



Rzetelna współpraca lekarza z fizjoterapeutą zamiast zastępowania oceny lekarskiej. PNRL o projekcie MZ dot. świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej

Prezydium NRL w swoim stanowisku pozytywnie oceniło działania na rzecz poprawy dostępności rehabilitacji, ale skrytykowało projekt rozporządzenia za nadmierne sformalizowanie kwalifikacji pacjentów, ograniczanie roli lekarza w procesie leczenia oraz wprowadzanie sztywnych limitów i kryteriów, które mogą utrudnić dostęp do rehabilitacji i obniżyć bezpieczeństwo oraz jakość świadczeń.

STANOWISKO Nr 7/26/P-X **PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ** **z dnia 24 lipca 2026 r.**

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, przekazany przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 1 lipca 2026 r. (znak: ASG.0210.10.2026.AJ), przedstawia następujące uwagi:

Pozytywnie należy odnieść się do działań zmierzających do poprawy organizacji rehabilitacji leczniczej oraz zwiększenia dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak kierunek zmian powinien pozostawać zgodny z podstawowymi zasadami wykonywania zawodu lekarza oraz z istotą rehabilitacji medycznej jako integralnego elementu procesu leczenia. W ocenie Prezydium część projektowanych rozwiązań odchodzi od tych założeń, zastępując indywidualną ocenę medyczną rozwiązaniami o charakterze administracyjnym. Takie podejście może prowadzić nie tylko do ograniczenia elastyczności procesu terapeutycznego, ale również do pogorszenia bezpieczeństwa pacjentów oraz obniżenia jakości udzielanych świadczeń. Nadrzędnym celem projektowanych rozwiązań powinno być zapewnienie pacjentom możliwie szybkiego, powszechnego i bezpiecznego dostępu do skutecznej rehabilitacji, co wymaga zarówno właściwego wykorzystania kompetencji wszystkich zawodów medycznych, jak i ograniczenia procedur, które nie przynoszą pacjentowi bezpośredniej korzyści terapeutycznej.

Projektowane rozwiązania stanowią istotną zmianę dotychczasowego modelu organizacji i kwalifikacji do świadczeń rehabilitacyjnych, opartego na indywidualnej ocenie stanu zdrowia pacjenta oraz decyzji medycznej. Projekt nie przedstawia jednak przekonującego uzasadnienia dla tak daleko idącego odejścia od obowiązujących rozwiązań ani nie wskazuje, aby proponowane ograniczenia i sformalizowanie procesu kwalifikacji prowadziły do poprawy wyników leczenia, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów lub bardziej efektywnego wykorzystania środków publicznych. Wprowadzenie ograniczeń w zakresie swobody podejmowania decyzji medycznych powinno znajdować uzasadnienie w jednoznacznych dowodach oraz rzetelnej analizie skutków projektowanych zmian, czego w ocenie Prezydium w projekcie zabrakło.

Na pozytywną ocenę zasługuje rozwiązanie przewidziane w § 4 ust. 1 pkt 3 lit. e i g oraz pkt 4 lit. f i g w związku z § 4 ust. 3 projektu rozporządzenia, polegające na umożliwieniu realizowania

rehabilitacji kardiologicznej w formule kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej, w tym w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego. Wykorzystanie narzędzi teleinformatycznych w rehabilitacji kardiologicznej może poprawić jej dostępność oraz zapewnić większą ciągłość terapii i zaangażowanie pacjentów w proces rehabilitacji, zwłaszcza w przypadku osób mających trudności z regularnym dojazdem do ośrodka rehabilitacyjnego. Jednakże, telerehabilitacja powinna być prowadzona wyłącznie u pacjentów, których stan pozwala na bezpieczne korzystanie z tej formy świadczenia, przy zachowaniu właściwej kwalifikacji lekarskiej, odpowiedniego nadzoru oraz możliwości niezwłocznego skierowania pacjenta do rehabilitacji prowadzonej stacjonarnie, jeżeli przemawia za tym zmiana jego stanu zdrowia.

Samorząd lekarski postuluje rezygnację z rozwiązania przewidzianego w § 7 ust. 1 projektu rozporządzenia, polegającego na uzależnieniu kwalifikacji do świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych od ujęcia rozpoznania w zamkniętym wykazie jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD. Przyjęcie zamkniętego katalogu rozpoznań stwarza ryzyko pozbawienia dostępu do rehabilitacji pacjentów cierpiących na choroby rzadkie, nietypowe schorzenia czy powikłania niewymienione w wykazie. O dostępie do rehabilitacji powinny przesądzać przede wszystkim stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta, rokowanie oraz możliwość osiągnięcia realnej korzyści terapeutycznej, a nie wyłącznie formalne przyporządkowanie rozpoznania do określonego kodu. Zasadne jest zatem wprowadzenie możliwości kwalifikacji pacjenta z rozpoznaniem niewymienionym w załączniku nr 2, jeżeli przemawiają za tym udokumentowane wskazania medyczne oraz indywidualne potrzeby i możliwości pacjenta. Planowane działania legislacyjne powinny służyć zwiększaniu dostępności rehabilitacji, a nie ograniczaniu liczby świadczeniobiorców przez nadmiernie sztywne kryteria formalne.

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzą również projektowane rozwiązania zawarte w § 2 pkt 9, § 5 ust. 3 oraz § 6 ust. 4 pkt 2 projektu rozporządzenia, a także – w odpowiednim zakresie – w § 6 ust. 5 projektu, które powierzają fizjoterapeucie dokonywanie kwalifikacji świadczeniobiorcy do zabiegów fizjoterapeutycznych, określanie celu terapeutycznego oraz ocenę efektów postępowania terapeutycznego. Projektowane przepisy prowadzą do istotnej zmiany dotychczasowego podziału kompetencji pomiędzy lekarzem a fizjoterapeutą, przenosząc na fizjoterapeutę końcową decyzję o kwalifikacji pacjenta do określonych świadczeń. Kwalifikacja do świadczenia wymaga uwzględnienia nie tylko stanu funkcjonalnego pacjenta, lecz także rozpoznania, chorób współistniejących, stosowanego leczenia, przeciwwskazań oraz ryzyka pogorszenia stanu zdrowia, dlatego powinna należeć do kompetencji lekarza, dysponującego odpowiednią wiedzą i doświadczeniem.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nie kwestionuje kompetencji fizjoterapeutów do przeprowadzania diagnostyki funkcjonalnej, ustalania indywidualnego planu postępowania fizjoterapeutycznego, doboru odpowiednich zabiegów oraz bieżącej oceny ich efektów. Rozwiązania umożliwiające szersze wykorzystanie wiedzy, doświadczenia i kompetencji zawodowych fizjoterapeutów należy ocenić pozytywnie, jednakże czynności te powinny następować po uprzedniej kwalifikacji medycznej dokonanej przez lekarza i stanowić element współpracy lekarza z fizjoterapeutą, a nie zastępować ocenę lekarską. Należy dążyć do czytelnego rozdziału kompetencji i odpowiedzialności: lekarz powinien odpowiadać za rozpoznanie i bezpieczeństwo medyczne pacjenta, natomiast fizjoterapeuta – za ocenę funkcjonalną, dobór, realizację i modyfikowanie postępowania fizjoterapeutycznego.

Należy zwrócić również uwagę na konieczność jednoznacznego określenia relacji pomiędzy indywidualnym programem rehabilitacji a indywidualnym planem postępowania fizjoterapeutycznego, o którym mowa w § 8 ust. 2 i § 9 ust. 3 projektu. Dokumentacja procesu rehabilitacji powinna uwzględniać stan pacjenta, rodzaj świadczenia oraz stopień złożoności terapii, przy jednoczesnym unikaniu powielania tych samych informacji w odrębnych dokumentach. Podział kompetencji i zakres odpowiedzialności za sporządzanie poszczególnych dokumentów powinien wynikać wprost z przepisów, tak aby obowiązki dokumentacyjne nie prowadziły do nieuzasadnionego zwiększenia obciążeń administracyjnych personelu.

Negatywnie ocenić należy postanowienia załączników nr 1 i 4, do których odsyłają odpowiednio § 3 ust. 1 i § 7 ust. 3 projektu, określające z góry czas trwania poszczególnych form rehabilitacji.

Długość rehabilitacji powinna być ustalana indywidualnie na podstawie stanu zdrowia pacjenta, jego potrzeb funkcjonalnych, dynamiki poprawy, rokowania oraz stopnia realizacji celu terapeutycznego. Szytywne limity mogą prowadzić do zakończenia skutecznego i nadal medycznie uzasadnionego leczenia wyłącznie z przyczyn formalnych. Jednocześnie wprowadzaniu nowych wymogów organizacyjnych i sprawozdawczych powinno towarzyszyć zapewnienie odpowiednich warunków finansowych oraz organizacyjnych realizacji świadczeń, odpowiadających rzeczywistym potrzebom pacjentów i możliwościom świadczeniodawców.

Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi również uzależnianie przedłużenia rehabilitacji od pisemnej zgody dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. O potrzebie kontynuowania rehabilitacji powinna rozstrzygać ocena medyczna, a nie decyzja administracyjna płatnika. Przepisy mogą przewidywać obowiązek okresowej oceny efektów terapii i weryfikacji zasadności jej dalszego prowadzenia, jednak nie powinny ustanawiać limitów prowadzących do automatycznego zakończenia świadczeń mimo utrzymywania się wskazań medycznych. Prezydium postuluje zatem pozostawienie decyzji o czasie trwania rehabilitacji lekarzowi prowadzącemu, podejmującemu ją na podstawie udokumentowanej oceny stanu pacjenta, przy współudziale fizjoterapeuty.

Należy również zwrócić uwagę na potrzebę zapewnienia ciągłości procesu rehabilitacji pacjentów po zakończeniu leczenia w oddziale ostrej fazy choroby. Już w trakcie hospitalizacji powinna być określana dalsza ścieżka rehabilitacyjna pacjenta, z uwzględnieniem jego stanu klinicznego, potrzeb funkcjonalnych oraz rokowania, przy udziale lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji, który powinien współuczestniczyć w planowaniu dalszego postępowania terapeutycznego. Pozytywnie należy ocenić ideę wykorzystania kompetencji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w procesie kwalifikacji i planowania dalszej terapii. Brak sprawnego przekazywania pacjenta pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki może prowadzić do opóźnienia rozpoczęcia rehabilitacji oraz utraty efektów uzyskanych podczas hospitalizacji. Wczesna rehabilitacja rozpoczynana jest już w pierwszych dobach po zabiegach operacyjnych, udarach, urazach i innych ciężkich zachorowaniach. Rodzaj, intensywność i miejsce prowadzenia dalszej rehabilitacji powinny być zatem dostosowane do stanu klinicznego pacjenta, jego potrzeb funkcjonalnych oraz rokowania, a system rehabilitacji powinien zapewniać dostęp do odpowiedniej formy i intensywności terapii, również w odniesieniu do pacjentów starszych, wielochorobowych i wymagających bardziej złożonego postępowania.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wnosi ponadto o zmianę przepisu przejściowego zawartego w § 11 ust. 1 projektowanego rozporządzenia. Zgodnie z projektowanym rozwiązaniem skierowanie wystawione przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i zarejestrowane u wybranego świadczeniodawcy zachowuje ważność jedynie pod warunkiem jego ponownej weryfikacji pod względem nowych kryteriów kwalifikacji. Rozwiązanie to może prowadzić do konieczności ponownego badania i kwalifikowania pacjentów, którzy przed wejściem w życie nowych regulacji zostali już zakwalifikowani do rehabilitacji i oczekują jedynie na rozpoczęcie świadczenia. Ponowne wzywanie tych pacjentów oraz przeprowadzanie dodatkowych ocen będzie generowało zbędne koszty organizacyjne i administracyjne, a także może dodatkowo obciążyć personel i wydłużyć kolejki oczekujących. Pacjenci ci powinni zostać objęci ochroną analogiczną do przewidzianej w § 11 ust. 2 projektu dla świadczeń stacjonarnych już rozpoczętych. Skierowania wystawione i zarejestrowane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia powinny być zatem realizowane na zasadach dotychczasowych, bez obowiązku ponownej weryfikacji według nowych kryteriów kwalifikacyjnych.

