



# **„Zdrowie i bezpieczeństwo narodowe”**

**Deбата Medycznej Racji Stanu  
pod patronatem polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej  
i Przewodniczącego Rady ds. Współpracy z Ukrainą w Kancelarii  
Prezesa Rady Ministrów**



Kancelaria Prezesa Rady Ministrów  
Przewodniczący Rady ds. Współpracy z Ukrainą

PATRONAT HONOROWY  
PAWEŁ KOWAL



Patronat polskiej prezydencji w Radzie UE  
Patronage of the Polish presidency of the Council of the EU  
Patronage de la présidence polonaise du Conseil de l'UE

**30 czerwca 2025 r., w godz. 11.00 – 15.30  
Pałac Staszica (siedziba PAN), Sala Okrągłego Stołu  
ul. Nowy Świat 72 w Warszawie**

## **Informacja prasowa**

Zdrowie jest integralną częścią bezpieczeństwa narodowego, a jego znaczenie wzrasta w kontekście wyzwań demograficznych oraz globalnych zagrożeń. Ochrona zdrowia obywateli to nie tylko kwestia opieki zdrowotnej, ale również element stabilności i suwerenności państwa. Współczesne zagrożenia, takie jak pandemie, ataki terrorystyczne, konflikty zbrojne, cyberataki, czy zmiany klimatu, wymagają kompleksowego podejścia do bezpieczeństwa narodowego, obejmującego aspekty militarne, gospodarcze i zdrowotne.

Wg WHO, zdrowie „to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa. Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, sytuację ekonomiczną czy społeczną”. Zdrowie wszystkich narodów ma fundamentalne znaczenie dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa i zależy od najpełniejszej współpracy jednostek i państw. Osiągnięcia każdego państwa w promocji i ochronie zdrowia mają wartość dla wszystkich. Rządy

ponoszą odpowiedzialność za zdrowie swoich narodów, którą można spełnić jedynie poprzez zapewnienie odpowiednich środków zdrowotnych i socjalnych.<sup>1</sup>

Zdrowie jest jednym z głównych priorytetów Komisji Europejskiej. Aby wesprzeć opiekę zdrowotną w państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE), polityki i działania UE w zakresie zdrowia publicznego mają na celu: Ochronę i poprawę zdrowia obywateli; Wspieranie modernizacji systemów i infrastruktury opieki zdrowotnej; Poprawę odporności europejskich systemów opieki zdrowotnej; Wyposażenie krajów UE, aby lepiej zapobiegały przyszłym pandemiom i reagowały na nie.<sup>2</sup>

Europejskie wartości zdrowotne, to charakterystyczny zestaw przekonań dotyczących praw i obowiązków zdrowotnych, które odzwierciedlają europejską historię i tożsamość. Artykuł 6 Traktatu o Unii Europejskiej stanowi, że Unia „opiera się na zasadach wolności, demokracji, poszanowania praw człowieka i podstawowych wolności oraz państwa prawnego, które to zasady są wspólne dla państw członkowskich”. „Wspólnota Europejska ma na celu nie tylko zapewnienie dobrze funkcjonującego rynku wewnętrznego towarów, kapitału i usług, ale także wspiera sprawiedliwość społeczną i poszanowanie godności człowieka, dlatego też jej działania wewnętrzne i zewnętrzne powinny dążyć do wspierania tych wartości. Jest to szczególnie ważne w dziedzinie zdrowia, która jest kluczowym elementem dobrostanu jednostki i społeczeństwa. Podejście oparte na prawach człowieka ma fundamentalne znaczenie dla europejskich wartości w zakresie zdrowia: „W odniesieniu do zdrowia podejście oparte na prawach oznacza uwzględnianie norm i zasad praw człowieka w projektowaniu, wdrażaniu, monitorowaniu i ocenie polityk i programów związanych ze zdrowiem. Obejmują one godność ludzką, zwrócenie uwagi na potrzeby i prawa grup szczególnie wrażliwych oraz nacisk na zapewnienie powszechnego dostępu do systemów opieki zdrowotnej. Zasada równości i wolności od dyskryminacji ma kluczowe znaczenie, w tym dyskryminację ze względu na płeć i role płciowe”.<sup>3</sup>

Wg Komisji Europejskiej solidarność w zdrowiu to przede wszystkim zmniejszanie nierówności zdrowotnych między obywatelami Unii Europejskiej (UE). Nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej jest przeszkodą w realizacji zobowiązań UE w zakresie solidarności, spójności społecznej i gospodarczej, praw człowieka i równości szans. Komisja pragnie zatem wspierać państwa członkowskie w ich działaniach na rzecz niwelowania tych różnic oraz uzupełniać te działania. Komisja podkreśla, że nierówności zdrowotne spowodowane są różnicami między grupami ludności pod względem szeregu czynników wpływających na zdrowie. Obejmują one: warunki życia, zachowania zdrowotne, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy i zarobki, poziom opieki zdrowotnej, profilaktykę zdrowotną i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również politykę państwa wpływającą na ilość, jakość i rozmieszczenie tych czynników. Komisja Europejska buduje Europejską Unię Zdrowotną, w ramach której wszystkie kraje UE przygotowują się na ewentualne kryzysy zdrowotne i wspólnie na nie reagują oraz wspólnie doskonalą metody zapobiegania, leczenia i opieki w przypadku chorób takich jak nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe, choroby mózgu, czy choroby rzadkie. Europejska Unia Zdrowotna pomaga zapewnić: lepszy poziom ochrony zdrowia Europejczyków, większą gotowość UE i krajów członkowskich do zapobiegania ewentualnym pandemiom w przyszłości i do reagowania na nie oraz poprawę odporności europejskich systemów opieki zdrowotnej.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Constitution of the World Health Organization. 1946 <https://www.who.int/about/governance/constitution>

<sup>2</sup> The value of health data and its role in Europe. 2022 <https://data.europa.eu/en/publications/datastories/value-health-data-and-its-role-europe>

<sup>3</sup> European health values. <https://globalhealththeurope.org/values/european-health-values/>

<sup>4</sup> Czym jest Europejska Unia Zdrowotna? [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union\\_pl](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_pl)

Komisja Europejska dąży do utworzenia Europejskiej Unii Zdrowotnej, w ramach której wszystkie kraje Unii Europejskiej (UE) mogłyby przygotowywać się na ewentualne kryzysy zdrowotne i wspólnie na nie reagować, bez problemu pozyskiwać niedrogie i innowacyjne produkty medyczne oraz wspólnie doskonalić metody zapobiegania, leczenia i opieki w przypadku chorób takich jak choroby nowotworowe. Europejska Unia Zdrowotna oznacza: lepszy poziom ochrony zdrowia naszych obywateli; większą gotowość UE i krajów członkowskich do zapobiegania ewentualnym pandemiom w przyszłości i do reagowania na nie; solidniejsze systemy opieki zdrowotnej w Europie.

