



Minister Zdrowia

DLD.050.34.2026.EMK
Warszawa, 05 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację Pani Posel Małgorzaty Pępek, z dnia 15 lipca 2026 r. (nr 18376) w sprawie wdrożenia dedykowanego świadczenia rehabilitacji onkologicznej oraz aktualizacji zasad leczenia uzdrowiskowego, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Odnosząc się do pytania pierwszego, jakie jest aktualne stanowisko Ministerstwa Zdrowia w kwestii rewizji okresów karencji w dostępie do leczenia uzdrowiskowego w odniesieniu do pacjentów onkologicznych, uprzejmie informuję co następuje.

Procedura kwalifikowania pacjenta do świadczeń w zakresie leczenia uzdrowiskowego jest uregulowana przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2012 poz. 14). W powyższym rozporządzeniu jest zawarty katalog wskazań i przeciwwskazań do wydania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ nie każde schorzenie może być leczone w ramach lecznictwa uzdrowiskowego.

Zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia, ogólne przeciwwskazanie do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej stanowi stan chorobowy, w którym leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przy wykorzystaniu właściwości naturalnych surowców leczniczych mogłyby spowodować pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, a także czynna choroba nowotworowa oraz okres przed upływem 5 lat w przypadku: czerniaka złośliwego, białaczki, ziarnicy złośliwej, chłoniaków złośliwych, nowotworów nerki lub 12 miesięcy w przypadku innych nowotworów złośliwych – od zakończenia leczenia operacyjnego, chemioterapii lub radioterapii, z wyłączeniem leczenia hormonalnego.

Należy mieć na uwadze, że wskazane ograniczenie nie stanowi okoliczności dyskryminującej pacjentów onkologicznych w kwestii dostępu do świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, lecz stanowi warunek umożliwiający prawidłową realizację świadczeń i ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Wskazania bowiem wymaga, że jedną z podstawowych zasad leczenia uzdrowiskowego jest wykonywanie zabiegów bodźcowych z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, takich jak: wody lecznicze, peloidy i gazy.

W świetle przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz.U. 2024 poz. 529), w zakresie leczenia uzdrowiskowego w ramach NFZ każdemu pacjentowi powinny być

wykonane nie mniej niż 3 zabiegi dziennie, w tym obowiązkowo jeden zasadniczy zabieg bodźcowy z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych.

Pomimo niekwestionowanych walorów leczniczych lecznictwa uzdrowiskowego, bodźcowy charakter tego rodzaju leczenia związany z zastosowaniem w ramach terapii naturalnych surowców leczniczych, nie pozostaje neutralny dla organizmu pacjenta i może spowodować wystąpienie tzw. odczynu uzdrowiskowego, czyli załamanie mechanizmów adaptacyjnych organizmu pacjenta i reakcję organizmu zbyt intensywną lub różną od tej, która jest zazwyczaj obserwowana, przyczyniając się do nadmiernego obciążenia organizmu osoby chorej przewlekłe i zaostrzenia niektórych schorzeń.

W związku z powyższym, aktualnie Ministerstwo Zdrowia nie planuje zniesienia ani skracania okresów karencji w dostępie do tradycyjnego lecznictwa uzdrowiskowego dla osób z chorobą nowotworową.

Odpowiadając na pytanie drugie, czy ministerstwo prowadzi prace nad stworzeniem odrębnego, systemowego zakresu rehabilitacji onkologicznej, która stanowiłaby świadczenie dedykowane wyłącznie pacjentom w trakcie leczenia oraz bezpośrednio po jego zakończeniu, w miejsce włączania ich do ogólnych procedur rehabilitacyjnych, uprzejmie wyjaśniam, że aktualnie resort nie prowadzi prac nad ustanowieniem odrębnego świadczenia gwarantowanego pod nazwą „rehabilitacja onkologiczna”, przeznaczonego wyłącznie dla pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego lub bezpośrednio po jego zakończeniu.

Takiego odrębnego zakresu świadczeń nie przewidziano również w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, ujętym w wykazie prac legislacyjnych pod numerem MZ1575. Projekt zachowuje system oparty na udzielaniu rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego oraz stacjonarnych. Nie wyodrębnia wśród tych świadczeń rehabilitacji onkologicznej jako samodzielnego zakresu. Jednocześnie zakłada bardziej zobiektywizowane zasady kwalifikowania pacjentów, uwzględniające nie tylko rozpoznanie choroby, lecz także stan kliniczny i funkcjonalny, skalę ograniczeń oraz indywidualny cel terapeutyczny. Przy kwalifikacji, planowaniu postępowania i ocenie jego efektów mają być wykorzystywane skale medyczne oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF. Projekt uwzględnia jednak wybrane potrzeby związane z następstwami leczenia onkologicznego. W załączniku nr 1, w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, wskazano rehabilitację dla określonych grup świadczeniobiorców, w szczególności osób po leczeniu raka piersi oraz osób z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu. Obok profilu lekarskiego i fizjoterapeutycznego dopuszczono także profile psychologiczny, dietetyczny i terapeutyczny, a dla rehabilitacji osób z obrzękiem limfatycznym określono szczególne wymagania dotyczące personelu i wyposażenia.

Przyjęty kierunek nie polega zatem na zastąpieniu ogólnych form rehabilitacji jednym świadczeniem przeznaczonym dla całej populacji pacjentów onkologicznych. Zakłada on kwalifikowanie pacjenta do rodzaju i trybu rehabilitacji odpowiadających jego rzeczywistym ograniczeniom funkcjonalnym oraz uwzględnianie w ramach poszczególnych potrzeb określonych grup pacjentów, w tym osób z następstwami choroby nowotworowej lub jej leczenia.

Odnosząc się do pytania trzeciego, czy resort rozważa wdrożenie modelu opieki, w którym rehabilitacja onkologiczna byłaby realizowana w placówkach dysponujących odpowiednią kadrą specjalistyczną, zapewniającą bezpieczeństwo pacjentom na każdym etapie terapii, uprzejmie informuję, że resort zdrowia wdraża taki model opieki, opierając go bezpośrednio na strukturze Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Nie znajduje uzasadnienia tworzenie samodzielnych placówek rehabilitacyjnych, które nie były powiązane z profilem onkologicznym, dlatego wdrażany jest model, w którym rehabilitacja

onkologiczna staje się integralnym elementem procesu leczenia realizowanym w certyfikowanych ośrodkach onkologicznych.

Bezpieczeństwo pacjentów na każdym etapie terapii (czy to diagnostyka, chirurgia, leczenie systemowe) ma opierać się na wielodyscyplinarnych zespołach specjalistów, pracujących w tych samych placówkach.

Jednocześnie informuję, że minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej, dotyczące organizacji i postępowania klinicznego dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mając na względzie ujednolicenie postępowania w praktyce klinicznej i poprawę jakości tej opieki. Kluczowe zalecenia dotyczą obszarów wymagających standaryzacji postępowania klinicznego oraz określenia ścieżek pacjenta i mają na celu poprawę jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W kluczowych zaleceniach dla poszczególnych grup nowotworów, tam, gdzie wynika to ze specyfiki leczenia danej grupy nowotworów, zawarte są również zalecenia dotyczące rehabilitacji jako elementu postępowania po zakończeniu leczenia. Rehabilitacja została także uwzględniona jako plan leczenia po zakończeniu leczenia w rozwiązaniach wdrażanej karty DiLO (karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego).

Natomiast odpowiadając na pytanie czwarte, jakie działania podejmuje ministerstwo, aby rehabilitacja onkologiczna stała się integralnym etapem ścieżki leczenia, dostępnym w sposób systemowy i dostosowanym do specyficznych potrzeb osób zmagających się z chorobą nowotworową, uprzejmie wyjaśniam, że działania podejmowane przez resort zdrowia zmierzają do zwiększenia dostępności rehabilitacji pacjentów onkologicznych oraz lepszego powiązania jej z przebiegiem leczenia, przy wykorzystaniu istniejących świadczeń rehabilitacji leczniczej i modeli opieki kompleksowej.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym wspomniano w odpowiedzi na pytania nr 2, tj. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej przewiduje m.in. ustalanie indywidualnego celu terapeutycznego, kwalifikację na podstawie oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego oraz opracowywanie indywidualnego planu postępowania fizjoterapeutycznego ocenę efektów udzielonych świadczeń.

Projekt przewiduje również przekazywanie lekarzowi kierującemu informacji o realizacji cyklu zabiegów. Rozwiązania te mają służyć lepszemu dopasowaniu rehabilitacji do potrzeb pacjenta oraz poprawie ciągłości postępowania między podmiotem prowadzącym leczenie a świadczeniodawcą realizującym rehabilitację. Mogą one dotyczyć także pacjentów z ograniczeniami funkcjonalnymi będącymi następstwem choroby nowotworowej albo zastosowanego leczenia.

Ze względu na znaczne zróżnicowanie potrzeb pacjentów zależnie od rodzaju nowotworu, sposobu leczenia, jego powikłań oraz występujących ograniczeń funkcjonalnych, zasadne jest rozwijanie rehabilitacji jako elementu indywidualnej i koordynowanej ścieżki leczenia, w tym w ramach modeli opieki kompleksowej dla poszczególnych grup nowotworów, zamiast tworzenia jednego, jednolitego świadczenia przeznaczonego dla całej populacji pacjentów onkologicznych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/