



Minister Zdrowia

ASG.050.212.2026.WS
Warszawa, 25 września 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 19538 Pań Posłanek Bogumiły Olbryś, Agnieszki Górskiej i Dominiki Chorościńskiej oraz Panów Posłów Roberta Warwasa i Piotra Króla w sprawie dostępności świadczeń fizjoterapeutycznych, uprzejmie przedstawiam następujące informacje.

Ad 1–2. Dostępność świadczeń oraz czas oczekiwania

Według aktualnych danych Narodowego Funduszu Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej posiada 2.325 świadczeniodawców, którzy realizują świadczenia w 2.785 miejscach udzielania świadczeń. W zakresie fizjoterapii domowej świadczenia realizuje 449 świadczeniodawców w 691 miejscach udzielania świadczeń, natomiast świadczenia rehabilitacyjne w warunkach stacjonarnych – 402 świadczeniodawców w 692 miejscach.

Według danych przekazanych przez NFZ czasy oczekiwania na fizjoterapię ambulatoryjną i domową w poszczególnych województwach przedstawiają się następująco:

Województwo	Ambulatoryjna – pilny	Ambulatoryjna – stabilny	Domowa – pilny	Domowa – stabilny
dolnośląskie	121,83	160,76	77,88	93,73
kujawsko-pomorskie	84,95	110,52	87,57	64,87
lubelskie	113,69	135,50	58,24	79,63
lubuskie	103,24	125,92	57,53	58,84
łódzkie	165,55	199,21	81,16	66,49
małopolskie	162,87	202,30	61,93	53,68
mazowieckie	140,80	175,38	81,22	93,75
opolskie	181,74	243,16	76,10	95,64
podkarpackie	146,12	176,60	64,14	63,67
podlaskie	194,08	223,68	119,12	121,92
pomorskie	168,65	220,95	67,66	63,22
śląskie	201,61	247,92	89,94	110,58
świętokrzyskie	189,92	243,76	54,15	84,13
warmińsko-mazurskie	96,03	135,18	139,18	63,02
wielkopolskie	135,08	183,66	101,60	118,21
zachodniopomorskie	111,37	148,78	64,92	71,26

Dane: średni rzeczywisty czas oczekiwania, w dniach.

Dane te dotyczą średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyrażonego w dniach. Najwyższa wartość dla fizjoterapii ambulatoryjnej wynosi 201,61 dnia dla przypadków pilnych i 247,92 dnia dla przypadków stabilnych, natomiast dla fizjoterapii domowej odpowiednio 139,18 i 121,92 dnia.

Przekazane dane nie potwierdzają zatem występowania średniego czasu oczekiwania na poziomie 300 dni w którymkolwiek z województw. Jednocześnie dane dotyczące średniego rzeczywistego czasu oczekiwania nie pozwalają na wykluczenie sytuacji, w której u konkretnego świadczeniodawcy indywidualny termin udzielenia świadczenia może być dłuższy. Z tego względu nie byłoby zasadne utożsamianie danych wojewódzkich z maksymalnym możliwym terminem występującym u każdego świadczeniodawcy.

W odniesieniu do rehabilitacji stacjonarnej NFZ przekazał dane dotyczące liczby świadczeniodawców i miejsc udzielania świadczeń, natomiast przedstawione zestawienie czasów oczekiwania obejmuje fizjoterapię ambulatoryjną i domową.

Ad 3. Monitorowanie dostępności świadczeń

Dostępność świadczeń jest monitorowana przez NFZ na podstawie danych zawartych w harmonogramach przyjęć, w tym w listach oczekujących. Analizie podlegają w szczególności średni rzeczywisty czas oczekiwania i mediana czasu oczekiwania, zmiany wyznaczonych terminów, skreślenia pacjentów z harmonogramu wraz z ich przyczynami, a także przypadki osób zmarłych pozostających w harmonogramach. NFZ wysyła również pacjentom wiadomości SMS przypominające o terminie świadczenia.

Dane w aplikacji AP-KOLCE są monitorowane pod względem kompletności, terminowości i poprawności. Od 1 lipca 2026 r., w miejsce pierwszego wolnego terminu, centralnie obliczany jest Prognozowany Czas Udzielenia Świadczenia (PCUŚ). W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości podejmowane są działania kontrolne i weryfikacyjne. Oddziały wojewódzkie NFZ analizują ponadto dostępność świadczeń, realizację zawartych umów i poziom ich wykonania oraz – w granicach posiadanych możliwości finansowych – mogą dokonywać zmian wartości umów i przesunąć środków.

Prowadzenie harmonogramów przyjęć i list oczekujących oraz przekazywanie danych o dostępności świadczeń wynika również z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Lista oczekujących stanowi część harmonogramu przyjęć i powinna być prowadzona w sposób zapewniający równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do świadczeń.

Jednocześnie w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności NFZ nie wylicza średniego rzeczywistego czasu oczekiwania. Osoby te korzystają ze świadczeń poza kolejnością, a termin udzielenia świadczenia ustalany jest przez świadczeniodawcę w harmonogramie przyjęć z uwzględnieniem przysługującego szczególnego uprawnienia.

Ad 4–6. Skutki wydłużonego oczekiwania oraz ekonomiczne znaczenie odpowiednio wczesnej rehabilitacji

Dane dotyczące czasu oczekiwania pozwalają oceniać dostępność świadczeń, jednak same w sobie nie pozwalają na ustalenie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy określoną długością oczekiwania na fizjoterapię a liczbą hospitalizacji, zabiegów operacyjnych, zwolnień lekarskich, rent, kosztami opieki długoterminowej lub innymi wydatkami systemu zabezpieczenia społecznego.

Na wymienione w interpelacji zjawiska wpływa bowiem szereg czynników, w tym rozpoznanie i ciężkość choroby, wiek i stan funkcjonalny pacjenta, choroby współistniejące, przebieg dotychczasowego leczenia oraz sytuacja społeczna i zawodowa pacjenta. Z tego względu na podstawie danych kolejkowych NFZ nie można wskazać jednej wartości określającej koszt społeczny wydłużonego oczekiwania ani jednej kwoty oszczędności wynikających z wcześniejszego rozpoczęcia fizjoterapii.

Znaczenie rehabilitacji jest natomiast uwzględniane w strategicznym planowaniu systemu ochrony zdrowia. Krajowy Plan Transformacji jest dokumentem wdrożeniowym Mapy potrzeb zdrowotnych i obejmuje odrębnie obszar rehabilitacji, określając działania, podmioty odpowiedzialne, oczekiwane rezultaty i wskaźniki. Podstawę prawną tego mechanizmu stanowią art. 95a i 95b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ad 7–8. Finansowanie świadczeń dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz wpływ nowych zasad na świadczeniodawców

Zmiany dotyczące realizacji i finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej zostały wprowadzone zarządzeniem nr 68/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lipca 2026 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi bieżące analizy dotyczące stabilności systemu oraz ciągłości udzielania świadczeń. Ze względu jednak na krótki okres obowiązywania nowych rozwiązań formułowanie obecnie jednoznacznych ocen ich wpływu, w tym na sytuację finansową poszczególnych świadczeniodawców, byłoby przedwczesne i obciążone ryzykiem błędu metodologicznego.

Dane sprawozdawane przez świadczeniodawców są poddawane w oddziałach wojewódzkich NFZ sprawdzeniu, weryfikacji i walidacji, a do Centrali NFZ trafiają z przesunięciem czasowym. Pełny zakres danych za II półrocze 2026 r. będzie dostępny w marcu 2027 r. Na bieżąco monitorowane są m.in. średni rzeczywisty czas oczekiwania, dynamika ruchu na listach oczekujących oraz harmonogramy przyjęć pacjentów.

W konsekwencji na obecnym etapie nie ma wystarczającej podstawy empirycznej do przesądzenia, że wprowadzone zasady spowodują utratę płynności finansowej małych lub średnich świadczeniodawców. Ocena taka powinna zostać oparta na danych obejmujących odpowiednio długi okres stosowania nowych zasad.

Ad 10–11. Koncentracja realizacji świadczeń oraz konkurencja na rynku

Należy rozróżnić dwie kwestie: koncentrację realizacji świadczeń finansowanych przez NFZ oraz koncentrację przedsiębiorców w rozumieniu prawa ochrony konkurencji.

NFZ, w granicach swoich ustawowych kompetencji, prowadzi działania służące zapewnieniu dostępności i równomiernego zabezpieczenia świadczeń. Analizy Funduszu wykazały przypadki, w których świadczeniodawca posiadający umowę w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej realizował znaczną część świadczeń w warunkach domowych, niekiedy poza województwem, w którym posiadał kontrakt. W ocenie NFZ taki sposób organizacji świadczeń mógł wpływać na dostępność fizjoterapii ambulatoryjnej.

W związku z tym Fundusz wprowadził rozwiązania zmierzające do częściowego rozdzielenia obu form świadczeń oraz ich lokalnego zabezpieczenia. W postępowaniach uzupełniających dotyczących fizjoterapii domowej świadczeniodawcy posiadający umowę na fizjoterapię ambulatoryjną na danym obszarze mogą otrzymywać dodatkowe punkty. NFZ nie ogranicza przy tym możliwości udziału w postępowaniach ze względu na wielkość lub strukturę organizacyjną świadczeniodawcy – o zawarciu umowy decydują kryteria wynikające z obowiązujących przepisów i warunków postępowania.

Fundusz zapowiada dalsze monitorowanie sposobu realizacji świadczeń, w szczególności pod kątem dostępności terytorialnej i podejmowanie działań mieszczących się w jego kompetencjach w razie stwierdzenia nieprawidłowości.

Od powyższego należy odróżnić ocenę koncentracji przedsiębiorców i potencjalnego naruszenia reguł konkurencji. Organem właściwym w tym zakresie jest Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Kontrola koncentracji służy przeciwdziałaniu konsolidacji prowadzącej do istotnego ograniczenia konkurencji, w szczególności przez powstanie lub umocnienie pozycji dominującej. Jednocześnie samo posiadanie pozycji dominującej nie jest zakazane – zakazane jest nadużywanie.

Ministerstwo Zdrowia nie posiada w przedstawionym materiale danych pozwalających potwierdzić wskazaną w interpelacji informację, zgodnie z którą około 60% rynku fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej pozostaje pod kontrolą jednego zagranicznego funduszu inwestycyjnego. Informacja ta nie powinna zatem być traktowana jako ustalony fakt bez wskazania jej źródła, sposobu zdefiniowania rynku właściwego oraz metodologii obliczenia udziału w tym rynku.

Ad 12. Finansowanie fizjoterapii i działania służące poprawie dostępności

Wysokość środków przeznaczonych na rehabilitację leczniczą w planie finansowym NFZ jest pochodną przychodów Funduszu, w szczególności wpływów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, jak również środków pochodzących z dotacji oraz – w odpowiednich przypadkach – funduszy celowych.

Ewentualne zwiększenie środków na finansowanie rehabilitacji leczniczej w 2026 r. może nastąpić m.in. w przypadku uzyskania przez NFZ przychodów wyższych od prognozowanych lub wystąpienia przesłanek umożliwiających wykorzystanie środków rezerwy ogólnej albo funduszu zapasowego. Podział środków na poszczególne rodzaje świadczeń dokonywany jest przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ z uwzględnieniem m.in. kosztów ponoszonych w poprzednich okresach, dostępności świadczeń na terenie województwa, planowanych kosztów oraz wojewódzkiego planu transformacji.

Poprawa dostępności nie jest przy tym wyłącznie funkcją zwiększania nakładów. Istotne są również sposób kwalifikacji pacjentów, właściwe kierowanie ich do odpowiedniej formy rehabilitacji, wykorzystanie istniejącego potencjału świadczeniodawców oraz organizacja udzielania świadczeń.

Ad 13. Zakres świadczeń gwarantowanych oraz rehabilitacja domowa

Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace nad projektem rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, ujętym w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia pod numerem MZ 1575. Podstawę prawną określania przez Ministra Zdrowia wykazu świadczeń gwarantowanych oraz warunków ich realizacji stanowi art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt ma na celu lepsze dopasowanie rehabilitacji do stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta, uporządkowanie zasad kwalifikacji do poszczególnych form rehabilitacji oraz poprawę dostępności. Przewiduje m.in. wykorzystanie skal medycznych i klasyfikacji ICF, wydłużenie pojedynczego cyklu fizjoterapii ambulatoryjnej, uporządkowanie zasad rehabilitacji domowej oraz zmiany w rehabilitacji dziecięcej i pulmonologicznej.

Konsultacje publiczne i opiniowanie projektu zakończyły się 1 sierpnia 2026 r. Do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło niemal 2 tys. uwag, które są obecnie analizowane. Z tego względu przed zakończeniem tego etapu prac nie byłoby zasadne przesądzanie o ostatecznym brzmieniu poszczególnych rozwiązań ani deklarowanie konkretnego zakresu rozszerzenia świadczeń gwarantowanych.

Ad 14. Bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty

Zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty wykonywanie tego zawodu obejmuje m.in. diagnostykę funkcjonalną pacjenta oraz kwalifikowanie, planowanie i prowadzenie fizykoterapii, kinezyterapii i masażu.

Należy jednak odróżnić samodzielność zawodową fizjoterapeuty od zasad dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 59 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Oznacza to, że wprowadzenie pełnego bezpośredniego dostępu do rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ, rozumianego jako zniesienie ustawowego wymogu skierowania, wymagałoby zmiany ustawy i nie może zostać dokonane wyłącznie rozporządzeniem Ministra Zdrowia albo zarządzeniem Prezesa NFZ.

Projekt MZ 1575 wzmacnia natomiast rolę fizjoterapeuty w ramach procesu rehabilitacyjnego. W części dotyczącej fizjoterapii domowej przewiduje m.in. poradę fizjoterapeutyczną oraz możliwość kwalifikowania do zabiegów, określania celów terapeutycznych i oceny efektów terapii.

Na podstawie danych przedstawionych w niniejszej sprawie nie można natomiast dokonać ilościowej oceny wpływu ewentualnego pełnego zniesienia wymogu skierowania na liczbę porad lekarskich, badań diagnostycznych, hospitalizacji lub całkowite koszty systemu.

Ad 15. Liczba pacjentów, którzy nie uzyskali świadczenia

Narodowy Fundusz Zdrowia nie gromadzi danych pozwalających na wskazanie liczby pacjentów, którzy w ostatnich pięciu latach nie uzyskali świadczeń fizjoterapeutycznych, w szczególności z powodu braku dostępności tych świadczeń.

Dane sprawozdawcze dotyczą przede wszystkim świadczeń udzielonych i rozliczonych oraz informacji zawartych w listach oczekujących. Listy umożliwiają monitorowanie osób oczekujących, lecz nie pozwalają na ustalenie, ile osób ostatecznie świadczenia nie otrzymało. W szczególności liczby pacjentów oczekujących ani niewykonanej wartości umów nie można utożsamiać z liczbą pacjentów, którzy nie uzyskali świadczenia.

Ad 16. Nakłady na fizjoterapię

NFZ przedstawił dane dotyczące wartości umów w zakresach fizjoterapii ambulatoryjnej, fizjoterapii domowej oraz fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w odniesieniu do planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Rok	Wartość umów	Planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej	Udział
2021	1 723 726 855,50 zł	120 150 972 000,00 zł	1,43%
2022	2 593 954 825,81 zł	131 234 220 000,00 zł	1,98%
2023	3 613 509 747,79 zł	158 922 525 000,00 zł	2,27%
2024	4 073 486 580,62 zł	182 334 826 000,00 zł	2,23%
2025	3 961 362 374,37 zł	206 765 153 000,00 zł	1,92%

Dane te pokazują wzrost nominalnej wartości umów z ok. 1,72 mld zł w 2021 r. do ok. 3,96 mld zł w 2025 r., przy czym udział wartości tych umów w planowanych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej wzrósł do 2,27% w 2023 r., a następnie wyniósł 2,23% w 2024 r. i 1,92% w 2025 r. Należy przy tym zaznaczyć, że powyższe zestawienie dotyczy wskazanych przez NFZ zakresów fizjoterapii, a nie całego rodzaju świadczeń „rehabilitacja lecznicza”.

Ad 17. Długookresowe zapotrzebowanie na świadczenia

Planowanie potrzeb zdrowotnych w systemie odbywa się m.in. za pośrednictwem Mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego i wojewódzkich planów transformacji. Do ustawowych zadań Ministra Zdrowia należy opracowywanie, ustalanie i aktualizowanie Mapy potrzeb zdrowotnych obejmuje analizy i prognozy przyszłych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych. W odniesieniu do rehabilitacji Krajowy Plan Transformacji na lata 2027–2031 wskazuje wprost, że starzenie się społeczeństwa prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne i wymaga odpowiedniego dostosowania infrastruktury, zasobów kadrowych oraz finansowania. Dokumenty te nie zawierają natomiast odrębnej prognozy pozwalającej na wskazanie konkretnej liczby świadczeń fizjoterapeutycznych, jaka będzie wymagana w każdym z kolejnych 10–20 lat.

Ad 18. Rola fizjoterapii w systemie ochrony zdrowia

Kierunek prowadzonych działań zakłada traktowanie rehabilitacji jako integralnego elementu procesu leczenia, służącego odzyskiwaniu, utrzymywaniu lub poprawie sprawności funkcjonalnej pacjenta.

Projekt MZ 1575 zmierza m.in. do lepszego kierowania pacjentów do formy rehabilitacji odpowiadającej ich rzeczywistemu stanowi klinicznemu i funkcjonalnemu, poprawy ciągłości terapii i efektywniejszego wykorzystania potencjału świadczeniodawców.

Jednocześnie Mapa potrzeb zdrowotnych i Krajowy Plan Transformacji tworzą ustawowe instrumenty pozwalające łączyć decyzje dotyczące organizacji i finansowania świadczeń z analizą potrzeb zdrowotnych ludności.

Działania Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w obszarze rehabilitacji powinny zatem służyć zarówno poprawie dostępności świadczeń, jak i ich właściwemu adresowaniu do pacjentów, którzy – ze względu na stan zdrowia i poziom sprawności funkcjonalnej – wymagają określonej formy i intensywności rehabilitacji.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Tomasz Maciejewski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/