Najważniejsze inicjatywy w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach Europejskiej Unii Zdrowotnej, to: gotowość na wypadek sytuacji kryzysowej; rozporządzenie w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia; nowe kompetencje Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Europejskiej Agencji Leków (EMA); Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA); Strategia farmaceutyczna; europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia; Europejski plan walki z rakiem; sprawozdanie pt. „Stan gotowości zdrowotnej 2022”; globalne bezpieczeństwo zdrowotne; Strategia pt. „Globalna strategia zdrowotna Unii Europejskiej 2022-2030”; strategia pt. „Global Gateway 2022-2027”.<sup>5</sup>

Wszystkie systemy opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej znajdują się obecnie pod presją, aby mądrze i wydajnie wydawać swoje zasoby, których zaczyna brakować. W raporcie OECD pt. „Tackling Wasteful Spending on Health” z 2017 r. przedstawiono alarmujące dane dotyczące marnowanych zasobów w opiece zdrowotnej, szacowanych od 10% do nawet 34% wydatków.<sup>6</sup> Program pt. „EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union” został przyjęty w odpowiedzi na pandemię COVID-19 oraz w celu wzmocnienia gotowości na wypadek innych kryzysów zdrowotnych. Program EU4Health przyczyni się do sprostania długoterminowym wyzwaniom zdrowotnym poprzez stworzenie silniejszych, bardziej odpornych i łatwiej dostępnych systemów opieki zdrowotnej. Wg Komisji Europejskiej zdrowie to inwestycja, a dzięki budżetowi program EU4Health zapewnia wsparcie finansowe UE w dziedzinie zdrowia. EU4Health jest jasnym przesłaniem, że zdrowie publiczne jest dla UE priorytetem i jest jednym z głównych instrumentów wytyczających drogę do Europejskiej Unii Zdrowotnej.<sup>7</sup>

W lutym 2021 r. wprowadzono Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan).<sup>8</sup> Europejski plan walki z rakiem jest wyrazem politycznego zobowiązania do zwalczania chorób nowotworowych oraz kolejnym etapem tworzenia silnej Europejskiej Unii Zdrowotnej, która zapewni UE większe bezpieczeństwo, gotowość i odporność. Celem europejskiego planu walki z rakiem jest zmniejszenie obciążenia, jakim są choroby nowotworowe dla pacjentów, ich rodzin i systemów ochrony zdrowia. Dotyczy on niwelowania nierówności dotyczących chorób nowotworowych między państwami członkowskimi i w obrębie tych państw za pomocą działań służących wspieraniu, koordynowaniu i uzupełnianiu wysiłków międzypaństwowych.<sup>9</sup> Europejski plan walki z rakiem otrzymał finansowanie w wysokości 4 mld euro, w tym 1,25 mld euro z przyszłego Programu UE dla zdrowia.<sup>10</sup>

<sup>5</sup> European Health Union. [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union\\_pl](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_pl)

<sup>6</sup> Tackling Wasteful Spending on Health. OECD 2017 <https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>

<sup>7</sup> EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. 2021 [https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_en](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en)

<sup>8</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer-plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf)

<sup>9</sup> [https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem\\_pl](https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem_pl)

<sup>10</sup> [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_pl](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl)

Inwestowanie w bezpieczeństwo onkologiczne jest priorytetem Unii Europejskiej, w której, co roku można zapobiec ponad 40% zachorowaniom na raka. W 2020 r. w Unii Europejskiej u 2,7 mln osób wykryto raka, a kolejnych 1,3 mln osób, w tym ponad 2 tys. młodych ludzi zmarło na nowotwór. Jeżeli nie podejmie się zdecydowanych działań, liczba zachorowań na raka wzrośnie o 24 proc. do 2035 r., co oznacza, że stanie się on główną przyczyną zgonów w Unii Europejskiej.

W działaniach zapewniających bezpieczeństwo zdrowotne kluczowa jest profilaktyka i edukacja zdrowotna. Wg raportu z września 2024 r. pt. Znaczenie profilaktyki dla wzrostu gospodarczego i zrównoważonego rozwoju systemów opieki zdrowotnej, socjalnej i socjalnej (The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems) w obliczu aktualnych wyzwań, z jakimi mierzy się Unia Europejska, w tym powolnego wzrostu gospodarczego, transformacji demograficznej i epidemiologicznej – potrzebna jest zmiana modelu opieki zdrowotnej z reaktywnego (leczenie chorób) na proaktywny (promocja zdrowia), uwzględniający inwestycje w profilaktykę zdrowotną.<sup>11</sup> Dostępne badania dowodzą, że inwestycja w profilaktykę przynosi realne korzyści. Każde 1 euro wydane na profilaktykę generuje zwrot w wysokości 14 euro. Tymczasem dziś tylko niewielki procent krajowych budżetów zdrowotnych przeznaczanych jest na profilaktykę, a jeszcze mniej na szczepienia. W obliczu wyzwań gospodarczych, demograficznych, epidemiologicznych i politycznych, z jakimi mierzy się Unia Europejska, inwestycje w profilaktykę stały się niezbędne. Starzejące się społeczeństwo na całym kontynencie europejskim wymaga coraz większych wydatków na zdrowie, a malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym skutkuje zmniejszeniem wpływów z podatków. Prognozy wskazują, że do 2050 r. aż 19,9% populacji UE będzie w wieku powyżej 80 lat, a 1 na 3 osoby (29%) będzie w grupie wiekowej 65+. Obciążenie finansowe krajów UE potęgowane jest powolnym wzrostem gospodarczym. Co więcej, zarówno choroby zakaźne, jak i niezakaźne stanowią coraz większe obciążenie dla krajowych systemów opieki zdrowotnej. Działania reaktywne są dziś niewystarczające. To inwestycja w profilaktykę pozwoli sprostać tym wieloaspektowym wyzwaniom. Raport wykazuje duże dysproporcje w zakresie inwestycji w profilaktykę wśród państw Unii Europejskiej. W Austrii na ten cel przeznacza się aż 10,3% ogółu wydatków na zdrowie, w Danii 8,9%, podczas gdy na Słowacji jedynie 1,6% a w Polsce 2,1%. W Austrii na profilaktykę wydaje się rocznie aż 481 euro na osobę, w Holandii 395 euro, w Polsce jedynie 36 euro.

Najnowszym osiągnięciem w budowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego Unii Europejskiej jest przygotowanie projektu Ustawy o lekach krytycznych (Critical Medicines Act) oraz nowelizacja Pakietu Farmaceutycznego. Nowa ustawa o lekach krytycznych ma na celu wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez stworzenie wspólnotowych mechanizmów inwestycyjnych, ułatwienia administracyjne dla strategicznych projektów produkcyjnych, a także poprawę koordynacji w zakresie przetargów publicznych i zapasów kryzysowych. Kluczowym elementem jest unijna lista leków krytycznych – obecnie obejmuje ona ponad 270 substancji czynnych stosowanych w leczeniu infekcji, chorób układu krążenia, nowotworów i zaburzeń psychicznych. Ustawa zakłada wdrożenie szeregu działań, z których najważniejsze to: wspieranie inwestycji w produkcję: wprowadzenie możliwości uznania projektów farmaceutycznych za „projekty strategiczne”, co umożliwi ich priorytetowe traktowanie przy przyznawaniu zezwoleń, wsparcia finansowego i doradztwa; wspólne zamówienia publiczne: ułatwienie procedur wspólnych zakupów leków między państwami członkowskimi, szczególnie w odniesieniu do preparatów z listy krytycznej; zrównoważony system przetargowy:

---

<sup>11</sup> <https://www.vaccines europe.eu/media-hub/publications/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-care-and-welfare-systems/>

państwa członkowskie będą zachęcane do stosowania kryteriów jakościowych w przetargach (np. kraj produkcji, odporność łańcucha dostaw), a nie tylko ceny; współpraca międzynarodowa: promowanie partnerstw z krajami trzecimi o zbliżonych standardach, w celu dywersyfikacji dostaw; koordynacja i monitoring, w tym powołanie unijnej Grupy Koordynacyjnej ds. Leków Krytycznych, odpowiedzialnej za monitorowanie wdrażania regulacji i oceny ryzyka niedoborów. Projekt ustawy, wpisuje się w szerszą strategię budowy Europejskiej Unii Zdrowotnej i polityki przemysłowej UE. Ma on nie tylko zapobiegać kryzysom, ale również przyciągać inwestycje i budować konkurencyjność europejskiego sektora farmaceutycznego. Wspieranie krajowej produkcji i ograniczanie zależności od dostaw spoza UE traktowane są jako kwestie bezpieczeństwa strategicznego. W ustawie podkreślono również konieczność stosowania wspólnych standardów gromadzenia danych i oceny ryzyk, co ma umożliwić podejmowanie szybkich i skutecznych decyzji w czasie potencjalnych kryzysów zdrowotnych.<sup>12</sup>

Podsumowując dokonania polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w okresie styczeń-czerwiec 2025 roku, można powiedzieć, że sześć miesięcy polskiej prezydencji doprowadziło do realizacji, wspólnie ze wszystkimi państwami członkowskimi, wyznaczonych celów. Polska prezydencja w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego zakładała postawienie bezpieczeństwa i dobra pacjenta w centrum wszystkich działań. Wśród czterech priorytetów z zakresu zdrowia znalazły się:

1. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży;
2. Cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej;
3. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób;
4. Bezpieczeństwo lekowe.<sup>13</sup>

Wg Ministerstwa Zdrowia, jednym z największych sukcesów polskiej prezydencji w 2025 roku jest fakt, że Rada Unii Europejskiej przyjęła stanowisko w sprawie największej od dwóch dekad reformy prawa farmaceutycznego (tzw. pakietu farmaceutycznego). Pakiet to realne wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego i gwarancja lepszego dostępu do potrzebnych leków dla wszystkich obywateli Unii Europejskiej. Łączy on troskę o rozwój i konkurencyjność unijnego przemysłu farmaceutycznego z jednoznacznym postawieniem w centrum uwagi pacjenta. Uchwalono także projekt aktu w sprawie leków krytycznych, co ma gwarantować zapewnienie dostępu do leków w sytuacjach kryzysowych. Przyjęte zostały również konkluzje dotyczące zdrowia psychicznego młodzieży. Stwierdzono, że profilaktyka to inwestycja, a nie koszt. Wezwano do rozpoczęcia dyskusji nad nowelizacją dyrektywy tytoniowej, bo od ostatniej reformy minęło dziesięć lat, a w tym czasie pojawiły się nowe, groźne dla młodzieży produkty. Zwrócono także uwagę na kwestie cyberbezpieczeństwa i stwierdzono, że kraje wspólnoty europejskiej muszą wziąć na siebie odpowiedzialność za ochronę danych pacjentów i bezpieczeństwo infrastruktury zdrowotnej.<sup>14</sup>

Wg najnowszego raportu NIZP-PZH pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania - 2025”, obraz stanu zdrowia polskiego społeczeństwa nie jest optymistyczny, wręcz alarmujący. Mamy do czynienia z powoli postępującą sytuacją kryzysową. Oczekiwana długość życia i długość życia w zdrowiu nie poprawiają się w znaczący sposób, a samoocena stanu zdrowia przez Polaków ulega pogorszeniu. Oznacza to, że musimy bardziej stanowczo zareagować na negatywne zjawiska obserwowane w zakresie oddziaływania determinant zdrowia. Wiele z negatywnych trendów można zahamować lub odwrócić, w efekcie długofalowo poprawiając stan zdrowia społeczeństwa, jego

---

<sup>12</sup> <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6872-2025-INIT/en/pdf>

<sup>13</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

<sup>14</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-epsco-podsumowala-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

dobrostan, powracając do wzrostu oczekiwanej długości życia i oczekiwanej długości życia w zdrowiu. Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje na wysoką wartość ogólnospołeczną i ekonomiczną zdrowia ludności. Zdrowa populacja wzmacnia poziom dobrostanu pojedynczych osób, podnosi spójność społeczną i efektywność ekonomiczną pracy, obniża koszty społeczne i ekonomiczne leczenia i opieki nad osobami chorymi. Wiemy już aż nadto dobrze, że zdrowie nie jest kategorią kosztową, a jest dobrem społecznym i ekonomicznym. Wszystkie polityki, które poprawiają krótko-, a w szczególności długoterminowo stan zdrowia ludności, są opłacalne z punktu widzenia każdego państwa. Rozwój medycyny naprawczej i poprawa działania systemu ochrony zdrowia jest oczywistą potrzebą społeczną. Jednak świadomość tej potrzeby i korzyści długofalowych działań w zakresie poprawy zdrowia nie jest dobrze obecna zarówno w opinii społecznej, jak i wśród decydentów. A głównie takie działania trwale podnoszą poziom dobrostanu ludności, zapobiegają chorobom i wspomagają zachowanie zdrowia. Na wydatki na zdrowie publiczne Polska przeznaczają jeden z najmniejszych w Europie odsetków swojego budżetu. Potrzebujemy szybkich i intensywnych działań w celu zmniejszania wpływu czynników wywołujących choroby i pogarszających stan zdrowia. Te działania obejmują aktywności regulacyjne, edukacyjne, interwencje zdrowotne w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Musimy znacznie szybciej i efektywniej reagować na zjawiska wynikające z wpływu komercyjnych zagrożeń dla zdrowia, stymulowanych przez ogromne inwestycje przemysłu w promocję produktów negatywnie na nie wpływających. Podejmowane działania muszą być interdyscyplinarne, wychodzące poza tradycyjne silosy zarządzania zabezpieczeniem społecznym, systemem ochrony zdrowia, edukacją, ochroną środowiska i zapobieganiu zmianom klimatu i utracie bioróżnorodności. Wymagają systematycznego planowania, ewaluacji, ciągłych korekt podejmowanych działań w celu ich optymalizacji, ale też odpowiedzi na przyspieszające zmiany w otoczeniu. Zdrowie publiczne jest tak samo ważne jak bezpieczeństwo narodowe, a równocześnie wymaga nieporównanie mniejszych inwestycji.<sup>15</sup>

W panelu pierwszym debaty omówione zostanie bezpieczeństwo zdrowotne obywateli Unii Europejskiej, w panelu drugim - troska o zdrowie w UE, jako wartość i powinność, a w panelu trzecim, eksperci postarają się znaleźć odpowiedź na pytanie, jak jednym głosem rozmawiać o bezpieczeństwie zdrowotnym ze strony organizacji pacjentów, przedstawicieli systemu ochrony zdrowia – decydenta, płatnika, samorządów, kadr medycznych i pomocniczych oraz producentów leków, diagnostyk, sprzętu i wyrobów medycznych. Przygotowany raport po debacie zbierze wypowiedzi oraz sformułuje wnioski i rekomendacje.

Poniżej przedstawiono wybrane zagadnienia z zakresu określonych dziedzin terapeutycznych.

