

Rehabilitacja lecznicza w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Stan obecny i kierunki rozwoju, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb pacjentów hematoonkologicznych

Małgorzata Gałązka-Sobotka (red. naukowa)

Katarzyna Sejbuk-Rozbicka

Jerzy Gryglewicz

Marzec 2025 r. Warszawa

Rehabilitacja lecnicza w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Stan obecny i kierunki rozwoju, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb pacjentów hematoonkologicznych

Rehabilitacja pacjentów onkologicznych jest kluczowym elementem kompleksowego leczenia, pozwalającym na poprawę jakości życia, redukcję powikłań leczenia oraz wspieranie pacjenta w powrocie do codziennej aktywności.

Model rehabilitacji powinien być indywidualnie dostosowany do potrzeb pacjenta i etapu leczenia onkologicznego.

Rola
rehabilitacji w
powrocie do
zdrowia
pacjentów
onkologicznych

Rehabilitacja onkologiczna stanowi istotny element terapii pacjentów onkologicznych, wpływając na ich jakość życia i efektywność leczenia. Kluczowe znaczenie ma wdrażanie kompleksowego i indywidualnie dostosowanego podejścia do rehabilitacji, które powinno być integralnym elementem systemu opieki zdrowotnej.



Leczenie nowotworów wiąże się z poważnymi skutkami ubocznymi, takimi jak dysfunkcje narządowe oraz strukturalne, które mogą być odwracalne przy odpowiednio wczesnej interwencji rehabilitacyjnej. Kompleksowa rehabilitacja obejmuje nie tylko aspekt fizyczny, ale również psychologiczny i społeczny, co jest kluczowe dla poprawy jakości życia pacjentów. Pacjenci wymagają indywidualnego podejścia w zależności od fazy leczenia oraz kondycji fizycznej i psychicznej.



Spis treści

Rola rehabilitacji w powrocie do zdrowia pacjentów onkologicznych.....	1
Wstęp.....	4
1. Rola rehabilitacji w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i jej rodzaje	6
1.1. Grupy osób uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	9
2. Rehabilitacja lecznicza finansowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez NFZ	12
2.1. Rehabilitacja w warunkach domowych	13
2.2. Rehabilitacja w warunkach ośrodka lub w oddziale dziennym	13
2.3. Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych	14
3. Struktura demograficzna pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji, finansowanych ze środków NFZ.....	0
3.1. Mapy Potrzeb Zdrowotnych – struktura i cele.....	0
3.2. Liczba rehabilitowanych pacjentów w 2023 roku	0
3.2.1. Liczba rehabilitowanych pacjentów ogółem.....	0
3.2.2. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców.....	1
3.2.3. Liczba rehabilitowanych pacjentów w wieku od 0-17 lat	2
3.2.4. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w wieku 0-17 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców.....	3
3.2.5. Liczba rehabilitowanych pacjentów w wieku od 18-64 lat	4
3.2.6. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w wieku 18-64 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców.....	5
3.2.7. Liczba rehabilitowanych pacjentów w powyżej 65 lat.....	6
3.2.8. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w wieku 65 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców.....	7
3.3. Liczba pacjentów rehabilitowanych w poszczególnych trybach realizacji świadczeń	8
3.3.1. Rehabilitacja ambulatoryjna.....	8



3.3.2.	Rehabilitacja dzienna	9
3.3.3.	Rehabilitacja stacjonarna	10
3.3.4.	Rehabilitacja domowa	11
4.	Struktura i poziom finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków NFZ w latach 2021-2023	12
5.	Rozwój rehabilitacji leczniczej w kontekście zapisów Krajowego Planu Odbudowy i Krajowego Planu Transformacji i innych dokumentów	22
5.1.	Rekomendacje wynikające z map potrzeb zdrowotnych	22
5.1.1.	Rekomendowane kierunki działań wynikające z Map Potrzeb Zdrowotnych....	24
5.2.	Krajowy Plan Transformacji	25
5.2.1.	Diagnoza rehabilitacji w Krajowym Planie Transformacji.....	26
5.2.2.	Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji	27
5.2.3.	Działanie na poziomie ponadregionalnym	27
6.	Kierunki rozwoju rehabilitacji w kontekście potrzeb pacjentów hematologicznych i onkologicznych – propozycje uwzględniające Narodową Strategię Onkologiczną	30
6.1.	Kluczowe aspekty zawarte w Raporcie Uczelni Łazarskiego „Rehabilitacja i leczenie żywieniowe w skojarzonym postępowaniu u chorych na nowotwory – metody optymalizacji”	30
6.1.1.	Uzasadnienie i wskazania do rehabilitacji onkologicznej.....	31
6.2.	Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO).....	32
7.	Podsumowanie i kierunki dalszych prac	34
8.	Bibliografia	2
8.1.	Spis rycin	2
8.2.	Spis tabel	2

Wstęp

Wraz ze starzeniem się populacji i coraz większą powszechnością problemów zdrowotnych o charakterze przewlekłym, coraz więcej osób na świecie żyje z wielochorobowością i niepełnosprawnościami dotyczącymi różnych aspektów ich funkcjonowania. Dla takich osób rehabilitacja lecznicza jest niezbędna, aby zachować jak największą niezależność, możliwość czynnego uczestnictwa w edukacji i pracy oraz pełnić funkcje społeczne w życiu. Obok profilaktyki, promocji zdrowia, leczenia i opieki paliatywnej, rehabilitacja odpowiada na potrzeby zdrowotne społeczeństw i przyczynia się do powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej.



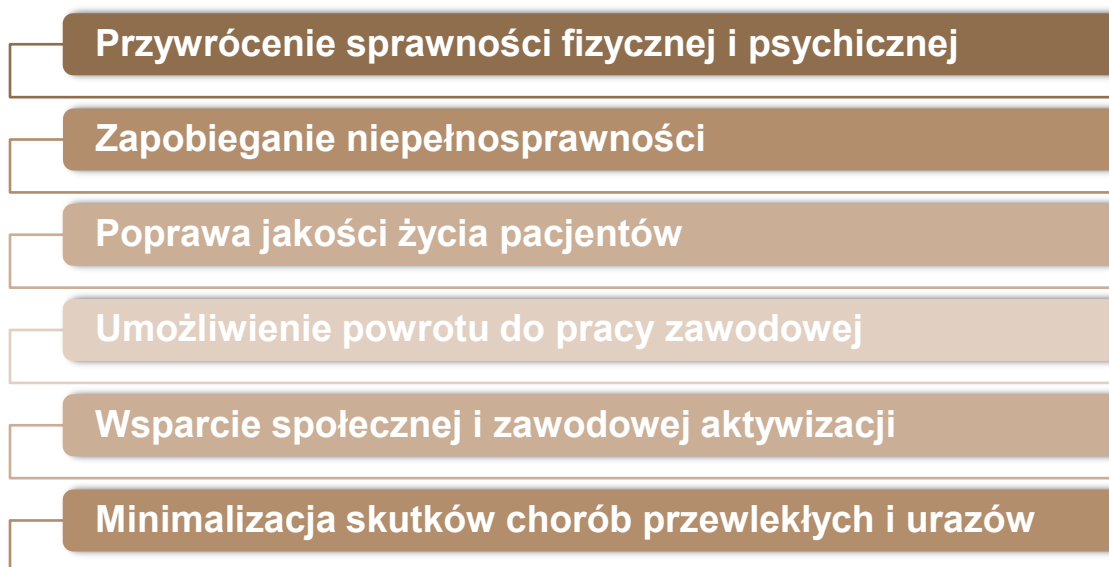
Rehabilitacja odnosi się do interwencji mających na celu optymalizację funkcjonowania i redukcję niepełnosprawności u osób z problemami zdrowotnymi w kontekście ich interakcji ze środowiskiem. Jest także kluczowym elementem opieki zdrowotnej, często niezbędnym do osiągnięcia i utrzymania najlepszych rezultatów innych interwencji medycznych, takich jak interwencje chirurgiczne, opieka pourazowa czy leczenie chorób niezakaźnych.

Rehabilitacja lecznicza jest niezbędna każdemu, kto zmagają się z problemem zdrowotnym, upośledzeniem lub urazem – zarówno ostrym, jak i przewlekłym – które ograniczają funkcjonowanie. Osoby z poważnymi, długoterminowymi niesprawnościami fizycznymi, psychicznymi, intelektualnymi lub sensorycznymi mogą czerpać z rehabilitacji szczególnie korzyści, uczestnicząc w niej intensywniej i przez dłuższy czas niż inni pacjenci. Z rehabilitacji leczniczej chorzy mogą korzystać po przebytej ostrej chorobie lub urazie (np. oparzeniu lub urazie układu mięśniowo-szkieletowego), w przypadku chorób przewlekłych (np. cukrzyca, niewydolności serca lub bólu dolnej części pleców) lub w celu wsparcia rekonwalescencji po operacji.¹

Według oszacowań Światowej Organizacji Zdrowia w 2019 roku 18 milionów ludzi na świecie żyło z jakimkolwiek rodzajem nowotworu i związanymi z nim problemami w funkcjonowaniu wynikającymi z samej choroby, ale i powikłań po jej leczeniu. Rehabilitacja dla osób, które przeżyły leczenie onkologiczne jest kluczowym powrotem do pełni zdrowia jest też podstawową strategią zdrowotną wspierającą ludzi w osiągnięciu i utrzymaniu optymalnego poziomu funkcjonowania, niezależności i jakości życia. Interwencje w zakresie rehabilitacji onkologicznej pomagają zmniejszyć odległe działania niepożądane wynikające z procesu terapeutycznego, takie jak problemy fizyczne, poznawcze i psychologiczne. Interwencje w zakresie rehabilitacji dotyczą na przykład bólu, zmęczenia, funkcji poznawczych, obrzęków, funkcji motorycznych oraz ruchowych, a tym samym pomagają przywrócić funkcjonowanie i wspierać osoby, które przeżyły nowotwór, aby pozostały niezależne. Ponadto interwencje w zakresie rehabilitacji mają na celu wspieranie osób, które przeżyły leczenie onkologiczne, w ponownym zaangażowaniu się w działania, takie jak edukacja, praca zawodowa czy aktywne życie społeczne.² Na rysunku poniżej przedstawiono cele rehabilitacji leczniczej w kontekście potrzeb zdrowotnych pacjentów.

¹ <https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/rehabilitation-7-sdg-factsheet.pdf> (27.03.2025)

² <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071254> (27.03.2025)



Rysunek 1. Cele rehabilitacji leczniczej w kontekście potrzeb zdrowotnych pacjentów

Źródło opracowanie własne

1. Rola rehabilitacji w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i jej rodzaje

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), rehabilitacja jest to zestaw interwencji koniecznych, gdy dana osoba doświadcza lub może doświadczyć ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu z powodu starzenia się lub stanu zdrowia, w tym chorób przewlekłych, zaburzeń lub urazów. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu obejmują trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu zdolności pracy³.

Według polskiego systemu prawnego rehabilitacja oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Definicja taka została przedstawiona w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Art. 7. - [Definicja rehabilitacji] - Rehabilitacja zawodowa i społeczna oraz zatrudnianie osób niepełnosprawnych.

³ WHO <https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/rehabilitation-7-sdg-factsheet.pdf> (25.03.2025)

Natomiast dokument *Zdrowa przyszłość Ramy Strategicznego Rozwoju Systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 roku* wskazuje, iż rehabilitacja lecznicza to kompleksowe postępowanie mające na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym, czyli poprawy jakości życia⁴.

Obecnie w Polsce rehabilitacja lecznicza jest realizowana głównie w ramach działalności finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Świadczenia rehabilitacyjne mogą być realizowane albo jako świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej lub z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego i finansowane przez NFZ, których zakres reguluje *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Wspomniana ustawa wskazuje rehabilitację leczniczą jako jeden z zakresów świadczeń gwarantowanych w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, aktem wykonawczym do ustawy jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia. Reguluje ono dostępność rehabilitacji, w tym kryteria kwalifikacji chorych do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych oraz określa rehabilitację uzdrowiskową jako element rehabilitacji leczniczej. Leczenie uzdrowiskowe regulowane jest przepisami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2013 poz. 931 z późn.zm) natomiast realizowane w ramach turnusów uzdrowiskowych oraz w ramach pobytów szpitalnych w szpitalach uzdrowiskowych zlokalizowanych na terenie miejscowości o charakterze uzdrowiskowym. W leczeniu uzdrowiskowym wykorzystuje się specyficzne tylko dla tej grupy świadczeń metody i procedury, wykorzystujące głównie działanie naturalnych surowców leczniczych i działanie czynników fizycznych.

Akty wykonawcze do ww. ustawy, które regulują dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, ale i także wskazują zakres uprawnień dla pacjentów to:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej - z późniejszymi zmianami
 - Określa rodzaje świadczeń rehabilitacyjnych
 - Definiuje kryteria kwalifikacji pacjentów do poszczególnych form rehabilitacji

⁴ *Zdrowa przyszłość Ramy Strategicznego Rozwoju Systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030* <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategicznego-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego z późniejszymi zmianami
 - Określa rodzaje świadczeń uzdrowiskowych oraz rehabilitacyjnych
 - Definiuje kryteria kwalifikacji pacjentów do poszczególnych form leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej przez ZUS
 - Rehabilitacja lecznicza w ramach działań prewencji rentowej, finansowanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) - głównie do osób zagrożonych niezdolnością do pracy.

Natomiast świadczenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej finansowane ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i organizowane przez ZUS lub ze środków funduszu prewencji i rehabilitacji organizowane przez KRUS, których zakres reguluje *Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych*⁵ i *Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników*⁶. Rehabilitacja lecznicza jest również jednym z działań realizowanych w ramach turnusów rehabilitacyjnych dofinansowywanych przez PFRON. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*⁷ reguluje przede wszystkim zakres rehabilitacji zawodowej oraz społecznej, natomiast w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej w Ustawie tej wskazano, iż odbywa się ona na podstawie odrębnych przepisów.

Z rehabilitacji medycznej na różnym etapie życia mogą korzystać zarówno osoby chore, w przypadku których rehabilitacja ma na celu poprawę ich stanu zdrowia, jak również osoby zagrożone chorobą i niepełnosprawnością, w przypadku których świadczenia rehabilitacyjne udzielane są w celu prewencji wystąpienia poszczególnych chorób. W kontekście uprawnień do korzystania z poszczególnych rodzajów świadczeń rehabilitacyjnych najszerszy zakres technologii medycznych⁸

⁵ Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Dz.U. 1998 nr 137 poz. 887 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19981370887>

⁶ Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników Dz.U. 1991 nr 7 poz. 24 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19910070024>

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19971230776>

⁸ Technologia medyczna - leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne. Źródło: <https://www.aotm.gov.pl/technologie-lekowe/> (25.03.2025 r.)

oferowany jest w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

1.1. Grupy osób uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 66. Ustawy) mają prawo:

1. Osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, tj. ubezpieczeni

a) Osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

Większość Polaków podlega obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu np. zatrudnienia, prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pozarolniczej działalności gospodarczej. Ustawa (art.66) wymienia kilkadziesiąt grup osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. Są to, m.in. pracownicy; rolnicy i ich domownicy; osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą; osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia; osoby duchowne; żołnierze, policjanci, funkcjonariusze, posłowie i senatorowie, sędziowie i prokuratorzy, ławnicy sądowi; osoby pobierające emeryturę lub rentę; uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli; dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej; dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, studenci i uczestnicy studiów doktoranckich; bezrobotni; osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne; osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej; osoby korzystające z urlopu wychowawczego.

b) Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej

Osoba ubezpieczona obowiązkowo lub dobrowolnie ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia członków rodziny. Członkiem rodziny w rozumieniu ustawy jest:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej; do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku
- małżonek (z wyłączeniem małżonka, z którym osoba ubezpieczona pozostaje w separacji orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu)
- krewni wstępní (ojciec, matka, dziadek, babcia) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym

c) Osoby ubezpieczające się dobrowolnie

Mieszkające w Polsce osoby niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia, np. wykonujące pracę wyłącznie na podstawie umów o dzieło, takie jak twórcy czy dziennikarze, pracownicy przebywający na urlopie bezpłatnym, posłowie do Parlamentu Europejskiego wybrani w Polsce, mogą się ubezpieczyć dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

2. Osoby inne niż ubezpieczeni, posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające w Polsce, spełniające określone kryterium dochodowe

Osoby inne niż ubezpieczeni, posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające w Polsce, które spełniają odpowiednie kryterium dochodowe* są uprawnione do świadczeń na podstawie decyzji wójta/ burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania. Decyzja wydawana jest

- na wniosek samego zainteresowanego
- na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczeń w stanie nagłym
- na wniosek oddziału wojewódzkiego NFZ
- z urzędu.

Decyzja ważna jest od dnia złożenia wniosku lub od dnia, w którym nastąpiło leczenie w związku ze stanem nagłym. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji przysługuje nie dłużej niż przez 90 dni od dnia określonego w decyzji.

3. Osoby nieubezpieczone, posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18. roku życia

- Świadczenia udzielone ww. osobom nieubezpieczonym finansowane są przez NFZ z dotacji celowej otrzymywanej z budżetu państwa
- Dziecko do 18 roku życia niezgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny osoby ubezpieczonej lub niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, otrzymuje świadczenia zdrowotne na zasadach ogólnych, jak osoba ubezpieczona.

4. Osoby nieubezpieczone, posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu i pójogu

- Świadczenia udzielone ww. osobom nieubezpieczonym finansowane są przez NFZ z dotacji celowej otrzymywanej z budżetu państwa
- Nieubezpieczona kobieta w okresie ciąży, porodu i pójogu otrzymuje świadczenia na zasadach ogólnych, jak osoba ubezpieczona; jako tytuł rozliczenia do NFZ świadczeniodawca przedstawia status: „kobieta nieubezpieczona z prawem do świadczeń, w okresie ciąży, porodu i pójogu”.

5. Inne osoby nieubezpieczone uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa:
 - osoby, które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym - w zakresie badań w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego,
 - uzależnione od alkoholu - w zakresie leczenia odwykowego
 - uzależnione od narkotyków
 - z zaburzeniami psychicznymi - w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej
 - pozbawione wolności
 - cudzoziemcy umieszczeni w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie w celu wydalenia
 - posiadacze karty Polaka, w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, chyba że umowa międzynarodowa, w której RP jest stroną przewiduje zasady bardziej korzystne.
 6. Osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w krajach UE/EOG
- Osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji to osoba, która nie jest ubezpieczona w NFZ i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji.⁹

Rehabilitacja w ramach prewencji rentowej ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych) jest skierowana tylko do osób ubezpieczonych

- zagrożonych całkowitą lub
- częściową niezdolnością do pracy,
- osób uprawnionych do zasiłku chorobowego lub
- osób uprawnionych do świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego, a także
- osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy, które rokując odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu tej rehabilitacji (lub oczekuje się, iż rehabilitacja spowoduje, że zdolność do pracy zostanie zachowana).

⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20042102135> (23.03.2025)

Z możliwości odbycia rehabilitacji w ramach finansowania przez ZUS nie mają prawa korzystać osoby mające uprawnienia do emerytury lub renty z tytułu trwałej niezdolności do pracy, a także dzieci.

Rehabilitacja lecznicza finansowana ze składek KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) dotyczy wybranej grupy ubezpieczonych tj. osób wykazujących całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym, ale rokujących jej odzyskanie w wyniku leczenia i rehabilitacji, albo zagrożonych całkowitą niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym.

W ramach dofinansowania przez PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) do turnusu rehabilitacyjnego może skorzystać osoba z orzeczeniem potwierdzającym niepełnosprawność, natomiast wysokość dofinansowania do świadczeń zależy m.in. od przeciętnego dochodu w gospodarstwie domowym.

2. Rehabilitacja lecznicza finansowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez NFZ

Świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej są udzielane pacjentom w następujących warunkach organizacji udzielania świadczeń:

- w warunkach ambulatoryjnych – w ramach wizyty u specjalisty
- w warunkach domowych – w domu chorego
- w ośrodku lub oddziale dziennym – w ramach krótkiego, jednodniowego pobytu dziennego
- w warunkach stacjonarnych – w ramach hospitalizacji

Skierowanie do poradni rehabilitacji lub na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stwierdzenia przez lekarza specjalistę wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy pacjent może skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych. Skierowanie na zabiegi związane z leczeniem wymienionych schorzeń może wystawić lekarz specjalista (także I stopnia) rehabilitacji ogólnej, medycznej lub narządu ruchu, chirurgii ortopedycznej lub urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii lub w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu. NFZ finansuje do 5 zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.

Pacjent obowiązany jest zarejestrować w zakładzie rehabilitacji nie później niż 30 dni od dnia wystawienia skierowania.

2.1. Rehabilitacja w warunkach domowych

Jeżeli ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się, pacjent nie może dotrzeć do placówki rehabilitacji ambulatoryjnej, alternatywnie może skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych. Termin domowej lekarskiej porady rehabilitacyjnej, wizyty fizjoterapeutycznej lub zabiegów w domu jest ustalany po otrzymaniu skierowania w gabinecie lub zakładzie rehabilitacyjnym, który ma podpisaną umowę z NFZ.

Choremu przysługuje rehabilitacja do 80 dni zabiegowych w warunkach domowych w roku kalendarzowym, w trakcie których może być wykonywanych do pięciu zabiegów dziennie.

2.2. Rehabilitacja w warunkach ośrodka lub w oddziale dziennym

W przypadku chorych których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, ale jednocześnie nie wymagają oni całodobowego nadzoru medycznego mogą skorzystać z zabiegów rehabilitacji leczniczej w ośrodku lub oddziale dziennym. Na ten rodzaj rehabilitacji kierują (w zależności od typu rehabilitacji, wieku pacjenta i jego schorzenia) lekarze POZ lub lekarze specjaliści z oddziałów szpitalnych lub poradni specjalistycznych. W ramach rehabilitacji w warunkach ośrodka lub w oddziale dziennego zależności do schorzenia są im udzielane zabiegi i procedury realizowane w:

- rehabilitacji ogólnoustrojowej;
- rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego;
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy;
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku;
- rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej;
- rehabilitacji pulmonologicznej;

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym trwa od 15 do 30 dni zabiegowych, w czasie których wykonywanych jest średnio 5 zabiegów dziennie. Czas trwania poszczególnych typów rehabilitacji uzależniony jest od stanu, ciężkości choroby lub aktualnych definicji określonych w Rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wynosi odpowiednio:

- Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, słuchu i mowy, jak i wzroku wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym.

- Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego i wynosi nie więcej niż 24 (dwadzieścia cztery) dni zabiegowe w ciągu 3 (trzech) miesięcy.
- W przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej odpowiednio - 5 dni zabiegowych w ośrodku dziennym, 24 sesje treningowe w miejscu pobytu pacjenta oraz wizytę kontrolną.
- Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej ustala indywidualnie lekarz ośrodka dziennego. Nie może ona być krótsza niż 14 dni zabiegowych i nie dłuższa niż 24 dni zabiegowe.

2.3. Rehabilitacja lecznicza w warunkach stacjonarnych

W przypadku chorych których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych oraz wymagają oni całodobowego nadzoru medycznego istnieje możliwość rehabilitacji w warunkach hospitalizacji w zależności do schorzenia realizowane są m.in. zabiegi:

- stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej;
- stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej;
- stacjonarnej rehabilitacji pulmonologicznej;
- stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej;

Skierowania na leczenie stacjonarne wystawiane są przez lekarzy specjalistów z oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych, odpowiednio na

- rehabilitację ogólnoustrojową może wystawić: lekarz oddziałów urazowo-ortopedycznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych, neurologicznych, reumatologicznych, chorób wewnętrznych, onkologicznych, ginekologicznych, urologicznych, pediatrycznych, kardiologicznych i geriatrycznych; lekarz poradni rehabilitacyjnej, urazowo – ortopedycznej, neurologicznej i reumatologicznej (w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych).
- rehabilitację neurologiczną może wystawić: lekarz oddziału: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologicznego lub neurochirurgicznego, chirurgicznego, ortopedii i traumatologii, wewnętrznego, pediatrycznego i chorób zakaźnych; lekarz poradni: neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, urazowo-ortopedycznej lub poradni rehabilitacyjnej; w przypadku dzieci do ukończenia 18 roku życia skierowanie na rehabilitację neurologiczną może wystawić lekarz oddziału: anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, neurologii i neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, chirurgii dziecięcej, chorób zakaźnych, pediatrii lub poradni specjalistycznej: neurologicznej, neonatologicznej, neurochirurgicznej, pediatrii, urazowo-ortopedycznej, chirurgii dziecięcej, rehabilitacyjnej.

- rehabilitację pulmonologiczną może wystawić: lekarz oddziału: pulmonologicznego, chirurgii klatki piersiowej, gruźlicy i chorób płuc, kardiologicznego, laryngologicznego, chorób wewnętrznych, alergologicznego, onkologii, pediatricznego (w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego) oraz lekarz poradni: gruźlicy i chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej, rehabilitacyjnej lub alergologicznej.
- rehabilitację kardiologiczną w ramach kontynuacji leczenia może wystawić: lekarz oddziału kardiologicznego, kardiochirurgicznego, chorób wewnętrznych, pediatricznego, lekarz poradni kardiologicznej lub poradni rehabilitacyjnej.

Czas trwania poszczególnych typów rehabilitacji uzależniony jest od stanu, ciężkości choroby pacjenta ale aktualnych definicji określonych w Rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych. Wynosi odpowiednio:

- Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej wynosi do 6 tygodni.
- Czas trwania rehabilitacji neurologicznej zależy od rodzaju prowadzonej rehabilitacji neurologicznej i wynosi od 6 do 16 tygodni.
- Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej wynosi do 3 tygodni.
- Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej wynosi od 2 do 5 tygodni. W przypadku realizacji kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej odpowiednio - w warunkach stacjonarnych od 3 do 14 dni, w miejscu pobytu pacjenta od 15 do 20 sesji treningowe, w zależności od stanu pacjenta oraz wizyta kontrolna, szczegóły dotyczące sposobu organizacji świadczenia przedstawiono w tabeli poniżej.

TABELA 1. REHABILITACJA W WARUNKACH STACJONARNYCH - KARDIOLOGICZNA

	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – kategoria I	Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – kategoria II	Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi
Organizacja udzielania świadczeń	<ol style="list-style-type: none"> 1. rehabilitacja kardiologiczna – usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub 2. kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla każdego pacjenta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. rehabilitacja kardiologiczna – usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub 2. kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane indywidualnie dla 	<ol style="list-style-type: none"> 1. rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi – usprawnianie przez 6 dni w tygodniu lub 3. kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi – szkoleniowe sesje treningowe zaplanowane.

		każdego pacjenta.	
Czas trwania	rehabilitacja kardiologiczna – do 3 tygodni bez przerwy lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: a) faza I – do 5 dni w warunkach stacjonarnych oraz b) faza II – 20 treningów (3–5 razy w tygodniu) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.	rehabilitacja kardiologiczna – do 2 tygodni bez przerwy lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa: a) faza I – do 3–5 dni w warunkach stacjonarnych oraz b) faza II – 15 treningów (3–5 razy w tygodniu) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.	rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi – do 5 tygodni bez przerwy lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z chorobami współistniejącymi: a) faza I – 7–14 dni w warunkach stacjonarnych w zależności od stanu klinicznego pacjenta oraz b) faza II – odpowiednio 15–20 treningów (3–5 razy w tygodniu w zależności od czasu trwania fazy I) w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.
Warunki przyjęcia	<ul style="list-style-type: none"> Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 42 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. 	<ul style="list-style-type: none"> Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 28 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. W przypadku wystąpienia, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobytem w innym oddziale lub szpitalu czas przyjęcia po wypisie z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby może ulec wydłużeniu o czas pobytu w tym oddziale lub szpitalu. 	<ul style="list-style-type: none"> Przyjęcie bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 56 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. W przypadku wystąpienia, dodatkowych chorób lub powikłań skutkujących pobytem w innym oddziale lub szpitalu czas przyjęcia po wypisie z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby może ulec wydłużeniu o czas pobytu w tym oddziale lub szpitalu

Źródło opracowanie własne na podstawie Rzp MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej - z późniejszymi zmianami

Szczegółowe warunki udzielania świadczeń określone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z zakresu świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Podkreślenia wymaga fakt, iż efekty leczenia rehabilitacyjnego zależą od wielu czynników, w tym m.in. wieku pacjenta oraz stanu zaawansowania choroby lub niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej oraz zastosowanych technologii medycznych na które składają się procedury w określonych wskazaniach.

Rehabilitacja lecznicza dedykowana pacjentom onkologicznym została dotychczas uregulowana dla grupy chorych na nowotwory piersi, gdzie w ramach tworzonych

Centrów Kompetencji przewidziano moduł rehabilitacja w ramach świadczenia *Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi*.

Warunki kwalifikacji chorych do świadczenia *Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi*.

„Leczenie z powodu nowotworu złośliwego piersi w dniu kwalifikacji lub postawione przez specjalistę rozpoznanie wg ICD-10:

- 1) I97.2 – Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu piersi;
- 2) I97.8 – Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej;
- 3) I97.9 – Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone;
- 4) C50.0 – Brodawka i otoczka brodawki sutkowej;
- 5) C50.1 – Centralna część piersi;
- 6) C50.2 – Ćwiartka górna wewnętrzna piersi;
- 7) C50.3 – Ćwiartka dolna wewnętrzna piersi;
- 8) C50.4 – Ćwiartka górna zewnętrzna piersi;
- 9) C50.5 – Ćwiartka dolna zewnętrzna piersi;
- 10) C50.6 – Część pachowa piersi;
- 11) C50.8 – Zmiana przekraczająca granice piersi;
- 12) C50.9 – Piersć, nieokreślona;
- 13) C79.8 – Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień;
- 14) D05.0 – Rak zrazikowy *in situ*;
- 15) D05.1 – Rak wewnątrzprzewodowy *in situ*;
- 16) D05.7 – Inny rak piersi *in situ*;
- 17) D05.9 – Rak *in situ* piersi, nieokreślony”.

W warunkach kwalifikacji do świadczenia wskazano, iż *„nie kwalifikuje się świadczeniobiorcy, u którego nie potwierdzono w procesie diagnostycznym nowotworu złośliwego lub choroby nowotworowej piersi w oparciu o opinię wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego”*.

Skierowanie do leczenia rehabilitacyjnego w ramach struktury Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, może wystawić lekarz z poradni lekarz oddziału lub lekarz POZ lub lekarz oddziału chorób wewnętrznych – w przypadku nasilenia obrzęku lub objawów bólowych pomimo rehabilitacji, szczegóły przedstawiono w tabeli poniżej.

TABELA 2. WYSTAWCA SKIEROWANIA DO REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH ŚWIADCZENIA KON-PIERŚ

Lekarz poradni:	1) chirurgicznej lub 2) onkologicznej (chemioterapii, radioterapii, chorób piersi, ginekologii onkologicznej), lub 3) chirurgii onkologicznej, lub 4) położniczo-
-----------------	---



ginekologicznej, lub 5) ginekologicznej, lub 6) rehabilitacyjnej, lub 7) chorób naczyń lub angiologicznej, lub 8) chirurgii naczyniowej.	
Lekarz oddziału:	1) angiologii lub 2) chirurgii ogólnej, lub 3) chirurgii onkologicznej, lub 4) chirurgii naczyniowej, lub 5) chirurgii plastycznej, lub 6) ginekologii onkologicznej, lub 7) radioterapii, lub 8) onkologii klinicznej, lub 9) chemioterapii, lub 10) oddziału leczenia jednego dnia (w zakresie chemioterapii), lub 11) rehabilitacji
Lekarz:	1) podstawowej opieki zdrowotnej lub 2) lekarz oddziału chorób wewnętrznych – w przypadku nasilenia obrzęku lub objawów bólowych pomimo rehabilitacji.

Źródło Opracowanie własne na podstawie

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001062/O/D20191062.pdf> (26.03.2025)

Wymagany rodzaj i zakres rehabilitacji to skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach dziennych lub stacjonarnych, lub fizjoterapii ambulatoryjnej, w:

- 1) profilaktyce lub leczeniu obrzęku limfatycznego kończyny górnej lub
- 2) zaburzeniach funkcji narządu ruchu i tkanki łącznej, – przed lub po leczeniu nowotworu piersi.

W tabeli poniżej przedstawiono ogólne warunki realizacji świadczenia opracowane na podstawie Rozporządzenia

TABELA 3. ZAKRES ŚWIADCZENIA DO REHABILITACJI LECZNICZEJ W RAMACH ŚWIADCZENIA KON-PIERŚ

Zakres świadczenia	<p>1. Porada lekarska.</p> <p>2. Wizyta fizjoterapeutyczna.</p> <p>3. Zabiegi fizjoterapeutyczne ukierunkowane na:</p> <p>1) poprawę zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności przez zastosowanie kinezyterapii miejscowej: ćwiczeń w odciążeniu ICD-9: 93.1205 – 15 minut, czynnych wolnych ICD-9: 93.1202 – 15 minut, samowspomaganych ICD-9: 93.1204 – 15 minut, sprawności manualnej ICD-9: 93.1903 – 15 minut lub zespołowych ICD-9: 93.1907 – 20 minut; 2) wykorzystanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych i terapii manualnej: metody reedukacji nerwowo-mięśniowej ICD-9: 93.3801 – 30 minut, metody neurofizjologicznej – metoda PNF ICD-9: 93.3808 – 30 minut, metody terapii manualnej – Cyriaxa ICD-9: 93.3816 – 30 minut, metody terapii manualnej Kaltenborda-Evjenta ICD-9: 93.3818 – 30 minut, metody terapii manualnej Maitlanda ICD-9: 93.3821 – 30 minut, metody terapii manualnej – inne ICD-9: 93.3827 – 30 minut, ćwiczenia specjalne ICD-9: 93.3831 – 30 minut</p> <p>3) profilaktykę przeciwobrzękową: nauka automasażu lub masaż klasyczny częściowy ICD-9: 93.3912 – 20 minut, ćwiczenia oddechowe czynne ICD-9: 93.1812 – 15 minut, czynne wolne ICD-9: 92.1202 – 15 minut, ćwiczenia udrażniające lub ćwiczenia izokinetyczne ICD-9: 93.1305 – 15 minut;</p> <p>4) ćwiczenia ogólnokondycyjne, w szczególności bieżnia, cykloergometr, stepper: ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach ICD-9: 93.1401 – 20 minut, usprawnianie czynne ICD-9: 93.12 – 20 minut, ogólnousprawniające indywidualne ICD-9: 93.1909 – 30 minut;</p> <p>5) profilaktykę wad postawy wynikających z leczenia chirurgicznego (odstająca łopátka, zespół sznurów AWS) oraz leczenie zespołu włóknienia po radioterapii i popromiennego uszkodzenia splotu ramiennego ICD-9: 93.3808, 93.3831, 93.1204, 93.3895, 93.3301, 93.1205, 93.1139;</p> <p>6) leczenie neuropatii wynikającej z leczenia cytostatykami ICD-9: 93.1903, 93.3981. 4. Terapia w restrykcjach blizn po mastektomii, BCT i rekonstrukcjach piersi: masaż suchy częściowy ICD-9: 93.3912 oraz mobilizacja blizn ICD-9: 93.3827. 5. Redukcja obrzęku limfatycznego: przerywana kompresja pneumatyczna (45–50 min) ICD-9: 93.3916, manualny drenaż limfatyczny (50–60 min) ICD-9: 93.3987, nałożenie bandaży wielowarstwowych lub odzieży kompresyjnej (do 15 min) ICD-</p>
---------------------------	---

9: 93.3918, ICD-9: 93.3999, zabiegi fizjoterapeutyczne – inne, ćwiczenia kończyny górnej w kompresjoterapii (15–30 min) ICD-9: 93.1304, ICD-9: 93.1139, kąpiel wirowa kończyn górnych, ICD-9: 93.3301.

6. Ćwiczenia relaksacyjne.

7. Psychoterapia – psychoedukacja i relaksacja.

8. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): stosowanie taśm kinesiotapingu ICD-9: 93.3812.

9. Wystawienie wniosku na wyroby medyczne w celu refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dokonanie pomiaru kończyny oraz zamówienie wyrobu medycznego.

Warunki czasowe realizacji świadczenia	<p>Rozpoczęcie realizacji świadczenia w określonym terminie wynika z celu rehabilitacji i stanu klinicznego świadczeniobiorcy i następuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przed rozpoczęciem leczenia lub bezpośrednio po wypisie lub w okresie 21 dni od wypisu po leczeniu chirurgicznym w celu niedopuszczenia do rozwoju obrzęku oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, statyki ciała (klatki piersiowej i tułowia); 2) w okresie innym niż określony w pkt 1 w celu reedukacji obrzęku limfatycznego oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz przywrócenia sprawności kończyny górnej, jednak nie później niż w okresie 30 dni od dnia wystawienia skierowania na rehabilitację. <p>2. Czas realizacji świadczenia dla każdego świadczeniobiorcy jest ustalany indywidualnie przez lekarza lub uprawnionego fizjoterapeutę udzielających świadczeń w oddziale dziennym lub stacjonarnym, lub fizjoterapii ambulatoryjnej.</p> <p>3. W okresie przed rozpoczęciem leczenia chirurgicznego cykl zabiegów obejmujący do 10 dni zabiegowych (jednorazowo).</p> <p>4. We wczesnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 – 20 dni zabiegowych (jednorazowo).</p> <p>5. W późnym okresie po leczeniu chirurgicznym cykl zabiegów obejmujący 10 – 20 dni zabiegowych (jednorazowo).</p> <p>6. W przypadku uzasadnionym stanem klinicznym świadczeniobiorcy i koniecznością osiągnięcia celu rehabilitacji czas realizacji świadczenia może być wydłużony przez lekarza prowadzącego leczenie, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
Tryb udzielania świadczenia	<p>W warunkach stacjonarnych lub oddziału dziennego, lub ambulatoryjnych.</p>

Personel	<p>1. Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu.</p> <p>2. Zapewnienie konsultacji przez: 1) lekarza specjalistę w dziedzinie angiologii lub 2) lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii klinicznej; lub 3) lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny paliatywnej.</p> <p>3. Fizjoterapeuta z co najmniej 5-letnim stażem pracy lub specjalista fizjoterapii – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu oraz fizjoterapeuta z co najmniej 3-letnim stażem pracy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika 1 etatu.</p> <p>4. Psycholog lub psychoonkolog – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej równoważnika ½ etatu (realizacja świadczenia może być łączona z realizacją innych modułów świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi).</p> <p>5. Terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w wymiarze co najmniej ¼ etatu.</p>
Miejsce realizacji świadczenia	Oddział stacjonarny rehabilitacji leczniczej lub oddział dzienny rehabilitacji, lub pracownia fizjoterapii.
Wyposażenie w sprzęt medyczny	<p>Wymagane w miejscu realizacji świadczenia:</p> <p>1) sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – lustra, materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie, wysokie kliny, wałki do masażu, bieżnia;</p> <p>2) aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej z regulacją ciśnienia do min. 150 mmHg i zestawami mankietów wielokomorowych (5–13);</p> <p>3) stół lub leżanka terapeutyczna / łóżko do manualnego drenażu limfatycznego;</p> <p>4) zestaw bandaży uciskowych o różnych rozmiarach i materiałów (short stretch lub long stretch) do kompresji wraz z osprzętem do bandażowania wielowarstwowego;</p> <p>5) komplet rękawów uciskowych zakładanych po zakończeniu terapii w celu utrzymania efektów terapii, tylko do demonstracji.</p>

Organizacja udzielania świadczeń	<p>Rehabilitacja dla określonej grupy świadczeniobiorców wymaga przedstawienia następujących informacji świadczeniodawcy:</p> <ol style="list-style-type: none">1) wskazania medycznego według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikującego do rehabilitacji;2) zakresu, rodzaju i częstotliwości świadczeń rehabilitacyjnych planowanych do realizacji;3) czasu trwania rehabilitacji;4) kryteriów oceny zakończenia rehabilitacji;5) metody oceny skuteczności rehabilitacji. <p>2. Stała współpraca z Centrum Kompetencji Raka Piersi.</p> <p>3. Świadczeniodawca wyznacza osobę odpowiedzialną w podmiocie świadczeniodawcy za kontakt z koordynatorem merytorycznym i z koordynatorem organizacyjnym Centrum Kompetencji Raka Piersi.</p> <p>4. W przypadku gdy pacjent zgłasza się z badaniami, nie są wykonywane powtórne badania diagnostyczne, jeżeli lekarz lub fizjoterapeuta prowadzący rehabilitację, w zakresie swoich kompetencji, nie zdecydują inaczej.</p> <p>5. Świadczeniodawca w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla świadczeniobiorcy informuje o planowanym postępowaniu fizjoterapeutycznym, proponowanych procedurach, dostępnych opcjach fizjoterapeutycznych, ryzyku związanym z przyjętym planem postępowania, możliwych powikłaniach oraz przekazuje inne informacje mające znaczenie w procesie fizjoterapeutycznym.</p> <p>6. Świadczeniodawca na podstawie powszechnie obowiązujących klasyfikacji i standardów oceny monitoruje i ewaluuje jakość i efektywność realizowanych świadczeń oraz zgodność z warunkami realizacji świadczenia, w tym warunkami czasowymi realizacji świadczenia</p>
---	--

Źródło Opracowanie własne na podstawie <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001062/O/D20191062.pdf> (26.03.2025)

3. Struktura demograficzna pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji, finansowanych ze środków NFZ

3.1. Mapy Potrzeb Zdrowotnych – struktura i cele

Minister Zdrowia zgodnie z Art. 95a Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przygotowuje i publikuje mapę potrzeb zdrowotnych w celu identyfikacji priorytetowych problemów zdrowotnych i kluczowych wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz właściwego wydatkowania środków publicznych.

Obecna mapa została opracowana przez Ministra Zdrowia na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.

Mapa przedstawia z jednej strony analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów, w tym personelu medycznego, które są udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego, z drugiej zaś rekomendowane kierunki działań dla obszaru Rzeczypospolitej Polskiej i poszczególnych województw.

W części mapy dotyczącej rehabilitacji zawarte są szczegółowe dane dotyczące liczby, wieku, płci rehabilitowanych pacjentów w 2023 roku w podziale na poszczególne województwa oraz na cztery zakres (rehabilitację ambulatoryjną, rehabilitację stacjonarną, rehabilitację jednodniową i rehabilitację w warunkach domowych), które przedstawiono poniżej.

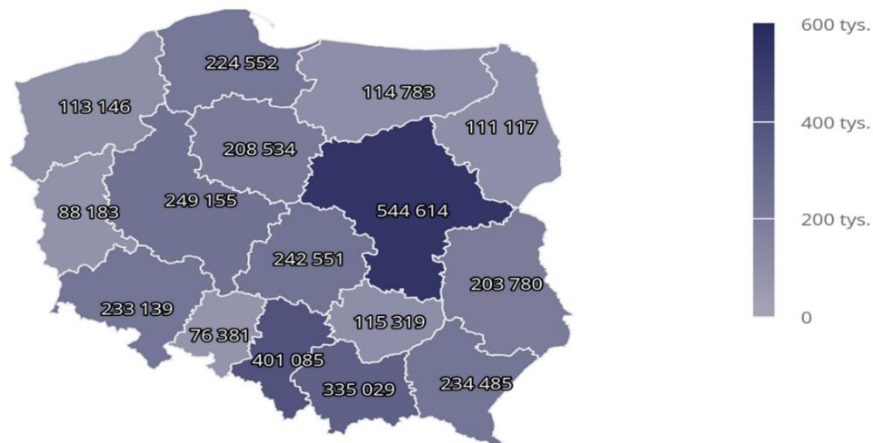
3.2. Liczba rehabilitowanych pacjentów w 2023 roku

3.2.1. Liczba rehabilitowanych pacjentów ogółem

W 2023 roku we wszystkich rodzajach rehabilitacji świadczeń finansowanych w ramach NFZ udzielono ponad 3,5 mln pacjentom.

Największa liczba pacjentów ponad 540 tysięcy została odnotowana w województwie mazowieckim a najmniejsza 76 tysięcy w województwie opolskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych - Polska



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 2. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W RAMACH NFZ W POLSCE W 2023 ROKU

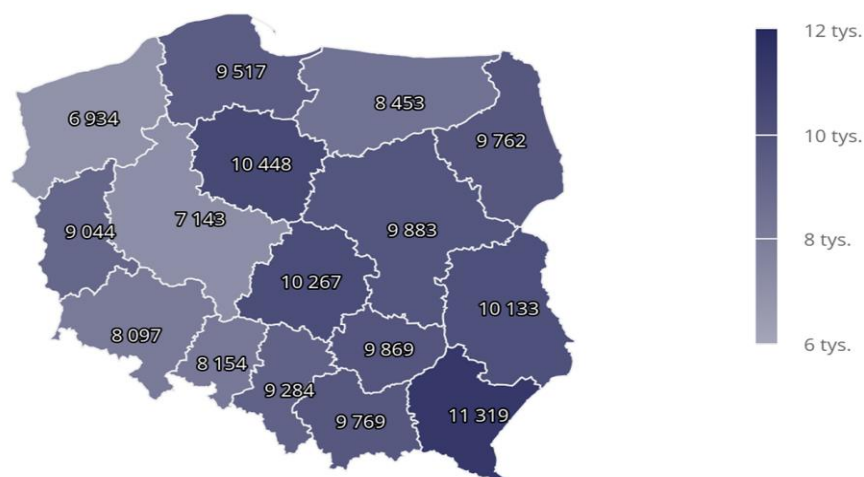
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.2.2. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców

W Polsce średnio 9,3 tysiąca pacjentów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było rehabilitowanych w ramach NFZ w 2023 roku.

