

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ
DO SPRAW ONKOLOGII
(NR 25)
z dnia 13 maja 2026 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 25)

13 maja 2026 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, rozpatrzyła:

– **informację na temat działań służących zapewnieniu dostępu do fizjoterapii oraz rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, **Agnieszka Ostrowska-Bigas** główny specjalista w Sekcji Rehabilitacji Leczniczej Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Monika Lichoniewicz** główny specjalista w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Bernard Waśko** dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego, **Andrzej Szuba** kierownik Kliniki Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, prezes Sekcji Limfologicznej Polskiego Towarzystwa Flebologicznego, **Janusz Doś** kierownik Zakładu Fizjoterapii Onkologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, **Iwona Makles-Kacy** kierownik Pracowni Rehabilitacji Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach, **Hanna Tchórzewska-Korba** kierownik Zakładu Rehabilitacji Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Arkadiusz Ujma** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Dorota Szymańska** prezes Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii ze współpracownikiem, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Jarosław Tałałaj** przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Rehabilitacyjnego **Paulina Gadomska-Dzięcioł** koordynatorka ds. relacji zewnętrznych Fundacji Onkologicznej Alivia.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter** i **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Przepraszam za parominutowe opóźnienie, ale poprzednia podkomisja musiała opuścić to pomieszczenie.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat działań służących zapewnieniu dostępu do fizjoterapii oraz rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych. To będzie informacja ze strony Ministerstwa Zdrowia. Przystępujemy w związku z tym do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej tutaj, u nas, na naszym posiedzeniu. Informuję, że minister zdrowia do reprezentowania stanowiska upoważniła panią Dominikę Janiszewską-Kajkę, zastępcę dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia.

Proszę państwa, jest to temat, którym jeszcze się nie zajmowaliśmy jako podkomisja i zespoły parlamentarne. Myślę, że z tego powodu, że nam wszystkim onkologia kojarzy się głównie z leczeniem operacyjnym, chemio- czy radioterapią. Mało mówimy o rehabilitacji i o fizjoterapii dla pacjentów, którzy są doświadczeni tą chorobą, a tych przypadków mamy dużo, a właściwie coraz więcej. Corocznie mamy około 180 tys. nowych rozpoznań. Żyje przecież w kraju ponad 1,2 mln pacjentów z chorobą onkologiczną. Myślę, że ten zakres wsparcia i pomocy w trakcie leczenia i po zakończeniu leczenia onkologicznego jest bardzo istotny i potrzebny. Dlatego też tym tematem postanowiliśmy się dzisiaj zająć.

Rozpocznijmy może od informacji na ten temat ze strony pani minister zdrowia. Panią dyrektor bardzo proszę o przedstawienie tej informacji.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję. Dzień dobry państwu. Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora w Departamencie Analiz i Strategii. Przedstawię państwu skrótowo informację na temat dostępu pacjentów onkologicznych do fizjoterapii oraz rehabilitacji.

Odnosząc się do słów pana przewodniczącego, rzeczywiście mało mówimy o rehabilitacji. Być może z różnych powodów tak się dzieje. Jest to odrębny koszyk, to znaczy rehabilitacja, na podstawie art. 15 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jest jako jeden z koszyków wymieniona właśnie w tej ustawie. Zgodnie z tym rozporządzeniem nie został wyodrębniony osobny zakres świadczeń rehabilitacji leczniczej dla pacjentów onkologicznych. Czyli wszystko, co przysługuje pacjentowi onkologicznemu, przysługuje na podstawie rozporządzenia w sprawie rehabilitacji, oczywiście z dedykowanymi do tego procedurami medycznymi. Wyjątkiem jest wyodrębnienie jednolitego modelu opieki, takiego modelu usprawniania w ramach modułu rehabilitacja. To jest kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym, czyli nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, tzw. Breast Cancer Unit. W ramach tej kompleksowej opieki minister zdrowia wprowadził to świadczenie na podstawie zmiany trzech rozporządzeń, to jest rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji.

Kompleksowa opieka onkologiczna. Rehabilitacja w nowotworze piersi jest przeznaczona dla osób leczonych z powodu nowotworu piersi, w tym między innymi z rozpoznaniem C50, D05, C50.8 oraz powikłaniami po leczeniu i obejmuje wsparcie pacjenta zarówno przed rozpoczęciem leczenia, jak i w okresie pooperacyjnym oraz na dalszym etapie terapii. W ramach świadczenia zapewnia się szereg świadczeń, czyli konsultację lekarską i ocenę fizjoterapeutyczną oraz indywidualnie dobrane procedury medyczne, czyli dobraną rehabilitację obejmującą między innymi: kinezyterapię i terapię manualną; profilaktykę oraz leczenie obrzęku limfatycznego, czyli na przykład postępowanie przeciwobrzękowe; prace z blizną; ćwiczenia ogólnokondycyjne; wsparcie psychologiczne i edukację oraz możliwość wnioskowania o wyroby medyczne.

Proszę państwa, jeśli chodzi o kolejne plany ministra, to na pewno bardzo oczekiwanym świadczeniem, które na wzór Breast Cancer Unit będzie w najbliższym czasie procedowane, jest Lung Cancer Units, czyli kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem klatki piersiowej. To świadczenie będzie obejmowało zmianę trzech rozporządzeń – leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji. Projekt takiego rozporządzenia jest już gotowy. W ministerstwie czekamy na skierowanie tego projektu do konsultacji publicznych, żeby w uzgodnieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia była możliwość realizowania tego rodzaju świadczeń odnośnie do nowotworu, który jest jedną z głównych przyczyn śmierci pacjentów. Jest to więc bardzo ważne i długo oczekiwane.

To rozporządzenie jest projektowane od 2016 r., ale być może są na sali państwo, którzy pamiętają, że to trwa jeszcze dłużej. Rzeczywiście prace dotyczyły współpracy pomiędzy torakochirurgami i pulmonologami, ale wydaje się, że mamy już wypracowany konsens w tym zakresie i to rozporządzenie będzie w najbliższym czasie skierowane do konsultacji publicznych. Tam również jest opracowany model rehabilitacji pacjenta z nowotworem klatki piersiowej.

Jeśli chodzi o dostępność do świadczeń, to jednym z najważniejszych elementów analizy, tej, którą państwo mają, jest wskazanie na nierównomierność dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych. Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawiając ministrowi dane, wskazuje, identyfikuje obszary określone jako białe plamy. To znaczy brak zakontraktowanych świadczeniodawców, dostępność jest znacznie ograniczona. Przyczyny mają charakter zarówno finansowy, jak i podażowy, tzn. mamy ograniczone środki na kontraktowanie, ale także brak podmiotów zainteresowanych realizacją. Z perspektywy pacjenta onkologicznego skutki tych ograniczeń są szczególnie istotne, bo opóźnienie rozpoczęcia rehabilitacji może przełożyć się bezpośrednio na ryzyko trwałej niesprawności, pogorszenie wyników leczenia, wydłużenie powrotu do aktywności społecznej i zawodowej.

W tym miejscu chciałabym zwrócić uwagę państwa na też ważny krok, który pan minister już podjął, a mianowicie gruntowną zmianę rozporządzenia w zakresie rehabilitacji, w tym w szczególności w zakresie fizjoterapii domowej, uelastycznienie tych przepisów. To bardzo długo wyczekiwana zmiana rozporządzenia w zakresie rehabilitacji, która też w najbliższym czasie zostanie przekazana do konsultacji publicznych.

Jak wygląda finansowanie? Łączna wartość finansowania rehabilitacji w 2026 r. wynosi ponad 3,5 mld zł, co wskazuje, że rzeczywiście jest to jeden z najbardziej istotnych segmentów systemu

ochrony zdrowia. Struktura wydatków pokazuje na dominację przede wszystkim rehabilitacji neurologicznej, ogólnoustrojowej, dziennej i stacjonarnej oraz rehabilitacji pooperacyjnej. Natomiast, tak jak wspomniałam, nie mamy w systemie wyodrębnionego zakresu dodatkowej pozycji dla rehabilitacji onkologicznej, czyli takiego dodatkowego zakresu dla tej rehabilitacji. Pochyliłyśmy się na pewno nad tym postulatem. On już był wielokrotnie analizowany. Wydaje się, że na ten moment, po zmianie rozporządzenia koszykowego, utrzymamy model, który obowiązuje obecnie.

Są kompleksowe opieki, tak jak wspomniałam, które mają moduł rehabilitacyjny. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oceniając świadczenie, wskazuje na efektywność kliniczną i kosztową wprowadzenia takiej rehabilitacji do modelu opieki i są nowotwory – tak jak wspomniałam – które tego wymagają. Mamy jednak na przykład kompleksową opiekę nad pacjentami z nowotworami jelita grubego, które nie wymagają takiej rehabilitacji jako modułu opieki kompleksowej.

Jaka jest skala korzystania? Skala korzystania pacjentów onkologicznych z rehabilitacji jest dość spora. Mamy następujące wnioski. Po pierwsze, skala korzystania ze świadczeń jest bardzo duża. W samej fizjoterapii ambulatoryjnej liczba pacjentów przekracza 2,5 mln rocznie, z czego ponad 0,5 mln stanowią pacjenci onkologiczni.

Po drugie, udział pacjentów onkologicznych w większości zakresów wynosi od około 15% do ponad 20%, a w niektórych grupach, na przykład wśród osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, przekracza 25–30%. Szczegółowe tabele są wskazane w materiale, który został państwu przekazany.

Po trzecie, odnotowujemy trend wzrostowy zarówno w liczbie pacjentów ogółem, jak i liczbie pacjentów onkologicznych. Rzeczywiście w najbliższych planach ministerstwa jest modyfikacja warunków realizacji rozporządzenia w zakresie rehabilitacji w zakresie ogólnym, jak również w zakresie prowadzenia nowej, kompleksowej opieki.

O kierunkach zmian już powiedziałam. Czyli najbliższa zmiana prognozowana to jest wprowadzenie kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem klatki piersiowej. Model ten będzie wzorowany na Breast Unit i ma poprawić właśnie kondycję opieki – skrócenie diagnostycznej ścieżki pacjenta i ścieżki terapeutycznej, jak również efektywność leczenia.

Jeśli chodzi o interwencje inwestycyjne, czyli te, które są przewidziane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, to oczywiście oprócz tych zmian, które, jak powiedziałam, dotyczą zmian systemowych odnośnie do opieki stricte nad pacjentem, mamy również działania infrastrukturalne, które polegają na tym, aby doposażyć jednostki rehabilitacyjne w niezbędny sprzęt. W latach 2020–2025 systematycznie zwiększano liczbę podmiotów objętych wsparciem. Mamy tutaj liczbę od 22 do 74. Łączne nakłady wyniosły 159 mln i obejmowały zaawansowany sprzęt rehabilitacyjny i diagnostyczny, w tym technologie, które wspomagają rehabilitację ruchową, oddechową, neurologiczną, terapię limfatyczną i regenerację tkanek.

W tym momencie, proszę państwa, zakończyłabym wypowiedź. Jestem otwarta na pytaniach jak zwykle. Tak więc zapraszam do dyskusji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Rzeczywiście jest dużo propozycji planów, o których my nie wiemy, nie słyszeliśmy, dowiadujemy się chyba po raz pierwszy. Mam jednak takie przekonanie, że nie tylko w przypadku raka piersi, gdzie ta rehabilitacja od wielu, wielu lat jest prowadzona w taki czy inny sposób, czy też raka gruczołu krokowego i obrzęków limfatycznych, ale w każdym schorzeniu onkologicznym rehabilitacja, fizjoterapia jest potrzebna. Nie należy też zapominać o psychoonkologii i o wsparciu psychologicznym.

Proszę państwa, zaraz przejdziemy do dyskusji, ale zanim to nastąpi, mamy możliwość zapoznania się z prezentacją, którą przygotował pan prof. Andrzej Szuba, prezes Sekcji Limfologicznej Polskiego Towarzystwa Flebologicznego i razem z panem doktorem Dosiem chcieliby tę prezentację przedstawić. Później, gdy będziemy już mieli komplet materiałów, otworzymy dyskusję. Panie profesorze, bardzo proszę.

Kierownik Kliniki Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, prezes Sekcji Limfologicznej Polskiego Towarzystwa Flebologicznego Andrzej Szuba:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni posłowie, szanowni państwo, dziękuję za zaproszenie na to posiedzenie podkomisji. Podzielę się z państwem informacją na temat obrzęków limfatycznych i ich leczenia. Zajmuję się tym. Nazywam się Andrzej Szuba. Jestem kierownikiem

Kliniki Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Obrzękami limfatycznymi zajmuję się jakieś 30 lat.

Problem jest ogólnoswiatowy. Ocenia się, że na świecie jest około 120–150 mln obrzęków limfatycznych, z czego 70% to są obrzęki limfatyczne związane z leczeniem choroby nowotworowej i samą chorobą nowotworową.

Jak to wygląda u pacjentów onkologicznych? Wygląda to tak, że właściwie zdecydowana większość naszych chorych onkologicznych leczonych ma problem z obrzękiem limfatycznym wcześniej czy później. Te procenty są bardzo duże. One się różnią w zależności od ośrodka i techniki mierzenia, ale rak szyjki macicy to jest do 50% obrzęków limfatycznych kończyn dolnych, rak piersi 20 do 50%, w zależności od techniki operacyjnej i kiedy to mierzymy. Rak macicy, rak pochwy, rak prostaty to są nowotwory, które u większości pacjentów powodują w konsekwencji, zwykle późniejszej, czyli po pół roku, roku, dwóch latach, powstanie obrzęku limfatycznego, który ma fatalne konsekwencje dla ich dalszego życia i inwalidztwa.

To są przykłady naszych pacjentów. Proszę zobaczyć, taka noga sama może ważyć 30, 40, 50 kg więcej niż druga. To jest nie tylko problem estetyczny. To jest problem funkcjonalny i to jest inwalidztwo.

To samo dotyczy rąk u pacjentów i pacjentek leczonych z powodu raka piersi. Tu odsetek obrzęków limfatycznych jest spory. Tutaj to zaburzenie funkcjonalne jest bardzo istotne. Mówimy o młodych kobietach, które mają zdolność pracy i które w momencie nawet niewielkiego obrzęku dłoni tracą zdolność zarobkowania, ponieważ jeżeli pracują na komputerze, a nie daj Boże są muzykami, nie mogą wykonywać tego zawodu, bo nawet niewielki obrzęk dłoni powoduje znaczną niesprawność ruchową. One mogą kopać w ogródku czy plewić, ale nie potrafią już wykonywać precyzyjnych ruchów. Mówimy więc o inwalidztwie, a w sensie profilaktyki leczenia obrzęków limfatycznych mówimy o profilaktyce inwalidztwa i umożliwieniu tym osobom powracania do pracy zawodowej.

Zajmujemy się też dziećmi z obrzękami limfatycznymi. To jest osobny problem. Nie ma tych dzieci dużo. U nas jest obecnie około 100 w trakcie leczenia, ale to jest inny problem. To są cięższe obrzęki limfatyczne po leczeniu raka piersi.

To są obrzęki naszych pacjentów. Dlaczego one występują? A no dlatego, że to jest właśnie taka biała plama. Ci pacjenci trafiają do nas często po wielu miesiącach, a czasem latach wędrówki po różnych ośrodkach, gdzie onkolodzy im mówią – wyleczyliśmy panią/pana z nowotworu, dzięki temu pani/pan żyje, a to jest konsekwencja. Musi się pan/pani z tym pogodzić. Jest to dziwne dlatego, że obecnie jest to w większości podręczników, włącznie ze Szczeklikiem, który od 15 lat pisze rozdział na ten temat. Wystarczy to przeczytać. Takie osoby nie powinny do nas trafiać. To naprawdę jest skandal i wstyd dla służby zdrowia, dla lekarzy przede wszystkim, że ci ludzie krążą po całej Polsce, szukając pomocy.

Zawansowanie obrzęku limfatycznego. Mamy taką skalę najbardziej popularną Międzynarodowego Towarzystwa Limfologicznego, w którym też działałam od wielu lat. Stadium 0 to jest stadium, kiedy obrzęku nie ma, ale możemy go wykryć innymi metodami. Każdy uraz, każda infekcja może w tym momencie spowodować przejście do pogorszenia tego obrzęku. W tym stadium 0 są pacjentki, które wymagają nadzoru, profilaktyki i rehabilitacji.

Stadium I to jest obrzęk odwracalny. To znaczy, że w zimie albo z rana obrzęku nie ma, a w ciągu dnia on się pojawia. Stadium II – ten obrzęk jest już na stałe. Stadium III to jest już deformacja kończyny, czyli tak zwana brzydko słoniowacizna. To są już ciężkie ręce... Ciężar tej kończyny, tej ręki może być większy nawet o 10 kg, a nawet więcej i to jest obciążenie, które wpływa na stawy, na kręgosłup, na splot barkowy. Te panie mogą mieć niedowład ręki, mają dyskopatie szyjne i różnego stopnia niesprawność, która wymaga kompleksowego leczenia, czasem wieloletniego.

Obrzęk limfatyczny to nie jest sensu stricto obrzęk. Nagromadzenie się płynu jest tylko na początku w wyniku uszkodzenia układu limfatycznego poprzez usunięcie węzłów chłonnych i radioterapię. Zastój chłonki powoduje przerost tkanek. Mamy taki przykład – to jest sekcyjny preparat profesora Brorsona ze Szwecji, ale obrazujący to, o czym mówimy, to znaczy, że po pewnym czasie, jeśli nie leczymy tych obrzęków, następuje przerost tkanek i ta ręka jest znacznie większa z powodu przerostu tkanki tłuszczowej, włóknienia fibroblastów. To leczymy przy pomocy liposukcji.

Na szczęście w Polsce mamy już kilka ośrodków, które to robią i też szczęśliwie w zeszłym roku czy dwa lata temu – już nie pamiętam – udało się nam wprowadzić refundację wyrobów

kompresyjnych po liposukcji. One są dość drogie, trzeba zmieniać je co trzy miesiące i rzeczywiście NFZ to refunduje. Dzięki temu możemy tym osobom i ręce, i nogi zmniejszyć do funkcjonalnego poziomu i dalej muszą nosić wyroby kompresyjne.

Czynniki ryzyka to przede wszystkim usunięcie węzłów chłonnych, ale radioterapia i chemioterapia. Do tego dochodzi otyłość, czasem czynniki genetyczne. Rekomendacji leczenia obrzęku limfatycznych jest bardzo dużo. W Polsce są rekomendacje Krajowej Izby Fizjoterapeutów. My teraz pracujemy. W tym roku ukażą się rekomendacje Polskiego Towarzystwa Limfologicznego, Polskiego Towarzystwa Flebologicznego i Angiologicznego łącznie. Może teraz oddam głos Januszowi Dosiowi, który pracował w tym centrum.

Kierownik Zakładu Fizjoterapii Onkologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu Janusz Doś:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość uczestniczenia w obradach tej podkomisji. Jest to dla nas, fizjoterapeutów, bardzo wyjątkowa, wręcz historyczna chwila, że mówimy na tej sali o fizjoterapii, o rehabilitacji w tak kompleksowym ujęciu i w tak ważnym obszarze jak onkologia.

Nie ukrywam, że temat dotyczący obrzęków jest oczywiście jednym z elementów postępowania fizjoterapeutycznego w opiece nad pacjentami leczonymi z powodu różnego rodzaju nowotworów i mam nadzieję, że w tym kierunku będą szły prace ministerstwa. Należy podkreślić, że bardzo duże zmiany zaszły, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami z obrzękami limfatycznymi, przede wszystkim w zakresie refundacji wyrobów kompresyjnych, natomiast dalej bardzo istotną kwestią pozostaje leczenie tych pacjentów i postępowanie fizjoterapeutyczne.

Zgodnie ze standardami postępowania przeciwobrzękowego dokonaliśmy jako Krajowa Izba Fizjoterapeutów analizy szczegółowej, jeśli chodzi o procedury i mamy określone standardy, które są skuteczne, a które są powszechnie stosowane na świecie. Nawet do specjalizacji w zakresie fizjoterapii zostały wprowadzone kursy z zakresu terapii przeciwobrzękowej. Tak więc grupa fizjoterapeutów pod tym kątem, zarówno jeśli chodzi o leczenie stacjonarne, jak i ambulatoryjne, jest z pewnością przygotowana.

Pragnę podkreślić, że leczenie jest wieloetapowe, długie i w związku z tym też kosztowne. Dlatego w perspektywie duży nacisk powinien być zdecydowanie położony też na działania profilaktyczne. Zasadniczo leczenie polega na łączeniu różnych elementów. Szczególnie w tym okresie zaawansowanych obrzęków stosuje się bandażowanie wielowarstwowe przez kilka tygodni, dąży się do zmniejszenia obrzęku. Wykonuje się wiele innych zabiegów fizjoterapeutycznych, które pozwolą na zmniejszenie i utrzymanie tego efektu, ale podstawowym elementem jest też oczywiście utrzymanie efektu, zaopatrzenia pacjenta w wyroby kompresyjne, które są istotnym elementem utrzymania efektów redukcji obrzęku.

Mamy oczywiście rozporządzenia. Jest to niesłychanie istotne, że mamy świadczenia gwarantowane w zakresie rehabilitacji, które regulują możliwości leczenia pacjentów i postępowania fizjoterapeutycznego oraz rehabilitacyjnego, ale tak jak już pani dyrektor była uprzejma wspomnieć, nie są to świadczenia wyodrębnione, w związku z czym borykamy się na co dzień z pewnymi ograniczeniami.

Do tej pory możliwość postępowania przeciwobrzękowego ograniczona jest do oddziałów dziennych, do kompleksowej opieki onkologicznej w raku piersi. Od razu nasuwa się takie spostrzeżenie, obawa, dlaczego wyłącznie w tym zakresie pacjentki mają wsparcie, a pozostałe pacjentki i pacjenci – szczególnie chciałbym to podkreślić – pozbawieni są takiego wsparcia, takiej pomocy, jeśli chodzi o zaopatrzenie w wyroby kompresyjne, jeśli chodzi też o postępowanie rehabilitacyjne, zarówno pacjenci z rozpoznaniem nowotworów w obrębie układu moczowo-płciowego u mężczyzn i u kobiet, nowotworów skóry, jak i nowotworów centralnego układu nerwowego. Tutaj brakuje zupełnie regulacji i wsparcia. Jesteśmy bardzo zaniepokojeni, ja również, że prace idą w kierunku unitów, szczególnie klatki piersiowej, a pozostali pacjenci znowu zostaną bez opieki.

Kontynuując kwestię obrzęku limfatycznego, mamy wyodrębniony moduł, tak jak wspominałem, dotyczący kompleksowej opieki onkologicznej w raku piersi. Mamy również możliwość realizacji świadczeń w ośrodkach oddziału dziennego dla pacjentów z obrzękami limfatycznymi i to jest pewna ścieżka, która z jednej strony jest tworzona, ale z drugiej strony też jest bardzo mocno ograniczona do warunków ośrodka dziennej rehabilitacji, które znowu są określone szczegółowo personelem, który jest wymagany, aby można było takie świadczenie prowadzić.

Wspominałem o rozporządzeniu mówiącym o zaopatrzeniu w wyroby kompresyjne. Bardzo duży postęp w tym zakresie został uczyniony. To finansowanie jest zdecydowanie lepsze, ale proszę zwrócić uwagę – nadal mamy ograniczenie do pacjentek leczonych z powodu raka piersi, jeśli chodzi o działania profilaktyczne. Można zadać pytanie, dlaczego inni pacjenci nie mają równego dostępu do działań profilaktycznych, tylko są skazani, krótko mówiąc, na rozwój zaburzeń i postęp niewydolności i dopiero później zaczyna się wieloetapowe, wielotygodniowe i kosztowne leczenie choroby.

Czy efekty można uzyskać? Tutaj pan profesor był uprzejmy prezentować zdjęcia przedstawiające nie tylko kończyzny górne, lecz także dolne i efekty, jakie można uzyskać po terapii obrzęku limfatycznego, stosując zabiegi fizjoterapeutyczne. Na świecie idzie się w kierunku standardów proponujących działania profilaktyczne. W Stanach Zjednoczonych, w Australii są sprawdzone programy, które umożliwiają zaoszczędzenie kosztów właściwie 1 do 8, czyli 1 zł, 1 dolar wydany na działania profilaktyczne przynosi oszczędności rzędu 8 zł, 8 dolarów. Można to tak proporcjonalnie porównać. W Polsce były podejmowane działania profilaktyczne i wydaje się, że ten kierunek jest bardzo dobry. W latach 2020–2023 był ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego, ale proszę zwrócić uwagę – nadal jest to grupa kobiet leczonych z powodu raka piersi.

Ja mam ogromną prośbę do pań posłanek, aby w tym momencie wsparły działania zmierzające do tego, aby również panowie byli objęci opieką, aby też mieli stworzone warunki do leczenia. Panowie wspierali panie, myślę, że teraz czas na odwzajemnienie się w tym kierunku, aby te działania również wspomagać.

Mamy konkretne sugestie, konkretne działania, które można wdrażać, które można wprowadzić, jeśli chodzi o rozwiązania systemowe – przede wszystkim zwiększyć dostępność i nie ograniczać do poszczególnych nowotworów. Pacjent onkologiczny, niezależnie od tego, czy to jest rak sutka, czy to jest rak prostaty, czy rak skóry, czy centralnego układu nerwowego, czy rak płuc, ma ograniczony czas i wybieranie między grupą pacjentów z różnymi rozpoznaniem, jak mi się wydaje, podważa dostępność konstytucyjną do leczenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Oczywiście powinniśmy się wspierać i kobiety...

Kierownik zakładu Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu Janusz Doś:

Słabą płęć trzeba wspierać.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Tak jest. Myślę, że to dosyć konkretne pytania do resortu zdrowia. Pani dyrektor za chwilę odpowie... A może od razu chciałaby pani? Możliwe, że od razu, żebyśmy mieli już odpowiedź. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję za słuszne uwagi. Lung Cancer Units, kompleksowa opieka nad pacjentem z nowotworem klatki piersiowej to jest kolejny etap. Przed nami jeszcze kompleksowe opieki nad pacjentem z rozpoznaniem nowotworu urologicznego, ale również nowotworów ginekologicznych. Tak więc kolejne kroki i też wdrożenie modułu rehabilitacji.

Chciałabym tylko zwrócić uwagę na jedną kwestię, że w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji, w załączniku nr 1 pkt 3a mamy taki podpunkt, który dotyczy świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu. Ja rozumiem oczekiwania, żeby to wyodrębnić na wzór istniejącego Breast Cancer Unit – i tak jak powiedziałam, to będzie w planach – natomiast na ten moment jest to możliwe do realizacji. Oczywiście jeszcze się zapoznam z postulatami panów profesorów na ten temat, ale na ten moment mogę tak na szybko odpowiedzieć, że nie zapominamy o tym i oczywiście będziemy to wspierać, bo postulaty są jak najbardziej zasadne.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do dyskusji. Pierwszeństwo mają niestety parlamentarzyści, a dopiero później państwa będą prosił. O możliwość zadania pytania prosiła pani poseł Katarzyna Stachowicz. Bardzo proszę.

Posel Katarzyna Stachowicz (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Ja głęboko do serca biorę sobie tę prośbę pana doktora Dosia. Jako parlamentarzystka oczywiście będę wspierać wszystkie projekty, które będą zwiększały możliwość rehabilitacji też dla mężczyzn i dla kobiet w przypadku innych nowotworów niż rak piersi.

Pytania, pani dyrektor, mam dwa. Pierwsze moje pytanie dotyczy tych białych plam. Jakie ministerstwo ma plany na to, żeby tych białych plam nie było, żeby rzeczywiście te świadczenia związane z rehabilitacją były zagwarantowane?

Drugie pytanie dotyczy liczby pacjentów onkologicznych i rehabilitacji. Mamy tabelę i przedstawione tak naprawdę cztery lata od 2022 r. do 2025 r. Mamy też liczbę pacjentów. Różnica trzech lat, a jednak mamy tutaj podwójną liczbę pacjentów. Jeżeli chodzi o rok 2022, mamy liczbę pacjentów... Ja rozumiem, że to jest w milionach. Czy tak? Czy to jest w tysiącach? W tysiącach. Czyli mamy 5 tys. pacjentów, którzy byli rehabilitowani w 2020 r., a w 2025 r. mamy 11 tys. Co takiego się zmieniło czy wydarzyło, że ta liczba się podwoiła? Ja rozumiem, że mamy co roku większą liczbę osób, które chorują na raka piersi i coraz więcej kobiet choruje, ale co takiego wydarzyło się, że aż taka duża różnica jest, jeżeli chodzi o tę rehabilitację. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Muszę się zastanowić nad odpowiedzią na pierwsze pytanie, dlatego że tę kwestię rzeczywiście będziemy monitorować. Ja powiedziałam o dwóch czynnikach – o budżecie, który jest przeznaczony na zakontraktowanie rehabilitacji, i o zapotrzebowaniu w zależności od regionu. Dlatego musimy przeanalizować to, co przekazał nam Narodowy Fundusz Zdrowia i zastanowić się nad tymi białymi plamami. Ja tutaj nie mam tych informacji, gdzie one dokładnie występują na ten moment, ale oczywiście taką informację uzupełnimy pisemnie.

Natomiast jeśli chodzi o liczbę pacjentów, to mamy tutaj lata 2022–2025, czyli być może jest to spowodowane opóźnioną diagnostyką popandemiczną, dlatego że moduł rehabilitacji to jest ten ostatni moduł, który akurat w przypadku Breast Cancer Unit występuje, czyli opieki rehabilitacyjnej już po zabiegu. Na początku być może ta liczba zdiagnozowanych osób była mniejsza, a potem, w miarę upływu lat, kiedy społeczeństwo zaczęło się może bardziej badać, to u większej liczby osób stwierdzono rozpoznanie tego nowotworu. Ja jeszcze się zastanowię nad tym pytaniem, bo to są pytania, które wymagają dłuższego zastanowienia z mojej strony.

Posel Katarzyna Stachowicz (KO):

Dobrze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Za chwileczkę wrócimy, tylko jeszcze pytania od pani...

Kierownik zakładu Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu Janusz Doś:

Przepraszam. Ja tylko uzupełnię ad vocem, że mogło to być spowodowane tym programem ogólnopolskim, który był realizowany w latach 2022–2023, gdzie 3,5 tys. kobiet było objętych opieką w profilaktyce przeciwnowotworowej. To tylko uzupełniając informację pani dyrektor, bo pandemia to jest jedno oczywiście i ten program ogólnopolski bardzo to wsparł. To mogło mieć związek. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Czesław Hoc.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Oczywiście bardzo dziękuję za tę prezentację i w ogóle za jej wydźwięk, wręcz aksjologiczny wymiar nawet bym powiedział, dlatego że jeśli chodzi o medycynę, jest postęp w aspekcie rehabilitacji właśnie w raku piersi, a nawet klatki piersiowej. Natomiast panią dyrektor będziemy prosić, żeby wyartykułowała dość szczegółowo i szczególnie to, co pan doktor podkreślił, że chcielibyśmy mieć tę kompleksową i uogólnioną rehabilitację u ludzi po leczeniu onkologicznym, w wymiarze oczywiście takim etycznym. Wiadomo bowiem, że to jest wrażliwa kwestia, drażliwa, bo jest człowiek pokrzywdzony przez los i cierpienie, a potem byśmy

chcieli, żeby już dochodził do sprawności ogólnofizycznej i też psychicznej. Wzmacniamy po prostu tę kwestię pana doktora i pana profesora.

Zresztą my też dyskutowaliśmy tutaj z panem przewodniczącym i z panią poseł, że rzeczywiście mało poświęcamy sprawie rehabilitacji onkologicznej w ogóle. Dlatego przyłączam się do tego, co pan profesor doktor powiedział, że to jest chwila historyczna, wyjątkowa. Rzeczywiście chwila historyczna wyjątkowa dlatego, że wszyscy się po prostu uczymy i wszyscy dochodzimy do wniosku, że ta grupa ludzi, onkologiczna, jest w aspekcie rehabilitacji w jakiś sposób nie marginalna, ale jakby zapomniana.

O białe plamy już pani poseł pytała, natomiast ja powiem jeszcze o raku piersi i leczeniu przeciwlimfatycznym. Mamy polską szkołę leczenia albo zapobiegania obrzękom limfatycznym. Mamy długie doświadczenie, wręcz historię, natomiast w ankiecie ostatnio opublikowanej panie z mastektomią i panie z obrzękami limfatycznymi skarżyły się, że praktycznie nie ma takiego kompleksowego, całościowego zaopatrzenia. Praktycznie w 50–60% skarżyły się, że nie są zadowolone z kompleksowej opieki i rehabilitacji po mastektomii, łącznie z plastyką itd., z obrzękami, z materiałami kompresyjnymi. Tutaj pan profesor powiedział, że refundacja działa teraz dość dobrze, ale kiedyś to było w powijakach i kobiety musiały zaopatrywać się w sposób prywatny. Jednak nie ma jeszcze tego powiedziałbym komfortu w aspekcie takiego kompleksowego, holistycznego ujęcia po leczeniu operacyjnym. Takie mam informacje. Być może to są informacje nieprawdziwe albo nieoficjalne.

Dalsza kwestia, że my się też trochę uczymy. Dowiedzieliśmy się, że jest subterraneoterapia – unikatowe wykorzystanie podziemnych komór solnych. Widzimy, że tutaj nawet są wyszczególnione te terapie. Pani dyrektor – bo dowiedzieliśmy się o tym chyba razem – gdzie są te oddziały, bo to jest w oddziałach dziennych. Czy to w Wieliczce, czy w Bochni? Jest taki oddział. Tak? No właśnie, to ciekawe. Może na następnych spotkaniach, bo na pewno powrócimy do tego jeszcze, dobrze, żebyśmy wiedzieli, że są takie terapie. Fajnie, że są.

Jeszcze jena kwestia – stomie po rakach jelita grubego czy w ogóle stomie różnego rodzaju, urologiczne i inne. Są doniesienia – mam ostatnio w biurze poselskim taką skargę czy pretensję odnośnie do zaopatrzenia ortopedycznego. Prosiłbym, żeby te kwestie były rozstrzygnięte w aspekcie liczby i rodzaju tych urządzeń czy przedmiotów stomijnych.

Powiedziałbym też o mojej profesji endokrynologicznej. Po operacji tarczycy, najczęściej raka tarczycy albo w ogóle tarczycy, często dochodziło do uszkodzenia nerwu wstecznego krtaniowego – teraz już praktycznie rzadko, bo jest neuronawigacja – i do przewlekłej chrypki albo zaburzeń głosu i oddychania. Szczerze mówiąc, nie było nigdy żadnej ścieżki rehabilitacji foniatrycznej czy logopedycznej, czy też oddechowej. Ci pacjenci byli zostawiani samym sobie i praktycznie tylko prywatnie te kwestie... Można byłoby więc w jakiś sposób wzmocnić albo utworzyć taką ścieżkę, chociaż mam nadzieję, że tych powikłań będzie coraz mniej albo w ogóle, dlatego że jest właśnie neuronawigacja i teraz uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego nie powinny się zdarzać.

No i przykra sugestia w aspekcie obecnych działań minister, a więc ograniczenia specjalistycznych badań obrazowych, jeśli chodzi o gastroskopię, kolonoskopię, tomograf, że możemy teraz mieć coraz więcej tych rozpoznań i potem coraz większe zapotrzebowanie na rehabilitację. Jest więc prośba albo apel, albo wniosek, że musimy być bardzo czujni w aspekcie pewnej kompleksowości i zwiększania finansowania właśnie dla tych osób, które są obciążone tą bardzo niedobłą i przykrą chorobą.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Chciałbym tylko uzupełnić, panie doktorze, że w badaniach profilaktycznych nie ma żadnych ograniczeń, jeżeli chodzi o dostępność do gastrokopii czy kolonoskopii, to jest bezlimitowe. Jeżeli to idzie w ramach programów profilaktycznych, to są one realizowane. Tak to wygląda.

Jednak ja chciałem o czymś innym. Tych pacjentów onkologicznych rzeczywiście będzie nam przybywało z roku na rok coraz więcej i mam przekonanie, że nie wykorzystujemy właśnie tego potencjału, jaki stanowi ponad 70 tys. fizjoterapeutów, którzy w sposób znakomity mogliby uzupełnić te braki na rynku. Jest trudny dostęp do fizjoterapii i rehabilitacji pacjentów, nie mówię onkologicznych, więc ci pacjenci onkologiczni, tym bardziej będą szukali jakiegoś wsparcia. Myślę więc, o czym też mówimy w ramach zespołu do spraw uzdrowisk, o wykorzystaniu tego potencjału lecznictwa uzdrowiskowego, sanatoryjnego. Mogłoby się w to włączyć pacjentów onkologicznych, tym bardziej, że kiedyś było przeciwwskazanie do leczenia, a dzisiaj tych przeciwwskazań nie ma.

Razem z panią konsultant do spraw leczenia uzdrowiskowego o tym rozmawiamy i myślę, że razem z resortem zdrowia tę ustawę będziemy w takim kierunku nowelizować.

Bardzo proszę, oddaję głos. Proszę się przedstawiać do mikrofonu do protokołu. Bardzo proszę.

Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Arkadiusz Ujma:

Arkadiusz Ujma, Krajowa Izba Fizjoterapeutów.

Chciałbym tutaj dwie sprawy poruszyć. Ta pierwsza, już tutaj kilkakrotnie wybrzmiała, czyli poszerzenie kompleksowej opieki przy chorobach nowotworowych na inne nowotwory – układu nerwowego, układu mięśniowo-szkieletowego. Ja wynotowałem, że około 2,5 mln pacjentów jest w leczeniu ambulatoryjnym, a tych pacjentów onkologicznych będzie coraz więcej i będą wpadali – może to źle zabrzmieć – w leczenie ambulatoryjne i będą czekali w kolejkach. Przykro to mówić, ale ci pacjenci mają trochę mniej czasu na leczenie i myślę, że czekając w leczeniu ambulatoryjnym, powinni być objęci jakąś inną, dodatkową kompleksową opieką skierowaną bezpośrednio do pacjentów z konkretnymi nowotworami.

Chcemy zwrócić uwagę na to, że dzisiaj rozmawiamy o fizjoterapii. Krajowa Izba Fizjoterapeutów wypracowała założenia fizjoterapeutycznej opieki onkologicznej. Zwróciłbym się więc z prośbą do ministerstwa, że jeżeli rozmawiamy o fizjoterapeutach czy o problemie fizjoterapii, to dobrze by było rozmawiać z fizjoterapeutami, ludźmi, którzy są ekspertami w tej dziedzinie. Mówię o pomocy fizjoterapeutycznej dla takich pacjentów.

Mamy wielką prośbę o to, żeby przemyśleć nasze propozycje, o których już pisaliśmy i mówiliśmy, dotyczące wprowadzenia obowiązkowej wizyty fizjoterapeutycznej na oddziałach, bo często stan funkcjonalny pacjentów, którzy są badani po prowadzonych procedurach chirurgicznych, jest inny i trudny do zbadania. Dobrze by było, żeby ten pacjent był zbadany przed, bo dzięki temu plany terapeutyczne byłyby łatwiejsze do przeprowadzenia.

Bylibyśmy bardzo wdzięczni za dołączenie specjalisty fizjoterapii do zespołu specjalistów prowadzących plany leczenia, za wprowadzenie prerekhabilitacji. To są elementy, które są niezwykle ważne w całym kompleksie leczenia takich pacjentów. Tak jak powiedziałem, mamy przygotowane pomysły i bardzo chętnie się nimi podzielimy. Liczymy więc na współpracę z Ministerstwem Zdrowia i jesteśmy na nią otwarci. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Proszę.

Kierownik Pracowni Rehabilitacji Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Gliwicach Iwona Makles-Kacy:

Dzień dobry państwu. Iwona Makles-Kacy, Centrum Onkologii Gliwice. Jestem też koordynatorem zespołu roboczego do spraw rehabilitacji onkologicznej przy wojewódzkim ośrodku koordynującym.

Bardzo ważne rzeczy tutaj mówimy, ale chciałabym zwrócić uwagę na to, że powikłania takie jak obrzęk chłonny, są zazwyczaj późne, a my możemy zwracać uwagę na profilaktykę. W tej chwili pacjenci onkologiczni nie są objęci opieką rehabilitacyjną podczas hospitalizacji. Mamy limity zatrudnienia dla pań pielęgniarek, natomiast jeśli chodzi o raka jelita grubego, to jest pół etatu fizjoterapeuty.

Pani z ministerstwa była uprzejma wspomnieć, że ci pacjenci nie potrzebują rehabilitacji. Otóż niestety leczenie onkologiczne jest wieloetapowe, długotrwałe i niesie za sobą wiele zaburzeń natury fizycznej. Przede wszystkim ci pacjenci są narażeni na zaniki mięśniowe i na ryzyko sarkopenii. Sarkopenia jest schorzeniem, które zmniejsza warunki do leczenia, to znaczy zwiększa nawet toksyczność leczenia. Jeśli mamy pacjenta, który ma rozpoznaną sarkopenię, to jego leczenie onkologiczne jest dla niego bardziej toksyczne. Czyli bardzo ważna jest profilaktyka.

Wiemy, że aktywność ruchowa jest w tej chwili podstawową metodą zapobiegania skutkom funkcjonalnym, a pacjenci nie mają dostępu do fizjoterapeutów na etapie hospitalizacji. Oczywiście grupą uprzywilejowaną są chore leczone z powodu raka piersi. Te panie mają zarówno prerekhabilitację, jak i rehabilitację wczesną, no i rehabilitację późną. W innych grupach nowotworów niestety takiego dostępu do rehabilitacji nie ma.

Jeśli chodzi o prehabilitację w jelicie grubym, jest to bardzo istotne. W naszym szpitalu, mimo tego, że nie jest to refundowane, funkcjonuje zespół prehabilitacji, na co składa się porada z dietetykiem, z fizjoterapeutą, z psychologiem. Wiemy, że pacjent, który jest dobrze przygotowany

do tak trudnego i wieloetapowego leczenia, będzie to leczenie szybciej przechodził, a to się przełoży na korzyści finansowe, bo pacjent, który jest bardziej sprawny, szybciej chce wrócić do życia społecznego i do życia zawodowego.

Dzisiaj pacjent onkologiczny nie dowie się na oddziale, że kiedy czuje zmęczenie – bo często pacjentów onkologicznych dotyka problem zespołu przewlekłego zmęczenia – nie powinien zalegać w łóżku, tylko powinien się ruszać. Niestety nadal na wypisach powielany jest ten schemat – proszę prowadzić oszczędzający tryb życia. Pacjenci rozumieją to dosłownie, to znaczy, że nie ruszają się.

Odwołam się jeszcze do dokumentów WHO. W 2023 r. została wydana dyrektywa WHO, która zachęca kraje do wdrażania rehabilitacji onkologicznej do procesu opieki onkologicznej. Jakoś powoli to idzie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Może teraz pani dyrektor, a później pan profesor. Dobrze? Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Przepraszam, chciałam od razu, żeby nie zgubić wątków, bo jednak państwo zadawali pytania. Może zacznę od pana posła Hoca i od subterraneoterapii. Chodzi o nową metodę. No nie nową, ale bardzo unikatową. Rzeczywiście do tej pory w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej prowadził ją jeden ośrodek, ale my w ramach tego rozporządzenia, które zapowiadałam, że będzie zmienione w zakresie rehabilitacji, chcemy znieść wymóg tego unikatowego środowiska, które ma akurat tylko Wieliczka i dopuścić inne ośrodki, czyli zwiększyć dostępność w zakresie tej rehabilitacji.

Natomiast jeśli chodzi o endokrynologię, czyli zakres... Niekoniecznie, panie pośle, solanki. Jeśli chodzi o specjalizację pana posła Hoca, czyli endokrynologię, to faktycznie nie mamy kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem tarczycy, ale w jednym z załączników do rozporządzenia mamy możliwość rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, więc jakby jest ta możliwość. To zależy od wskazań lekarza oczywiście. Będę to podkreślała, bo państwo też to zauważyli, że nie mamy takiego świadczenia jak kompleksowa opieka i bardzo możliwe, że z tego tytułu po prostu to świadczenie nie jest bardzo mocno wyeksponowane.

Natomiast jeśli chodzi o głos przedstawiciela Krajowej Izby Fizjoterapeutów, to chciałbym stanowczo się nie zgodzić. Są państwo naszym głównym partnerem od trzech lat, jeśli chodzi o zmianę w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej, i to właśnie z państwem i z konsultantami w zakresie fizjoterapii i rehabilitacji, czyli panem profesorem Józwiakiem i panem profesorem Krawczykiem oraz obecnie panią doktor Stępień, a wcześniej poprzednim panem prezesem, po prostu ustalaliśmy zakres zmian w tym rozporządzeniu i tu nic się nie zmieniło w tym zakresie. Oczywiście planujemy, że specjalista ma być uwzględniony. Rozporządzenie jest przygotowane wspólnie z państwem, więc oczywiście postulat jest zasadny, ale jest zrealizowany. My po prostu rozmawiamy z państwem, bo to rozporządzenie też nie ma wiele szczęścia. Jak już wspominałam na którymś posiedzeniu Komisji, było trzy razy wystawiane do konsultacji publicznych z różnym skutkiem, dlatego że oczekiwania są bardzo duże, a jednak różnica zdań pomiędzy zawodami rehabilitantów i fizjoterapeutów jest zbyt duża. Mam nadzieję, że konsens już został ustalony i to, co mamy teraz, to jest już ostateczne i zostanie skierowane do konsultacji publicznych.

Padło tutaj pojęcie prehabilitacji – bardzo ważny postulat. Proszę państwa, minister zdrowia oczekuje do 30 czerwca na realizację zlecenia przez AOTMiT, który ma nam oceniać prerrehabilitację. Oczywiście wsłuchiwalismy się w głosy państwa ekspertów na posiedzeniach Komisji i prehabilitacja to jest to, co mamy nadzieję, że 30 czerwca, gdy zobaczymy, co agencja nam wypracowała, będzie wdrożone. W wielu zakresach to się pojawiało, tutaj też jak najbardziej słusznie, więc działania trwają w tym zakresie. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Pan profesor prosił.

Kierownik kliniki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, prezes Sekcji Limfologicznej Polskiego Towarzystwa Flebologicznego Andrzej Szuba:

Ja bym tylko chciał podkreślić rolę fizjoterapii jako profilaktyki obrzęków limfatycznych, bo mówiono, że ten obrzęk limfatyczny jest późny. Otóż 50% obrzęków limfatycznych po operacjach

onkologicznych pojawia się do drugiego roku po operacji, a duża część do pierwszego roku. Tak więc to nie jest tak, że to jest późne.

Profilaktyka jest niezmiernie ważna i powinna się zacząć zaraz po operacji. Najlepszym modelem na świecie udokumentowanym – doktor Doś tutaj pokazywał w badaniu PREVENT – jest *Prospective Surveillance Model*. Chodzi o to, że pacjent onkologiczny po operacji ma wizytę fizjoterapeutyczną co trzy miesiące, podczas której fizjoterapeuta ocenia kończynę dolną czy górną i przy minimalnym obrzęku – mówimy o półcentymetrowym narastaniu obrzęku mierzonym albo taśmą, albo przy pomocy impedancji elektrycznej – ma dobieraną pończochę lub rękaw okragłodziany, który jest dużo tańszy niż ten płaskodziały. Tego typu profilaktyka daje bardzo dobre efekty, jeżeli chodzi o dalsze zahamowanie wzrostu obrzęku limfatycznego, jak również efekty ekonomiczne w związku z tym związane.

Jeżeli chodzi o tę wczesną profilaktykę przy pomocy kompresji, o ile w kończynach górnych mamy dość dużo pracy – i to od nas z ośrodka z Krakowa pani profesor Ochalek – o tyle niedawno ukończyliśmy prace w kończynach dolnych, gdzie w grupie kobiet po operacjach nowotworów ginekologicznych te kobiety, które miały zakładane pończochy uciskowe okragłodziane w ciągu roku nie rozwinęły żadnego obrzęku, to znaczy jedna z nich miała niewielki obrzęk kończyny, a w grupie, która nie nosiła pończoch uciskowych profilaktycznych, 1/3 miała obrzęki limfatyczne. To jest naprawdę bardzo tania metoda profilaktyki, która zapobiega już bardzo zaawansowanym i drogim metodom leczenia obrzęków limfatycznych.

Jeszcze trochę o rehabilitacji, która jest w tej ustawie. Pomijając ten program dla raka piersi, to leczenie obrzęków limfatycznych w oddziale dziennym i ambulatoryjnie nie wymaga od tego, kto to robi, od fizjoterapeutów, stosowania bandażowania kompensacyjnego. Do mnie trafiają pacjentki już po tygodniach leczenia ambulatoryjnego tylko przy pomocy drenażu limfatycznego czy masażu pneumatycznego, bez zaopatrzenia w wyroby uciskowe, bez bandażowania, po którym właściwie nic się nie zmienia. To są wyrzucane pieniądze. To powinno być sprecyzowane, bo to są naprawdę spore koszty i marnowanie środków. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa? Bardzo proszę.

Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Rehabilitacyjnego Jarosław Tałałaj:

Dzień dobry. Nazywam się Jarosław Tałałaj. Jestem reprezentantem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Jestem specjalistą rehabilitacji medycznej. Jestem lekarzem oraz specjalistą chorób płuc, dlatego subterraneoterapia jest mi bliska, i internistą.

Otóż system w Polsce wcale nie jest taki zły wbrew pozorom. To znaczy opiera się na ośrodkach, oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej, które chyba istnieją przy każdym centrum onkologii w Polsce, jeśli dobrze wiem. Oczywiście nie jest wyróżniona rehabilitacja onkologiczna jako produkt, jako rodzaj świadczeń, jednakże właśnie w ośrodkach, w oddziałach dziennych katalog rozpoznania ICD-10 jest nieograniczony, więc można tam leczyć właściwie wszystkich pacjentów z chorobami onkologicznymi, nowotworowymi. Jednakże obecny system ochrony zdrowia zakłada umieszczenie chorych na nowotwory w klasycznej kolejce do świadczeń, co utrudnia zamknięcie łańcucha leczniczego. Ci pacjenci nie mają żadnej szybkiej ścieżki, nie istnieją w przepisach regulujących tak zwaną szybką ścieżkę onkologiczną. Rehabilitacja nie istnieje w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej i naszym zdaniem dopasowanie tego typu dostępności pacjentów jest rzeczą jedną z kluczowych, bo nie jedyną.

Tak więc zwracam uwagę na to, że wprowadzenie zmian w tej sferze, to znaczy poprawienia dostępności poprzez jakąkolwiek redukcję kolejki, wywoła potrzebę modyfikacji wielu aktów prawnych. Przykładem jest ustawa o świadczeniach zdrowotnych, ustawa o KSO, przepisy regulujące ścieżkę onkologiczną, rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych, zarządzenia prezesa itp.

Myślę, że istnieje całkiem prosty sposób, który już został w zeszłym roku przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia przetestowany, mówiąc trywialnie. Otóż 4 sierpnia 2025 r. pojawiło się zarządzenie prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii. Proponuję pójść tym śladem i przez analogię wypracować podobne zarządzenie, które by ustalało miejsce rehabilitacji w onkologii w całości, bo nie ograniczamy się jedynie do pojedynczych rodzajów nowotworów, w tym raka piersi. Ja myślę o całości, o wszystkich chorych na nowotwory, którzy mogą podlegać czy realizować rehabilitację.

Dlaczego to zarządzenie? Dlatego, że zarządzenie to wprowadza odrębnym trybem organizację i rozliczanie świadczeń – ja mówię o chemioterapii teraz – zatem jest uzupełnieniem ogólnie brzmiących aktów prawnych i ich nie zmienia. Przykładem jest ustawa o KSO. W ten sposób zarządzenie prezesa NFZ wprowadza świadczenia lecznicze bez konieczności ingerencji w akty prawne wyższego rzędu.

Ja zwracam uwagę na rozdział trzeci tego zarządzenia prezesa pt. „Szczegółowe warunki umowy”. Tam w § 4 ustalony jest katalog świadczeń podstawowych i wspomagających w formie załączników. Zwracam również uwagę na rozdział czwarty pt. „Rozliczanie świadczeń”, a szczególnie § 23, który odnosi treści zarządzenia – tego właśnie zarządzenia prezesa – do aktów wyższej rangi i nie wywołuje potrzeby zmiany tych aktów. Tak więc raz jeszcze podkreślam, że przez analogię można zastosować to samo rozwiązanie dla rehabilitacji w całości w chorobach nowotworowych, łącznie z prehabilitacją.

Wracając do prehabilitacji, to jest rodzaj leczenia, który jest już dobrze wystandaryzowanych w świecie i w zasadzie w Polsce też. Dzięki Bogu AOTMiT zajęła się problemem i mamy nadzieję, że prehabilitacja będzie formalnym produktem NFZ, który można będzie wykorzystywać wśród naszych pacjentów.

Co więcej, mówiliśmy o wzrastających liczbach chorych na raka piersi. To wcale nie odpowiada wzrostowi zachorowalności na raka piersi. Ten stopień zachorowalności wzrasta o wiele wolniej, więc ten wystrzał rehabilitacji jest związany z czymkolwiek innym, ale nie z tak gwałtownym przyrostem zachorowań.

Zbiór chorych na choroby nowotworowe w Polsce jest względnie jednorodny. Jest zupełnie przewidywalny wskaźnik zachorowań i tym samym przewidywalny wskaźnik kwalifikacji do leczenia przyczynowego. Jest to dość zamknięta grupa pacjentów. Łatwo obliczyć, ilu tych pacjentów będzie i iloma pacjentami przyjdzie nam się zająć.

Tak więc spodziewanym wymiernym efektem opublikowania zarządzenia, jeśli takie mogłoby się pojawić, powinno być przeniesienie chorych na nowotwory z tak zwanej klasycznej kolejki do świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej do jednolitego systemu leczenia onkologicznego. Tym samym też silnie rekomenduję wprowadzenie lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej do konsylium onkologicznego.

Obowiązkiem konsylium jest prowadzenie pacjenta od początku, od chwili rozpoznania, do zakończenia leczenia. Jest to obowiązek prawny, więc brakuje mi tam lekarza specjalisty rehabilitacji, który brałby udział we wczesnej kwalifikacji i nadzorze nad pacjentami chorującymi na choroby nowotworowe w trakcie całego procesu leczenia. W ten sposób zamykamy cały ciąg leczniczy pacjentów onkologicznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Też tak uważałem w swoich przemyśleniach, że może w karcie DiLO mogłaby również być ujęta perspektywa rehabilitacji, fizjoterapii. A jeżeli chodzi o konsylia, też wydaje mi się, że obecność lekarza rehabilitacji medycznej byłaby przydatna na pewno w celu prowadzenia tego pacjenta później, już po leczeniu operacyjnym czy chemio-, czy radioterapii.

Czy pan doktor chciałby? Bardzo proszę.

Kierownik zakładu Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu Janusz Doś:

Tak. Jeżeli mogę, to ad vocem. Rozumiem intencje pana doktora i środowiska lekarzy rehabilitacji, wprowadzenie tylnymi drzwiami, tak jak zarządzeniem prezesa do przepisów ustawowych i rozporządzeń ministra zdrowia, pewnych rozwiązań, które będą znowu nakierowane na zarządzanie zespołami rehabilitacyjnymi przez lekarzy rehabilitacji, co budzi bardzo duże wątpliwości i niestety powoduje, że lekarz rehabilitacji staje się osobą, która znowu ma zarządzać całym zespołem, ma zarządzać fizjoterapeutami, ma zarządzać pielęgniarkami, terapeutami zajęciowymi, logopedami czy też innymi osobami z tego zespołu. Jestem absolutnie przeciwny takim rozwiązaniom, które będą wprowadzały znowu dodatkowe kompetencje dla lekarzy rehabilitacji i będą ograniczały działania innych specjalistów medycznych.

Jeśli chodzi o wprowadzenie lekarzy rehabilitacji do konsylium, to bardzo proszę. Łatwo wyliczyć to, ilu jest specjalistów rehabilitacji i ilu przypada teraz lekarzy rehabilitacji na poszczególne ośrodki, w których pracują i w których prowadzi się rehabilitację. Jest to absurdalny pomysł

i bardzo jednoznacznie chcę podkreślić, że to jest kolejne działanie ograniczające kompetencje innych zawodów medycznych, w tym fizjoterapeutów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Ja myślałem, że ten konflikt między fizjoterapeutami a lekarzami rehabilitacji został zakończony, ale widzę, że jednak on gdzieś drzemie tak samo jak między pulmonologami a torakochirurgami...

Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Rehabilitacyjnego Jarosław Tałałaj:

A ja myślałem, że mówimy o pacjentach, panie doktorze. Właśnie cały czas mówiłem o pacjentach, o umożliwieniu tego szerszej fali pacjentów, którzy doznaliby zaszczytu leczenia onkologicznego w pełni, w stu procentach. Jednakże zespoły lecznicze od dawien dawna i jeszcze pewnie przez długi czas mają pewną konstrukcję i strukturę i nikomu, zaręczam, pracy nie zabraknie. A to, czym się pan martwi, mówiąc o małej liczbie specjalistów rehabilitacji, to jest raczej nasz problem, nie państwa. My sobie damy radę również na konsyliach, jeśli będziemy mogli w tych konsyliach występować. Pulmonologów jest jeszcze mniej niż specjalistów rehabilitacji, a zupełnie sprawnie operują na konsyliach, panie doktorze. To taki przykład.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie doktorze, pozwoli pan, że ja będę jednak prowadził posiedzenie podkomisji i udzielał głosu. W tym wyjątkowym momencie przyzwoliłem.

Pani dyrektor też chciała w tym zakresie zabrać głos. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak. Dziękuję, panie przewodniczący, że dostałam teraz głos, bo proszę państwa, mam nadzieję, że właśnie ta dyskusja jest takim preludium do skierowania przez ministra zdrowia tego projektu rozporządzenia do konsultacji publicznych, bo my naprawdę chcielibyśmy zwiększyć dostępność do świadczeń i mamy świadomość pewnych ograniczeń. Tu właśnie mówimy o pacjentach, że pewne uregulowania, które umiejscowimy w rozporządzeniu, głównie te dotyczące zasobów kadrowych, mogą naprawdę spowodować duże komplikacje dla systemu i dla dostępności.

Państwo muszą wiedzieć – tak jak wspomniał pan profesor – że mamy bardzo małą liczbę lekarzy rehabilitantów. Oczywiście to prowadzi do zastanawiania się nad rozszerzeniem dostępu dla innych zawodów i pan minister jest skłonny właśnie w ten sposób to rozszerzyć, żeby zapewnić tę dostępność. Natomiast patrząc jeszcze ogólnie na to, co się zadziało w zeszłym roku, to też musimy zwrócić uwagę, że nie mając wyodrębnionego zakresu rehabilitacji onkologicznej, nie możemy wprowadzać świadczeń aktem tak niskiego rzędu, w stosunku do rozporządzenia oczywiście, czyli zarządzeniem prezesa NFZ, dlatego że sam prezes NFZ na pewno by oponował. Z tego wynika też nasza pełna współpraca z Centralą NFZ nad rozporządzeniem w zakresie rehabilitacji.

Proszę państwa, jeśli chodzi o konsylium, to już powiedziałam – bo pan profesor też zwrócił uwagę na to, że jest mała liczba – że będziemy się zastanawiać. Być może specjalista do spraw fizjoterapii byłby rozwiązaniem wychodzącym naprzeciw temu, co państwo powiedzieli, aby właśnie jego włączyć w skład takiego konsylium. Natomiast jeśli chodzi o pacjentów onkologicznych, to zazwyczaj ci pacjenci na skierowaniu na rehabilitację, praktycznie wszyscy, mają napisane, że jest to przypadek pilny. Ci pacjenci mają dostęp do różnych trybów rehabilitacji. Czyli nie możemy przenosić tych pacjentów, bo oni są kwalifikowani i do trybu dziennego, i do różnych zakresów, w zależności od potrzeb.

Wydaje się więc, że najlepszym kierunkiem byłoby, po pierwsze, dokończenie prac nad ścieżkami pacjentów w trybie opieki kompleksowej, a po drugie, zmiana rozporządzenia, którą tutaj zapowiadam. Apeluję – może tak powiem – o zgodę i ciepłe przyjęcie tego rozporządzenia, bo myślę, że tu wszyscy oczekujemy na zmianę rozporządzenia w zakresie rehabilitacji, taki pierwszy etap, który pokazałby... To rozporządzenie nie było zmieniane na przestrzeni lat, ale naprawdę minister zdrowia ma bardzo dobre intencje i wsparcie przede wszystkim Krajowej Izby Fizjoterapeutów, konsultantów dwóch zawodów – fizjoterapii i rehabilitacji.

Pamiętają państwo, że w poprzednich latach jeszcze pani minister Leszczyna przewodniczyła okrągłemu stołowi. Tam były prowadzone prace bardzo szeroko. Był też udział Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, więc postulaty zostały uwzględnione. Oczywiście nie wszystkie, tak jak sobie państwo wszyscy życzyli, bo byłoby to niemożliwe z racji różnicy zdań, ale myślimy,

że ten konsens został już na tyle wypracowany, że spowoduje naprawdę dobre otwarcie tego rozporządzenia i dostęp dla pacjentów.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Myślę, że dzisiejsze posiedzenie podkomisji służy też temu, żeby ten konsens uzyskać. Widzę, że jest taka możliwość.

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nie ma chętnych, to w takim razie chciałbym serdecznie podziękować. Myślę, że pani dyrektor przekaze wszystkie uwagi, które zostały zgłoszone. Bardzo liczymy na to spotkanie i wypracowanie tego nowego rozporządzenia – to ma być w formie dokumentu – że wszystkie strony wezmą w tym udział i rzeczywiście doczekamy się takiego traktowania. Jednak uważam, że każda choroba onkologiczna po jej zakończeniu kwalifikuje się na rehabilitację, fizjoterapię. To jest choroba przewlekła, tak ją traktujemy i dlatego ci pacjenci też tak powinni być przez środowisko traktowani i w lecznictwie koordynowanym powinno być to uwzględniane.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję za spotkanie. Proszę państwa, zamykam dyskusję i stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia. Zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję jeszcze raz za spotkanie.