

Warszawa, 2 września 2026 r.

Agata Polińska
Onkofundacja Alivia
2026/09/02/W/1

Pan Michał Chrobot
Dyrektor Departamentu Opieki
Koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia



w imieniu pacjentów onkologicznych zwracam się z uprzejmą prośbą o rozważenie możliwości wprowadzenia dla chorych na nowotwory złośliwe priorytetowego dostępu do świadczeń poradni: kardiologicznej, dermatologicznej oraz rehabilitacyjnej.

Leczenie onkologiczne to wielodyscyplinarne wyzwanie.

Kwalifikacja do wielu programów lekowych wymaga oceny kardiologicznej. Również samo leczenie (zarówno farmakologiczne, jak i radioterapeutyczne) bywa kardiotoksyczne i wymaga ścisłego, terminowego monitoringu w celu wczesnego zidentyfikowania potencjalnych skutków ubocznych na wczesnym etapie. Pozwala to na odpowiednią modyfikację leczenia na początku wystąpienia niepożądanych następstw terapii i uniknięcia trwałych dysfunkcji kardiologicznych u pacjentów, które to znacznie obniżają jakość życia chorych i generują dodatkowe koszty leczenia w późniejszych latach, jak również koszty ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w związku z absencjami zawodowymi i ubezpieczeniami rentowymi.

Chemioterapia, radioterapia, terapie celowane oraz immunoterapie mogą skutkować dotkliwymi problemami dermatologicznymi, których doświadczają

pacjenci. Nie zawsze jest im w stanie zaradzić onkolog prowadzący, często potrzebne jest wsparcie dermatologa. Spadek jakości życia chorych, ale też zagrożenia spowodowane niewystarczająco zaopiekowanymi dolegliwościami dermatologicznymi, bywają przyczyną redukcji przyjmowanych dawek lub zmiany leczenia, co może wpływać na jego finalną efektywność, zwiększać koszty leczenia i obciążenia systemu ubezpieczeń społecznych.

Ponadto, w większości przypadków, świadczenie kardiologiczne czy dermatologiczne nie ma charakteru niezależnej konsultacji dotyczącej choroby współistniejącej, lecz stanowi element procesu kwalifikacji, monitorowania bezpieczeństwa lub kontynuacji terapii przeciwnowotworowej. Opóźnienie takiej konsultacji może prowadzić do opóźnienia rozpoczęcia leczenia, jego czasowego wstrzymania, zmniejszenia dawki lub zmiany terapii. W konsekwencji dostępność świadczenia specjalistycznego staje się jednym z czynników determinujących rzeczywisty dostęp pacjenta do leczenia onkologicznego.

Operacje onkologiczne w większości są operacjami mocno inwazyjnymi – obejmują usunięcie fragmentu lub całego organu, kończyny, płata skóry. Chorzy na raka, zarówno przed, jak i po przebytych operacjach oraz leczeniu radioterapeutycznym, wymagają pre- i rehabilitacji, która pozwala im przygotować organizm do intensywnej terapii, niwelować niepożądane efekty operacji (np. obrzęki limfatyczne, nietrzymanie moczu), włóknienia i kurczenia się tkanek wywołanego radioterapią (co skutkuje przepuklinami kręgosłupa w napromienianych obszarach), przywracać funkcje życiowe (np. oddychanie jednym płucem, nauka chodzenia z protezą). Rehabilitacja, zarówno przed- jak i pooperacyjna zapewnia lepsze wyniki leczenia, szybszy powrót do zdrowia chorych oraz ich sprawniejsze funkcjonowanie, co przekłada się na lepszą jakość życia, możliwości powrotu do życiowych ról i pracy. Nie pozostaje to bez wpływu na koszty absencji zawodowych oraz budżet Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Obecnie w/w poradnie, zakontraktowane przez Centra Onkologii, są zmuszone udzielać świadczeń wszystkim pacjentom, nie tylko onkologicznym. Powoduje to zajęcie bliskich terminów przez chorych z innymi schorzeniami i długie oczekiwanie na świadczenia dla chorych na nowotwory złośliwe. W efekcie zasoby specjalistyczne zgromadzone w Centrach Onkologii nie zawsze mogą być wykorzystane zgodnie z ich podstawowym celem.

Wierzę, że powyższe argumenty jednoznacznie wskazują na istotną i pilną potrzebę umożliwienia pacjentom onkologicznym priorytetowego dostępu do świadczeń poradni kardiologicznej, dermatologicznej i rehabilitacyjnej. Bardzo liczę na Pana zrozumienie i pomoc w tej sprawie.

Łączę wyrazy szacunku,

Wiceprezes Zarządu

Agata Polinska