



**Instytut Rozwoju
Spraw Społecznych**

**POLSKA PREZYDENCJA
W RADZIE UNII EUROPEJSKIEJ W 2025 ROKU**

BIAŁA KSIĘGA

**Rekomendacje ekspertów
w obszarze ochrony zdrowia**

Biała Księga: Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.
Rekomendacje ekspertów w obszarze ochrony zdrowia

ISBN: 978-83-972044-5-4

Redakcja naukowa:

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, Małgorzata Bogusz, dr n. społ. Łukasz Przybysz

Edycja: Anna Sochocka

Wydawca: Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Warszawa 2025

Cytacja: Biała Księga: Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.
Rekomendacje w obszarze ochrony zdrowia. Bolesław Samoliński, Małgorzata Bogusz,
Łukasz Przybysz. Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Warszawa 2025

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Dr n. społ. Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, prezes zarządu Fundacji Edukacji Społecznej
2. Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2010–2012, prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, adiunkt Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore (USA)
3. Artur Białkowski, wiceprezes zarządu, dyrektor zarządzający ds. usług biznesowych, Medicover sp. z o.o.
4. Dr n. hum. Daria Biechowska, wiceprzewodnicząca Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
5. Dr hab. n. med. Monika Bociąga-Jasik, kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Klinika Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
6. Anna Bogucka, dyrektor Działu Medicover Sport, wiceprezes zarządu Medicover sp. z o.o.
7. Małgorzata Bogusz, prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej
8. Michał Byliniak, dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA
9. Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta
10. Prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka, poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich
11. Prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna, przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia, Narodowa Rada Rozwoju przy Prezydencie RP
12. Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki w Instytucie Matki i Dziecka, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019
13. Prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, prorektor ds. umiędzynarodowienia UM we Wrocławiu, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS), członkini Sekcji Women Dentist Worldwide Światowej Federacji Dentystycznej FDI
14. Prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek, prezes zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
15. Prof. dr hab. n. med. Magdalena Durlik, kierownik Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
16. Prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal, prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie
17. Prof. nadzw. Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, wiceprzewodniczący Korporacji „Zdrowe Zdrowie” Pracodawców RP
18. Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
19. Prof. dr hab. n. o zdr. Adam Fronczak, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2007–2011, Społeczna Akademia Nauk – Collegium Medicum
20. Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia na Uczelni Łazarskiego
21. Justin Gandy, dyrektor zarządzający MSD Polska

22. Prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik-Starzyk, Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny
23. Anna Gembicka, poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, zastępca przewodniczącego Komisji ds. Dzieci i Młodzieży
24. Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, European Health Network
25. Prof. dr hab. n. med. Robert Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA
26. Dr n. med. Maciej Głogowski, kierownik Oddziału Zabiegowego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego
27. Dr hab. n. med. Michał Gontkiewicz, lider Grupy roboczej ds. danych medycznych Naczelnej Izby Lekarskiej, członek Naczelnej Rady Lekarskiej
28. Dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor, senator Rzeczypospolitej Polskiej, zastępca przewodniczącej Komisji Zdrowia Senatu RP
29. Arkadiusz Grądkowski, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej wyrobów Medycznych POLMED
30. Dr n. med. Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny
31. Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke, przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk
32. Andrzej Haremski, cybernetyk społeczny, absolwent medycyny
33. Naira Harutyunyan, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
34. Prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman, Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
35. Robert Hyżorek, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
36. Dr n. med. Tomasz Imiela, członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
37. Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim
38. Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik, kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
39. Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski, zastępca dyrektora ds. leczenia i kierownik Katedry oraz Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Szpitala Klinicznego im. profesora Orłowskiego w Warszawie, przewodniczący Komisji Promocji Zdrowia PTK
40. Dr n. społ. Adam Jarubas, poseł do Parlamentu Europejskiego, przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego (SANT)
41. Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny
42. Dr inż. Grzegorz Jezierski, Stowarzyszenie Lambda Warszawa
43. Katarzyna Kacperczyk, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
44. Kamila Kadzidłowska, współzałożycielka i wiceprezeska zarządu Fundacji Rodzice dla Klimatu
45. Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, konsultant krajowy ds. neurologii, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych, Katedra Neurologii i Klinika Neurologii Dorosłych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
46. Dr n. med. Maciej Karaszewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia
47. Jan Karsznicki, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
48. Dr n. pr. Paweł Kaźmierczyk, lider Grupy roboczej ds. danych medycznych Naczelnej Izby Lekarskiej

49. Prof. dr hab. n. med. Beata Kieć-Wilk, kierownik Pracowni Rzadkich Chorób Metabolicznych przy Oddziale Klinicznym Katedry Chorób Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
50. Tomasz Kierkowicz, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
51. Dr n. społ. Marlena Kondrat, członek zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej
52. Wojciech Konieczny, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
53. Prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk, przewodnicząca Rady ds. chorób rzadkich przy ministrze zdrowia, kierownik Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
54. Katarzyna Kotula, ministra do spraw równości
55. Prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska, konsultant krajowa w dziedzinie nefrologii, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego
56. Prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Marek Krawczyk, członek rzeczywisty Polskiej Akademii Nauk i Dziekan Wydziału V Nauk Medycznych PAN
57. Prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
58. Karolina Kryszkiewicz, koordynator Zespołu Programów Zdrowotnych, Medicover sp. z o.o.
59. Dominik Kuc, członek zarządu Fundacji GrowSPACE
60. Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kuziemski, sekretarz Komitetu Nauk Klinicznych, Klinika Pneumonologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
61. Bartosz Kwiatek, Szkoła Główna Handlowa – Warszawski Uniwersytet Medyczny MBA w Ochronie Zdrowia
62. Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie
63. Prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
64. Dr n. med. Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ordynator Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Babińskiego w Łodzi
65. Krystyna Lewkowicz, prezes Fundacji Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku
66. Michał Lipiński, dyrektor konkursu Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”
67. Paweł Łangowski, przewodniczący Komitetu ds. Ochrony Zdrowia, SGI Europe
68. Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN
69. Dr n. med. Janusz Meder, prezes zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym
70. Justyna Mieszalska, prezes Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
71. Dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
72. Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, past-prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu
73. Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych oraz Zakładu Medycyny Regeneracyjnej i Immunoregulacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
74. Agnieszka Motyl, specjalistka w zakresie medycyny rodzinnej i epidemiologii, Medicover sp. z o.o.
75. Marta Musidłowska, badacz prawny, Center for IT & IP Law, Katolicki Uniwersytet w Leuven

76. Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, konsultant wojewódzka w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, pełnomocnik zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia i parlamentem
77. Wojciech Nowak, ekspert w dziedzinie biotechnologii, Przewodniczący Rady ds. Opieki Zdrowotnej (Healthcare Biotechnology Council) stowarzyszenia EuropaBio
78. Wanda Nowicka, wiceprzewodnicząca Nowej Lewicy, posłanka na Sejm RP, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu Praw Kobiet
79. Jarosław Nyk, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
80. Kacper Olejniczak, dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia i Sektora Life Sciences, Konfederacja Lewiatan
81. Barbara Olszowy, główny specjalista w Zespole Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka
82. Prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii, kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH
83. Prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski, konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
84. Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Rakiem Piersi, kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
85. Lech Pilawski, członek Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, doradca prezydenta Konfederacji Lewiatan
86. Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego w latach 2018–2024, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2015–2017, specjalista w zakresie chirurgii ogólnej, medycyny rodzinnej oraz zdrowia publicznego
87. Prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Komisja ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
88. Beata Plewka, specjalista z zakresu farmacji aptecznej, kierownik apteki, Medicover sp. z o.o.
89. Dr Dominika Pluskota-Bugajny, ekspertka komunikacji marketingowej i copywriterka, Medicover sp. z o.o.
90. Prof. dr hab. n. med. Piotr Podolec, kierownik kliniki Chorób Serca i Naczyń, pełnomocnik dyrektora ds. chorób rzadkich w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II
91. Prof. dr hab. n. med. Marek Postuła, kierownik Pracowni Farmakogenomiki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
92. Richard Price, Policy Director, Europejska Organizacja ds. Raka (European Cancer Organisation)
93. Krzysztof Przybył, prezes zarządu Fundacji Polskiego Promocyjnego „Teraz Polska”.
94. Dr n. społ. Łukasz Przybysz, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych, Wydział Dziennikarstwa, Informacji i Bibliologii Uniwersytetu Warszawskiego
95. Dr n. med. Julia Pupek-Pyziół, konsultant wojewódzka w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w województwie podlaskim
96. Sibilía Quilici, Executive Director (dyrektor wykonawczy) w Vaccines Europe, Europejska Federacja Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA)
97. Dr n. med. Igor Radziewicz-Winnicki, prezes zarządu PZU Zdrowie SA, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2012–2015
98. Irena Rej, prezes zarządu Izby Gospodarczej Farmacja Polska
99. Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, past-prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

100. Prof. dr hab. n. med. Barbara Remberk, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, członek zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy ministrze zdrowia
101. Sylwia Rozbicka, psycholog, kierownik ds. psychologii i psychiatrii, Centrum Zdrowia Psychicznego MindHealth, Medicover sp. z o.o.
102. Marzena Rudnicka, fundatorka oraz prezeska zarządu Fundacji Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej
103. Tomasz Rudolf, współzałożyciel i CEO start-upu medycznego Doctor.One
104. Wiesława Rybicka-Bogusz, prezeska regionu Mazowsze Stowarzyszenia Kobiety w Centrum
105. Grzegorz Rychwalski, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego
106. Dr n. med. Andrzej Ryś, Principal Scientific Advisor ds. nauki, Dyrekcja Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności Komisji Europejskiej (DG SANTE)
107. Prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, pełnomocnik dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Warszawa, przewodniczący zespołu ministra zdrowia ds. narodowej strategii onkologicznej, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, przewodniczący Rady Agencji Badań Medycznych
108. Dr n. o zdr. Piotr Samel-Kowalik, Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
109. Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
110. Rita Schultz, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
111. Aleksandra Sienkiewicz, dyrektor Forum Zdrowia, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców (ZPP)
112. Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Neurologii, kierownik I Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
113. Dr hab. n. med. Jacek Siewiera, szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego w latach 2022–2025
114. Dr hab. n. med. Agnieszka Skowrońska, menedżer programów zdrowotnych w Fundacji Medicover
115. Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta, kierownik Katedry Zdrowia Kobiety oraz Zakładu Zdrowia Reprodukcyjnego i Seksuologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
116. Prof. dr hab. n. med. Marcin Sobczak, prorektor ds. nauki i transferu technologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
117. Magdalena Sobkowiak-Czarnecka, podsekretarz stanu, pion ds. Unii Europejskiej, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
118. Prof. dr hab. n. med. Agata Stanek, Klinika Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Angiologii, Katedry Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
119. Dr n. med. Rafał Staszewski, zastępca prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych w latach 2023–2024
120. Prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Kardiologii

121. Dr hab. n. med. Edyta Sutkowska, Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Uniwersyteckie Centrum Fizjoterapii i Rehabilitacji, Zakład Fizjoterapii Klinicznej i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
122. Prof. dr hab. n. med. Jolanta Sykut-Cegielska, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie
123. Renata Szredzińska, prezeska zarządu fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, członkini Zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy ministrze zdrowia
124. Jacek Sztajnke, architekt systemów IT, członek rady naukowej przy projekcie Platformy Chorób Rzadkich
125. Prof. dr hab. n. med. Piotr Szymański, przewodniczący Komitetu ds. Regulacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Centrum Kardiologii Klinicznej i Chorób Rzadkich Układu Sercowo-Naczyniowego PIM MSWiA w Warszawie
126. Mariusz Szymczuk, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
127. Dr n. pr. Krzysztof Śmiszek, przewodniczący polskiej delegacji Grupy Sojuszu Socjalistów i Demokratów w Parlamencie Europejskim
128. Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
129. Lech Wałęsa, laureat Pokojowej Nagrody Nobla 1983, prezydent Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1990-1995
130. Marta Warzocha-Szkupińska, dietetyk dziecięcy, Medicover sp. z o.o.
131. Karolina Wasielewska, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych
132. Dr n. med. Bernard Waśko, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego
133. Prof. dr hab. n. med. Bożena Werner, Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
134. Prof. dr hab. n. med. Bartosz Wielgomas, prezes Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego, kierownik Katedry i Zakładu Toksykologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
135. Prof. dr hab. n. med. Andrzej Więcek, przewodniczący Rady Dziedziny Naukowej, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
136. Piotr Winciunas, Naczelny Lekarz ZUS, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – Szkoła Zdrowia Publicznego – Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego
137. Dr hab. n. med. Magdalena Wiśniewska, przewodnicząca Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej
138. Prof. dr hab. Cezary Włodarczyk, członek prezydium Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, były dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego
139. Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
140. Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk, kierownik Kliniki Psychiatrii, Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego UCK WUM
141. Magdalena Zając, Koalicja Rodzice dla Klimatu

Spis treści

Bezpieczeństwo, Europo! Lech Wałęsa	15
Słowo otwarcia Małgorzata Bogusz	16
Od priorytetów do konkluzji: przygotowania i realizacja przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej na podstawie doświadczeń z polskiej prezydencji w 2011 r. prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński	17
Druga prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej dr n. społ. Adam Jarubas	21
Zdrowie jako priorytet bezpieczeństwa Magdalena Sobkowiak-Czarnecka	24
Silniejsza, zdrowsza i bardziej odporna Europa Katarzyna Kacperczyk	25
Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej – mocny pakiet na niepewne czasy prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna	26
Struktura i metodologia Białej Księgi dr n. społ. Łukasz Przybysz	28
Część I.	
Prezydencja bez tajemnic Robert Hyżorek, Jan Karsznicki	31
Rada Unii Europejskiej – pozycja, rola i umocowanie w traktatach	31
Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej	31
Rotacyjny system sprawowania prezydencji	33
Prezycyjnne trio	34
Ciągłość prac Rady Unii Europejskiej	34
Przygotowanie prezydencji	35
Rada ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO) i nieformalne spotkania ministrów zdrowia	37
Program polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej	37
Przebieg prezydencji – kierowanie pracami Rady Unii Europejskiej	38
Część II.	
Konteksty polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w obszarze ochrony zdrowia	41
Prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej w 2011 r. w obszarze ochrony zdrowia – przebieg, osiągnięcia i refleksje prof. dr hab. n. o zdr. Adam Fronczak	41
Priorytety w zakresie zdrowia krajowych prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w latach 2011–2025 dr n. med. Jakub Gierczyński, Małgorzata Bogusz	45
Wyzwanie dla Europy: ochrona zdrowia w dobie globalnych dynamicznych zmian społecznych dr n. med. Andrzej Ryś, Karolina Wasielewska	55

Nowe mechanizmy na rzecz zdrowia obywateli Unii Europejskiej dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor	62
Bezpieczeństwo zdrowotne jako fundament stabilnej i silnej Polski oraz całej Europy dr hab. n. med. Jacek Siewiera	63
Europejska Karta Praw Pacjenta – wezwanie do działania Bartłomiej Chmielowiec	68
Rekomendacje w obszarze ochrony zdrowia i polityki lekowej z perspektywy Grupy Socjalistów i Demokratów w Parlamencie Europejskim dr n. pr. Krzysztof Śmiszek	69
Kompetencje UE w zdrowiu – ewolucja podejścia do unijnej ochrony zdrowia po pandemii Robert Hyżorek, Jan Karsznicki	71
Priorytety polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. w obszarze ochrony zdrowia Karolina Wasielewska	73
Trzy priorytety, wiele punktów widzenia Karolina Wasielewska, Alicja Chybicka, Anna Gembicka, Wojciech Konieczny	74
Część III.	
Eksperskie debaty na temat priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji	79
Priorytety zdrowotne dla polskiej prezydencji z perspektywy wybranych dziedzin medycyny prezentowane przez ekspertów w trakcie trzech konferencji Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych z cyklu „Droga do Prezydencji” w latach 2023–2024 dr n. med. Jakub Gierczyński (redakcja naukowa)	80
Wprowadzenie	82
Kardiologia	83
Onkologia	84
Reumatologia	85
Neurologia	86
Psychiatria	87
Zdrowie kobiet	89
Polityka senioralna	91
Choroby rzadkie	94
Diabetologia	98
Pediatria	98
Choroby zakaźne	99
Zdrowie publiczne	100
Badania naukowe w medycynie	102
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, jako priorytet polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. dr n. med. Jakub Gierczyński (redakcja naukowa)	104
Wprowadzenie	105
Małgorzata Bogusz	105
Justyna Mieszalska	106
prof. dr hab. n. med. Marcin Sobczak	107
prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński	107
dr n. med. Aleksandra Lewandowska	108
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik	111

Dominik Kuc	113
dr n. hum. Daria Biechowska	115
prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk	115
prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska	116
prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman	118
Magdalena Zając	119
dr n. med. Maciej Karaszewski	119
Renata Szredzińska	120
prof. dr hab. n. med. Barbara Remberk	121
Barbara Olszowy	122
Irena Rej	122
prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek	123
dr n. med. Julia Pupek-Pyziół	124
Karolina Wasielewska	124
dr n. med. Jakub Gierczyński	125
Cyfryzacja w ochronie zdrowia jako priorytet polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.	
dr n. med. Jakub Gierczyński (redakcja naukowa)	128
Wprowadzenie	129
Małgorzata Bogusz	129
Justyna Mieszalska	130
Marta Musidłowska	130
prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz	134
dr n. pr. Paweł Kaźmierczyk	137
dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka	138
Paweł Łangowski	140
dr n. o zdr. Piotr Samel-Kowalik	141
Andrzej Haremski	141
dr n. med. Tomasz Imiela	142
Jacek Sztajnke	143
dr hab. n. med. Michał Gontkiewicz	145
Tomasz Rudolf	146
Karolina Wasielewska	147
Profilaktyka i zdrowie publiczne jako priorytet polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.	
dr n. med. Jakub Gierczyński (redakcja naukowa)	151
Wprowadzenie	153
Małgorzata Bogusz	153
Justyna Mieszalska	154
Znaczenie profilaktyki w naukach medycznych	
prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke	155
Zdrowie publiczne i profilaktyka w prezydencji Polski w Radzie UE	
Wojciech Konieczny	155
Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej	
Katarzyna Kacperczyk	156

Doświadczenia polskiej prezydencji w 2011 r. w budowaniu programów zdrowia publicznego	
prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński	160
prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke	161
prof. dr hab. Cezary Włodarczyk	163
prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Marek Krawczyk	166
Wpływ pandemii i wojny na bezpieczeństwo zdrowotne populacji – rola służb publicznych	
dr n. med. Paweł Grzesiowski	167
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec	171
prof. dr hab. n. med. Maciej Banach	172
prof. dr hab. n. med. Piotr Szymański	173
prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska	174
prof. dr hab. n. med. Marek Postuła	174
prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz	175
dr n. med. Bernard Waśko	176
dr n. med. Igor Radziejewicz-Winnicki	177
Artur Białkowski	178
Justin Gandy	178
prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska	179
prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak	180
prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz	181
prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta	182
Wiesława Rybicka-Bogusz	182
prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak	183
Kamila Kadzidłowska	183
Irena Rej	186
Lech Piławski	187
Aleksandra Sienkiewicz	188
prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska	189
dr hab. n. med. Edyta Sutkowska	189
prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz	190
prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem	191
dr n. med. Janusz Meder	191
dr n. med. Maciej Głogowski	192
prof. dr hab. n. med. Bartosz Wielgomas	193
dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka	193
Stanisław Maćkowiak	195
Michał Lipiński	196
Karolina Wasielewska	196
dr n. med. Jakub Gierczyński	197

Część IV.

Rekomendacje ekspertów, stowarzyszeń branżowych i innych interesariuszy w ochronie zdrowia	199
Obszary medycyny klinicznej o dużym znaczeniu społecznym niewystarczająco adresowane w dyskursie o priorytetach zdrowotnych prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kuziemski, prof. dr hab. n. med. Andrzej Więcek, prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska, prof. dr hab. n. med. Magdalena Durlik, prof. dr hab. n. med. Agata Stanek, prof. dr hab. n. med. Bożena Werner, prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik-Starzyk	199
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – kierunek dalszych działań dr n. med. Aleksandra Lewandowska	203
Problemy i priorytety w psychiatrii dorosłych prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek	208
Profilaktyka – holistyczne spojrzenie na pacjenta i współpraca między poszczególnymi obszarami ochrony zdrowia prof. dr hab. n. med. Maciej Banach	211
Szczepienia przez całe życie – na każdym jego etapie prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz	216
Priorytety zdrowotne w zakresie zdrowia jamy ustnej w Polsce prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak	218
Wyzwania, problemy i rozwiązania w obszarze HIV w kontekście polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski, dr hab. n. med. Monika Bociąga-Jasik, dr inż. Grzegorz Jezierski, Magdalena Ankersztejn-Bartczak	222
Zrozumieć raka pęcherza moczowego: profilaktyka, świadomość społeczna i ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski	226
Europejska Organizacja ds. Raka (European Cancer Organisation) Richard Price	231
Profilaktyka jako filar bezpieczeństwa zdrowotnego, stabilności gospodarczej i odporności w Unii Europejskiej Sibilia Quilici	234
Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA Michał Byliniak	238
Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków Grzegorz Rychwalski	241
Izba Gospodarcza Farmacja Polska Irena Rej	244
Ogólnopolska Izba Gospodarcza wyrobów Medycznych POLMED Arkadiusz Grądkowski	245
Naczelna Izba Lekarska dr hab. n. med. Magda Wiśniewska	252
Polska Federacja Szpitali prof. nadzw. Jarosław J. Fedorowski	256
Pracodawcy Medycyny Prywatnej Beata Plewka, Sylwia Rozbicka, Anna Bogucka, Dominika Pluskota-Bugajny, Agnieszka Skowrońska, Karolina Krzyżkiewicz, Marta Warzocha-Szkupińska, Agnieszka Motyl	258

Konfederacja Lewiatan	
Kacper Olejniczak	265
Związek Przedsiębiorców i Pracodawców	
Aleksandra Sienkiewicz	271
Federacja Pacjentów Polskich	
Stanisław Maćkowiak	275
Rodzice dla Klimatu	
Kamila Kadzidłowska	280
Stowarzyszenie Kobiety w Centrum	
Wiesława Rybicka-Bogusz	290
Fundacja GrowSPACE	
Dominik Kuc	293
Podsumowanie i wnioski	
prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński	296

Bezpieczeństwo, Europo!

Lech Wałęsa

laureat Pokojowej Nagrody Nobla 1983, prezydent Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1990–1995

„Bezpieczeństwo, Europo!” – hasło polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w trudnym okresie koniecznego korygowania wielu polityk Wspólnoty i czasie globalnego niepokoju jest jak najbardziej adekwatne. Europa mierzy się z konsekwencjami agresji zbrojnej Rosji na Ukrainę, ale Europa trwa i reformuje się. Priorytetem dzisiaj jest bezpieczeństwo militarne, ale polska prezydencja, zgodnie z logiką dziejów, wspierać będzie działania wzmacniające europejskie bezpieczeństwo we wszystkich jego wymiarach: zewnętrznym, wewnętrznym, ekonomicznym, informacyjnym, energetycznym, żywnościowym i zdrowotnym.

Gdy w 1980 r. walczyliśmy solidarnie o prawo obywateli do prawdy i wolności, gdy w 1983 r. jako przewodniczący „Solidarności” otrzymałem Pokojową Nagrodę Nobla, zmagaliśmy się o sprawy wielkie, ale nie zapominaliśmy również o sprawach ważnych dla każdego z nas – bezpieczeństwie osobistym, prawie do pracy, edukacji i odpowiedniej opieki zdrowotnej. Nagrodzono mnie za determinację w dążeniu do rozwiązania problemów poprzez negocjacje i współpracę bez uciekania się do przemocy. Nasza walka zakończyła się zwycięstwem, ale dziś, po ponad czterech dekadach od solidarnościowego zrywu, w innej rzeczywistości, musimy dbać, aby prawa obywateli do wolności i pokoju były niezachwiane, a polityki Unii Europejskiej dbały o każdy zakres dobrostanu obywateli i osób przebywających na terytorium Wspólnoty.

W zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego każdy obywatel Polski i Unii Europejskiej ma prawo do zachowania zdrowia, czyli równego dostępu do opieki zdrowotnej, do czystego powietrza oraz zdrowej wody i żywności. Prawo do zdrowia i pracy to podstawa funkcjonowania nowoczesnego społeczeństwa i gwarancja rozwoju gospodarki. W zakresie zdrowia w trakcie polskiej prezydencji znów mamy szansę przypomnieć, co oznacza słowo solidarność w zdrowiu, co możemy wspólnie zrobić, jak pomóc i jak działać na rzecz społeczeństwa. Gdy zapytamy ludzi, kiedy czują się bezpiecznie i kiedy z optymizmem patrzą w przyszłość, większość odpowie, że najważniejsze jest zdrowie, bo na wszystko inne można zapracować. Prawdziwy kryzys zaczyna się wtedy, kiedy brakuje zdrowia do pracy. Tylko ze zdrowym społeczeństwem mamy szansę na systematyczny wzrost gospodarczy Polski i Unii Europejskiej.

Dlatego wspieram priorytetowe traktowanie profilaktyki zdrowotnej. Każdy lekarz wie, że profilaktyka jest lepsza niż leczenie, a każdy ekonomista wie, że zapobieganie kryzysowi kosztuje o wiele mniej niż walka z nim. Musimy wspólnie szybko i sprawnie reagować na problemy zdrowotne, które utrudniają dorastanie i wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży, szczególnie w zakresie zaburzeń psychicznych. Pacjenci mają świadomość, jak kluczowe znaczenie ma bezpieczeństwo lekowe, czyli dostęp do przepisanego przez lekarza leku. We wdrażaniu zmian i działaniu bardzo ważna jest szybkość, dlatego kolejnym priorytetem jest cyfryzacja w ochronie zdrowia, tak aby informacja mogła dotrzeć do każdego, na jego telefon lub e-mail.

Gratuluje wszystkich zmian i reform w polityce zdrowotnej, których udało się dokonać w Polsce w ostatnich ponad dwóch dekadach naszego członkostwa w Unii Europejskiej. Dzięki postępowi w medycynie żyjemy dłużej i w lepszym zdrowiu. Wiem, co mówię – dzięki znakomitym lekarzom oraz przestrzeganiu ich zaleceń, pomimo wieku i wielu życiowych doświadczeń, mogę dalej działać i angażować się w sprawy społeczne.

Zachęcam do lektury Białej Księgi pt. „Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. Rekomendacje w obszarze ochrony zdrowia”, która dzięki kontrybucji tak wielu autorów, znakomicie podsumowuje potrzeby polskiego i unijnego sektora ochrony zdrowia, w drodze do coraz lepszego opieki zdrowotnej. Wszystkim życzę przede wszystkim zdrowia, bo ono gwarantuje dobre życie w społeczeństwie, rodzinie i pracy.



Lech Wałęsa

Słowo otwarcia

Małgorzata Bogusz

prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

Szanowni Państwo,

Z wielką satysfakcją przedstawiam Państwu Białą Księgę pt. „Polska Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. Rekomendacje w obszarze ochrony zdrowia”, przygotowaną przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. Opracowanie zawiera rekomendacje ponad 100 ekspertów w obszarze ochrony zdrowia w kontekście trwającej polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Dokument ten jest owocem intensywnej pracy i współpracy wielu wybitnych ekspertów, przedstawicieli władz publicznych, klinicystów, reprezentantów branży ochrony zdrowia oraz przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego.

Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej jest kluczowym momentem dla przyszłości Unii Europejskiej (UE), szczególnie w kontekście bezpieczeństwa zdrowotnego. Nasza rola jako państwa członkowskiego polega na wzmocnieniu pozycji ochrony zdrowia w UE oraz na poprawie stanu zdrowia i jakości życia obywateli Unii.

W ciągu ostatniej dekady Polska dokonała znaczących postępów w obszarze ochrony zdrowia, wprowadzając innowacyjne rozwiązania organizacyjne, finansowe i technologiczne. Jednocześnie nadal stoimy przed wieloma wyzwaniem, które wymagają naszej uwagi i działania, przede wszystkim w kontekście dostępu pacjentów do wysokiej jakości świadczeń medycznych, która wymaga pilnych zmian i poprawy.

Niniejsza Biała Księga stanowi kompleksowe opracowanie rekomendacji dotyczących programu zdrowotnego Polski na okres sprawowania prezydencji. Zawiera ona analizy i propozycje w kluczowych obszarach, takich jak profilaktyka zdrowotna, wyzwania z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, cyfryzacja w ochronie zdrowia, zdrowie kobiet, bezpieczeństwa dostaw leków i postulat zwiększenia skali ich produkcji na terenie Unii Europejskiej, konieczność walki z dezinformacją w zdrowiu, czy wpływu zmian w środowisku naturalnym na dobrostan Europejki i Europejczyków.

Dokument ten jest efektem konsultacji i współpracy, które rozpoczęły się na długo przed objęciem przez Polskę prezydencji. Nasze rekomendacje opierają się na dogłębnej analizie aktualnej sytuacji, trendów i potrzeb w obszarze zdrowia w Unii Europejskiej.

Wierzimy, że przedstawione w Białej Księdze propozycje pomogą w kształtowaniu skutecznej i innowacyjnej polityki zdrowotnej na poziomie europejskim. Naszym celem jest, aby polska prezydencja stała się katalizatorem pozytywnych zmian w systemie ochrony zdrowia Unii Europejskiej, przyczyniając się do budowy systemu odpornego na kryzysy i dostępnego dla wszystkich obywateli Unii.

Pragniemy podkreślić, że sukces naszej prezydencji będzie zależeć od ścisłej współpracy i dialogu z instytucjami unijnymi, społeczeństwem obywatelskim oraz pozostałymi państwami członkowskimi. Dlatego też zachęcamy wszystkich interesariuszy do aktywnego udziału w dyskusji i implementacji przedstawionych rekomendacji.

Jestem przekonana, że niniejsza Biała Księga stanowi solidną podstawę do dalszych prac na poziomie krajowym i europejskim. Mam nadzieję, że okaże się ona cennym źródłem inspiracji i wiedzy dla wszystkich zaangażowanych w kształtowanie polityki zdrowotnej w Unii Europejskiej.

Dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tego dokumentu, i zapraszam do jego lektury oraz wspólnego działania na rzecz zdrowszej i silniejszej Unii Europejskiej.

Małgorzata Bogusz

Od priorytetów do konkluzji: przygotowania i realizacja przewodnictwa w Radzie UE na podstawie doświadczeń z polskiej prezydencji w 2011 r.

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

W styczniu 2025 r. Polska rozpoczęła kolejną, drugą w historii prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. Warto przedstawić doświadczenie, które zdobyliśmy w 2011 r., gdy obejmowaliśmy przewodnictwo w Unii po raz pierwszy.

Trzy lata przed rozpoczęciem prezydencji został zbudowany korpus prezydencji. W ramach tego ciała byliśmy szkoleni językowo z uwzględnieniem fachowej terminologii, organizacji UE i prawa unijnego. Spotkaliśmy się też w DG SANCO (Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Konsumentów) Komisji Europejskiej z pracownikami dyrektoriatu. Nauczyliśmy się w tym czasie bardzo dużo. Dzięki naszym spotkaniom w Komisji Europejskiej oraz z reprezentacją Danii, drugim krajem tria naszej prezydencji, zrozumieliśmy, jak mają wyglądać priorytety unijne oraz przyjęte na ich podstawie konkluzje.

Przygotowując się do prezydencji, rozpoczęliśmy formowanie korpusu i podjęliśmy negocjacje. Wiceminister Adam Fronczak skontaktował się ze mną, proponując, abym kierował grupą roboczą ds. zdrowia publicznego w Komisji Europejskiej (Public Health Working Party). Jest to ciało skupiające delegacje wszystkich krajów unijnych, mające na celu wynegocjowanie wspólnych stanowisk w sprawach konkluzji wynikających z priorytetów prezentowanych przez poszczególne prezydencje. Każdorazowo takiej Working Party przewodniczy przedstawiciel kraju pełniącego rolę prezydencką w UE. Konkluzje, które przyjmuje taka grupa, są pewną formą regulacji unijnych. Akceptowane jednomyślnie przez ministrów ds. zdrowia krajów unijnych narzucają kierunki pracy i zadania Komisji Europejskiej, a także państwowym członkowskim. Nie są wiążące, tak jak przyjęte przez Europarlament dyrektywy, niemniej jednak potrafią wpływać na politykę międzynarodową i poszczególne polityki krajowe. W naszym przypadku dotyczyło to polityk zdrowotnych, a w innych resortach – stosownych polityk resortowych.

Proponowana odpowiedzialność za prowadzenie tak ważnej politycznie komisji była dla mnie trudna do zaakceptowania. Potrzebna była osoba o prawnym i politycznym wykształceniu, a najlepiej również doświadczeniu. Dlatego zgodziłem się wspierać tę pracę z pozycji wiceprzewodniczego grupy roboczej, a więc zostałem zastępcą przewodniczącej Agnieszki Czupryniak. Warto jednak zaznaczyć, iż ta funkcja nabierała sensu dopiero po rozpoczęciu prezydencji.

W okresie przygotowawczym kierownictwo Ministerstwa Zdrowia powołało zespół ds. prezydencji wraz z podzespołem ds. priorytetów. Zespół to ciało składające się z ekspertów i przedstawicieli poszczególnych departamentów zaangażowanych w prezydencję. Szefem tego zespołu był wiceminister zdrowia Adam Frączak. Podzespół ds. priorytetów miał za zadanie opracowanie propozycji tematów na czas prezydencji, a dokładnie priorytetów, nad którymi w tym czasie miały dyskutować państwa unijne, wskazać propozycje ewentualnych konkluzji Rady Unii Europejskiej. Składał się więc przede wszystkim z ekspertów. Pod tym względem polska

organizacja przygotowań prezydencji różniła się od organizacji prezydencji w innych krajach unijnych. Kierownictwo resortu oddało bowiem prawo opracowania założeń merytorycznych w ręce autorytetów ze świata medycyny i farmacji. Dopiero potem podejmowało decyzje kierunkowe co do szczegółowych zagadnień wchodzących w agendę prezydencji.

W drugim roku poprzedzającym prezydencję rozpoczęliśmy szkolenia, w ramach których eksperci międzynarodowi nauczyli nas sztuki negocjacji w języku angielskim. Po zaliczeniu egzaminu otrzymaliśmy certyfikat potwierdzający pełnoprawne członkostwo w korpusie prezydencji. Proces kompletowania składu był prowadzony z najwyższą starannością.

W każdym ministerstwie utworzono zespół o specjalistycznym przygotowaniu, zdolny do prowadzenia negocjacji i zrozumienia bieżących wydarzeń w Unii Europejskiej. To solidne przygotowanie sprawiło, że podczas prezydencji staliśmy się równoprawnymi partnerami dla dużych państw w UE.

Wewnątrz Ministerstwa Zdrowia podział ról w zespole ds. prezydencji wyglądał następująco:

- Biuro Współpracy z Zagranicą brało na siebie administrowanie, tj. przygotowywanie dokumentów, sprawozdań, prowadzenie korespondencji dyplomatycznej, przyjmowanie delegacji, itd.
- Departament Zdrowia Publicznego obsługiwał podzespół ds. priorytetów. Całością zarządzał w imieniu minister Ewy Kopacz sekretarz stanu dr Adam Fronczak.

Na kilkanaście miesięcy przed naszą prezydencją odbyły się spotkania tria prezydenckiego, w skład którego wchodziły oprócz nas Dania i Cypr. Program całego trio powstał w trakcie trzech spotkań. Inicjatywa takich spotkań musi wyjść od samych państw wchodzących w skład trio. Z reguły organizacja pierwszego z nich powinna wyjść od państwa sprawującego prezydencję jako pierwsze, czyli w naszym przypadku Polski.

Jadąc na spotkania tria, byliśmy już po ustaleniach z Komisją Europejską. Początkowo nasz kraj nastawiony był na rozmowy o systemach ochrony zdrowia i problemach, które w nich istnieją. Chcieliśmy pójść na tę prezydencję, omawiając trudności, które mamy w kraju. Komisja Europejska uprzedziła nas jednak, że w przypadku prezydencji skupiać musimy się na problemach natury międzynarodowej, ogólnych uwarunkowaniach związanych ze zdrowiem publicznym, np. profilaktyką, która na poziomie międzynarodowym może być inicjowana, wdrażana oraz stymulowana. Kreowanie polityki zdrowotnej to samodzielna kompetencja państw członkowskich. Kształtowanie polityki prozdrowotnej, czyli ukierunkowanej szerzej na profilaktykę i zapobieganie chorobom ma zaś wymiar międzynarodowy czy też wspólnotowy, i ten zakres zagadnień powinien być naszym priorytetem.

Wybór priorytetów prezydencji jest pewnym kompromisem między państwem prowadzącym prezydencję a Komisją Europejską. Często KE ma propozycje prowadzenia przez daną prezydencję zagadnień, które stanowią już zakres priorytetów innych prezydencji, albo też są priorytetem samej Komisji. W ramach tria prezydenckiego też ustanawia się wspólne priorytety. Mają one jednak charakter ogólny, spajający trio. Nie mają wpływu na nasze decyzje – tak jak my nie mamy wpływu na decyzje dotyczące ich priorytetów. Komisja Europejska ustosunkowuje się i wskazuje, w jakim stopniu nasze tematy są jej zdaniem odpowiednie, i co by ewentualnie proponowała. Nasz podzespół miał za zadanie złożyć propozycje w jedną całość tak, aby minister zdrowia mógł podjąć stosowne decyzje, i to w uzgodnieniu z Komitetem Stałym Rady Ministrów. Ostatecznie priorytety zdrowotne na czas polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej były przedstawione dopiero podczas rozpoczęcia prezydencji.

W ramach podzespołu ds. priorytetów spotykaliśmy się średnio raz w miesiącu przez półtora roku i dyskutowaliśmy o tych priorytetach. Na początku mieliśmy ich 15.

Prezydencja rozpoczęła się nieformalnym spotkaniem ministrów zdrowia na początku lipca w Sopocie. „Starość zaczyna się w dzieciństwie” to hasło przewodnie polskiej prezydencji. Łączyło ono we wspólny mianownik wiele innych tematów i treści. Akceptowalne było też dla całego tria.

Prezydencja odgrywa istotną rolę z punktu widzenia promocji kraju. Nasze przygotowanie spełniło w tym zakresie oczekiwania krajowych i międzynarodowych polityków. Priorytety były nie tylko starannie dobrane, lecz także starannie realizowane w czasie 6 miesięcy naszej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej.

Podczas otwarcia prezydencji przedstawiane są niektóre aspekty priorytetów. W agendzie mieszczą się również inne zagadnienia. W Sopocie w 2011 r. przedstawiony był wykład na temat zaburzeń słuchu i epidemii zaburzeń słuchu w Polsce oraz na świecie, przygotowany przez prof. Skarżyńskiego. Pokazaliśmy, że jest to istotny problem komunikacyjny, edukacyjny i bardzo wpływa na jakość życia oraz rozwój jednostek i społeczeństw. Na zapleczu konferencji zostały ustawione stanowiska, które badały słuch wszystkim delegacjom, co bardzo uatrakcyjniało spotkanie.

Tuż po uroczystości otwarcia prezydencji rozpoczyna się realizacją priorytetów. Każdy z nich wiąże się z określoną ekspercką i polityczną debatą na poziomie międzynarodowym. Często organizowane były także posiedzenia z udziałem europarlamentarzystów. Na tej podstawie dochodzi często do uzgodnień w grupie roboczej zdrowia publicznego. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym zorganizowaliśmy dwie konferencje: na temat chorób mózgu oraz chorób przewlekłych układu oddechowego u dzieci. Obie były powiązane z priorytetami polskiej prezydencji. Na organizowaną przeze mnie konferencję ściągnęliśmy najlepszych ekspertów Unii Europejskiej, przedstawicieli Komisji Europejskiej i Parlamentu, a także sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Przedstawiliśmy problem, z którego zbudowaliśmy już jako zespół ekspercki powołany na terenie Polski, propozycje do konkluzji. Następnie przenieśliśmy temat na grunt Grupy roboczej ds. ochrony zdrowia. Jej spotkania odbywały się systematycznie w Brukseli, średnio raz w tygodniu. Czasami zapraszaliśmy też niektórych ekspertów na ich posiedzenia, żeby przekonać uczestników, czyli przedstawicieli poszczególnych ministerstw zdrowia krajów członkowskich do tego, by w konkluzjach znalazły się uwagi określonej treści.

Trzeba było też trochę „biegać” między delegacjami i negocjować. W ten sposób przygotowaliśmy konkluzje, które zostały zaakceptowane przez grupy robocze.

Spotkania grup roboczych Public Health Working Party opierały się na udziale delegacji państw członkowskich przy wspólnym stole. Po wstępnych ustaleniach delegacje wracały w celu uzyskania od swoich rządów nowych wytycznych i ewentualnie akceptacji ustaleń poczynionych podczas grupy roboczej. Na kolejnych spotkaniach toczyły się oparte o te wytyczne dalsze negocjacje. Trwało to nawet kilka miesięcy, aż do zakończenia naszej prezydencji.

Konkluzje przyjęto na koniec prezydencji. Każdy zapis w konkluzji musiał mieć zgodę wszystkich państw członkowskich.

W konkluzji była preambuła wskazująca, czego dotyczy konkluzja. Następnie przedstawienie problemów i zadań dla państw członkowskich, dla Komisji Europejskiej, i wspólnych dla państw członkowskich i Komisji Europejskiej.

Na ostatnim posiedzeniu Rady UE zamykającej okres prezydencji ministrowie zdrowia krajów unijnych przegłosowali konkluzje.

Perfekcyjnie przygotowana i zrealizowana prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej była uznawana za najlepszą prezydencję od czasu, kiedy wprowadzono traktat lizboński.

Co do prezydencji Polski w RUE w 2025 r. Wskazując na możliwe do zaproponowania priorytety, warto nadmienić, że każdy kraj UE inaczej monitoruje zjawiska epidemiologiczne. Moim zdaniem to fantastyczny temat do poprowadzenia po epidemii. Jedną z zasadniczych potrzeb jest jednak stałe monitorowanie pewnych zjawisk. Wszystkie statystyki publiczne na świecie zawsze są niedokładne, dlatego robi się oprócz tego np. badania epidemiologiczne, by dowiedzieć się, jaki jest rzeczywisty stan epidemii czy w zakresie chorób cywilizacyjnych lub zakaźnych na terenie poszczególnych regionów. To mógłby być ciekawy temat do podniesienia na poziomie całej UE.

Jeżeli mówimy o cyfryzacji jako priorytecie, to warto byłoby go skonkretyzować. Powinniśmy dążyć do zunifikowania systemów informatycznych dotyczących ochrony zdrowia na terenie Unii, aby tworzyć wspólne bazy jako podstawę naukową analiz na potrzeby polityki zdrowotnej. Unifikacja systemów informatycznych może także sprzyjać lepszej opiece nad obywatelami Unii bez względu na ich miejsce zamieszkania. Alergolodzy już stworzyli taki system, w którym np. Ukraińiec przychodzi do dowolnego lekarza w Unii Europejskiej, otwiera aplikację, wypełnia w swoim języku ankietę zdrowotną, a lekarz czyta to w swoim języku. Z takich rozwiązań mogłyby skorzystać także kardiologia, gastrologia, urologia, neurologia, itd.

Innym priorytetem, z którym moglibyśmy wyjść do Europy, jest stworzenie systemu opieki w zakresie chorób rzadkich. To jest idealny temat do współpracy międzynarodowej. Gromadzenie danych o rzadkiej jednostce chorobowej w jednym centrum pozwala na opracowanie lepszych modeli diagnostycznych i terapeutycznych dzięki gromadzeniu danych w jednym ośrodku. Dzięki temu można odkryć pewne specyficzne cechy, które pozwalają na wcześniejsze postawienie rozpoznania.

Często podczas prezydencji dąży się do zamknięcia tematów rozpoczętych, ale nie zawsze jest to możliwe. Np. kwestia opieki transgranicznej ciągnęła się przez kilka prezydencji. Dlatego istotna jest współpraca z Komisją Europejską, która jest gwarantem ciągłości priorytetów.

Trzeba pamiętać, że przewodniczącym Rady Unii Europejskiej w czasie prezydencji jest premier danego kraju. To on prowadzi prezydencję. Jednak każdy z resortów ma swoje zagadnienia, swoje grupy robocze i swoje spotkania ministrów w ramach Rady UE. A zatem premier zatwierdza priorytety z poszczególnych resortów, ale każdy z resortów pracuje samodzielnie.

Na pewnym etapie sprawowania prezydencji warto też zacząć przygotowywać z odpowiednim wyprzedzeniem pewne podsumowanie. To swoisty mechanizm kontroli efektów – żeby to, co jest uznane jako priorytet, można było później monitorować i o tym pamiętać, gdy pojawi się nowa ścieżka finansowania – np. z programu „Horizon Europe”. Żebyśmy zobaczyli, jak praca w ramach priorytetów przekłada się później na konkretne efekty – czy będą to zmiany w przepisach, czy finansowanie jakichś programów, czy ogólnie – kształtowanie polityki europejskiej.

Druga prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej

dr n. społ. Adam Jarubas

poseł do Parlamentu Europejskiego, przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego (SANT)

Prezydencja Polski w Radzie UE 2025 r. to wyzwanie różniące się od tego, któremu sprościliśmy w 2011 r. Stabilne rządy od 2007 r. pozwalały dobrze przygotować priorytety i flagowe inicjatywy, zabezpieczyć finansowanie i przygotować z wyprzedzeniem kadry poprzedniej pierwszej prezydencji Polski. Na dwa lata przed 2011 r. osoby pracujące w czasie prezydencji wiedziały o tym, znały swoje prawdopodobne zadania, przygotowywały się do nich. Przygotowania do prezydencji 2025 r. de facto ruszyły wraz ze zmianą po wyborach 15 października i wydłużonym okresem przekazania władzy, czyli tak naprawdę w 2024 r. Przed nami zatem ogromne wyzwanie nadrobienia zaległości, by dobrze wykorzystać szanse, jakie wiążą się z tym ważnym okresem w UE, oraz by przygotować się na to, co może być problematyczne.

Na naszą korzyść zdaje się działać inny niż w 2011 r. moment, w którym będzie UE, jej instytucje, szczególnie Komisja Europejska. W 2011 r. wchodziliśmy w prezydencję Rady UE na zaawansowanym etapie trwających prac legislacyjnych, trwającymi negocjacjami trójstronnymi, tematami zainicjowanymi już przez Komisję w jej trzecim roku pracy, realizowanymi tak w Radzie, jak i w Parlamencie Europejskim. Tym razem kalendarium wyborcze, formowanie się parlamentu 10. kadencji po wyborach w Polsce 9 czerwca, a w innych państwach UE już od 6 czerwca, dalsze wyłanianie składu nowej Komisji Europejskiej, co może potrwać do późnej jesieni lub wczesnej zimy 2024 r., sprawiają, że prezydencja Polski w Radzie UE 2025 r. ruszy praktycznie z rozpoczęciem prac nowej Komisji. Nie będzie to zatem co do zasady okres, gdy procedowane będą już akty prawne zainicjowane przez Komisję, a tym bardziej nie czas negocjacji trilogów szukających kompromisów między stanowiskiem Parlamentu Europejskiego i państw w Radzie, za prowadzenie których odpowiada prezydencja. To z jednej strony może oznaczać mniejsze obciążenie prezydencji, możliwość skupienia się na priorytetowych z naszego punktu widzenia kwestiach, ale i mniejsze szanse oddziaływania na negocjacje legislacyjne w kluczowych ich momentach.

Jednocześnie ten okres daje Polsce pozycję mniej lub bardziej formalnego oddziaływania na programowanie przez nową Komisję Europejską jej celów, strategii na kolejnych 5 lat, bo tym będzie się w tym czasie zajmować Komisja Europejska i tę okazję trzeba dobrze spożytkować. Zarówno dla Polski, jak i dla całej UE, w dobie dzisiejszych wyzwań w obszarze bezpieczeństwa w związku z agresją Rosji, kwestia wzmocnienia Europejskiej obrony, przemysłu zbrojeniowego, potencjału odstraszania, europejskiego komponentu NATO, będzie kluczowa. Szczególnie z racji ryzyka wzrostu izolacjonizmu USA w przypadku zmiany w Białym Domu czy zaangażowania Amerykanów na Indo-Pacyfiku. Ale obok potencjału obronnego bezpieczeństwo ma też inne aspekty, jak energia, surowce, technologie czy np. zdrowie. Poprawiając potencjał i skuteczność opieki zdrowia podnosimy naszą odporność – to jej poziom determinował i różnicował w pandemii Covid-19, od jakiego nasilenia zachorowań dane państwo zmuszone było do przechodzenia w stan zamknięcia uderzający m.in. w gospodarkę. Z drugiej strony konflikty w częściach globu, skąd importujemy leki lub substancje do ich produkcji, tudzież zaburzenie na szlakach transportowych, narażają wprost zdrowie i życie Europejczyków. Z tych powodów, a także jako przewodniczący Podkomisji Zdrowia Publicznego Parlamentu Europejskiego, skupię się tutaj na tym, co potencjalnie przed prezydencją Polski w Radzie UE w tym obszarze.

W obszarze zdrowia w ramach prezydencji Polski warto zadbać np., by Komisja, budując na dorobku strategii Plan Pokonania Raka, którą udało nam się zainicjować w 2021 r., wdrożyła podobne holistyczne strategie, częściowo pewnie się zazębiające, uwzględniające profilaktykę, dla chorób sercowo-naczyniowych, największego zabójcy w UE, powiązanych z nimi chorób diabetologicznych, czy będących u progu przełomowych odkryć chorób neurodegeneracyjnych,

gdzie jednak obok samego leczenia należy też zwrócić uwagę na kwestie społeczne i ekonomiczne związane z opieką, w tym opieką długoterminową czy funkcjonowaniem zawodowym. Ten temat podnosi silnie m.in. Holandia. Naszym priorytetem powinno być także przyjęcie europejskiego planu działania na rzecz zdrowia psychicznego, uwzględniającego sytuację dzieci i osób młodych, nierówności w dostępie do opieki w UE czy niepokojące tendencje, jak szkodliwy wpływ algorytmów czy treści w internecie.

W programowaniu prac nowej Komisji nie można zapomnieć, iż kolejna kadencja to będzie czas uzgodnienia i przyjęcia kolejnej wieloletniej perspektywy finansowej na lata 2028–2034. Kluczowe będzie budowanie poparcia nie tylko dla zachowania, ale i znaczącego wzmocnienia powołanego po raz pierwszy w obecnej siedmiolatce funduszu dedykowanego zdrowiu EU4Health, wraz z postępującą integracją w ramach Unii Zdrowia. Równie istotne będzie zabezpieczenie adekwatnego finansowania dla funduszu badań UE Horyzont Europa, w tym kolejnych obok misji rakowej misjach w obszarze zdrowia. Bardzo ważne będzie też zaprojektowanie funduszy spójności, by umożliwiały również likwidowanie dysproporcji w dostępie do usług zdrowotnych tak pomiędzy państwami UE, jak i wewnątrz, między terenami zurbanizowanymi a mniejszymi miejscowościami czy obszarami wiejskimi. Jak często powtarzam, zdrowie zależy od kodu DNA, ale nie może zależeć od kodu pocztowego. We wszystkich tych obszarach, a szczególnie na terenach oddalonych, mniej dostępnych, kluczowe będzie wykorzystanie technologii cyfrowych w zdrowiu, e-health, w ramach strategii cyfrowa dekada i cyfrowego kompasu do 2030 r., tak w ramach badań, jak i optymalizacji efektywności wykorzystania zasobów systemów opieki zdrowia. By to zrealizować, UE musi kontynuować wysiłki w oparciu o wdrażanie przyjętych już regulacji, takich jak na rzecz produkcji mikroprocesorów Akt o chipach, dostępu do szybkich transferów z Aktem o infrastrukturze gigabitowej, bezpiecznej wymiany danych z Aktem o danych i europejską przestrzenią danych zdrowotnych, bezpiecznym wykorzystaniu możliwości sztucznej inteligencji w badaniach i opiece zdrowia z Aktem o sztucznej inteligencji i dokończonyj w kolejnej kadencji Dyrektywie o odpowiedzialności cywilnoprawnej za sztuczną inteligencję.

Mając to wszystko na uwadze, trzeba podkreślić, że prezydencja Polski w Radzie UE 2025 nie będzie całkowicie „zwolniona” z prac legislacyjnych, w tym trilogów, bo na stole będą akty prawne zainicjowane w obecnej kadencji, na różnym etapie zaawansowania.

W obszarze zdrowia kluczowe będą m.in. dyrektywa i rozporządzenie pakietu farmaceutycznego, największej od 20 lat reformy rynku leków w UE. Musimy sobie zdawać sprawę, że w Europie dziś występuje ponad 6 tys. chorób rzadkich, dotyczących nawet 30 mln Europejczyków, na które nie ma lekarstw. W wielu przypadkach, pomimo terapii dla dorosłych, nie ma zastosowań pediatrycznych. Europa boryka się z niedoborami leków, a leki dostępne w jednych państwach bywają dostępne w innych dopiero po dwóch i więcej latach. Wg szacunków Komisji Europejskiej pacjenci w zachodnich i większych państwach członkowskich mają dostęp do blisko 90 proc. nowo zatwierdzonych leków, we wschodnich i mniejszych państwach członkowskich liczba ta wynosi zaledwie 10 proc. Rosnącym zagrożeniem jest antybiotykooporność i brak nowych antybiotyków.

Pakiet był przedmiotem prac m.in. w Podkomisji Zdrowia Publicznego (SANT) Parlamentu Europejskiego, której jestem przewodniczącym. Koordynowałem również prace nad pakietem w ramach polskiej delegacji Grupy EPL, składając poprawki, organizując konferencje z interesariuszami w Polsce i w Brukseli, prowadząc dialog ze sprawozdawcami, rekomendując kierunek głosowań dla dobrego kompromisowego mandatu negocjacyjnego PE. W ramach tych prac starałem się wynegocjować równowagę między wsparciem innowacji w nowe leki dzięki gwarantowaniu czasowej wyłączności na sprzedaż nowych leków w UE a sprawnym zaistnieniem konkurencji tańszych zamienników obniżającej koszty dla pacjentów i systemów opieki zdrowia państwa UE np. w obszarze istniejących już dziś, ale niezwykle drogich, a przez to trudno dostępnych leków sierocych na choroby rzadkie. Warunkowe wydłużenia wyłączności mają zależeć od realizacji interesu publicznego, jak oferowanie leków na niezaspokojone potrzeby medyczne, leków pediatrycznych czy leków sierocych na choroby rzadkie, leków efektywniejszych, nowe zastosowania dla istniejących już leków, prowadzenie badań i rozwoju leków w UE czy opracowywanie nowych antybiotyków.

Mimo przyjęcia stanowiska negocjacyjnego Parlamentu Europejskiego dla dyrektywy i rozporządzenia pakietu farmaceutycznego na przedostatniej sesji plenarnej Rada nie przyjęła jeszcze podejścia ogólnego, wymaganego do negocjacji w trilogach z PE i ostatecznego zakończenia procesu legislacyjnego. I choć jednym z priorytetów obecnej prezydencji Belgii jest wypracowanie takiego stanowiska, a więc do końca czerwca tego roku, to trilogi będą mogły się rozpocząć dopiero po uformowaniu się nowego Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej. Jeśli nawet prace ruszą w grudniu, to realnie większość prac będzie realizowanych w 2025 r. za prezydencji Polski w Radzie UE. Byłby to zatem element swoistej sztafety w obszarze zdrowia między obecną prezydencją Belgii, gdzie kwestie zdrowotne są priorytetowe.

W tej kadencji mimo przyjęcia listy leków krytycznych i uruchomienia Sojuszu na rzecz Leków Krytycznych Komisja Europejska nie zdążyła przedstawić inicjatywy legislacyjnej Aktu o lekach krytycznych. Regulacja ta miałaby, wykorzystując m.in. rozwiązania podobne do tych zawartych w Akcie o chipach, z szerszym dopuszczeniem pomocy publicznej państw UE umożliwić zatrzymanie lub odbudowę w UE produkcji leków czy substancji niezbędnych w lekach, jak substancje aktywne tzw. APIs czy inne zasoby medyczne, gdzie dziś Europa ma nadmierną zależność od importu. Po doświadczeniach skokowego wzrostu popytu, zaburzeń łańcuchów dostaw, z pandemii Covid-19, wchodząc w niespokojne czasy napięć międzynarodowych, musimy w UE wzmocnić suwerenność lekową. To jednocześnie może być impulsem gospodarczym dla takich państw, jak Polska, z prężnym sektorem farmaceutycznym, wykształconymi kadrami, konkurencyjnej na tle UE. Na taką pozycję Polski wskazywało opracowanie zlecone z mojej inicjatywy przez Komisję Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (ENVI) PE, opublikowane w marcu 2023 r. Obok konkurencyjności kosztowej Polski opracowanie wskazywało także na znaczenie automatyzacji, wykorzystania AI w produkcji w ramach przemysłu 4.0, dla przenoszenia produkcji z Azji. Oba trendy powinny być promowane w UE i z obu powinna skorzystać Polska.

Komisja obecnie prowadzi konsultacje ws. Aktu o lekach krytycznych, m.in. w ramach Sojuszu Leków Krytycznych, przeprowadza wymaganą oceną skutków regulacji. Tak jak obecnej prezydencji Belgii w ramach jej priorytetów udało się skłonić Komisję do uruchomienia Sojuszu Leków Krytycznych, tak priorytetem prezydencji Polski we współpracy z Komisją Europejską mogłoby być przedłożenie projektu Aktu o lekach krytycznych i zainicjowanie prac w Radzie, a równoległe w Parlamencie Europejskim i, na ile to możliwe, postępy w tych pracach. To, na co należy zwrócić uwagę, to by Akt o lekach krytycznych nie zaburzał konkurencji na jednolitym rynku, a więc zabezpieczenie monitoringu Komisji Europejskiej czy także np. rozwiązania proponowane w raporcie Enrico Letta dla Rady z kwietnia tego roku ws. wzmocnienia konkurencyjności jednolitego rynku, tj. np. powołanie wspólnego mechanizmu, gdzie część środków krajowej pomocy publicznej trafiałoby do wspólnego funduszu i było redystrybuowane, przeciwdziałając zaburzeniu jednolitego rynku w wyniku działania zjawiska „duży może więcej”, wspierając branże kluczowe dla całej UE – czyli np. produkcję API tudzież leków szerzej. Prace nad Aktem o lekach krytycznych mogą więc być kolejnym przykładem sztafety w obszarze zdrowia między prezydencją Belgii a prezydencją Polski 2025 r., bo poza uczynieniem tych kwestii priorytetowymi w ramach obecnej prezydencji, to Belgia w maju 2023 r. zaprezentowała w Radzie jako pierwsza opracowanie wskazujące Komisji Europejskiej potrzebę takich rozwiązań prawnych, co uzyskało poparcie 23 państw UE, w tym Polski.

Choć formalnie prezydencja Polski to prezydencja w Radzie UE, to we wszystkich tych działaniach rząd nie może zapomnieć o współpracy z PE. Załatwienie wielu spraw już na etapie prac w PE zostawia mniej do wynegocjowania w Radzie i ułatwia trilogi. W PE można także animować szerszą debatę z interesariuszami lub inicjować stanowiska nielegislacyjne wspierające priorytety prezydencji. Wreszcie Parlament Europejski to najlepsze miejsce do przypomnienia Europie naszego potencjału gospodarczego, promocji polskiej marki. W Parlamencie Europejskim często można się spotkać z opiniami, że taka współpraca dała dobre efekty w 2011. Dlatego warto zadbać, by w zbliżających się wyborach do Parlamentu Europejskiego wysłać posłów otwartych na współpracę z prezydencją Polski.

Przed Polską zatem druga przygoda z Prezydencją Rady UE, duże wyzwanie, ale i ponowna szansa wzięcia odpowiedzialności za losy Wspólnoty Europejskiej, pokazania, że to także nasza UE i potwierdzenie powrotu do głównego nurtu decyzyjnego naszego kontynentu po 15 października 2023 r. Wierzę, że skorzystamy z tej szansy.

Zdrowie jako priorytet bezpieczeństwa

Magdalena Sobkowiak-Czarnecka

podsekretarz stanu, pion ds. Unii Europejskiej, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Choć zdrowie nie jest tradycyjnie uznawane za obszar ściśle związany z polityką bezpieczeństwa Unii Europejskiej, pandemia Covid-19 wyraźnie pokazała, że bezpieczeństwo zdrowotne jest integralną częścią bezpieczeństwa ogółu. Dlatego wybraliśmy na główne przesłanie polskiej prezydencji hasło „Bezpieczeństwo, Europo!”. Było dla nas oczywiste, że jednym z filarów tego bezpieczeństwa będzie bezpieczeństwo zdrowotne. Pandemia, niczym soczewka, skupiła uwagę na tym, jak ważna jest współpraca międzynarodowa w zarządzaniu kryzysami zdrowotnymi. Polska, przewodnicząc Radzie UE, ma teraz realną możliwość podkreślenia wagi tego obszaru i zaproponowania konkretnych rozwiązań, które wzmocnią europejskie systemy ochrony zdrowia.

Jednym z kluczowych priorytetów jest wzmocnienie europejskiej współpracy w zakresie zarządzania kryzysami zdrowotnymi. Wspólne działania na poziomie UE, takie jak koordynacja zakupów szczepionek czy wspólne strategie reagowania na pandemię, pokazały, że Unia może działać skutecznie, gdy jej członkowie działają razem. Konieczne wydaje się wypracowanie wspólnego europejskiego systemu monitorowania i reagowania na zagrożenia zdrowotne. To szczególnie ważne w kontekście rosnących wyzwań, takich jak zmiany klimatu, ekstremalne zjawiska pogodowe czy zagrożenia hybrydowe i cybernetyczne, które również mają wpływ na zdrowie publiczne.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Kolejnym ważnym obszarem, który znalazł się w agendzie polskiej prezydencji, jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Pandemia Covid-19 nie tylko wpłynęła na zdrowie fizyczne, ale także znacząco pogorszyła stan zdrowia psychicznego młodych ludzi. Izolacja społeczna, zdalna edukacja oraz niepewność co do przyszłości przyczyniły się do wzrostu problemów, takich jak depresja, stany lękowe czy zaburzenia odżywiania. Dodatkowo rozwój technologii cyfrowych i ich nadmierne wykorzystywanie przez młode pokolenie stają się nowym wyzwaniem dla ich dobrostanu psychicznego.

Polska jako kraj biorący odpowiedzialność za dobrobyt przyszłych pokoleń, stawia zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży wśród swoich priorytetów. W ramach prezydencji proponujemy inicjatywy mające na celu wsparcie psychologiczne w szkołach, zwiększenie dostępności do specjalistycznej opieki psychologicznej oraz promocję programów edukacyjnych dotyczących zdrowia psychicznego. Współpraca z innymi krajami UE w tym zakresie może przynieść wymierne korzyści dla całej Unii.

Cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej

Polska prezydencja ma również szansę przyczynić się do przyspieszenia cyfrowej transformacji opieki zdrowotnej w UE. Pandemia Covid-19 unaoczniała, jak ważne jest wdrażanie nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia, takich jak telemedycyna, elektroniczna dokumentacja medyczna czy sztuczna inteligencja wspierająca diagnostykę. Polska może zaproponować inicjatywy mające na celu wymianę najlepszych praktyk między państwami członkowskimi oraz zwiększenie inwestycji w cyfrowe rozwiązania zdrowotne.

Kluczowe w kontekście cyfryzacji jest również uwzględnienie bezpieczeństwa lekowego. Polska podczas prezydencji podejmie działania na rzecz dywersyfikacji łańcuchów dostaw leków oraz wsparcia ich produkcji w UE. To szczególnie ważne w dobie globalnych kryzysów, które mogą

zakłócać dostawy leków i sprzętu medycznego. Wsparcie dla lokalnej produkcji leków i zwiększenie odporności systemów zdrowotnych to priorytety, które mogą znacząco wpłynąć na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli UE.

Współpraca z trio i Komisją Europejską

Polska, przewodnicząc Radzie UE, działa w ramach tzw. trio, w skład którego wchodzi również Dania i Cypr. Ta współpraca daje Polsce możliwość inicjowania wątków, które będą kontynuowane przez kolejne prezydencje. W kontekście zdrowia i bezpieczeństwa, Polska wykorzysta tę szansę, aby zaproponować długofalowe strategie, które będą miały wpływ na prace Rady UE w kolejnych latach.

Współpraca z Komisją Europejską będzie kluczowa dla sukcesu polskiej prezydencji. Polska będzie dążyć do tego, aby jej priorytety w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa były spójne z celami całej Unii. Wspólne działania na rzecz wzmocnienia systemów ochrony zdrowia, poprawy zdrowia psychicznego oraz zarządzania kryzysami zdrowotnymi mogą stać się trwałym dziedzictwem polskiej prezydencji.

Dla zdrowszej Europy

Polska, przewodnicząc pracom Rady Unii Europejskiej, ma wyjątkową okazję, aby wpłynąć na kształt europejskich polityk w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa. W dobie wyzwań, takich jak pandemia Covid-19, kryzys zdrowia psychicznego młodych ludzi czy konieczność cyfrowej transformacji opieki zdrowotnej, Polska może stać się liderem w kształtowaniu rozwiązań, które będą miały realny wpływ na życie Europejki i Europejczyków. Dzięki odpowiedzialnemu wykorzystaniu tej szansy, Polska przyczyni się do budowy silniejszej, zdrowszej i bezpieczniejszej Europy.

Silniejsza, zdrowsza i bardziej odporna Europa

Katarzyna Kacperczyk

podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Szanowni Państwo,

Polska prezydencja, która rozpoczęła się w styczniu 2025 r., to przede wszystkim szansa. Szansa dla Europy i szansa dla Polski. Na to, by w tych trudnych czasach postawić na konsekwencję, wizję i umiejętność dialogu w wypracowywaniu rozwiązań dobrych dla Europy, jej poszczególnych państw członkowskich, w tym Polski.

Dlatego cieszę się, że powstała Biała Księga, o której dziś będziemy rozmawiać. To kompleksowy dokument, wskazujący to, co jest i co powinno być dla nas wszystkich najważniejsze.

Polska, obejmując przewodnictwo w Radzie UE od stycznia 2025 r., postawiła sobie za cel wzmocnienie współpracy i bezpieczeństwa zdrowotnego w całej Europie. Nasze działania koncentrują się na czterech kluczowych obszarach: bezpieczeństwie zdrowotnym, cyfryzacji opieki zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyce chorób oraz zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży.

Bezpieczeństwo zdrowotne jest fundamentem stabilności i rozwoju Unii Europejskiej. Polska prezydencja kładzie nacisk na zwiększenie niezależności lekowej UE poprzez dywersyfikację łańcuchów dostaw oraz wsparcie produkcji leków w Europie. W kontekście pandemii Covid-19 i wojny w Ukrainie bezpieczeństwo zdrowotne obejmuje również zarządzanie kryzysami zdrowotnymi, w tym wzmocnienie systemów ochrony zdrowia oraz zapewnienie ciągłości dostaw produktów medycznych.

Istotnym elementem jest również rewizja legislacji farmaceutycznej, mająca na celu wzmocnienie konkurencyjności sektora farmaceutycznego, przy jednoczesnym zapewnieniu pacjentom dostępu do leków. Chodzi tu zarówno o dostępność fizyczną, jak i finansową. Dlatego też musimy dziś w UE znaleźć dobry kompromis, który jednocześnie umożliwi rozwój innowacyjnego sektora farmaceutycznego oraz sektora generycznego. W czasie prezydencji planowane jest również przedstawienie projektu Aktu o lekach krytycznych, który ma wzmocnić zdolności produkcyjne europejskich producentów i zabezpieczyć dostęp do API w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Cyfryzacja opieki zdrowotnej to kolejny priorytet polskiej prezydencji. Wprowadzenie Europejskiej Przestrzeni Danych o Zdrowiu (EHDS) ma na celu ułatwienie wymiany danych medycznych między państwami członkowskimi, co przyczyni się do poprawy jakości opieki zdrowotnej. Polska prezydencja działa też na rzecz zwiększenia cyberbezpieczeństwa technologii medycznych oraz wsparcia dla rozwoju e-zdrowia i telemedycyny. Cyfryzacja obejmuje także rozwój nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych, które pozwolą na bardziej precyzyjne i efektywne leczenie pacjentów.

Profilaktyka zdrowotna jest najskuteczniejszą metodą poprawy zdrowia społeczeństwa. Stawiamy na promocję zdrowego stylu życia, w tym walkę z otyłością, nadużywaniem alkoholu i paleniem tytoniu. Szczególną uwagę poświęcamy ocenie skuteczności programów profilaktycznych oraz zidentyfikowanie dobrych praktyk, które mogą być wdrażane na szczeblu narodowym i wspólnotowym.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży to jeden z najważniejszych priorytetów polskiej prezydencji. Pandemia Covid-19 znacząco pogorszyła stan zdrowia psychicznego młodych ludzi, co wymaga pilnych działań na poziomie europejskim. Coraz większym problemem staje się uzależnienie od nowych technologii cyfrowych i mediów społecznościowych. Planujemy również przyjęcie konkluzji Rady UE w tym zakresie oraz opracowanie raportu we współpracy z WHO, który przeanalizuje wpływ technologii cyfrowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży.

„Bezpieczeństwo, Europo!” – to hasło polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Naszym celem jest właśnie zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także wzmocnienie współpracy między państwami członkowskimi UE, tak by dążyć do poprawy jakości życia obywateli całej Europy. Biała Księga to dokument poświęcony właśnie temu celowi.

Pierwsza polska prezydencja w 2011 r. była niewątpliwym sukcesem. W 2025 r. kontynuujemy naszą misję, stawiając czoła nowym wyzwaniom i dążąc do jeszcze większej integracji i współpracy w obszarze zdrowia. Wierzymy, że realizacja naszych priorytetów przyczyni się do budowy silniejszej, zdrowszej i bardziej odpornej Europy.

Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie UE – mocny pakiet na niepewne czasy

prof. dr hab. n. med. Piotr Gzauderna

przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia, Narodowa Rada Rozwoju przy Prezydencie RP

Pandemia wyposażyla nas we wnioski, które możemy wykorzystać, realizując politykę zdrowotną w czasie wojny i niedoborów leków. Priorytety polskiej prezydencji są utrzymane w tym duchu.

Współczesne systemy ochrony zdrowia w krajach europejskich borykają się z wieloma problemami. Należą do nich m.in. narastająca rozpiętość między ich możliwościami finansowymi a coraz wyższymi kosztami terapii, zwłaszcza chorób rzadkich i nowotworowych, oraz wyzwania związane z demografią rozwiniętych społeczeństw.

Szczególnie istotnym zjawiskiem jest starzenie się Europy. Obecnie w Polsce żyje ok. 10 mln osób powyżej 60. roku życia, a liczba ta zwiększy się w najbliższych latach o ok. 50 proc. Podobne trendy występują w całej Europie – w 2050 r. 30 proc. populacji będzie miało 65 i więcej lat. Dlatego należy stawiać na samodzielność osób w wieku senioralnym, opiekę środowiskową oraz zwiększyć dostępność do lekarzy geriatrów. Odrębnym problemem, i to nie tylko w Polsce, jest gwałtowne narastanie i rozpowszechnienie różnorodnych problemów psychicznych, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, do czego walenie przyczyniła się pandemia Covid-19.

Zbyt mało uwagi poświęca się profilaktyce, jednocześnie kładąc zbyt duży nacisk na medycynę naprawczą, która jest przecież znacznie droższa, a niekiedy i mniej skuteczna. Nigdy dość przypominać, iż profilaktyka jest najmniej kosztowną metodą poprawy zdrowia społeczeństwa. Dlatego cieszy mnie, że polskie Ministerstwo Zdrowia wybrało początkowo trzy, rzeczywiście istotne, priorytety zdrowotne polskiej prezydencji: transformację cyfrową opieki zdrowotnej, promowanie profilaktyki oraz problem opieki zdrowotnej w kontekście zmian demograficznych. Z czasem nieco je rozszerzono, co również było krokiem w dobrym kierunku, i dodano: promocję zdrowia, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz bezpieczeństwo lekowe. Tematy te pojawiły się zresztą w większości w dokumencie opublikowanym przez WHO w 2024 r. pt. „Przyszłe priorytety zdrowotne UE: najważniejsze wnioski z debaty publicznej”. Publikacja ta była podsumowaniem debaty przeprowadzonej przez European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory), w której wzięło udział ponad 1 tys. osób z 48 krajów. W dyskusji tej na pierwszym miejscu postawiono tzw. 3D: demokratyzację ochrony zdrowia (health in all and for all policies), demografię (w sensie zarówno wyzwań, jak i integracji oraz koordynacji opieki i działań) oraz digitalizację (jako kluczowe narzędzie odpowiedzi na wyzwania).

W kwestiach szczegółowych MZ zaproponowało także pochylenie się nad regulacjami dotyczącymi wyrobów tytoniowych oraz alkoholu, i stworzenie wspólnego europejskiego katalogu dobrych praktyk w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Niewątpliwie temat nowatorskich produktów tytoniowych wymaga uregulowania, zwłaszcza że podejście krajów europejskich w tym zakresie jest dość zróżnicowane. Z jednej strony mamy brytyjskie zalecenia, aby „prezstawiać” tradycyjnych palaczy, którzy nie rokują porzucenia nałogu, na papierosy elektroniczne, które są uważane za mniej szkodliwe. Z drugiej mamy polskie, bardziej restrykcyjne podejście do sprawy, zgodnie z którym e-papierosy, albo inaczej tzw. wapowanie (ang. vaping) stanowią, zwłaszcza dla młodzieży, prostą ścieżkę do wejścia w nałóg palenia. Odrębnym próbnym problemem jest całkowity brak standaryzacji e-papierosów oraz tzw. liquidów, których skład nie jest uregulowany i w których może się znajdować wiele szkodliwych substancji. A mamy jeszcze do czynienia z papierosami nowej generacji opartymi na podgrzewaniu tytoniu, tzw. heat-no-burn products, a w tle – z olbrzymimi dochodami i lobbieniem przemysłu tytoniowego.

Cieszy mnie także, że w planach jest przygotowanie pogłębionego raportu oraz rekomendacji na temat wpływu mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Coraz więcej krajów na świecie zdaje sobie sprawę z ich niezwykle szkodliwego oddziaływania na rozwój dzieci i młodzieży i zaczyna wprowadzać ograniczenia w tym zakresie. Pod tym względem Polska jest daleko w tyle.

I wreszcie problem bezpieczeństwa lekowego. To niezwykle istotne, że go wreszcie oficjalnie dostrzeżono. Wagę tej sprawy dobitnie pokazał okres pandemii Covid-19, kiedy to zerwaniu uległy łańcuchy dostaw. Produkcja substancji czynnych w znacznej części (w ponad 50 proc. przypadków) odbywa się poza Europą, głównie w Chinach i Indiach. Sytuacje nadzwyczajne, takie jak wojny czy masowe pandemie i inne kryzysy humanitarne, wymagają odpowiedniego przygotowania. Dlatego tak ważne jest opracowanie polskiej oraz modyfikacja europejskiej listy leków krytycznych na wzór tej stworzonej przez amerykańską agencję FDA, która koncentruje się na bezpieczeństwie państwa w sytuacjach katastrof, działań wojennych czy innych zagrożeń. Tymczasem liście stworzonej przez Europejską Agencję Leków przyświecała zupełnie inna filozofia – chodziło bowiem o dostępność leków i skupienie się na ich łańcuchu dostaw, a także możliwość substytucji innymi produktami, zaś sama obecna europejska lista obejmuje nawet leki sieroce.

Odrębnym tematem jest oczywiście cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, ale tu wiele na poziomie europejskim się już dzieje, choć oczywiście zaawansowanie tego typu technologii jest różne w poszczególnych krajach UE (akurat Polska nie wypada tutaj źle). Przywołać można np. europejską inicjatywę platformy integrującej dane naukowe na temat nowotworów (UNCAN) czy ambitną inicjatywę European Health Data Space pozwalającą na wymianę informacji pomiędzy pacjentami a profesjonalistami zdrowotnymi na poziomie paneuropejskim. Analiza skomplikowanych danych molekularnych, szczególnie tych dotyczących nowotworów czy chorób rzadkich, nie jest możliwa bez cyfryzacji, a to z kolei otwiera nowe możliwości leczenia i pozwala optymalnie dopasować terapię do potrzeb pacjenta.

Struktura i metodologia Białej Księgi

dr n. społ. Łukasz Przybysz

**Instytut Rozwoju Spraw Społecznych, Wydział Dziennikarstwa, Informacji i Bibliologii
Uniwersytetu Warszawskiego**

Metodologia opracowania Białej Księgi, przygotowanej w kontekście polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r., została zaprojektowana w sposób umożliwiający kompleksowe i interdyscyplinarne podejście do kluczowych wyzwań w obszarze ochrony zdrowia. Proces ten opierał się na kilku fundamentalnych filarach, które zapewniły naukową rzetelność, szeroką reprezentatywność interesariuszy oraz zgodność z unijnymi i krajowymi priorytetami zdrowotnymi. Poniżej przedstawiono szczegółowe omówienie metodologii, która stanowiła podstawę opracowania dokumentu.

Konsultacje eksperckie i partycypacyjne podejście

Jednym z kluczowych elementów metodologii było przeprowadzenie szeroko zakrojonych konsultacji z udziałem ekspertów z różnych dziedzin medycyny, zdrowia publicznego, technologii, prawa oraz przedstawicieli organizacji pacjentów, instytucji publicznych i sektora prywatnego. Konsultacje te odbywały się w ramach cyklu debat eksperckich „Droga do prezydencji”, organizowanych w latach 2023–2024 przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych. W trakcie tych wydarzeń omawiano priorytety zdrowotne polskiej prezydencji, a także identyfikowano kluczowe wyzwania i rekomendacje.

Debaty te miały charakter interdyscyplinarny i obejmowały różnorodne obszary tematyczne, takie jak kardiologia, onkologia, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, cyfryzacja ochrony zdrowia, profilaktyka oraz bezpieczeństwo lekowe. W wyniku tych spotkań wypracowano konkretne wnioski i rekomendacje, które zostały uwzględnione w Białej Księdze.

Analiza danych i trendów

Metodologia opierała się na dogłębnej analizie danych statystycznych, raportów oraz wyników badań naukowych dotyczących zdrowia publicznego, systemów ochrony zdrowia oraz trendów demograficznych i technologicznych w Polsce i Unii Europejskiej. Wykorzystano dane pochodzące z krajowych i międzynarodowych źródeł, takich jak raporty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Europejskiego Obserwatorium Polityk i Systemów Zdrowotnych (European Observatory on Health Systems and Policies) oraz Europejskiej Agencji Leków (EMA).

Analiza ta pozwoliła na identyfikację kluczowych wyzwań, takich jak starzenie się społeczeństwa, rosnące koszty terapii, nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, a także potrzeba transformacji cyfrowej systemów ochrony zdrowia. Szczególną uwagę poświęcono wpływowi pandemii Covid-19 oraz wojny w Ukrainie na systemy zdrowotne i bezpieczeństwo lekowe.

Interdyscyplinarne podejście

Proces opracowania Białej Księgi charakteryzował się interdyscyplinarnym podejściem, które umożliwiło uwzględnienie różnorodnych perspektyw i doświadczeń. W pracy nad dokumentem zaangażowano specjalistów z różnych dziedzin, takich jak medycyna, zdrowie publiczne, prawo, ekonomia, technologia oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych i pacjenckich. Dzięki temu możliwe było opracowanie rekomendacji, które są zarówno naukowo uzasadnione, jak i praktycznie możliwe do wdrożenia.

Priorytetyzacja kluczowych obszarów

Metodologia zakładała priorytetyzację kluczowych obszarów zdrowotnych, które zostały zidentyfikowane jako najistotniejsze w kontekście polskiej prezydencji w Radzie UE. W wyniku analiz i konsultacji wyłoniono cztery główne priorytety:

1. **Cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej** – obejmująca wdrożenie Europejskiej Przestrzeni Danych Medycznych (EHDS), rozwój narzędzi cyfrowych oraz zapewnienie cyberbezpieczeństwa.
2. **Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży** – z naciskiem na profilaktykę, promocję zdrowia psychicznego oraz przeciwdziałanie negatywnym skutkom nowych technologii i mediów społecznościowych.
3. **Promocja profilaktyki i zdrowia publicznego** – w tym ocena skuteczności programów profilaktycznych oraz opracowanie katalogu dobrych praktyk.
4. **Bezpieczeństwo lekowe** – obejmujące rewizję legislacji farmaceutycznej, opracowanie Aktu o lekach krytycznych oraz wzmocnienie produkcji farmaceutycznej w UE.

Każdy z tych priorytetów został szczegółowo przeanalizowany pod kątem wyzwań, szans oraz rekomendowanych działań.

Oparcie na dowodach naukowych

Rekomendacje zawarte w Białej Księdze zostały opracowane na podstawie dowodów naukowych oraz najlepszych praktyk z innych krajów Unii Europejskiej. W procesie tym uwzględniono wyniki badań naukowych, analizy systemowe oraz doświadczenia z wcześniejszych prezydencji w Radzie UE, w tym polskiej prezydencji w 2011 r. Szczególną uwagę poświęcono również dokumentom strategicznym UE, takim jak Europejski Plan Walki z Rakiem, Europejska Unia Zdrowotna oraz Europejski Zielony Ład.

Uwzględnienie kontekstu unijnego

Metodologia uwzględniała również kontekst unijny, w tym kompetencje UE w obszarze zdrowia oraz aktualne inicjatywy legislacyjne i strategiczne. Dokument odnosi się do takich inicjatyw, jak Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS), Europejski plan walki z rakiem, a także działania Europejskiej Agencji Leków (EMA) i Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Dzięki temu Biała Księga wpisuje się w szersze ramy polityki zdrowotnej Unii Europejskiej.

Proces iteracyjny i weryfikacja

Opracowanie Białej Księgi było procesem iteracyjnym, co oznacza, że dokument był wielokrotnie weryfikowany i uzupełniany na podstawie uwag i sugestii zgłaszanych przez ekspertów oraz interesariuszy. W procesie tym uwzględniono również wyniki konferencji i debat eksperckich, które odbywały się w ramach cyklu „Droga do prezydencji”. Każda wersja dokumentu była poddawana szczegółowej analizie i ocenie, co pozwoliło na dopracowanie treści i zapewnienie jej wysokiej jakości merytorycznej.

Współpraca międzynarodowa

W procesie opracowywania Białej Księgi uwzględniono również perspektywę międzynarodową poprzez współpracę z ekspertami z innych krajów UE oraz organizacjami międzynarodowymi, takimi jak WHO. Dzięki temu dokument uwzględnia zarówno polskie, jak i europejskie potrzeby i priorytety w obszarze ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Metodologia opracowania Białej Księgi opierała się na naukowej rzetelności, szerokiej partycypacji interesariuszy oraz interdyscyplinarnym podejściu. Dzięki temu dokument stanowi kompleksowe opracowanie, które nie tylko identyfikuje kluczowe wyzwania w obszarze ochrony zdrowia, ale także proponuje konkretne i praktyczne rozwiązania, które mogą być wdrożone w trakcie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.

Część I. Prezydencja bez tajemnic

Robert Hyżorek, Jan Karsznicki

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Rada Unii Europejskiej – pozycja, rola i umocowanie w traktatach

Rada Unii Europejskiej jest jednym z głównych organów decyzyjnych Unii Europejskiej. Wraz z Parlamentem Europejskim uchwała prawo unijne, składa się z ministrów rządów państw członkowskich odpowiedzialnych za dany obszar polityki. W zależności od rozpatrywanych spraw składa się bądź z ministrów spraw zagranicznych każdego z państw członkowskich Unii Europejskiej (Rada Ogólna), bądź z ministrów innych resortu, np. Komisja Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (ENVI), składa się z ministrów wszystkich państw członkowskich, którzy odpowiadają w swoich państwach za resort, który odpowiada za ochronę środowiska.

Oprócz funkcji legislacyjnej Rada Unii Europejskiej pełni inne istotne funkcje:

1. Budżetowa: Rada wraz z Parlamentem odpowiada za uchwalanie budżetu Unii Europejskiej.
2. Koordynacyjna: Rada koordynuje polityki gospodarcze i społeczne państw członkowskich.
3. Polityka zagraniczna i bezpieczeństwa: Rada definiuje i wdraża politykę zagraniczną i bezpieczeństwa Unii zgodnie z wytycznymi Rady Europejskiej.
4. Umowy międzynarodowe: Rada negocjuje i podpisuje umowy międzynarodowe na rzecz Unii Europejskiej.

Posiedzenia Rady są przygotowywane przez Komitet Stałych Przedstawicieli (COREPER) składający się z ambasadorów państw członkowskich akredytowanych przy Unii Europejskiej (szefów stałych przedstawicielstw państw członkowskich), COREPER często również przygotowuje i przyjmuje decyzje, które później są tylko formalnie zatwierdzone na oficjalnym spotkaniu ministrów. COREPER spotyka się co tydzień lub dwa, formalne posiedzenia Rady w różnych konfiguracjach odbywają się ok. 70 razy w roku.

Przewodniczącym Rady jest minister z kraju sprawującego aktualnie prezydencję, z wyjątkiem Rady ds. Zagranicznych, której przewodniczy zawsze Wysoki przedstawiciel Unii do spraw zagranicznych i polityki bezpieczeństwa.

Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej

Instytucja prezydencji istnieje od czasów traktatu ustanawiającego Europejską Wspólnotę Węgla i Stali (1951 r.). Początkowo członkowie sprawowali przewodnictwo w Radzie przez okres trzech miesięcy, traktat rzymski (1957 r.) ustalił przewodnictwo na sześciomiesięczny okres (TWE, 1957, art. 146), sprawowane kolejno przez każdego członka Rady, w porządku alfabetycznym, w tamtym okresie była to prosta funkcja techniczna, głównie o charakterze logistycznym. stworzenie Europejskiej Współpracy Politycznej (EPC) oraz instytucjonalizacja Rady Europejskiej w 1975 r. – zwiększyły obciążenie i pozycje prezydencji. W latach 70. dostrzeżono problem braku ciągłości prac w Radzie, szczególnie w obszarze polityki zagranicznej, która w tamtych czasach była prowadzona ściśle w formacie międzyrządowym, równoległe do Wspólnoty Europejskiej (współpracy gospodarczej). Próby poprawy ciągłości prac w Radzie podjęto w latach 80., wtedy to w dziedzinie polityki zagranicznej (EPC) wprowadzono format trojki, składający się z bieżącej, poprzedniej i następnej prezydencji. Pod kierownictwem sekretarza generalnego Rady Nielsa Ersbølla zreformowano również sekretariat Rady, który został zobowiązany do wspierania prezydencji w wypełnianiu jej zadań.

Traktat z Maastrich z początku lat 90. zmienił procedurę legislacyjną, tworząc procedurę współdecydowania, która rozszerzyła kompetencje Parlamentu Europejskiego jako równorzędnego

partnera Rady. Zmieniło to również obowiązki prezydencji i wymagało jeszcze większej koordynacji między kolejnymi prezydencjami. W latach 90. dostrzeżono kolejny problem związany z rotacyjną prezydencją, mianowicie jak powinna ona funkcjonować po rozszerzeniu w 2004 r.

Kwestie te były poruszane na dwóch forach. Po pierwsze, w konkluzjach uzgodnionych przez Radę Europejską w Helsinkach (RE, 1999) i Sewilli (RE, 2002). Po drugie, omawiano je także podczas Konwentu przygotowującego traktat konstytucyjny (2002–2003) i na późniejszej konferencji międzyrządowej przygotowującej do traktatu z Lizbony (2007). W rezultacie znaleziono instytucjonalną równowagę w ustaleniach będących połączeniem stałych prezydencji (Rady Europejskiej i Rady do Spraw Zagranicznych) oraz kontynuacji rotacyjnej, sześciomiesięcznej prezydencji Rady, z wzmocnieniem ciągłości prac poprzez ustalenia, które obecnie znamy jako trio.

Zgodnie z traktatem lizbońskim prezydencja Rady, z wyjątkiem konfiguracji odpowiedzialnej za sprawy zagraniczne, „jest sprawowana przez uprzednio ustalone grupy trzech Państw Członkowskich na okres 18 miesięcy. Grupy te są tworzone na zasadzie równej rotacji między Państwami Członkowskimi, uwzględniając ich różnorodność i równowagę geograficzną w Unii”. Porównując postanowienia traktatu lizbońskiego z traktatem konstytucyjnym, zmiany były niewielkie. Traktat lizboński dodał postanowienie, że inni członkowie grupy „będą wspierać przewodniczącego we wszystkich jego obowiązkach na podstawie wspólnego programu”. Ponadto ustalono, że „członkowie zespołu mogą między sobą ustalić alternatywne rozwiązania”, stanowi to podstawę dla trio do wdrożenia systemu prezydencji zespołowej, który to został zaproponowany w traktacie konstytucyjnym. Traktat lizboński ustanowił konkretne przepisy prawne, realizując politykę sformułowaną przez Radę Europejską po ponad dekadzie refleksji nad rolą prezydencji. Rada uszczegółowiła rozwiązania traktatowe i przyjęła bardziej szczegółowe zasady dotyczące prezydencji w swoim regulaminie. W ten sposób ograniczyła się do określenia procesu opracowywania wspólnego programu na 18 miesięcy. Regulamin (Art. 2(6)) stanowi, że „co 18 miesięcy, uprzednio ustalona grupa trzech Państw Członkowskich sprawujących prezydencję przygotowuje projekt programu działań Rady na ten okres. Program jest przygotowywany we współpracy z Przewodniczącym Rady do Spraw Zagranicznych oraz w ścisłej współpracy z Komisją i Przewodniczącym Rady Europejskiej”.

Wieloletnia już praktyka sprawowania prezydencji doprowadziła do ukształtowania się kilku modeli przeprowadzania prezydencji:

Prezydencja brukselska – zakłada, iż główna odpowiedzialność za prowadzenie prezydencji od strony administracyjno–zarządczej spoczywa na stałym przedstawicielstwie danego państwa członkowskiego, w tym modelu rząd danego państwa członkowskiego określa tylko ogólne ramy sprawowania prezydencji, natomiast jej przeprowadzenie zostawia stałemu przedstawicielowi, ten model określany jest jako bardziej techniczny niż polityczny, jest również najczęściej wybierany przez mniejsze państwa, które mają ograniczone zasoby kadrowe i finansowe.

Prezydencja prowadzona ze stolicy – w tym modelu cały ośrodek merytoryczno–organizacyjno–planistyczny prezydencji zlokalizowany jest w stolicy państwa członkowskiego sprawującego prezydencję, w tym wariantcie rola stałego przedstawicielstwa zostaje ograniczona jedynie do dostarczania informacji z Brukseli. Model ten pozwala na zachowanie większej kontroli politycznej.

Model mieszany – w tym modelu zadania są podzielone między stolice państwa, jak i stałe przedstawicielstwo, państwa członkowskie najczęściej tak prowadzą prezydencje. Również pierwsza polska prezydencja była prowadzona w tym modelu, wszystko wskazuje na to, iż obecna będzie też tak przeprowadzana.

Prezydencja scentralizowania – występuje wtedy, gdy występuje jeden główny ośrodek decyzyjno–koordynacyjny, poszczególne ministerstwa i inne organy centralne lub federalne proponują tylko główne założenia właściwe w zakresie ich kompetencji, natomiast to główny ośrodek akceptuje je, nadaje priorytety, ustala agendę czy odpowiada za całą komunikację, obecnie tak przygotowana jest polska prezydencja. Kancelaria Rady Ministrów odpowiedzialna jest za większość prac i delegowanie zadań.

Prezydencja zdecentralizowana – o prezydencji zdecentralizowanej mówimy, gdy poszczególne ministerstwa mają dużą swobodę w kształtowaniu swojego programu sektorowego, a także podczas trwania prezydencji mają autonomię w zakresie przygotowywania poszczególnych spotkań, polityki informacyjnej czy prawa do podejmowania decyzji w kluczowych kwestiach dla danego obszaru.

Rotacyjny system sprawowania prezydencji

Rotacyjna prezydencja Rady UE początkowo została ustanowiona jako instytucja głównie administracyjna, mająca na celu podział obciążenia związanego z planowaniem spotkań Rady między sześć państw członkowskich Europejskiej Wspólnoty Węgla i Stali. Jednak wraz ze wzrostem liczby państw członkowskich i rozszerzeniem zakresu kompetencji obecnej Unii Europejskiej prezydencja nabyła dodatkowe obowiązki. Obecnie jest to ważny mechanizm zapewniający przywództwo, równość i sprawiedliwość w UE, dając każdemu państwu członkowskiemu, niezależnie od jego wielkości czy długości członkostwa w UE, sześciomiesięczny okres na prowadzenie prac Rady UE.

Główne funkcje rotacyjnej prezydencji obejmują zarządzanie działalnością Rady, organizację i przewodniczenie spotkaniom Rady na wszystkich poziomach, zarówno w Brukseli, jak i w danym państwie członkowskim, przy wsparciu sekretariatu generalnego Rady (CGS). Po drugie, prezydencja ma ograniczoną zdolność do kształtowania agendy UE poprzez priorytetyzację określonych kwestii w swoim programie, zgodnie z wcześniej określonym programem tria prezydencji, opracowanym przez trzy państwa członkowskie i Komisję Europejską. Ponadto przewodniczący większości formacji spotkań Rady, od poziomu ministerialnego po grupy robocze, prezydencja działa jako neutralny pośrednik i mediator między państwami członkowskimi. Jest również reprezentantem Rady UE wobec Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego i innych instytucji UE.

Traktat z Lizbony z 2009 r. ograniczył zakres działania prezydencji poprzez wprowadzenie stałego przewodniczącego Rady Europejskiej i Wysokiego przedstawiciela do spraw zagranicznych, którzy przewodniczą odpowiednim formacjom Rady, zapewniając większą ciągłość na najwyższym poziomie politycznego przywództwa UE. Traktat z Lizbony znacząco zmniejszył widoczność, ale niekoniecznie obciążenie pracą rotacyjnej prezydencji, ponieważ utraciła ona jedynie dwie formacje Rady.

Podsumowując, zamiast jedynie uczestniczyć w spotkaniach Rady UE, przedstawiciele przewodniczącego państwa członkowskiego muszą nimi przewodniczyć, działać jako pośrednicy między ministrami, dyplomatami i urzędnikami Ue-28 na wszystkich poziomach Rady oraz reprezentować Radę UE w dialogach z Parlamentem Europejskim i Komisją Europejską, kierując procesem legislacyjnym UE. Ponadto prezydencja musi organizować nieformalne spotkania ministerialne Rady w stolicy.

Prezydencja Rady UE jest niezwykle wyjątkowym wydarzeniem w obszarze współpracy międzynarodowej, zapewniającym bezprecedensową ekspozycję na sprawy UE nie tylko elitom politycznym, ale także dużej grupie urzędników. Żadne inne obowiązki w innych międzynarodowych czy regionalnych organizacjach, takie jak miejsce w Radzie Bezpieczeństwa ONZ, prezydencja Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, Grupa Wyszehradzka, Beneluks, Rada Państw Morza Bałtyckiego czy inne, nie mogą się równać pod względem zakresu i intensywności z prezydencją Rady UE. Zazwyczaj garstka dyplomatów w ministerstwach spraw zagranicznych zajmuje się sprawami ONZ czy OECD, szczyty NATO trwają tylko kilka dni, podczas gdy prezydencja Rady UE wymaga zaangażowania wszystkich krajowych ministerstw i ponad tysiąca urzędników przez sześć miesięcy, poprzedzonych ponad rokiem intensywnych przygotowań, które często są określane jako bardziej pracochłonne niż sama prezydencja.

Według urzędników z „nowych” państw członkowskich, jedynym wydarzeniem porównywalnym do prezydencji Rady była akcesja do UE w 2004 r.

Prezydenckie trio

Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej nie jest wyłaniania w wyborach. Od 2009 r. zgodnie z traktatem lizbońskim państwa członkowskie sprawują kolejno prezydencję w Radzie Unii Europejskiej przez okres półroczny, ściśle współpracując w grupach po trzy kraje (ang. trios). Kadencja każdego z państw przypada więc co 13 i pół roku. Polska sprawowała swoją pierwszą prezydencję w Radzie Unii Europejskiej od 1 lipca do 31 grudnia 2011 r., a drugą prezydencję będzie sprawować od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r.¹ Takie podejście gwarantuje, że w miarę upływu czasu Unia Europejska konsekwentnie skupia się na najważniejszych i kluczowych kwestiach dla wszystkich swoich państw członkowskich.

Każda trójka krajów (trio) ustala długofalowe cele i przygotowuje wspólny program tematów i spraw, którymi Rada będzie się zajmować przez 18 miesięcy. Na podstawie wspólnego programu każde z trzech państw opracowuje własny, bardziej szczegółowy program swojej sześciomiesięcznej prezydencji.² Prezydencja przewodniczy większości posiedzeń Rady, komitetów i grup roboczych. Jednym z wyjątków jest posiedzenie Rady ds. Spraw Zagranicznych, które przewodniczy Wysoki przedstawiciel Unii do spraw zagranicznych i polityki bezpieczeństwa, wybrany na 5-letnią kadencję.

Warto podkreślić, że głównym zadaniem kraju sprawującego przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej jest zapewnienie płynności kontynuacji prac Unii po poprzedniej prezydencji. Prezydencja przewodniczy większości posiedzeń Rady, komitetów i grup roboczych. Celem prezydencji jest stymulowanie działań legislacyjnych Rady, jednocześnie dbając o ciągłość programu Unii i zapewniając sprawną realizację procesu legislacyjnego oraz efektywną współpracę między państwami członkowskimi. Na podstawie tego programu każde z trzech państw kształtuje własny, bardziej szczegółowy plan na sześciomiesięczny okres swojego przewodnictwa. Choć większość działań w czasie prezydencji wynika z harmonogramu prac Unii Europejskiej, państwo sprawujące przewodnictwo ma możliwość definiowania priorytetów prezydencji. W ten sposób, mimo że prezydencja podlega ogólnemu kalendarzowi prac, państwo sprawujące przewodnictwo może aktywnie kształtować agendę, mając na uwadze kluczowe kwestie dla swoich interesów narodowych.³

Ciągłość prac Rady Unii Europejskiej

Od 1995 r., po modyfikacji wprowadzonej przez Traktat o Unii Europejskiej z 1992 r., Rada sama określa kolejność sprawowania prezydencji. Niemniej jednak, podejmując decyzje w tej sprawie, Rada zawsze dba o to, aby obecny cykl został zakończony przed uwzględnieniem nowych państw członkowskich w nowym cyklu. W praktyce przy stole Rady, a do zakończenia cyklu, delegacje nowych państw członkowskich zajmują stałe miejsce, przydzielone zgodnie z alfabetycznym porządkiem nazw państw w ich językach narodowych, podczas gdy delegacje istniejących państw członkowskich przesuwają się o jedno miejsce w lewo co sześć miesięcy.

Prezydencja Rady, wspierana przez Sekretariat Generalny, odgrywa kluczową rolę w organizacji pracy instytucji, zwłaszcza w napędzaniu procesu legislacyjnego. Przed reformą regulaminu Rady w 2002 r. prezydencja, w konsultacji z Sekretariatem Generalnym i Komisją Europejską, zgłaszała swój projekt programu półrocznego wraz z proponowanymi terminami sesji Rady kilka miesięcy przed objęciem urzędu. Od 2002 r. przyszła prezydencja, przygotowując projekty porządków obrad posiedzeń Rady z pomocą Sekretariatu, musi uwzględniać zarówno „wieloletni program strategiczny” Rady, obejmujący okres trzech lat, jak i „roczny program operacyjny”. Odpowiedzialność za opracowanie obu programów spoczywa przede wszystkim na odpowiednich prezydentach – sześciu w przypadku programu wieloletniego i dwóch w przypadku programu rocznego; w tym procesie prezydencje zawsze działają w konsultacji z Komisją. Wieloletni program strategiczny jest

1 <https://www.consilium.europa.eu/pl/council-eu/presidency-council-eu/>

2 <https://www.consilium.europa.eu/pl/council-eu/presidency-council-eu/timeline-presidencies-of-the-council-of-the-eu/>

3 <https://www.consilium.europa.eu/pl/council-eu/presidency-council-eu/>

przyjmowany przez Radę Europejską na podstawie rekomendacji Rady ds. Ogólnych i Stosunków Zewnętrznych. Roczny program operacyjny jest opracowywany w świetle wieloletniego programu operacyjnego i dyskusji w Radzie ds. Ogólnych i Stosunków Zewnętrznych. Uwzględniane są m.in. istotne czynniki wynikające z dialogu zainicjowanego przez Komisję na temat rocznych priorytetów politycznych.

Rada zbiera się na wezwanie jej przewodniczącego. Ten ostatni, minister państwa członkowskiego sprawującego prezydencję w danym półroczu, organizuje i przewodniczy posiedzeniom Rady oraz przygotowuje wstępny porządek obrad na każdą sesję. Na posiedzeniach prezydencja zapewnia przestrzeganie regulaminu i sprawne prowadzenie debat. Należy również do jej zadań pomaganie w osiągnięciu konsensusu w Radzie. Prezydencja nie przemawia w imieniu swojej delegacji narodowej i dlatego zajmuje oddzielne miejsce przy stole konferencyjnym. Prezydencja siedzi na czele stołu obok Sekretariatu Generalnego i naprzeciwko Komisji Europejskiej.

Zasadniczo organy odpowiedzialne za przygotowanie prac Rady (COREPER, komitety i grupy robocze) są przewodniczone przez przedstawiciela lub delegata państwa członkowskiego sprawującego prezydencję Rady.

Prezydencja jest wspierana przez przedstawiciela państwa członkowskiego, które następnie obejmuje prezydencję. Ten przedstawiciel, działając na wniosek prezydencji i zgodnie z jej instrukcjami, zastępuje prezydencję w razie potrzeby, odciąża ją, gdzie to odpowiednie, z niektórych zadań administracyjnych i zapewnia ciągłość prac Rady.

Prezydencja odgrywa ważną rolę reprezentacyjną w zewnętrznych stosunkach Wspólnoty, w relacjach z innymi instytucjami – zwłaszcza z Parlamentem Europejskim – oraz w regularnym informowaniu mediów o działalności Rady.

W ramach wspólnej polityki zagranicznej i bezpieczeństwa (WPZiB) prezydencja Rady reprezentuje Unię Europejską w sprawach objętych tą polityką. Prezydencja jest odpowiedzialna za wdrażanie podjętych decyzji w tych sprawach. W tej roli, co do zasady, wyraża stanowisko Unii w organizacjach międzynarodowych i na konferencjach międzynarodowych. Po wejściu w życie traktatu amsterdamskiego z 1997 r. prezydencja jest wspierana w tych zadaniach przez Sekretarza Generalnego Rady (Wysokiego przedstawiciela ds. WPZiB) oraz w razie potrzeby przez państwo członkowskie, które obejmuje kolejną prezydencję. Komisja jest w pełni zaangażowana w te zadania (artykuł 18 Traktatu o Unii Europejskiej). Konfiguracja znana jako trojka, w której prezydencja Rady współpracowała z poprzednią i następną prezydencją, została więc zmieniona, a prezydencja Rady nie jest już wspierana przez państwo członkowskie, które sprawowało poprzednią prezydencję.

W ramach trzeciego filaru Unii prezydencja jest zobowiązana do regularnego informowania Parlamentu Europejskiego o pracach prowadzonych w obszarach współpracy policyjnej i sądowej w sprawach karnych (artykuł 39 Traktatu o Unii Europejskiej).

Na mocy artykułu 48. Traktatu o Unii Europejskiej przewodniczący Rady jest odpowiedzialny za zwoływanie konferencji przedstawicieli rządów państw członkowskich w celu wspólnego ustalenia zmian w traktatach.

Przygotowanie prezydencji

Program prac poszczególnych prezydencji w Radzie Unii jest ściśle powiązany z cyklem legislacyjnym UE, który z kolei zależy od daty wyborów do Parlamentu Europejskiego oraz od czasu sformowania Komisji Europejskiej mającej wyłączność na inicjatywę prawodawczą w UE. Wedle stanu na 1 kwietnia 2024 r. w unijnych instytucjach było ok. 190 otwartych dossier legislacyjnych, do których może wrócić nowy parlament (nie ma zasady dyskontynuacji legislacyjnej z końcem kadencji) już za polskiej prezydencji. I to przełoży się na wznowienie negocjacji PE z Radą Unii. O ile nie dojdzie do wielkich opóźnień w tworzeniu nowej Komisji, która przed pięciu laty rozpoczęła urzędowanie 1 grudnia, to za polskiej prezydencji mogą pojawić się jej pierwsze

nowe inicjatywy. Prowadzone będą także intensywne konsultacje w sprawie pierwszego projektu budżetu wieloletniego UE (na okres po 2027 r.). Powinien on zostać przedłożony przez Komisję około połowy 2025 r., ale nie ma pewności, czy projekt zostanie sfinalizowany przed końcem polskiej prezydencji.

Każda prezydencja w Radzie Unii działa na podstawie – wypracowanych wspólnie z Sekretariatem Generalnym Rady Unii oraz Komisją Europejską – dwóch programów wpisanych w unijny cykl legislacyjny. Ich podstawą jest harmonogram obrad Rady Unii w Brukseli i Luksemburgu, a także plan jej nieformalnych posiedzeń w kraju prezydencji. Pierwszy i bardziej szczegółowy program obejmuje sześć miesięcy prezydencji rotacyjnej, a drugi to rozpisany na półtora roku program trójki prezydencji (nazwanej również trio), czyli w polskim przypadku – Polski, Danii oraz Cypru (podobnie było przy okazji pierwszej polskiej prezydencji w latach 2011–2012). Trójki prezydencji to grupy krajów, które – zgodnie z traktatami unijnymi – mają uwzględniać „różnorodność i równowagę geograficzną” w ramach Unii. Miały być forami ścisłej współpracy trzech prezydencji rotacyjnych, ale ten pomysł dotychczas się nie sprawdził – współpraca wewnątrz trójek jest zwykle bardzo skromna i głównie proceduralna.

Polska dyplomacja przy okazji poprzedniej prezydencji w Radzie Unii chwaliła sobie, w kontekście swej trójki, niektóre dyskusje polityczne z Duńczykami, np. na temat polityki klimatycznej, ale nie miała żadnych istotnych dodatkowych kontaktów z Cypryjczykami, które wynikałyby z przynależności do trójki. Jednak to do Polski, z racji chronologicznie pierwszego miejsca w trójce, należy inicjatywa i główna urzędnicza odpowiedzialność za sporządzenie i doprowadzenie do zatwierdzenia przez Radę Unii ds. Ogólnych (GAC) półtorarocznego programu trójki prezydencji (w ostatnich tygodniach 2024 r.). Jego celem jest zapewnienie spójnej kontynuacji w pracach legislacyjnych, które przeciętnie w sprawie jednego projektu zajmują po stronie Rady Unii zajmują ponad 20 miesięcy.

Ponadto każda prezydencja przyjmuje też swoje polityczne priorytety, które zamierza promować przy okazji kierowania pracami Rady Unii, a także do pewnego stopnia – na ile pozwala na to rola „neutralnego pośrednika” – poprzez kształtowanie agendy prac Rady Unii. Ich rzeczywiste znaczenie dla sprawowania prezydencji zazwyczaj nie jest duże, ale bywają istotne dla komunikacyjno-politycznej oprawy prezydencji. Rząd Mateusza Morawieckiego w listopadzie 2023 r. przyjął „listę priorytetów dla prac Rady UE pod przewodnictwem Polski”, którymi są:

- zacieśnienie współpracy UE z USA,
- rozszerzenie UE o nowe państwa członkowskie,
- udział UE w odbudowie Ukrainy,
- zapewnienie bezpieczeństwa energetycznego UE z poszanowaniem zasad,
- sprawiedliwej transformacji energetycznej.

Natomiast rząd Donalda Tuska sygnalizuje, że zamierza zmodyfikować listę priorytetów prezydencji do listopada 2024 r.

W Polsce sporny jest sam wymóg konsultowania priorytetów prezydencji Rady Unii z prezydentem, który wynika z „ustawy kompetencyjnej” z września 2023 r. nadającej prezydentowi uprawnień w polityce unijnej, co – w interpretacji obecnego rządu – jest sprzeczne z konstytucją. Podobnie jest z zapisaną w tej samej ustawie zasadą, że podczas polskiej prezydencji w Radzie Unii prezydent „bierze udział w posiedzeniach Rady Europejskiej oraz w posiedzeniach międzynarodowych z udziałem UE, na których przewidziana jest obecność szefów państw lub rządów państw członkowskich”. To potencjalne zarzewie sporów, bo Trybunał Konstytucyjny orzekł w 2009 r., że prezydent może brać udział w szczytach Rady Europejskiej, ale ma współpracować z premierem, który przewodzi delegacji. Jednak to wyrok wydany przez TK jeszcze przed instytucjonalizacją Rady Europejskiej na mocy traktatu lizbońskiego, w którym ustalono, że kraje członkowskie w Radzie Europejskiej są reprezentowane przez jedną osobę (szefa rządu albo prezydenta). W rzadkich przypadkach Rada ta może podjąć decyzję, by każdemu przywódcy mógł towarzyszyć jeden minister. A zatem zgodnie z traktatem lizbońskim w obradach Rady Europejskiej nie może

uczestniczyć ani premier, ani prezydent, choć to w gestii kraju członkowskiego pozostaje wybór, kto go reprezentuje na szczycie UE.

Zasadniczą rolę w wyborze priorytetów prezydencji, a zwłaszcza należytego rozplanowania formalnych i nieformalnych prac Rady Unii, ma stałe przedstawicielstwo przy UE potocznie nazywane ambasadą przy UE. To swoista delegatura kraju członkowskiego w Brukseli, w której pracują m.in. urzędnicy delegowani przez różne ministerstwa. Ta ambasada ma najbliższy kontakt z Komisją Europejską oraz Sekretariatem Generalnym Rady Unii, a także bieżący wgląd w stan spraw procedowanych w instytucjach UE.

Rada ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO) i nieformalne spotkania ministrów zdrowia

Rada EPSCO gromadzi ministrów odpowiedzialnych za zatrudnienie, sprawy społeczne, zdrowie i politykę konsumencką ze wszystkich państw członkowskich UE. W spotkaniach uczestniczą również odpowiedni komisarze europejscy.

Zazwyczaj odbywają się cztery spotkania Rady EPSCO rocznie. Dwa z tych spotkań są zazwyczaj poświęcone wyłącznie tematom związanym z zatrudnieniem i polityką społeczną.

Rada ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumenckich jest wynikiem połączenia rad ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej i Zdrowia w czerwcu 2002 r. Od momentu fuzji konfiguracja tej Rady nadzoruje również kwestie związane z ochroną konsumentów, które pierwotnie były elementem Rady ds. Rynku Wewnętrznego, Konsumentów i Turystyki. Chociaż państwa członkowskie są w pełni odpowiedzialne za definiowanie swoich polityk zdrowotnych oraz za organizację i świadczenie opieki zdrowotnej, Rada, wraz z Parlamentem Europejskim, przyjmuje przepisy dotyczące jakości i bezpieczeństwa ludzkich organów i krwi, praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej oraz jakości i bezpieczeństwa leków i wyrobów medycznych.

Program polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej

W grudniu 2024 roku Rada Ministrów przyjęła program polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, która rozpoczęła się 1 stycznia 2025 roku. Dokument określa priorytety działań Polski w ramach przewodnictwa, koncentrując się na szeroko rozumianym bezpieczeństwie w siedmiu wymiarach: militarnym, wewnętrznym, ekonomicznym, energetycznym, informacyjnym, żywnościowym i zdrowotnym⁴. W kontekście trwającej wojny w Ukrainie oraz rosnących napięć geopolitycznych, program odnosi się do wyzwań związanych z erozją międzynarodowego porządku prawnego i nasilającymi się atakami hybrydowymi, które destabilizują europejskie systemy demokratyczne i bezpieczeństwo.

Obrona i bezpieczeństwo

W obszarze obronności program zakłada wzmocnienie zdolności obronnych Unii Europejskiej poprzez zwiększenie nakładów na wojsko oraz rozwój przemysłu obronnego. Szczególną uwagę poświęcono infrastrukturze strategicznej, w tym projektom takim jak Tarcza Wschód i Bałtycka Linia Obrony. Kluczowym elementem działań jest także zacieśnienie współpracy z NATO, co ma na celu zwiększenie spójności działań obronnych w regionie.

Ochrona granic i migracja

W zakresie ochrony granic zewnętrznych UE, w tym wschodniej granicy Polski, program przewiduje wdrożenie nowych rozwiązań dotyczących zarządzania migracją. Priorytetem jest ograniczenie nielegalnej migracji, zwiększenie skuteczności procedur powrotowych oraz współpraca z państwami trzecimi. Działania te mają być uzupełnione o inicjatywy zwalczające zagrożenia hybrydowe oraz międzynarodowe sieci przestępczości zorganizowanej.

4 <https://www.gov.pl/web/premier/program-polskiej-prezydencji-w-radzie-ue>

Odporność na dezinformację i cyberzagrożenia

Jednym z kluczowych obszarów działań jest zwiększenie odporności Unii Europejskiej na ingerencje zewnętrzne, w tym dezinformację i manipulacje informacyjne. Program zakłada wzmocnienie koordynacji działań w tym zakresie oraz rozwój zdolności UE do przeciwdziałania wrogim działaniom w cyberprzestrzeni. Istotnym elementem jest także rozwój nowoczesnych i bezpiecznych usług cyfrowych.

Gospodarka i rynek wewnętrzny

W obszarze gospodarki Polska prezydencja stawia na pogłębianie integracji jednolitego rynku UE oraz eliminację barier dla działalności transgranicznej, szczególnie w sektorze usług. Ważnym elementem jest przywrócenie równych warunków konkurencji dla europejskiego przemysłu w obliczu globalnej rywalizacji. Program przewiduje również dyskusję nad przyszłością polityki spójności, która ma kluczowe znaczenie dla zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego, oraz działania zmierzające do ograniczenia obciążeń biurokratycznych w UE.

Transformacja energetyczna

W zakresie energetyki program koncentruje się na pełnym odejściu od importu surowców energetycznych z Rosji, obniżeniu cen energii w UE oraz rewizji ram bezpieczeństwa energetycznego. Ważnym celem jest zmniejszenie zależności od importowanych technologii i surowców krytycznych, co ma zwiększyć autonomię energetyczną Unii.

Rolnictwo i bezpieczeństwo żywnościowe

W obszarze rolnictwa program zakłada wzmocnienie Wspólnej Polityki Rolnej, która ma wspierać rolników oraz rozwój obszarów wiejskich. Działania te mają być ukierunkowane na promowanie praktyk przyjaznych środowisku oraz przeciwdziałanie skutkom zmian klimatycznych. Bezpieczeństwo żywnościowe, rozumiane jako dostęp do wysokiej jakości produktów, pozostaje jednym z kluczowych priorytetów polskiej prezydencji.

Zdrowie publiczne

W obszarze zdrowia program prezydencji koncentruje się na cyfrowej transformacji opieki zdrowotnej, zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży oraz profilaktyce chorób. Szczególną uwagę poświęcono bezpieczeństwu lekowemu UE, w tym dywersyfikacji łańcuchów dostaw oraz wsparciu produkcji leków w Europie.

Program polskiej prezydencji w Radzie UE obejmuje szeroki zakres działań, które mają na celu zwiększenie bezpieczeństwa, stabilności i konkurencyjności Unii Europejskiej. W obliczu współczesnych wyzwań geopolitycznych i gospodarczych, priorytety te mają na celu wzmocnienie zdolności UE do reagowania na kryzysy oraz budowanie długoterminowej odporności w kluczowych obszarach funkcjonowania wspólnoty.

Przebieg prezydencji – kierowanie pracami Rady Unii Europejskiej

Pierwszorzędnym zadaniem rotacyjnej prezydencji Rady Unii Europejskiej jest podejmowanie – za pomocą jej sekretariatu generalnego Rad Unii – wszelkich niezbędnych kroków dla organizacji sprawnego przebiegu prac, przewodniczenie tym pracom na poziomie ministrów, ambasadorów przy UE (stałych przedstawicieli i ich zastępców) na forum COREPER-u oraz na poziomie grup roboczych, a także negocjowanie kompromisów i zarządzanie głosowaniami. Ponadto reprezentowanie Rady Unii na posiedzeniach Parlamentu Europejskiego. Politycznym postulatem wobec każdej prezydencji w Radzie Unii jest rola neutralnego pośrednika (honest broker) działającego poza interesami swego kraju, a nawet powstrzymującego się w głosowaniach Rady Unii od decyzji, które przechylałyby szalę na rzecz zwolenników bądź przeciwników przyjmowanego projektu. Jednak to jest ideał oparty na dobrym obyczaju, a nie na twardych zapisach, który nie zawsze jest realizowany przez wszystkie prezydencje rotacyjne. Dużym wyzwaniem dla roli neutralnego pośrednika był projekt rozporządzenia o odbudowie zasobów przyrodniczych. Choć Szwecja była mu

przeciwna, to – jako prezydencja w Radzie Unii – wypracowała propozycję kompromisu i poddała ją w czerwcu 2023 r. pod wstępne głosowanie. Szwecja zagłosowała przeciw, co groziło przypadnięciem projektu, ale ostatecznie projekt przeszedł jednym głosem. Jednak potem belgijska prezydencja w pierwszym półroczu 2024 r. spędziła kilka miesięcy na budowaniu większości w Radzie Unii za tym samym rozporządzeniem, ale już w nowej wersji uzgodnionej z Parlamentem.

W zwykłej procedurze prawodawczej, która jest stosowana wobec ok. 80 proc. prawa UE, zadaniem prezydencji jest wynegocjowanie stanowiska Rady Unii wobec konkretnego projektu, co w praktyce najczęściej dokonuje się – przed formalnym pierwszym czytaniem projektu w Radzie Unii – poprzez przyjęcie „podejścia ogólnego” Rady Unii, za którym stoi wymagana większość krajów UE. Potem zadaniem prezydencji jest uzgodnienie kompromisowej wersji projektu z Parlamentem Europejskim (przy pośrednictwie Komisji) w ciągłych konsultacjach z członkami Rady Unii co do dopuszczalnych granic ustępstw. A następnie doprowadzenie do oficjalnego i wiążącego prawnie zatwierdzenia tego kompromisu. Część tego procesu – zwykle w kwestii podejścia ogólnego – dokonuje się na poziomie ministrów, czyli np. minister rolnictwa prowadzi posiedzenia Rady UE ds. Rolnych i Rybołówstwa (AGRIFISH), a część – na poziomie COREPER-u, którego decyzje są następnie potwierdzane przez ministrów podczas ich posiedzeń Rady Unii, w niektórych przypadkach w procedurze pisemnej. W codziennej praktyce UE maszyna negocjacyjna, a zatem również prezydencja, pracuje na najwyższych obrotach właśnie na poziomie COREPER-u. Jego pracom m.in. w kwestiach finansowych i gospodarczych (COREPER II) przewodniczy ambasador (stały przedstawiciel) kraju sprawującego prezydencję, a m.in. w kwestiach rolnictwa, energii, transportu (COREPER I) pracami kieruje zastępca ambasadora kraju sprawującego prezydencję w Radzie Unii.

Szczególne rolę prezydencja pełni w Radzie Unii ds. Ogólnych (GAC), w której obradują ministrowie ds. UE (to sfera odpowiedzialności ambasadorów z COREPER-u II), która – wspólnie z Komisją – jest odpowiedzialna za spójność i ciągłość prac UE. Ponadto stały przewodniczący Rady Europejskiej zapoznaje GAC z planowanym porządkiem obrad szczytów UE, co do pewnego stopnia włącza prezydencję rotacyjną do przygotowań szczytów UE. W dodatku premier bądź prezydent kraju sprawującego prezydencję jest czasem proszony podczas szczytów UE o relację z postępów (i szczególnie trudnych problemów) w określonych pracach legislacyjnych.

Prezydencja przedstawia projekt porządku obrad dla każdej tematycznej formacji Rady Unii (poza FAC), co daje jej wpływ na poruszane tematy oraz tempo prac nad poszczególnymi projektami. Dyscyplinującą rolę dla prezydencji odgrywają wewnętrzne regulacje instytucji UE narzucające pewne terminy w pracach legislacyjnych, choć nie ma żadnych terminów końcowych dla pierwszego czytania projektów Komisji Europejskiej. W razie uporczywego sabotowania poszczególnych tematów przez któryś z rządów sprawujących prezydencję możliwe jest przeprowadzenie głosowania proceduralnego w Radzie Unii i wprowadzenie pod obrady lub głosowanie któregoś z punktów wbrew intencjom prezydencji. To jednak się nie zdarza, więc prezydencja Rady Unii – mimo znacznego osłabienia przez traktat lizboński – nie ogranicza się do zwykłego administrowania negocjacjami. Przeciwnie, prezydencja w Radzie Unii zachowała pewien wpływ na kształtowanie agendy prac UE, bo może to robić poprzez wprowadzanie nowych zagadnień pod obrady, konstruowanie porządku obrad (kolejność, czas przeznaczony na dyskusję), przewlekanie bądź wykluczanie tematów z porządku obrad. A także poprzez organizowanie dodatkowych posiedzeń Rady Unii poświęconych tematом szczególnie spornym, trudnym, nagłym. Ponadto zdarza się, że dyskusje nad tematem bliskim prezydencji są wszczynane wskutek zamówienia przez nią ekspertyzy u służby prawnej Rady Unii i rozdystrybuowania jej pomiędzy krajami UE.

Losy konkretnych kompromisów w Radzie Unii zależą nie tylko od technicznej sprawności negocjacyjnej prezydencji, ale też do pewnego stopnia od jej własnych celów przy identyfikowaniu głównych problemów negocjacyjnych i ustalaniu wspólnego mianownika w rokowaniach Rady Unii. Te rozmowy bywają prowadzone nie tylko w Brukseli i Luksemburgu, ale również – to zdarza się przy kluczowych projektach – bezpośrednio pomiędzy stolicami czy wręcz na poziomie premierów czy prezydentów kluczowych krajów, które mają szczególnie skonfliktowane bądź wyraziste interesy w negocjowanej dziedzinie.

Przegląd działań rotacyjnych prezydencji z ostatnich kilkunastu lat pokazuje wpływ położenia geograficznego, wielkości PKB, rządzącej opcji politycznej oraz rangi tematyki UE w debacie wewnętrznej na oficjalne priorytety prezydencji. A to w pewnym stopniu przekłada się na agendę prac Rady Unii, a co najmniej na komunikacyjną oprawę towarzyszącą półrocznemu kierowaniu pracami tej instytucji UE. Rządy lewicowe zwykły przywiązywać większą wagę do kwestii społecznych i środowiskowych, a prawicowe – do polityki gospodarczej i bezpieczeństwa. Kraje będące beneficjentami budżetu UE (w ujęciu netto) także w roli prezydencji Rady Unii kładły większy nacisk na politykę redystrybucyjną UE. Kraje Europy Środkowo-Wschodniej przywiązywały większą wagę do obszarów polityki bezpieczeństwa (tak było również przed wojną w Ukrainie), a bogate kraje Europy Północno-Zachodniej do praworządności, praw obywatelskich, ochrony środowiska, liberalizacji handlu. Gdy u władzy są partie eurosceptyczne (choćby tylko w roli koalicjanta rządowego), to prezydencje w Radzie Unii sprawowane przez takie państwa zwykły szczególnie akcentować w swych programach – umocowaną w traktatach unijnych – zasadę pomocniczości, czyli niewtrącania się instytucji UE w kwestie rozwiązywalne na poziomie krajowym.

Wpływ kraju, który sprawuje prezydencję Rady Unii, na agendę oraz przebieg negocjacji unijnych zależy od wielkości, sprawności i wyszkolenia aparatu dyplomatycznego i administracyjnego – zarówno w Brukseli, jak i w ministerstwach odpowiedzialnych za poszczególne formaty tematyczne Rady Unii. Jeśli prezydencja nie jest w stanie przepracować ekspercko i politycznie tematów, które ma negocjować, to ster całkowicie przejmuje Sekretariat Generalny Rady Unii, a czasem w mniej formalny sposób – Komisja uczestnicząca w negocjacjach trójstronnych z Radą Unii oraz Parlament Europejski. Natomiast kraje duże, a także dysponujące administracją świetnie obeznaną ze sprawami unijnymi, potrafią w Brukseli – w ramach wykonywania obowiązków prezydencji – zyskać wpływ większy, niż wynikałoby z formalnych ograniczeń przewodnictwa w Radzie Unii.

Półroczne prezydencje bywają dla krajów UE okresem politycznej mobilizacji, którą ich rządy wykorzystują do promowania swego przesłania, priorytetów i postulatów zarówno w polityce wewnętrznej, jak i w relacjach z innymi państwami na poziomie unijnym (a nawet poza UE). Władze zabiegają, aby przynajmniej w sferze symbolicznej móc pod koniec swej prezydencji pochwalić się określonym sukcesem lub znaczącym zwiększeniem wpływu na decyzje UE. Posiedzenia Rady Europejskiej odbywają się w Brukseli, ale od kilku lat kraje sprawujące prezydencję w Radzie Unii bywają – to nie jest żelazna zasada – gospodarzami nadzwyczajnych lub nieformalnych posiedzeń Rady Europejskiej („nieformalnych szczytów UE”) urządzanych czasem przy okazji innych zjazdów międzynarodowych z udziałem wszystkich krajów Unii (np. szczyt Europejskiej Wspólnoty Politycznej w Pradze). Takie szczyty urządzane poza Brukselą, które w praktyce współorganizuje prezydencja rotacyjna oraz stały przewodniczący Rady Europejskiej, pomagają promować tematy UE w oczach swej opinii publicznej, ustalać porządek obrad przywódców na szczytach pozabrukselskich, a tym samym promować zagadnienia bliskie krajowi sprawującemu prezydencję.

Część II. Konteksty polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w obszarze ochrony zdrowia

Prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej w 2011 r. w obszarze ochrony zdrowia – przebieg, osiągnięcia i refleksje

prof. dr hab. n. o zdr. Adam Fronczak

podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2007–2011,
Społeczna Akademia Nauk – Collegium Medicum

1 lipca 2011 r. Polska stanęła na czele Rady Unii Europejskiej (UE). Była to pierwsza polska prezydencja. Przez sześć miesięcy Polska przewodniczyła pracom Rady UE jako pierwsze państwo tria: Rzeczpospolita Polska – Królestwo Danii – Republika Cypryjska.

Sprawowanie prezydencji w Unii Europejskiej było naturalną konsekwencją przystąpienia Polski do UE w 2004 r. i szczególnego rodzaju zobowiązaniem wynikającym ze statusu państwa członkowskiego. Obowiązek ten został wprowadzony przez traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską z 1957 r. Polska prezydencja przypadła na drugą połowę 2011 r., co jest zgodnie z porządkiem ustalonym jednomyślną decyzją Rady Unii Europejskiej. Kolejność prezydencji została określona w Decyzji Rady z dnia 1 stycznia 2007 r. w sprawie porządku sprawowania prezydencji w Radzie (2007/5/WE, Euratom).

Logiem prezydencji było sześć kolorowych, skierowanych w górę strzałek, oraz polska flaga. Całości towarzyszył napis „PL2011.eu”. Logo nawiązuje symboliką do Solidarności.

Zadania państwa sprawującego prezydencję to:

- Najważniejszym zadaniem jest przewodniczenie pracom Rady UE i jej organów pomocniczych (komitety i grupy robocze) oraz przewodniczenie spotkaniom Rady Europejskiej. Realizacja tego zadania wiąże się ze zorganizowaniem w wymiarze merytorycznym i logistycznym wielu spotkań zróżnicowanych co do charakteru, miejsca i szczebla.
- Reprezentowanie Rady wobec innych instytucji UE, w szczególności wobec Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego.
- Reprezentowanie Unii w stosunkach z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi przy współpracy z Wysokim przedstawicielem ds. polityki zagranicznej i bezpieczeństwa.

Pełnomocnik rządu ds. polskiej prezydencji w UE

W celu koordynacji zadań związanych z przygotowaniem do sprawowania prezydencji 15 lipca 2008 r. Rada Ministrów powołała Pełnomocnika Rządu do spraw Przygotowania Organów Administracji Rządowej i Sprawowania przez Rzeczpospolitą Polską Przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej. Funkcję tę pełnił Mikołaj Dowgielewicz, sekretarz Komitetu Integracji Europejskiej, sekretarz stanu w Urzędzie Komitetu Integracji Europejskiej i wiceprzewodniczący Komitetu Europejskiego Rady Ministrów.

Z 14 priorytetów polskiej prezydencji jeden dotyczył zdrowia – **zmniejszanie różnic w stanie zdrowia społeczeństw Europy.**

Wraz z objęciem przez Polskę przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej rozpoczęliśmy realizację nowego programu trio, w ramach którego Polska miała przyjemność współpracować z Danią i Cyprzem. Zaplanowane przez nas prace koncentrowały się na promowaniu działań zmierzających zarówno do poprawy zdrowia obywateli Unii Europejskiej, jak i do ochrony społeczeństw europejskich przed wspólnymi czynnikami ryzyka. Ponadto w naszym planie zwróciliśmy uwagę

na działania zmierzające do zapewnienia obywatelom państw członkowskich odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej.

Trzy główne tematy programu trio w obszarze zdrowia to:

1. Choroby niezakaźne i zdrowe starzenie się.
2. Choroby bez granic, w tym bezpieczeństwo sanitarne.
3. Innowacyjność i dobre praktyki.

Powyższe tematy nie tylko wpisywały się w ciągłość prac poprzednich prezydencji, ale pozostawały też w związku z konkluzjami Rady Unii Europejskiej z 2006 r. w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej oraz były istotne dla ówczesnie aktualnej unijnej strategii na rzecz zdrowia oraz w Strategii Europa 2020. Patrząc z perspektywy czasu, priorytety te są nadal aktualne.

Dwa główne priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia, które realizowaliśmy, to:

1. Zmniejszanie różnic w zdrowiu społeczeństw Europy.
2. Zapobieganie chorobom mózgu i chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimerera.

W ramach pierwszego priorytetu zwróciliśmy uwagę na zmniejszanie różnic w zdrowiu pomiędzy krajami Unii Europejskiej w kontekście determinantów zdrowia. Pomimo powszechnego dostępu do ochrony zdrowia dla wszystkich obywateli krajów europejskich istnieją poważne i dobrze udokumentowane nierówności w zdrowiu pomiędzy państwami członkowskimi. Różnice występują także w ramach poszczególnych krajów (pomiędzy regionami, dzielnicami itp.). Obecnie 86 proc. wszystkich zgonów w Unii Europejskiej jest spowodowanych przewlekłymi chorobami niezakaźnymi. Stanowią one też najbardziej znaczące i ciągle wzrastające obciążenie dla budżetów ochrony zdrowia. Choroby zakaźne niegdyś stanowiły blisko 90 proc. zgonów, a dziś znajdują się pod kontrolą i powodują mniej niż 2 proc. przedwczesnych zgonów. Występowanie przewlekłych chorób niezakaźnych, takich jak choroby układu krążenia i układu oddechowego, wiele nowotworów i choroby metaboliczne, w tym cukrzyca, powiązane jest ściśle z takimi czynnikami ryzyka, jak palenie tytoniu, niewłaściwa dieta, brak dostatecznej aktywności fizycznej i nadmierne spożywanie alkoholu. Zwalczanie różnic w zdrowiu to bardzo poważne wyzwanie. Wiadomo, że podjęte środki i działania będą przynosić owoce dopiero w perspektywie i na przestrzeni wielu lat. Mimo powszechnego przekonania co do złego wpływu palenia papierosów czy braku aktywności fizycznej związane z nimi złe nawyki i styl życia są trudne do przezwyciężenia. Palenie tytoniu stanowi najważniejszą przyczynę przedwczesnej umieralności, której można zapobiegać. Palenie papierosów w czasie naszej prezydencji było odpowiedzialne w Unii Europejskiej za ok. 650 tys. zgonów rocznie, w tym 25 proc. wszystkich przedwczesnych zgonów. Kolejnym czynnikiem, mającym ogromny wpływ na zdrowie Europejczyków, jest alkohol. Ponad 13 proc. przedwczesnych zgonów rocznie w Unii Europejskiej jest spowodowanych nadużywaniem alkoholu. Nadmierne spożywanie alkoholu niesie za sobą skutki zdrowotne i społeczne, obciążające całe społeczeństwo i poszczególne rodziny. Stwierdziliśmy konieczność zacieśnienia współpracy w tym zakresie między państwami członkowskimi. Kolejny problem z zakresu zdrowia publicznego, którego zwalczanie stanowił jeden z podstawowych priorytetów polskiej prezydencji, to wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości u Europejczyków. Zjawisko to miało wówczas i ma nadal charakter epidemii, a szczególnie niepokojąca jest jego skala wśród dzieci i młodzieży. Odsetek osób otyłych na świecie podwoił się w ciągu ostatnich 30 lat. Nadwaga i otyłość są piątą w kolejności przyczyną zgonów, przyczyniając się do wzrostu zachorowalności na choroby układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego, niektóre nowotwory, a także choroby metaboliczne, w tym cukrzycę. Ostatnie dane wskazują, że na nadwagę lub otyłość cierpi 17 mln młodych Europejczyków. Nadwaga i otyłość to nie tylko problem medyczny, ale też ogromne wyzwanie ekonomiczne ze względu na lawinowo rosnące koszty leczenia chorych.

Determinanty zdrowia odpowiedzialne za występowanie nierówności w zdrowiu w Unii Europejskiej stanowią wyzwanie dla zdrowia publicznego. Dlatego wybraliśmy wówczas ten temat jako jeden z naszych priorytetów podczas prezydencji.

Chcieliśmy też zwrócić uwagę na zapobieganie, diagnozowanie i kontrolę chorób układu oddechowego u dzieci. Przewlekłe niezakaźne choroby układu oddechowego są najczęstszymi niezakaźnymi schorzeniami wieku dziecięcego, a częstość ich występowania w Europie wynosi średnio od 10 proc. do ponad 30 proc. Choroby te mają istotny wpływ na jakość życia, bo ograniczają sprawność fizyczną i zdolność koncentracji, wpływając negatywnie na rozwój dziecka, a często prowadząc do jego wykluczenia społecznego. Upośledzenie sprawności dróg oddechowych w okresie dziecięcym prowadzi także do zwiększonego ryzyka rozwoju przewlekłej choroby płuc oraz schorzeń układu krążenia. Niestety, te przewlekłe choroby to nierzadko wstęp do niepełnosprawności i powód przedwczesnych zgonów. Wczesna wykrywalność, prewencja i monitorowanie niezakaźnych chorób układu oddechowego, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, mogą doprowadzić do ograniczenia negatywnych skutków społecznych i ekonomicznych wywoływanych przez tę grupę schorzeń. Uważaliśmy, że działania te pozytywnie wpłyną na poprawę jakości życia tych chorych. Podejmując temat przewlekłych niezakaźnych chorób układu oddechowego, w szczególności alergii i astmy, czyli najczęstszych chorób wieku rozwojowego, mających istotny wpływ na zdrowie w dalszych okresach życia, chcieliśmy przedstawić nowe podejście do tej problematyki.

Podczas naszej prezydencji w 2011 r. zwróciliśmy uwagę na kwestię wczesnego wykrywania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, w tym wykorzystania e-zdrowia i rozwiązań innowacyjnych. Wiemy, że prawidłowe funkcjonowanie narządów słuchu, wzroku i mowy stanowi podstawę komunikacji społecznej oraz rozwoju współczesnego społeczeństwa informacyjnego. W odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym zaburzenia w zakresie funkcjonowania narządów zmysłów są jedną z głównych przyczyn opóźnień w ich rozwoju, trudności w nabywaniu umiejętności językowych oraz w efektywnym komunikowaniu się z otoczeniem. Wg polskich danych oraz badań pilotażowych pochodzących z innych regionów Europy co piąte dziecko przejawia różnego rodzaju problemy ze słuchem, co trzecie dziecko wykazuje problemy ze wzrokiem, a u co czwartego dziecka występują zaburzenia artykulacji. Uważaliśmy, że należy podejmować działania, które pozwolą wcześniej wykryć wspomniane dysfunkcje oraz wdrożyć wczesną terapię i rehabilitację. W wielu państwach członkowskich od kilkunastu lat podejmuje się działania, których celem jest upowszechnienie badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy u dzieci. Wczesne wykrycie zaburzeń komunikacyjnych i właściwa interwencja medyczna, w tym z wykorzystaniem e-zdrowia i nowych technologii, mogą zapewnić dzieciom prawidłowy rozwój. Ma to duży wpływ na jakość życia, a w przyszłości może przełożyć się na poprawę ich sytuacji społecznej, zawodowej i ekonomicznej. Jesteśmy przekonani o potrzebie wdrażania powszechnych programów badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy u dzieci, jeszcze w wieku przedszkolnym. Mamy również świadomość działań, jakie były dotychczas prowadzone w tym obszarze na forum Unii Europejskiej w zakresie wykorzystania e-zdrowia. W ramach trzech omówionych obszarów tematycznych, dotyczących zmniejszania nierówności w zdrowiu społeczeństw Europy, chcieliśmy zwrócić szczególną uwagę na konieczność rozwoju programów badań przesiewowych i potrzebę tworzenia sieci instytucji w celu monitorowania zjawisk zdrowotnych. Naszym celem była koncentracja na potrzebie wzmacniania współpracy pomiędzy państwami członkowskimi, w szczególności w zakresie wymiany doświadczeń i dobrych praktyk. Wierzyliśmy, że zapobieganie schorzeniom na etapie dziecięcym przyczyni się do stworzenia małym pacjentom lepszych warunków w późniejszych etapach życia i tym samym wpłynie to na wyrównanie ich szans. Warto pamiętać o tym, że zdrowa starość zaczyna się w zdrowym dzieciństwie.

Podczas nieformalnego spotkania ministrów zdrowia, które odbyło 6 lipca 2011 r. się w Sopocie, rozpoczęliśmy dialog polityczny z ministrami. Dwa dni wcześniej prace w tym zakresie rozpoczęła również Grupa Robocza do spraw Zdrowia Publicznego, podczas której zaprezentowano projekt konkluzji w sprawie zapobiegania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci oraz przedstawiono program prac polskiej prezydencji. Polska prezydencja przedstawiła też Radzie Unii Europejskiej propozycje konkluzji w zakresie znoszenia różnic w zdrowiu w Unii Europejskiej poprzez działania związane z determinantami zdrowia, oraz konkluzje w sprawie zapobiegania i kontroli niezakaźnych chorób oddechowych u dzieci.

W ramach przygotowań merytorycznych w Ministerstwie Zdrowia został powołany Zespół ds. Polskiej Prezydencji w Zdrowiu i cztery podzespoły. Minister zdrowia Ewa Kopacz powołała mnie na przewodniczącego tego zespołu. Szefem podzespołu do spraw Priorytetów Ministerstwa Zdrowia został prof. Bolesław Samoliński. W zespole tym aktywnie pracowali prof. Henryk Skarżyński, prof. Grzegorz Opala (były minister zdrowia) i wielu innych lekarzy, którzy przez swoje duże zaangażowanie i ogromną wiedzę merytoryczną zbudowali doskonały przekaz i dzięki temu zostały opracowane dokumenty, które stały się podstawą do przyjęcia konkluzji polskiej prezydencji podczas posiedzenia Rady Europy w dniu 2 grudnia 2011 r.

Konkluzje te stały się fundamentem do opracowania przez Komisję Europejską programów prozdrowotnych, które znalazły finansowanie z grantów europejskich.

2 grudnia 2011 r. Rada EPSCO przyjęła trzy konkluzje Rady UE związane z priorytetami polskiej prezydencji w obszarze zdrowia publicznego:

- profilaktyka, wczesne wykrywanie i leczenie przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci (2011/C 361/05),
- wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń komunikacyjnych u dzieci z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań (2011/ C 361/04),
- konkluzje w sprawie zmniejszania różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia (2011/C 359/05).

Konkluzje były słuszne, akceptowane przez ministrów zdrowia UE i bardzo merytoryczne, ale dużo czasu minęło i trzeba stwierdzić, że niewiele się zmieniło na lepsze.

Przewodnicząca grupy roboczej do spraw zdrowia publicznego w trakcie przewodnictwa Polski w Radzie Unii Europejskiej Agnieszka Czupryniak i przewodniczący Podzespołu do spraw priorytetów Ministerstwa Zdrowia, prof. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Bolesław Samoliński mieli duży wkład w negocjowaniu konkluzji podczas naszej prezydencji. Chcę podkreślić, że przekonanie Komisji Europejskiej do naszych priorytetów było niełatwym procesem.

Cechą wspólną konkluzji było wskazanie potrzeby niwelowania różnic w zdrowiu społeczeństw Europy poprzez promocję zdrowego stylu życia i zwalczanie czynników ryzyka w zakresie chorób upośledzających jakość życia, rozwój osobniczy, społeczny, intelektualny, ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego, poprzez zapobieganie tym chorobom oraz ich wczesne wykrywanie i właściwą terapię. Celem zasadniczym było więc stworzenie perspektyw lepszego zdrowia w następnych dekadach życia dzieciom, które są zagrożone tymi chorobami lub już są chore, oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych.

Istotną wartością polskiej prezydencji i przyjętych w jej trakcie konkluzji jest to, iż ich treść nie ogranicza się do politycznych deklaracji podjęcia działań w określonych obszarach, ale daje również podstawy do wyposażenia środowisk zajmujących się poszczególnymi zagadnieniami na poziomie eksperckim i operacyjnym w narzędzia do pracy. Przede wszystkim trzeba podkreślić odniesienie do wzmocnienia funkcjonowania sieci instytucji działających w ponadnarodowej i ponadpaństwowej unijnej przestrzeni, których współpraca służyłaby budowaniu naukowych podstaw i programów zdrowotnych wraz z ich wdrożeniem w UE. Daje to prawdziwy, praktyczny wymiar działań o charakterze polityki prozdrowotnej w kontekście zdrowia publicznego. Inne aspekty szeroko pojętej problematyki zdrowotnej, z uwagi na podział kompetencji oraz projekty legislacyjne, omawiane były również przez członków grup roboczych ds. środków spożywczych oraz ds. farmaceutyków i wyrobów medycznych Rady UE. W trakcie prezydencji Polska inicjowała oraz brała udział w wielu spotkaniach w Parlamencie Europejskim. Trzeba podkreślić, że początek polskiej prezydencji w zdrowiu miał miejsce w Sopocie 6 lipca. To spotkanie nieformalne ministrów zdrowia UE było wspaniałym przyjęciem naszych priorytetów i trzeba podkreślić, że ministrowie zdrowia ocenili je bardzo dobrze, dając nam zielone światło na ich realizację. Niewątpliwie tak dobry start był możliwy m.in. dzięki doskonałemu wykładowi nt. zaburzeń komunikacji u dzieci wygłoszonemu podczas obrad przez dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu prof. Henryka Skarżyńskiego. Spotkanie w Stoczni Gdańskiej na ministerialnym posiedzeniu, słowo wstępne

pani minister Ewy Kopacz i doskonała atmosfera również przyczyniły się do akceptacji konkluzji i bardzo dobrze ocenianej polskiej prezydencji w zdrowiu.

Sukces naszej prezydencji upatruję w bardzo dobrej organizacji pracy w MZ i ogromnemu zaangażowaniu personelu resortu zdrowia. Pracę rozpoczęliśmy dwa i pół roku przed terminem prezydencji, co, jak się okazało, było właściwe. Współpraca personelu MZ, GIS-u, personelu stałego przedstawicielstwa przy Komisji Europejskiej i bardzo fachowych pracowników ochrony zdrowia skutkowało wysoką jakością naszej pracy i podejmowanych ustaleń. Połączenie działania fachowych, doskonale przygotowanych administracyjnie pracowników MZ i GIS-u z kadrą medyczną polskich uczelni i instytutów stworzyło mocne fundamenty polskiej prezydencji w 2011 r.

Trzeba podkreślić, że w naszej pracy dążyliśmy do wzmocnienia funkcjonowania sieci instytucji działających w ponadnarodowej i ponadpaństwowej unijnej przestrzeni, których współpraca służyłaby budowaniu naukowych podstaw i programów zdrowotnych wraz z ich wdrożeniem w UE. Dało to prawdziwy, praktyczny wymiar działań o charakterze polityki prozdrowotnej w kontekście międzynarodowego zdrowia publicznego.

Życzę pani minister Izabeli Leszczyńce i personelowi pracującemu nad agendą naszej nowej prezydencji w 2025 r. wielu sukcesów, które są możliwe dzięki wyteżonej, merytorycznej i dobrze zorganizowanej pracy.

W pracy autor korzystał z materiałów MZ, GIS-u, Komisji Europejskiej i internetowych portali informacyjnych.

Priorytety w zakresie zdrowia krajowych prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w latach 2011–2025

dr n. med. Jakub Gierczyński⁵, Małgorzata Bogusz⁶

Wprowadzenie

Rozdział przedstawia analizę przekrojową priorytetów w zakresie zdrowia krajowych prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w latach 2011–2025 w kontekście przygotowań do drugiej polskiej prezydencji od stycznia 2025 r. Opracowanie oparto na oficjalnych dokumentach każdej prezydencji od pierwszej prezydencji Polski od lipca 2011 r. do prezydencji polskiej od stycznia 2025 r. Dodatkowo opisano kluczowe zadania Rady Unii Europejskiej oraz aktualne kierunki działań Komisji Europejskiej i Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego (EKES) w kontekście priorytetów w zakresie zdrowia.

Prezydencje w Radzie Unii Europejskiej od 2011 do 2026 r.

Rada Unii Europejskiej jest ważnym organem decyzyjnym Unii Europejskiej (UE). Rada Unii Europejskiej:

1. Negocjuje i przyjmuje prawo Unii Europejskiej.
2. Koordynuje politykę państw członkowskich w zakresie polityki gospodarczej i fiskalnej, edukacji, kultury, młodzieży i sportu oraz zatrudnienia.
3. Tworzy wspólną unijną politykę zagraniczną i bezpieczeństwa, która obejmuje pomoc rozwojową i humanitarną, obronę i handel, jednolitość, spójność i skuteczność unijnych działań zewnętrznych.
4. Zawiera umowy międzynarodowe, które mogą dotyczyć szerokich dziedzin (tj. handel, współpraca i pomoc rozwojowa) lub koncentrować się na konkretnych kwestiach (tj. wyroby włókiennicze, leki, szczepionki, produkty pochodzenia ludzkiego, łowiska, cła, transport, badania naukowe, czy technika).

5 European Health Network

6 Instytut Rozwoju Spraw Społecznych, Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny

5. Uchwała budżet Unii Europejskiej.⁷

Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej nie jest wyłaniania w wyborach. Od 2009 r., zgodnie z traktatem lizbońskim, państwa członkowskie sprawują kolejno prezydencje w Radzie Unii Europejskiej przez okres półroczny, ściśle współpracując w grupach po trzy kraje. Kadencja każdego z państw przypada więc co 14 lat. Polska sprawowała swoją pierwszą prezydencję w Radzie Unii Europejskiej od 1 lipca do 31 grudnia 2011 r., a drugą prezydencję będzie sprawować od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r.⁸

Tabela.

Prezydencje w Radzie Unii Europejskiej od 2011 do 2026 r. – od pierwszej do drugiej prezydencji Polski

Data	Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej
Styczeń 2025 – czerwiec 2026	Polska , Dania, Cypr
Lipiec 2023 – grudzień 2024	Hiszpania, Belgia, Węgry
Styczeń 2022 – czerwiec 2023	Francja, Czechy, Szwecja
Lipiec 2020 – grudzień 2021	Niemcy, Portugalia, Słowenia
Styczeń 2019 – czerwiec 2020	Rumunia, Finlandia, Chorwacja
Lipiec 2017 – grudzień 2018	Estonia, Bułgaria, Austria
Styczeń 2016 – czerwiec 2017	Niderlandy, Słowacja, Malta
Lipiec 2014 – grudzień 2015	Włochy, Łotwa, Luksemburg
Styczeń 2013 – czerwiec 2014	Irlandia, Litwa, Grecja
Lipiec 2011 – grudzień 2012	Polska , Dania, Cypr

Źródło. Opracowanie własne na podstawie Rady Unii Europejskiej

Każda trójka krajów ustala długofalowe cele i przygotowuje wspólny program tematów i spraw, którymi Rada będzie się zajmować przez 18 miesięcy pełnienia prezydencji. Na podstawie wspólnego programu każde z trzech państw opracowuje własny, bardziej szczegółowy program swojej sześciomiesięcznej prezydencji.⁹

Przykładowo aktualne trio – Hiszpania, Belgia i Węgry – realizuje wspólne cele w zakresie zwiększenia odporności i strategicznej autonomii Unii Europejskiej. Opierają się one na: wzmocnieniu globalnej konkurencyjności UE poprzez wzmocnienie bazy przemysłowej zgodnie z zielonymi i cyfrowymi transformacjami i wykorzystaniem innowacji; zapewnieniu, że transformacje będą uczciwe, sprawiedliwe i inkluzywne poprzez wzmocnienie wymiaru socjalnego Europy, w tym poprzez zajęcie się wyzwaniem demograficznym, przed którym stoi UE; wzmocnieniu międzynarodowych partnerstw, współpracy wielostronnej i bezpieczeństwa we wszystkich jego wymiarach; zbudowaniu ambitnej i zrównoważonej polityki handlowej, przy jednoczesnym bardziej stanowczym bronię interesów UE, w oparciu o wartości, i wzmocnieniu zdolności UE do działania w dziedzinie bezpieczeństwa i obrony.¹⁰ Natomiast indywidualne cele prezydencji węgierskiej to: nowe europejskie porozumienie w sprawie konkurencyjności; wzmocnienie europejskiej polityki obronnej; spójna i oparta na zasługach polityka rozszerzenia UE; powstrzymanie nielegalnej migracji; kształtowanie przyszłej polityki spójności; polityka rolna skoncentrowana na rolnikach; rozwiązywanie problemów demograficznych.¹¹

Priorytety w zakresie zdrowia prezydencji krajów członkowskich w Radzie Unii Europejskiej w latach 2011–2025

⁷ <https://www.consilium.europa.eu/pl/council-eu/>

⁸ <https://www.consilium.europa.eu/pl/council-eu/presidency-council-eu/>

⁹ <https://www.consilium.europa.eu/pl/council-eu/presidency-council-eu/timeline-presidencies-of-the-council-of-the-eu/>

¹⁰ <https://belgian-presidency.consilium.europa.eu/en/programme/trio-programme/>

¹¹ <https://hungarian-presidency.consilium.europa.eu/en/programme/priorities/>

Ochrona zdrowia jest od dawna wskazywana przez Europejczyków jako główne wyzwanie dla Komisji Europejskiej, Rady Unii Europejskiej oraz rządów poszczególnych krajów. Pandemia Covid-19 spowodowała, że zdrowie stało się obszarem strategicznym i zaczęło z konieczności integrować kraje członkowskie. Dodatkowo występuje swobodny przepływ ludzi, usług i towarów w systemie ochrony zdrowia. Traktat z Lizbony z 2009 r. definiuje zakres kompetencji Unii Europejskiej w sektorze zdrowia jako kompetencje dzielone pomiędzy Unią Europejską a państwami członkowskimi, w tym przede wszystkim ochrona epidemiologiczna i rejestracja leków. Kwestie finansowania świadczeń oraz organizacji całego systemu ochrony zdrowia są pozostawione ciągle decyzji rządów krajowych. Stąd m.in. trzykrotne różnice w finansowaniu ochrony zdrowia na głowę mieszkańca (Polska w 2022 r. wydawała 1200 euro na głowę mieszkańca, a średnia EU wynosiła ok. 3600 euro na głowę mieszkańca).

Priorytety w zakresie zdrowia są nieodłącznym elementem poszczególnych prezydencji w Radzie Unii Europejskiej.

Poniżej przedstawiono priorytety w zakresie zdrowia prezydencji poszczególnych krajów członkowskich w Radzie Unii Europejskiej w latach 2011–2025, w kolejności malejącej od najnowszych prezydencji do najstarszych.

Tabela.
Priorytety w zakresie zdrowia prezydencji krajów członkowskich w Radzie Unii Europejskiej w latach 2011–2025

Państwo	Okres czasu	Priorytety w zdrowiu
Polska	1 stycznia – 30 czerwca 2025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bezpieczeństwo zdrowotne. 2. Cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej. 3. Profilaktyka i edukacja zdrowotna. 4. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. 5. Wdrożenie legislacji w zakresie Europejskiej Przestrzeni Danych Medycznych (EHDS). 6. Wzmocnienie cyberbezpieczeństwa technologii medycznych. 7. Współpraca państw członkowskich UE na rzecz rozwoju usług transgranicznych w e-zdrowiu. 8. Regulacja prawa farmaceutycznego w kontekście bezpieczeństwa lekowego Unii Europejskiej.¹²
Węgry	1 lipca – 31 grudnia 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regulacja prawa farmaceutycznego. 2. Przeciwdziałanie chorobom układu krążenia. 3. Implementacja Rozporządzenia o substancjach pochodzenia ludzkiego (SoHO) oraz utworzenie Konkluzji Rady Europejskiej, w tym Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO). 4. Choroby rzadkie. 5. Poprawa dostępu i przystępności cenowej produktów leczniczych. 6. Zdrowie psychiczne.¹³

12 Priorytety opublikowane w trakcie konferencji Ministerstwa Zdrowia w dniu 17.12.2024 r. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europa-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

13 <https://hungarian-presidency.consilium.europa.eu/en/programme/programme/>

Państwo	Okres czasu	Priorytety w zdrowiu
Belgia	1 stycznia – 30 czerwca 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzmocnienie przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia związanym z odpornością społeczeństw, w tym wzmocnienie zarządzania kryzysowego. 2. Wsparcie systemów opieki zdrowotnej w zakresie niedoborów. 3. Poprawa bezpieczeństwa dostaw leków i zapewnienie ciągłego dostępu do nich, przeciwdziałanie niedoborom. 4. Szybszy dostęp do wysokiej jakości, bezpiecznych i niedrogich produktów leczniczych. 5. Finalizacja EU Health Data Space (EHDS) i pozostałych prac nad Rozporządzeniem o substancjach pochodzenia ludzkiego (SoHO). 6. Zwiększenie innowacyjności w ochronie zdrowia. 7. Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom 8. Choroby rzadkie.¹⁴
Hiszpania	1 lipca – 31 grudnia 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poprawa ochrony wrażliwych grup pacjentów. 2. Wspieranie inicjatyw w zakresie gotowości i reagowania na nowe zagrożenia zdrowotne. 3. Dostosowanie europejskiego programu w dziedzinie zdrowia do programu działań na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 (2030 Agenda) i podejścia „Jedno zdrowie” (One Health). 4. Utworzenie Europejskiej Przestrzeni Danych Medycznych (European Health Data Space, EHDS). 5. Rozporządzenie w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do stosowania u ludzi (SoHO). 6. Wzmocnienie Europejskiej Agencji Leków (EMA). 7. Profilaktyka i promocja zdrowia w Unii Europejskiej w odniesieniu do takich kwestii, jak otyłość u dzieci i szczepienia przez całe życie. 8. Wzmocnienie możliwości systemów opieki zdrowotnej w obszarach, w których pandemia ujawniła braki, jak autonomia strategiczna w świadczeniu opieki zdrowotnej; 9. Nowe rozwiązania w zakresie HIV i chorób psychicznych. 10. Choroby rzadkie.¹⁵
Szwecja	1 stycznia – 30 czerwca 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozporządzenie w sprawie Europejskiej Przestrzeni Danych Medycznych. 2. Rozporządzenie w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczony do stosowania u ludzi (SoHO). 3. Wdrażanie europejskiego Planu Walki z Rakiem. 4. Odnowienie globalnej strategii UE w zakresie zdrowia. 5. Priorytet dla produktów farmaceutycznych – aktualizacja prawa farmaceutycznego oraz nowe rozporządzenia dotyczące sierocych produktów leczniczych i leków pediatrycznych. 6. Wdrożenie rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych. 7. Skuteczne leczenie zakażeń bakteryjnych i oporność na antybiotyki. 8. Choroby rzadkie.¹⁶

14 <https://belgian-presidency.consilium.europa.eu/en/programme/the-belgian-presidency-programme/>

15 <https://spanish-presidency.consilium.europa.eu/media/e4ujaagg/the-spanish-presidency-programme.pdf>

16 <https://swedish-presidency.consilium.europa.eu/en/programme/programme-of-the-presidency/>

Państwo	Okres czasu	Priorytety w zdrowiu
Czechy	1 lipca – 31 grudnia 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Walka z pandemią Covid-19 oraz poprawa gotowości UE na dalsze kryzysy zdrowotne. 2. Kryzys humanitarny związany z napływem dużej liczby uchodźców do UE w wyniku wojny w Ukrainie. 3. Badania przesiewowe w onkologii. 4. Europejska Przestrzeń Danych Medycznych 5. Produkty farmaceutyczne. 6. Choroby rzadkie. 7. Szczepienia ochronne.¹⁷
Francja	1 stycznia – 30 czerwca 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zakończenie negocjacji nad pakietem legislacyjnym „Budowa europejskiej unii zdrowia”. 2. Wsparcie utworzenia europejskiego Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA). 3. Promowanie przemysłowej strategii na rzecz zdrowia. 4. Innowacje w opiece zdrowotnej. 5. Analiza dyrektyw nt. bezpieczeństwa i jakości ludzkiej krwi oraz bezpieczeństwa i jakości tkanek i komórek ludzkich na potrzeby rozwoju naukowego i technologicznego. 6. Zdrowie cyfrowe. 7. Europejska Przestrzeń Danych Medycznych. 8. Traktat o walce z pandemiemi. 9. Zapobieganie nowotworom i ich zwalczanie. 10. Odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe. 11. Zdrowie psychiczne młodych osób. 12. Prawodawstwo farmaceutyczne. 13. Choroby rzadkie¹⁸.
Słowenia	1 lipca – 31 grudnia 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzmocnienie reakcji UE na zagrożenia dla zdrowia w ewentualnych i przyszłych pandemiach. 2. Innowacyjne rozwiązania dla systemów opieki zdrowotnej. 3. Organizacja, dostępność, jakość, szybkość reagowania i zrównoważone finansowanie systemów opieki zdrowotnej. 4. Przeciwdziałanie nowotworom. 5. Wzmocnienie Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejskiej Agencji Leków (EMA) w zakresie gotowości i mechanizmów reagowania w sytuacjach kryzysowych. 6. Inicjacja utworzenia Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA). 7. Poprawienie dostępności leków, w tym przeciwdrobnoustrojowych, generycznych, onkologicznych¹⁹.

17 <https://wayback.archive-it.org/12090/20230320173300/https://czech-presidency.consilium.europa.eu/media/ddjjq0zh/programme-cz-pres-english.pdf>

18 <https://www.consilium.europa.eu/media/56602/2022-jan-jun-fr-programme.pdf>

19 <https://www.consilium.europa.eu/media/56259/2021-jul-dec-sl-programme.pdf>

Państwo	Okres czasu	Priorytety w zdrowiu
Portugalia	1 stycznia – 30 czerwca 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Program Zdrowia UE – EU4Health. 2. Cyfrowa transformacja sektora zdrowia. 3. Telemedycyna i telezdrowie. 4. Interoperacyjność elektronicznych kart zdrowia. 5. Dostępność leków i szczepionek, sprzętu i urządzeń medycznych. 6. Strategia Farmaceutyczna dla Europy. 7. Wzmocnienie roli Agencji Europejskich w koordynacji z sieciami Agencji Krajowych w państwach członkowskich. 8. Autonomia strategiczna – zarządzanie, zdolność produkcyjna i dostawy w Europie. 9. Zrównoważony rozwój – skuteczna informacja, polityka cenowa i współpraca regionalna. 10. Dostępność – sprawiedliwy, opłacalny dostęp do technologii medycznych. 11. Środki przeciwdrobnoustrojowe. 12. Zdrowie środowiskowe. 13. Przeciwdziałanie nowotworom. 14. Zdrowie psychiczne²⁰.
Niemcy	1 lipca – 31 grudnia 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unijne instrumenty zarządzania kryzysowego. 2. Międzysystemowa wymiana informacji na rzecz zapobiegania pandemiom – utworzenie baz danych państw członkowskich i system wczesnego ostrzegania. 3. Komitet ds. bezpieczeństwa zdrowia (HSC). 4. Poprawa dostaw środków farmaceutycznych, produktów medycznych, sprzętu ochrony osobistej. 5. Porozumienie w sprawie wspólnych zamówień w Europie. 6. Rozwinięcia planu działania UE ERAvsCorona. 7. Sztuczna inteligencja i technologie kwantowe. 8. Bezpieczeństwo cyfrowych danych. 9. Innowacje w ochronie zdrowia²¹.
Chorwacja	1 stycznia – 30 czerwca 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Współpraca państw członkowskich w zakresie dawstwa i przeszczepiania narządów. 2. Opieka zdrowotna w odpowiedzi na wyzwanie starzejących się społeczeństw. 3. Rozporządzenie ws. technologii medycznych²².
Finlandia	1 lipca – 31 grudnia 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cyfryzacja i digitalizacja sektora ochrony zdrowia. 2. Sztuczna inteligencja²³.
Rumunia	1 stycznia – 30 czerwca 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cyfryzacja i digitalizacja sektora ochrony zdrowia²⁴.

20 <https://www.consilium.europa.eu/media/56256/2021-jan-jun-pt-programme.pdf>

21 <https://www.consilium.europa.eu/media/56253/2020-jul-dec-de-programme.pdf>

22 <https://www.consilium.europa.eu/media/56250/2020-jan-jun-hr-programme.pdf>

23 <https://www.consilium.europa.eu/media/56247/2019-jul-dec-fi-programme.pdf>

24 [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2018/630313/EPRS_BRI\(2018\)630313_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2018/630313/EPRS_BRI(2018)630313_EN.pdf)

Państwo	Okres czasu	Priorytety w zdrowiu
Austria	1 lipca – 31 grudnia 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozporządzenie ws. oceny technologii medycznych. 2. Wzmocnienie współpracy na rzecz zwalczania chorób. 3. Ograniczenie użycia tytoniu²⁵.
Bułgaria	1 stycznia – 30 czerwca 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozporządzenie dot. wspólnotowych procedur wydawania pozwoleń na produkty lecznicze oraz nadzoru nad nimi przez Europejską Agencję Leków. 2. Zdrowe odżywianie dzieci. 3. Niedobór produktów leczniczych ze względów ekonomicznych i eksport równoległy²⁶.
Estonia	1 lipca – 31 grudnia 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordynacja w zakresie e-zdrowia. 2. Wykorzystanie danych medycznych. 3. Innowacje w sektorze ochrony zdrowia²⁷.
Malta	1 stycznia – 30 czerwca 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otyłość wśród dzieci. 2. Współpraca strukturalna na rzecz poprawy dostępu do innowacyjnych technologii medycznych w zakresie chorób rzadkich w UE. 3. Wyzwania kadr w zakresie świadczenia wysokospecjalistycznych świadczeń opieki zdrowotne. 4. Transgraniczna infrastruktura informatyczna. 5. Wymiana danych osobowych i informacji dot. zdrowia między podmiotami leczniczymi. 6. Przeciwdziałanie HIV/AIDS²⁸.
Słowacja	1 lipca – 31 grudnia 2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regulacje dot. wyrobów medycznych i wspólnotowych procedur dot. pozwoleń na produkty lecznicze. 2. Dostępność cenowa i terytorialna do innowacyjnych produktów leczniczych. 3. Odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe. 4. Gruźlica²⁹.
Niderlandy	1 stycznia – 30 czerwca 2016	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostęp do produktów leczniczych i wyrobów medycznych. 2. Rozporządzenie dot. wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro. 3. Odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe³⁰.
Luksemburg	1 lipca – 31 grudnia 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ramy regulacyjne dla dostępu do bezpiecznych i wysokiej jakości wyrobów medycznych. 2. Medycyna spersonalizowana. 3. Przeciwdziałanie demencji. 4. Zarządzenie epidemią wirusa Ebola. 5. Zdrowie psychiczne dzieci³¹.

25 <https://www.consilium.europa.eu/media/56240/2018-jul-dec-at-programme.pdf>

26 <https://www.consilium.europa.eu/media/56264/2018-jan-jun-bg-programme.pdf>

27 <https://www.consilium.europa.eu/media/56237/2017-jul-dec-ee-programme.pdf>

28 <https://www.consilium.europa.eu/media/56234/2017-jan-jun-mt-programme.pdf>

29 <https://www.consilium.europa.eu/media/56231/2016-jul-dec-sk-programme.pdf>

30 <https://www.consilium.europa.eu/media/56229/2016-jan-jun-nl-programme.pdf>

31 <https://www.consilium.europa.eu/media/56226/2015-jul-dec-lu-programme.pdf>

Państwo	Okres czasu	Priorytety w zdrowiu
Łotwa	1 stycznia – 30 czerwca 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porozumienie z Parlamentem Europejskim ws. wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do in vitro. 2. Zdrowie psychiczne dzieci. 3. Otyłość u dzieci. 4. Opieka skoncentrowana na pacjencie. 5. Programy przesiewowe dla nowotworów w Europie. 6. e-zdrowie. 7. Wykorzystanie danych medycznych i bezpieczeństwo danych medycznych³².
Włochy	1 lipca – 31 grudnia 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cyfryzacja i digitalizacja ochrony zdrowia. 2. Dostęp do wyrobów medycznych. 3. Choroby rzadkie. 4. Demencja. 5. HIV/AIDS. 6. Agencja Oceny Technologii Medycznych w Europie³³.
Grecja	1 stycznia – 30 czerwca 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostęp wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do in vitro. 2. Technologie medyczne. 3. Rozporządzenie w sprawie opłat za nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii. 4. Dyrektywa regulująca ceny i refundacje, dostęp do innowacyjnych produktów leczniczych i generyków oraz określająca rozwój badań w obszarze farmaceutycznym w UE. 5. E-zdrowie. 6. Zdrowie psychiczne³⁴.
Litwa	1 lipca – 31 grudnia 2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dyrektywa dot. zapewnienia konkurencyjności w badaniach klinicznych, przy zapewnieniu bezpieczeństwa i praw uczestników badań klinicznych. 2. Dyrektywa ws. wyrobów tytoniowych. 3. Dostęp do nowych i innowacyjnych wyrobów medycznych. 4. Dyrektywa dot. regulacji cen produktów leczniczych. 5. Dyrektywa dot. transgranicznych zagrożeń zdrowia³⁵.
Irlandia	1 stycznia – 30 czerwca 2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transgraniczne zagrożenia dla zdrowia, w tym choroby zakaźne, zagrożenia o charakterze biologicznym, chemicznym lub środowiskowym. 2. Dyrektywa ws. wyrobów tytoniowych. 3. Rozporządzenie dot. badań klinicznych produktów leczniczych. 4. Wyroby medyczne i wyroby medyczne do diagnostyki in vitro³⁶.

32 https://eu2015.lv/images/PRES_prog_2015_EN-final.pdf

33 <http://italia2014.eu/en/presidency-and-eu/programme-and-priorities/programme-of-the-italian-presidency-of-the-council-of-the-european-union/>

34 https://issuu.com/gr2014eu/docs/programme_en_28012014

35 https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0013/1534/Programa_EN_Lithuanian_Presidency.pdf

36 https://emnbelgium.be/sites/default/files/attachments/eu-pres_prog_en_a4.pdf

Państwo	Okres czasu	Priorytety w zdrowiu
Cypr	1 lipca – 31 grudnia 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dyrektywa dot. transgranicznych zagrożeń dla zdrowia. 2. Dawstwo i przeszczepianie narządów. 3. Zdrowe starzenie się. 4. Nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii. 5. Badania kliniczne. 6. Przejrzystość środków ustalających ceny produktów leczniczych. 7. Wyroby medyczne³⁷.
Dania	1 stycznia – 30 czerwca 2012	<ol style="list-style-type: none"> 1. Innowacje w sektorze opieki zdrowotnej. 2. Wyroby medyczne. 3. Odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe. 4. Cukrzyca³⁸.
Polska	1 lipca – 31 grudnia 2011	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profilaktyka i wczesne wykrywanie, leczenie przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci. 2. Wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń komunikacyjnych u dzieci. 3. E-zdrowie i innowacje w sektorze ochrony zdrowia. 4. Promowanie zdrowego stylu życia. 5. Zdrowe starzenie się. 6. Przeciwdziałanie chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera. 7. Badania nad chorobami mózgu. 8. Bezpieczeństwo farmakoterapii³⁹.

Źródło: Opracowanie własne

Analiza przekrojowa

Spośród wskazanych obszarów w ramach programów prezydencji w Radzie Unii Europejskiej poprzez państwa członkowskie Unii Europejskiej od 2011 r. do stycznia 2025 r., 16 państw wskazało działania w zakresie produktów farmaceutycznych związanych z dostępnością, w tym przeciwdziałaniem niedoborom, cenami oraz refundacją produktów leczniczych. Tyle samo krajów wskazało w programach koncentrację na wyrobach medycznych i diagnostyce in vitro – zarówno w kontekście dostępu do wyrobów medycznych, jak i regulacji obowiązujących dyrektyw. 13 państw wskazało na potrzebę zwiększenia innowacyjności w ochronie zdrowia w Unii Europejskiej, w tym wprowadzenie rozwiązań telemedycznych, e-zdrowia. Dziewięć państw europejskich wskazywało na działania związane z transgranicznymi zagrożeniami zdrowia, w tym tymi spowodowanymi Covid-19, a także na działania mające na celu przeciwdziałać epidemiom oraz wzmocnić zarządzanie kryzysowe w krajach członkowskich. Również dziewięć państw obejmujących prezydencję wskazało na priorytetowe traktowanie chorób rzadkich oraz koncentrację na wspólnych danych medycznych, w tym Europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (EHDS). Odporność na antybiotyki jako jedno z działań w programach wskazało siedem państw. Podobnie siedem państw wskazało na podjęcie działań związanych ze zdrowiem psychicznym. W sześciu programach priorytetem były nowotwory. Cztery kraje członkowskie wskazały w programach prezydencji działania związane z badaniami klinicznymi, regulacjami w odniesieniu do Europejskiej Agencji Leków i jej funkcjonowania, cztery kraje wskazały również na działania na rzecz dawstwa, przeszczepiania narządów, w tym orientację na wprowadzenie Rozporządzenia o substancjach pochodzenia ludzkiego (SoHO). W programach trzech krajów znalazły się działania związane z wyzwaniem starzejącego się społeczeństwa, ograniczeniem tytoniu, otyłością u dzieci, chorobami neurodegeneracyjnymi czy wzrostem wykonywanych szczepień ochronnych.

37 <http://www.cy2012.eu/index.php/en/file/MAZ6Cvaoj0L2nxXo9+AUZw==/>

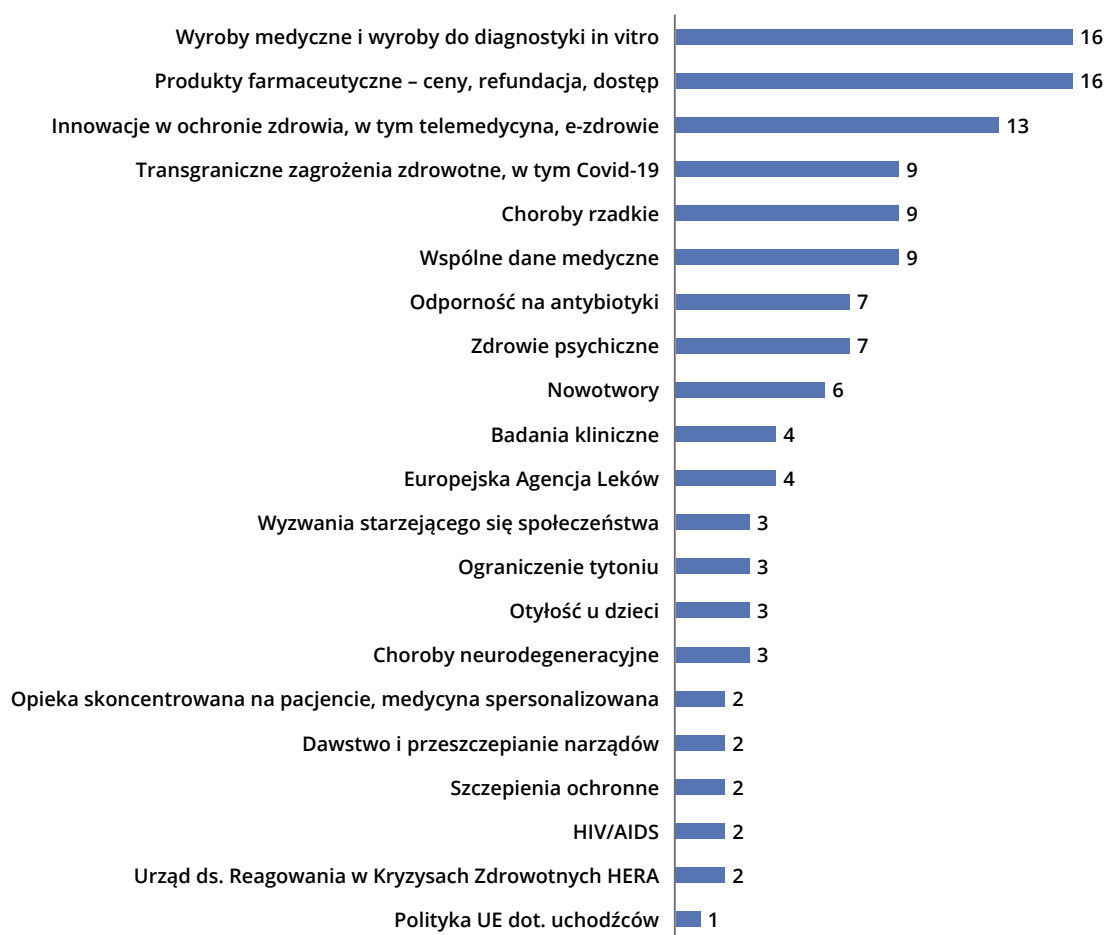
38 https://wbc-rti.info/object/document/7192/attach/1Europeatwork_DanishPresidency_2012.pdf

39 http://oide.sejm.gov.pl/oide/en/images/files/prezydencja/Raport_koncowy.pdf

Tylko dwa kraje wskazały w programach prezydencji wzmocnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie i medycyny spersonalizowanej. Podobnie dwa kraje wskazały na działania związane z polityką w zakresie HIV i AIDS. Działania regulacyjne Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na stany Zagrożenia Zdrowia (HERA) znajdowały się w programach prezydencji dwóch krajów. Jeden kraj wskazał w programie prezydencji działania związane z profilaktyką chorób układu krążenia. Podobnie jeden kraj także podjął w ramach prezydencji działania związane z polityką na rzecz uchodźców.

Wykres.

Priorytety państw członkowskich w zakresie zdrowia w ramach programów Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej – analiza przekrojowa za lata 2011–2025 (od pierwszej do drugiej prezydencji Polski).



Źródło: Opracowanie własne

Podsumowanie

Jak przedstawiono powyżej, najczęstszymi priorytetami w zakresie zdrowia krajów, które pełniły prezydencję w Radzie Unii Europejskiej w latach 2011–2025 były zagadnienia związane z polityką lekową i wyrobów medycznych. Bezpieczeństwo lekowe nabrało dodatkowego znaczenia w czasie pandemii Covid-19 oraz zaburzeń geopolitycznych. Następną grupą priorytetów są priorytety w zakresie grup chorób – choroby rzadkie, zdrowie psychiczne i nowotwory. Zaskakuje jednorazowe pojawienie się chorób układu krążenia jako priorytetu, pomimo faktu, że te choroby są pierwszą przyczyną zgonów (przed nowotworami) w Unii Europejskiej. Polska priorytetowo planuje potraktować zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży, mając szerokie doświadczenia kilkuletniej reformy modelu opieki nakierunkowanej na opiekę środowiskową. Profilaktyka zdrowotna i cyfryzacja systemu ochrony zdrowia to polskie priorytety, które są niezmiennie aktualne we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Polska będzie kontynuować prace związane z wdrożeniem legislacji w zakresie Europejskiej Przestrzeni Danych Medycznych oraz prawa farmaceutycznego, w tym bezpieczeństwa lekowego Unii Europejskiej.

Należy również w tym miejscu przypomnieć najważniejsze priorytety w zakresie zdrowia zawarte w programie Komisji Europejskiej „EU4Health” na okres 2021–2027, który ma wesprzeć silnych, odpornych i dostępnych systemów opieki zdrowotnej w krajach członkowskich. Realizacja programu oparta jest na czterech celach: poprawa i wspieranie zdrowia (w tym promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i współpraca w zakresie zdrowia), ochrona obywateli w zagrożeniach i kryzysach zdrowotnych (w tym bezpieczeństwo epidemiologiczne, lekowe i wyrobowe) oraz wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej, oraz zwiększenie dostępu obywateli krajów EU-27 do opieki zdrowotnej.⁴⁰ Jednocześnie należy pamiętać, że Rada Unii Europejskiej wezwała Komisję Europejską do utrzymania zdrowia jako priorytetu w nadchodzącej pięcioletniej kadencji. W zatwierdzonych konkluzjach państwa członkowskie uznają już wykonaną pracę w celu poprawy koordynacji polityki zdrowotnej na poziomie UE, podkreślają bieżące wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej UE i określają kluczowe obszary zainteresowania w celu wzmocnienia Europejskiej Unii Zdrowotnej (European Health Union).⁴¹

Wyzwanie dla Europy: ochrona zdrowia w dobie globalnych dynamicznych zmian społecznych

dr n. med. Andrzej Ryś⁴², Karolina Wasielewska⁴³

W nową prezydencję Polska wchodzi w okresie szczególnym. Mądrzejsza o doświadczenia pandemii Covid-19, musi jednak stawić czoła kolejnym wyzwaniom: starzeniu się społeczeństw, dezinformacji w zdrowiu, kryzysowi psychicznemu dzieci i młodzieży czy zakłóceniom globalnego łańcucha dostaw, także leków i substancji do ich produkcji. Jak przygotowywać się do tej walki, mądrze korzystając ze wsparcia i narzędzi Unii Europejskiej – o tym w rozmowie z Karoliną Wasielewską, mówi **Andrzej Ryś**, Principal Advisor ds. Nauki w Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności Komisji Europejskiej.

Karolina Wasielewska: Jeśli chodzi o tematy zdrowotne, czy w ogóle można porównywać okoliczności, w jakich obecnie wchodzimy w polską prezydencję w Radzie Unii Europejskiej z tymi z 2011 r.? Wydaje się, że pandemia zmieniła wszystko w środowisku zdrowotnym, w którym się poruszamy.

Andrzej Ryś: Zmieniła bardzo wiele, ale pewne priorytety z dawnych lat są kontynuowane. Warto przypomnieć unijne dokumenty sprzed czasów naszej pierwszej prezydencji, które określały pewne długofalowe cele w zdrowiu i opiece zdrowotnej. W 2008 r. ukazała się pierwsza strategia zdrowotna UE „Together for Health”, w której zwróciliśmy uwagę na trendy tak europejskie, jak i globalne, które – jak teraz widzimy – nie zmieniły się do tej pory: starzenie się społeczeństw, bezpieczeństwo zdrowotne i gwałtowny rozwój technologii medycznych oraz oczekiwanie pacjentów na ich publiczne finansowanie. