka sama. To pokazuje, że jednak jest pewne zróżnicowanie. Różne świadczenia o różnej wartości w różnych miejscach się pojawiają.

Na koniec może też świadczenie, które będzie wymagało... Chyba niestety jest przyszłościowe, mianowicie rehabilitacja w ośrodkach dziennych. Drodzy państwo, nakłady w tym roku, poprzednim zresztą też, na Mazowszu, i to jest moim zdaniem dobra praktyka mazowiecka, są większe niż łączne nakłady w siedmiu innych województwach. Jedno Mazowsze większe niż łączne nakłady w siedmiu; nawet więcej niż siedmiu, ale już zaokrągliłem w dół na wszelki wypadek. Mówię tu z perspektywy samorządów terytorialnych i tej dostępności terytorialnej. Prośba do pana prezesa – myślę, że wiemy o tym prawie wszyscy na tej sali, że to nie ma absolutnie nic wspólnego z epidemiologią. To są pewne uwarunkowania wieloletnie, które trzeba próbować odczarować, bo jeżeli mamy tego typu różnice w dostępie do świadczeń terytorialnych, to niedobrze dla nas wszystkich. Niektórzy bardziej lubią tę kategorię świadczeń, przeznaczają na to więcej pieniędzy. Zobaczcie państwo, i to jest ostatni wątek, jak w trakcie roku przeznacza się na poszczególne oddziały dodatkowe pieniądze na wniosek dyrektorów oddziałów. Zobaczcie, w ilu województwach tam się pojawi rehabilitacja. Pojawia się, owszem. Są takie dwa, gdzie systemowo o tej rehabilitacji się pamięta, jak się dokonuje przesunięć środków, ale gdzie indziej nie. Dlatego dziękując bardzo za ten materiał i dziękując za to, że pani przewodnicząca zorganizowała spotkanie dotyczące tej kwestii, ośmielam się na to zwrócić uwagę z prośbą o podjęcie działań, które spowodują, że tych różnic nie będzie. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za te cenne uwagi. Myślę, tak jak tutaj pan powiedział, że wielu z nas ma świadomość, że ta dysproporcja między wydatkami, ale też ilością udzielanych świadczeń w poszczególnych województwach jest różna, ale myślę, że warto to podkreślić. Przy tym budżecie, który, jak państwo cały czas oceniacie, że jest niewystarczający, i my też tak uważamy, to warto też zwrócić uwagę, żeby jednak te dysproporcje minimalizować. One też mogą w niektórych sytuacjach mieć uzasadnienie. Zależy to od wielu różnych kryteriów. Myślę, że NFZ najlepiej to wie, ale jednak myślę, że ważne by było, żeby tutaj porozmawiać z dyrektorami i państwo jako zarządzający NFZ zwrócili na to uwagę.

Dobrze, dziękuję. Ktoś z państwa? Bardzo proszę.

Prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Agnieszka Stępień:

Dzień dobry, Agnieszka Stępień, Krajowa Rada Fizjoterapeutów.

Proszę państwa, bardzo się cieszę. Dziękuję, że ta podkomisja tutaj jest i rozmawiamy o rehabilitacji. Znaczącą część rehabilitacji stanowi fizjoterapia. Cieszę się z dzisiejszej rozmowy, bo wydaje mi się, że wszyscy widzimy, że ten system rehabilitacji czy fizjoterapii wymaga przebudowy. Mogę państwu powiedzieć z mojej perspektywy, ponieważ zaprezentowano tu dzisiaj dużo liczb, dużo wykresów, jako prezesa izby – jestem tym prezesem od roku – jakie jest moje odczucie postrzegania bycia prezesem izby, będąc między instytucjami, urzędami, środowiskiem fizjoterapeutów i pacjentów również. Mam takie poczucie przez ostatni rok, po pierwsze, że dochodzi do erozji systemu, a po drugie, mam poczucie chaosu, dlatego że z jednej strony wiemy, że zmiany systemowe są potrzebne, z drugiej strony one zachodzą dosyć szybko w postaci

różnych przepisów, rozporządzeń, zarządzeń i tak naprawdę nie ma czasu na przygotowanie środowiska do pewnych zmian. Wiem, że przez ostatnie miesiące pracujecie państwo nad tym, żeby poprawić fizjoterapię, ale do mnie jako do prezesa dochodzą informacje z różnych regionów dotyczące na przykład zwolnienia fizjoterapeutów z pracy, co jest związane z wprowadzonymi zmianami, co ma oczywiście przełożenie na pacjentów. Chcę powiedzieć, że jako środowisko odbyliśmy wiele spotkań z przedstawicielami wszystkich województw, wszystkich regionów. Jesteśmy gotowi do konstruktywnej rozmowy. Mamy świadomość, co jest dobre, co jest złe. Bardzo jesteśmy wdzięczni, że państwo pracujecie nad rozporządzeniem. To rozporządzenie w tym roku obchodzi 14 lat, zdaje się.

W związku z tym w międzyczasie powstała ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, która reguluje pewne sprawy i doszło do bardzo dynamicznego rozwoju naszego środowiska, zawodu. To jest najmłodszy zawód wśród zawodów medycznych. Średnia wieku jest między 38 a 39 lat. W związku z tym możemy przejąć wiele zadań systemowych. Mamy, proszę państwa, pomysły, jak zaoszczędzić pieniądze, ponieważ te pieniądze w naszej opinii są w systemie, wymagają tylko odpowiedniego ułożenia. Pewne propozycje zostały zawarte z naszej strony w propozycji do rozporządzenia dotyczącego rehabilitacji, ale mamy także inne pomysły na to, jak zaoszczędzić systemowo pieniądze i skrócić kolejki. Przedłożyliśmy do MZ takie propozycje i każda zmiana systemowa wymaga rozmowy. My bardzo prosimy o rozmowę ze wszystkimi środowiskami, równocześnie z NFZ, MZ, tak byśmy byli wysłuchani, dlatego że najlepiej znamy potrzeby pacjentów i potrzeby fizjoterapii w Polsce.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Pani poseł, tak? Już, momencik. To bardzo proszę po kolei, tam panowie.

Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Arkadiusz Ujma:

Dzień dobry państwu, Arkadiusz Ujma, wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów.

Chciałbym się wypowiedzieć troszkę ze strony praktyka, ponieważ na co dzień pracuję w poradni ambulatoryjnej oraz w rehabilitacji domowej i część tych kolejek, a być może większość tych kolejek, jest spowodowana tym, że doszło do takiej sytuacji, w której nie było podniesionej wyceny za punkt. Pozwolono nam wykonywać jakby zwiększoną ilość usług, natomiast ograniczono nas wprowadzając tam harmonogramy. Taki harmonogram to jest coś takiego, na co my nie jesteśmy w stanie ani zatrudnić fizjoterapeuty, ani wykonać więcej usług, pomimo że mamy takie możliwości. To oczywiście powoduje, że część placówek próbuje, mówiąc wprost, zmniejszyć jakość usług. Czy naprawdę naszym celem jest to, żeby wydłużyć kolejkę i zmniejszyć jakość usług fizjoterapeutycznych? Bo na pewno nie jest to celem KIF, żeby doprowadzać do takiej sytuacji, w której fizjoterapeuci są zmuszani do wykonywania pracy, która jest jakby poniżej ich możliwości i kompetencji. To, co powiedziała pani prezes, my mamy sporo pomysłów na to, żeby wykorzystać kompetencje fizjoterapeutów, wykorzystać ludzki potencjał.

Tutaj mój przedmówca mówił o oddziałach rehabilitacyjnych. A my mamy pomysł na to, żeby fizjoterapeuci mogli przyjmować w POZ, żeby była forma fizjoterapii pierwszego kontaktu, tam gdzie terapeuci mogą na poziomie porady pomóc swoim pacjentom. My nie zawsze potrzebujemy prowadzić tego pacjenta w bardzo długi sposób. Oczywiście tutaj nie mówię o pacjentach domowych, bo to jest zupełnie inny rodzaj pacjenta. Mówię o pacjentach, którzy mogą dojechać, którzy są po urazach, którzy są z ostrymi czy z podostrymi bólami kręgosłupa, którzy czekają w kolejkach niepotrzebnie, a mogliby się dostać do takiego fizjoterapeuty, uzyskać kilka porad, kilka ćwiczeń, które mogą zrobić samodzielnie w domu. To jest niezwykle zmniejszające obciążenie dla systemu. Ten pacjent nie czeka w kolejce, nie jest na zwolnieniu, a koszt takiej rehabilitacji jest przeniesiony tak naprawdę na niego i na jego pracę w domu. Jeżeli propozycja 20 dni fizjoterapii w ambulatorium nie będzie związana z rozszerzeniem kontraktów, z rezygnacją z harmonogramów, to niestety, ale ona wydłuży naszą kolejkę, bo pacjenci będą czekali w dłuższych kolejkach, ponieważ osoby, które dostaną się przed nimi, będą w dłuższy sposób prowadzone. To oczywiście świetny pomysł, ale tylko wtedy, kiedy zlikwidujemy harmonogramy i rozszerzymy możliwość wykonywania kontraktów. Tak że myślę, że tutaj jest wiele rzeczy do poprawy. Jesteśmy otwarci na dyskusję i chcielibyśmy tutaj się z państwem podzielić naszymi propozycjami. Mamy je przygotowane w takiej bardzo krótkiej formie. Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to ja potem po spotkaniu wręcę i pani posłance oczywiście również. Zachęcamy do przejrzenia i być może zyska to w państwa oczach również jakąś taką ciepłą akceptację. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. I jeszcze poproszę pana.

Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Paweł Adamkiewicz:

Paweł Adamkiewicz, KIF. Jeszcze chciałem uzupełnić to, co powiedziała pani prezes i tu kolega wiceprezes również, że niestety te kompetencje w ustawie o fizjoterapeutach, która weszła w życie, której celem była możliwość zaprogramowania rehabilitacji dla pacjenta, ale również też wysłanie informacji zwrotnej do lekarza o tym, czy pacjent wymaga, albo jakiej wymaga dalszej rehabilitacji, w żaden sposób nie są w tym momencie wykorzystywane. Też nie są w pewien sposób kontrolowane i myślę, że to też jest jakieś rozwiązanie. Mówiliście państwo tutaj również i z ministerstwa, i z NFZ o tym – i bardzo się cieszę, że jest mowa – tak naprawdę z perspektywy efektu realizacji świadczeń, a nie tylko i wyłącznie procedur, ponieważ w tym momencie właśnie naszym zadaniem jako fizjoterapeutów w wizycie fizjoterapeutycznej była na początku ocena pacjenta, zaprogramowanie rehabilitacji, ale też ocena końcowa, pokazanie tego efektu rehabilitacji. Tego niestety w tym momencie nikt nie bierze pod uwagę i mamy nadzieję, że rozporządzenie weźmie pod uwagę właśnie nasze kompetencje, które pozwolą na wzięcie też odpowiedzialności za to, czy pacjent, i jaki pacjent, w dalszym ciągu wymaga rehabilitacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, bo ja po wypowiedziach państwa mam takie wrażenie, jakbyście państwo nie współpracowali na etapie przygotowania projektu rozporządzenia, bo państwo zgłaszacie w tej chwili sporo uwag, które istotne są z punktu widzenia w ogóle usprawnienia tych świadczeń z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii – takie mam wrażenie.

Momencik, nie wiem, czy pani poseł teraz, bo jeszcze mamy jedną osobę. Tak? To bardzo proszę i będziemy zmierzać do podsumowania.

Wiceprezes KIF Paweł Adamkiewicz:

Tak, tylko pani prezes, dlatego że ja mam to dopowiedzieć, ponieważ to nie jest tak, że nie współpracujemy, bo na etapie prac nad rozporządzeniem pracowała duża grupa fizjoterapeutów, tylko niestety mamy tutaj pewien problem, który dotyczy kwestii właśnie porozumienia też z lekarzami w pewien sposób. To jest sytuacja, w której w tym momencie jesteśmy gdzieś też spychani. My oczywiście w rozporządzeniu wpisujemy i sygnalizujemy te potrzeb, natomiast czy one zostaną uwzględnione, to już jest jakby inna sytuacja.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pani poseł przewodnicząca Sójka, bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Bardzo dziękuję. To ja jeszcze tylko takie pytanie, bo pan prezes mówił o tej fizjoterapii domowej, zresztą dużo tutaj przyrównywano do tej fizjoterapii i tych nadużyć, które tam się pojawiły. To już jest temat, który trochę trwa i wiemy o nim od dłuższego czasu, że były pewne nadużycia. Myślałam, że jakby dzisiaj już nie będziemy do tego tematu wracać, tylko usłyszymy jakby informacje na temat, w jaki sposób te nadużycia zostały wyjaśnione. Ale chciałam się dowiedzieć też, jeżeli chodzi właśnie o domówki – o fizjoterapię domową – co państwo właśnie robicie z tą domówką, mając tę wiedzę, jaki jest w ogóle plan? Bo bardzo często zdarza się niestety tak, że to sieci wygrywają kontrakty, jeżeli chodzi o fizjoterapię domową i czy to jest dobrze, czy źle, że nie mają żadnej swojej jakiejś stałej siedziby, tylko po prostu jest to takie usieciowane?

Była na samym początku też kwestia bardzo istotna, bo to i pani przewodnicząca powiedziała, i chyba pan doktor tutaj mówił u nas przy stole prezydialnym o tak naprawdę kwalifikacji pozabiegowej. Chciałabym o to zapytać – właśnie o odrębną ścieżkę dla kwalifikacji do rehabilitacji czysto pozabiegowej. Jaki mógłby być na to plan? Jak państwo na to patrzycie? Bo rzeczywiście to można powtarzać w kółko, i to jest chyba taki trochę dramat, bo koło jest bardzo błędne. Widzę to po swoich pacjentach i niestety przyznam szczerze, że wypisując skierowania albo wypisując zwolnienia lekarskie, cały czas mam przed oczami to, jak to wygląda w tym systemie. Pacjent idzie, nawet młody pacjent na jakiś zabieg, nie wiem, pogra w piłkę, ma jakiś zabieg na stawie kolanowym i po zabiegu jest kierowany do fizjoterapii, na rehabilitację i on na tę rehabilitację nie trafia od razu, tylko trafia za miesiąc, dwa, trzy i do tego czasu przychodzi do lekarza rodzinnego, bo chce mieć zwolnienie lekarskie, bo nie funkcjonuje dobrze, bo nie wraca do pracy i tak naprawdę ja mu daję to skierowanie. Wiem, że on nie pójdzie ani za tydzień, ani za dwa,

tylko zacznie rehabilitację za trzy na przykład miesiące, a tu się okazuje, że za trzy miesiące to jego stan zamiast być już tak naprawdę funkcjonalny, to on jest jeszcze gorszy i nawet ten start z tą rehabilitacją jest gorszy po tych trzech miesiącach niż na przykład nawet drugi dzień po zabiegu. Uważam, że teraz coraz więcej tak naprawdę mówi się o tym, że rehabilitacja, nawet taka czysto pozabiegowa – to pewnie specjaliści powiedzą – powinna się tak naprawdę rozpocząć już na następny dzień po danym zabiegu operacyjnym. Więc myślę, że powinniśmy dążyć do takich kierunków i niezależnie od tego, jakie są te cyfry we wszystkich prezentacjach.

Te prezentacje – wiadomo, państwo wyciągnęliście pewne porównania, które są najbardziej korzystne, żeby je przedstawić. Nie zmienia to faktu jakby rzeczywistości pacjentów, bo rzeczywistość jest zupełnie inna od tych najlepszych porównanych danych. Rzeczywistość jest taka, że widzimy te dni, które tutaj są wpisane, jaki jest średni czas oczekiwania i mediana. Ta mediana, jeżeli chodzi o te rehabilitacje, o których mówiliśmy, tak naprawdę sukcesywnie, cały czas widzimy, że się wydłuża i wcale nie jest lepiej a gorzej. Już wróć do tej fizjoterapii ambulatoryjnej, bo to naprawdę jest taka pierwsza rzecz od ręki i widzimy 2024, 2025, 2026 r. – wszystkie fizjoterapie ambulatoryjne, przypadek pilny czy stabilny, co rok się wydłużają. Fizjoterapia domowa – też mamy tak naprawdę coroczny wzrost. Każdego roku przybywa więcej dni, jeżeli chodzi o czas oczekiwania na daną usługę. A żyjemy w XXI wieku, jesteśmy 20. gospodarką świata, więc liczylibyśmy, że co roku jednak ubywa tych dni, a nie przybywa. Nawet jeżeli trzeba to w jakiś sposób zreformować, to mimo wszystko 20. gospodarka świata. Liczylibyśmy, że to będzie o dwa dni mniej, a nie o trzy dni więcej każdego roku. Prawda jest taka, że tutaj te dane praktycznie w każdym przypadku, jak patrzę, dostępności świadczeń, liczby oczekujących i mediany rzeczywistego czasu oczekiwania na rehabilitacji, fizjoterapii, tak naprawdę każdego roku wzrastają. Więc wróć jeszcze do tej kwalifikacji pozabiegowej. Uważam, że powinna być oddzielna ścieżka i poważna rozmowa o naprawdę efektywnej kwalifikacji i rehabilitacji bezpośrednio pozabiegowej, zupełnie jako odrębna rzecz, mająca swoje oddzielne kierunki. Panie prezesie, może jakiś tutaj stosunek do tego?

Jeszcze też wróć do tej centralizacji, bo bardzo leży mi na sercu i bardzo mnie boli ten temat, który wydarzył się nie tylko w moim powiecie. Bo zdaje się, że takich miejsc rehabilitacyjnych, w tych konkursach na fizjoterapię ambulatoryjną, w województwie wielkopolskim, z którego jestem, które świadczyły przez wiele lat fizjoterapię ambulatoryjną, a wiosną tego roku nie otrzymały kwalifikacji i nie otrzymały przedłużenia kontraktu, było około 30 w całej Wielkopolsce. Myślę, że to mimo wszystko jest dużo. W moim powiecie funkcjonowały trzy fizjoterapie ambulatoryjne. Dwie – jeszcze raz powtórzę – w miejscowości Ostrzeszów, która jest miastem powiatowym, jedna w Grabowie nad Prosną, która zabezpieczała pacjentów z naprawdę odległych, mniejszych miejscowości i miejscowości wiejskich, a nie miejskich. Mam swoich pacjentów i zapewniam, że to są osoby, które potrafią do Grabowa dojechać, a do Ostrzeszowa już nie. Miałam też takie odmowy, że pacjenci odmawiali mi, pomimo że nadawali się i powinni skorzystać z fizjoterapii ambulatoryjnej. Ze względu na odległość do miasta większego już po prostu nie pojadą. Tu wydarzyła się taka sytuacja, że miejscowość Grabów nad Prosną, wydaje się, że z perspektywy pacjenta z bardzo błahych powodów, nie otrzymała wtedy wiosną tego przedłużenia kontraktu. Z trzech ośrodków nadal zostały trzy, ale kontrakt uzyskał szpital w Ostrzeszowie. Jak pierwszorazowo rozpoczęli fizjoterapię, okazało się, że na jednej ulicy w jednej miejscowości w całym powiecie są trzy ośrodki fizjoterapii ambulatoryjnej, i w tym na jednej ulicy naprzeciwko siebie dwa. Więc ci pacjenci ze wsi wszyscy są zmuszeni do tego, żeby w powiecie dojeżdżać do Ostrzeszowa. Natomiast teraz od wczoraj mamy informację, że zostało uruchomione jeszcze jedno jakieś tam postępowanie konkursowe i znacznie okrojono, ale przyznano jakąś część tego kontraktu, powrócono do tej miejscowości Grabów nad Prosną. Być może można się zastanowić nad tym, by jednak przywrócić większą część tej miejscowości, bo widzę po pacjentach, którzy przychodzą i rozmawiają. Tym bardziej, że podobna analogiczna sytuacja zdarzyła się tuż po sąsiedzku w powiecie kaliskim i znowu tam kolejne podmioty, które nie są scentralizowane w miejscowości Kalisz, czyli w dużym mieście, a obwodowo na terenach wiejskich, między innymi w Brzezinach, w gminie Brzeziny w powiecie kaliskim, również tam podmiot nie otrzymał tej fizjoterapii po wielu latach i zdaje się, że powód z perspektywy pacjenta był absolutnie błahy. Znam te ośrodki, wiem, jakich pacjentów przyjmują i naprawdę dla tych pacjentów to jest bardzo duży problem. Więc kwestia, czy powinna być centralizacja, czy powinna być jednak ta dostępność zupełnie inna, jak na 20. gospodarkę świata przystało.

Też odczułam tutaj i nie wiem, czy padła odpowiedź, chyba nie, a propos tej rozmowy o przygotowaniu nowej takiej reformy rehabilitacji, że jednak nie ma współpracy z przedstawicielami fizjoterapeutów, bo tutaj państwo – nie wiem, czy jest tak, czy nie, ale takie miałam wrażenie – mówicie trochę różnymi głosami, które gdzieś tam się nie przecinają. Dobrze, to chyba mniej więcej na tyle na tę chwilę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam państwu głos, jeszcze jeden też taki komentarz, bo już z doświadczenia z posiedzeń naszej podkomisji wiem i wielokrotnie to się powtarza, i dzisiaj to samo wypłynęło, że jest jakby apel środowisk, aby pewne kompetencje przekazać do konkretnych zawodów medycznych, czyli taką migrację tych kompetencji. Chodzi o to, że w tej chwili mamy zawody takie jak fizjoterapeuta, pielęgniarka czy, powiedzmy, ratownik medyczny, którzy w toku kształcenia są wyposażeni w dodatkowe umiejętności, natomiast system czy NFZ nie widzi tych możliwości wykorzystania tych kompetencji. I tutaj jak najbardziej w przypadku fizjoterapeutów jest to widoczne, bo rzeczywiście ten pięcioletni proces kształcenia daje im konkretne uprawnienia, konkretne kompetencje, natomiast nie do końca system to widzi i wykorzystuje, a byłoby to właśnie tą racjonalizacją systemu, o której ciągle mówimy. Państwo też zwracaliście uwagę na fakt, że brakuje nam lekarzy o specjalności z zakresu rehabilitacji, więc myślę, że tu warto nad tym tematem się jeszcze raz pochylić. Wiem, że państwo to widzicie i próbujecie to zmieniać, natomiast warto jednak zderzyć jak gdyby te kompetencje i spróbować jednak doprowadzić do pewnych zmian, bo to mogłoby skutkować właśnie zwiększeniem dostępności do świadczeń. Oczywiście nie ujmując tutaj, nie zabierając takich kompetencji lekarzom z zakresu rehabilitacji medycznej, bo też wiemy, że oni odgrywają bardzo ważną rolę w systemie, jeżeli chodzi o rehabilitację, fizjoterapię, ale może właśnie można dokonać tych zmian.

Tak że to jest taka uwaga, ale mówię o tym dlatego, że omawiając na podkomisji do spraw organizacji ochrony zdrowia różnego rodzaju obszary ochrony zdrowia, praktycznie na każdym posiedzeniu ten temat jakby wypływa, więc myślę, że warto się nad tym pochylić i przy usprawnianiu systemu warto to wziąć pod uwagę. Oczywiście tutaj to kieruję, dedykuję i MZ, i NFZ, bo prezes też ma mechanizm w postaci zarządzeń, który może też pewnych zmian, korekt dokonać i to może nawet szybciej być wprowadzone w życie niż, powiedzmy, procedowanie rozporządzenia czy też ustawy. Więc to taka moja uwaga.

I teraz bardzo proszę przedstawicieli, nie wiem, czy pani przedstawiciel MZ, czy pan prezes. Bardzo proszę o komentarz i odpowiedzi na te pytania, które pani przewodnicząca Sójka zadawała.

Zastępca prezesa NFZ Jakub Szulc:

Dziękuję, pani przewodnicząca. To może ja zacznę w takim razie. Jeszcze tylko nawiązując króciutko do wypowiedzi pana Marka Wójcika, faktycznie jest tak, że nie powiedziałem, że to jest jedyna przyczyna, tylko że dostępność personelu jest jedną z przyczyn. Natomiast oczywiście uwarunkowania historyczne też mają swoje znaczenie, przy czym ja zwracałbym uwagę, żeby jednak, jeśli chodzi o liczbę miejsc udzielania świadczeń na terenie województwa, czy liczbę zakontraktowanych podmiotów, które udzielają świadczeń na terenie województwa, raczej nie brać pod uwagę i jako przykład podmiotów, które udzielają świadczeń z zakresu rehabilitacji udzielanej w warunkach domowych, bo ona jest po prostu często nierelevantna. To znaczy możemy mieć jeden podmiot, który udziela świadczeń, który obejmuje swoim działaniem pięć powiatów, albo możemy mieć pięć podmiotów w jednym powiecie. To tylko i wyłącznie tego typu.... Natomiast co do zasady podzielam pańskie uwagi.

Natomiast pani przewodnicząca Sójka zauważyła, że zaprezentowaliśmy dane, które są najbardziej korzystne. Wydaje mi się, że zaprezentowaliśmy dane, które są po prostu prawdziwe. To znaczy nie ukrywamy tego, że czas oczekiwania w poszczególnych zakresach i świadczeniach związanych z świadczeniami rehabilitacji leczniczej ulega wydłużeniu, więc nie są to dane pudrowane, czy nie są to dane najkorzystniejsze. To są dane tak, jak one są sprawozdawane i tak, jak je w NFZ widzimy. Czy dostrzegamy w związku z tym problem? O tym dyskusowaliśmy i też pokazywaliśmy, jakie kroki już podjęliśmy i jakie podejmujemy do tego, żeby te działania były jak najbardziej intensywne i jak najbardziej skuteczne. Przy czym zacząłem mówić i mówiłem o rehabilitacji, o świadczeniach ambulatoryjnych i świadczeniach domowych nie dlatego, żeby koniecznie nakierowywać dyskusję na temat, którym zajmowaliśmy się dość intensywnie w trakcie 2025 r. i jeszcze w 2026 r., tylko dlatego, że pani przewodnicząca od tego

zaczęła, mówiąc o zmniejszeniu kontraktu na fizjoterapię ambulatoryjną, które de facto nie było zmniejszeniem, tylko było przeniesieniem tak naprawdę wartości i przesunięciem środków z fizjoterapii ambulatoryjnej na fizjoterapię domową.

Tutaj chciałbym odpowiedzieć również na pewne postulaty państwa z KIF. My oczywiście jesteśmy jak najbardziej otwarci na dyskusję, zresztą często się okazuje, że właśnie problemy, które się pojawiają, czy brak możliwości dogadania się, to są problemy pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi, a nie brak dialogu z regulatorem czy przedstawicielami płatnika. Natomiast odpowiadam zdecydowanie na ten postulat, o którym państwo powiedzieliście, żeby zrezygnować z harmonogramów – z harmonogramów absolutnie nie zrezygnujemy. Szanowni państwo, mamy do czynienia z sytuacją, w której na przestrzeni ostatnich siedmiu lat wartość środków w fizjoterapii udzielanej w warunkach innych niż świadczenia stacjonarne wzrosła prawie pięciokrotnie, a w ciągu ostatnich czterech lat wzrosła dwukrotnie. Znaczy to, czego doświadczyliśmy również w 2025 r., pokazuje, że absolutnie nie ma miejsca na to... To znaczy niestety NFZ nie może pozbyć się tego narzędzia kontroli. Co więcej, uważam, że powinien to konkretne narzędzie istotnie wzmocnić, zwłaszcza w tym miejscu, gdzie mówimy o świadczeniach, które są udzielane w warunkach domowych. My możemy oczywiście mówić, czy świadczeniodawca powinien mieć możliwość wykazywania większego potencjału, czy zwiększenia potencjału, natomiast absolutnie nie rezygnacji z harmonogramów udzielanych świadczeń, bo pan minister Wójcik mówił o danych, o statystyce, że mamy jeden tydzień pracy w miesiącu według danych. A my mamy dane statystyczne, które pokazują, że mamy fizjoterapeutów, którzy pracują 16 godzin na dobę, 7 dni w tygodniu. I takie mamy sprawozdania. Czy to jest realne? Absolutnie nie i wszyscy, jak siedzimy tutaj na tej sali, o tym doskonale wiemy. Problem kontraktowania nowych placówek jest w dalszym ciągu problemem częściowo do zaadresowania. My staraliśmy się rozstrzygać i rozstrzygamy w dalszym ciągu postępowania, w szczególności na świadczenia z zakresu fizjoterapii domowej. Natomiast też, pani przewodnicząca, nie jesteśmy w stanie obejść przepisów, które wprost wynikają z ustawy. To znaczy, jeżeli świadczeniodawca, stając do konkursu, przegrał konkurs mimo tego, że miał punkty za ciągłość udzielania świadczeń, gdzie wiemy, jak trudno jest taki konkurs przegrać, to znaczy jakby my nie możemy polemizować z tą rzeczywistością. Nas obowiązują przepisy. Jeżeli dyrektor oddziału wojewódzkiego rozstrzyga konkurs, gdzie ewidentnie świadczeniodawca po prostu nie przygotował się do złożenia tego konkursu – dla nas dobro pacjenta jest absolutnie dobrem najwyższym, natomiast przepisy są przepisami i my jesteśmy zobligowani do tego, żeby przestrzegać przepisów. Tego w żaden sposób nie obejdziemy. Tak to mogę tylko skomentować, chyba że Wysoka Izba zmieni ustawę i przejdziemy na tryb pozakonkursowy w tym przypadku, gdzie wiemy, że w przypadku świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej rzadko kiedy dyrektor oddziału wojewódzkiego ma możliwość zastosowania trybu pozakonkursowego, czyli trybu rokowań, bo tych świadczeniodawców po prostu jest w każdej niemalże sytuacji więcej niż trzech, jeżeli mówimy o świadczeniach ambulatoryjnych czy świadczeniach domowych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Myślę, panie prezesie, że tutaj nie chodziło o to, żeby państwu w ogóle sugerować łamanie prawa. NFZ ogłasza obszary kontraktowania, tak? I tym można zabezpieczyć w sposób logiczny i zgodnie z przepisami prawa. Tutaj myślę, że o to... Ale oddaję głos jeszcze pani przewodniczącej.

Posel Katarzyna Sójka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Oczywiście to bardzo ciekawy przypadek, bo ja podałam skalę. Jakby w Wielkopolsce było to około 30 podmiotów, które funkcjonowały. To jest bardzo ciekawy przypadek i warto zobaczyć, jaki był powód tego, że też ten podmiot w tym pierwszym rozdaniu nie uzyskał kontraktu. Bardzo banalny, tak jak podkreśliłam, bo mi zależało na tym. To wynikało tylko i wyłącznie z rozporządzenia z ministerstwa, bo są pewne warunki, które określają to podpisywanie, zawieranie tych umów i warunki, które trzeba spełnić.

Znam stronę jakby też tego postępowania, widziałam pewne dokumenty. Dość ciekawy przypadek, natomiast bardziej chodzi mi o to, że tam jakąś chwilę później – miesiąc czy dwa później – ogłoszono dodatkowy konkurs i ten podmiot spełnił te warunki, natomiast już nie uzyskał tego kontraktu; chyba tylko 30% tego, jak funkcjonowało to do tej pory. Wielu pacjentom po prostu kolejki się zdecydowanie wydłużyły. Więc myślę, że raczej trzeba stawiać na to, żeby

rozszerzać i ta dostępność była większa niż w drugą stronę. Kwestie fizjoterapii domowej, jeżeli są pewne nieprawidłowości, to one już, myślę, że dzisiaj powinny być wyjaśnione i zablokowane.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że tutaj państwo też w trybie nadzorczym, jakimś kontrolnym mogą zweryfikować. Natomiast tak przy okazji kontroli nad świadczeniodawcami i jakości udzielanych świadczeń, myślę, że ostatnie informacje na temat ilości kontroli, które przeprowadza NFZ w podmiotach leczniczych, które mają kontrakty z NFZ, wynikają z tego, że jest niewystarczający, bardzo mały odsetek kontroli świadczeniodawców i być może tutaj... Nie twierdzę, żeby wprowadzać jakiś nadzór policyjny, ale z drugiej strony myślę, że takie kontrole też przynoszą dodatnią wartość w postaci korekty tych być może nieprawidłowości związanych z udzielaniem świadczeń. Tak że tak to proszę potraktować.

Myślę, że będziemy zmierzać już do zakończenia, bo już późna pora. Pani prezes, jeszcze jedno zdanie, tak? To bardzo proszę.

Prezes KIF Agnieszka Stępień:

Tak, takie podsumowanie, bo chciałam, żeby wybrzmiało to, że współpracujemy zarówno z NFZ, jak i MZ – żeby to jasno wybrzmiało – ale chcę powiedzieć, że my mamy tyle obszarów jeszcze, o których chcielibyśmy porozmawiać i mamy naprawdę dużo pomysłów, że prosimy po prostu jeszcze o wysłuchanie naszych pomysłów poza tymi, które teraz omawiamy i bardzo trzymamy kciuki za rozporządzenie.

Chcę powiedzieć, że mamy w swoich planach opracowanie ścieżek terapeutycznych, o czym państwo mówiliście dla przypadków pilnych. Chcielibyśmy, by w Polsce to funkcjonowało; we wszystkich częściach Polski, ale teraz, proszę państwa, my chcielibyśmy to zrobić dobrze. To znaczy, że musimy przygotować naszych kolegów do tego, opracować pewne procedury. To wymaga czasu i dlatego chcielibyśmy te zmiany z pewnym wyprzedzeniem poznać, że mamy na nie szansę, bo potrzebujemy czasu, żeby jakość opieki była bardzo dobra. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Cieszę się, że podkomisja do spraw organizacji ochrony zdrowia stała się takim forum, gdzie możemy tutaj dyskutować tak merytorycznie, bo tak to wygląda. Oczywiście, jeżeli temat będzie wymagał kontynuacji, zawsze państwo możecie do nas się zwrócić i uwzględnimy to też w projektowaniu kolejnego planu pracy podkomisji, bo uważam, że temat jest ważny. Tym bardziej, że państwo z ministerstwa zapowiadają zmiany, więc może warto się pochylić za parę miesięcy i na jakim etapie jesteśmy. Więc jeżeli będzie taka państwa wola, to proszę tutaj formalnie zwrócić się do sekretariatu podkomisji i spróbujemy też kontynuować tę debatę.

Natomiast rozumiem, że pani dyrektor jeszcze tak na zakończenie parę zdań, proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo. Ja chciałam się odnieść do współpracy, bo rzeczywiście – co trzeba podkreślić – to jest jedno z najdłuższych procedowanych rozporządzeń. Bardzo dużo rozmawiamy, było dużo pomysłów, były ukonstytuowane grupy robocze, kilkadziesiąt osób pracowało nad założeniami. Ale nie możemy tylko rozmawiać, tylko muszą być jakieś efekty tych prac, bo jakby z samych rozmów też te przepisy nie zostaną napisane. Dlatego pozwólcie nam państwo teraz zanalizować wstępnie uwagi, które zostały zgłoszone. My oczywiście powrócimy do tych rozmów, bo to jest nasze trzecie podejście do zmiany tego rozporządzenia. To musimy podkreślić. To, co powiedział pan prezes Szulc i też wybrzmiało dzisiaj: musimy pogodzić interesy kilku grup zawodowych. W tym wypadku mamy grupę fizjoterapeutów, która jest liczną grupą, grupę specjalistów fizjoterapii, ale mamy też lekarzy. Bardzo mocno wzmocniamy samodzielność zawodową fizjoterapeutów tym projektem. Przykładem jest fizjoterapia domowa, gdzie uwzględniamy alternatywę lekarza. Po co? Po to, żeby dać większy dostęp do właśnie udzielania świadczeń w tym zakresie. Więc tutaj my w dalszym ciągu deklarujemy współpracę, rozmowy, będziemy to rozstrzygać. Natomiast ten projekt powstawał właśnie w wyniku licznych rozmów, konsultacji, rozmów online i takiego konsultowania projektu rozporządzenia na żywo. To były tzw. prekonsultacje i zapewniamy, że ten projekt zostanie w taki sposób też sfinalizowany.

Ale jeśli chodzi o kolejne pomysły, to oczywiście jesteśmy też otwarci na nie w zależności od kompetencji, bo mamy też i inne departamenty – Rozwoju Kadr Medycznych – które mogłyby być zaangażowane. Też jesteśmy otwarci na taką współpracę, ale naszym głównym celem jest zakończenie prac nad tym rozporządzeniem. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Rozumiem, że to będzie krok do przodu, a jeszcze wiele obszarów zostanie niezagospodarowanych, które będzie wymagało też uwagi. Dziękuję bardzo państwu za te bardzo cenne uwagi. Mam nadzieję, że też te uwagi ci, którzy przygotowują zmiany, wezmą pod uwagę, czyli MZ, NFZ. My jako posłowie też dziękujemy za te merytoryczne komentarze, bo dla nas to są ważne rzeczy. Na podkomisji zawsze rozmawiamy merytorycznie, natomiast wiemy doskonale, że problemem jest też niedobór środków finansowych, ale już ta kwestia to jest na poziomie Komisji, czy nawet już na tym politycznym omawiana. My tutaj zajmujemy się merytoryką. Tak że bardzo serdecznie państwu dziękuję za udział, pani dyrektor, panu prezesowi, państwu gościom, wszystkim, którzy brali udział.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Dziękuję bardzo. Do widzenia.