



OKUK.050.2.2026.PP
Warszawa, 30 kwietnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Dotyczy: interpelacja Pana Posła Pawła Masełko w sprawie zapewnienia dostępu do ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w oddziałach dziennych w związku z ustawą z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej – interpelacja nr 16377

Szanowny Panie Marszałku,

w nawiązaniu do interpelacji nr 16377 Pana Posła Pawła Masełko w sprawie zapewnienia dostępu do ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w oddziałach dziennych, poniżej przedstawiam szczegółowe odpowiedzi na postawione pytania, uwzględniając aktualny etap wdrażania Krajowej Sieci Kardiologicznej¹.

1. Dlaczego po wejściu w życie ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej nie podjęto działań adekwatnych do zapisów i celów ustawy w roku 2026 i latach kolejnych?

Uprzejmie wyjaśniam, że KSK została utworzona na mocy ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. z 2025 poz. 779)², a jej przepisy weszły w życie z dniem 2 lipca 2025 r. Proces kwalifikacji podmiotów do KSK został przeprowadzony w dniu 19 lipca 2025 r. i od tego momentu Sieć rozpoczęła formalne funkcjonowanie.

W związku z powyższym rok 2025, a także bieżący rok 2026, stanowią etap wdrażania i rozwoju Krajowej Sieci Kardiologicznej. **Działania podejmowane w początkowej fazie funkcjonowania KSK koncentrowały się przede wszystkim na zapewnieniu kluczowych podstaw organizacyjnych i systemowych, niezbędnych dla jej prawidłowego działania oraz dalszego rozwoju.** W szczególności obejmowały one:

- przygotowanie kryteriów kwalifikacji podmiotów do KSK³ oraz warunków nadawania statusu Centrów Doskonałości Kardiologicznej⁴,

¹ zwanej dalej także „KSK”

² zwana dalej „ustawą o KSK”

³ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz.U. 2025 poz. 943)

⁴ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2025 r. w sprawie rodzajów Centrów Doskonałości Kardiologicznej oraz szczegółowych warunków przyznania ośrodkowi kardiologicznemu statusu Centrum Doskonałości Kardiologicznej (Dz.U. 2025 poz. 942)

- opracowanie uniwersalnej ścieżki pacjenta kardiologicznego⁵,
- prace nad systemem KSK⁶ oraz elektroniczną Kartą Opieki Kardiologicznej (eKOK)⁷, która będzie stanowiła kluczowe narzędzie monitorowania procesu leczenia pacjentów w ramach KSK,
- opracowanie wskaźników jakości opieki kardiologicznej⁸ oraz współczynników korygujących, które będą premiować ośrodki zapewniające kompleksową opiekę, w tym rehabilitację,
- prace nad założeniami funkcjonowania koordynatorów opieki kardiologicznej, odpowiedzialnych za prowadzenie pacjenta przez poszczególne etapy diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji, w tym za zapewnienie ciągłości i terminowości udzielanych świadczeń.

Działania te stanowią niezbędny etap budowy spójnego modelu opieki kardiologicznej, w ramach którego możliwe jest dalsze rozwijanie poszczególnych elementów świadczeń, w tym rehabilitacji kardiologicznej, w sposób uporządkowany i trwały oraz uwzględniający jakość, a także bezpieczeństwo leczenia pacjentów.

2. Jakie działania zamierza podjąć Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia w celu poprawy dostępności do ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej?

Ministerstwo Zdrowia dostrzega istotne znaczenie rehabilitacji kardiologicznej jako integralnego elementu skutecznej i ciągłej opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, mając na uwadze jej rolę w poprawie rokowania pacjentów, ograniczaniu ryzyka ponownych incydentów sercowo-naczyniowych oraz przeciwdziałaniu rehospitalizacjom. Rehabilitacja kardiologiczna stanowi kluczowy etap procesu leczenia po ostrych incydentach sercowych oraz element długoterminowego postępowania terapeutycznego.

Z tego względu rehabilitacja kardiologiczna została uwzględniona w rozwiązaniach systemowych wdrażanych w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej, w szczególności poprzez jej ujęcie w kryteriach kwalifikacji, uniwersalnej ścieżce pacjenta kardiologicznego oraz odzwierciedlenie w miernikach jakości opieki kardiologicznej określonych w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie ustawy o KSK (rozporządzenie ws. wskaźników jakości opieki kardiologicznej). Takie podejście wpisuje rehabilitację kardiologiczną w spójny model opieki koordynowanej, obejmującej kolejne etapy diagnostyki, leczenia oraz dalszego postępowania terapeutycznego.

⁵ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2025 r. w sprawie kluczowych zaleceń dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego (Dz.U. 2025 poz. 1389), zwane dalej „uniwersalną ścieżką pacjenta”

⁶ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2026 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych wprowadzanych do systemu Krajowej Sieci Kardiologicznej przez ośrodki kardiologiczne oraz terminów ich wprowadzania (Dz.U. 2026 poz. 398)

⁷ projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych zawartych w elektronicznej Karcie Opieki Kardiologicznej oraz terminu ich przekazywania <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12407402>

⁸ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2026 r. w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej (Dz.U. 2026 poz. 134), zwane dalej „rozporządzeniem ws. wskaźników jakości opieki kardiologicznej”

Istotnym elementem wdrażanego modelu jest również elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej (eKOK), która umożliwi monitorowanie przebiegu leczenia pacjenta w czasie rzeczywistym, w tym np. identyfikację etapów, na których dochodzi do opóźnień lub przerw w realizacji świadczeń, takich jak rehabilitacja kardiologiczna. Narzędzie to będzie wspierać poprawę koordynacji opieki oraz zwiększenie efektywności wykorzystania dostępnych zasobów systemu ochrony zdrowia.

Uzupełnieniem powyższych rozwiązań jest wprowadzenie funkcji koordynatora opieki kardiologicznej, którego rolą jest organizacja ścieżki leczenia pacjenta, w tym kierowanie do rehabilitacji kardiologicznej oraz wspieranie pacjenta w dostępie do świadczeń z zakresu kardiologii.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace nad projektem nowego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które w sposób kompleksowy obejmie również rehabilitację kardiologiczną. Projektowane przepisy przewidują m.in. doprecyzowanie zasad kwalifikacji pacjentów, organizacji świadczeń rehabilitacyjnych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, oddziałów dziennych, stacjonarnych oraz w warunkach domowych, a także uwzględnienie kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej jako jednej z form realizacji świadczeń. Projektowane rozwiązania mają charakter systemowy i pozostają spójne z modelem opieki wynikającym z KSK oraz programem Kompleksowej Opieki po Zawałe Mięśnia Sercowego (KOS-Zawał), w ramach którego dostęp do rehabilitacji kardiologicznej stanowi istotny element opieki kompleksowej.

Równolegle Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia finansowanie rehabilitacji kardiologicznej w ramach obowiązujących umów we wszystkich oddziałach wojewódzkich, zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i w ośrodkach lub oddziałach dziennych oraz w formie kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej. Analiza danych Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2024–2025 wskazuje na ogólną tendencję wzrostową liczby świadczeń rehabilitacji kardiologicznej realizowanych w oddziałach dziennych, w tym również w ramach programu KOS-Zawał.

Działania regulacyjne uzupełniane są instrumentami wsparcia inwestycyjnego. W 2026 r. planowane jest przeprowadzenie konkursów w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, obejmujących m.in. doposażenie podmiotów realizujących rehabilitację kardiologiczną w nowoczesny sprzęt medyczny, w tym rozwiązania wspierające rehabilitację realizowaną w warunkach ambulatoryjnych i dziennych oraz z wykorzystaniem narzędzi telerehabilitacyjnych. Działania te mają na celu wzmacnianie potencjału systemu ochrony zdrowia oraz stopniowe zmniejszanie regionalnych dysproporcji w dostępie do rehabilitacji kardiologicznej.

3. Czy istnieje możliwość podjęcia pilnych działań interwencyjnych przez oddziały wojewódzkie NFZ od dnia 1 lipca 2026 r.?

Krajowa Sieć Kardiologiczna została zaprojektowana jako model oparty na trwałych mechanizmach organizacyjnych, jakościowych i finansowych, którego celem jest uporządkowanie oraz standaryzacja struktury opieki kardiologicznej w skali ogólnokrajowej, a także zapewnienie koordynacji i ciągłości opieki nad pacjentem na wszystkich etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a nie jako instrument oparty na doraźnych działaniach interwencyjnych, które mogłyby prowadzić do destabilizacji organizacyjnej lub finansowej świadczeń.

Rozwiązania przyjęte w ustawie o KSK, opracowane w oparciu o doświadczenia programu pilotażowego sieci kardiologicznej, zmierzają do poprawy funkcjonowania systemu opieki i leczenia kardiologicznego poprzez określenie trzech poziomów zabezpieczenia opieki kardiologicznej (OK I, OK II oraz OK III), koncentrację procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach o odpowiednim potencjale oraz wdrożenie narzędzi umożliwiających monitorowanie organizacji, jakości i efektów leczenia.

W tym modelu rehabilitacja kardiologiczna stanowi integralny element ciągłości opieki nad pacjentem, realizowany zgodnie z przypisanym poziomem zabezpieczenia opieki kardiologicznej, stanem klinicznym pacjenta oraz zasadami koordynacji opieki.

Istotne znaczenie w tym zakresie ma rozporządzenie ws. wskaźników jakości opieki kardiologicznej, wydane na podstawie ustawy o KSK. Rozporządzenie to wprowadza mierzalne wskaźniki jakości odnoszące się do kompleksowości opieki nad pacjentem kardiologicznym, w tym realizacji rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów po zawale mięśnia sercowego w ramach programu KOS-Zawał, z uwzględnieniem rehabilitacji realizowanej w formie telerehabilitacji hybrydowej.

Powiązanie wskaźników jakości z mechanizmami finansowymi stanowi element systemowego oddziaływania na świadczeniodawców oraz oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, sprzyjający stopniowemu wzmacnianiu dostępności do rehabilitacji kardiologicznej, w tym rehabilitacji realizowanej w warunkach ambulatoryjnych i oddziałów dziennych, przy jednoczesnym zapewnieniu wymaganej jakości i bezpieczeństwa opieki.

Jednocześnie należy podkreślić, że w rozporządzeniu określającym kryteria kwalifikacji do Krajowej Sieci Kardiologicznej przewidziano okres przejściowy dla ośrodków kardiologicznych II i III poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej (OK II i OK III), dotyczący spełnienia wymogu posiadania w danej lokalizacji zakładu leczniczego umowy na realizację określonych świadczeń opieki zdrowotnej objętych programem. Okres ten został ustanowiony do dnia 3 lipca 2028 r. i ma na celu umożliwienie podmiotom leczniczym dostosowanie się do nowych wymogów organizacyjnych i jakościowych Krajowej Sieci Kardiologicznej przy jednoczesnym zachowaniu ciągłości udzielania świadczeń.

Po upływie okresu przejściowego spełnienie wskazanego warunku będzie podlegało weryfikacji w ramach kolejnej kwalifikacji do KSK, co stanowi istotny mechanizm motywujący ośrodki do stopniowego dostosowania struktury organizacyjnej i zakresu udzielanych świadczeń do standardów właściwych dla ośrodków kardiologicznych z poziomu OK II i OK III..

Dodatkowo wdrażane narzędzia koordynacyjne, w tym elektroniczna Karta Kompleksowej Opieki Kardiologicznej (eKOK) oraz funkcja koordynatora opieki, mają na celu bieżące monitorowanie i zarządzanie procesem diagnostyczno-terapeutycznym pacjenta, co ogranicza potrzebę stosowania doraźnych działań interwencyjnych i sprzyja stabilnemu wdrażaniu docelowego modelu opieki kardiologicznej.

4. Czy planowane są działania w województwach o najniższym poziomie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej?

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi bieżący monitoring realizacji świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach, w tym zakresów

realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i oddziałów dziennych. Analiza danych za lata 2024–2025 wskazuje na zróżnicowanie regionalne zarówno pod względem liczby udzielonych świadczeń, jak i liczby pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną, przy jednoczesnym wzroście realizacji świadczeń w części województw.

Działania na rzecz poprawy dostępności do rehabilitacji kardiologicznej w regionach o niższej dostępności realizowane są przede wszystkim poprzez instrumenty systemowe, obejmujące rozwój KSK, wdrażanie mechanizmów jakościowych oraz stopniowe wzmacnianie potencjału organizacyjnego i infrastrukturalnego podmiotów leczniczych.

Jak wskazano powyżej, Ministerstwo Zdrowia planuje w 2026 r. realizację konkursów inwestycyjnych w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, które będą mogły zostać wykorzystane na doposażenie placówek realizujących rehabilitację kardiologiczną w nowoczesny sprzęt, w szczególności wspierający rehabilitację ambulatoryjną, dzienną oraz telerehabilitację.

Działania te, wraz z dalszym rozwojem Krajowej Sieci Kardiologicznej, projektowanymi zmianami legislacyjnymi oraz mechanizmami jakościowymi, mają na celu stopniowe wyrównywanie regionalnych różnic w dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz wzmacnianie roli rehabilitacji, w tym rehabilitacji dziennej i telerehabilitacji, jako istotnego elementu kompleksowej opieki nad pacjentem kardiologicznym.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kacperczyk
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/