Medyczna Racja Stanu jest think tankiem powstałym z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia.

Medyczna Racja Stanu

RAPORT: ZDROWIE I BEZPIECZEŃSTWO NARODOWE

Raport na podstawie debaty Medycznej Racji Stanu, która odbyła się 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

Warszawa
30 czerwca 2025 r.

Raport Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie i bezpieczeństwo narodowe. Medyczna Racja Stanu. Czerwiec 2025 r.

ISBN: 978-83-972772-9-8

Redakcja naukowa: Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy wypowiedzi w kolejności alfabetycznej:

1. Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjent
2. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii WUM
3. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
4. Joanna Drewla, General Manager Servier Polska
5. Bogi Eliasen, Dyrektor Wydziału Zdrowia Kopenhaskiego Instytutu Badań nad Przyszłością
6. Michał Gembal, Ekspert ds. cyberbezpieczeństwa, Audytor wiodący norm ISO 27001 oraz ISO 22301
7. Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Dyrektor Centrum Wsparcia Badań Klinicznych UM w Lublinie
8. Agnieszka Gorgoń-Komor, Zastępca Przewodniczącej Senackiej Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia
9. Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu
10. Adam Jarubas, Przewodniczący Komisji Zdrowia Parlamentu Europejskiego
11. Marcin Józefaciuk, Przewodniczący Parlamentarnych Zespołów ds. Zdrowia Mężczyzn, Przeciwdziałania Cyberhejtowi i Nowoczesnego Kształcenia
12. Prof. Anna Kostera Pruszczyk, Kierownik Katedry Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich przy Ministrze Zdrowia
13. Prof. Paweł Kowal, Przewodniczący Sejmowej Komisji Spraw Zagranicznych, Przewodniczącego Rady ds. Współpracy z Ukrainą w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
14. Prof. Tomasz Kubiatowski, Klinika Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Onkologii Ginekologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie
15. Agnieszka Leszczyńska, Board Member, Country Manager Poland Angelini
16. Dr Aleksandra Lewandowska, Konsultant Krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
17. Prof. Paweł Łuków, Dziekan Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, Przewodniczący Komitetu Etyki w Nauce, Polskiej Akademii Nauk
18. Prezes Stanisław Maćkowiak, Prezes Federacji Pacjentów Polskich oraz Krajowego Forum Orphan
19. Dr Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum do Spraw AIDS
20. Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu
21. Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu
22. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia oraz ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
23. Prof. Krzysztof Narkiewicz, Kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym
24. Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Prezes European Aids Clinical Society (EACS)
25. Katarzyna Piotrowska-Radziewicz, Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia
26. Prof. Konrad Rejdak, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Rada Programowa, Europejska Akademia Neurologii (EAN)
27. Prof. Monika Raulinajtys-Grzybek, Kierownik Katedry Rachunkowości Menedżerskiej w Szkole Głównej Handlowej
28. Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych WUM
29. Iwona Schymalla, Medexpress
30. Katarzyna Skrętowska-Szyszko, Dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych, Biuro Rzecznika Praw Dziecka
31. Magdalena Sobkowiak-Czarniecka, Podsekretarz Stanu, pion ds. Unii Europejskiej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
32. Dr Michał Sutkowski, Prezes Elekt Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030, Prodziekan ds. Rozwoju na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego w Warszawie
33. Adam Szłapka, Minister do Spraw Unii Europejskiej
34. Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
35. Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie i bezpieczeństwo narodowe. Medyczna Racja Stanu. Czerwiec 2025 r.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania 3

2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu 10

3. Stanowiska prelegentów 16
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress 16

Mgr Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu 16

Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu 17

Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej 18

Adam Szłapka, Minister do Spraw Unii Europejskiej 18

Adam Jarubas, Przewodniczący Komisji Zdrowia Parlamentu Europejskiego 18

Magdalena Sobkowiak-Czarniecka, Podsekretarz Stanu, pion ds. Unii Europejskiej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów 20

Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych WUM 22

Prof. Paweł Kowal, Przewodniczący Sejmowej Komisji Spraw Zagranicznych 24

Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Prezes European Aids Clinical Society (EACS) 24

Dr Aleksandra Lewandowska, Konsultant Krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży 25

Bogi Eliasen, Dyrektor Wydziału Zdrowia Kopenhaskiego Instytutu Badań nad Przyszłością 26

Prof. Monika Raulinajtys-Grzybek, Kierownik Katedry Rachunkowości Menedżerskiej w Szkole Głównej Handlowej 27

Katarzyna Piotrowska-Radziewicz, Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia 29

Dr Agnieszka Gorgoń- Komor, Zastępca Przewodniczącej Senackiej Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia 30

Michał Gembal, Ekspert ds. cyberbezpieczeństwa, Audytor wiodący norm ISO 27001 oraz ISO 22301 31

Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych 32

Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia oraz ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich 33

Dr Michał Sutkowski, Prezes Elekt Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030, Prodziekanem ds. Rozwoju na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego w Warszawie 34

Dr Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS 35

Katarzyna Skrętowska-Szyszko, Dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych, Biuro Rzecznika Praw Dziecka..... 37

Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia 38

Prof. Konrad Rejdak, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Rada Programowa, Europejska Akademia Neurologii (EAN) 39

Prof. Krzysztof Narkiewicz, Kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym 40

Prof. Paweł Łuków, Dziekan Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, Przewodniczący Komitetu Etyki w Nauce, Polskiej Akademii Nauk..... 41

Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich przy Ministrze Zdrowia 42

Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowa w dziedzinie hematologii, Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii..... 43

Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Dyrektor Centrum Wsparcia Badań Klinicznych UM w Lublinie 45

Marcin Józefaciuk, Przewodniczący Parlamentarnych Zespołów ds. Zdrowia Mężczyzn, Przeciwdziałania Cyberhejtowi i Nowoczesnego Kształcenia 46

Prof. Tomasz Kubiatowski, Klinika Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Onkologii Ginekologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie 47

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu..... 48

Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii WUM..... 49

Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta..... 50

Joanna Drewla, General Manager Servier Polska 51

Agnieszka Leszczyńska, Board Member, Country Manager Poland Angelini..... 53

Stanisław Maćkowiak, Prezes Federacji Pacjentów Polskich, Krajowe Forum Orphan 54

4. Wnioski i rekomendacje 54

Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie optymalizacji opieki medycznej nad chorymi w kontekście utrzymania ich aktywności i produktywności 56
Bezpieczeństwo lekowe i adherencja podstawą bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków 56

Rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w kontekście zdrowia psychicznego Polaków 57

Szczepienia ochronne, jako kluczowy element bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków 58

Potrzeba intensyfikacji działań na rzecz profilaktyki zakażeń ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) oraz wdrożenia profilaktyki przed ekspozycyjnej (PrEP) w Polsce 60

Potrzeba wprowadzenia Krajowego programu badań przesiewowych w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce 61

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 62

Potrzeba refundacji systemów zintegrowanych (automatycznego podawania insuliny) dla chorych na cukrzycę typu 1 w wieku powyżej 26 roku życia w Polsce 64

6. Tezy dla Zdrowia 66

7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem 69

8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg Prof. Alicji Chybickiej (na podstawie różnych publikacji) 70

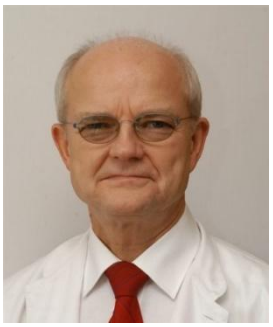
1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

Medyczna Racja Stanu (MRS) jest *think tankiem* powstałym w 2016 r. z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Honorowym patronem MRS jest Ks. Kardynał Kazimierz Nycz.



Dr hab. n. społ. Paweł Kowal, profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów - każdy będzie musiał coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, zrozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tym tematem.



Dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Przewodniczący Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

Będąc współzałożycielem Medycznej Racji Stanu mam marzenie, aby zdrowie zakotwiczyło się na stałe w polskiej polityce, bo jest jedną z najważniejszych spraw dla Polaków. Regulamin Sejmu powinien zawierać zapis o corocznym expose premiera, które będzie poświęcone kwestii szeroko pojętej polityki społecznej. Mogło by być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego. Miałoby się odnosić także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą Medycznej Racji Stanu było rozpoczęcie debaty publicznej o ochronie zdrowia. Debaty prowadzącej m.in. do tego, aby polski pacjent miał dostęp do takiego leczenia, jak inni pacjenci w Unii Europejskiej. Miejmy nadzieję, że "Tezy dla Zdrowia" wypracowane przez Medyczną Racje Stanu oraz cykliczne debaty przy okrągłym stole będą wsparciem dla racjonalnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.



Dr n. med. Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Współtworząc ideę i tezy Medycznej Racji Stanu pragnę, aby dzięki konstruktywnej debacie pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi sformułować długoletnią wizję polityki zdrowotnej dla Polski. Z punktu widzenia poczucia misji i postawy obywatelskiej wydaje się zasadne, żeby odpowiedzialność państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli była większa. W Polsce wciąż dominuje medycyna naprawcza i nie ma dobrych programów profilaktycznych, co ma również wpływ na usytuowanie lekarza rodzinnego w systemie. Ludzie w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do lekarzy rodzinnych, bo do nich właśnie pacjenci mają największe zaufanie, czerpią wiedzę i informacje na temat własnego zdrowia - to najłatwiejszy i najlepszy kontakt ze służbą zdrowia.



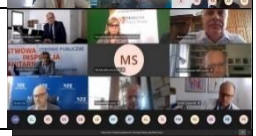
Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM

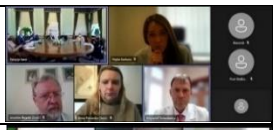
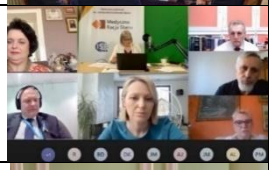
Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne. W 2019 r. powołane zostały przy

Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2023 Medyczna Racja Stanu zorganizowała i organizuje debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole", zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce. Poniżej przedstawiono w porządku chronologicznym spotkania Medycznej Racji Stanu w latach 2016-2024.

Tabela. Spotkania Medycznej Racji Stanu w porządku chronologicznym 2016-2024 r.

1. **5 grudnia 2016 r. „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe"** – tak jak niebezpieczeństwa zewnętrzne wymagają czujności i gotowości do działania, tak choroby cywilizacyjne wymagają skutecznych działań systemowych prowadzących do ograniczenia zgonów i inwalidztwa Polaków.	
2. **29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia"** - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.	
3. **17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu"** - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.	
4. **10 października 2019 r. „Czas w Onkologii"** - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.	
5. **10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent"** - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi.	
6. **11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości** - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.	
7. **8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu** – rak nie zna pojęcia kwarantanna.	
8. **13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online** – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.	
9. **25 czerwca 2020 r. – II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online** – choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie.	

10. **27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online** – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.	
11. 25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa.	
12. 7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia - sytuacja epidemiologiczna nie może zahamować diagnostyki i leczenia nowotworów.	
13. **4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarci dla pacjenta. Otwarci na pacjenta - d**ebata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.	
14. **26 lutego 2021 r. IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu** - skupiło się na sytuacji chorych na choroby rzadkie w czasie pandemii Covid-19 oraz szanse poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.	
15. **19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu** - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologiczne w dobie pandemii Covid-19	
16. 23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów.	
17. **Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19** - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.	
18. 17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii - debata ekspercko- systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.	
19. **10 sierpnia 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu** - chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej	
20. **28 września 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości** - choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.	
21. **15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny** - kobiety stanowią 52% polskiej populacji. Przeciętna długość życia Polki wynosi 82 lata, z czego w zdrowiu 64, a to oznacza 18 lat życia z chorobą. Zaledwie 26% pań po 50 roku życia jest aktywnych zawodowo.	

22. **2 grudnia 2021 r. Sprawdzam - Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce** - wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce, a dzięki diagnostyce i leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.	
23. **1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu** - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długiem zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowolniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO).	
24. 15 lutego 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - pandemia Covid-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych na choroby rzadkie do diagnostyki i terapii. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich.	
25. **25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowe Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych** - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny".	
26. 30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski - nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka.	
27. 30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny".	
28. 22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.	
29. **22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia** - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.	
30. 26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków.	
31. **14 listopada 2022 r. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce w ramach kampanii Bezpieczeństwo Rodziny** - Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.	
32. **16 grudnia 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wyzwania zdrowia - poczucie bezpieczeństwa. Perspektywa 2022/2023** - W czasach pandemii COVID-19 i wojny w Ukrainie wyzwania zdrowia powinny być traktowane priorytetowo we wszystkich aspektach funkcjonowania kraju.	
33. 2 lutego 2023 r. Specjalna Debata Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu pt. Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot - Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka.	

34. **2 marca 2023 r. VII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu** - Choroby rzadkie w Polsce są traktowane priorytetowo, co pokazuje rozporządzenie ministra Zdrowia, uchwalony i wdrażany Plan dla Chorób Rzadkich 2021-2023 oraz Fundusz Medyczny	
35. **30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu** - Rekomendowana jest szybka diagnoza i leczenie chorób autoimmunologicznych.	
36. **20 kwietnia 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem** - W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia	
37. 25 maja 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.	
38. **22 czerwca 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wartość Zdrowie** - Zdrowie w Polsce musi być traktowane przez rząd jako wartość narodowa, na równi z bezpieczeństwem narodowym i wzrostem gospodarczym.	
39. **13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-eksperci-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych**- Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.	
40. **28 sierpnia 2023 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu** - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.	
41. **28 września 2023 „TAK dla zdrowia rodziny”** - Debata i konferencja inaugurująca Kampanię Medycznej Racji Stanu i Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej.	
42. **27 listopada 2023 „Choroby zakaźne - skala zagrożeń” -** Debata Medycznej Racji Stanu. Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Kluczowe działania to wzrost edukacji, szczepienia ochronne, diagnostyka i leczenie – w tym racjonalna antybiotykoterapia.	
43. **5 grudnia 2023 „Aktywność zawodowa pacjenta i jego bliskich”** - Debata Medycznej Racji Stanu. Aktywność zawodowa jest ogromnym wyzwaniem.	
44. **29 stycznia 2024 r „Zdrowie – wartość wspólna. Światowy Dzień Walki z Rakiem – Cancer Moonshot”** - Debata Medycznej Racji Stanu. Osiągnięcia każdego państwa w promocji i ochronie zdrowia mają wartość dla wszystkich. Zdrowie jest najwyższa wartością.	

45. **28 lutego 2024 r. VIII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu** - Choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 jak najszybciej uchwalony i wdrażany. Powinien być również wykorzystany Fundusz Medyczny na rzecz chorób rzadkich.	
46. **26 marca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" pt. „Siła kobiet"** w ramach kampanii „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny" - Zdrowie każdej kobiety powinno być priorytetem.	
47. 22 kwietnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Wyzwania Zakaźnicze – Potrzebna Determinacja - rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób zakaźnych w polskim systemie ochrony zdrowia w zakresie finansowania edukacji, diagnostyki oraz leczenia.	
48. 4 czerwca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Edukacja, profilaktyka, diagnostyka – fundamenty bezpieczeństwa zdrowotnego - bez edukacji, profilaktyki i dobrej diagnostyki, które składają się na kulturę zdrowotną kraju, sukces w ochronie zdrowia jest niemożliwy.	
49. 4 lipca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Solidarność w zdrowiu w ramach kampanii współprowadzonej z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki" „Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny", pod patronatem honorowym Wicemarszałek Sejmu, Moniki Wielichowskiej.	
50. 21 sierpnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu „Choroby rzadkie – nowe otwarcie" – choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 wdrażany w życie.	
51. 25 września 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Postęp medycyny w trosce o seniorów oraz I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Seniorów Medycznej Racji Stanu - Dekada Zdrowego Starzenia się na lata 2021–2030, to globalna współpraca, mająca na celu poprawę życia osób starszych, ich rodzin i społeczności, w których żyją.	
52. 29 października 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Liczymy się z naszym zdrowiem - w ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów całościowych w systemie ochrony zdrowia w aspekcie pozyskiwanych efektów zdrowotnych z uwzględnieniem wyników pacjentów (PRO).	
53. 17 grudnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Europa i Polska wobec wyzwań zdrowia - wg Komisji Europejskiej solidarność w zdrowiu to przede wszystkim zmniejszanie nierówności zdrowotnych między obywatelami Unii Europejskiej.	
54. 31 stycznia 2025 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Czas w onkologii – czas dla onkologii. Wspólnota europejskich wyzwań – wyzwania w zakresie profilaktyki, diagnostyki leczenia chorób onkologicznych.	
55. 19 marca 2025 r. X Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu: Solidarność z chorymi na choroby rzadkie w ramach polskiej prezydencji w UE - choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 sukcesywnie wdrażany.	

56. **9 kwietnia 2025 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu i ZG Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego: „Reumatologia – rozwiązania kliniczne i systemowe w trosce o chorych i oszczędności budżetowe”** rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób reumatycznych w Polsce.	
57. **20 maja 2025 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Aktywni w chorobie przewlekłej** - postęp diagnostyczno-terapeutyczny gwarantuje aktywność pacjentów w chorobie przewlekłej pod warunkiem dostępu do skutecznej terapii, pod warunkiem przestrzegania adherencji.	

Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie **www.medycznaracjastanu.pl** oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Mgr Anna Jasińska



Mgr Grażyna Mierzejewska

2. Wprowadzenie, Mgr Anna Jasińska, Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

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, lecz także 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.[1]

[1] Constitution of the World Health Organization. 1946 https://www.who.int/about/governance/constitution

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.[2]

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".[3]

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.[4]

[2] 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

[3] European health values. https://globalhealtheurope.org/values/european-health-values/

[4] Czym jest Europejska Unia Zdrowotna? 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 (ECCD) 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".[5]

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.[6] 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.[7]

W lutym 2021 r. wprowadzono Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan).[8] 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

[5] European Health Union. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_pl

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

[7] 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

[8] https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf

państwami członkowskimi i w obrębie tych państw za pomocą działań służących wspieraniu, koordynowaniu i uzupełnianiu wysiłków międzypaństwowych.[9] Europejski plan walki z rakiem otrzymał finansowanie w wysokości 4 mld euro, w tym 1,25 mld euro z przyszłego Programu UE dla zdrowia.[10] 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.[11] 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

[9] https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europejski-plan-walki-z-rakiem_pl

[10] https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl

[11] https://www.vaccineseurope.eu/media-hub/publications/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-care-and-welfare-systems/

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 umożliwia 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: 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 zbieżnych 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.[12]

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 zakresie zdrowia znalazły się:

1. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży;
2. Cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej;
3. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób;
4. Bezpieczeństwo lekowe[13]

Wg Ministerstwa Zdrowia, jednym z istotnych 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

[12] https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6872-2025-INIT/en/pdf

[13] https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia

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.[14]

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 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 przeznacza 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 promocje 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.[15]

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

[15] 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=IwY2xjawKup5FleHRuA2FlbQIxMQBicmlkETBxNDlPOUNrY3F0dmdnSHpKAR5N7YLPjqu1_tqDitbUQiRiPPE0pdRfsVF4Q8S8jAa8Y1yL-mz4Y4NoLPOJQw_aem_kjeUpEhD09x5AlsRHz7NqA

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

W panelu pierwszym dzisiejszej 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 odpowiedz 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.

3. Stanowiska prelegentów

W trakcie hybrydowej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy, przedstawiciele pacjentów i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska prelegentów.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress



Witam Państwa bardzo serdecznie na debacie Medycznej Racji Stanu poświęconej zdrowiu i bezpieczeństwu narodowemu oraz podsumowaniu polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Pandemia i wojna za naszą granicą pokazały, że zdrowie jest jednym z najważniejszych obszarów współpracy państw członkowskich. W czasie polskiej prezydencji bardzo wiele ważnych kwestii zostało uzgodnionych w obszarze systemu ochrony zdrowia. Przypomnę, że priorytety polskiej prezydencji to: zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, zdrowie publiczne, w tym profilaktyka, cyfryzacja opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwo lekowe. Sukcesem było uchwalenie pakietu farmaceutycznego, który bez wątpienia jest sukcesem negocjacyjnym, bo wiele krajów musiały zgodzić się na pewne kwestie i na pewne rozwiązania i trzeba przyznać, że jest to właśnie polski sukces negocjacyjny. Udało się także uzyskać zgodę w zakresie aktu o lekach krytycznych, w tym jak wspierać produkcję krajową oraz zabezpieczenie w substancje czynne. Owocem polskiej prezydencji będzie tworzony razem ze Światową Organizacją Zdrowia raport, który będzie mówił o tym, jak nowe technologie wpływają na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży.

Mgr Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu



Witam Państwa serdecznie i dziękuję za tak liczne przybycie. Proszę Państwa, minęło dziewięć lat od czasu, kiedy odbyła się pierwsza debata inaugurująca działalność Medycznej Racji Stanu pod tym samym tytułem, co dzisiaj, czyli zdrowie i bezpieczeństwo narodowe. Od tego czasu już parokrotnie budziliśmy się przerażeni światem, który jest wokół nas. Świat ten się zmienił oraz zrobił się jeszcze bardziej nieprzewidywalny. Doświadczenie pandemii oraz nowe ogniska zapalne w Europie spowodowały, że musimy zwierać szyki, i mówić jednym głosem, o co zawsze apelowała Medyczna Racja Stanu. Nasze kolejnych siedemdziesiąt debat, które odbyły się w ciągu tych dziewięciu lat miały inne tytuły, ale chodzi o to samo. Zawsze apelowaliśmy, aby po pierwsze solidarnie łączyć się ponad wszelakimi możliwymi podziałami, również granicznymi dla wspólnego zdrowia. Agresor trzy razy się zastanowi, zanim zdecyduje się napaść na kraj, który ma silną gospodarkę, silną służbę zdrowia oraz społeczeństwo, które posiada kompetencje obronne. Od lat działam, jako Rzecznik Polskiej Unii Onkologii i stwierdzam z pełna odpowiedzialnością,

że dla mnie z punktu widzenia tego, o czym dzisiaj mówimy, zdrowie i bezpieczeństwo narodowe wiąże się z takim najbardziej elementarnym pojęciem człowieczeństwa. W związku z czym pamiętając o tym, że wojna jest konfrontacją sił fizycznych i moralnych, a te moralne najłatwiej zniszczyć w narodzie brutalnością fizyczną, to my naprawdę musimy brać je pod uwagę. W systemie ochrony zdrowia powinni pracować ludzie najwyższej klasy etycznej – „podszyci człowiekiem". Takie społeczeństwo, będzie czuło się bezpieczniej, chętniej chodziło na badania profilaktyczne i odpowiadało za własne zdrowie. Mamy więc dużo do zrobienia. Podejmujmy kwestie „uczłowieczenia naszych zobowiązań wobec nas samych, wobec naszych bliskich i wobec systemu.

Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu



Dziękuję wszystkim uczestnikom debaty okrągłego stołu oraz zespołowi Medycznej Racji Stanu, bo bez mrówczej pracy i ogromnego zaangażowania naszych koleżanek nie bylibyśmy w stanie zorganizować i poprowadzić z sukcesem tych wydarzeń.

Antybiotykooporność nazwana jest wręcz epidemią XXI wieku, mówi się o tym coraz więcej. Antybiotykooporność to zdolność bakterii do przetrwania w obecności antybiotyków, które zwykle je zabijają lub hamują ich rozwój. Jest to narastający problem zdrowia publicznego, który utrudnia leczenie infekcji i może prowadzić do poważnych powikłań. Jako Medyczna Racja Stanu szukamy sojuszników w dyskusji o antybiotykooporności. Zaczynamy sobie również zdawać sprawę nie tylko na poziomie europejskim, ale również w Polsce ze znaczenia komunikacji pomiędzy lekarzem/pielęgniarką a pacjentem. Terminy compliance, adherence i concordance dotyczą podejścia komunikacyjnego i stylu relacji między lekarzem a pacjentem. Compliance i adherence to określenia stosunku pacjenta do zaleceń lekarskich. Compliance, czyli „przestrzeganie zaleceń", zakłada bierność i pewnego rodzaju podległość pacjenta względem lekarza (w skrócie: lekarz mówi, a pacjent ma wykonywać zalecenia). Jest to komunikacja jednokierunkowa, nakierowana na osiągnięcie efektu. Adherence to „trzymanie się planu terapeutycznego", zakłada wspólne tworzenie planów terapeutycznych przez lekarza i pacjenta oraz ocenę realizacji tych planów przez pacjenta. Podejście adherence jest obecnie preferowane, ponieważ wyraźniej, niż compliance wskazuje na wypracowanie porozumienia pomiędzy dwoma stronami. Nowsze podejście – concordance, czyli „porozumienie z lekarzem" – skupia się na relacji oraz interakcji między pacjentem, a lekarzem. Concordance ma na celu zrozumienie przez pacjenta sensu działań diagnostycznych i leczniczych, wzmacnia jego akceptację i zaangażowanie. Przekonania i preferencje lekarza i pacjenta są w pełni brane pod uwagę, z uznaniem, że najważniejszy jest pacjent. Okazuje się, że brak przestrzegania zaleceń przez chorych prowadzi do braku lub gorszych wyników leczenia, co pociąga to za sobą ryzyko śmierci, rozwoju choroby i powikłań oraz generuje ogromne straty finansowe. Z jednej strony wydajemy pieniądze na terapie, których pacjenci nie stosują, a z drugiej strony ponosimy koszty leczenia rozwoju choroby i powikłań oraz spadku produktywności pacjentów. W związku z tym, coraz więcej mówi się o adherence na poziomie Komisji Europejskiej. Tam również powstała komisja, która ma zajmować się tym z wielu punktów widzenia, co jest szalenie ważne. W trakcie debat Medycznej Racja Stanu coraz częściej mówimy o concordance, czyli współpracy pacjenta z lekarzem. Nie będzie przestrzegany adherence, kiedy lekarz nie będzie miał dobrego kontaktu z pacjentem, a pacjent nie będzie miał zaufania do lekarza.

Marszałek Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej



Szanowni Państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na debatę o zdrowiu i bezpieczeństwie narodowym pod patronatem polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Z wielką życzliwością i uznaniem odnoszę się do działalności Medycznej Racji Stanu, inicjatywy, która skupia wybitnych ekspertów i liderów opinii wokół najważniejszych tematów zdrowotnych w Polsce i w Europie. Cieszę się, że tematyka bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, tak silnie powiązana z geopolityką i przyszłością Unii Europejskiej znajduje się w centrum Państwa uwagi. Pragnę przekazać wyrazy szacunku wszystkim organizatorom, prelegentom i uczestnikom debaty.

Minister Adam Szłapka, Minister do Spraw Unii Europejskiej



Drodzy Państwo, pragnę serdecznie podziękować za zaproszenie do udziału w debacie pt. „Zdrowie i bezpieczeństwo narodowe". W czasie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej jednym z naszych kluczowych priorytetów stało się wzmacnianie odporności systemów ochrony zdrowia i budowanie zintegrowanych mechanizmów w odpowiedzi na kryzysy zdrowotne. Do istotnych osiągnięć zaliczyć należy postęp w pracach nad integracją europejską systemu bezpieczeństwa zdrowotnego, kontynuację działań w zakresie Europejskiej Unii Zdrowotnej, wsparcie inicjatyw dotyczących cyfryzacji systemów ochrony zdrowia oraz wymiany danych medycznych w Unii Europejskiej. Widzimy, że dzisiejsza debata stanie się formą wymiany wiedzy, rekomendacji i dobrych praktyk, a jej wnioski znajdą odzwierciedlenie w dalszych działaniach na poziomie krajowym i unijnym.

Poseł Adam Jarubas, Przewodniczący Komisji Zdrowia Parlamentu Europejskiego



Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej dobiega właśnie końca. W tym czasie diametralnie zmieniła się sytuacja geopolityczna i w tym kontekście hasło prezydencji polskiej „Bezpieczeństwo Europo!" nabrało jeszcze większego i szerszego znaczenia. Po doświadczeniach pandemii COVID-19 nikt już nie ma wątpliwości, że jednym z kluczowych filarów bezpieczeństwa jest zdrowie. Zdrowie rozumiane bardzo szeroko, zarówno jako kondycja zdrowotna społeczeństwu Unii Europejskiej, sprawność, efektywność systemów ochrony zdrowia oraz niezakłócony dostęp do leków. Dziś w nowej rzeczywistości i ze zdobytymi już doświadczeniami jesteśmy jeszcze lepiej przygotowani do działania i współpracy. Natomiast agenda polskiej prezydencji zgodnie z oczekiwaniami wyznaczyła priorytety prac Komisji Europejskiej na obecną kadencję, a co najważniejsze już możemy widzieć pierwsze jej efekty, do czego za chwilę szerzej się odniosę.

Szanowni Państwo, pandemia COVID-19 pokazała, jak o wiele skuteczniejsi możemy być w Unii w obszarze zdrowia działając wspólnie. Jak twierdził Jean Monnet, jeden z twórców Unii Europejskiej, „Unia rozwija się nie pomimo kryzysów, ale poprzez kryzysy", bo wtedy pojawia się naturalna, zgodna z zasadą subsydiarności oddolna gotowość i oczekiwanie przenoszenia kompetencji krajowych na poziom Unii w oczekiwaniu skuteczniejszych odpowiedzi wobec wspólnych wyzwań. Nigdy wcześniej jedność Unii nie była tak potrzebna i ważna dla naszego bezpieczeństwa i przyszłości. Odpowiedzią na

te wyzwania, jednym z wyrazów rosnącego znaczenia zdrowia w Unii Europejskiej jest niewątpliwie podniesienie dotychczasowej Podkomisji Zdrowia Parlamentu do rangi niezależnej Komisji Parlamentu Europejskiego, której mam zaszczyt przewodniczyć. Jestem przekonany, że skoncentrowany mandat naszej Komisji SANT priorytetowo traktujący kwestie bezpośrednio związane ze zdrowiem pozwoli jej sprawnie i skutecznie zająć się najbardziej palącymi problemami. Jednocześnie pełna otwartość na współpracę z innymi odpowiednimi komisjami Parlamentu Europejskiego i komisarzami pozwoli jej utrzymać podejście jednostronne. Ogromnie cieszę się także, że zbiegło się to w czasie z polską prezydencją, co pozwala na jeszcze bardziej efektywne działanie i określenie agendy działań Komisji Europejskiej. Priorytety polskiej prezydencji doskonale adresują obecne zagrożenia i wyzwania zdrowotne Unii Europejskiej. Odpowiada też na nie Komisja SANT, aktywnie działająca od momentu jej powołania. Trzeba wspomnieć, że kluczową prerogatywą nowej, pełnej, legislacyjnej Komisji Zdrowia Publicznego jest mandat do prac nad inicjatywami legislacyjnymi Komisji Europejskiej w obszarze zdrowia. Komisji Zdrowia Parlamentu został przekazany do procedowania pakiet farmaceutyczny największa od 20 lat reforma rynku leków w Unii, zmierzająca do poprawy dostępności leków, w tym tych na niezaspokojone potrzeby medyczne, choroby rzadkie, antybiotyków we wszystkich państwach Unii, w cenach, na które stać europejskich pacjentów i budżety państw Unii Europejskiej. Wracając do podsumowania polskiej prezydencji, chciałbym podkreślić znaczenie domknięcia prac nad europejską przestrzenią danych zdrowotnych. Przestrzenią danych zdrowotnych, która jest podstawą silnej europejskiej Unii Zdrowotnej, do której nieustannie dążymy. Rozporządzenie to ustanawia wspólne ramy wykorzystywania i wymiany elektronicznych danych dotyczących zdrowia w całej Unii Europejskiej. Co ważne, korzyści z tych zmian odczują bezpośrednio obywatele Unii Europejskiej. Na poziomie systemowym też umożliwi to ponowne wykorzystywanie niektórych danych do celów interesu publicznego, kształtowania polityki badań naukowych i szerszego wykorzystania w tym obszarze. Stworzy też zintegrowane środowisko danych, które ułatwi funkcjonowanie jednolitego rynku cyfrowych usług i produktów zdrowotnych. Rozporządzenie ustanawia ponadto zharmonizowane ramy prawne i techniczne systemów elektronicznej dokumentacji medycznej. Dzięki temu pobudzimy interoperacyjność, innowacje i sprawne funkcjonowanie rynku wewnętrznego.

Szanowni Państwo, bezpieczeństwo zdrowotne jest jednym z kluczowych priorytetów polskiej prezydencji, a dostępność leków krytycznych znajduje się w centrum dyskusji w całej Unii Europejskiej. Trzeba powiedzieć, że za niewątpliwy sukces należy uznać to, że udało nam się doprowadzić do przedstawienia przez Komisję Europejską w ciągu zaledwie stu dni projektu Aktu o lekach krytycznych, który jest również priorytetem naszej Komisji SANT. Zabiegałem o ten projekt od początku poprzedniej kadencji. Jak zapewne Państwo pamiętają, była to jedna z pierwszych deklaracji nowego Komisarza do Spraw Zdrowia. Opracowanie tego aktu jest swego rodzaju domknięciem pakietu farmaceutycznego i brakującym elementem odpowiedzi Unii na niedobory leków po liście leków krytycznych i Sojuszu Leków Krytycznych. To także wdrożenie strategii farmaceutycznej dla Europy i kamień milowy Europejskiej Unii Zdrowotnej. To wreszcie większe bezpieczeństwo lekowe Europejczyków i wyraz przekonania, że dostępność leku nie może być uwarunkowana presją w polityce międzynarodowej, pandemią, problemami na szlakach transportowych, napięciami geopolitycznymi, sankcjami, taryfami, blokadami morskimi czy otwartymi konfliktami. Europa dziś sprowadza 80% leków lub substancji służących do ich produkcji, a w niektórych przypadkach w ogóle ich nie produkuje. W 100% zależy od importu ratujących codziennie życie leków onkologicznych, sercowo-naczyniowych, autoimmunologicznych i substancji do ich produkcji, między innymi API. Wszyscy musimy sobie zadać pytanie, co, jeśli tak jak z energią z Rosji przyjdzie nam zmierzyć się z dnia na dzień z odcięciem od importu tych leków. Istnieje pewien poziom produkcji leków, od którego zależy zdrowie i życie

Europejczyków, który wyznacza tę granicę między zwykłym biznesem a bezpieczeństwem. Musimy zabezpieczyć ten poziom w Unii ściągając produkcję i łańcuchy dostaw do Europy, dywersyfikując dostawy w oparciu o pewnych partnerów podzielających nasz system wartości i naszą wizję świata na bezpiecznych szlakach handlowych. Choć polską prezydencję w Radzie Unii Europejskiej ten czas już dobiega końca, wiele istotnych kwestii zdrowotnych nadal wymaga uwagi. Doświadczenia pandemii COVID-19 nauczyły nas czujności wobec wyzwań w zakresie chorób zakaźnych i podkreśliły wagę działań wspólnotowych ponad granicami, które również warto kontynuować w zakresie działań profilaktycznych HIV. Pomimo postępów w leczeniu HIV epidemia nadal stanowi istotne wyzwanie zdrowotne, zarówno w Polsce jak i w Europie. W ostatnim czasie liczba nowych zakażeń w regionie wzrosła o 12%, a ponad połowa przypadków to późnych diagnozy. Wskazuje to na pilną potrzebę wzmocnienia działań profilaktycznych, które były jednym z priorytetów polskiej prezydencji, w tym upowszechnienia profilaktyki przed ekspozycyjnej. Równie ważne jak budzenie świadomości i przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV jest wdrażanie postępu terapeutycznego. Zakończenie epidemii HIV do 2030 roku jest możliwe, ale wymaga zdecydowanych działań politycznych, inwestycji w profilaktykę oraz partnerskiej współpracy z organizacjami społecznymi.

W kontekście polskiej prezydencji warto również podkreślić, że adherencja to kluczowy filar profilaktyki wtórnej. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych - *non adherence,* jest jednym z najbardziej niedoszacowanych, a zarazem kosztownych wyzwań zdrowotnych w Europie. Szacunki Komisji Europejskiej wskazują, że nawet 50% pacjentów z chorobami przewlekłymi nie stosuje się do zaleceń lekarskich, co prowadzi rocznie do około 200 tysięcy przedwczesnych zgonów, tysięcy hospitalizacji i generuje koszty przekraczające 125 miliardów euro. Adherencja warunkuje skuteczność leczenia w takich obszarach jak choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca czy POChP. Bez zapewnienia ciągłości terapii nawet najlepiej zaprojektowane programy wczesnego wykrywania nie przyniosą oczekiwanych efektów.

Prezydencja to czas dialogu o tym, co wspólne i najważniejsze. Za nami suma dobrych rozmów i zgody na konkretne działania. Tego sprawczego poczucia wspólnoty dziś potrzebujemy bardziej niż kiedykolwiek. Co się składa na sukces danej prezydencji? Z pewnością zależy on od wielu czynników, ale także od okoliczności zewnętrznych, na które kraj obejmujący przewodnictwo nie ma już praktycznie żadnego wpływu. Największym sukcesem polskiej prezydencji było to, że jej priorytety i hasło wyprzedziły wydarzenia, których jesteśmy teraz świadkami. Wyznaczone priorytety są bezpośrednią odpowiedzią na wyzwania, przed jakimi stoimy i które zmieniają się z dnia na dzień. Działania i inicjatywy, które są wynikiem polskiego przewodnictwa wpisały się na agendę priorytetów całej Unii Europejskiej i będą dalej konsekwentnie prowadzone i rozwijane przez kolejne kraje obejmujące prezydencję. To na pewno jest też polski sukces.

Magdalena Sobkowiak-Czarniecka, Podsekretarz Stanu, pion ds. Unii Europejskiej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów



Dzisiaj dla mnie i dla mojego zespołu jest absolutnie wyjątkowy dzień, bo kończy się polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej. Pracowaliśmy bardzo intensywnie półtora roku, dlatego że pół roku trwała sama prezydencja, a rok przygotowania do jej pełnienia. Myślę, że przygotowania były kluczowe. Polska prezydencja w Radzie Unii

Europejskiej, która trwała od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 roku, skupiała się na wzmocnieniu bezpieczeństwa UE w siedmiu wymiarach. Te wymiary obejmowały bezpieczeństwo zewnętrzne, wewnętrzne, informacyjne, ekonomiczne, energetyczne, żywnościowe i zdrowotne. Hasło przewodnie polskiej prezydencji brzmiało "Bezpieczeństwo, Europo!", co odzwierciedlało priorytety polskiego rządu. Jeśli ktoś mnie pyta o miarę sukcesu polskiej prezydencji, to myślę, że są dwa główne mierniki. Pierwszy, to fakt, że polska prezydencja skutecznie narzuciła narrację na temat bezpieczeństwa, a drugi to skuteczność negocjacyjna. Na koniec dnia prezydencja ma za zadanie usiąść u szczytu stołu i pogodzić 27 państw członkowskich. To jest realne zadanie prezydencji. Oczywiście podpieramy to dodatkowymi filarami, tak jak prawie 400 wydarzeń, które zorganizowaliśmy przez te pół roku. Wiele z nich dotyczyło zdrowia. I to tu, podczas wydarzeń nieformalnych, wykuwały się kompromisy, które potem udało się osiągnąć w Brukseli.

To między innymi Pakiet farmaceutyczny oraz Akt o lekach krytycznych, które dla bezpieczeństwa są absolutnie kluczowe. Dzisiaj geopolityka pokazuje, że możemy liczyć na samych siebie, a nie na wszystkich dookoła. I to zaczęliśmy robić w przemyśle zbrojeniowym. Pierwszy raz są tak duże pieniądze na zbrojenia. Tematu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nie podnoszono wcześniej na takim poziomie, jak uczyniła to Polska. Doprowadziliśmy do konkluzji, że zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, szczególnie w kontekście mediów społecznościowych, to nie jest tylko sprawa dla ministrów zdrowia i w ogóle ochrony zdrowia. W rozwiązanie tych problemów musimy włączyć ministrów gospodarki, technologii oraz inne resorty. Zdarza mi się słyszeć, że chcemy ingerować we wszystko, co się dzieje w mediach społecznościowych, w mowę nienawiści, manipulacje, *deepfake*, że jest to łamanie wolności słowa, to jest bzdura, bo jest dokładnie odwrotnie. Wolność słowa nie polega na tym, że kimś manipulujesz i w niezdrowy sposób, a szczególnie młodym ludziom wywierasz wpływ na psychikę i sposób myślenia. Utkwiła we mnie głęboko wypowiedź jednej z młodych dziewczyn, która zauważyła, że w czasach, kiedy połączenie między nami technologicznie jest najprostsze, jesteśmy najbardziej samotni. Nie zdajemy sobie sprawy, jak duża jest między nami przepaść pokoleniowa. My naprawdę nie wiemy, co się dzieje w głowach dzieci i młodzieży i jakie wpływają na nich bodźce.

Na uwagę zasługuje fakt, że przygotowaliśmy polską prezydencję w rekordowo szybkim czasie. Zwykle prezydencję przygotowuje się około czterech lat. Kiedy weszliśmy do urzędu w styczniu 2024 roku, to polecieliśmy do Szwecji i do Hiszpanii, żeby poprzednie prezydencje pokazały nam, co i jak robić. I kiedy narysowali nam „oś czasu" na przygotowanie, zaczynając cztery lata wcześniej, to zrozumieliśmy , że nasza prezydencja to będzie wyścig z czasem. Po drugie, na początku myślałam, że problemem będzie to, że w Brukseli trwają wybory europejskie. Obawiałam się, że wpłynie to na naszą prezydencję. Z perspektywy czasu jest odwrotnie. Jestem przekonana, że dostaliśmy niebywałą szansę wpłynięcia na priorytety Komisji Europejskiej, bo wszystko się tworzyło na nowo. Dochodziliśmy do porozumienia, bo nasze priorytety szły w linii z priorytetami unijnymi i wiedzieliśmy, że będziemy mieli wspólny sukces.

Cieszę się, że duńska prezydencja będzie kontynuowała nasze priorytety. Byłam w Kopenhadze na prezentacji priorytetów duńskich i mamy bardzo dużo wspólnych celów. To ważne, żebyśmy mieli kontynuację w prezydencjach. Odpowiadałam za osiemnastomiesięczny program *trio* od początku. To wcale nie jest łatwe, bo kraje w prezydencji dobierane są tak, żeby prezentowały bardzo różne punkty widzenia. Polska, Dania i Cypr mają sporo różnic. Na szczęście udało się wykuć wspólny program pod parasolem „bezpieczeństwa".

Kiedy miałam przyjemność w grudniu 2024 roku prezentować ministrom z całej dwudziestki siódemki nasze priorytety, to okazało się, że przez to, że zaproponowaliśmy siedem filarów bezpieczeństwa, każdy kraj znalazł coś dla siebie. Były kraje, które mówiły dobrze, że jest obronność, były kraje, które

mówiły dobrze, że jest energetyka oraz były kraje, które mówiły dobrze, że jest bezpieczeństwo zdrowotne albo informacyjne. I myślę, że to też się przyczyniło do sukcesu, że wszyscy „wiosłowaliśmy" w tę samą stronę, w stronę bezpieczeństwa.

Prof. Bolesław Samoliński, Kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych WUM



Z perspektywy osoby, która zajmuje się zdrowiem publicznym na co dzień, zarówno z punktu widzenia edukacji nowych kadr w Polsce, jak i budowaniem całych strategii polityki prozdrowotnej, to podsumowując polską prezydencję, widzę, że realizowana jest ciągłość strategii. W 2011 roku, kiedy pełniliśmy pierwszą prezydencję po wejściu Polski do Unii Europejskiej, to chcieliśmy zaistnieć w Europie. Obecną prezydencją pokazaliśmy, że jesteśmy w głównym nurcie Europy. To było chyba jedna z najważniejszych moich refleksji, że doskonale rozumiemy, jako Polska problematykę, która w Unii jest krytyczna. To bezpieczeństwo - bardzo szeroko rozumiane i ciągle niedoceniane. Bezpieczeństwo zdrowotne, o którym my mówimy jako osoby reprezentujące środowiska medyczne, czyli profesjonaliści ochrony zdrowia, to stwierdzenie że bez zdrowia nie istnieje nic. Zdrowie jest absolutnie krytyczne dla bezpieczeństwa rozumianego bardzo szeroko i to nas bardzo cieszy, że zdrowie zostało włączone w główny nurt bezpieczeństwa Europy. Widzimy, że to się wydarzyło faktycznie. COVID-19 miał tutaj spore znaczenie.

W międzyczasie pojawiły się bardzo ciekawe nowe aspekty i nowe sformułowania, których nie mieliśmy w dotychczasowej polityce. Mianowicie proszę zwrócić uwagę, że pojęcie adherencji w ogóle nie istniało w profilaktyce trzeciorzędowej, czyli tej profilaktyce, w której mamy już chorego pacjenta i chcemy, żeby nie było zaostrzeń, żeby on funkcjonował w przyzwoitym stanie zdrowia. W związku z czym pojawiło się pojęcie adherencji, jako farmakoprofilaktyki. Żeby ta farmakoprofilaktyka była skuteczna, to oczywiście musi być dostępność lekowa, muszą być zabezpieczenia w leki krytyczne itd. To się tworzy jedna całość, czyli nagle okazuje się, że bezpieczeństwo lekowe jest integralną częścią w ogóle profilaktyki promocji zdrowia, czyli polityki prozdrowotnej. To jest bardzo ważny element, który przez nas był trochę niedoceniany i niezauważany. Dzisiaj stał się głównym, bardzo istotnym nurtem. Oczywiście COVID-19 nas trochę też do tego przymusił. To jest jedno, ale ważne jest to, że po pandemii zostały pewne ślady w myśleniu politycznym. To jest bardzo istotne, a Polska w tym nurcie też się znajduje. To jest jeden aspekt. Drugi aspekt, to fakt, że zdrowie obejmuje znacznie szersze pojęcia i znacznie szerszy zakres, niż myśleliśmy wtedy o tym, żeby np. kontrolować stan zdrowia pacjenta przez zdrowie, żeby komunikować się z nim przez telemedycynę. Pojawił się przy tym problem zbioru danych i zintegrowanego działania w tym zakresie w Unii Europejskiej, co jest podstawą spójnej polityki zdrowotnej. Nie da się zbudować polityki zdrowotnej bez danych, które z jednej strony informują o zjawiskach chorobowych, a z drugiej strony uczą nas i dają wytyczne dotyczące tego, jakie czynniki mają krytyczne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego. To jest wielkie wydarzenie, że idziemy w tą stronę, bo Unia Europejska pod tym względem, gdyby wspólnie działała i wspólnie zbudowała taką platformę wymiany informacji, to wszyscy by na tym skorzystali.

Dodatkowo mamy przepływ informacji o indywidualnym pacjencie. To jest też niesamowicie ważne. Bez względu na to, gdzie on się znajdzie, to nagle okazuje się, że mamy dostęp do jego danych i to jest dla niego bardzo istotne. A wiemy dzisiaj, że ten ruch, ta wewnętrzna migracja w Europie jest zjawiskiem bardzo powszechnym i szczególnie dobrze widocznym w Polsce. Mamy kolejne dwa

priorytety, które stanowią dla mnie jeden priorytet, czyli zdrowie psychiczne oraz profilaktyka i edukacja zdrowotna. To się oczywiście bardzo głęboko łączy, ale wskazanie na to, że to zdrowie psychiczne dzisiaj jest szczególnym elementem składowym polityki zdrowotnej jest bardzo istotne, bo ciągle istniała taka rozdzielność pomiędzy profesjonalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym, a pozostałymi w systemie ochrony zdrowia. W systemie polityki państwa, edukacja jakby nie nadążała za tym problemem. Dzisiaj już wiemy, że to trzeba zintegrować, że trzeba iść w jedną stronę. Coraz więcej widać zainteresowania też edukacją zdrowotną, profilaktyką w środowiskach klinicystów, czego do niedawna jeszcze nie było tak wyraźnie widać. Zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa internetowego, to naprawdę jest zjawisko bardzo powszechne, bardzo istotne i ono musi się znaleźć w priorytetach następnej edycji Narodowego Programu Zdrowia.

Od 1 stycznia 2026 roku będziemy mieli nowy Narodowy Program Zdrowia oraz nową Ustawę o zdrowiu publicznym. Dlatego przygotowujemy razem dwa akty prawne, które idą w głównym nurcie polityki europejskiej. To się świetnie ze sobą składa. My oczywiście myślimy jeszcze o tym, jako specjaliści zdrowia publicznego, że edukacja zdrowotna, która jest moim zdaniem fantastycznym pomysłem, wielkim osiągnięciem polskiej polityki, żeby jednak była powszechna i żeby była profesjonalnie prowadzona. To jest takie zagadnienie, nad którym warto popracować.

Na sam koniec chcę powiedzieć, że jedyna rzecz, której mi zabrakło, jako człowiekowi, który zajmuje się tą polityką prozdrowotną, to konkluzje Rady Unii Europejskiej, które byłyby poświęcone profilaktyce i promocji zdrowia w zrozumieniu szukania dobrych praktyk i dzielenia się nimi na poziomie unijnym. Widzę tu rolę Komisji Europejskiej oraz państw członkowskich we współpracy między państwami, ale też kierującej roli i inicjującej roli Komisji Europejskiej w tym partnerstwie, bo tego nam teraz brakuje. My trochę błądzimy w Unii Europejskiej w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Znajdujemy różne pomysły na jej prowadzenie ale mamy coraz gorsze efekty zdrowotne. To świadczy o tym, że nie wypracowaliśmy modelu dochodzenia do optymalizacji polityki prozdrowotnej. Oczywiście to e-zdrowie też nam w tym pomoże, ale bez upolitycznienia tego procesu poprzez konkluzję Rady Unii Europejskiej daleko nie zajdziemy. Wyobrażam sobie, że taka konkluzja byłaby powszechnie akceptowalna w Unii Europejskiej. Jej zapisy apelowały by do budowania wspólnego planu polityki prozdrowotnej. W tym procesie powinniśmy wykorzystać doświadczenia regionów oraz państw UE. Powinniśmy wdrażać je możliwie jak najszerzej, przenosząc je w ramach tego partnerstwa pomiędzy poszczególnymi regionami. Jeżeli jakakolwiek sugestia jest adresowana do strategii prezydencji duńskiej, to warto byłoby myśleć o rozmowie na ten temat i budowaniu takiej strategii paneuropejskiej w tym zakresie.

W koncepcji nowej, poprawionej Ustawy o zdrowiu publicznym, widzimy jej zakres zdecydowanie wychodzący poza zdrowie. Nie da się resortowo, silosowo budować krajowej polityki zdrowotnej. Ona musi przechodzić na inne resorty, musi być partnerstwo, zrozumienie i wspólna praca nad tym. I stąd nawet jest taka koncepcja, aby Komitet Zdrowia Publicznego w Polsce tworzył osoby, które reprezentują kierownictwa wybranych resortów, mających określone misje prozdrowotne. Stąd oczywiście ta koncepcja, żeby to w Unii Europejskiej odbywało się na poziomie premierów, jest zdecydowanie bardziej zdroworozsądkowa.

Prof. Paweł Kowal, Przewodniczący Sejmowej Komisji Spraw Zagranicznych



Historycznie patrząc, zawsze wiązaliśmy bezpieczeństwo ze zdrowiem, zakładając, że zdrowie będzie miało priorytet w dyskusjach politycznych. Nie do końca tak się udało, być może dlatego, że bezpieczeństwo militarne i geopolityczne bardziej determinuje działania krajów Unii niż bezpieczeństwo zdrowotne. Zatem nam pozostaje jedno działanie, abyśmy nie pozwolili oderwać bezpieczeństwa od zdrowia. Obserwowałem od strony politycznej polską prezydencję i udawało się wszystko to, co było przyłączone do bezpieczeństwa. Rolą Medycznej Racji Stanu jest to, żeby już nie dało się odłączyć tematu zdrowia od bezpieczeństwa rozumianego szeroko. Szczególnie, mając na uwadze doświadczenia pandemii COVID-19 oraz trwającej wojny Rosji z Ukrainą.

Rekomendacje dla naszych działań zebrałem w pięciu punktach. Po pierwsze, stale powinniśmy wracać do wniosków z pandemii COVID-19. Pandemia wymusiła budowę odporności Europy na kryzysy zdrowotne, a polska prezydencja wzmocniła mechanizmy szybkiego reagowania. Po drugie, Unia musi się uniezależnić od łańcuchów dostaw leków z Azji, produkując je w Europie. Po trzecie, należy powiązać zdrowie z bezpieczeństwem i koncepcją „One Health- Jedno Zdrowie". Po czwarte, występuje pilna konieczność wprowadzenia e-narzędzi do zarządzania zdrowiem, gwarantujących szybką diagnoza i skuteczne leczenie. Piąty punkt, to profilaktyka zamiast leczenia. Biorąc pod uwagę skalę wydatków, myślę, że państwa europejskie będą się zmagały z ogromnymi dyskusjami na temat tego, ile można wydawać na bezpieczeństwo. Będzie też pokusa, żeby wydawać mniej na profilaktykę zdrowotną. Dzisiaj konkluzję ze szczytu NATO przyjmujemy z aplauzem, ale nie miejcie państwo złudzeń, że wokół tego rozpoczną się dyskusje polityczne na temat skali wydatków. Wtedy będzie „łatwo" ciąć pieniądze na profilaktykę i zdrowie.

Prof. Miłosz Parczewski, Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Prezes European Aids Clinical Society (EACS)



Obecnie kluczowe jest przygotowanie pandemiczne w kontekście zagrożeń ze strony chorób zakaźnych w Europie, które generują intensywne podróże obywateli, ruchy emigracyjne i uchodźcze. Profilaktyka HIV/AIDS jest konieczna, ponieważ mamy wzrastającą liczbę zakażeń w ostatnich latach. W społeczeństwach krajów Unii Europejskiej nie ma niestety świadomości wzrostu zakażeń HIV. Jednocześnie, cały czas zakażenie HIV/AIDS jest związane ze stygmatyzacją osób chorych. Dodatkowo w Polsce, nie ma dostępności refundacyjnej do bardzo dobrej profilaktyki przedeskpozycyjnej HIV. Profilaktyka przedekspozycyjna HIV (PrEP) polega na codziennym stosowaniu jednotabletkowego skojarzenia dwóch preparatów przeciwwirusowych (tenofovir plus emtrycytabina) celem zmniejszenia ryzyka zakażenia po kontakcie seksualnym. Jest szansa na zmianę tej sytuacji. W zależności od rodzaju i czasu trwania ryzyka u mężczyzn można stosować również profilaktykę doustną w sposób doraźny. Przy prawidłowym stosowaniu, skuteczność PrEP jest na poziomie 90-95 proc., czyli ryzyko zakażenia HIV jest bardzo niskie. Jest to profilaktyka odpowiednia zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, stosowana z powodzeniem i refundowana w wielu krajach. Części zakażeń HIV można by uniknąć przez stosowanie PrEP, ale to wciąż jest temat mało znany zarówno w ochronie zdrowia, jak i wśród pacjentów. A może on przerwać sieć transmisji. Na świecie obecnie 8 mln osób dostaje PrEP. Jest bardzo popularny np. w

USA i krajach tzw. Globalnego Południa. Krajowe Centrum ds. AIDS uruchomiło właśnie portal edukacyjny www.hiv-aids.edu.pl. W Polsce mamy blisko 21,5 tys. zakażonych HIV objętych programem leczenia Ministerstwa Zdrowia. W 2024 r. w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) wykryto 471 osób zakażonych HIV. Testów wykonano przy tym o 10 proc. więcej niż w poprzednim roku, a w ostatnich latach także był widoczny znaczny przyrost liczby wykonywanych testów. Ogółem w Polsce jest ponad 35 tys. osób zakażonych HIV. 18–22 proc. osób w Polsce jest niezdiagnozowanych, a 15 proc. jest zdiagnozowanych, ale nieleczonych. – PrEP jest skuteczny przeciw HIV, ale w Polsce wciąż nie ma takiego programu, który byłby finansowany ze środków publicznych. Obecnie w MZ trwają prace nad stworzeniem założeń do programu profilaktyki PrEP. Wstępnym konceptem programu jest objęcie opieką programu 10 tys. osób. Kod rozpoznania dotyczyłyby styczności lub narażenia na HIV, ale też inne choroby. Dostępność do programu nie wymagałaby skierowania. PrEP powinien być ciągły. Punktami docelowymi, które realizowałyby program byłyby trzy rodzaje poradni: profilaktyczno-lecznicze HIV/AIDS, chorób zakaźnych, dermatologicznych i wenerologicznych. Wizyty byłyby realizowane w schemacie: po pierwszym miesiącu wizyta kontrolna i potem co 3 do 6 miesięcy.

Dr Aleksandra Lewandowska, Konsultant Krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży



Jestem szczęśliwa, że zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży było priorytetem polskiej prezydencji. Dzięki temu, przez pół roku wybrzmiewał bardzo ważny przekaz, że zdrowie psychiczne najmłodszych oraz ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży musi być osadzona w zdrowiu publicznym. Bez tego nie możemy absolutnie układać dalszych strategii i polityk. Na zakończenie polskiej prezydencji odbyła się debata na temat zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży prowadzona przez uczniów liceum. To spotkanie było bardzo bogate w treści oraz przekaz, co młodzi ludzie mówią i co kierują tak naprawdę do nas - dorosłych. Głos młodego pokolenia, wybrzmiał bardzo mocno. Zacytuję klika stwierdzeń: „My jako dzieci, nie mając bardzo często wsparcia w rodzinach, jesteśmy i bezradni i bezbronni", „Możemy z dużą łatwością wejść na strony internetowe, które są dla nas zagrażające", „Możemy z dużą łatwością doświadczać agresywnych treści, które nas kształtują", „Dorośli muszą być bardziej świadomi, czym jest zdrowie w ujęciu holistycznym i jak dbać o siebie wzajemnie". W trakcie tych warsztatów mieliśmy takie zadanie, że część z nas miała przedstawić stereotypy, które krążą o młodych osobach, a młodzi te, które krążą o osobach dorosłych. To było bardzo ciekawe doświadczenie. Drodzy Państwo, jak nas widzą młodzi? Młodzi uważają, że „dorośli nie dotrzymują słowa", „dorośli tylko obiecują", „dorośli są wiecznie zmęczeni", „dorośli są nieobecni". Dla młodzieży jest również ważne, żeby zmieniło się oblicze szkoły. Uczniowie pokazywali, jak niezwykle ważną formułą są zajęcia dodatkowe, które integrują i włączają młodych ludzi do realizacji różnych projektów. To pozwala wyciągnąć skutecznie młodych ludzi z przestrzeni online w przestrzeń offline. Konkluzja z tych warsztatów była taka, że pomimo tych wyzwań, o których tutaj cały czas mówimy, absolutnie jest szansa na zbudowanie dialogu. Polskie problemy są bardzo podobne w odniesieniu do innych krajów Unii Europejskiej. Wiemy, gdzie należy i jakie działania wdrożyć. Powinniśmy budować odpowiedzialność rodzicielską, wykorzystując np. zebrania rodziców, zwłaszcza w przedszkolach i szkołach podstawowych, gdzie rodzic jest bardziej zaangażowany. W kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ważna jest profilaktyka, a w tej profilaktyce bardzo potrzebna jest współpraca między rodzicami, szkołą, samorządami, organizacjami pozarządowymi i systemem ochrony zdrowia. Potrzebujemy działań systemowych, które zaczną się od wczesnej edukacji emocjonalnej, już na etapie przedszkola. Niezwykle istotne jest wprowadzanie

programów wzmacniających odporność psychiczną, rozwijających umiejętność radzenia sobie ze stresem, rozpoznawania emocji i szukania pomocy. Profilaktyka to także inwestowanie w relacje zarówno w rodzinie, jak i w społeczności szkolnej, bo to relacje są fundamentem poczucia bezpieczeństwa i przynależności. Musimy również szkolić nauczycieli i specjalistów, aby potrafili rozpoznawać pierwsze sygnały trudności i odpowiednio reagować. Wreszcie profilaktyka to tworzenie środowiska, w którym młody człowiek nie boi się mówić o swoich emocjach, nie czuje się oceniany, a jego głos jest słyszany i traktowany z szacunkiem. To nasze wspólne zadanie dorosłych, by budować taką przestrzeń.

Dyrektor Bogi Eliasen, Dyrektor Wydziału Zdrowia Kopenhaskiego Instytutu Badań nad Przyszłością



Na początku chciałbym Państwu bardzo serdecznie podziękować za sześć miesięcy polskiej prezydencji, która została w tak fantastyczny sposób przeprowadzona. Cieszę się, że z perspektywy prezydencji duńskiej miałem możliwość również uczestniczenia razem z Państwem w niektórych przedsięwzięciach. Równocześnie dumny jestem z tego, że mogę spędzić z Państwem czas na dyskusji podczas ostatniego dnia polskiej prezydencji.

Na początku parę słów o adherencji. W adherencji, chodzi również o przejście między ostrą fazą choroby do fazy przewlekłej, przejście od poniesionego kosztu do uzyskanej wartości. Chciałbym również powiedzieć, dlaczego moim zdaniem, Polska może odgrywać w tym kontekście wiodącą rolę w Europie. Ważne, żeby budować zdrowie, jako jeden z najważniejszych filarów społeczeństwa. Równocześnie chodzi o tę korzyść, którą tworzymy zarówno dla pacjentów, dla zespołu profesjonalistów, jak i dla całej populacji. W tym samym momencie, kiedy zapewniamy uczciwy i sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych, zapewniamy bezpieczeństwo zdrowotne oraz dobrobyt. Dlatego należy zadać sobie pytanie, dlaczego tak wielkie wyzwania wiążemy z tym, żeby opierać funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia na danych, które pochodzą od indywidualnych osób. Powinniśmy zmienić nasze nastawienie, co do sposobu, w jaki określamy problemy, które musimy rozwiązać. Kluczowe pytanie dotyczy tego, czy podejmujemy te tematy, które są odpowiednie i czy podejmujemy je w odpowiedni sposób. Nie tylko w Polsce, ale również w innych krajach. Czy budujemy takie systemy ochrony zdrowia, które zajmują się chorobami przewlekłymi, czy koncentrujemy się głównie na stanach ostrych. W Europie, 80-85% problemów zdrowotnych stanowią choroby przewlekłe, niezakaźne. W tym właśnie kontekście wczesne wykrywanie, wczesne interwencje oraz badania przesiewowe odgrywają fundamentalną rolę. Nasze badania wykazują, że około 30% obciążenia związanego z chorobami w opiece szpitalnej byłoby możliwe do uniknięcia, jeżeli byśmy w prawidłowy sposób zastosowali wiedzę oraz instrumenty będące w naszej dyspozycji. Ustaliliśmy, iż jesteśmy w stanie osiągnąć większe efekty, jeżeli będziemy zajmować się w zwiększonym stopniu adherencją drugorzędową, czyli prawidłowym podejściem do leczenia chorób przewlekłych. Nie chodzi o to, że nie posiadamy technologii, tylko nieumiejętnie lub za późno je stosujemy.

Szczególne znaczenie ma samodzielne dbanie przez pacjenta o siebie, a także leczenie chorób w domu. Technologie medyczne znacząco pomagają w tym zakresie. Jeżeli nie będziemy podejmować tematu adherencji w odpowiedni sposób, zawsze z naszymi interwencjami będziemy wchodzić zbyt późno, a pacjenci będą musieli być hospitalizowani. Ten temat należy prawidłowo opanować, przechodząc od działania reaktywnego do proaktywnego. Natomiast problem polega na tym, że za wczesną interwencję oraz wczesne wykrywanie chorób nie jesteśmy właściwie opłacani w systemie ochrony

zdrowia. Zatem pytanie, które chcę zadać, nie dotyczy tego, czy możemy coś zrobić, ale co chcemy zrobić i w jaki sposób chcemy te działania podjąć. Jeden z projektów, który chcemy realizować jest związany z centralizowanymi oraz ucyfrowionymi badaniami klinicznymi. Wtedy, kiedy pacjentom z chorobami przewlekłymi przekazujemy do wykorzystania w domu narzędzia, które pozwolą nam ocenić, w jaki sposób pacjenci ci zachowują się i w jaki sposób ich zachowanie wpływa na ich stan. Bardzo dobrym przykładem z Danii są centra diabetologiczne, zajmujące się kompleksowo pacjentami z cukrzycą. Celem jest to, żeby pacjenta trzymać, jak najdalej od szpitala, oferując mu narzędzia cyfrowe. Zauważamy, że tutaj adherencja jest wyższa, niż w przypadku tradycyjnego podejścia terapeutycznego do cukrzycy. Kluczem jest personalizacja, a także wspólne podejmowanie decyzji przez lekarza w porozumieniu z chorym. Usuwamy również niepotrzebne bariery administracyjne, utrzymując bardzo ścisłą relację pomiędzy pacjentem, klinicystą, pielęgniarką, dietetykiem i farmaceutą. Dla nas najważniejsze w zakresie adherencji powinno być utrzymanie jak najdłuższego życia pacjenta w dobrym zdrowiu w całym łańcuchu opieki. Dlatego warto podejmować kilka tematów jednoczasowo, takich jak dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii i technologii oraz monitorowanie efektów i sensowności ekonomicznej takich projektów.

Prof. Monika Raulinajtys-Grzybek, Kierownik Katedry Rachunkowości Menedżerskiej w Szkole Głównej Handlowej



Na forum Parlamentu Europejskiego prezentowaliśmy ostatnio raport pt. „Bezpieczeństwo lekowe Polski w kontekście bezpieczeństwa militarnego Polski i Europy”.[16] W obliczu rosnących napięć geopolitycznych oraz przemian w środowisku bezpieczeństwa europejskiego, bezpieczeństwo lekowe zaczyna być rozpatrywane nie tylko jako element polityki zdrowotnej, lecz także jako kluczowy komponent bezpieczeństwa militarnego i odporności państwa. Inspiracją dla niniejszego raportu były wnioski zawarte w raporcie Sauliego Niinistö, które podkreślają konieczność zintegrowanego podejścia do budowy gotowości cywilnej i wojskowej Unii Europejskiej, obejmującej wszystkie obszary infrastruktury krytycznej. Celem raportu jest identyfikacja i analiza bezpieczeństwa lekowego jako wyodrębnionego podobszaru bezpieczeństwa militarnego Polski, z uwzględnieniem szerszego kontekstu europejskiego. Szczególny nacisk położono na dostępność leków niezbędnych zarówno w warunkach medycyny pola walki, jak i w leczeniu populacyjnym w czasie konfliktów zbrojnych i kryzysów. Raport został opracowany przez ekspertów Szkoły Głównej Handlowej i Ministerstwa Obrony Narodowej.

Stwierdzono, że bezpieczeństwo dostaw leków jest ściśle powiązane z bezpieczeństwem militarnym państwa. Zapewnienie dostępu do leków jest kluczowe dla funkcjonowania armii oraz społeczeństwa w czasie kryzysu, w tym podczas konfliktu zbrojnego. Brak leków może uniemożliwić efektywne działanie sił zbrojnych oraz prowadzić do destabilizacji państwa. Polska, jako część Europy, musi budować swoją odporność na zagrożenia, w tym na potencjalne przerwy w łańcuchach dostaw leków. Raport SGH i MON podkreśla, że bezpieczeństwo lekowe jest strategiczną kwestią, równie ważną jak cyberbezpieczeństwo, czy suwerenność energetyczna. Zgodnie z zasadą "preparedness by design",

[16] Bezpieczeństwo lekowe Polski w kontekście bezpieczeństwa militarnego Polski i Europy. SGH, MON. 2025 doi: 10.33119/978-83-972435-5-2_2025 Dostępne: https://www.sgh.waw.pl/sites/sgh.waw.pl/files/2025-06/think-tank-dla-ochrony-zdrowia-bezpieczenstwo-lekowe-polski.pdf

państwo musi być przygotowane na najgorsze scenariusze, w tym na wojnę hybrydową czy pandemie, co wymaga zapewnienia ciągłości dostaw leków, od produkcji po rezerwy strategiczne. Oparcie się wyłącznie na dostawach z odległych regionów, np. z Azji, może być ryzykowne w sytuacjach kryzysowych. Dlatego istotne jest rozwijanie własnego potencjału produkcyjnego i budowanie rezerw strategicznych leków, aby Polska mogła sama zadbać o swoje bezpieczeństwo lekowe. Podsumowując, bezpieczeństwo dostaw leków jest integralną częścią bezpieczeństwa militarnego i narodowego. W kontekście potencjalnych zagrożeń, konieczne jest wzmocnienie odporności państwa w zakresie zapewnienia dostępu do leków, w tym rozwijanie własnego potencjału produkcyjnego i budowanie rezerw strategicznych. Europa importuje dziś aż 80% leków lub substancji niezbędnych do ich produkcji, a w przypadku wielu terapii ratujących życie – szczególnie w onkologii, kardiologii czy leczeniu chorób autoimmunologicznych – uzależnienie od dostaw spoza UE sięga nawet 100%. To rodzi pytania o zdolność Unii do samodzielnego działania w sytuacjach kryzysowych. Czas przejść do konkretnych działań na rzecz bezpieczeństwa lekowego oraz wzmocnienia odporności UE w tym obszarze.

Rekomendacje raportu, to:

1. Uwzględnienie aspektów regionalnych w kontekście kreowania i alokacji funduszy wspierających zdolności produkcyjne podnoszące bezpieczeństwo lekowe.
2. Uwzględnienie w ostatecznym kształcie rozporządzenia CMA źródeł finansowania projektów strategicznych w ramach kolejnych wieloletnich ram finansowych.
3. Wsparcie bezpieczeństwa dostaw kluczowych produktów leczniczych w procedurach zamówień publicznych poprzez promowanie wspólnych zakupów państw członkowskich Sojuszu Północnoatlantyckiego i Unii Europejskiej.
4. Zwiększenia potencjału krajowego przemysłu farmaceutycznego oraz zapewnienie wytwarzania na terenie RP produktów leczniczych z krajowej listy leków krytycznych.
5. Przygotowanie systemu logistyki medycznej do zaopatrywania w leki i materiały medyczne dla wojsk sojuszniczych w ramach wykonywania funkcji państwa gospodarza (HNS – Host Nation Support).
6. Koordynacja ciągłości zaopatrywania w leki i materiały medyczne na szczeblu Rady Ministrów (poprzez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa).
7. Rozszerzenie kręgu podmiotów objętych ochroną przed ograniczeniami w dostarczaniu energii elektrycznej o przedsiębiorstwa przemysłu farmaceutycznego, magazynów i hurtowni farmaceutycznych.
8. Rozszerzenie katalogu potrzeb zgłaszanych do Planu zabezpieczenia potrzeb Sił Zbrojnych realizowanych przez przedsiębiorców o wykonywanie produkcji oraz utrzymywanie w czasie pokoju mocy produkcyjnych medycznych środków materiałowych i wynikające z tego wyłączenia od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny kluczowych pracowników sektora farmaceutycznego.
9. Zmapowanie regionalne istniejących zasobów przemysłu chemicznego i farmaceutycznego w kontekście optymalizacji możliwości podniesienia poziomu bezpieczeństwa lekowego.
10. Podnoszenie praktycznych kompetencji pracowników przedsiębiorstw farmaceutycznych, magazynów i hurtowni farmaceutycznych z obszaru postępowania w warunkach kryzysu militarnego.
11. Włączenie problematyki zaopatrywania w leki i materiały medyczne do ćwiczeń krajowego systemu obronnego i obrony cywilnej.

12. Dostosowanie struktury asortymentowej leków i materiałów medycznych przechowywanych w podmiotach medycznych na potrzeby zabezpieczenia w czasie konfliktu zbrojnego do specyfiki potencjalnych pacjentów (głównie pacjenci urazowi).

Podsumowując, bezpieczeństwo lekowe, tradycyjnie postrzegane jako domena polityki zdrowotnej, musi dziś zostać uznane za istotny element systemu obronności państwa – na równi z energetyką, transportem czy komunikacją. Odpowiednie przygotowanie na poziomie państwowym i europejskim, obejmujące działania krótko-, średnio- i długoterminowe, jest niezbędne dla utrzymania zdolności państwa do prowadzenia działań obronnych, ochrony zdrowia publicznego oraz zapewnienia ciągłości funkcjonowania struktur społecznych i gospodarczych w warunkach kryzysu lub wojny.

Katarzyna Piotrowska-Radziewicz, Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia



Polska prezydencja w obszarze zdrowia to sześć miesięcy intensywnej pracy, dialogu i współpracy na rzecz zdrowszej i bezpieczniejszej Europy. Pokazaliśmy, że zdrowie to fundament bezpieczeństwa, a nie tylko jego uzupełnienie. Polska prezydencja w Radzie UE przypadła na czas istotnych zmian legislacyjnych i strategicznych decyzji w obszarze ochrony zdrowia. Nasze działania koncentrowały się na czterech głównych kierunkach: ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w cyfrowym świecie, profilaktyce chorób, w szczególności nowotworowych, cyfryzacji ochrony zdrowia oraz bezpieczeństwie lekowym.

W zakresie bezpieczeństwa lekowego, po pierwsze polska prezydencja doprowadziła do przyjęcia wspólnego stanowisko w sprawie rewizji pakietu farmaceutycznego. Tym samym Rada UE zyskała mandat do dalszych negocjacji z Parlamentem Europejskim i Komisją Europejską. Pakiet farmaceutyczny to pierwsza od 2004 r. poważna reforma unijnych przepisów dotyczących sektora farmaceutycznego. Jego celem jest lepsze dostosowanie do potrzeb pacjentów, wzmocnienie konkurencyjności Europy oraz wspieranie innowacji. Nowe przepisy pozwolą na rozwój innowacji, nowoczesnych leków i zaawansowanych terapii. Jednocześnie dają możliwość szybszego wprowadzenia na rynek leków generycznych, które dla pacjentów są tańszą alternatywą. Po drugie, podczas polskiej prezydencji Komisja Europejska przedstawiła projekt Aktu o Lekach Krytycznych. Ma to być nowe unijne prawo, które wzmocni bezpieczeństwo lekowe i wesprze produkcję najważniejszych leków i substancji czynnych (API) na terenie Unii Europejskiej. Dziś Europa sprowadza aż 80% leków lub składników niezbędnych do ich wytwarzania. W niektórych przypadkach unijne kraje są całkowicie zależne od importu. To oznacza, że nawet chwilowe zakłócenia w dostawach mogą prowadzić do braku leków ratujących życie. Projekt Aktu o Lekach Krytycznych zakłada m.in.: zwiększenie produkcji leków i substancji czynnych w państwach UE, zmniejszenie zależności od dostaw z Azji, lepsze przygotowanie na sytuacje kryzysowe, takie jak pandemia, wojna czy problemy logistyczne oraz stworzenie narzędzi do szybkiego reagowania i monitorowania dostępności leków. Akt o Lekach Krytycznych to ważny krok w stronę silniejszej, bardziej odpornej i niezależnej Europy. Jest naturalnym uzupełnieniem i domknięciem prac nad pakietem farmaceutycznym.

Podsumowując, w zakresie bezpieczeństwa lekowego polska prezydencja zainicjowała debatę na forum unijnym i otworzyła przestrzeń do konkretnych rozmów – między państwami, instytucjami i sektorem przemysłowym. Efektem jest solidna podstawa w postaci rewizji pakietu farmaceutycznego

oraz stworzenia projektu Aktu o Lekach Krytycznych, dzięki którym kolejne prezydencje będą mogły prowadzić dalsze działania.

Dr Agnieszka Gorgoń-Komor, Zastępca Przewodniczącej Senackiej Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia



Dzisiaj mówimy o wyzwaniach związanych z otyłością, a polskie dzieci i młodzież tyją w dużym tempie. Jest to ogromne wyzwanie dla społeczeństwa, rządu i polityków. Cieszę się, że prewencja i profilaktyka wybrzmiała jako priorytet zdrowotny polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Wybrzmiało również zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Ono też wiąże się ze wzrostem występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży. Gdy organizowałam w polskim Parlamencie obchody Europejskiego Dnia Walki z Otyłością, który przypada na 22 maja, to zdałam sobie sprawę, że my - lekarze nie dostrzegamy otyłości jako przyczyny ponad 200 jednostek chorobowych. Państwa Unii Europejskiej, w tym Polska, wydają ogromne pieniądze na leczenie tych chorób, zamiast zapobiegać im od wczesnego dzieciństwa. Mówimy o profilaktyce zdrowotnej, ale powinniśmy ją bardziej zdecydowanie implementować i wprowadzać w życie w każdej praktyce lekarskiej. Powinniśmy propagować wysiłek fizyczny, zdrowy styl życia oraz zdrowy ekosystem, który nas otacza. Należy się zastanowić, jak produkować jedzenie o niskiej kaloryczności, aby jedzenie było zdrowe i nie doprowadzało do nadwagi oraz otyłości. Musimy doprowadzić do tego, aby nasze dzieciaki wybierały zdrowe produkty. To nie jest łatwe, bo sklepiki szkolne i jedzenie w stołówkach szkolnych często jest niezdrowe. Kaloryczność przeważa w jadłospisach naszych dzieci, a potem wymagamy od nich, żeby nie tyły.

Nowym wyzwaniem jest refundacja leków, które pojawiły się w terapii otyłości. Zapoznajemy się z dowodami naukowymi na ich skuteczność i będziemy rozważać ich refundację publiczną. Operacje bariatryczne są już refundowane publicznie. Mamy dowody na to, że te działania przedłużają życie, zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe oraz chorób onkologicznych. W tym aspekcie, opieka skoordynowana nad pacjentem z chorobą otyłością, tak aby nie miał nawrotu choroby, aby monitorować jego stan zdrowia, jest dla nas dużym wyzwaniem. Przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego utworzony został specjalny zespół roboczy ds. przeciwdziałania otyłości w celu opracowania i wdrożenia rozwiązań mających na celu poprawę jakości życia osób z otyłością oraz profilaktykę tej choroby. Minister Zdrowia podjął decyzję o powołaniu tego zespołu, dostrzegając wagę problemu otyłości. Zadania zespołu obejmują: opracowanie strategii i planów działania na rzecz poprawy sytuacji osób zmagających się z otyłością, wprowadzenie rozwiązań profilaktycznych, mających na celu zapobieganie powstawaniu otyłości, współpracę z różnymi podmiotami, w tym z ekspertami ds. zdrowia, takimi jak dietetycy i specjaliści od otyłości, w celu opracowania kompleksowego podejścia do leczenia i profilaktyki oraz monitorowanie i ewaluację wdrażanych działań, aby zapewnić ich skuteczność. KOS-BAR, to program pilotażowy kompleksowej opieki specjalistycznej nad osobami z otyłością olbrzymią, finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, który objął swoją opieką już ok. 13 tys. chorych. Program ten zapewnia wielodyscyplinarne leczenie pacjentów, w tym wsparcie psychologiczne i dietetyczne. KOS-BAR obejmuje przygotowanie do

zabiegu bariatrycznego, opiekę przedoperacyjną, kwalifikację do operacji, sam zabieg, wizyty kontrolne po zabiegu oraz indywidualny plan rehabilitacji. Dobra wiadomością dla chorych z otyłością olbrzymią jest fakt, że program KOS-BAR od stycznia 2026 r. zostanie włączony do koszyka świadczeń gwarantowanych. Jest to pierwszy efekt pracy powołanego Zespołu ds. przeciwdziałania otyłości.

Michał Gembal, Ekspert ds. cyberbezpieczeństwa, Audytor wiodący norm ISO 27001 oraz ISO 22301



Niestety branża i sektor ochrony zdrowia jest najczęściej atakowanym sektorem przez cyberprzestępców i mamy już pierwsze ofiary śmiertelne tych działań. Kilka dni temu okazało się, że w brytyjskim systemie ochrony zdrowia została zaatakowana firma, która zajmuje się diagnostyką. Szpital oczekiwał na wyniki badań krwi i pacjent zmarł. Do podobnego ataku doszło w 2020 roku w Düsseldorfie oraz w tym roku w szpitalu MSWiA w Krakowie. Dostępność do danych i usług została zaburzona.

W zakresie ochrony zdrowia powinniśmy myśleć nie o cyberbezpieczeństwie, tylko o cyberodporności, która opiera się na trzech filarach. Po pierwsze, na technologiach, po drugie - na procedurach, a po trzecie - na człowieku. Kategorycznie nie zgadzam się z potocznym stwierdzeniem, że to człowiek jest najsłabszym ogniwem cyberodporności. Człowiek może być zarówno najsłabszym, jak i najmocniejszym ogniwem, bo to my podejmujemy decyzje. Gdybyśmy byli najsłabszym ogniwem to prawdopodobnie nie dyskutowalibyśmy przy tym stole, tylko robiłyby to maszyny lub sztuczna inteligencja. Natomiast istotna jest oczywiście świadomość dotycząca zagrożeń. W sektorze ochrony zdrowia i w wielu strukturach, także szpitali nie ma zwykle osób, która zajmowałaby się cyberbezpieczeństwem całej jednostki. Zwykle tym problemem zajmują się osoby z działów IT.

W zeszłym roku weszła w życie Dyrektywa NIS2 i ona bardzo precyzyjnie określa miejsce sektora ochrony zdrowia w całym systemie obronności i cyberodporności. Dyrektywa NIS2 (Network and Information System Directive 2) to akt prawny Unii Europejskiej, który ma na celu wzmocnienie cyberbezpieczeństwa w całej UE. Zastępuje ona dyrektywę NIS z 2016 roku i wprowadza bardziej rygorystyczne wymagania dotyczące zarządzania ryzykiem, raportowania incydentów oraz współpracy w zakresie cyberbezpieczeństwa. Dyrektywa dotyczy głównie średnich i dużych przedsiębiorstw oraz instytucji z sektorów kluczowych i ważnych dla gospodarki. W Polsce, implementacja NIS2 ma nastąpić poprzez nowelizację Ustawy o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa. Dyrektywa nakłada na podmioty obowiązek wdrożenia środków bezpieczeństwa, w tym zarządzania ryzykiem w cyberbezpieczeństwie, raportowania incydentów, a także współpracy w zakresie wymiany informacji i reagowania na zagrożenia. W zakresie ochrony zdrowia Dyrektywa NIS2 dotyczy szpitali, przemysłu farmaceutycznego oraz wyrobów medycznych. Szpitale są w niej określone, jako jednostki kluczowe, bądź też ważne w zależności od wielkości i mamy ich bronić. Udało się pozyskać sporo środków z KPO, natomiast tutaj widzę też dosyć duże wyzwanie dotyczące zagospodarowania tych środków, czyli jak one są rzeczywiście wydawane. Moim zdaniem należy nad tym pracować.

W polskim systemie ochrony zdrowia mamy Centrum E-Zdrowia, w ramach którego działa CSIRT CeZ (Cyber Security Incident Response Team). Został on powołany 1 grudnia 2023 roku przez Ministerstwo Zdrowia (w ramach dyrektywy NIS), w celu realizacji zadań Sektorowego Zespołu Reagowania na Incydenty Bezpieczeństwa Komputerowego w sektorze ochrony zdrowia. Wspiera in podmioty

ochrony zdrowia. Zespół ekspertów świadczy pomoc w wykrywaniu i reagowaniu na cyberataki, a także koordynuje działania w zakresie cyberbezpieczeństwa. Działa proaktywnie. Nie czeka na incydenty – prowadzi działania zapobiegawcze, aby chronić bezpieczeństwo danych medycznych i zapewnić ciągłość działania usług e-zdrowia. Utrzymuje stały kontakt z innymi zespołami CSIRT oraz organami państwowymi. CSIRT CeZ jest jednym z dwóch pierwszych zespołów w Polsce, które pełnią funkcję CSIRT-ów sektorowych. Mamy także CSIRT MON, CSIRT-NASK, czyli Zespół Reagowania na Incydenty Bezpieczeństwa Komputerowego przy państwowym instytucie badawczym.

Prof. Krzysztof Tomasiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych



Profilaktyka była jednym z czterech priorytetów zdrowotnych w czasie naszej polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Przysłuchując się ocenom polskiej prezydencji, mam takie ambiwalentne uczucia, bo z jednej strony bardzo się cieszę z tego, że wiele zostało osiągnięte i tutaj absolutnie podpisuję się pod tym, że sukces tej prezydencji będzie miał przełożenie, miejmy nadzieję na nasze codzienne funkcjonowanie, a z drugiej strony mam wrażenie, że jednak nie wszystko udało się, że tak powiem, przenieść na grunt praktyczny.

Prawie wszyscy tutaj dzisiaj cytowali pandemię COVID-19, jako przykład tego czasu, który był czasem doświadczenia w różnych dziedzinach – zdrowia, ekonomii, edukacji, itd. Natomiast, chyba nie robimy wystarczająco dużo, żeby się sytuacja nie powtórzyła w przyszłości. I tutaj, jako człowiek pracujący w Klinice Chorób Zakaźnych widzę, że troszkę odpuściliśmy temat chorób zakaźnych. Obecnie obserwujemy wzrost liczby zakażeń HIV, co jest naprawdę bardzo niepokojące. Nie udało się wprowadzić Narodowego Planu Eliminacji HCV, mimo że ten temat był poruszany w czasie konferencji współorganizowanej w ramach Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). To było wydarzenie zorganizowane przez Ministerstwo Zdrowia wraz z ECDC pod koniec kwietnia 2025 roku. Miałem okazję współprowadzić to wydarzenie, które dotyczyło eliminacji wirusowego zapalenia wątroby, gruźlicy oraz infekcji przenoszonych drogą płciową (STI). Wybrzmiało wiele istotnych rzeczy, zgromadzeni byli przedstawiciele wszystkich krajów europejskich, ale polska sytuacja nie prezentuje się zbyt dobrze. Zwracaliśmy uwagę na ten problem, ale chyba nie zrobiliśmy wystarczająco dużo, żeby te problemy rozwiązać. Jesteśmy jednym z nielicznych krajów w Unii Europejskiej, który takiego programu nie ma. Natomiast słyszymy od decydentów, że jest program „Moje Zdrowie", w ramach którego w POZ można robić badania w kierunku wirusa HCV. Sprawa stanęła nawet na Narodowej Radzie ds. Zdrowia przy Prezydencie RP. Moim zdaniem, program „Moje Zdrowie" ma duże perspektywy i szanse na sukces. Ale nie może być postrzegany, jako załatwienie całego problemu HCV w Polsce. Bo to, że wprowadzamy testowanie anty-HCV do medycyny rodzinnej, to dla przedstawicieli krajów Europy Zachodniej jest rzeczą całkowicie normalną. Natomiast my byśmy chcieli, żeby rozwiązanie kompleksowe polegało dodatkowo na testowaniu na SOR w szpitalach. To jest badanie, które kosztuje kilka złotych. Proszę mi wierzyć, że z perspektywy praktyka, który widzi pacjenta, który leżał kilka razy w szpitalu i nikt mu nie wykonał badania anty-HCV i nagle rozpoznaje się marskość wątroby albo raka pierwotnego wątroby, to ręce opadają. Apeluję, aby ten program zaczął wreszcie działać.

W zakresie profilaktyki zdrowotnej zadziało się wiele pozytywnych zdarzeń. Wpisanie szczepień na listę senioralną, lepszy dostęp, lepsze finansowanie, szczepienia przeciwko półpaścowi, szczepienia przeciwko pneumokokom. Mamy szczepienie przeciwko RSV. Tu jest naprawdę bardzo duże

osiągnięcie. Natomiast, czy my wystarczająco dużo robimy, aby te szczepienia wprowadzać w życie? Bo to, że są one na liście, to nie znaczy, że wszyscy się szczepią. I tutaj również w kontekście edukacji widzę, że naprawdę jest bardzo duże wyzwanie. Myślę, że ciężko będzie rodzicom, którzy nie są przekonani do szczepień, edukować dzieci, które mają się do tych szczepień dobrze nastawiać na przyszłość. A przecież, my jako lekarze mówimy o szczepieniach nie tylko dzieci, ale szczepieniach osób dorosłych. A więc to jest olbrzymie wyzwanie przed nami - przed lekarzami i nauczycielami i uważam, że naprawdę jest bardzo wiele do zrobienia.

Jeżeli nie rozwiążemy sytuacji systemowo w kontekście organizacji opieki nad chorobami zakaźnymi, to naprawdę nie chcę być złym prorokiem, ale sytuacja pandemiczna powtórzy się za kilka lat. A my w Polsce, będziemy dokładnie w tym samym miejscu, w którym byliśmy w roku 2020. A więc dobrze by było, gdyby chociażby w tym zakresie zadziało się więcej. Myślę, że musimy twardo stąpać po ziemi i widzieć te nierozwiązane problemy, które są, a nie tylko sukcesy.

Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia oraz ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich



Stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczące zagrożeń związanych z kolejną pandemią zostało szczegółowo przedstawione w raporcie z końca 2021 roku. Już wtedy wskazano wiele istotnych problemów, które niestety nie zostały uwzględnione przez władze podczas trwania pandemii COVID-19, a zebrane doświadczenia nie przełożyły się na trwałe wnioski na przyszłość. Pandemia zakończyła się, ale temat jest wciąż aktualny i niezamknięty. Rzecznik apelował do organów władzy publicznej, ostrzegając, że system ochrony zdrowia jest poważnie zaniedbany, co potwierdzały liczne skargi kierowane do Biura RPO.

W 2023 roku WHO apelowało, aby państwa nie były zbyt pewne ustępującej pandemii, ostrzegając przed pojawieniem się kolejnej. Na poziomie lokalnym nie podjęto jednak odpowiednich działań naprawczych. Nasza służba zdrowia, choć przeszła ważny test pandemii, była na nią źle przygotowana – brakowało kadr, regulacji prawnych, środków ochrony i leków, co przyczyniło się do ponad 200 tysięcy nadmiarowych zgonów. Niestety, ta ogromna strata życia nie wywołała wystarczającej reakcji ze strony władz publicznych. Rzecznik wielokrotnie zgłaszał problemy, ale nie otrzymał odpowiedzi ani nie zauważył konkretnych działań naprawczych. Należy jednak docenić poświęcenie i zaangażowanie pracowników medycznych i niemedycznych, którzy często pracowali ponad swoje siły i narażali zdrowie oraz życie.

Kluczowe jest wyciągnięcie wniosków z faktu, że system ochrony zdrowia załamał się w krytycznym momencie – pacjenci nie mieli dostępu do podstawowej opieki i leczenia. Nie dokonano też zmian w sferze prawnej – Konstytucja RP przewiduje tylko trzy stany nadzwyczajne, z których żaden nie dotyczy pandemii. Państwo nie przygotowało się więc na taką sytuację, co budzi niepokój wobec zagrożeń ze strony około 30 potencjalnych wirusów, które mogą wywołać kolejną pandemię. Przyszłość pokaże, czy ją przetrwamy, ale nie powinno to być bolesne dla Polski.

Z polską prezydencją w Radzie UE wiązano duże nadzieje. Rzecznik Praw Obywatelskich przez wiele kadencji zwracał uwagę na liczne braki i zaniedbania w systemie ochrony zdrowia, również w zakresie

ochrony zdrowia psychicznego. Komisja Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego działająca przy RPO podkreślała brak spójnej polityki państwa w tym obszarze, szczególnie dotyczącej wsparcia psychologicznego dzieci i młodzieży, które wymagają kompleksowej opieki na poziomie gmin i powiatów. Problemem jest również brak odpowiedniej koordynacji działań między różnymi resortami – psychiatrią formalnie zajmuje się Minister Zdrowia, natomiast ważną rolę odgrywają także resorty edukacji oraz pracy i polityki społecznej.

W związku z tym w czerwcu 2025 roku Rzecznik przesłał do Prezesa Rady Ministrów wniosek o powołanie Pełnomocnika ds. psychiatrii w Kancelarii Premiera, postulując stworzenie spójnej polityki państwa wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – dzieci, młodzieży i dorosłych. Równocześnie postulowana jest centralna placówka badawcza, np. w Instytucie Neurologii i Psychiatrii, która prowadziłaby projekty badawcze i koordynowała działania w ochronie zdrowia psychicznego.

Istotną kwestią jest też reforma wyceny świadczeń psychiatrycznych. Rzecznik poruszył problem zamknięcia jednej z dwóch w Polsce poradni seksuologicznych w Warszawie, która zajmuje się dziećmi z objawami wskazującymi na problemy emocjonalne w okresie dojrzewania. Niska wycena świadczeń powoduje, że takie placówki przestają być rentowne dla szpitali, co zagraża dostępności specjalistycznej pomocy. Aby skutecznie dbać o zdrowie psychiczne obywateli, niezbędne jest godne finansowanie świadczeń psychiatrycznych, które zapewni nie tylko utrzymanie placówek, lecz również rozwój kadr medycznych i pomocniczych w tej dziedzinie.

Dr Michał Sutkowski, Prezes Elekt Stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030, Prodziekanem ds. Rozwoju na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego w Warszawie



Polski pacjent i lekarz oczekują od Europy solidarności. W życiu niestety tak jest, że biedni oczekują od bogatszych właśnie solidarności, a bogatsi najczęściej od biednych oczekują wstrzemięźliwości i umiaru. Czy to się da pogodzić? To się w traktatach europejskich w artykule 6. jednak godzi, czy stara się pogodzić. To nie jest oczywiście łatwe, ale i tak traktat europejski w swoich wymiarach jest pod tym względem najbardziej humanitarny, jeżeli byśmy to porównywali z innymi traktatami. Więc co do wartości, które Unia Europejska wyznaje, czy powinna wyznawać, w zakresie solidaryzmu w zdrowiu, nie jest tak bardzo źle, aczkolwiek mogłoby być lepiej. Unia Europejska, to nie jest idealna wyspa, gdzie wszyscy się kochają, wszyscy się wszystkim dzielą i zawsze wspierają. Natomiast takie wyobrażenie, mam wrażenie, występuje w polskim społeczeństwie i oczekujemy od Unii Europejskiej właśnie takiego wsparcia. Jeszcze raz dodając, że my też jesteśmy Europą, więc też powinniśmy to wsparcie niektórym dać.

Polski pacjent i lekarz oczekują nowoczesnego, przyjaznego, intuicyjnego i opartego na trwałych wartościach systemu opieki zdrowotnej, także finansowych. W praktyce oznacza to opiekę transgraniczną, bezpieczeństwo lekowe, czy wspólne działania wobec wyzwań epidemiologicznych. Działania onkologiczne, psychiatryczne, w chorobach rzadkich, czy cyberbezpieczeństwie, to są działania, które *a priori* wydają się być bardzo demokratyczne, przekraczać wszelkie możliwe granice i łączyć ludzi. W moim odczuciu, wszyscy potrzebujemy dla zdrowia Artykułu piątego Traktatu Północnoatlantyckiego (NATO), w sytuacjach takich jak pandemia, która jest niebezpieczeństwem, które zawsze nad nami stoi i stać będzie. Przypomnę, że Artykuł 5. Traktatu Północnoatlantyckiego, to

kluczowy zapis, który stanowi, że atak na jednego z członków NATO jest traktowany jako atak na cały Sojusz. Gwarantuje on zasadę wzajemnej obrony, wyrażoną w haśle "jeden za wszystkich, wszyscy za jednego". Oznacza to, że w przypadku napaści na którekolwiek państwo członkowskie, pozostałe kraje zobowiązują się do podjęcia działań, które uznają za konieczne, włącznie z użyciem siły zbrojnej, w celu przywrócenia i utrzymania bezpieczeństwa obszaru północnoatlantyckiego. To niebezpieczeństwo uświadomił nam COVID-19 i to powinno na zawsze zostać nam w głowach. W Polsce, niestety niewiele o zdrowiu w kontekście polskiej prezydencji wiadomo. Nikt prawie nie słyszał, albo niewielu słyszało i to się wpisuje trochę w to wszystko, o czym ostatnio była mowa. To nie tylko dotyczy braku rzecznika, czy polityki informacyjnej rządu, ale debaty publicznej z prawdziwego zdarzenia. Ciągle rozmawiamy o rzeczach kompletnie nieistotnych, a rzeczy bardzo istotnych nie potrafimy komunikować.

Polskiemu pacjentowi i lekarzowi brakuje całościowej reformy systemu opieki zdrowotnej. Potrzebna jest wizja, a nie urojenia. Z wizją się idzie do polityki, a z urojeniami idzie się do psychiatry. Wizja to nie są urojenia i trzeba ją mieć. Przez pół roku polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej zabrakło konkluzji, czy zbliżamy się do Artykułu piątego, czy nie zbliżamy się do artykułu piątego NATO. Pomimo takich mocnych słów i krytycznych uwag, chcę powiedzieć, że pewne dokonania polskiej prezydencji są. Jeśli chodzi o pakiet farmaceutyczny, to jest rzecz, którą przez 20 lat w ogóle nie ruszano i to zdrowe podejście Polski do tego pakietu farmaceutycznego jest istotne. Dostępność leków na poziomie pacjenta jest kluczowa. To nie jest tylko dostępność leków na poziomie krajowym, to jest także możliwość jego stosowania poprzez ceny. Wszystkie działania refundacyjne są bardzo istotne. Może to nie jest akurat sukces polskiej prezydencji, ale to jest sukces polskiego Ministerstwa Zdrowia w tej prezydencji. Druga sprawa, proszę Państwa, to działania, które dotyczą chorób rzadkich. W chorobach rzadkich i polityce lekowej bardzo ważny jest solidaryzm. Akt o lekach krytycznych, to pakiet 270 leków przyjęty przez Komisję Europejską. W Polsce przyjęto szerszą grupę leków na liście leków krytycznych (301 preparatów) w grudniu ubiegłego roku. Jeśli chodzi o psychiatrię dzieci i młodzieży, to cieszę się, że Unia Europejska, poprzez polskie licealistki w Bydgoszczy usłyszała to, co usłyszała. Z drugiej strony martwię się, że niektórzy nie rozumieją, jaka jest skala zjawiska. Powinniśmy mówić o szeroko rozumianej profilaktyce wobec problemów psychicznych dzieci i młodzieży, bo chyba za mało mówimy o tym, co same dzieci mogłyby dla siebie zrobić, żeby być zdrowsze psychicznie. Ten obszar jest trochę zaniedbany i na pewno moglibyśmy więcej mówić o tym, co ich rodzice mogliby dla nich zrobić, żeby z kondycją zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży było zdecydowanie lepiej.

Dr Anna Marzec-Bogusławska, Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS



W czerwcu 2025 roku Amerykańska Agencja Spraw Żywności i Leków zatwierdziła nową formę profilaktyki przed zakażeniem wirusem HIV. Profilaktyka przedekspozycyjna w formie iniekcji nie jest pierwszą formą farmakologicznej profilaktyki przedekspozycyjnej zakażenia HIV. Dlatego, że tę profilaktykę farmakologiczną w postaci tabletek już pacjenci stosują. Przypomnę, że profilaktyka przedekspozycyjna HIV (PrEP) to metoda zapobiegania zakażeniu wirusem HIV polegająca na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych przez osoby niezakażone, które są narażone na ryzyko zakażenia. Leki te, przyjmowane regularnie, zmniejszają ryzyko zakażenia, działając na wirusa w organizmie. PrEP polega na przyjmowaniu codziennie jednej tabletki zawierającej dwa leki, które hamują replikację wirusa HIV, jeśli dojdzie do kontaktu z wirusem. Przyjmowany regularnie i zgodnie z zaleceniami, PrEP znacząco zmniejsza ryzyko zakażenia HIV.

Ochrona trwa, dopóki pacjent regularnie przyjmuje leki, zarówno przed, jak i po potencjalnym kontakcie z wirusem.

Forma iniekcyjna pojawia się jednak w bardzo trudnym momencie sytuacji geopolitycznej. W czwartek zakończyło się posiedzenie Rady Programowej programu UNAIDS. UNAIDS jest projektem Organizacji Narodów Zjednoczonych, którego celem jest koordynacja i poprawa skuteczności działań poszczególnych krajów w walce z HIV i AIDS. Rezolucję w sprawie rozpoczęcia tego programu podjęła Rada Gospodarcza i Społeczna ONZ w roku 1994, a realizację programu rozpoczęto w styczniu 1996. Pierwszy raz od początku istnienia tego programu mówi się o kryzysie finansowym, a nawet o możliwości zaprzestania kontynuowania przez UNAIDS swojej działalności ze względu na wycofanie się z finansowania przez Stany Zjednoczone. W ślad za USA podążają inne kraje, poddając w ogóle wątpliwość kwestie związane z profilaktyką czy w ogóle z działalnością programu, która adresowana jest głównie do krajów o najwyższej prewalencji zakażeń HIV. W tym kontekście, kosztująca 28 tysięcy dolarów amerykańskich rocznie na pacjenta iniekcyjna profilaktyka przedekspozycyjna iniekcyjną będzie na pewno kwestionowana przez budżety poszczególnych krajów.

Profilaktyka przedekspozycyjna HIV (PrEP) jest ogromnym dobrodziejstwem. Udowodniła to profilaktyka przedekspozycyjna zakażenia HIV w postaci tabletek przyjmowanych raz dziennie, która jest dostępna w tej chwili w Polsce, ale w 100 procentach pokrywana przez pacjenta ze środków prywatnych. Tylko, ze ona kosztuje ok. 160 złotych miesięcznie, czyli ok. 2 tys. złotych rocznie. Korzyści widać wśród pacjentów, którzy ją stosują, dlatego że wskaźniki zakażeń są niższe. Natomiast zawsze musimy zastanowić się nad potencjalnym efektem zdrowotnym i bilansem korzyści, w stosunku do kosztu tej profilaktyki. Wydaje się, że 28 tysięcy dolarów amerykańskich na pacjenta na rok jest kwotą wygórowaną.

Warto również powiedzieć o konieczności edukacji. Niekoniecznie musimy nazywać tę edukację edukacją seksualną. Mówimy szerzej o edukacji prozdrowotnej, ale oczywiście jej elementem jest także edukacja w zakresie zmniejszania ryzyka zakażenia HIV i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI). Potrzeba edukacji zdrowotnej jest w naszym kraju ogromna. Niestety, edukacja zdrowotna nie weszła do szkół, jako podstawa programowa w takiej formie, w jakiej była planowana początkowo, czyli jako przedmiot obowiązkowy. Miejmy jednak nadzieję, że nawet fakultatywnie, będzie ona pomocna zarówno dla nauczycieli, jak i dla uczniów. Krajowe Centrum ds. AIDS wydało publikację pt. „Nowoczesna profilaktyka zakażeń HIV". Osoby, które będą prowadzić zajęcia z tej podstawy programowej będą mogły wesprzeć się na tym materiale merytorycznym.

Bardzo ważnym osiągnięciem ostatniego czasu jest możliwość wykonywania testów w kierunku HIV przez lekarzy POZ, w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wcześniej, jedynym miejscem, gdzie osoby mogły wykonać test w kierunku HIV były punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD)., w których test wykonuje się w systemie anonimowym, bezpłatnym i bez skierowania. Natomiast lekarz pierwszego kontaktu wykona taki test, kiedy widzi taką potrzebę lub kiedy pacjent go o to poprosi. Przypomnę również, ze w ramach Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026" mamy w Polsce pełną dostępność refundacyjna do farmakologicznego leczenia antyretrowirusowego. W ramach programu obecnie bezpłatną dla pacjentów terapią objętych jest ponad 21 tysięcy pacjentów, w tym 3,4 tys. uchodźców z Ukrainy.

Katarzyna Skrętowska-Szyszko, Dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych, Biuro Rzecznika Praw Dziecka



Absolutnie żadna z kwestii, która padła podczas posiedzenia nie jest pomijana w działaniach Rzecznika Praw Dziecka. Odpowiadamy wszystkim przesyłającym do nas zapytania, wnioski i skargi, na każdą kwestię, która także tutaj została zasygnalizowana. W Biurze Rzecznika Praw Dziecka działamy w oparciu o opracowane moduły w zakresie chorób zakaźnych, profilaktyki, szczepień ochronnych., związanych z opieką zdrowotną i świadczeniami zdrowotnymi, ale w zakresie koordynowania współpracy międzysektorowej i międzyresortowej na rzecz zdrowia. W zeszłym tygodniu odbyło się spotkanie w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów na temat kwestii związanych z koordynacją opieki. Mocno wybrzmiał głos, że pomimo tego, że mamy wiele zagadnień zidentyfikowanych i zadbanych, to jeszcze dużo przed nami, żeby działać skutecznie. W zakresie zainteresowania Biura Rzecznika Praw Dziecka są to głównie działania międzyresortowe i międzysektorowe na rzecz zdrowia dzieci. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży traktujemy, jako jeden z istotniejszych i priorytetowych elementów działania. Obserwujemy już od dawna kryzys w zdrowiu psychicznym dzieci, otrzymujemy informacje o problemach coraz młodszych dzieci. Niestety, pełną odpowiedzialność ponosimy za to - my dorośli. Mamy upadek i kryzys więzi w rodzinie. Mówimy o zdrowiu psychicznym systemowo, a jednak zdrowie zaczyna się tak naprawdę w podstawowej komórce, jaką jest rodzina. I do tego powinniśmy też odnosić nasze działania i tego nam bardzo brakuje.

W zeszłym tygodniu Sejm RP przyjął stworzony i zainicjowany przez organizacje młodych oraz Rzeczniczkę Praw Dziecka projekt nowelizującej ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie możliwości korzystania przez osoby, które ukończyły trzynasty rok życia ze świadczeń realizowanych przez psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych, także bez zgody rodzica. To jest odpowiedź na to, że dzieci nie zawsze są zaopiekowane przez swoich rodziców lub opiekunów oraz notujemy spadek zaufania małoletnich do swoich rodziców. Mamy nadzieję, że ten projekt w miarę szybko zostanie procedowany przez Senat. Mam nadzieję, ze to przyczyni się do lepszego dostępu młodych pacjentów do opieki psychiatrycznej, psychologicznej i psychoterapeutycznej w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Jeżeli chodzi o kwestie chorób zakaźnych, to bardzo dużo działamy w sferze obowiązkowych szczepień ochronnych. Pełnimy misję edukacyjną związaną nie tylko z promowaniem obowiązkowych szczepień, ale również staramy się, aby one były traktowane, jako norma społeczna, czyli jeżeli są, to obywatelskim obowiązkiem jest przystąpienie do szczepienia. W kwestii szczepień zalecanych nie jest już dla nas wyzwaniem „walka z antyszczepionkowcami". W pewnym okresie bardzo licznie do nas się zgłaszali, chyba licząc na jakieś poparcie, natomiast nigdy go nie uzyskali. Obecnie, największym wyzwaniem jest przekonanie osób niezdecydowanych, aby się szczepiły. Wiemy, że jest wiele osób zadających sobie pytanie, czy szczepienia są potrzebne i bezpieczne. Tutaj jest wiele do zrobienia, szczególnie w obszarze edukacji oraz kampanii, gdzie szukać wiarygodnej informacji o szczepieniach. W systemie ochrony zdrowia jest największy problem z tym, że ludzie nie wiedzą, jak w tym systemie się odnaleźć. Świadomość statystycznego Polaka o tym, jak wygląda system ochrony zdrowia, od czego jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), co to jest SOR i Izba Przyjęć, jest bardzo niska. Mamy 2025 rok, a Polacy dalej tkwią w nieświadomości, gdzie udać się w przypadku problemu zdrowotnego oraz jak brać odpowiedzialność za własne zdrowie.

W dyskusji o chorobach zakaźnych powinna być zaznaczona kwestia antybiotykooporności. Bardzo bym chciała, żeby ten temat wszedł na kanwę rozmów publicznych i świadomości społeczeństwa. Mamy bowiem ogromny i narastający problem antybiotykoodporności, który ma bardzo szeroki kontekst. Jest to kontekst, zarówno postaw Polaków w zakresie nadużywania antybiotyków, jak i odpowiedzialność osób wykonujących zawód medyczny, za ich nadmierne przepisywanie. To jest również kontekst międzysystemowy i międzysektorowy, bo tematem jest również zainteresowany resort rolnictwa i środowiska. Zwykle te resorty nie chcą się włączać w działania na rzecz zdrowia. Dlatego Rzecznik Praw Dziecka sygnalizuje innym resortom, że to nie jest tak, że tylko Minister Zdrowia jest odpowiedzialny za zdrowie Polaków. Za zdrowie jest odpowiedzialnych wiele różnych resortów i ministerstw i myślę, że na koniec jest ważne, żeby ten kontekst zaznaczyć.

Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia



Bezpieczeństwo zdrowotne Polaków to kluczowe zagadnienie, w którym mamy jeszcze dużo do zrobienia. Niestety ciągle kilkadziesiąt tysięcy Polaków co roku umiera, a umrzeć nie powinni. To tak zwana nadumieralność. Śmierć to etap nieuchronny, ale powinna ona następować wtedy, kiedy przyszedł ten właściwy moment. Nadumieralność dotyczy szczególnie mężczyzn. U nas w Polsce różnica średniej długości życia między kobietą a mężczyzną wynosi aż osiem lat. W Europie Zachodniej to jest różnica paru lub kilku lat. Śmierć człowieka powoduje smutek, żal, żałobę, ale także skutki ekonomiczne. Niepotrzebnie z rynku pracy znikają te osoby. A nawet jeżeli żyją, ale nie są zdrowe, to korzystają z różnych rent i zwolnień. Więc generalnie w kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego mamy ogromnie dużo do zrobienia.

W zakresie polskiej prezydencję w Radzie Unii Europejskiej jestem dumna, ze tak wiele udało nam się zrobić. Szczególnie, że taki moment jak prezydencja, zdarza się raz na trzynaście lat, a więc stosunkowo rzadko. Jest to moment, żeby pokazać całej Unii, że też coś umiemy, że coś wiemy, żeby zaistnieć i wejść w struktury europejskie oraz żeby się też od innych uczyć i z innymi dzielić doświadczeniami. W obrębie Unii Europejskiej bardzo dużo nas łączy i mamy tez wspólne wyzwania w zakresie chorób zakaźnych, takich jak gruźlica, malaria i HIV. To są te trzy wiodące problemy powodujące śmiertelność na świecie. I bardzo źle się dzieje obecnie. Wycofanie się z WHO Amerykanów i innych krajów jest dla mnie czymś strasznym. Choroby zakaźne nie znają granic, tak jak widzieliśmy w przypadku COVID-19. Dodatkowo, wojny, konflikty zbrojne, wszelakie katastrofy, kryzysy, głód i narastające migracje są przyczyną tego, że musimy patrzeć na problemy zdrowia globalne.

W resorcie zdrowia zajmuję się problemem chorób rzadkich, na które choruje w Polsce 3 milionów chorych. Każda pojedyncza choroba rzadka jest rzadka, ale tych chorób mamy około 8 tysięcy. Więc mamy 3 miliony chorych, z czego ponad 1 milion stanowią dzieci. To jest ogromna część społeczeństwa. Każde dziecko, każdy chory ma rodziców, którzy się o niego troszczą. Dlatego problem chorób rzadkich dotyczy ogromnej części naszego społeczeństwa. Każdy z nas zna i ma wśród znajomych osobę chorującą na chorobę rzadką. Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024-2025 zawiera rozwiązania, których celem jest poprawa sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i ich rodzin. Plan przewiduje kompleksową i skoordynowaną opiekę zdrowotną. Zakłada większy dostęp do nowoczesnej aparatury medycznej oraz leków i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które wykorzystywane są w chorobach rzadkich. Zakładamy powstanie kolejnych Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich - ich zadaniem będzie realizacja świadczeń opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z

chorobami rzadkimi. Dążymy do poprawy dostępu do badań wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu chorób rzadkich i uzupełniamy świadczenia gwarantowane w tym zakresie. Systematycznie poprawiamy dostęp do nowoczesnej aparatury medycznej oraz leków i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego w chorobach rzadkich oraz infrastrukturę podmiotów leczniczych. Uruchomiona w październiku 2023 roku Platforma Informacyjna „Choroby Rzadkie" (https://chorobyrzadkie.gov.pl/) jest na bieżąco aktualizowana i uzupełniana o nowe informacje, aby poszerzać i rozwijać wiedzę o chorobach rzadkich. Powstaje system informatyczny dla Chorób Rzadkich, gdzie będą gromadzone dane zasilające Polski Rejestr Chorób Rzadkich oraz Kartę Pacjenta z Chorobą Rzadką. Są to narzędzia niezbędne do monitorowania procesów związanych z opieką medyczną oraz podnoszące bezpieczeństwo pacjentów z chorobą rzadką.

W ramach polskiej prezydencji udało nam się zorganizować w 2025 roku konferencję dotyczącą chorób rzadkich. Była to największa konferencja w ramach polskiej prezydencji. Mieliśmy prawie 500 uczestników z Europy i z Polski. Przyjechali wszyscy ci, którzy na tym temacie się znają, są politykami, ekspertami, przedstawicielami pacjentów, czy lekarzami. Polska, która kiedyś była w temacie chorób rzadkich na końcu Europy, pokazała, że w wielu obszarach jest liderem. Polski Plan dla Chorób Rzadkich został w dużej mierze wdrożony i zbudowaliśmy mocny fundament opieki. Gdy przedstawiałam ten plan, to widziałam pełną akceptację ze strony zebranych. Obecnie tworzymy grupę, która będzie bezpośrednim łącznikiem między Polską, a Unią Europejską. Będziemy mapować to, co się dzieje w Unii w zakresie chorób rzadkich i będziemy się tutaj z Unią integrować. Będziemy też chcieli korzystać z zasobów finansowych, jakie ma Unia. Są dwa duże programy finansujące choroby rzadkie, z których będziemy chcieli skorzystać. Również zwróciła się do mnie EURORDIS, czyli Europejska Organizacja ds. Chorób Rzadkich, aby ją reprezentować na wielu forach. Jest to pozarządowa organizacja pacjentów, która reprezentuje głos osób dotkniętych chorobami rzadkimi w Europie. Działa na rzecz poprawy życia ponad 30 milionów osób żyjących z tymi schorzeniami. EURORDIS zrzesza organizacje pacjentów i osoby prywatne, angażując się w działania na rzecz rozwoju badań, diagnostyki, leczenia i opieki nad osobami z chorobami rzadkimi. A w Europie mamy 36 milionów chorych na choroby rzadkie, czyli populację równą populacji Polski.

Prof. Konrad Rejdak, Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Rada Programowa, Europejska Akademia Neurologii (EAN)



Plan europejski dla zdrowia mózgu jest dzisiaj ważny dla nas wszystkich. Obecnie stoimy przed ogromnym wyzwaniem, bo jako Europejczycy i Polacy starzejemy się, a więc rośnie zagrożenie chorobami neurodegeneracyjnymi. Mówimy wręcz o swoistej epidemii chorób mózgu. Jako neurolodzy dostrzegamy fakt, że choroby psychiczne znalazły się wśród priorytetów i my przez analogię walczymy, aby również choroby neurologiczne uwzględniono, jako priorytet dla rządu. Na początku 2025 roku odbył się Szczyt Zdrowia Mózgu. Pragniemy promować i nagłaśniać aspekt zdrowia mózgu, bo wraz ze starzeniem się społeczeństwa nieuniknione jest zmierzenie się z problemem chorób neurozwyrodnieniowych. W zakresie chorób otępiennych, mamy już około 500 tysięcy osób dotkniętych zaburzeniami funkcji poznawczych. Profilaktyka jest tutaj kluczowa, bo wiemy, że można tą krzywą ryzyka spłaszczyć poprzez zmianę trybu życia i wdrożenie prostych metod prozdrowotnych. Tydzień temu zakończyła się Europejska Akademia Neurologii (EAN), gdzie rozmawialiśmy o

perspektywach leczenia chorób otępiennych. Mamy pierwsze zarejestrowane leki biologiczne ukierunkowane na amyloid, więc jest szansa, że ta terapia wejdzie na nasz rynek i będzie dostępne dla naszych pacjentów.

Sukcesy związane z prezydencją polski w Radzie Unii Europejskiej są niestety przysłonięte sygnałami o braku adekwatnego finansowania dwudziestu programów lekowych w neurologii. Pojawiły się deficyty finansowania w zakresie kontraktów ze strony NFZ. To stwarza zagrożenie nie tylko dla ciągłości leczenia już włączonych pacjentów, ale uniemożliwia włączanie nowych chorych do leczenia. Budżety szpitali są zbyt niskie, a przebywa chorych kwalifikujących się na terapie, których diagnozujemy dzięki nowym możliwościom. Z jednej strony przyjmujemy dobrodziejstwo zmian i cieszymy się, że ze świetnej współpracy z Ministerstwem Zdrowia, ale trzeba je wprowadzić w życie poprzez świadczenia i leki kontraktowane i finansowane przez NFZ.

Prof. Krzysztof Narkiewicz, Kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym



Gdybyśmy spytali przeciętnego Europejczyka, z czym się kojarzy Dania, to powiedzieliby „szczęście”. Warunkiem koniecznym dla szczęścia jest bezpieczeństwo i zdrowie, od dzieci po wiek podeszły. Myślę, że gdy spytamy również rodziców, o czym myślą, kiedy zastanawiają się o przyszłości dzieci, to też mówią o zdrowiu i szczęściu. Drugie słowo, kojarzące się Danią, to „Lego”. Mam takie wrażenie, że w polskim systemie ochrony zdrowia mamy bardzo wiele różnych klocków, ale nie potrafimy ich ułożyć w całość.

Sytuacja zdrowotna Polaków nie jest najlepsza. Mamy przypadki, że młoda osoba w Polsce w wieku 30 lat, jak ma rozpoznane nadciśnienie tętnicze na poziomie 180, ma hipercholesterolemię, ma początek cukrzycy, nie jest leczona kompleksowo. I taki chory 30-latek za chwilę będzie miał zawał serca, udar mózgu, czy niewydolność nerek. Musimy myśleć o tym, żeby ten chory był zaopiekowany przede wszystkim przez lekarza POZ w konsultacji ze specjalistą oraz zainteresowany podjęciem odpowiedzialności za własne zdrowie. To musi być z jego strony inwestycja we własne zdrowie.

Adherencja jest problemem ogólnoświatowym. Szacuje się, że w Europie połowa chorych na pewnym etapie leczenia nie przestrzega zaleceń lekarza. Niechlubnym liderem pod tym względem pozostają Węgry, ale Polska jest prawdopodobnie na przedostatnim miejscu w Europie. W zakresie adherencji możemy w Polsce osiągnąć naprawdę olbrzymi sukces, tak jak zrobiła to Portugalia. Jest to jednak warunkowane konsekwentnym wprowadzaniem zaleceń i zmian w tym kierunku we wszystkich dziedzinach medycyny. Bardzo cieszę, że powstała Senacka Komisja ds. Adherencji. Pozostaję optymistą i wierzę, że to, co zostało zrobione na poziomie europejskim, może być zaimplementowane w Polsce. Portugalia 30 lat temu miała najgorszą kontrolę ciśnienia tętniczego w Europie. Tylko 3 proc. chorych miało dobrze kontrolowane ciśnienie tętnicze. Wtedy postanowili, że coś trzeba zmienić. Stworzyli koalicję: środowiska medyczne, bardzo różne towarzystwa naukowe i przedstawiciele ministerstwa zdrowia, przedstawiciele płatnika, organizacje pacjentów i przemysł farmaceutyczny. Zaczęto edukować chorych i stworzono narzędzia. To jest kraj, gdzie najczęściej sięga się po leki złożone w jednej tabletce. Efekty były niesamowite. Na przestrzeni dekady kontrola ciśnienia tętniczego doszła do trzydziestu kilku procent, a w tej chwili to już jest prawie 65%. Celem jest, aby w 2026 roku kontrola ciśnienia tętniczego była na poziomie 70 proc. Co istotne, dzięki tym działaniom zmniejszyła się

dwukrotnie liczba udarów mózgu oraz wzrosła długość życia. Portugalia ma najwyższe wskaźniki, jeżeli chodzi o uczestnictwo w programach szczepień ochronnych oraz udało się zwiększyć świadomość społeczeństwa w zakresie zdrowia, również poprzez programy edukacyjne dla dzieci i młodzieży.

Polska również ma również potencjał, aby podnieść poziom adherencji, m. in. dzięki narzędziom elektronicznym, takim jak e-recepta. Istotne jest, aby zrozumieć przyczyny nieprzestrzegania zaleceń i wdrożyć konkretne i konsekwentne działania. Lekarze rodzinni tworzą fundament tych działań, informatyzacja daje narzędzia, a kluczem jest właściwe i jasne przekazywanie głównych informacji zdrowotnych do pacjenta. Pacjent musi zrozumieć dlaczego przyjmuje leki na nadciśnienie, dlaczego ma zmienić dietę oraz zwiększyć aktywność fizyczną. Czasami wystarczy trochę więcej edukacji, czasami wystarczy trochę więcej motywacji, czasami trzeba uprościć terapię, czasami być może jest to aspekt finansowy. Powodów może być bardzo wiele.

Podsumowując, adherencja jest kluczowa dla skuteczności leczenia i poprawy zdrowia pacjentów. Obejmuje nie tylko przyjmowanie leków, ale także stosowanie się do innych zaleceń terapeutycznych, np. zmiany stylu życia, diety czy aktywności fizycznej. Adherencja podkreśla współodpowiedzialność pacjenta i lekarza w procesie leczenia. Adherencja wymaga od pacjenta świadomości celu leczenia i zaangażowania w proces terapeutyczny.

Prof. Paweł Łuków, Dziekan Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, Przewodniczący Komitetu Etyki w Nauce, Polskiej Akademii Nauk



Po pierwsze, kiedy mówimy o zdrowiu, to najczęściej mamy na myśli zdrowie jednostek. Chcemy być szczęśliwi, bo uważamy, że zdrowie jest częścią naszego powodzenia i udanego życia. Z drugiej strony trzeba pamiętać o tym, że jesteśmy istotami fundamentalnie współzależnymi. To znaczy to, czy jesteśmy zdrowi czy nie, zależy nie tylko od tego, jak bardzo my się staramy i jak jesteśmy dobrymi pacjentami. Nasze zdrowie zależy także od świadomości tego, jak nasze zachowania wpływają na poziom i możliwości cieszenia się zdrowiem przez innych ludzi.

Myślę, że pandemia COVID-19 była doświadczeniem, w którym bardzo często widzieliśmy zderzenie, z jednej strony pewnego poczucia troski o samego siebie, a z drugiej strony braku tej troski o kontekst zbiorowy i społeczny. Pewnie Państwo pamiętacie dyskusje na temat obowiązku noszenia maseczek, kiedy pojawiały się głosy, że ogranicza on wolność obywatela. Pewnych rzeczy nie warto nobilitować powtarzaniem ich, ale to co zwracało uwagę w tego rodzaju wypowiedziach, to był właśnie pewien brak świadomości tego, że nasze zachowania wpływają na innych. Również zachowania z zakresu ochrony zdrowia i fakt, jak bardzo jesteśmy dobrymi lub złymi pacjentami. Warto również zauważyć zależność od tego, że gdy troszczymy się o swoje zdrowie w istotnym stopniu zależy też to, jak inni mogą zatroszczyć się o własne zdrowie. Mówiąc inaczej, pewnego rodzaju poczucie odpowiedzialności wobec innych, a nie tylko wobec siebie jest tutaj fundamentalnie ważne. I to jest jeden wymiar sprawy, czyli to, żeby zdrowie to nie jest coś, co mamy tylko i wyłącznie dla siebie, dzięki sobie i na własny rachunek. Zdrowie jest efektem także współoddziaływań społecznych na różnych płaszczyznach. To zaś wiąże się z wartością solidaryzmu. W Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej artykuły dotyczące zdrowia znajdują się w dziale poświęconym solidarności. Czyli właśnie tego, że jesteśmy współzależni i że jesteśmy w związku z tym gotowi do nakładania sobie pewnych obciążeń, bądź świadczenia na rzecz innych, niekoniecznie pod warunkiem uzyskania bezpośredniego i z góry określonego ekwiwalentu.

Wracając do wątku dotyczącego wspólnego przedsięwzięcia, to chciałbym zwrócić uwagę na to, że rozwiązania systemowe w ochronie zdrowia będą nieefektywne, jeżeli ich użytkownikami nie będąosoby, które wiedzą, w jaki sposób z nich skorzystać. Uczestnicy systemu ochrony zdrowia powinni rozumieć, jakie są etyczne i aksjologiczne podstawy funkcjonowania systemu oraz w jaki sposób korzystać z konkretnych rozwiązań. Tutaj była mowa dużo o edukacji o edukacji prozdrowotnej. Myślę, że nie ma żadnych wątpliwości, co do tego, że jest ona absolutnie niezbędna. Ale myślę, że również powinniśmy pamiętać też o tym, że edukacja zdrowotna, to nie jest tylko edukacja na temat tego, w jaki sposób zadbać o samego siebie. To jest w dużym stopniu element edukacji obywatelskiej. To znaczy, jeżeli ja umiem się zachowywać odpowiedzialnie, np. jeżeli choruję na chorobę zakaźną, to nie idę do pracy, żeby nie narażać innych. To jest ten element współobywatelskiej odpowiedzialności. Jeżeli mówimy np. na temat profilaktyki zdrowotnej, to nie jest ona kierowana tylko i wyłącznie do jednostek, ale też do grup ludzi. Czyli musimy zbiorowo dysponować „duchem obywatelstwa". Bo w przeciwnym razie powstaną grupy ludzi, których stać na to, żeby się odizolować od innych i zadbać o swoje potrzeby (choć też tylko w ograniczonym stopniu). W przypadku pozostałych grup społecznych, każdy będzie starał się na własną rękę coś wydobyć z systemu. Tymczasem, systemy ochrony zdrowia są systemami solidaryzmu społecznego. I sądzę, że to jest fakt, który warto podkreślić. Jeżeli mówimy o edukacji zdrowotnej, to ona musi być skoordynowana i zintegrowana z edukacją obywatelską. Jednego bez drugiego się nie da.

Jeśli chodzi o kwestie szczepień ochronnych, to proszę zwrócić uwagę, że bardzo wiele postaw antyszczepiennych jest powiązanych z postawami antyobywatelskim. I nie jest to przypadek. Publiczne systemy ochrony zdrowia opierają się na wartościach społeczeństw demokratycznych. Z jednej strony jest to godność i wolność jednostki, a z drugiej strony współodpowiedzialność i solidarność. Jak mówiłem wcześnie, aby te wartości faktycznie kształtowały rzeczywistość społeczną, konieczne jest, aby w projektowaniu rozwiązań organizacyjnych i technicznych od początku uwzględniać moduł edukacyjny. Bo co z tego, że będziemy mieli świetne ośrodki udzielania pomocy chorym, jak oni nie będą wiedzieli, jak z nich skorzystać: gdzie, z czym, do kogo się udać, co jest pilne i jak ważne. Czyli znowu wracamy do kwestii obywatelskiej edukacji.

Prof. Anna Kostera-Pruszczyk, Kierownik Katedry Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich przy Ministrze Zdrowia



Cieszę się, że realizacja Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2024-2025 ma szansę na doprowadzenie do kolejnych istotnych zmian systemowych, które jeszcze bardziej usprawnią ścieżkę pacjenta z chorobą rzadką w Polsce. Wydarzyło się kilka bardzo ważnych rzeczy. Mamy zdecydowanie sprzyjające wiatry, bo przez lata mówiliśmy, że choroby rzadkie to nie wydatek, ale inwestycja z perspektywy społeczeństwa. Obecnie choroby rzadkie są jednym z priorytetów zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej. Mam nadzieję, że polityka zdrowotna w obszarach chorób cywilizacyjnych pozwoli z jednej strony zapewnić całej populacji lepszą formę i więcej lat życia oraz lat w zdrowiu, ale też pozwoli w rozsądny sposób przegrupować pewne środki w kierunku pacjentów z chorobami rzadkimi.

Polskie ośrodki funkcjonują w Europejskich Sieciach Referencyjnych (ERN) od roku 2017. Pierwszy nabór był w 2016 roku, więc lada moment będziemy mieli dekadę. Jako ERN-y, z jednej strony dbamy o polskich pacjentów, ale też tak naprawdę bronimy „honoru Polski" na forum europejskim, robiąc to

samo, co nasi koleżanki i koledzy z wiodących ośrodków europejskich. Dzięki naszej pracy, polski pacjent z chorobą rzadką nie musi podróżować po Europie w poszukiwaniu opieki. Zamiast niego podróżuje wiedza, a czasami w ogóle ta podróż wiedzy nie jest potrzebna, bo mamy ją tutaj lokalnie. To, co jest nadal jest naszą „bolączką", to brak produktów rozliczeniowych NFZ, dedykowanych dla oddziałów szpitalnych i poradni, które zajmują się pacjentami z chorobami rzadkimi. Zależy nam na tym, żeby Ministerstwo Zdrowia jeszcze bardziej wsparło wypracowanie ścieżki pacjenta. Będzie to możliwe przez powołanie kolejnych Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich (OECR) z określeniem ich stopnia referencyjności. Narzędziem, które bardzo nas cieszy i zbliża do standardów europejskich jest projekt e-Konsultacje II, realizowany przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Centrum E-Zdrowia ze środków KPO. To prawdziwa platforma konsultacji lekarz-lekarz tak, żeby nie trzeba było przesyłać pacjenta, ustawiać go od nowa w kolejkach, tylko żebyśmy w racjonalny sposób korzystali z naszych zasobów zarówno kadrowych, jak i merytorycznych, a mamy je naprawdę bardzo dobre.

Cieszymy się z tego, że w chorobach rzadkich czas oczekiwania na refundację publiczną leków zdecydowanie się skrócił w ostatnich latach. Mamy nadzieję, że nowelizacja ustawy refundacyjnej jeszcze bardziej usprawni ten proces. Podkreślę, że szybko rozpoznana i właściwie leczona choroba oznacza, że wielu naszych pacjentów po prostu będzie żyło zdrowo lub niemal zdrowo i będzie realizować swoje życiowe plany, zamiast zostać osobami zdanymi na opiekę swoich najbliższych. To, na co czekamy nadal, to legislacja, która musi się wydarzyć po to, żeby mogły zostać powołane nowe Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich. To pozwoli lepiej zorganizować proces opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi, żeby po pierwsze, oni nie stali w kolejkach dłużej i w większej liczbie kolejek, niż muszą, ale również żeby mogli uwolnić te miejsca w kolejkach, które czasami niepotrzebnie zajmują u niektórych specjalistów, dla innych potrzebujących chorych.

Na koniec, chcę podkreślić raz jeszcze, że w tym roku odbyła się pierwszy raz w Europie od piętnastu lat konferencja amerykańskiej fundacji miastenii, której jesteśmy partnerami. My już nie jesteśmy tymi, których się naucza. My, jako polscy lekarze prowadzimy warsztaty, wykładamy i bierzemy udział w przygotowywaniu rekomendacji klinicznych. Polscy lekarze są znakomici. Z punktu widzenia zespołu naszej kliniki, który reprezentuje wiele podobnych ośrodków eksperckich w Polsce tematem nadrzędnym jest zadbanie o kadry medyczne i pomocnicze. Moim marzeniem, ale pewnie też marzeniem wielu innych kierowników tego rodzaju ośrodków, jest taka taryfikacja i wycena procedur, żebyśmy mogli zatrudniać najlepszych lekarzy i oferować atrakcyjne miejsce pracy świetnie wykształconych rezydentów, którzy będą pracowali razem z nami. Dbajmy o stabilność kadr, bo ekspertyza kliniczna jest w głowie lekarzy i jeszcze długo tam pozostanie.

Prof. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowa w dziedzinie hematologii, Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii



Bezpieczeństwo zdrowotne w zakresie hematologii obejmuje równy dostęp do nowoczesnego leczenia oraz takie organizacyjne poukładanie całego systemu opieki hematologicznej, który zapewni pacjentom dostęp do szybkiej diagnostyki oraz kompleksowej i koordynowanej opieki. Na obecną chwilę możemy powiedzieć, że w Polsce leczymy chorych hematologicznych na poziomie europejskim. Większość leków, zarówno w pierwszej linii leczenia, jak i w chorobie opornej, czy nawrotowej jest dostępna dla pacjentów w ramach programów lekowych i katalogu chemioterapii. Na dowód tego, jak ogromny postęp dokonał się w obszarze refundacyjnym w hematologii wskazują dane: w latach 2019-2023

zrefundowano tzw. 75 nowych cząsteczko-wskazań, a w roku 2024 - 17 nowych cząsteczko-wskazań. W 2025 roku na trzech dotychczasowych listach refundacyjnych znalazło się już 10 nowych cząsteczko-wskazań. Należy przy tym podkreślić, że wszystkie nowotwory hematologiczne, zarówno układu krwiotwórczego, jak i układu chłonnego, należą do chorób rzadkich, bądź ultra rzadkich. Podobnie niektóre nienowotworowe choroby hematologiczne, takie jak nabyta i wrodzona zakrzepowa plamica małopłytkowa czy wrodzone zaburzenia krzepnięcia to również choroby rzadkie. Oprócz leczenia stricte hematologicznego niezwykle ważnym aspektem wpływającym na skuteczność i bezpieczeństwo terapii jest szeroko rozumiane leczenie wspomagające. Leczenie wspomagające obejmuje zarówno zapobieganie, jak i leczenie powikłań infekcyjnych powszechnie występujących u chorych hematoonkologicznych oraz zapobieganie i leczenie powikłań stosowanych terapii hematologicznych. Istotny jest dostęp do odpowiednich leków stosowanych w leczeniu wspomagającym, w tym również ich finansowanie w ramach NFZ. Szczególnie dużym wyzwaniem finansowym dla szpitali jest leczenie powikłań terapii CAR-T czy przeciwciał dwuswoistych, takich jak zespół uwalniania cytokin i neurotoksyczność o podłożu immunologicznym, gdyż leki stosowane w leczeniu tych powikłań nie są refundowane. Kolejnym wyzwaniem klinicznym i finansowym jest leczenie ciężkich, zagrażających życiu powikłań infekcyjnych wywołanych bakteriami wielolekoopornymi czy grzybic układowych. Ważnym elementem bezpiecznego systemu opieki hematologicznej jest równy i szybki dostęp do diagnostyki hematologicznej. Wiadome jest, że aby skutecznie leczyć, trzeba postawić właściwe rozpoznanie, a później chorych monitorować stosując odpowiednie techniki diagnostyczne. Kluczowy jest więc dostęp do badań genetycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tak aby nie było konieczności kierowania pacjenta na oddział hematologiczny, aby wykonać badania genetyczne. Badania genetyczne, w tym cytogenetyczne i molekularne są bardzo ważnym elementem diagnostyki i leczenia hematologicznego, gdyż przy ich użyciu jesteśmy w stanie dobrac jak najlepsze leczenie dla danego chorego w zależności od jego profilu genowego, a z drugiej strony przy pomocy badań molekularnych monitorujemy efekty leczenia. Drugim kluczowym i podstawowym badaniem diagnostycznymw hematologii jest badanie immunofenotopowe, które wykonuje się z krwi, ze szpiku, z bioptatu węzła chłonnego czy z nacieku pozawęzłowego. Na tym badaniu opiera się diagnostyka większości nowotworów hematologicznych, ale jest to również kluczowe badanie służące do monitorowania odpowiedzi na leczenie i tzw. „mierzalnej choroby resztkowej”. Niezwykle ważne jest włączenie badania immunofenotypowego do koszyka świadczeń gwarantowanych, zarówno w leczeniu szpitalnym, jak i w hematologicznej opiece ambulatoryjnej.

Koniecznym warunkiem poprawy efektów leczenia i bezpieczeństwa zdrowotnego w zakresie hematologii jest organizacyjne poukładanie systemu opieki hematologicznej, tak aby odpowiadał na rosnącą zapadalność na choroby hematologiczne oraz wzrastające zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w obszarze hematologii. Na te potrzeby odpowiada projekt Krajowej Sieci Hematologicznej (KSH). Projekt pilotażu KSH został przygotowany z mojej inicjatywny- jako konsultanta krajowego we współpracy ze środowiskiem hematologów właśnie jako odpowiedź na potrzeby pacjentów w zakresie kompleksowej i koordynowanej opieki, równego dostępu do diagnostyki i leczenia w oparciu o jednolite standardy niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta, a jego celem jest poprawa rokowania i jakości życia chorych na nowotwory krwi. W opracowaniu projektu pilotażu współpracowaliśmy z ekspertami Ministerstwa Zdrowia, projekt został poddany ocenie AOTMiTu, a następnie został przygotowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach krajowej sieci hematologicznej i poddany konsultacjom publicznym w sierpniu 2023 roku. Pilotaż KSH to propozycja rozwiązania organizacyjnego umożliwiającego optymalne wykorzystanie zasób infrastrukturalnych i kadrowych, m. in. poprzez

wprowadzenie referencyjności ośrodków hematologicznych i współpracy między ośrodkami w procesie diagnostyczno-leczniczym. Projekt zakłada podpisanie umów o współpracy między ośrodkami, wprowadzenie jednolitych standardów postępowania diagnostyczno-leczniczego w oparciu o ścieżki pacjentów, tak żeby pacjent hematoonkologiczny w każdym regionie Polski mógł być tak samo leczony. Zakładamy też współpracę z lekarzami POZ, w tym przygotowanie standardów dla lekarzy POZ, kiedy kierować pacjenta na oddział hematologiczny, kiedy do poradni, jakie badania diagnostyczne przy podejrzeniu jakich chorób powinny być wykonane oraz jak prowadzić przewlekłą opiekę nad pacjentem hematologicznym, a więc kiedy szczepić, jak postępować w przypadku infekcji. W ramach KSH zapewniona będzie koordynacja opieki dla chorego na nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego rozumiana jako koordynacja pozioma i pionowa. Koordynacja pozioma będzie odbywała się w obrębie danego ośrodka, w którym będzie dedykowany koordynator dla pacjenta, a jego rolą będzie przeprowadzenie chorego przez poszczególne etapy leczenia, w tym pomoc w ustalaniu specjalistycznych badań i konsultacji. Koordynacja pionowa, czyli pomiędzy ośrodkami hematologicznymi ma na celu korodynację ścieżki pacjenta w przypadku konieczności realizacji pewnych procedur czy etapów leczenia w innym ośrodku hematologicznym. Kompleksowość leczenia w hematologii rozumiem nie tylko jako zapewnienie terapii na poszczególnych etapach leczenia choroby nowotworowej, ale również jako zapewnienie pacjentowi z wielochorobowością, która dotyczy większości pacjentów hematologicznych, konsultacji kardiologicznych, pulmonologicznych, nefrologicznych, ale również opieki psychologa klinicznego, dietetyka klinicznego, czy rehabilitanta. Powinna być możliwość realizacji takich konsultacji zarówno w trybie szpitalnym, jak i ambulatoryjnym. Krajowa Sieć Hematologiczna zakłada również monitorowanie jakości całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, ale też monitorowanie funkcjonowania ośrodków w ramach KSH. Podsumowując przeprowadzenie pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej ma wytyczyć ramy strukturalne dla kompleksowych zmian w organizacji opieki hematologicznej poprzez wprowadzenie jednolitych zasad diagnostyczno-terapeutycznych i koordynacji leczenia, referencyjności ośrodków hematologicznych i współpracy między ośrodkami w celu poprawy skuteczności, jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentami z nowotworami krwi. W kontekście postępujących zmian demograficznych, a co za tym idzie stałego wzrostu zachorowalności na nowotwory krwi, stworzenie stabilnego i bezpiecznego systemu opieki hematologicznej jest zadaniem priorytetowym.

Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Dyrektor Centrum Wsparcia Badań Klinicznych UM w Lublinie



W optymalizacji systemu opieki hematologicznej w Polsce chodzi o to, aby pacjent z podejrzeniem choroby hematologicznej nie czekał nawet do dwóch lat na konsultację hematologa. Część z tych osób może po jednej konsultacji wrócić do lekarza POZ. Ci pacjenci, w ogóle nie wymagają leczenia przez hematologa. Ważne jest również, żeby na konsultację hematologiczną pacjent był dobrze przygotowany. E-konsylium wymaga wyników badań, które są w ramach pakietu w POZ. Od wielu lat walczyliśmy, żeby takie badania, jak oznaczanie poziomu ferrytyny, kwasu foliowego B12, czy najczęstsze cytopenie, związane z niedoborami znajdowały się w pakiecie diagnostycznym POZ.

Kluczowe wydaje się również, właściwe wykorzystanie ambulatoryjnych poradni hematologicznych , aby była tam dostępność do diagnostyki i badań, takich jak badanie immunofenotypu, o którym mówimy już od wielu lat, zarówno z krwi obwodowej, jak i z biopsji, szpiku. Wnioskujemy, aby to nie były procedury oczekujące w kolejkach do hospitalizacji, tylko wykonywane w ramach AOS. W warunkach ambulatoryjnych powinno być również dostępne leczenie w ramach programów lekowych z wykorzystaniem terapii doustnych lub podskórnych. Dzięki temu będziemy uwalniać miejsca w trybie hospitalizacji do wysokospecjalistycznych procedur, dla najbardziej potrzebujących pacjentów. Wiemy, ze taki kierunek zmian w hematologii zoptymalizuje diagnostykę i terapię rozrostowych chorób hematologicznych.

Marcin Józefaciuk, Przewodniczący Parlamentarnych Zespołów ds. Zdrowia Mężczyzn, Przeciwdziałania Cyberhejtowi i Nowoczesnego Kształcenia



Jestem przewodniczącym Zespołu do spraw zdrowia mężczyzn. Rozmawialiśmy już na temat raka pęcherza, raka stercza, raka jądra i depresji u mężczyzn. W planach na następny miesiąc mamy spotkanie na temat raka płuca. Chciałbym przypomnieć, że w przypadku raka prostaty, mamy ok. 18 tys. nowych rozpoznań rocznie. Jeden mężczyzna na czterdziestu, ze względu na raka, nie dożywa sędziwego wieku. Jeśli chodzi o zdrowie mężczyzn w Polsce, jesteśmy bardzo daleko za Europą, bo średni oczekiwany wiek życia Polaka wynosi 73 lata, a średnia dla Unii - 78 lat. W Polsce notujemy również największą różnicę pomiędzy oczekiwaną długości życia mężczyzn, w porównaniu do kobiet, czyli aż 8 lat. Na 13 samobójstw, aż 11 popełniają mężczyźni. Głównymi powodami są alkoholizm i depresja. Jedną z rekomendacji naszego zespołu było usunięcie dla mężczyzn skierowania od lekarza POZ do specjalisty urologa, na wzór braku skierowania dla kobiet do ginekologa.

Przedmiot edukacja zdrowotna jest przedmiotem, której byłem gigantycznym orędownikiem. Tylko niestety, on został wprowadzony nie tak, jak się go powinno wprowadzić do programu nauczania w szkole. On został wprowadzony bez bazy nauczycieli. Trudno jest nawet powiedzieć, czy przy zgodzie, czy przy niezgodzie społeczeństwa, bo skupiono się głownie na temacie edukacji seksualnej. Większość przeciwników obowiązkowego przedmiotu nie przeczytała podstawy programowej. Osobiście, nie widzę nic złego na temat, bo dział siódmy - edukacja seksualna, to jest informowanie o chorobach przenoszonych drogą płciową, profilaktyka oraz „zły dotyk”. To powinno być przekazywane dzieciom przez rzetelnie przygotowanych nauczycieli. Ludzie tego do końca nie zrozumieli i dlatego były protesty związane z „edukacją seksualną”. W każdym razie, według mnie „wylano dziecko z kąpielą”, robiąc z edukacji zdrowotnej przedmiot nieobowiązkowy. To powinien być przedmiot, jak najbardziej obowiązkowy, bo jest niezwykle ważny przedmiot, który nie tylko mówi na temat profilaktyki, ale również stara się kształcić zdrowe nawyki. Dzięki temu zaczyna się kształcić całe społeczeństwo, bo dzieci i młodzież zaczyna rozmawiać z rodzicami. Jest obowiązek, aby nauczyciel przedstawił rodzicom pełne treści, które będą nauczane przed rozpoczęciem tego przedmiotu. Czyli rodzice zaczynają się interesować dzieckiem, zaczynają interesować się tym przedmiotem. Tak naprawdę ten przedmiot mógł być przedmiotem, który zaważy na zdrowiu publicznym w Polsce.

Kluczowe jest również zadbanie o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, bo ostatnie badania pokazują, że jedno dziecko w każdej trzydziestoosobowej klasie, jest codziennie gnębione i męczone cybernetycznie przez swoich kolegów. Co drugie dziecko ma regularny kontakt z hejtem, a co czwarte

jest „hejtowane”. Zanikają również więzy rodzinne, co prowadzi do osamotnienia i braku zrozumienia dzieci i młodzieży.

Prof. Tomasz Kubiatowski, Klinika Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Onkologii Ginekologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie



Rak jelita grubego, to jeden z najczęściej rozpoznawanych nowotworów u mężczyzn i u kobiet. Na przekroju ostatnich lat czas przeżycia pacjentów w stadium zaawansowanym choroby uległ istotnemu wydłużeniu, co jest niewątpliwym sukcesem nowych terapii, które uzyskały refundację. Podstawą leczenia tego nowotworu jest ścisłe współdziałanie lekarzy wielu specjalności. Sam lekarz onkolog, stosujący terapię systemową, nie osiągnie sukcesu, jeśli nie będzie współpracował z chirurgiem, radioterapeutą, biologiem molekularnym, czy z radiologiem. Dlaczego? Dlatego, proszę Państwa, że aby dobrze leczyć raka jelita grubego, to najpierw trzeba go dobrze poznać. I to nie tylko jego stopień zaawansowania klinicznego, oparty na klasycznych wykładnikach radiologicznych, ale przede wszystkim należy poznać jego biologię molekularną. Trzeba wiedzieć, jakie mutacje występują na poziomie DNA komórki nowotworowej i jak rzutują one na dobór określonego leczenia. Zwykle diagnostyka molekularna wykonywana przed rozpoczęciem leczenia obejmuje oznaczenie mutacji w genach KRAS, NRAS, BRAF oraz niestabilności mikrosatelitarniej. Występowanie określonych mutacji przemawia za pierwotną opornością komórki nowotworowej na terapie oparte na inhibitorach receptora dla naskórkowego czynnika wzrostu. Stąd też zastosowanie w tej grupie chorych takich terapii jest bezcelowe, ponieważ nie pozwala na osiągnięcie korzystnego efektu terapeutycznego, narażając jednocześnie chorego na działania niepożądane związane z leczeniem. Stwierdzenie u pacjenta niestabilności mikrosatelitarnej stwarza natomiast możliwość zastosowania immunoterapii opartej na inhibitorach immunologicznych punktów kontrolnych, mającej za zadanie przywrócenie funkcji układu immunologicznego do rozpoznawania komórek nowotworowych i ich skutecznego niszczenia, Czas przeżycia pacjentów jest różny w zależności od konstelacji zmian molekularnych. Pacjenci wykazujący w komórkach nowotworowych mutację BRAF V600E, cechują się dynamicznym przebiegiem choroby, a co za tym idzie, krótszym czasem przeżycia wolnym od progresji choroby oraz czasem przeżycia całkowitego. Dlatego też u tych pacjentów leczenie powinno być prowadzone inaczej niż u chorych bez mutacji, zaś stosowanie terapii celowanej opartej na skojarzeniu enkorafenibu z cetuximabem powinno mieć miejsce już na wczesnych etapach leczenia choroby zaawansowanej. Obserwowane na przestrzeni ostatnich lat wydłużenie czasu przeżycia chorych z zaawansowanym rakiem jelita grubego jest wynikiem wprowadzania w kolejnych liniach leczenia, po niepowodzeniu wcześniejszych terapii nowych opcji terapeutycznych. Jest to tym ważniejsze, że niejednokrotnie są to chorzy w dobrym stanie sprawności ogólnej. Stąd też pamiętać trzeba, że osiąganie celu jakim jest wydłużenie czasu przeżycia nie może się odbywać kosztem istotnego pogorszenia ich jakości życia. Pacjent w ramach leczenia kolejnych linii, powinien trafić do zespołu sprawującego opiekę na czas niezbędny dla podania leczenia, a następnie funkcjonować środowisku rodzinnym, czy wśród przyjaciół i znajomych. I to jest absolutny priorytet onkologii w kontekście kolejnych linii leczenia. Jednym z leków, który w ostatnich miesiącach wprowadzony został do leczenia kolejnych linii pacjentów na zaawansowanego, przerzutowego raka jelita grubego jest frukwintynib. Lek ten jest inhibitorem receptorów dla czynnika wzrostu komórek śródbłonka naczyń. Jak wykazano w badaniach klinicznych jego zastosowanie prowadziło do wydłużenia czasu przeżycia całkowitego oraz wolnego od progresji choroby. Wykonując u chorych na raka jelita grubego badania molekularne

oparte na zaawansowanych technikach sekwencjonowania DNA dostrzegamy również mutacje nieoznaczane na etapie diagnostyki podstawowej. Fakt ten implikuje konieczność nieustannego poszukiwania nowych jeszcze skuteczniejszych terapii nakierowanych na nowe „cele molekularne". Przykładem może być stosowanie w leczeniu chorych na zaawansowanego raka jelita grubego terapii celowanych dedykowanych chorym z mutacją KRAS G12C czy też wykazujących nadekspresję receptora HER2 lub amplifikację genu erbB2 kodującego to białko, które stosowane są w leczeniu innych nowotworów. Takie podejście pozwala na rozwój terapii agnostycznych.

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, Medyczna Racja Stanu



Podczas dzisiejszej debaty Medycznej Racji Stanu podsumowano symbolicznie blisko dziesięcioletnią jej aktywność , jednocześnie moje dwadzieścia pięć lat intensywnej i czasochłonnej działalności w Polskiej Unii Onkologii oraz istotne elementy polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej.

Jeżeli chcemy cokolwiek zmienić, to musimy wychować społeczeństwo obywatelskie. Jeżeli mamy to na uwadze, to przede wszystkim należy wreszcie zabrać się w naszym kraju za powszechną i ustawiczną edukację zdrowotną całego społeczeństwa, przysłowiowo od przedszkola do seniora. Widzimy coraz większy postęp medycyny. W onkologii leczymy coraz bardziej skutecznie nawet zaawansowane nowotwory m.in. czerniaki, raki płuca, piersi, jelita grubego, nerki i większość hematoonkologicznych w sposób zindywidualizowany, poprzez medycynę precyzyjną, określając markery biologiczne, molekularno-genetyczne. Znając liczne mutacje zachodzące w aparacie genetycznym w organizmie człowieka, niezależnie od miejsca w którym powstaje zmiana nowotworowa , pozwalają bardzo precyzyjnie ukierunkować nasze leczenie. Dodatkowo dysponujemy dziś nowoczesną zupełnie nowej generacji immunoterapią przywracającą zablokowaną przez nowotwór własną odpowiedź immunologiczną chorych, potęgując jeszcze bardziej skuteczność zastosowanej terapii skojarzonej z innymi klasycznymi metodami leczenia. Często jednak nie widzę sprawczości na poziomie decydenckim. To, co dzisiaj świetnie było wyakcentowane, to potrzeba, aby w polskim rządzie był wicepremier ds. zdrowia. To potrzeba chwili aby resorty zdrowia, edukacji, nauki, przemysłu, środowiska czy sportu działały wspólnie ponad podziałami na rzecz zdrowia społeczeństwa polskiego. Czy może być coś bardziej ważnego dla społeczeństwa, niż zdrowie i edukacja? Musimy wprowadzić powszechną koordynację , kompleksowość i kooperację w zakresie wszelkich działań w całym systemie zdrowia, W czasie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, zamiast w formie obowiązkowej wprowadzono do szkół edukację zdrowotną w formie fakultatywnej. To jest powód do wstydu. Ja czekam osobiście 50 lat na to, żeby edukacja zdrowotna była najważniejszym przedmiotem obowiązkowym w szkole. Bo dotyczy najważniejszego aspektu naszego życia - zdrowia. Ile można czekać, żeby wychować nowe pokolenie w poszanowaniu zdrowia swojego oraz swoich bliskich i umiejętności odpowiedzialnego dbania o nie. W zakresie edukacji zdrowotnej ciągle nie wykorzystany jest potencjał wszelkich mediów publicznych , szczególnie na poziomie regionalnym, lokalnym. Przecież ustawiczna edukacja społeczeństwa to jest ich ustawowy obowiązek.

Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii WUM



Dzisiejsza debata jest jedna z najpoważniejszych debat, jakie w ogóle mieliśmy w historii Medycznej Racji Stanu, ponieważ zakres tematów, które poruszamy jest bardzo szeroki, a polska prezydencja dobiega końca. Cos się kończy, ale się także coś zaczyna. Na pewno zaczyna się przełom w leczeniu otyłości. Otyłość jest widoczna epidemiologicznie w grupie dzieci i młodzieży, bo mamy ich chyba procentowo najwięcej w Europie, a jest tylko parę krajów o podobnym poziomie problemu. W samej Polsce mamy 9 milionów osób z otyłością, drugie tyle z nadwagą. Bardzo źle wypada Wielka Brytania, a Czesi, Niemcy i Francuzi stanowią niedościgniony wzór. Włosi, chociaż mają świetną kuchnię, też mają problem z otyłością. Mówimy o otyłości, bo mamy już coraz bardziej dostępne metody jej leczenia: bariatryczne i farmakologiczne. W zakresie metod farmakologicznych mamy zarejestrowane w Unii Europejskiej w terapii otyłości leki z grupy analogów GLP-1 (semaglutyd, liraglutyd) oraz analogów peptydów (tirzepatyd). Jestem przekonany, że te leki będziemy brali wcześniej, czy później wszyscy, bo one nie tylko zmniejszają masę ciała, ale zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe, i działają nefroprotekcyjnie. Dodatkowe działania, jakie wychodzą w badaniach nad analogami GLP-1, to są działania hamujące utratę pamięci we wczesnych obszarach demencji oraz zmniejszające uzależnienie od alkoholu. Bardzo jestem ciekaw publicznej debaty, jak dojdzie do dyskusji o refundacji tych leków dla pacjentów otyłych i uzależnionych od alkoholu. Jaki się podniesie „hejt" internetowy, że „sami są sobie winni, a my mamy im leki refundować". Od razu powiem, że tak, mamy refundować tym pacjentom takie leki, bo jak nie będziemy refundować, to wydamy majątek na leczenie tych chorób i ich powikłań. Ogólna opinia jest również taka, że „przecież wystarczy, żeby gruby nie jadł, to schudnie". Myśmy to słyszeli przez lata, ale to kompletnie nie działa. Otyłość jest ciężka choroba przewlekłą i wymaga skutecznego leczenia. I dużo lepiej jest ją leczyć na wczesnym etapie, niż potem leczyć konsekwencje i powikłania otyłości. To jest tak, jak z cukrzycą, którą lepiej wcześniej wykryć i leczyć dobrze, niż leczyć jej powikłania. W zakresie chirurgii bariatrycznej w pełni sprawdził się program pilotażowy kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami z otyłością olbrzymią (KOS-BAR). Program obejmuje wielodyscyplinarną opiekę, w tym przygotowanie do zabiegu, opiekę przed- i pooperacyjną, operację bariatryczną oraz rehabilitację. Pogram jest finansowany z podatku cukrowego, co jest genialnym rozwiązaniem. Do programu KOS-BAR powinno być dołączone również leczenie farmakologiczne otyłości – szczególnie w fazie przygotowania do zabiegu oraz w fazie rehabilitacji. Obecnie semaglutyd, liraglutyd i tirzepatyd nie są refundowane publiczne w terapii otyłości. Jednak skala wykupywania pełnopłatnych recept przez pacjentów z otyłością pokazuje, jak istotny jest to problem zdrowotny w Polskim społeczeństwie. Skuteczność tych leków jest spektakularna. Ja zwykle mówię pacjentowi, spróbujmy najpierw zainwestować w terapię na dwa miesiące. U 80% pacjentów, te leki w dawkach, które stosujemy działają skutecznie. Potem, gdy pacjent widzi efekt, bariera niechęci do ceny znika, no bo jak ktoś się odchudzał całe życie i nagle udaje się skutecznie zmniejszyć masę ciała 5, 10, 15, a czasami 30 kilogramów, to te pieniądze znajduje. Oczywiście, znajduje środki na lek ten pacjent, który je ma, natomiast ideą refundacji publicznej skutecznych leków jest umożliwienie terapii nimi wszystkim pacjentom - bez dyskryminacji ze względu na poziom dochodów, czy inne uwarunkowania. Optymistyczną informacją jest fakt, że z biegiem lat te leki będą tanieć. To zresztą jest temat, który powinien być szeroko dyskutowany, również pod kątem szeroko pojętego bezpieczeństwa lekowego. Poziom cen niektórych leków w praktyce medycznej jest po prostu nieetyczny. Prezydent Donald Trump powiedział, że to jest niemożliwe, żeby Amerykanie płacili za leki pięć razy więcej, niż

Europejczycy. Ale to też pokazuje, jak bardzo jesteśmy światem połączonych naczyń. Także za parę lat nasz świat, jeśli chodzi o możliwości leczenia otyłości, na pewno będzie inaczej wyglądać. Ten temat będzie już bardzo oswojony publicznie, także przez decydentów. Będzie wiadomo, że otyłość jest chorobą – przypomnę ma kod ICD10 E66 i powinna być leczona wszelkimi metodami o udowodnionej skuteczności. Często się spieram z niektórymi kolegami po fachu, zwłaszcza szczupłymi, którzy mówią, że otyłość zależy od pacjenta. Nie do końca - w pewnym momencie kontrola masy ciała wymyka się spod kontroli i człowiek z nadwagą i otyłością nie jest w stanie sobie pomóc bez skutecznego leczenia. A teraz mamy skuteczne leki, które nie tylko zmniejszają masę ciała, ale zmniejszają ryzyko powikłań sercowych i nerkowych. Także przy wszystkich trudnościach, z jakimi borykamy w medycynie, na poziomie organizacyjnym, finansowym i decyzyjnym, to w przypadku terapii otyłości widzimy poprawę perspektyw terapii oraz dużo nadziei. Tylko ważne, żebyśmy nadążali z rozwojem medycyny, ale to dotyczy w zasadzie wszystkich dziedzin medycyny. W niektórych dziedzinach nadąża system bardziej. To stało się w onkologii, kardiologii, diabetologii, neurologii, czy w chorobach rzadkich. W niektórych chorobach cywilizacyjnych mamy chwilową stagnację, a nie postęp i tempo zmian, do jakich byliśmy przyzwyczajeni przez ostatnich parę lat. Ale na szczęście, postęp w nauce jest pewny, a dzięki niemu rozwija się medycyna.

Na koniec, chciałbym podkreślić znaczenie badań profilaktycznych. Polacy nie korzystają z nich w takim stopniu, jak byśmy sobie życzyli. Wynika to także z ogólnej nieufności Polaków do systemu ochrony zdrowia. Cieszę się, że Medyczna Racja Stanu stworzyła platformę otwartej, ponad-politycznej i opartej o wiarygodne dane dyskusji na temat zdrowia w Polsce. Jak dzisiaj popatrzyłem, po ilości mówców i z jak wielu stron oni pochodzą, nie tylko politycznych, ale także merytorycznych, to rzeczywiście nie ma w Polsce takiej drugiej platformy, gdzie by się udało zbierać tyle osób przy „okrągłym stole", które mają tyle ciekawych rzeczy do powiedzenia. To wszystko zazębia się znakomicie i każda z osób, która tu występowała, bez względu na to, czy lekarz, czy prawnik, czy pacjent, czy polityk, jest w stanie spojrzeć trochę szerzej poza własny interes i spróbować coś wspólnie ustalić. Myślę, że bezpieczeństwo zdrowotne musimy czynić tematem debat coraz częściej, ale także dochodzić do praktycznych wniosków. Zawsze z tych naszych debat powstaje raport, który trafia na biurka decydentów. Miejmy nadzieję, że decydenci będą się w mniejszym stopniu zajmować sami sobą i układaniem właśnie puzzli w obrębie samego układu rządzącego, ale będą umieli podjąć odważne decyzje, z których skorzysta całe społeczeństwo. Jakby ktoś nam powiedział dwa, trzy lata temu, że będziemy w takim miejscu, jak teraz i w takiej sytuacji oraz jak będzie ten świat się zmieniał i tak naprawdę nie wiadomo, co będzie, to nikt by z nas w to nie uwierzył. A myślę, że to jest dopiero początek istotnej zmiany całego układu, ale zdrowi musimy być wszyscy. Także to, co mówimy, na pewno ma wymiar większej długowieczności niż wiele innych rzeczy, czy haseł, które w przestrzeni publicznej się znajdują. Osobiście cieszę się, że mogę być częścią tego wspaniałego przedsięwzięcia, jakim jest Medyczna Racja Stanu.

Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta



Zeszłoroczna debata Medycznej Racji Stanu przyczyniła się do dyskusji w temacie Europejskiej Karty Praw Pacjenta. Jeszcze pod koniec drugiej połowy zeszłego roku dyskutowaliśmy o tym, że Europejska Karta Praw Pacjenta jest bardzo popularna, lecz nie jest dokumentem urzędowym, a jedynie propozycją społeczną. Dzięki Minister Zdrowia udało nam się kwestię praw pacjentów przywrócić w agendzie europejskiej przy okazji polskiej prezydencji.

Europejska Karta Praw Pacjenta została opublikowana w 2002 roku przez organizacje pacjentów i organizacje społeczeństwa obywatelskiego. Dokument nigdy nie został formalnie przyjęty, choć stanowił wielokrotnie przedmiot dyskusji i opinii Komisji Europejskiej oraz Parlamentu Europejskiego. Przyjęcie jego byłoby o tyle istotne, że prawa pacjenta w państwach członkowskich Unii Europejskiej różnią się istotnie między sobą. W praktyce każdy kraj posiada inne prawa pacjenta: szersze, węższe, wynikające z praktyki, określone w przepisach, czasem szczegółowo, a czasami bardziej ogólnie. Niektóre państwa nie posiadają listy praw pacjenta, ale wywodzą je z innych przepisów czy norm ogólnych. Rzecznik Praw Pacjenta badał w pierwszej kolejności, jak istotne jest to zagadnienie dla pacjentów i ich organizacji. Dzięki współpracy z polskimi organizacjami pacjentów udało nam się nawiązać bliski kontakt z wieloma organizacjami działającymi zarówno na poziomie europejskim jak i w innych państwach członkowskich. W ramach prezydencji udało nam się zrealizować kilka kluczowych aktywności. W marcu 2025 roku zorganizowaliśmy w Katowicach spotkanie z organizacjami pacjentów z siedemnastu krajów Unii Europejskiej. Szeroko rozmawialiśmy o tym, co w poszczególnych krajach jest rozumiane jako prawa pacjenta i z jakimi wyzwaniami spotykają się z nich pacjenci. Chcieliśmy popatrzeć na rzeczywistość Unii Europejskiej z trochę innej perspektywy, niż wskaźniki, które widzimy na co dzień. Niestety nie ma dobrych wskaźników porównujących poszczególne państwa w kategoriach istotnych z perspektywy pacjenta – ich doświadczeń i wyników leczenia. Dlatego organizacje pacjentów z całej Europy bardzo chętnie przystąpiły do pracy z nami w tym temacie. Spotkanie zakończyło się call to action wzywającym do dalszej pracy w tym obszarze. Drugie wydarzenie zorganizowaliśmy w Gdańsku w maju. Zidentyfikowaliśmy i zaprosiliśmy na spotkanie instytucje publiczne z całej Unii Europejskiej, pełniące w poszczególnych krajach analogiczną rolę do Rzecznika Praw Pacjenta. Spotkaliśmy się z przedstawicielami kilkunastu państw. Mieliśmy okazję się przekonać, że Polska należy do czołówki państw w zakresie praw pacjenta – niewiele jest państw, które posiadają instytucje, na tak wysokim szczeblu jak Rzecznik Praw Pacjenta podległego bezpośrednio premierowi. Uczestnicy spotkania podkreślali, że próba zbliżania instytucji odpowiedzialnych za prawa pacjenta to znakomita inicjatywa, dająca cenną możliwość wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy organami publicznymi. Dzięki temu spotkaniu, mamy możliwość budowy sieci współpracy i stałych relacji pomiędzy różnymi państwami, które będą wspierały prawa pacjenta na poziomie unijnym. Oprócz powyższych wzięliśmy udział w oficjalnych obchodach Europejskiego Dnia Praw Pacjenta w Parlamencie Europejskim w Brukseli. Teraz, temat praw przejęły kolejne państwa pełniące prezydencje w Radzie Unii Europejskiej, czyli Dania i Cypr. Jest spora szansa, że również taka szersza perspektywa na potrzeby pacjentów uzyska ponownie wymiary europejskie.

Joanna Drewla, General Manager Servier Polska



Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej przebiegała pod hasłem bezpieczeństwa – również tego lekowego. Prowadzono prace nad pakietem farmaceutycznym oraz opracowano Akt o lekach krytycznych. Dyskutowano o tym, jak zapewnić zdolności produkcyjne oraz jak wzmacniać produkcję leków w Unii Europejskiej, w tym również w Polsce. Zastanawiano się, jakie mechanizmy wsparcia są potrzebne, abyśmy mogli mówić o stabilności dostaw leków oraz o dostępności pacjentów do farmakoterapii. W tym miejscu warto jednak oddzielić temat produkcji lokalnej substancji aktywnej od wytwarzania. To tematy, które ciągle są łączone razem, ale wymagają różnego podejścia technologicznego. Jako Polska, mamy marzenie, żeby produkować API (Aktywny Składnik Farmaceutyczny, *Active Pharmaceutical Ingredient*), czyli substancje czynne do produkcji

wszystkich leków krytycznych w naszym kraju. Jednak tego celu nie da się w pełni zrealizować. Na liście leków krytycznych znajduje się obecnie 301 pozycji. Nie jest możliwe aby w jednym kraju produkować wszystkie API. Można oczywiście zwiększyć liczbę substancji aktywnych wytwarzanych w Polsce, natomiast nie jesteśmy w stanie wyprodukować lokalnie wszystkiego. Aby zobrazować skalę o jakiej mówimy podam przykład firmy Servier, której tylko trzy fabryki produkujące API zabezpieczają dostęp do leków naszej firmy na 140 światowych rynkach. To co można zrobić, to ustalić wspólnie z innymi krajami europejskimi, w produkcji których substancji aktywnych Polska mogłaby się specjalizować. Podzielenie się produkcją API i wymienianie się wzajemnie usługami, skutecznie uniezależni nas, jako Unię Europejską, od substancji czynnych z Indii, Chin.

Natomiast wytwarzanie leków jest zupełnie innym zagadnieniem. Bezpieczeństwo lekowe zapewnia lokalna produkcja. Kiedy zamknęły się granice i został przerwany łańcuch dostaw w czasie pandemii COVID-19 zrozumieliśmy, że tak naprawdę im bliżej pacjenta, czy półki aptecznej jest wytwarzany lek, tym lepiej. Im łańcuch dostaw jest krótszy, tym łatwiej jest dostarczyć te leki do apteki. Według ostatnich danych GUS, co drugi pacjent w Polsce ma chorobę przewlekłą. Jest to m.in. nadciśnienie, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, POChP lub nadwaga i otyłość. To oznacza, że jeżeli pacjent dostaje taką diagnozę, to musi pójść do apteki i zrealizować receptę na codziennie przyjmowane leki. I to wspomniane bezpieczeństwo lekowe w takiej sytuacji naprawdę nabiera znaczenia. Ministerstwo Zdrowia w nowelizacji ustawy refundacyjnej w 2022 r. doceniło lokalną produkcję. Po pierwsze, zmieniono definicję wytwarzania, bo w tej chwili wytwarzanie to nie jest pakowanie, zwalnianie serii, tylko produkcja leku na terenie Polski od substancji aktywnej. Dla producentów leków jest to bardzo ważny sygnał, bo w odpowiedzi na pojawienie się listy polskich leków, udało nam się np. przekonać naszą centralę, żeby przenosić produkcję leków refundowanych do naszego zakładu na warszawskiej Białołęce. W tej chwili 86% wszystkich leków refundowanych firmy Servier powstaje w Polsce, a w przyszłym roku odsetek ten zbliży się do 100%. Ten mechanizm zatem działa.

Obowiązująca dziś w Polsce lista G2, czyli lista leków produkowanych od API w Polsce jest ważnym mechanizmem docenienia krajowej produkcji, natomiast trzeba mieć świadomość, że obejmuje jednak tylko 0,6% krajowego zapotrzebowania na leki. To pokazuje, że pełna samowystarczalność jest niemożliwa i musimy zracjonalizować nasze podejście w tym temacie.

To czego brakuje nam - inwestorom - aby przenosić produkcję farmaceutyczną kolejnych leków do Polski, to systemu realnych zachęt do lokowania nowych inwestycji w naszym kraju. Dziś lista „polskich leków" ma znaczenie dla produktów, które już są refundowane, bo ona rzeczywiście daje gwarancję stabilnej ceny, której nie trzeba renegocjować co 2-3 lata. To bardzo ważne. Natomiast to nie jest mechanizm do przyciągania nowych inwestycji i produkcji nowych leków. Przydałby się taki mechanizm dzielenia ryzyka, w którym my możemy zrobić jako producent ten wysiłek i przekonać naszą centralę do nowych inwestycji natomiast musimy mieć gwarancję, np. ceny lepszej niż indyjskie odpowiedniki. Bez tej gwarancji my jako producent nie możemy zainwestować ogromnych środków finansowych i rozpocząć procesu inwestycyjnego, który trwa minimum dwadzieścia miesięcy, bo to jest za duże ryzyko. Taki mechanizm dzielenia ryzyka jest potrzebny, aby realnie przyciągać nowe inwestycje do Polski.