## Bezpieczeństwo lekowe i adherencja - podstawa bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków

**Bezpieczeństwo lekowe to dziś fundament zdrowia publicznego i synonim bezpieczeństwa krajowego.** Biorąc pod uwagę, że co drugi Polak zmaga się z chorobą przewlekłą, a co trzeci z nadciśnieniem tętniczym, czyli główną przyczyną zgonów w Polsce, to skala wyzwania zdrowotnego przed którym stoimy jest duża. **Kluczowym warunkiem utrzymywania choroby przewlekłej pod kontrolą i tym samym zapobiegania groźnym powikłaniom, jest stabilny dostęp do leków.**

---

<sup>15</sup> Raport pt. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025. NIZP-PZH. 2025  
[https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/?fbclid=IwY2xjawKup5FleHRuA2FibQIxMQBicmlkETBxNDIPOUNrY3F0dmdnSHpKAR5N7YLPjqu1\\_tqDitbUQiRiPPE0pdRfSVF4Q8S8jAa8Y1yL-mz4Y4NoLPOJQw\\_aem\\_kjeUpEhD09x5AlsRHZ7NqA](https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/?fbclid=IwY2xjawKup5FleHRuA2FibQIxMQBicmlkETBxNDIPOUNrY3F0dmdnSHpKAR5N7YLPjqu1_tqDitbUQiRiPPE0pdRfSVF4Q8S8jAa8Y1yL-mz4Y4NoLPOJQw_aem_kjeUpEhD09x5AlsRHZ7NqA)

Firma Servier od ponad trzech dekad realnie buduje bezpieczeństwo lekowe kraju, konsekwentnie rozwijając w Polsce **lokalną produkcję leków**. Dzięki temu, nawet w trudnych czasach gwarantowaliśmy stabilną dostępność do leków, które każdego dnia przyjmuje blisko 2 mln pacjentów. Już dziś ponad 80% opakowań refundowanych leków Servier ma status Polskiego Leku, a od czerwca 2026 roku już blisko 100% z nich będzie produkowane w warszawskiej fabryce. To konkretne dane, potwierdzające nasze długofalowe zaangażowanie w budowę bezpieczeństwa lekowego Polski. Co niezwykle ważne, wszystkie leki firmy Servier wytwarzane w warszawskiej fabryce powstają z API produkowanego z krajach Unii Europejskiej. Taką strategię przyjęliśmy od początku naszej działalności i konsekwentnie ją realizujemy, ponieważ jakość produkcji farmaceutycznej i zapewnienie stabilnej dostępności leków dla pacjentów, którzy z nich korzystają jest dla nas nadrzędnym priorytetem.

**Adherencja (ang. adherence), w kontekście medycznym, oznacza stopień, w jakim pacjent stosuje się do zaleceń terapeutycznych, w tym przyjmowania leków i innych form leczenia.** Jest to kluczowe dla skuteczności terapii i dobrego stanu zdrowia pacjenta. Warto odróżnić adherencję od terminu "compliance" (z ang. compliance), który dotyczy jedynie przestrzegania zaleceń lekarskich, zwłaszcza przyjmowania leków. Adherencja jest pojęciem szerszym, obejmującym również zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, jego motywację i świadomość celu terapii. **Brak adherencji stanowi cichy kryzys zdrowotny w Europie i Polsce oraz jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnej medycyny.** Według danych WHO i OECD, w krajach rozwiniętych nawet 30–50% pacjentów z chorobami przewlekłymi nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami lekarza, a w psychiatrii odsetek ten sięga nawet 70–80%, szczególnie w przypadku schizofrenii, depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej. W Polsce problem może dotyczyć ponad 7 mln osób, biorąc pod uwagę populację chorych przewlekłe: z nadciśnieniem (ok. 10 mln), cukrzycą (ponad 3 mln), chorobami serca, POChP i zaburzeniami psychicznymi. Nieprzyjmowanie leków lub ich niewłaściwe stosowanie prowadzi do nasilenia objawów, wzrostu liczby zaostrzeń, pilnych hospitalizacji, utraty produktywności oraz niepełnosprawności, a także przedwczesnych zgonów. Szacunki Komisji Europejskiej i ekspertów wskazują, że brak adherencji generuje rocznie nawet 125 miliardów euro strat w UE i powoduje około 200 000 zgonów. Dlatego konieczne są **kompleksowe działania systemowe**:

1. **Wdrożenie opieki farmaceutycznej i przeglądów lekowych** – szczególnie w populacji pacjentów 65+ i z wielolekowością.
2. **Zwiększenie roli e-zdrowia** – przypomnienia o lekach (SMS, aplikacje).
3. **Edukacja pacjentów i lekarzy** (także studentów) – kampanie społeczne, materiały edukacyjne i szkolenia z komunikacji medycznej.
4. **Stałe monitorowanie poziomu adherencji** – wbudowane w system e-recepty i raportowanie do NFZ.
5. **Wsparcie psychologiczne i interwencje behawioralne** – szczególnie u pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi.
6. **Rozszerzenie dostępu do terapii długodziałających .**
7. **Zmiana paradygmatu wyceny świadczeń** – nie tylko wycena za ilość przyjętych pacjentów, ale także jakość realizowanego świadczenia.

Adherencja to nie tylko kwestia indywidualnych wyborów pacjentów, to sprawa zdrowia publicznego, efektywności kosztowej systemu i jakości życia milionów obywateli. **W obliczu starzejącego się społeczeństwa, czas na podjęcie kompleksowych i zdecydowanych działań w zakresie poprawy poziomu adherencji w Polsce.**

## Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w kontekście zdrowia psychicznego Polaków

**W ostatnich latach rośnie rola lekarza pierwszego kontaktu (POZ) w kontekście zdrowia psychicznego społeczeństwa. Lekarz POZ pełni ogromną rolę w poprawie zdrowia psychicznego swoich pacjentów.** Ma on nie tylko diagnozować i leczyć, ale także edukować oraz wspierać pacjentów w drodze do zdrowia. Zdefiniowano cztery kluczowe obszary, które mają znaczenie w zapewnieniu pacjentom odpowiedniego wsparcia psychicznego:

1. **Profilaktyka zdrowia psychicznego:** Lekarz POZ, będący najczęściej odwiedzanym przez pacjentów specjalistą, ma kluczową rolę w edukowaniu na temat podstawowych zasad zdrowia psychicznego, takich jak odpowiednia dieta, regularny ruch i higiena snu. Celem jest zapobieganie problemom zdrowotnym jeszcze przed ich wystąpieniem.
2. **Diagnoza depresji i innych chorób psychicznych:** Lekarz pierwszego kontaktu powinien wykazywać czujność w wykrywaniu symptomów depresji i innych zaburzeń psychicznych. W przypadku podejrzenia takich schorzeń, lekarz powinien rozpocząć leczenie lub skierować pacjenta do specjalisty. W niektórych przypadkach konieczne może być podjęcie obu działań.
3. **Leczenie:** Kluczowym elementem leczenia chorób psychicznych jest normalizacja snu, który ma bezpośredni wpływ na zdrowie psychiczne pacjenta. Lekarz POZ powinien znać dostępne opcje terapeutyczne, aby móc zaproponować odpowiednią metodę leczenia i wspierać pacjenta w świadomym wyborze najlepszej terapii.
4. **Adherencja do zaleceń terapeutycznych:** Istotnym aspektem skutecznego leczenia jest przestrzeganie zaleceń lekarskich. Lekarz powinien edukować pacjenta na temat konsekwencji niestosowania się do zaleceń terapeutycznych i wskazywać, jak ważne jest systematyczne stosowanie się do przepisanych leków oraz terapii.

Bardzo ważny jest również problem **stygmatyzacji chorób psychicznych**. Kampania „**Wyprostuj spojrzenie**” wspierana przez firmę **Angelini Polska**, ma na celu zmianę społecznego postrzegania osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi. **Promowanie edukacji i świadomości na temat zdrowia psychicznego oraz walka ze stygmatyzacją są niezbędne, aby poprawić jakość życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w Polsce.**

## Szczepienia ochronne, jako kluczowy element bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków

**Jednym z priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej była profilaktyka.** Choć szczepienia ochronne nie były formalnie wyodrębnione jako osobny temat, stanowią one jej kluczowy element. W czasie prezydencji Polska zrealizowała wiele istotnych działań w tym obszarze – zwiększono dostępność szczepień zalecanych, uruchomiono kampanie edukacyjne, zacieśniono współpracę z samorządami i środowiskiem medycznym. Ministerstwo Zdrowia pracuje nad usprawnieniem ścieżki pacjenta w zakresie szczepień ochronnych, w tym **wprowadzenie bardziej elastycznych rozwiązań umożliwiających szczepienie w aptekach czy placówkach POZ.** To bardzo istotne, by osoby starsze – szczególnie seniorzy – miały jak najłatwiejszy i najbliższy dostęp do szczepień. Obecnie pacjenci napotykają liczne bariery, a uproszczony dostęp do szczepień może realnie przełożyć się na poprawę wskaźników wyszczepialności w Polsce.

**Rekomendowane jest zwiększenie świadomości udziałowców systemu na temat znaczenia szczepień ochronnych w Polsce dla zwiększenia bezpieczeństwa lekowego kraju.**

Bezpieczeństwo lekowe oznacza zapewnienie stałego dostępu do niezbędnych leków, szczepionek i innych technologii medycznych, włączając w to sytuacje kryzysowe. W Polsce szczepienia ochronne dorosłych są istotnym elementem tego bezpieczeństwa, przeciwdziałając chorobom zakaźnym i wzmacniając odporność systemu ochrony zdrowia. Pandemia COVID-19 uwypukliła znaczenie szczepień w przeciwdziałaniu kryzysom zdrowotnym.

Szczepienia ochronne dorosłych redukują zachorowalność i śmiertelność związaną z grypą, półpaścem, zakażeniami pneumokokowymi czy zakażeniami COVID-19. **Korzyści z ich stosowania obejmują:**

- **Prewencję Obciążeń Chorobami:** Obniżenie liczby zakażeń i ich nasilenia, szczególnie w grupach ryzyka.
- **Stabilność Ekonomiczną:** Redukcja bezpośrednich medycznych kosztów leczenia oraz strat ekonomicznych związanych z absencją w pracy.
- **Bezpieczeństwo Zdrowotne:** Wzmocnienie odporności zbiorowiskowej (stadnej) i zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób.

Mimo udokumentowanych korzyści, Polska mierzy się z **wieloma barierami:**

- **Ograniczona Świadomość:** Brak wiedzy na temat konieczności szczepień dorosłych, niska świadomość zdrowotna społeczeństwa w tym zakresie.
- **Problemy Finansowe:** Niewystarczające finansowanie programów szczepień ochronnych.
- **Dostępność:** Problemy logistyczne w obszarach wiejskich i dla osób starszych.
- **Ograniczenia Prawne:** Brak kompleksowych ram prawnych dla szczepień dorosłych.

Rząd polski zapowiedział reformy w ramach szybkiej nowelizacji ustawy refundacyjnej (SZNUR).

**Kluczowe zmiany obejmują:**

1. Specjalne podejście do chorób rzadkich i ultra-rzadkich w szczepieniach.
2. Wprowadzenie specjalnej ścieżki oceny technologii lekowych (HTA), jako metody oceny szczepień dorosłych.
3. Rozszerzenie dostępu do szczepień (dorosłych) poprzez POZ i apteki.

**Rekomendacje dla Interesariuszy w zakresie optymalizacji dostępu do szczepień ochronnych w Polsce:**

1. Finansowanie i Zachęty:
  - a. Utworzenie dedykowanego budżetu na programy szczepień ochronnych dorosłych.
  - b. Motywowanie lekarzy i farmaceutów do promowania szczepień.
2. Kampanie Informacyjne:
  - a. Ogólnokrajowe kampanie uświadamiające korzyści płynące ze szczepień.
  - b. Ukierunkowane działania wobec grup ryzyka.
3. Rozwój Polityki:
  - a. Integracja szczepień z istniejącymi strukturami opieki zdrowotnej.
  - b. Współpraca z UE w celu harmonizacji polityk.
4. Rozwiązania Cyfrowe:
  - a. Wdrożenie platform e-zdrowia dla rejestracji i przypomnień o szczepieniach.

**Podsumowując, szczepienia ochronne dorosłych to jeden z fundamentów bezpieczeństwa lekowego w Polsce. Wzmocnienie programów poprzez reformy prawne, współpracę interesariuszy i edukację publiczną ograniczy obciążenia chorobami i zapewni odporność systemu zdrowotnego.**

## Potrzeba intensyfikacji działań na rzecz profilaktyki zakażeń ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) oraz wdrożenia profilaktyki przed ekspozycyjnej (PrEP) w Polsce

**Pomimo postępów w leczeniu zakażeń ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV), epidemia nadal stanowi istotne wyzwanie zdrowotne w Europie, w tym w Polsce. Eliminację zakażeń HIV zdefiniowano hasłem „95-95-95”, które oznacza, iż 95% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 95% osób wiedzących o zakażeniu będzie leczonych, a u 95% osób objętych leczeniem wirus HIV będzie niewykrywalna. W 2023 roku żaden z krajów UE/EOG nie osiągnął pełnych celów 95-95-95, a jedynie 77% osób żyjących z HIV miało supresję wirusową. Jednocześnie liczba nowych zakażeń HIV w regionie wzrosła o 12%, a ponad połowa przypadków to późne diagnozy. Wskazuje to na pilną potrzebę wzmocnienia działań profilaktycznych, w tym wdrożenia i upowszechnienia profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP).**

W 2023 r. w UE/EOG żyło 820 tys. osób z HIV. Szacowana liczba nowych zakażeń HIV spadła o 35% od 2010 r., ale nadal nie osiągnięto celu redukcji o 75% do 2025 r. W Polsce wg. danych PZH w 2023 r. rozpoznano 2 192 nowe przypadki HIV, co stanowi znaczny wzrost do lat poprzednich. **W ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba nowo zakażonych w Polsce podwoiła się i obecnie wynosi na koniec 2024 r. 35 175 osób** (dane Krajowego Centrum ds. AIDS). 92% osób żyjących z HIV znało swój status, 93% z nich było leczonych, a 93% miało supresję wirusową — co oznacza, że 1 na 5 osób z HIV nadal ma poziom wirusa umożliwiający transmisję.

W 2023 r. w UE/EOG profilaktykę przedekspozycyjną (PrEP) stosowało 160 tys. osób (cel WHO na 2025 r. to 500 tys. osób). **W Polsce w 2019 r. PrEP otrzymało jedynie 3 tys. osób, z czego 90% stanowili mężczyźni mający seks z mężczyznami (MSM).** 98% użytkowników PrEP to MSM — wskazuje to na potrzebę rozszerzenia dostępu do innych grup. Brakuje danych o kobietach, migrantach, osobach używających narkotyków czy osobach transpłciowych. Zgodnie z raportem ECDC z 2024 roku, **profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP) jest skutecznym narzędziem zapobiegania HIV, jednak w Polsce dostęp do niej pozostaje ograniczony.**<sup>16</sup> Tylko 7 krajów UE/EOG zapewnia **bezpłatny dostęp do PrEP w publicznych placówkach**. Polska nie posiada w pełni wdrożonych krajowych wytycznych dotyczących PrEP, a dostępność tej formy profilaktyki dla osób z grup kluczowych — takich jak osoby migrujące, osoby używające narkotyków, osoby transpłciowe, czy pracownicy seksualni — jest niewystarczająca. **Brakuje również danych dotyczących rzeczywistego zapotrzebowania na PrEP w tych populacjach.**

W kontekście polskiej prezydencji w Radzie UE oraz wspólnego apelu Polski, Rumunii i Hiszpanii o intensyfikację **działań na rzecz zakończenia epidemii HIV do 2030 roku**, Polska ma wyjątkową szansę, by objąć rolę lidera w regionie.<sup>17</sup> **Wdrożenie narodowej strategii dotyczącej zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI), w tym HIV, powinno uwzględnić:**

---

<sup>16</sup> Pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in Europe and Central Asia. Monitoring the implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2024 progress report (2023 data). <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/pre-exposure-prophylaxis-hiv-prevention-europe-and-central-asia-monitoring>

<sup>17</sup> A call for action at the EU and national level to prioritise efforts and investment towards ending HIV epidemic in Europe until 2030, ensuring the implementation of appropriate political actions in the next crucial 6 years to come. Information from the Romanian, Polish and Spanish delegations <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11173-2024-INIT/en/pdf>

- **Opracowanie i wdrożenie krajowych wytycznych dotyczących PrEP** zgodnych z zaleceniami EACS i WHO,
- **Zapewnienie bezpłatnego i szerokiego dostępu do PrEP**, także dla osób nieubezpieczonych i migrantów,
- **Rozszerzenie punktów dostępu do PrEP poza ośrodki specjalistyczne** — np. do organizacji społecznych i placówek podstawowej opieki zdrowotnej,
- **Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV** oraz tych, które korzystają z PrEP,
- **Wzmocnienie systemu monitorowania i zbierania danych** nt. stosowania PrEP i potrzeb populacji kluczowych.

**Zakończenie epidemii HIV do 2030 roku jest możliwe, ale wymaga zdecydowanych działań politycznych, inwestycji w profilaktykę oraz partnerskiej współpracy z organizacjami społecznymi.**

Polska, jako kraj przewodniczący Radzie UE do końca czerwca 2025 r. oraz aktywny w *Trio*, razem z Danią i Cyprzem, ma **wyjątkową okazję do końca czerwca 2026 r., by nadać nowy impuls europejskiej polityce zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania zakażeniom HIV i rozwoju AIDS.**

Wdrożenie skutecznych działań profilaktycznych, takich jak PrEP, oraz poprawa dostępu do testowania i leczenia mogą znacząco przyczynić się do osiągnięcia Celu Zrównoważonego Rozwoju 3.3 (3.3 SDG, Sustainable Development Goals), który dotyczy zdrowia i dobrego samopoczucia, a konkretnie zakończenia epidemii AIDS, gruźlicy, malarii i zaniedbanych chorób tropikalnych oraz walki z zapaleniem wątroby, chorobami przenoszonymi przez wodę i innymi chorobami zakaźnymi do 2030 roku.<sup>18,19</sup>

## Potrzeba wprowadzenia Krajowego programu badań przesiewowych w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce

**HCV ciągle stanowi zagrożenie dla polskiej populacji ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień** (nie została jeszcze wynaleziona szczepionka na HCV) oraz poważne konsekwencje długoletniego zakażenia (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy). Nadal ponad 140 tys. osób jest aktywnie chorych na WZW typu C i ok 70% żyje w nieświadomości zakażenia wirusem HCV, istnieje więc pilna potrzeba zwiększenia wysiłków w zakresie w diagnostyki HCV, a następnie leczenia WZW typu C. HCV (Hepatitis C Virus) czyli wirus wywołujący zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) jest nazywany cichym zabójcą, gdyż zakażenie przebiega bezobjawowo lub objawy są niecharakterystyczne. W konsekwencji nieleczenia choroby dochodzi do powikłań w tym raka wątrobowokomórkowego i śmierci. Wirus zapalenia wątroby typu C przenosi się przez krew i płyny ustrojowe, co oznacza, że czynnikiem ryzyka zakażenia HCV może być każdy zabieg (zarówno medyczny, jak i pozamedyczny), czy jakiegokolwiek naruszenie ciągłości tkanek. Chorzy na WZW typu C, to dziś aktywni zawodowo 40-50 latkowie, którzy zostali zdiagnozowani „przez przypadek”, często w przebiegu innych chorób, nieświadomi zakażenia. WZW C stanowi poważny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego i jedyną metodą zapobiegania rozprzestrzeniania wirusa jest

<sup>18</sup> Progress towards reaching the Sustainable Development Goal 3.3 targets related to HIV, TB, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the European Union and European Economic Area. April 2025

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-tb-hepatitis-progress-sustainable-development-goal-2025>

<sup>19</sup> Progress towards reaching the Sustainable Development Goal 3.3 targets related to HIV, tuberculosis, viral hepatitis and sexually transmitted infections in the EU/EEA 2024 progress report (2022–2023 data)

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-tb-hepatitis-progress-sustainable-development-goal-2025>

diagnostyka i leczenie, dlatego niezbędne są działania na poziomie krajowym zmierzające do eliminacji HCV, poprzez np. rządowy program polityki zdrowotnej eliminacji HCV.

**WZW typu C jest całkowicie wyleczalną chorobą. Aktualnie dostępne refundacyjnie leki dają możliwości leczenia WZW typu C szybko (8-12 tygodni) i z niemal 100% skutecznością w warunkach ambulatoryjnych.** Ze względu na refundowane leczenie w Polsce, możliwe jest zmniejszenie liczby nowych zakażeń, zgodnie z celami WHO, o 90%. W Polsce terapia WZW C jest bezpłatna, w ramach programu lekowego. Eliminacja wirusa HCV spowoduje zmniejszenie częstości powikłań związanych z WZW typu C, szczególnie redukcja śmiertelności z powodu raka wątrobowokomórkowego (HCC). Obecnie w Polsce kluczowe jest podjęcie szerokich działań diagnostycznych w kierunku HCV, które zapewni polskim obywatelom bezpieczeństwo. Inne kraje, w tym bogatsze od nas (np. Niemcy) policzyły i udowodniły, że diagnostyka i leczenie jest wysoce opłacalne, dużo skuteczniejsze i tańsze niż leczenie powikłań. **Dlatego istnieje wysoko uzasadniona potrzeba ekonomiczno-społeczna uruchomienia testowania i eliminacji HCV.** Badania diagnostyczne HCV od roku włączone są do finansowania w ramach tzw. budżetu powierzonego w POZ, jednak ich wykonanie jest na bardzo niskim poziomie i ograniczają się jedynie do grup ryzyka i nie są badaniami przesiewowymi, choć istnieje wysoka potrzeba zdrowotna przeprowadzenia screeningu w tym kierunku.

**Powinniśmy zmierzać w kierunku całkowitej eliminacji wirusa z polskiej populacji i ochrony polskich obywateli, do czego zobowiązał się Polski Rząd na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia WHO, przyjmując globalną strategię dotyczącą WZW na lata 2016–2021. Celem tej inicjatywy jest eliminacja wirusowego zapalenia wątroby typu B i C do roku 2030.** Cele WHO strategii eliminacji zakażeń HCV, jako zagrożenia zdrowia publicznego (2016): zmniejszenie liczby nowych zakażeń HCV o 90% i redukcja śmiertelności z powodu ich klinicznych następstw o 65%.

### **Potrzeba refundacji nowych terapii w leczeniu zaawansowanego lub nawrotowego raka jelita grubego, który nie jest możliwy do wyleczenia ani resekcji i nie poddaje się chemioterapii**

**Rak jelita grubego (CRC) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce,** zajmując trzecie miejsce pod względem zachorowalności zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Choroba postępuje, gdy komórki w okrężnicy lub odbytnicy rosną niekontrolowanie z przednowotworowego, łagodnego polipa, który rozwija się przez okres od 5 do 15 lat, aby przekształcić się w nowotwór (Hossain, Karuniawati i in. 2022, American Gastroenterological Association 2023, Centers for Disease Control and Prevention 2023, Meseeha i Attia 2023). CRC jest wysoce heterogeniczną chorobą i może wynikać z wielu rodzajów zmian genetycznych lub epigenetycznych oraz może powstawać w różnych miejscach anatomicznych, z każdą cechą choroby potencjalnie wpływającą na rokowanie i odpowiedź na leczenie (Holch, Ricard i in. 2017, Baran, Mert Ozupek i in. 2018).

CRC jest trzecim najczęściej występującym nowotworem i ma drugi najwyższy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich typów nowotworów na świecie (Shin, Giancotti i Rustgi 2023). Na podstawie danych GLOBOCAN z 2020 roku oraz danych ludnościowych Organizacji Narodów Zjednoczonych dla 185 krajów, CRC stanowił 10,7% wszystkich przypadków nowotworów (Morgan, Arnold i in. 2023). W kilku badaniach przeprowadzonych w różnych regionach świata wykazano, że w ostatnich latach zachorowalność na CRC wzrosła u pacjentów <50 roku życia (Araghi, Soerjomataram i in. 2019, Vuik, Nieuwenburg i in. 2019, Siegel, Miller i in. 2020, Vassilev, Guo i in. 2022, National Cancer Institute 2023). W 2020 roku pacjenci z CRC stanowili 9,5% zgonów wśród pacjentów z nowotworami (Morgan,

Arnold i in. 2023). Globalny wiekowo standaryzowany wskaźnik śmiertelności wynosił 9 na 100 000 osobolat (935 173 zgonów) (Morgan, Arnold i in. 2023).

Zgodnie z danymi z Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce w latach 2015-2021 liczba zachorowań na raka jelita grubego wynosiła ok. 18 tysięcy rocznie natomiast umieralność ok. 12 tysięcy rocznie. Między 19% a 31% pacjentów z CRC ma przerzuty w momencie diagnozy na podstawie danych z USA, Kanady, Europy i Japonii (Chen, Qiu i in. 2010, Tamakoshi, Nakamura i in. 2017, Bouvier, Jooste i in. 2021, Centers for Disease Control and Prevention 2022, National Cancer Institute 2022). U połowy pacjentów z chorobą zlokalizowaną ostatecznie rozwijają się przerzuty (Ciardiello, Ciardiello i in. 2022). Ponieważ aż 80% wszystkich nowotworów jelita w chwili rozpoznania jest już w zaawansowanym stadium, średni odsetek 5-letnich przeżyć wynosi 50-60% zgodnie z danymi American Cancer Society. Natomiast w Polsce wskaźnik ten jest niższy i wynosi ok. 40%. (AWA Lonsurf+bewacyzumab).

**Obecnie w Polsce dostępne są różne formy leczenia raka jelita grubego, w tym chirurgia, chemioterapia, radioterapia oraz terapie celowane.** Operacja jest zazwyczaj pierwszą linią leczenia i może polegać na usunięciu części jelita zajętej przez nowotwór. W przypadku bardziej zaawansowanych stadiów choroby, chemioterapia jest stosowana samodzielnie lub w połączeniu z innymi metodami leczenia. Terapie celowane, takie jak inhibitory kinazy tyrozynowej czy przeciwciała monoklonalne, stanowią nowoczesną opcję dla pacjentów, którzy nie odpowiadają na standardowe leczenie. **Pomimo postępów w terapii, wiele potrzeb pacjentów z rakiem jelita grubego pozostaje niezaspokojonych.** Wskaźniki przeżywalności nadal są niskie, szczególnie w przypadku przerzutowego raka jelita grubego (mCRC), a skutki uboczne leczenia znacząco wpływają na jakość życia pacjentów.

**Istnieje pilna potrzeba wprowadzenia nowych i bardziej skutecznych metod leczenia, które byłyby lepiej tolerowane przez organizm oraz dawałyby pacjentom realne szanse na dłuższe i zdrowsze życie.** Frukintynib to selektywny doustny inhibitor kinazy tyrozynowej receptorów czynnika wzrostu śródbłonna naczyniowego (VEGF), które odgrywają kluczową rolę w blokowaniu angiogenezy nowotworowej. Lek stosowany jest w monoterapii w leczeniu zaawansowanego lub nawrotowego raka jelita grubego, który nie jest możliwy do wyleczenia ani resekcji i nie poddaje się chemioterapii. Produkt został zatwierdzony przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w listopadzie 2023 r. oraz przez Komisję Europejską (KE) w czerwcu 2024 r. Lek uzyskał pozytywne rekomendacje instytucji odpowiedzialnych za rejestrację leków także w innych krajach w tym w Wielkiej Brytanii, Chinach i Japonii. Frukintynib wykazał skuteczność, bezpieczeństwo i utrzymanie jakości życia (HRQoL) u pacjentów z mCRC, którzy wcześniej otrzymali chemioterapię opartą na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, terapię **anty-VEGF i anty-EGFR, i u których podczas leczenia triflurydyną/tipiracylem lub regorafenibem wystąpiła progresja choroby** co zostało udowodnione w wielu badaniach, w tym w dwóch randomizowanych kontrolowanych badaniach fazy 3 (Li, Qin i in. 2018, Qin, Li i in. 2021, Dasari, Lonardi i in. 2023, Sobrero, Dasari i in. 2023).

Przerzutowy rak jelita grubego (mCRC), czyli, to zaawansowana forma raka, która rozprzestrzenia się z jelita grubego na inne obszary. Choroba charakteryzuje się niskim wskaźnikiem przeżywalności (5-letnia względna przeżywalność wynosiła 15,6% w USA w latach 2013–2019, (Guillemin, Darpelly i in. 2022, National Cancer Institute 2022)) i jest trudna do leczenia, ponieważ przerzuty są często wykrywane w późnym stadium. Cele leczenia mCRC koncentrują się na przedłużeniu przeżycia, opóźnianiu progresji i poprawie objawów przy jednoczesnym utrzymaniu jakości życia (Cervantes, Adam i in. 2023). Pacjenci otrzymujący terapię trzeciej lub czwartej linii dla mCRC potrzebują dodatkowej opcji leczenia z ogólnie dobrze tolerowanym profilem bezpieczeństwa, który również

może zwiększać przeżycie do klinicznie znaczącego poziomu przy jednoczesnym utrzymaniu jakości życia. W ostatnich latach nie zarejestrowano żadnej kolejnej opcji terapeutycznej dla pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego po leczeniu obecnie dostępnymi lekami a wiele dotychczas prowadzonych badań klinicznych zostało wstrzymanych lub zakończonych bez osiągnięcia zamierzonych celów terapeutycznych. Wśród pacjentów z zaawansowanym mCRC, którzy wcześniej otrzymali chemioterapię opartą na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie oraz terapię **lekami anty-VEGF i anty-EGFR, i u których podczas leczenia triflurydyną/tipiracylem lub regorafenibem wystąpiła progresja choroby**, fruquintinib wykazał spójne, znaczące, klinicznie istotne poprawy w przeżyciu i kontroli choroby oraz korzystne wyniki jakości życia w porównaniu z placebo w dwóch badaniach fazy 3 i badaniach pomocniczych (Li, Qin i in. 2018, Qin, Li i in. 2021, Shen, Tannenbaum i in. 2022, Dasari, Lonardi i in. 2023, Sobrero, Dasari i in. 2023).

**Potrzeba refundacji systemów zintegrowanych (automatycznego podawania insuliny) dla chorych na cukrzycę typu 1 w wieku powyżej 26 roku życia w Polsce**  
**W leczeniu cukrzycy typu 1, kluczowe jest dążenie do naśladowania zdrowej trzustki, czyli jej dobowego profilu wydzielania insuliny.** Chora trzustka przestaje wydzielać insulinę, a bez insuliny pacjent umiera. Zatem podawanie insuliny to nie tylko leczenie, ale przede wszystkim ratowanie życia pacjenta. Cukrzyca typu 1 to poważny problem zdrowotny, który źle leczony prowadzi do licznych powikłań a nawet zgonu. Cukrzyca typu 1 statystycznie skraca życie pacjentów średnio o 12 lat w stosunku do osób bez cukrzycy (na podstawie publikacji w The Lancet Diabetes Endocrinology).<sup>20</sup> Dzięki nowym technologiom możemy te lata odzyskać. W jaki sposób? **Dążąc do normoglikemii i dobrej jakości życia pacjentów stosując systemy zintegrowane, czyli systemy automatycznego podawania insuliny (AID - automated insulin delivery).** Systemy AID, tak jak zdrowa trzustka, samodzielnie regulują podawanie insuliny, w zależności od aktualnego zapotrzebowania organizmu w danej chwili.

Dotychczasowe technologie polegały na podawaniu insuliny poprzez wielokrotne wstrzyknięcia lub za pomocą niezintegrowanych pomp insulinowych, gdzie pacjent, na podstawie własnych szacunków (np. przy użyciu glukometru), decydował, ile insuliny podać w danym momencie. Te metody wiązały się z ryzykiem popełnienia wielu błędów, co często prowadziło do dużych wahań glikemii i niebezpiecznych powikłań. Nową jakość wprowadziła technologia automatycznego podawania insuliny, której najbardziej zaawansowanym przedstawicielem jest System MiniMed™ 780G. Jest to funkcjonalne połączenie osobistej pompy insulinowej ze zintegrowanym systemem ciągłego monitorowania glukozy (CGM). Wszystko mieści się w jednym małym urządzeniu, wielkości telefonu komórkowego. Możliwości działania tego systemu i zastosowana w nim automatyzacja, oparta na algorytmie, stanowią obecnie najnowocześniejszy i najbardziej zaawansowany sposób leczenia cukrzycy typu 1. Z tego powodu systemy automatycznej podaży insuliny (AID), takie jak MiniMed™ 780G, stały się standardem leczenia cukrzycy w wielu krajach Europy i świata, rekomendowanym przez międzynarodowe gremia ekspertów, np. przez brytyjski Instytut NICE czy polskie PTD, jako metoda zalecana z wyboru.

System MiniMed™ 780G oferuje możliwość podłączenia do smartfonu oraz smartwatcha użytkownika. Dzięki technologii Bluetooth® i dedykowanym aplikacjom, wszystkie parametry, wykresy, alarmy i powiadomienia pacjent może śledzić na ekranie swojego smartfonu i podłączonego zegarka,

---

<sup>20</sup> Many years of life lost to young-onset type 2 diabetes. Duncan, Bruce B et al. The Lancet Diabetes & Endocrinology, Volume 11, Issue 10, 709 – 710 [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(23\)00255-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(23)00255-3/abstract)

co zapewnia dyskrecję, nawet w zatłoczonym autobusie. Użytkownik może również, za pomocą specjalnej aplikacji, dołączyć do swojej terapii 5 partnerów, którzy w dowolnym miejscu na świecie, gdzie jest zasięg, mogą monitorować stan zdrowia swoich bliskich i otrzymywać powiadomienia SMS w przypadku wystąpienia niepokojących sytuacji. Wyobraźmy sobie dziecko z cukrzycą w przedszkolu, a rodziców w pracy, mających teraz stały podgląd online. Dodatkowo, pacjent oraz pracownicy służby zdrowia, w tym członkowie zespołów terapeutycznych, mogą korzystać z bezpłatnego oprogramowania CareLink™, wspierającego leczenie. Oprogramowanie to automatycznie pobiera wszystkie informacje na temat terapii zapisane w pompie i pozwala na tworzenie różnych raportów, i umożliwia zespołowi terapeutycznemu stały dostęp do danych on-line (telemedycyna), dzięki którym możliwe jest jeszcze lepsze zoptymalizowanie terapii.

Nowoczesne leczenie cukrzycy optymalizuje opiekę nad pacjentem. Potencjalna oszczędność w każdym roku na jednego pacjenta w Europie, w okresie 5 lat leczenia wynosi 490 EUR koszty powikłań i 710 EUR koszty powikłań i absencji. Dlatego cukrzyca typu 1 nie opłaca się nie leczyć dobrze. Z tymi argumentami zgadzają się gremia specjalistów. Z tych powodów w Polsce, od wielu lat system refundacji obejmuje systemy zintegrowane u pacjentów z cukrzycą typu 1, aktualnie tylko do 26 roku życia. Niestety wraz z ukończeniem 26 roku życia, pacjenci tracą prawo do refundacji pomp insulinowych, będących podstawowym elementem systemu zintegrowanego (AID). Paradoksalnie, z powodów finansowych, z dnia na dzień, odbiera się młodym osobom dostęp do dotychczasowej terapii, zaprzeczając często uzyskane wcześniej bardzo dobre efekty terapeutyczne, obniżając jakość życia samych pacjentów jak i ich rodzin a budżet płatnika wystawiając na konieczność zwiększenia kosztów, poprzez konieczność leczenia częstszych i groźniejszych powikłań.

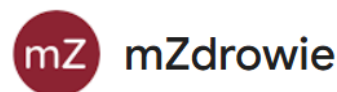
**Eksperti kliniczni i organizacje pacjentów rekomendują i wnioskują o refundację publiczną systemów zintegrowanych dla pacjentów z cukrzycą typu 1 bez ograniczeń wiekowych. Aktualnie, te systemy są refundowane publicznie tylko do 26 roku życia.**

#### KONTAKT:

Anna Jasińska - Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: [jasinska@greencomm.pl](mailto:jasinska@greencomm.pl)

Grażyna Mierzejewska - Ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: [mierzejewska@greencomm.pl](mailto:mierzejewska@greencomm.pl)

#### PATRONI MEDIALNI



POLSKA AGENCJA PRASOWA



## PARTNERZY



**Angelini**  
Pharma



**GILEAD**

**GSK**

**Medtronic**



**SERVIER**   
*moved by you*