Najwyższy wskaźnik ponad 11 tysięcy rehabilitowanych pacjentów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców odnotowano w województwie podkarpackim natomiast najniższy wskaźnik niecałe 7 tysięcy/100 tys mieszkańców województwie zachodniopomorskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów na 100 tys. ludności - Polska



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

RYСУNEK 3. LICZBA PACJENTÓW REHABILITOWANYCH W PRZELICZENIU NA 100 TYSIĘCY MIESZKAŃCÓW W RAMACH NFZ W POLSCE W 2023 ROKU

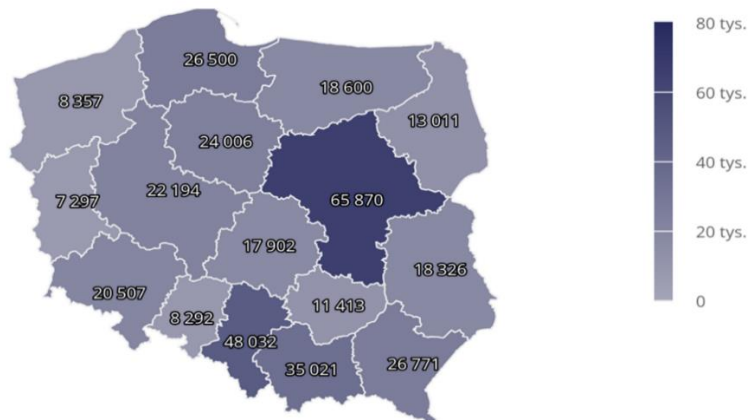
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.2.3. Liczba rehabilitowanych pacjentów w wieku od 0-17 lat

W 2023 roku we wszystkich rodzajach rehabilitacji świadczeń finansowanych w ramach NFZ udzielono ponad 371 tysiącom pacjentom w wieku od 0-17 lat.

Największa liczba pacjentów (0-17 lat) ponad 67 tysięcy została odnotowana w województwie mazowieckim a najmniejsza nieco ponad 7 tysięcy w województwie lubuskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych, 0-17 - Polska



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 4. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W RAMACH NFZ W WIEKU 0-17 LAT

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

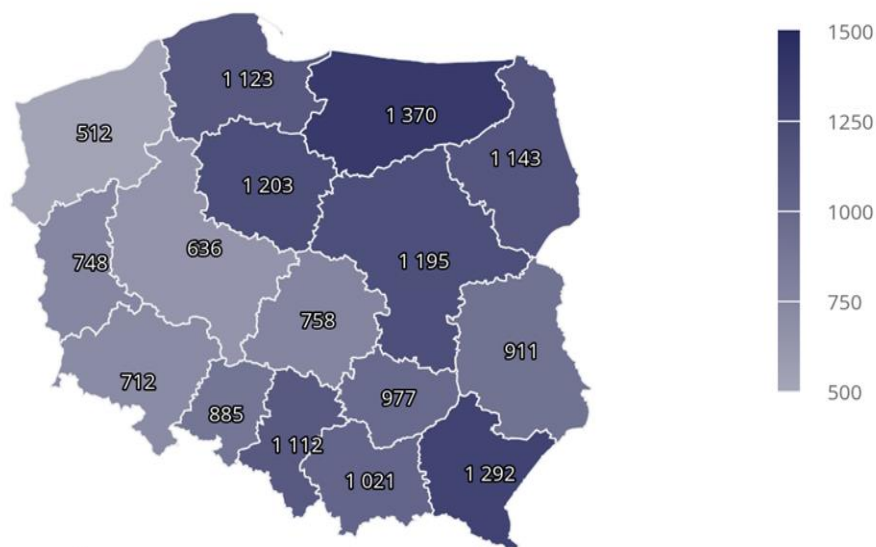
3.2.4. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w wieku 0-17 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców

W Polsce średnio 988 pacjentów w wieku 0-17 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było rehabilitowanych w ramach NFZ w 2023 roku.

Najwyższy wskaźnik ponad 1 370 rehabilitowanych pacjentów w wieku 0-17 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców odnotowano w województwie warmińsko - mazurskim natomiast najniższy wskaźnik 512 /100 tys mieszkańców województwie zachodniopomorskim

Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, 0-17 - Polska



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

RYСУNEK 5. LICZBA PACJENTÓW REHABILITOWANYCH W PRZELICZENIU NA 100 TYSIĘCY MIESZKAŃCÓW W RAMACH NFZ W POLSCE W 2023 ROKU

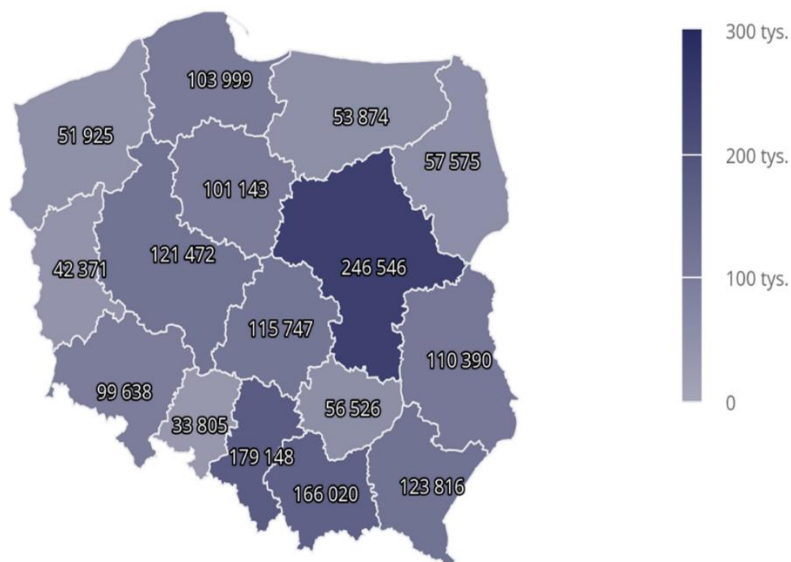
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.2.5. Liczba rehabilitowanych pacjentów w wieku od 18-64 lat

W 2023 roku we wszystkich rodzajach rehabilitacji świadczeń finansowanych w ramach NFZ udzielono ponad 1,7 mln pacjentom w wieku od 18-64 lat

Największa liczba pacjentów (18-64 lat) blisko 250 tysięcy została odnotowana w województwie mazowieckim a najmniejsza blisko 34 tysięcy w województwie opolskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych, 18-64 - Polska



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 6. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W RAMACH NFZ W WIEKU 0-17 LAT

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

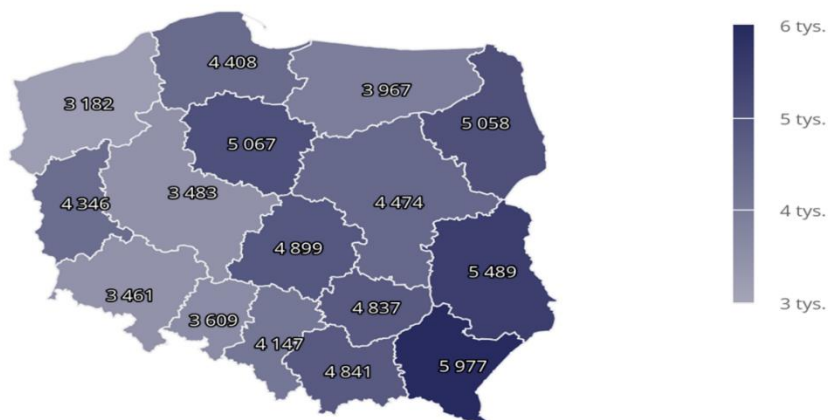
3.2.6. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w wieku 18-64 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców

W Polsce średnio 4,4 tysiąca pacjentów w wieku 18-64 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było rehabilitowanych w ramach NFZ w 2023 roku.

Najwyższy wskaźnik blisko 6 tysięcy rehabilitowanych pacjentów w wieku 18-64 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców odnotowano w podkarpackim natomiast najniższy wskaźnik nieco ponad 3 tysiące /100 tys mieszkańców województwie zachodniopomorskim

Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, 18-64 - Polska



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

RYSUNEK 7. LICZBA PACJENTÓW REHABILITOWANYCH W WIEKU 18-64 LAT W PRZELICZENIU NA 100 TYSIĘCY MIESZKAŃCÓW W RAMACH NFZ W POLSCE W 2023 ROKU

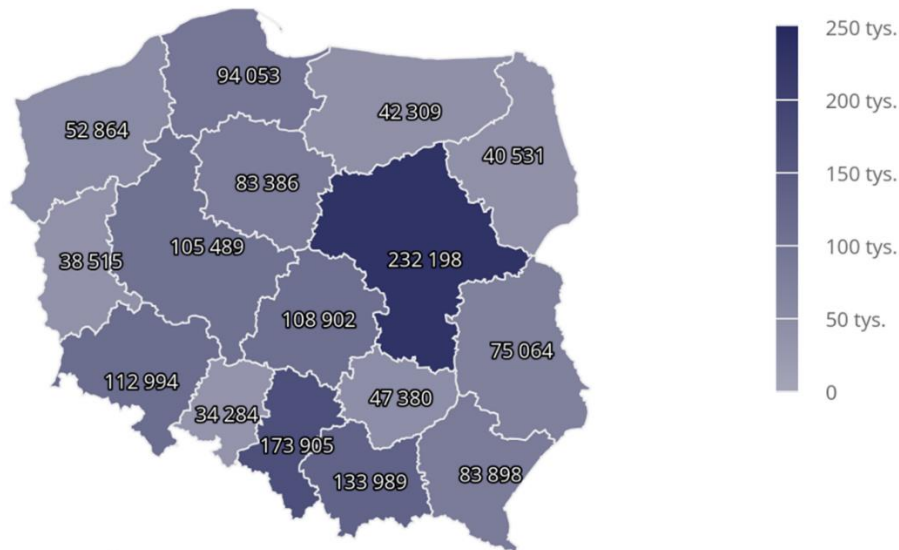
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.2.7. Liczba rehabilitowanych pacjentów w powyżej 65 lat

W 2023 roku we wszystkich rodzajach rehabilitacji świadczeń finansowanych w ramach NFZ udzielono ponad 1,5 mln pacjentom w wieku powyżej 65 lat.

Największa liczba pacjentów (powyżej 65 lat) ponad 232 tysięcy została odnotowana w województwie mazowieckim a najmniejsza blisko 34 tysięcy w województwie opolskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych, 65+ - Polska



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 8. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W RAMACH NFZ POWYŻEJ 65 LAT

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

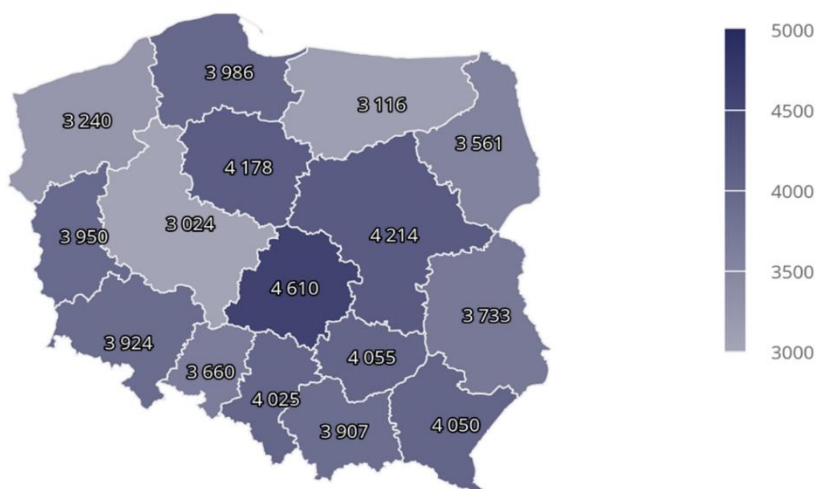
3.2.8. Wskaźnik rehabilitowanych pacjentów w wieku 65 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców

W Polsce średnio 3,9 tysiąca pacjentów w wieku powyżej lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było rehabilitowanych w ramach NFZ w 2023 roku.

Najwyższy wskaźnik blisko 4,6 tysiąca rehabilitowanych pacjentów w wieku powyżej 65 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców odnotowano w podkarpackim natomiast najniższy wskaźnik nieco ponad 3 tysiące /100 tyś mieszkańców województwie wielkopolskim

Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów na 100 tys. ludności, 65+ - Polska



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ i GUS

RYСУNEK 9. LICZBA PACJENTÓW REHABILITOWANYCH W WIEKU POWYŻEJ LAT W PRZELICZENIU NA 100 TYSIĘCY MIESZKAŃCÓW W RAMACH NFZ W POLSCE W 2023 ROKU

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.3. Liczba pacjentów rehabilitowanych w poszczególnych trybach realizacji świadczeń

W ramach świadczeń z rodzaju rehabilitacji leczniczej świadczenia udzielane są w czterech trybach:

- Rehabilitacja ambulatoryjna
- Rehabilitacja dzienna
- Rehabilitacja stacjonarna
- Rehabilitacja domowa

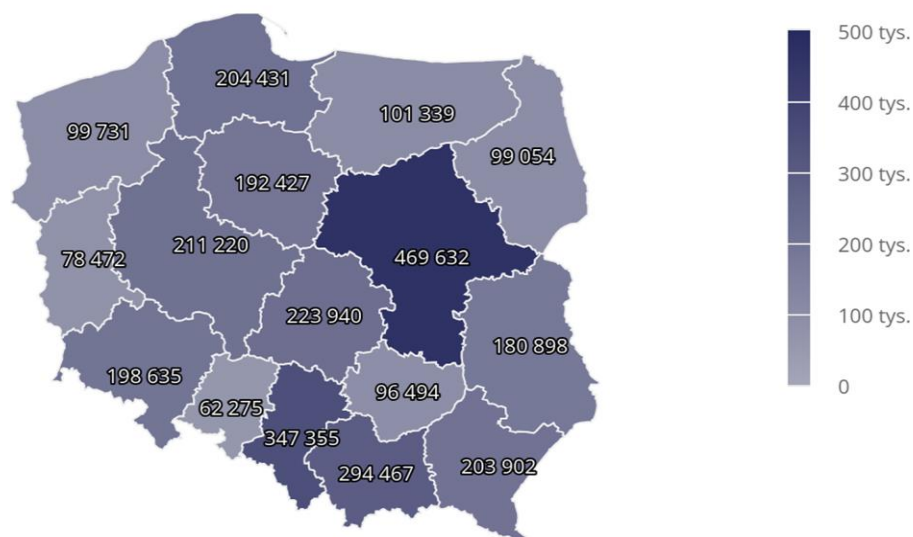
Poniżej przedstawiono dane dotyczące rehabilitacji pacjentów w 2023 roku w podziale na powyższe trzy tryby

3.3.1. Rehabilitacja ambulatoryjna

W Polsce najwięcej pacjentów ponad 3 mln było rehabilitowanych w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej NFZ w 2023 roku. Największa liczba pacjentów w tym

zakresie została odnotowana w województwie mazowieckim blisko 470 tysięcy a najmniejsza ponad 62 tysięcy w województwie opolskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych - Polska



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 10. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI AMBULATORYJNEJ

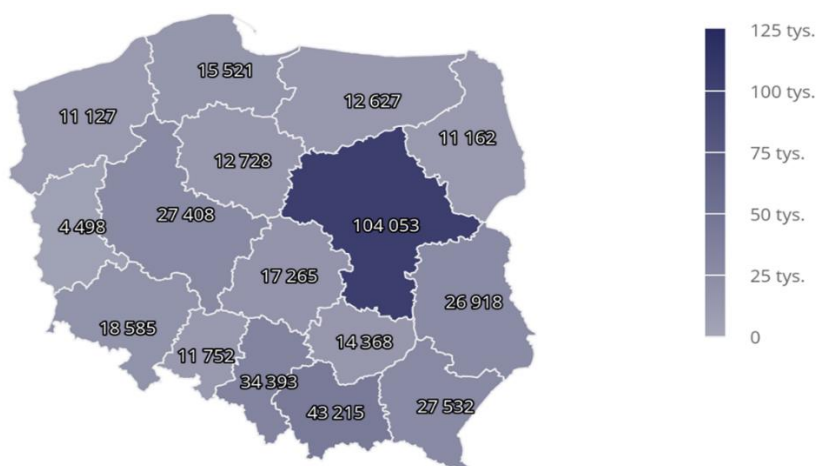
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.3.2. Rehabilitacja dzienna

W Polsce 390 tysięcy pacjentów było rehabilitowanych w ramach rehabilitacji dziennej NFZ w 2023 roku.

Największa liczba pacjentów w tym zakresie została odnotowana w województwie mazowieckim ponad 104 tysiące a najmniejsza ponad 4,5 tysięcy w województwie lubuskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych - Polska



Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 11. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI DZiennej

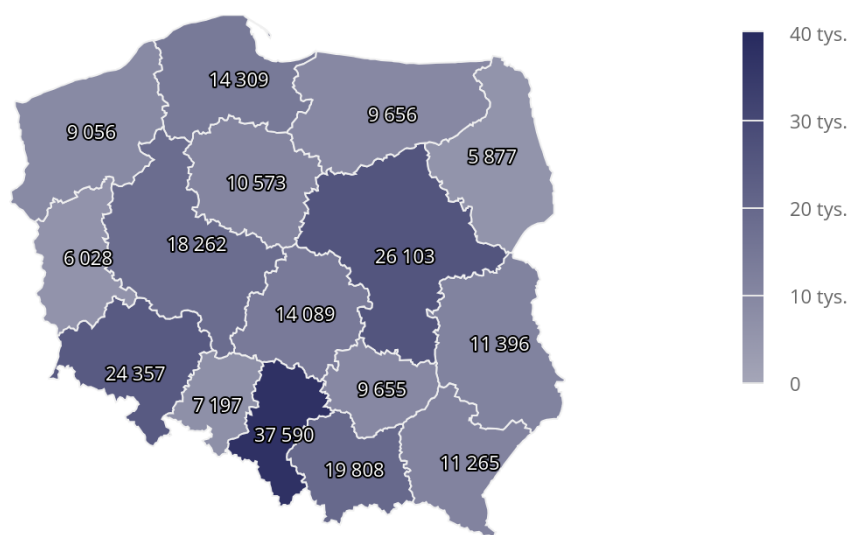
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.3.3. Rehabilitacja stacjonarna

W Polsce 235 tysięcy pacjentów było rehabilitowanych w ramach rehabilitacji stacjonarnej NFZ w 2023 roku

Największa liczba pacjentów w tym zakresie została odnotowana w województwie śląskim blisko 38 tysięcy a najmniejsza nieco ponad 6 tysięcy w województwie lubuskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych - Polska



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 12. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI STACJONARNEJ

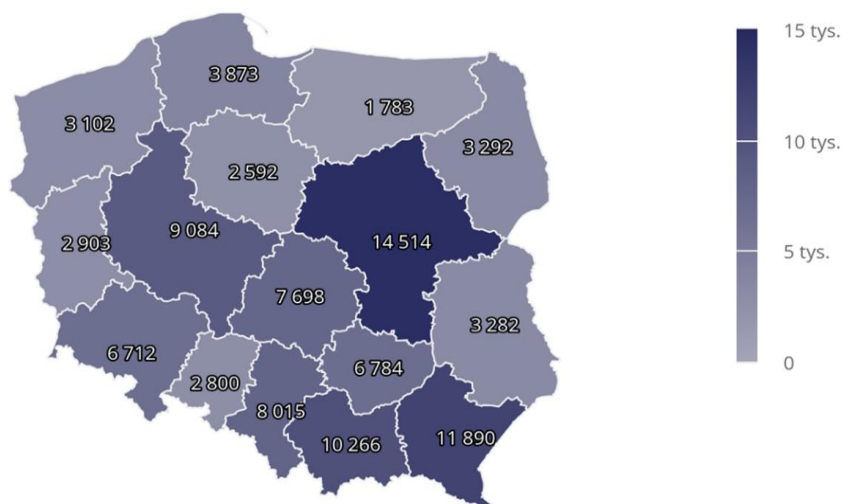
Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

3.3.4. Rehabilitacja domowa

W Polsce 98 tysięcy pacjentów było rehabilitowanych w ramach rehabilitacji domowej NFZ w 2023 roku.

Największa liczba pacjentów w tym zakresie została odnotowana w województwie mazowieckim blisko 14,5 tysiąca a najmniejsza nieco blisko 1,8 tysiąca w województwie warmińsko-mazurskim. Szczegółowe dane zawarte są na rycinie poniżej.

Liczba pacjentów w wartościach absolutnych - Polska



Źródło: Opracowanie DAIS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 13. LICZBA PACJENTÓW OGÓŁEM REHABILITOWANYCH W ZAKRESIE REHABILITACJI DOMOWEJ

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (18.03.2025 r)

4. Struktura i poziom finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków NFZ w latach 2021-2023

Analizie poddano dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2023 dokument *Sprawozdanie finansowe z działalności NFZ z czerwca 2024*¹⁰ oraz informacje zamieszczone w serwisie internetowym *Mapy Potrzeb Zdrowotnych - Ministerstwo Zdrowia Departament Analiz i Strategii*¹¹. Dane dotyczyły liczby

¹⁰

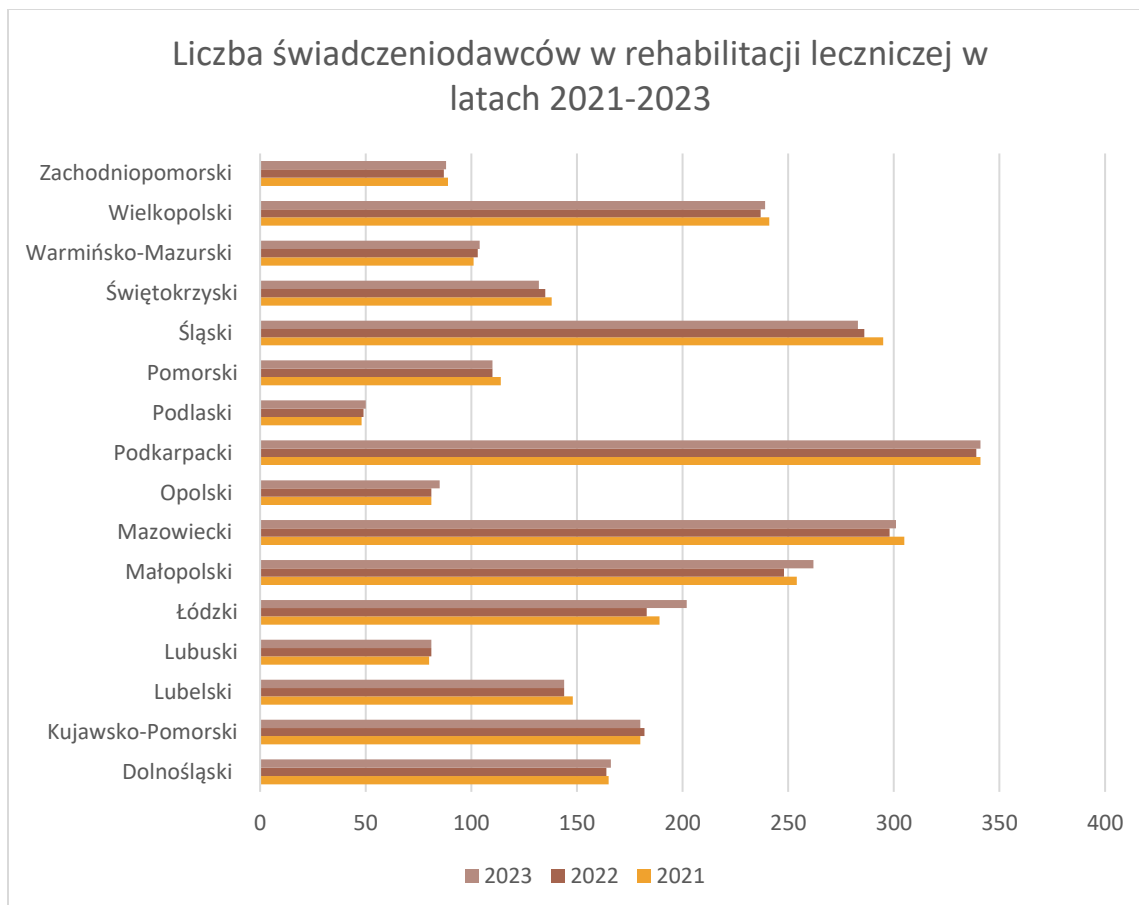
https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_nr_17-sig.pdf (27.03.2025 r.)

¹¹ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (27.03.2025 r.)

pacjentów oraz liczby świadczeniodawców, wartości zrealizowanych jednostek rozliczeniowych, rodzajów świadczeń w podziale na województwa.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków publicznych w latach 2021-2023 były realizowane w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522 ze zm.).

Ogólna liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej wyniosła 2769 w 2021, 2727 w 2022 roku oraz 2768 w 2023 roku. Dane za rok 2022 przedstawiają nieznaczny spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do 2021 roku, szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.



WYKRES 1. LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W REHABILITACJI LECZNICZEJ W LATACH 2021-2023 W PODZIALE NA WOJEWÓDZTWA

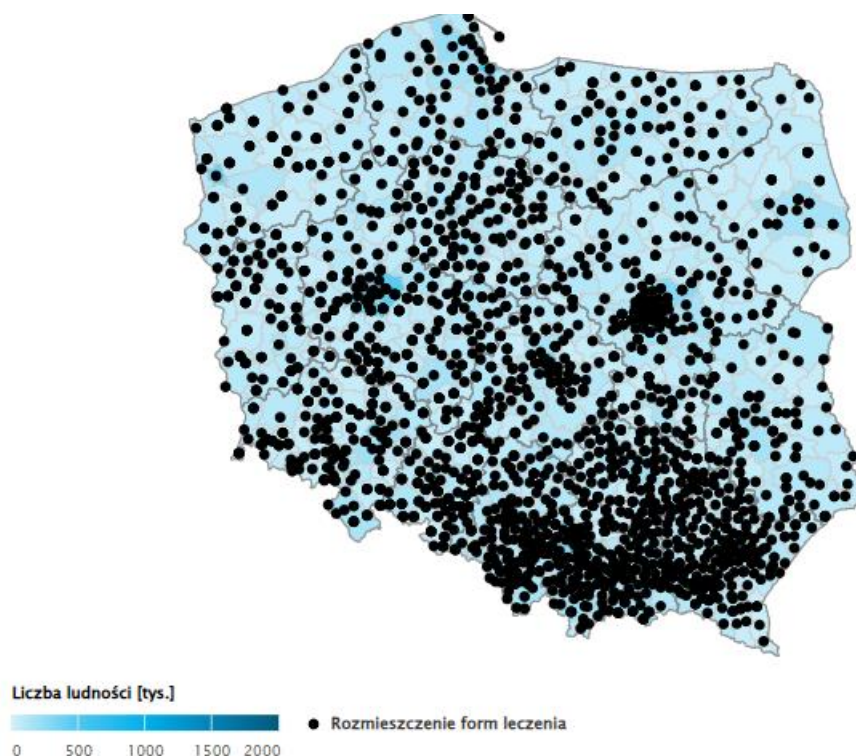
Źródło Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie finansowe NFZ za 2023 rok

Według danych prezentowanych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej w 2023 roku wyniosła 3197 łącznie (podmioty realizujące tryb dzienny - 850, tryb stacjonarny - 473, tryb rehabilitacji domowej - 569 oraz tryb ambulatoryjny – 2548)¹².

W 2023 roku świadczenia z poszczególnych trybów realizacji rehabilitacji leczniczej były udzielane w 377 powiatach w Polsce, przy czym największe zagęszczenie świadczeniodawców (bez względu na tryb i rodzaj udzielanych świadczeń) odnotowano w regionach Polski południowej tj. województwa podkarpackie, śląskie

¹² <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (27.03.2025 r.)

oraz małopolskie, a także centralnej województwo mazowieckie, szczegóły przedstawiono na rycinie poniżej.

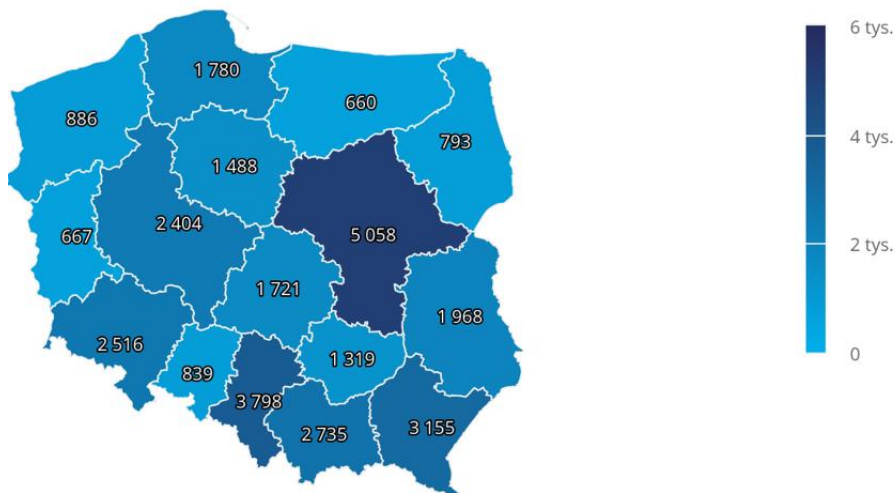


RYSUNEK 14. ROZMIESZCZENIE GMIN W KTÓRYCH ZNAJDUJĄ SIĘ KOMÓRKI ZAKRESU : RAZEM, ROK 2023

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (27.03.2025 r.)

W serwisie Mapy Potrzeb Zdrowotnych przedstawiono dane dotyczące liczby fizjoterapeutów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z NFZ w 2023 roku. Łącznie w 2023 roku do umów z NFZ zgłoszono 31 156 fizjoterapeutów na terenie Polski, co w przeliczeniu daje 112 pacjentów na jednego fizjoterapeutę, szczegóły rozmieszczenia geograficznego tych specjalistów przedstawiono na rycinie poniżej.

Liczba fizjoterapeutów w NFZ - Polska

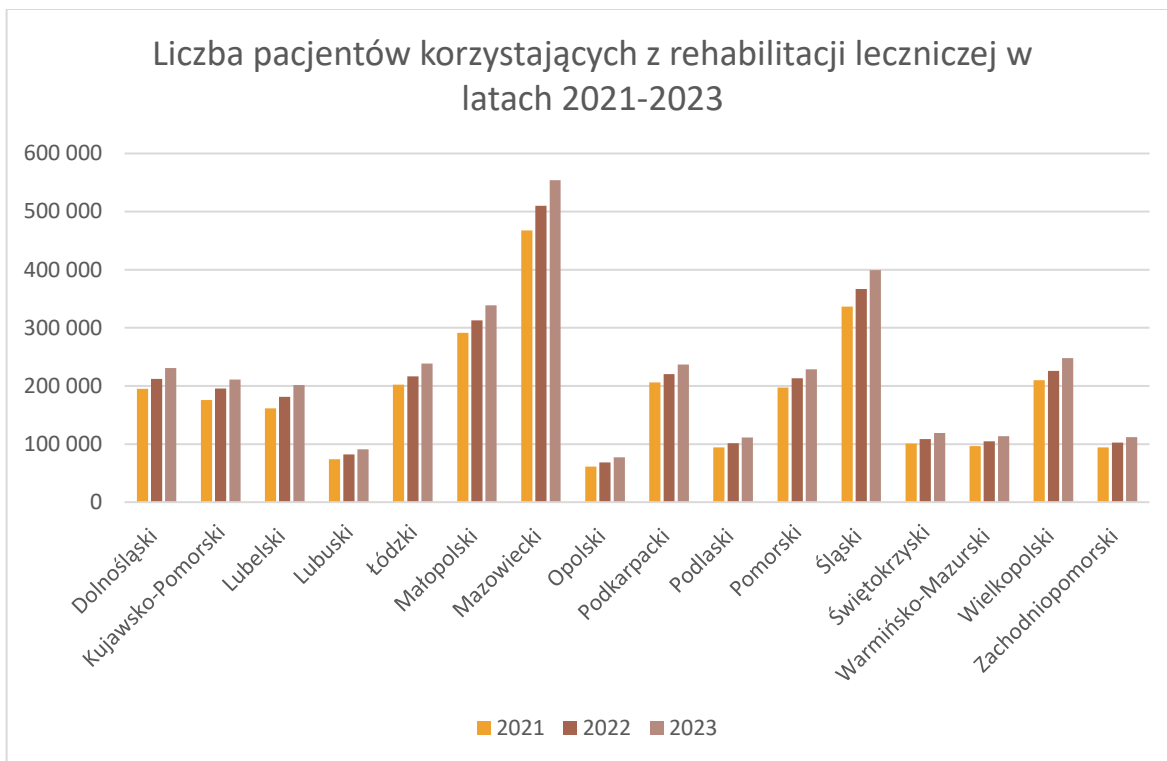


Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ

RYSUNEK 15. ROZMIESZCZENIE FIZJOTERAPEUTÓW W RAMACH ŚWIADCZEŃ REHABILITACJI FINANSOWANEJ PRZEZ NFZ, ROK 2023

Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/rehabilitacja/rehabilitacja-mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (27.03.2025 r.)

Liczba pacjentów korzystających z rehabilitacji leczniczej wg danych ujętych w Sprawozdaniu finansowym NFZ za 2023 rok wyniosła 2 965 695 chorych w 2021 roku, 3 222 725 chorych w 2022 roku oraz 3 511 737 chorych w 2023 roku – co wskazuje na rosnący trend, szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.

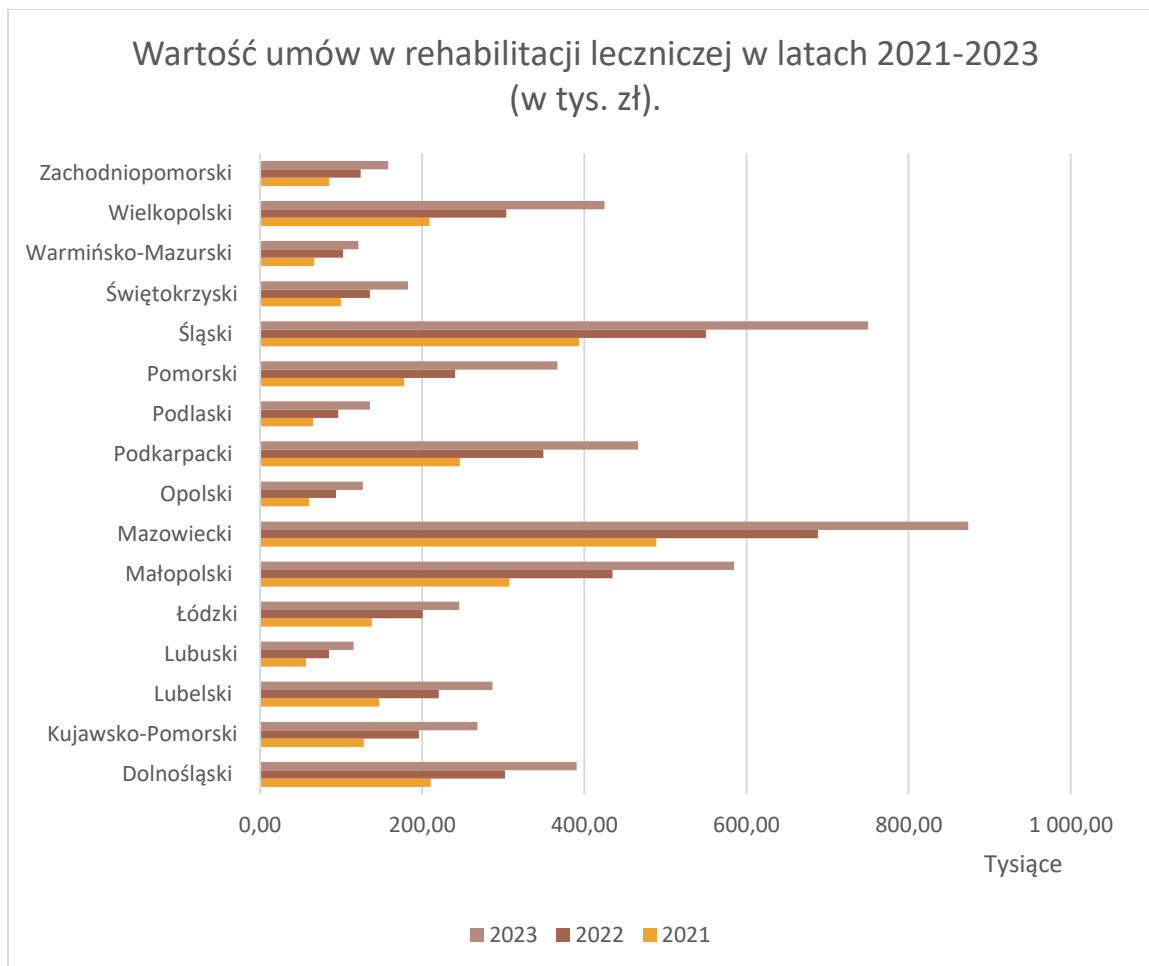


WYKRES 2. LICZBA PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z REHABILITACJI LECZNICZEJ W LATACH 2021-2023 W PODZIALE NA WOJEWÓDZTWA

Źródło opracowanie własne: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie finansowe NFZ za 2023 rok

Wartość zakontraktowanych umów na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej w latach 2021-2023 zarówno w ujęciu globalnym (suma zakontraktowanych umów) oraz w ujęciu dla poszczególnych OW NFZ wykazała tendencje wzrostową. W 2023 roku województwo, w którym przeznaczono najwięcej środków na zakup świadczeń rehabilitacji leczniczej to województwo mazowieckie z łączoną pulą środków 873 mln zł., kolejne to województwo śląskie z pulą 750 mln zł oraz województwo podkarpackie z pulą umów o wartości 466 mln zł.

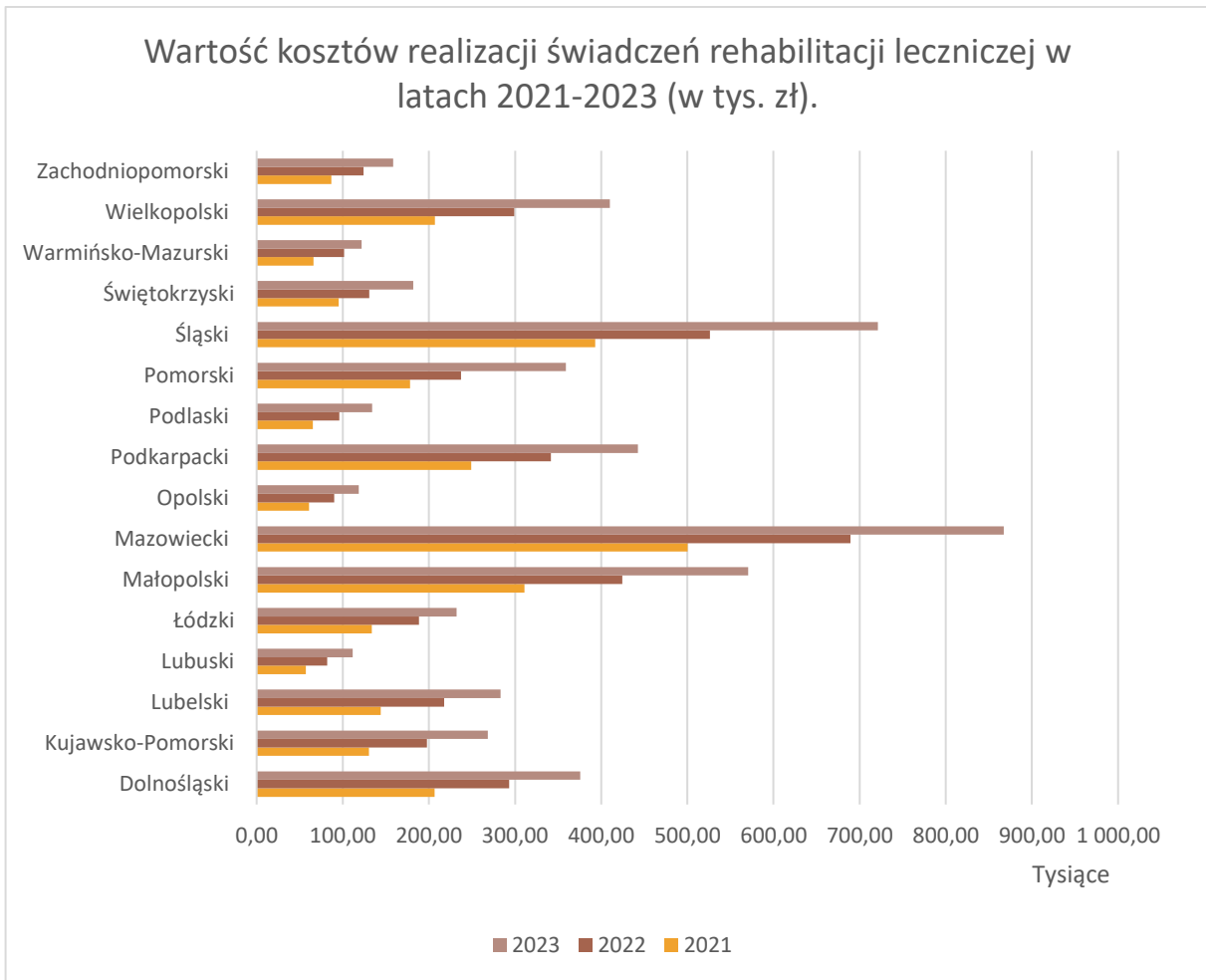
Oznacza to że nakłady NFZ na finansowanie rehabilitacji leczniczej rosły w przedziale analizowanych trzech lat. Szczegółowe dane przedstawiono na wykresie poniżej.



WYKRES 3. WARTOŚĆ UMÓW REHABILITACJI LECZNICZEJ W LATACH 2021-2023 (W TYS. ZŁ)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie finansowe NFZ za 2023 rok

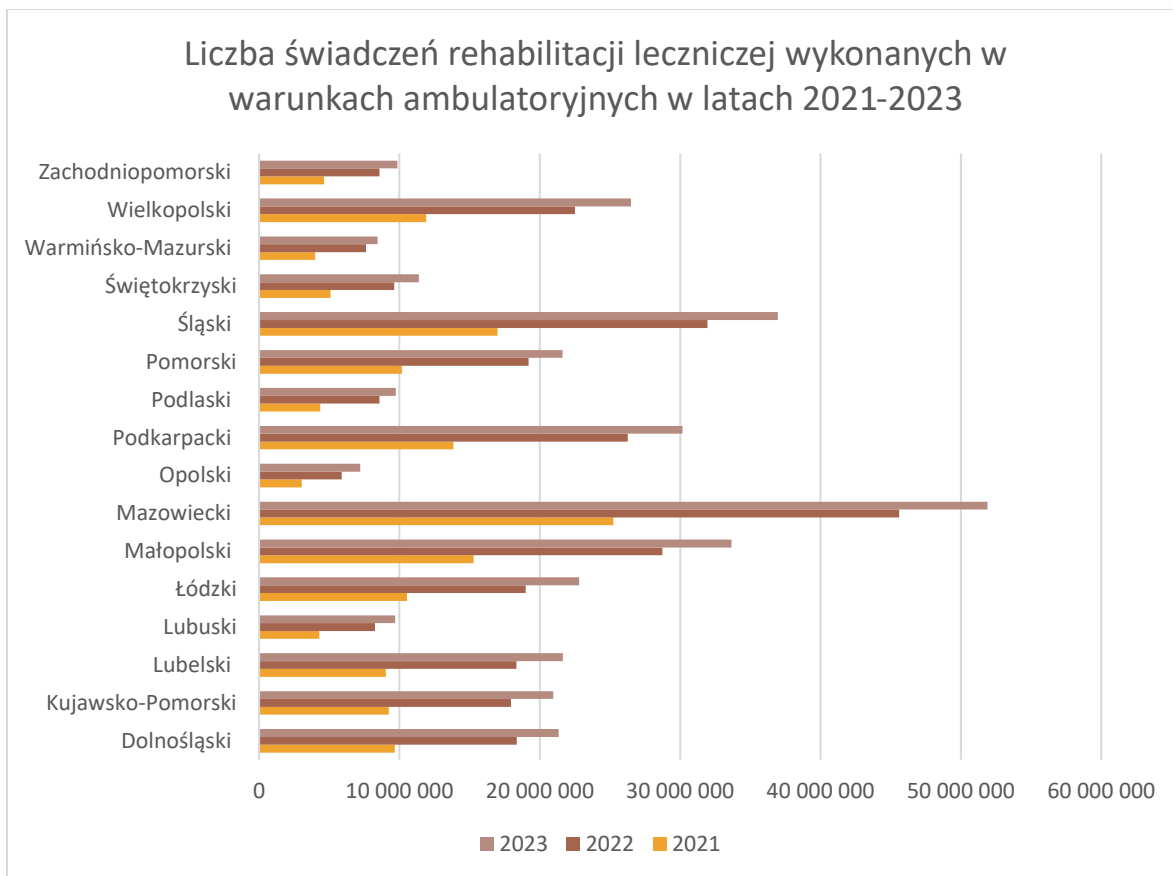
W zakresie realizacji podpisanych w poszczególnych OW NFZ kontraktów dla rehabilitacji leczniczej (w ujęciu globalnym) w raportowano nadwykonania umów w analizowanym okresie trzech lat. W roku 2021 nadwykonania kontraktów z zakresu rehabilitacji odnotowano w województwach małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, pomorskim oraz zachodniopomorskim. Natomiast w roku 2022 nadwykonania realizacji kontraktów dotyczyły już tylko województwa kujawsko-pomorskiego oraz mazowieckiego a w roku 2023 województwa dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego oraz województwa zachodniopomorskiego, szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.



WYKRES 4. WARTOŚĆ KOSZTÓW REALIZACJI REHABILITACJI LECZNICZEJ W LATACH 2021-2023 (W TYS. ZŁ)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie finansowe NFZ za 2023 rok

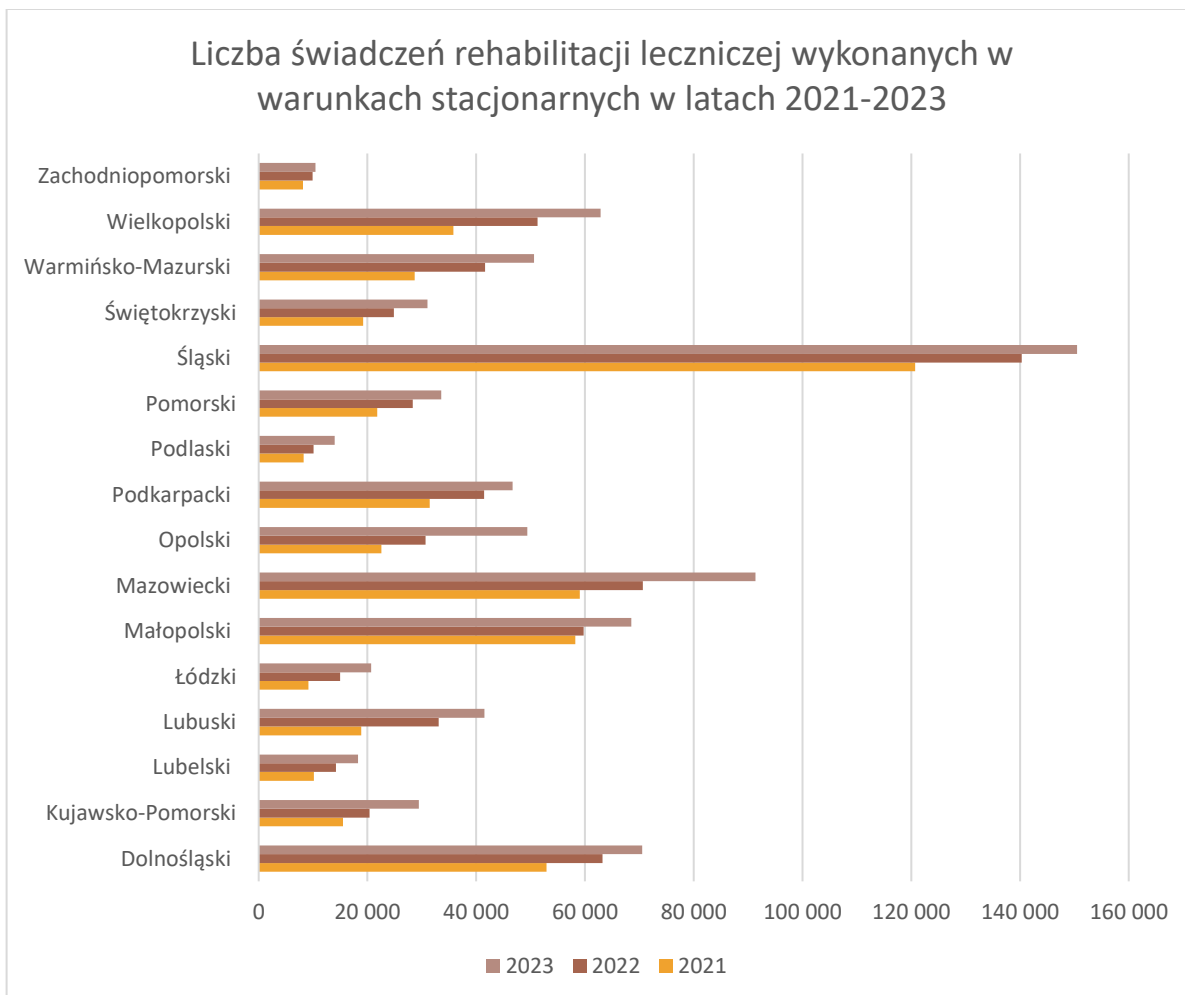
Parametrami które informują o krotności zrealizowanych świadczeń są liczba wykonanych świadczeń ambulatoryjnych oraz liczba wykonanych świadczeń w trybie stacjonarnym, przy czym należy podkreślić, iż dla danego pacjenta może to być krotność zdarzeń w danym roku. Liczba świadczeń zrealizowanych w trybie ambulatoryjnym w latach 2021-2023 przyrastała w odniesieniu rok do roku, najczęściej udzielonych świadczeń odnotowano w 2023 roku w województwach mazowieckim i śląskim, szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.



WYKRES 5. LICZBA ŚWIADCZEŃ REHABILITACJI LECZNICZEJ WYKONANYCH W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH W LATACH 2021-2023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie finansowe NFZ za 2023 rok

Liczba udzielonych świadczeń rehabilitacji pacjentom w warunkach stacjonarnych w latach 2021-2023 przyrastała w odniesieniu rok do roku, najczęściej udzielono ich w 2023 roku w województwach śląskim, mazowieckim oraz dolnośląskim szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.



WYKRES 6. LICZBA ŚWIADCZEŃ REHABILITACJI LECZNICZEJ WYKONANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH W LATACH 2021-2023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdanie finansowe NFZ za 2023 rok

5. Rozwój rehabilitacji leczniczej w kontekście zapisów Krajowego Planu Odbudowy i Krajowego Planu Transformacji i innych dokumentów

5.1. Rekomendacje wynikające z map potrzeb zdrowotnych

Mapy potrzeb zdrowotnych wraz z rekomendacjami są podstawą do opracowywania wszystkich dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia (*Krajowy Plan Transformacji „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”*, *Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności*) jak również są podstawą do planu zakupu świadczeń i kontraktowania świadczeń przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wdrożeniu rekomendowanych kierunków działań zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych służą plany transformacji. To w nich zawarte są zaproponowane konkretne działania i interwencje, które mają realizować postulaty zawarte w mapie. Za ustalenie i wdrożenie krajowego planu transformacji odpowiada Minister Zdrowia, natomiast wojewódzkich planów transformacji – wojewodowie. W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji przygotowanych planów, organy te są wspierane przez wojewódzkie rady potrzeb zdrowotnych.

Mapy w części wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw wskazują, że wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w Polsce trafiali na rehabilitację, wyróżnia się:

- choroby układu mięśniowo-szkieletowego (78%),
- choroby układu nerwowego (15,3%),
- choroby układu krążenia (1,5%),
- inne choroby niezakaźne (0,9%),
- nowotwory (0,7%)
- przewlekłe choroby układu oddechowego (0,6%).¹³

¹³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69



Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że na rehabilitację trafiało bardzo mało pacjentów (w stosunku do liczby chorych) z chorobami układu krążenia oraz z nowotworami.

Wskazano także, że psychofizyczne następstwa leczenia nowotworów są przyczyną obniżenia jakości życia u około 70% chorych¹⁴.

Najsukuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom czynnościowym lub przywracania sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych jest fizjoterapia.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej¹⁵ rehabilitacja powinna być integralną formą wsparcia leczenia onkologicznego dostępną dla wszystkich chorych leczonych z powodu nowotworów złośliwych (niezależnie od rodzaju, stopnia zaawansowania, metody i etapu terapii).

Dodatkowo należy dążyć do jej zapewnienia jeszcze przed rozpoczęciem aktywnego leczenia onkologicznego, a nie po jego zakończeniu, co znacznie zmniejsza ryzyko powikłań i zaburzeń oraz zwiększa szansę szybszego powrotu chorych do pełnej aktywności.

Jak wskazuje Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, rehabilitację onkologiczną powinna również cechować ciągłość, zakładająca kontynuację rehabilitacji nawet przez całe życie chorych i objęcie nią okresu szpitalnego oraz poszpitalnego wczesnego (sanatoryjnego) i późnego (ambulatoryjnego), co zmniejsza ryzyko nawrotu zaburzeń czynnościowych, które są groźne nawet wiele lat po zakończeniu leczenia.

Należy zaznaczyć, że rehabilitacja lecznicza finansowana jest z różnych źródeł: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, jednostek samorządu terytorialnego i prywatnych środków pacjentów.

Sektor prywatny odgrywa w rehabilitacji istotną rolę, jednak brakuje danych pozwalających na oszacowanie jego skali.

W systemie ochrony zdrowia świadczenia rehabilitacyjne realizowane są w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych, przy czym świadczenia ambulatoryjne stanowią największą.

¹⁴ M. Woźniwski, Fizjoterapia w onkologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012)

¹⁵ Zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w zakresie rehabilitacji.

[http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_19_Rehabilitacja_chorych_na_nowotwory_2014\)](http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_19_Rehabilitacja_chorych_na_nowotwory_2014)

Świadczenia w zakresie rehabilitacji są bardzo istotne ze względu na fakt, że przyspieszają powrót pacjentów do zdrowia lub poprawiają jakość życia i poziom ich sprawności po przeżytych chorobach, urazach czy zabiegach medycznych. Dzięki rehabilitacji osoby w każdym wieku mają możliwość utrzymania lub powrotu do codziennych czynności, pełnienia znaczących ról życiowych i maksymalizacji ich dobrostanu.

Istnieją istotne zastrzeżenia co do wykonywania zabiegów rehabilitacji, zwłaszcza ambulatoryjnej. W szczególności wykonuje się zbyt wiele zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii (23,4%), podczas gdy skuteczność kinezyterapii jest silniej udokumentowana¹⁶. (źródło obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. (poz. 69) str. 346)

Mimo uzyskania przez fizjoterapeutów możliwości ustalania planu terapii, zmiany w strukturze udzielanych świadczeń były niewielkie.

Efektom niewłaściwie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji leczniczej są kolejki do podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacyjnych. Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na realizację świadczenia odbywa się na zasadach ogólnych.

Brak szczegółowych regulacji służących obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta i określeniu celu podjętej rehabilitacji sprawia, że popyt przewyższa podaż i przyczynia się do długiego oczekiwania na świadczenia.

Istnieją znaczące różnice pomiędzy województwami pod względem tego, jak często pacjenci są rehabilitowani. Jedną z przyczyn może być zróżnicowana dostępność świadczeń na terenie kraju, na co wskazują znaczne migracje pacjentów pomiędzy województwami. Dane wskazują także na to, że pacjenci mieszkający w miastach na prawach powiatu są rehabilitowani częściej niż pacjenci mieszkający na ich obrzeżach.

5.1.1. Rekomendowane kierunki działań wynikające z Map Potrzeb Zdrowotnych

- konieczne jest objęcie rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zabezpieczeni w tym zakresie. przykładem jest onkologia.
- należy dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych w celu wspomaganie procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania

¹⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69

maksymalnej samodzielności i niezależności. W celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i poniżej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów;

- istotne jest ograniczenie liczby zabiegów fizykoterapii i popularyzację kinezyterapii poprzez zmianę sposobu finansowania, np. wprowadzenie współczynnika korygującego wycenę świadczeń dla poszczególnych świadczeniodawców efektywnością leczenia rozumianą jako poprawa na skali niesprawności;
- zmiana samej struktury zabiegów nie spowoduje skrócenia kolejek, a może przyczynić się nawet do ich wydłużenia. Ze względu na względnie długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej. Ponadto należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach;
- ważne jest dalsze rozpowszechnianie rehabilitacji w warunkach domowych, szczególnie na terenie województw, w których aktualnie jej udział jest nieznaczący;
- należy rozpowszechniać edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i nisko kosztowym elementem rehabilitacji;
- w ostatnim czasie liczne kraje, w tym Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Holandia, zaczęły stawiać duży nacisk na rozwój telerehabilitacji, czyli ćwiczeń wykonywanych przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy. Takie rozwiązanie jest korzystne szczególnie dla pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń, a ponadto niweluje ryzyko rozprzestrzeniania chorób zakaźnych. Dlatego zalecane jest dalsze upowszechnienie telerehabilitacji także w Polsce;
- rekomenduje się wprowadzenie obowiązku sprawozdawania do Ministerstwa Zdrowia informacji o liczbie pacjentów oraz udzielonych świadczeniach przez wszystkich świadczeniodawców działających w obszarze rehabilitacji.

5.2. Krajowy Plan Transformacji

Celem Krajowego Planu Transformacji jest wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, na poziomie krajowym i regionalnym, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców.

KPT jest dokumentem wdrożeniowym, który określa konkretne działania jakie należy podjąć, aby zapewnić obywatelom i mieszkańcom kraju dostęp do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z rekomendacji płynących z mapy potrzeb zdrowotnych oraz innych dokumentów strategicznych w sektorze zdrowia.

Krajowy Plan Transformacji obejmuje lata 2022-2026 i został zaktualizowany przez Ministra Zdrowia 31 grudnia 2024 roku.

5.2.1. Diagnoza rehabilitacji w Krajowym Planie Transformacji

Obecnie popyt na świadczenia rehabilitacyjne przewyższa podaż i powoduje długi czas oczekiwania. W grudniu 2023 r. na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało 828 tys. osób, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych 92 tys. osób, a do poradni rehabilitacyjnej 83 tys. osób.

Przeciętny czas oczekiwania w grudniu 2023 r. w przypadku pilnym wynosił 83 dni na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej, 68 dni na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i 20 dni do poradni rehabilitacyjnej.

Rehabilitacja w ramach NFZ prowadzona jest głównie w warunkach ambulatoryjnych (90% wszystkich rehabilitowanych pacjentów), rzadziej kolejno w warunkach dziennych, stacjonarnych oraz domowych.

W badanym okresie nastąpił dynamiczny wzrost liczby świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach domowych z 4,7 tys. pacjentów w 2016 r. do 98,6 tys. pacjentów w 2023 r.

Zwraca się również uwagę na narastający w Polsce problem bólu dolnego odcinka kręgosłupa. Zgodnie z zastosowaną w mapowaniu potrzeb zdrowotnych metodologią DALY, ten problem zdrowotny odpowiadał za 4,52% obciążenia chorobowego, pozostając na czwartym miejscu za chorobą niedokrwienną serca, udarami i rakiem płuca.

W odróżnieniu od wymienionych, bóle kręgosłupa nie przyczyniają się do przedwczesnej umieralności, ale ze względu na powszechność występowania i długi okres utrzymywania się dolegliwości w cyklu życia bardzo silnie wpływają na jakość życia.

Stanowi to uzasadnienie dla wspierania dostępności do tego rodzaju świadczeń, ponieważ niewystarczające finansowanie może doprowadzić do przejścia fizjoterapeutów do sektora niepublicznego, gdzie dostępność warunkowana jest głównie zamożnością pacjenta.

Dodatkowo, z diagnozy wynikającej z mapy potrzeb zdrowotnych w obszarze świadczeń rehabilitacyjnych, obserwowane jest duże zróżnicowanie regionalne oraz migracje. W związku z tym rekomenduje się wszelkie działania wspierające dostępność do opieki rehabilitacyjnej na poziomie regionalnym.

5.2.2. Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji

Dążenie do poprawy dostępności świadczeń w szczególności w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej.

Zmiany demograficzne niosą ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach.

5.2.3. Działanie na poziomie ponadregionalnym

Obecnie realizowane jest tylko jedno działanie w obszarze rehabilitacji:

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265, z późn. zm.), ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów „ostrych”. Dodatkowo zakładana jest ocena taryfikacji procedur fizykoterapii.

W ramach tego działania oczekuje się:

- przywrócenia osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym;
- zwiększenia dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

Niestety po aktualizacji (31 grudnia 2024 roku) KPT Ministerstwo Zdrowia zrezygnowało z drugiego działania „*Nowa organizacja systemu rehabilitacji leczniczej, w tym weryfikacja wyceny poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyodrębnieniem podstawowej opieki fizjoterapeutycznej, w tym wczesnodziecięcej oraz dla osób starszych*”.

5.3. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030

5.3.1. Zdrowa przyszłość - cele

„Zdrowa Przyszłość” została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r. Stanowi kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”, obejmując jednak cały system, a nie jedynie środki europejskie.

Dokument jest nakierowany na działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, które ujęto w cztery główne obszary: pacjent, procesy, rozwój i finanse, definiując dla każdego z nich cele, które z kolei przekładają się na określone kierunki interwencji.

5.3.2. Rehabilitacja lecznicza - analiza

Rehabilitacja lecznicza to kompleksowe postępowanie mające na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym, czyli poprawy jakości życia.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Opieka rehabilitacyjna jest również dostępna w sektorze pomocy społecznej, gdzie jest finansowana z funduszy zabezpieczenia społecznego (ZUS, KRUS, PFRON).

W ramach rehabilitacji leczniczej należy zwrócić uwagę na dysproporcje regionalne zarówno w liczbie fizjoterapeutów na 100 tys. ludności, jak i w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.

5.3.3. Rekomendacja

Należy rozważyć centralizację i poprawienie wymiany informacji między instytucjami (lub utworzenie głównego ośrodka zajmującego się tymi zagadnieniami).

Długi czas oczekiwania na rehabilitację świadczyć może nie tylko o zbyt małej dostępności, ale też o błędnym procesie kwalifikacji. Istotne może być poszukiwanie rozwiązań mających na celu optymalizację procesu kwalifikacji, który uwzględniałby stan pacjenta, ale też zasoby systemu.

Celem powinno być podjęcie rehabilitacji w terminie 30 dni od wystawienia skierowania w 90% przypadków.

5.4. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności

Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) jest dokumentem programowym określającym cele związane z odbudową i tworzeniem odporności społeczno-gospodarczej Polski po kryzysie wywołanym pandemią COVID-19 oraz służące ich realizacji reformy strukturalne i inwestycje.

Dokument stanowi podstawę ubiegania się o wsparcie z Europejskiego Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (Recovery and Resilience Facility – RRF). Horyzont czasowy realizacji zadań projektowych zawartych w dokumencie zamyka się z końcem sierpnia 2026 r. Oznacza to, że środki finansowe, pochodzące z tego instrumentu, muszą być wydatkowane w ciągu najbliższych 2 lat.

W ramach KPO w obszarze ochrony zdrowia przewidziano realizację zadania pod nazwą „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia.” W ramach którego przewidziano następujące działania:

- D1. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, w szczególności w kluczowych obszarach ze względu na zagrożenia epidemiologiczne, choroby cywilizacyjne oraz sytuację demograficzną. (wartość 14 mld zł).
- D2. Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych. (wartość 3,1 mld zł)
- D3. Rozwój badań naukowych i sektora farmaceutycznego w odpowiedzi na wzmocnienie odporności systemu ochrony zdrowia (wartość 0.6 mld zł).

Należy zaznaczyć, że Rada Unii Europejskiej 16 lipca 2024 r. podjęła decyzję wykonawczą w sprawie zmiany polskiego KPO.

W kontekście rozwoju rehabilitacji nie przewidziano konkretnych reform i działań bezpośrednio wpływających na poprawę dostępności i jakości w obszarze rehabilitacji ramach.

Można jednak, że ramach realizacji tak zwanych kamieni niektóre ich elementy mogą pośrednio wpłynąć na pewne działania mogące poprawić sytuację w rehabilitacji leczniczej:

Kamienie milowe mogące korzystnie wpłynąć na poprawę funkcjonowania rehabilitacji w Polsce:

- Wejście w życie reformy mającej na celu modernizację i poprawę efektywności szpitali
- Wejście w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i odpowiednich aktów prawnych ustanawiających zasady funkcjonowania sieci poprzez wprowadzenie nowej struktury i nowego modelu zarządzania opieką onkologiczną
- Wejście w życie ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej ustanawiającej przepisy w zakresie funkcjonowania sieci poprzez wprowadzenie nowej struktury i nowego modelu zarządzania opieką kardiologiczną
- Zwiększenie liczby studentów pielęgniarstwa, położnictwa ratownictwa medycznego, medycyny, stomatologii, analityki medycznej, fizjoterapii i farmacji, którzy otrzymali stypendium, oraz studentów lub absolwentów pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego objętych stypendium, dofinansowaniem studiów lub mentoringiem
- Projekty mające na celu rozwój opieki długoterminowej i geriatrycznej w szpitalach powiatowych

6. Kierunki rozwoju rehabilitacji w kontekście potrzeb pacjentów hematologicznych i onkologicznych – propozycje uwzględniające Narodową Strategię Onkologiczną

6.1. Kluczowe aspekty zawarte w Raporcie Uczelni Łazarskiego „Rehabilitacja i leczenie żywieniowe w skojarzonym postępowaniu u chorych na nowotwory – metody optymalizacji”

Raport badawczy „Rehabilitacja i leczenie żywieniowe w skojarzonym postępowaniu u chorych na nowotwory – metody optymalizacji” opracowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego zawiera elementy związane z opracowaniem modelu koordynowanej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową w zakresie rehabilitacji i żywienia medycznego.

Kluczowe zagadnienia związane z rehabilitacją onkologiczną w raporcie opracowali eksperci z Zespołu ds. rehabilitacji onkologicznej pod przewodnictwem †Prof. nadzw. dr. hab. n. med. Piotra Majchera.

6.1.1. Uzasadnienie i wskazania do rehabilitacji onkologicznej

Rehabilitacja medyczna pacjentów onkologicznych jest konieczna w procesie kompleksowego leczenia, gdyż:

- Radykalne metody leczenia skojarzonego powodują wyleczenie lub dłuższe przeżycie, ale zwiększają liczbę dysfunkcji ciała z tym związanych oraz liczbę powikłań.
- Czynnościowe i strukturalne zaburzenia funkcji po leczeniu skojarzonym są w wielu przypadkach odwracalne we wczesnej fazie ich leczenia – konieczna wczesna interwencja rehabilitacyjna.
- Liczne powikłania leczenia i choroby towarzyszące wymagają kompleksowego podejścia – konieczna jest rehabilitacja kompleksowa.
- Obniżona jakość życia u większości leczonych wynika z wielu przyczyn: choroby nowotworowej, leczenia skojarzonego, powikłań, chorób i urazów towarzyszących, dehumanizacji procesu leczenia pacjenta i życia pacjenta z rozpoznaniem nowotworu, co jest zasadniczym celem rehabilitacji medycznej.
- Leczenie pacjentów z chorobą nowotworową powinno cechować wsłuchanie się w jego oczekiwania i potrzeby, zachowanie podmiotowości chorego oraz znalezienie dostatecznej ilości czasu dla pacjenta i niejednokrotnie dla jego otoczenia

6.1.2. Kompleksowa rehabilitacja onkologiczna

Rehabilitacja medyczna jest częścią rehabilitacji kompleksowej, która obejmuje rehabilitację psychologiczną, społeczną i zawodową. Rehabilitacja medyczna to podstawowa specjalność lekarska zajmująca się poprawą funkcjonowania pacjenta w aspekcie somatycznym i poznawczym, aktywności (w tym zachowania), uczestnictwa (w tym jakości życia) oraz modyfikacją czynników osobowych i środowiskowych.

Program rehabilitacji zawiera kompleksowe działania medyczno-psycho społeczne, realizowane przez zespół rehabilitacyjny, mające na celu poprawę funkcjonowania chorego w wymienionych wyżej aspektach. Działania rehabilitacyjne obejmują diagnostykę, profilaktykę i leczenie.

6.1.3. Indywidualny program rehabilitacji onkologicznej

Stosowanie rehabilitacji medycznej u chorych na nowotwory powinno być uzależnione od okresu i metody aktualnie prowadzonego leczenia skojarzonego i/lub od czasu, jaki upłynął od jego zakończenia. Postępowanie we wczesnym okresie po leczeniu chirurgicznym, w trakcie lub po radioterapii oraz podczas i po zakończeniu leczenia

systemowego powinno być różne. Zastosowanie fizjoterapii uzależnione będzie także od powodzenia stosowanego leczenia skojarzonego.

Przy niepowodzeniu, gdy mamy do czynienia z fazą terminalną choroby, należy wszelkimi możliwymi sposobami zmniejszyć cierpienia pacjenta poprzez złagodzenie lub zniesienie bólu o różnym charakterze i poprawić jego jakość życia oraz pozwolić mu na godne umieranie. Dlatego w tym okresie leczenia choroby nowotworowej, dyskusowanie o szkodliwości działania fizykoterapii lub nasilaniu wzrostu i rozsiewu nowotworu, nie ma żadnego znaczenia i jest bezcelowe. Należy stosować wszystko, co przynosi ulgę i powoduje zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Inaczej postępujemy po długim okresie od zakończenia leczenia skojarzonego, gdy mamy do czynienia z tzw. wyleczeniem nowotworu złośliwego. Zastrzeżenia wobec zasadności określenia tzw. wyleczenia wynika z występowania późnych nawrotów choroby lub nowotworów wtórnych. W związku z tym konieczne jest stałe wykonywanie badań kontrolnych i rozpoznawanie „nowych” objawów i dysfunkcji.

Postępowanie rehabilitacyjne jest w każdym przypadku dobierane indywidualnie, a jego program zależy od rodzaju i przebiegu choroby zasadniczej oraz chorób lub urazów towarzyszących, a także wieku i kondycji fizycznej.

6.1.4. Rodzaje rehabilitacji onkologicznej

Rehabilitacja onkologiczna zależy od fazy leczenia choroby nowotworowej i ma następujące formy realizacji:

- Rehabilitację początkową – okres przed rozpoczęciem leczenia i w trakcie leczenia skojarzonego;
- Rehabilitację wczesną – po zakończeniu leczenia skojarzonego;
- Rehabilitację późną – po roku od zakończenia leczenia skojarzonego.

6.2. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO)

Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969), jako cele strategiczne wskazuje:

1. Obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
2. Poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
3. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;



4. Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
5. Opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
6. Rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
7. Rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

Kwestie dotyczące rehabilitacji pacjentów onkologicznych zostały opisane w działaniu 20 pod nazwą *„Poprawa dostępności, w ramach kompleksowej opieki onkologicznej, do uzupełniających (towarzyszących) świadczeń gwarantowanych”*

W ramach tego działania zapisano *„Do 2024 r. zbudujemy sieć ośrodków opieki rehabilitacyjnej dla pacjentów onkologicznych przy ośrodkach onkologicznych w ramach projektowanej KSO”*.

7. Podsumowanie i kierunki dalszych prac

Rehabilitacja pacjentów onkologicznych wpisuje się w zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem, a także w strategię zdrowotną Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Komisji Europejskiej dotyczące profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych. Jest ona kluczowym elementem kompleksowego leczenia, pozwalającym na poprawę jakości życia, redukcję powikłań leczenia oraz wspieranie pacjenta w powrocie do codziennej aktywności. Model rehabilitacji powinien być indywidualnie dostosowany do potrzeb pacjenta i etapu leczenia onkologicznego.

Leczenie nowotworów wiąże się z poważnymi skutkami ubocznymi, takimi jak dysfunkcje narządowe i strukturalne, które mogą być odwracalne przy odpowiednio wczesnej interwencji rehabilitacyjnej. Kompleksowa rehabilitacja obejmuje nie tylko aspekt fizyczny, ale również psychologiczny i społeczny, co jest kluczowe dla poprawy jakości życia pacjentów. Pacjenci wymagają indywidualnego podejścia w zależności od fazy leczenia oraz kondycji fizycznej i psychicznej.

Kompleksowa rehabilitacja obejmuje rehabilitację leczniczą, psychologiczną, społeczną i zawodową, co pozwala na wszechstronne wsparcie pacjenta. Program rehabilitacyjny powinien być realizowany przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.

Rodzaj i intensywność rehabilitacji zależą od:

- etapu leczenia nowotworowego (chirurgia, radioterapia, chemioterapia),
- aktualnego stanu zdrowia pacjenta,
- ryzyka nawrotu choroby.

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi praktyki klinicznej oraz dokumentami kierunkowymi tj. zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie rehabilitacji, zakres rehabilitacji onkologicznej składa się z szeregu elementów tj.:

1. Fizjoterapia i aktywność fizyczna – poprawa sprawności fizycznej, redukcja zmęczenia po leczeniu (np. po chemioterapii, radioterapii).
2. Wsparcie psychologiczne – terapia indywidualna lub grupowa pomagająca radzić sobie ze stresem i depresją.
3. Dieta i żywienie – wsparcie dietetyczne w celu odbudowy organizmu.
4. Opieka paliatywna – dla pacjentów w zaawansowanym stadium choroby, aby poprawić komfort życia.
5. Terapie zajęciowe i społeczne – wsparcie w powrocie do pracy i funkcjonowania społecznego

Oparte na dowodach wytyczne praktyki klinicznej^{17 18} wskazują, iż rehabilitacja lecznicza jest uznaną i potrzebną procedurą medyczną w opiece onkologicznej.

Zwiększenie świadomości na temat znaczenia rehabilitacji w onkologii oraz poprawa dostępu do tych usług mogą znacząco wpłynąć na jakość życia pacjentów po zakończeniu leczenia nowotworowego. Wytyczne wskazują na potrzebę lepszej integracji rehabilitacji w standardową opiekę nad pacjentami z różnymi typami nowotworów.

¹⁷ Sanft, T., Day, A. T., Goldman, M., Ansbaugh, S., Armenian, S., Baker, K. S., Ballinger, T. J., Demark-Wahnefried, W., Fairman, N. P., Feliciano, J., Flores, T. F., Friedman, D. L., Gabel, N., Hill-Kayser, C., Koura, D., Lee, K., Lee, N., McDonough, A. L., Melisko, M., Mooney, K., ... Freedman-Cass, D. (2024). NCCN Guidelines® Insights: Survivorship, Version 2.2024. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*, 22(10), 648–658. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.0062>

¹⁸ Stout, N. L., Santa Mina, D., Lyons, K. D., Robb, K., & Silver, J. K. (2021). A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(2), 149–175. <https://doi.org/10.3322/caac.21639>

8. Bibliografia

8.1. Spis rycin

Rysunek 1. Cele rehabilitacji leczniczej w kontekście potrzeb zdrowotnych *pacjentów*

Rysunek 2. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w ramach NFZ w Polsce w 2023 roku

Rysunek 3. Liczba pacjentów rehabilitowanych w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w ramach NFZ w POLSCE W 2023 roku

Rysunek 3. Liczba pacjentów rehabilitowanych w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w ramach NFZ w POLSCE W 2023 roku

Rysunek 4. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w ramach NFZ w wieku 0-17 lat

Rysunek 5. Liczba pacjentów rehabilitowanych w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w ramach NFZ w Polsce w 2023 roku

Rysunek 6. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w ramach NFZ w wieku 0-17 lat

Rysunek 7. Liczba pacjentów rehabilitowanych w wieku 18-64 lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w ramach NFZ w Polsce w 2023 roku

Rysunek 8. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w ramach NFZ powyżej 65 lat

Rysunek 9. Liczba pacjentów rehabilitowanych w wieku powyżej lat w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w ramach NFZ w Polsce w 2023 roku

Rysunek 10. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej

Rysunek 11. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w zakresie rehabilitacji dziennej

Rysunek 12. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w zakresie rehabilitacji stacjonarnej

Rysunek 13. Liczba pacjentów ogółem rehabilitowanych w zakresie rehabilitacji domowej

Rysunek 14. Rozmieszczenie gmin w których znajdują się komórki zakresu: razem, rok 2023

Rysunek 15. Rozmieszczenie fizjoterapeutów w ramach świadczeń rehabilitacji finansowanej przez NFZ, rok 2023

8.2. Spis tabel

Tabela 1. Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych - kardiologiczna

Tabela 2. Wystawca skierowania do rehabilitacji leczniczej w ramach świadczenia KON-piers