Kolejnym ważnym aspektem w realnym budowaniu bezpieczeństwa lekowego i rozwoju krajowej produkcji leków jest konstruktywny, wielosektorowy dialog z udziałem Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Infrastruktury i Ministerstwa Finansów i Gospodarki, po to, aby pochylić się nad usuwaniem barier administracyjnych dla nowych inwestycji. To realne wyzwania, przed którymi stoimy. Firma Servier rozpoczyna obecnie dużą inwestycję i borykamy się z ogromnymi barierami

administracyjnymi w zakresie decyzji środowiskowych i warunków zabudowy, głównie ze względu na brak wiążących obie strony terminów wydania decyzji. Przy tak strategicznych inwestycjach, rozwijających krajową produkcję leków, musi być uruchomiona „szybka ścieżka" - *fast track* administracyjny. Rozmawiamy na ten temat z Ministerstwem Zdrowia, jednak warto byłoby zorganizować „okrągły stół" z udziałem wielu ministerstw. Tak, aby wspólnie wypracować najlepsze rozwiązania, jak możemy realnie przyciągnąć inwestycje do Polski i zapewnić bezpieczeństwo lekowe Polakom.

Agnieszka Leszczyńska, Board Member, Country Manager Poland Angelini



Angelini Pharma jest koncernem europejskim, który produkuje leki i substancje czynne (API) m.in. we Włoszech, w Niemczech czy w Szwajcarii. Angelini Pharma jest wiodącą firmą w zakresie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem obszaru ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Jest także wiodącym graczem w segmencie OTC, jako producent bardzo popularnych leków dostępnych bez recepty. Choroby mózgu są narastającym problemem zdrowotnym, który dotyka coraz większej grupy osób na świecie. W Polsce na depresję choruje około 1,2 miliona osób, na schizofrenię 385 tysięcy, a na padaczkę około 400 tysięcy. Mimo tego, że są to powszechne choroby, wiedza na ich temat wciąż nie jest wystarczająca. Wokół osób chorujących wciąż funkcjonuje wiele uprzedzeń. Ich efektem jest stygmatyzacja, która prowadzi do poważnych konsekwencji – pogłębia problemy zdrowotne chorych, przyczynia się do ich izolacji i wykluczania, powoduje problemy w życiu zawodowym i społecznym.

Wiemy, że za kilka lat depresja będzie najbardziej rozpowszechnioną chorobą na świecie. Więc musimy być na to przygotowani. Odpowiedzią na ten problem jest kampania „Wyprostuj Spojrzenie", której mecenasem jest Angelini Pharma Polska. Kampania „Wyprostuj spojrzenie" ma na celu edukację i walkę ze stygmatyzacją osób chorych. Kampanię zainicjowały organizacje pacjenckie: „Nie Widać Po Mnie", działająca na rzecz osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego oraz „Epi-Bohater", wspierająca chorych na padaczkę. Patronatami honorowymi inicjatywę objęło Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, a także Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Ambasada Włoch. Celem kampanii jest mówienie o chorobach mózgu we właściwy sposób, uzupełnianie wiedzy oraz prostowanie skrzywionego spojrzenia, aby chorzy mogli wyzbyć się wstydu i lęku. Jednym z elementów kampanii jest raport na temat stygmatyzacji chorych z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Na jego potrzeby przeprowadzono pierwsze w naszym kraju badanie dotyczące poziomu wiedzy Polaków na temat chorób mózgu, a także stereotypów oraz mitów o depresji, schizofrenii i padaczce. Zgodnie z wynikami badania, aż 25% respondentów była świadkami sytuacji, w których źle potraktowano osoby z zaburzeniami, a osobiste doświadczenia tego typu miało 4% badanych.

W każdym systemie ochrony zdrowia lekarz pierwszego kontaktu (POZ) odgrywa kluczową rolę. Tak dzieje się również w kontekście 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. Lekarz POZ 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. Lekarz POZ powinien znać dostępne opcje terapeutyczne, aby móc zaproponować odpowiednią metodę leczenia i wspierać pacjenta w świadomym wyborze najlepszej terapii. Istotnym aspektem skutecznego leczenia jest przestrzeganie zaleceń lekarskich, czyli adherencja. Lekarz powinien edukować pacjenta na temat konsekwencji niestosowania się do zaleceń terapeutycznych i wskazywać, jak ważne jest systematyczne stosowanie przepisanych leków.

Stanisław Maćkowiak, Prezes Federacji Pacjentów Polskich, Krajowe Forum Orphan



Krajowe Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN jest pacjencką organizacją parasolową skupiającą stowarzyszenia pacjentów i fundacje działające na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi w Polsce. Obecnie Krajowe Forum ORPHAN zrzesza 87 organizacji pacjentów z chorobami rzadkimi. Działania Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN skupiają się wokół nadrzędnego celu jakim jest szeroko rozumiana poprawa jakości życia ponad 3 milionów osób dotkniętych chorobami rzadkimi w Polsce. Jako organizacja parasolowa dbamy, by głos pacjentów z chorobami rzadkimi był słyszalny. Wspieramy i organizujemy kampanie świadomościowe, wpieramy szybką i skuteczną diagnostykę, badania nad nowymi lekami, innowacyjne terapie, dostępność leczenia oraz równe traktowanie pacjentów z chorobami rzadkimi w społeczeństwie na wszystkich płaszczyznach życia. Nie możemy mówić, że obecnie system ochrony zdrowia nie niesie pomocy pacjentom z chorobami rzadkimi. Natomiast zależy nam na tym, by pomoc ta została usystematyzowana i każdy pacjent z chorobą rzadką znał ścieżkę, którą będzie podążał w systemie ochrony zdrowia. Pacjenci z chorobami rzadkimi nie oczekują priorytetowego traktowania. Chcą być traktowani tak, jak pozostali obywatele. Pojedynczy pacjent z chorobą rzadką nie ma praktycznie żadnej siły przebicia. Organizacje pacjenckie mają o wiele większe możliwości niż pojedynczy pacjent, dlatego starają się być widoczne w sferze medialnej i administracyjnej. Często szukają też wsparcia w Sejmie i Senacie, czyli przestrzeni parlamentarnej. Podejmują wysiłki, by przekazywać wszelkimi dostępnymi kanałami informacje o potrzebach pacjentów z chorobami rzadkimi. Należy jednak z całą mocą podkreślić, iż posiadają taką możliwość dzięki temu, że są zjednoczone.

4. Wnioski i rekomendacje

Wniosek	Rekomendacja
Zdrowie jest integralną częścią bezpieczeństwa narodowego, a jego znaczenie wzrasta w kontekście wyzwań demograficznych oraz globalnych zagrożeń.	Zdrowie powinno być kluczowym priorytetem rządu, a działania i finansowanie zdrowia koordynowane miedzysektorowo.
Bezpieczeństwo lekowe jest fundamentem zdrowia publicznego. Kluczowym warunkiem utrzymywania choroby pod kontrolą jest stabilny dostęp do leków.	Rekomendowane jest wsparcie przez rząd produkcji leków w Polsce w postaci stabilnego i przewidywalnego programu podziału ryzyka.
Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych – adherencja, to kluczowy aspekt pomiaru efektów terapii w chorobach przewlekłych.	Rekomendowany jest pomiar i monitorowanie adherencji i ustanowienie z niej jednego z kluczowych wskaźników monitorowania efektów i kosztów w systemie ochrony zdrowia.

Szczepienia ochronne to jeden z fundamentów bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. Wzmocnienie programów poprzez reformy prawne, współpracę interesariuszy i edukację publiczną ograniczy obciążenia chorobami i zapewni odporność systemu zdrowotnego.	Rekomendowane jest zwiększenie świadomości udziałowców systemu na temat znaczenia szczepień ochronnych w Polsce dla zwiększenia bezpieczeństwa lekowego kraju. Rekomendowane jest poszerzenie listy refundowanych szczepień ochronnych, oraz dokonywanie szczepień przez lekarza POZ w przychodni oraz farmaceutę w aptece.
Leczenie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS prowadzone jest w Polsce od 2001 roku w ramach programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce". Obecnie trwa realizacja rządowego programu polityki zdrowotnej pt. "Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026". Głównym celem programu jest wydłużenie czasu życia pacjentów zakażonych, wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby oraz poprawa jakości ich życia oraz zmniejszenie ryzyka zakażenia innych przez osoby z HIV/AIDS.	Rekomendowane jest utrzymanie funkcjonowania Programu Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce, jako modelowego i efektywnego modelu opieki oraz refundacja publiczna profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP) w ramach tego programu dla wszystkich kwalifikujących się pacjentów.
HCV ciągle stanowi zagrożenie dla polskiej populacji ze względu na brak możliwości zapobiegania chorobie na drodze szczepień 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.	Rekomendowane jest wdrożenie Narodowego Programu Eliminacji HCV oraz zwiększenie zlecania i wykonywania testów przeciwko HCV w ramach programu „Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej" w placówkach POZ.
Rak jelita grubego (CRC) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Polsce. Liczba zachorowań wynosi ok. 18 tysięcy, natomiast umieralność ok. 12 tysięcy rocznie. Pomimo postępów w terapii, wiele potrzeb pacjentów z rakiem jelita grubego pozostaje niezaspokojonych. W programie lekowym B.4. Leczenie chorych na raka jelita grubego refundowanych jest obecnie pięć terapii: aflibercept, triflurydyna + typiracyl, ipilimumab, niwolumab i pembrolizumab. Wskaźniki przeżywalności nadal są niskie, szczególnie w przypadku przerzutowego raka jelita grubego (mCRC), a	Rekomendowana jest refundacja publiczna szóstej terapii w programie mlekowym B.4. - frukwintynibu w monoterapii w leczeniu zaawansowanego lub nawrotowego raka jelita grubego, który nie jest możliwy do wyleczenia, ani resekcji i nie poddaje się chemioterapii.

skutki uboczne leczenia znacząco wpływają na jakość życia pacjentów.	
W Polsce na otyłość choruje już ponad 9 milionów osób. Choroba oraz jej powikłania mogą znacząco skrócić życie Polaków – średnio o 3 lata. Otyłość ma także poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne. W Unii Europejskiej zarejestrowane są trzy terapie farmakologiczne w leczeniu otyłości.	Rekomendowana jest refundacja publiczna terapii otyłości w Polsce – rozpoczynając od grup pacjentów najwyższego ryzyka, takich jak pacjenci z otyłością olbrzymia kwalifikowani do operacji bariatrycznych oraz pacjenci z ryzykiem sercowo-naczyniowym.
Systemy zintegrowane, czyli systemy automatycznego podawania insuliny (AID - automated insulin delivery) samodzielnie regulują podawanie insuliny, w zależności od aktualnego zapotrzebowania organizmu w danej chwili.	Rekomendowana jest refundacja publiczna systemów zintegrowanych – pompa insulinowa i CGM dla pacjentów powyżej 26 r.ż. w Polsce.
Systemy monitorowania glikemii, w tym CGM (ciągły monitoring glukozy) i FGM (flash glucose monitoring), są urządzeniami, które pomagają osobom z cukrzycą kontrolować poziom glukozy we krwi.	Rekomendowana jest refundacja publiczna systemów monitorowania glikemii dla wszystkich pacjentów leczonych insuliną w Polsce.

Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie optymalizacji opieki medycznej nad chorymi w kontekście utrzymania ich aktywności i produktywności

Bezpieczeństwo lekowe i adherencja podstawą 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.**

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 przewlekle: 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 wiremia 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**.[17] 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,

[17] 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

by objąć rolę lidera w regionie.[18] **Wdrożenie narodowej strategii dotyczącej zakażeń przenoszonych drogą płciową (STI), w tym HIV, powinno uwzględniać**:

- **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 Cyprem, 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.[19,20]

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

[18] 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

[19] 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

[20] 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

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 wątroboomórkowego 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 jakiekolwiek 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 diagnostyka i leczenie, dlatego niezbędne są działania na poziomie krajowym zmierzające do eliminacji HCV, poprzez np. rządowy programu 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 istniej 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. Frukwintynib to selektywny doustny inhibitor kinazy tyrozynowej receptorów czynnika wzrostu śródbłonka 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. Frukwintynib 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).[21] 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

[21] 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

(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, 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 cukrzycy 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 typu1, 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, zaprzepaszczając 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.

Eksperci 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.

6. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyżej notowana wartość w życiu osobistym każdego z nas, a także istotny gwarant bezpieczeństwa narodowego, powstał *think-tank* „Medyczna Racja Stanu". 29 czerwca 2018 r. pod patronatem księdza Kardynała Kazimierza Nycza w siedzibie Polskiej Akademii Nauk odbyła się zorganizowana przez ISP PAN, PUO, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication, systemowo-ekspercka debata prezentująca inicjatorów powołania *think-tanku*, skład Rady Naukowej oraz **Tezy dla Zdrowia** wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Po trwających kilka miesięcy dyskusjach i konsultacjach powstała obecna wersja **Tez dla Zdrowia**, w których proponujemy:

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE"

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do wyzwań wiązanych ze zdrowiem Polaków, wygłaszanego w Światowym Dniu Chorego – 11 lutego i odnoszącego się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

2. PROPAGOWANIE, KONTROLOWANIE I NAGRADZANIE POSTAW SŁUŻĄCYCH TROSCE O JAKOŚĆ

JAKOŚĆ powinna stać się wyznacznikiem wszelkich działań w obszarze ochrony zdrowia poczynając od stosunku do pacjenta, dbałości o jego dostęp do wykwalifikowanych kadr, procedur diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, przez kadry i procesy decyzyjne zapobiegające marnotrawieniu rosnących środków na opiekę medyczną i służących racjonalizacji wydatków. Wszystko to z myślą o budowaniu międzypokoleniowej atmosfery *continous improvement* – ciągłej poprawy jako głównego elementu zarzadzania przez jakość.

3. PRZYJĘCIE ,ŻE NAJWAŻNIEJSZE REFORMY POWINNY ZOSTAĆ PRZEPROWADZONE W CIĄGU 5 LAT. NAZYWAMY TO ZASADĄ „HORYZONT 2023"

Proponujemy by po zakończeniu społecznych konsultacji dotyczących Tez dla Zdrowia podpisana została pod patronatem Prezydenta RP, umowa społeczna uwzględniająca najważniejsze reformy w systemie ochrony zdrowia z założeniem, że w ciągu 5 lat nastąpi zwiększenie dostępności środków finansowych, organizacyjnych i infrastrukturalnych w tym obszarze. Stronami umowy powinny być wszystkie znaczące siły polityczne, a jej sens powinien polegać na kontynuacji najważniejszych zmian przez kolejne rządy. Konieczne jest też uwzględnienie aspektów zdrowotnych w procesie tworzenia i uchwalania prawa. Musimy nauczyć się dostrzegania konsekwencji wprowadzanych regulacji także pod kątem ich wpływu na zdrowie obywateli, a nie tylko skutków budżetowych.

4. SKRÓCENIE CZASU OCZEKIWANIA NA REFUNDACJĘ LEKÓW I REALIZACJĘ PROGRAMÓW LEKOWYCH, ZMNIEJSZAJĄCE W DŁUŻSZEJ PERSPEKTYWIE OBCIĄŻENIE PUBLICZNYCH FINANSÓW, A CO NAJWAŻNIEJSZE OSZCZĘDZAJĄCE CIERPIENIA CHORYM I ICH BLISKIM

Wydatki na leki powinny rosnąć wraz z wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia i stanowić co najmniej 17% całego budżetu przeznaczonego na świadczenia gwarantowane. Procedura refundacyjna powinna być przejrzysta i odbywać się tak sprawnie by zapewnić pacjentom możliwie najszybszy dostęp do leków. Konieczne jest wprowadzenie szybkiej ścieżki refundacyjnej dla terapii stanowiących jedyny ratunek w stanach bezpośrednio zagrażających życiu i zapobiegających poważnym powikłaniom chorób przewlekłych oraz określenie jakich terapii to dotyczy i wskazanie kryteriów oraz zasady ich typowania. Jesteśmy za automatyczną refundacją danego leku w ciągu

6 miesięcy od uzyskania pozytywnej ocen AOTMiT i poszerzeniem wskazań refundacyjnych zgodnie z ChPL produktu i aktualną wiedzą medyczną, przy jednoczesnym, szerszym wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka w korelacji z dowodami skuteczności terapii. W gestii Ministra Zdrowia powinna pozostać kwestia ustalenia progu refundacji. Refundacją powinny być obejmowane leki, których miesięczny koszt stosowania, w typowej dawce przekraczałby 20 zł. W trosce o budżet państwa konieczne jest tworzenie rejestrów pacjentów i dokonywanie oceny jakości terapii finansowanych ze środków publicznych.

5. USTALENIE ZASADY, ŻE CELEM JEST ZAPEWNIENIE WSZYSTKIM PRZEWLEKLE CHORYM TAKIEGO POZIOMU LECZENIA, BY MIELI MOŻLIWOŚĆ JAK NAJDŁUŻEJ POZOSTAWAĆ NA RYNKU PRACY

Jesteśmy za wprowadzeniem ustawowego wymogu uwzględniania kosztów pośrednich i społecznych związanych z decyzjami refundacyjnymi dla wskazanej przez ekspertów grupy chorób przewlekłych i powszechnych, w tym chorób rzadkich i ultrarzadkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają redukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

6. RACJONALNE OKREŚLENIE ZAWARTOŚCI KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA, PRZEPROWADZONE W OPARCIU O AKTUALNĄ WIEDZĘ MEDYCZNĄ I DOKŁADNE ROZPOZNANIE POTRZEB POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

Zasadą każdego ubezpieczenia jest precyzyjne określenie zakresu: szkód, działań i rekompensat pokrywanego przez firmę ubezpieczającą. Taka sama zasada powinna dotyczyć działań podejmowanych przez NFZ. Przy określeniu zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych proponujemy przyjęcie zasady finansowania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych z następujących obszarów medycyny: ostre stany zagrażające życiu, drogie procedury szpitalne, diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych. System powinien gwarantować równy dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta.

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

NFZ powinien finansować określone procedury wszędzie tam, gdzie są one wykonywane, bez względu na rodzaj placówki leczniczej. Jedynym warunkiem podpisania umowy z NFZ powinno być zweryfikowane spełnianie przez placówkę określonych wymogów jakości, umożliwiających realizację konkretnej procedury i zapewnienie kontynuacji leczenia, nie zaś wygranie procedury konkursowej. Pozwoliłoby to na faktyczny przepływ pieniędzy „za pacjentem”.

8. UMOŻLIWIENIE POZABUDŻETOWEGO DOPŁYWU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA I ZRÓWNANIE WYSOKOŚCI SKŁADEK ZDROWOTNYCH WSZYSTKICH GRUP SPOŁECZNYCH

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

- zasady powszechnego (tj. obejmującego wszystkich obywateli w wieku 18-62 lata) opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co zwiększając liczebność owej grupy mogłoby nawet pozwolić na obniżenie składki.
- możliwości finansowania przez obywateli szerszego poziomu usług poprzez umożliwienie opłacania via ZUS lub niepubliczne formy ubezpieczeniowe wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego (składki premium), co radykalnie zwiększyłoby strumień środków kierowanych do placówek lecznictwa publicznego.

- reguły, że składka publicznego ubezpieczenia zdrowotnego uzależniona będzie od indywidualnego, podejmowanego przez nas samych poziomu ryzyka chorobowego (palenie tytoniu, nadwaga…).

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM

W związku z faktem, iż choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń cywilizacyjnych oraz wobec ogromnego postępu jaki dokonuje się w ich diagnostyce i terapii niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania stosowanych tu procedur. Szczególną wagę należy przykładać do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHORÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

Uważamy, że we współczesnym społeczeństwie wyznającym zasady solidaryzmu, pacjentowi, którego spotkało wyjątkowe nieszczęście w postaci diagnozy rzadkiego schorzenia winni jesteśmy realną pomoc w dostępie do najskuteczniejszych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Wsparcie Funduszu powinno odbywać się na zasadach takich, jak w przypadku Funduszu Walki z Rakiem.

11. SYSTEMOWE WSPARCIE DLA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE WALKI Z OTYŁOŚCIĄ I NADWAGĄ – „MOTYWACJA+”

Schorzenia te stają się coraz poważniejszym zagrożeniem cywilizacyjnym w państwach wysokorozwiniętych. Proponujemy zatem wprowadzenie finansowych form zachęty do walki z otyłością dla osób decydujących się na kurację odchudzającą według zasad określonych przez AOTMiT i realizowanych w POZ; w tym możliwość zmniejszenia składki zdrowotnej.

12. PROPAGOWANIE WIEDZY NA TEMAT SKUTECZNEGO ZAPOBIEGANIA CHOROBOM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODOWIEDZIALNOŚCI KAŻDEGO Z NAS ZA WŁASNE ZDROWIE

Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia” będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem . Aktywny udział w programie i poprawa parametrów zdrowotnych powinny być premiowane zmniejszeniem obciążeń podatkowych, zmniejszeniem składki zdrowotnej lub ułatwieniem w dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację Tezy 11 i 12 wspierałoby opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków.

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

Koordynacja opieki na poziomie POZ i AOS jest gwarancją efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Nowy program wsparcia opieki środowiskowej powinien koncentrować się na rozwoju opieki geriatrycznej, kardiologicznej i rehabilitacyjnej. Wymaga to intensywnego rozwoju w każdej gminie pielęgniarstwa środowiskowego i placówek dziennego pobytu dla seniorów oraz osób ze znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych czy motorycznych. W ramach koordynacji opieki w POZ i wsparcia opieki środowiskowej postulujemy aktywizację programu wolontariatu szkolnego skierowanego do osób potrzebujących pomocy.

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

Przygotowanie z inicjatywy polskiego rządu, założeń wspólnego działania na rzecz ZDROWIA na poziomie unijnym w oparciu o doświadczenia takich rozwiązań jak Europejska Unia Energetyczna. Założenia EUZ powinny stać się częścią polskiej strategii budowania koalicji wewnątrz wspólnoty. Jeden z postulatów to stworzenie europejskiej solidarnościowej listy leków dla całego obszaru UE, poczynając od leków sierocych i stopniowo –wszystkich innych, równając do najpełniejszych list w najbogatszych krajach wspólnoty. Celem tego przedsięwzięcia, w którym powinny partycypować wszystkie kraje członkowskie będzie zrównanie poziomu dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz leków refundowanych na całym terenie UE a także wspólna strategia dawania odporu ruchom anty-szczepionkowym.

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

Obowiązkowe szczepienia, stanowiąc ochronę indywidualną oraz środowiskową, są jednymi z najważniejszych elementów zdrowia wspólnotowego i wyrazem solidaryzmu społecznego. Należy zdecydowanie:

- zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień,
- nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami,
- zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi przeciwskazaniami do szczepień zapewnić wzrost wyszczepialności osób dorosłych.

16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa). Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie pielęgniarek, itp.).

7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera- jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem

„Tym, co pełnią misję lekarską, niosą ulgę w chorobie i cierpieniu – dedykuję kilka myśli ku rozwadze”. Dr Janusz Meder (1980)

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i zbierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując

się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.

3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiadane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełniąc swoją niełatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadczaj o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozerwalną całość.

8. Dziewięć kroków do tego, aby żyć 100 lat w pełnym zdrowiu wg Prof. Alicji Chybickiej (na podstawie różnych publikacji)

Krok I: Zadbaj o ruch, dostosowany do wieku, do wzrostu i wagi, do stanu zdrowia.

Krok II: Ogranicz liczbę kalorii, jedz wolniej i unikaj przetworzonych pokarmów, wracaj do natury.

Krok III: Myśl, wykonuj ćwiczenia umysłowe, czytaj, opowiadaj, koncentruj się i dyskutuj.

Krok IV: Miej cel, motywację, naucz się czegoś nowego.

Krok V: Stwórz własny cichy azyl do zwolnienia tempa życia.

Krok VI: Bądź członkiem wspólnoty, grupy przyjaciół, grupy ponadpokoleniowej, które by się edukowały, wspomagały i trzymały razem.

Krok VII: Miej swoje ulubione rytuały.

Krok VIII: Otaczaj się ludźmi, których lubisz i daj się lubić.

Krok IX: Uśmiechaj się i myśl pozytywnie. Jeśli człowiek myśli negatywnie, to jest to przepowiednia samospełniająca się i dużo w życiu się nie udaje.

KONTAKT:

Anna Jasińska - rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. +48 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Grażyna Mierzejewska - ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

PARTNERZY I SPONSORZY: