Katowice, 7 września 2026 r.
NZ-NK.9024.1.184.2026
NZ-NK.ZD-00187/26
INT. 7.0003-0231/26

Szanowny Pan
Łukasz Dwornik
Radny Sejmiku
Województwa Śląskiego

Szanowny Panie Radny,

w odpowiedzi na Pana interpelację nr INT.7.0003-0231/26, która wpłynęła do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniu 25.08.2026 r. dotyczącą prac nad projektem nowego Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, przedstawiam następujące wyjaśnienia przygotowane po konsultacji z nadzorowanymi podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych:

1. W których jednostkach prowadzone są oddziały rehabilitacyjne, jaka jest w nich liczba łóżek oraz średni czas oczekiwania na przyjęcia zarówno dla pacjentów przewlekłych jak również pacjentów po fazie ostrej?

Zestawienie nadzorowanych przez Województwo Śląskie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja w warunkach stacjonarnych przedstawiono w postaci tabelarycznej w Załączniku nr 1.

2. Skierowania na rehabilitację leczniczą dla pacjentów przewlekłych, zarejestrowane u wybranego świadczeniodawcy, zgodnie z proponowanymi w Rozporządzeniu zmianami mają być poddane weryfikacji. W związku z powyższym, biorąc pod uwagę dobro pacjenta, proszę o informacje czy jednostki z oddziałami rehabilitacyjnymi są przygotowane kadrowo i organizacyjnie

do przeprowadzania weryfikacji skierowań, czy istnieje niebezpieczeństwo, że brak weryfikacji unieważni skierowanie pacjenta na oddział?

Bazując na aktualnych zapisach projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, dostępnych na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji: https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12412006/katalog/13212931 stwierdza się, że wprowadzenie nowej reguły walidacyjnej obejmującej ocenę stanu klinicznego, stanu funkcjonalnego oraz potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta jest możliwa we wszystkich wojewódzkich podmiotach leczniczych.
Podstawową obawą nadzorowanych podmiotów leczniczych pozostaje koszt ewentualnego rozszerzenia obowiązków personelu medycznego o wskazane w projekcie zakresy wykonywanych czynności weryfikacyjnych skierowania pod kątem udokumentowanej ocenie funkcjonalnej pacjenta przy użyciu skali medycznej, klasyfikacji medycznych oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

3. **Czy wprowadzenie bardziej szczegółowej weryfikacji skierowań i kryteriów kwalifikacji spowoduje, że część pacjentów straci prawo do rehabilitacji lub wydłuży się czas oczekiwania?**

   Podmioty lecznicze zachowawczo wiążą ewentualne wprowadzenie szczegółowej weryfikacji i kryteriów kwalifikacji z możliwością zmiany kwalifikacji do leczenia rehabilitacyjnego ale w dalszym ciągu – na tym etapie prowadzonych ustaleń w ramach konsultacji publicznych przedmiotowego Rozporządzenia, nie mają pewności, czy wskazane rozwiązanie będzie miało wpływ na czas oczekiwania i dostępność do realizowanych świadczeń rehabilitacyjnych.

4. **Pojawią się koszty za przeprowadzenie weryfikacji skierowań. Czy będą pokrywane przez OW NFZ?**

   Na dzień dziejesz zarówno świadczeniodawcy, jak i podmioty je nadzorujące nie dysonują potwierdzeniem, że Narodowy Fundusz Zdrowia przewidział dodatkowe finansowanie spodziewanych kosztów ponoszonych w związku z ewentualnym wprowadzeniem weryfikacji skierowań w brzmieniu wynikającym z konsultowanego projektu Rozporządzenia.

5. **Projekt Rozporządzenia wprowadza nowe obowiązki dokumentacyjne, nowe procedury i wymagania organizacyjne. Czy jednostki ochrony zdrowia są przygotowane na brak dodatkowego finansowania w tym zakresie?**

   Wdrożenie nowych obowiązków, w tym gromadzenie nowych danych medycznych, bez zwiększenia finansowania ze strony płatnika NFZ będzie wymagało od nadzorowanych podmiotów leczniczych przede wszystkim zaangażowania środków własnych.

6. **Dla pacjentów po zabiegach projekt skraca czas oczekiwania na rehabilitację z 6 miesięcy do 0-30-60 dni po fazie ostrej. Skrócenie czasu nałoży na oddziały rehabilitacyjne konieczność wykonania dodatkowych świadczeń, jednocześnie pojawi się niebezpieczeństwo, że pacjent zostanie zbyt wcześnie skierowany na rehabilitację, w konsekwencji nie przyniesie ona oczekiwanych rezultatów. Czy OW NFZ pokryje jednostkom ochrony zdrowia koszty dodatkowych świadczeń niezwiązanych bezpośrednio z rehabilitacją?**

   Tak, jak to wskazano przy odpowiedzi w punkcie 4 i 5, podmiot tworzący oraz nadzorowane podmioty medyczne nie dysonują potwierdzeniem, że Narodowy Fundusz Zdrowia przewidział dodatkowe finansowanie spodziewanych kosztów wynikających z nowelizacji Rozporządzenia. Przewiduje się, że od nadzorowanych podmiotów leczniczych wymagane będzie zaangażowanie środków własnych.

7. **Pacjenci, którzy z różnych przyczyn nie uzyskali zgody na rehabilitację lub nie zdążyli się zarejestrować i minął im termin przyjęcia na „cito-pilne", czy będą mogli skorzystać z odrębnej procedury na przyjęcie? Jaka to procedura?**

   Dla pacjentów, którzy z różnych przyczyn nie uzyskali zgody na rehabilitację lub stracili możliwość przyjęcia w trybie pilnym, omawiane przepisy nie stanowią odrębnej procedury lub specjalnej ścieżki przyjęcia na leczenie rehabilitacyjne w trybie stacjonarnym. Oznacza to, że pacjent ponownie musi przejść standardową procedurę kwalifikacyjną, tj. ponowną ocenę stanu zdrowia przez lekarza kierującego, wystawienie skierowania i ponowną weryfikację przed przyjęciem przez podmiot udzielający świadczenia rehabilitacyjnego.

8. **Projekt Rozporządzenia nakłada na oddziały obowiązki zmian kadrowych. Zatrudnienie na oddziałach stacjonarnych, dziennych itp. specjalisty fizjoterapeuty będzie niezwykle trudne z powodu ograniczeń kadrowych w ujęciu ogólnopolskim. Jakie działania zostaną podjęte na oddziałach rehabilitacyjnych w celu sprostania nowym wymogom kadrowym? Czy OW NFZ pokryje dodatkowe koszty zatrudnienia nowych specjalistów?**

   Nadzorowane podmioty lecznicze podkreślają, że spełnienie wymogów wskazanych w projekcie Rozporządzenia w zakresie zatrudnienia specjalistów fizjoterapeutów będzie wymagało dostosowania bazy kadrowej poprzez zwiększenie zatrudnienia. Śląski Oddział Wojewódzki NFZ nie wskazuje, aby na tym etapie konsultacji nowelizowanych przepisów, przewidywał osobne finansowanie na pokrycie kosztów zmian kadrowych wywołanych nowym brzmieniem Rozporządzenia.

9. **Jakie konsekwencje poniesie oddział rehabilitacyjny, który nie zatrudni specjalisty fizjoterapeuty? Czy straci finansowanie świadczeń?**

   W sytuacji, kiedy zatrudnienie specjalisty fizjoterapeuty będzie obligatoryjne, każdy brak realizacji warunków udzielania świadczeń zdrowotnych niesie za sobą ryzyko utraty finansowania ze strony płatnika NFZ.

10. **Czy jednostki zarządzane przez Pana Marszałka otrzymały z OW NFZ gwarancje zwiększenia finansowania za świadczenia rehabilitacyjne w związku z planowanymi zmianami?**

    Nadzorowane podmioty lecznicze, jak wskazano w odpowiedziach na poprzednie pytania, nie otrzymały gwarancji Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zwiększenia stopnia finansowania realizowanych świadczeń rehabilitacyjnych.

Z poważaniem

Załącznik:
Zestawienie wojewódzkich podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych (Załącznik nr 1).

Otrzymują:
– Adresat,
– kopia aa.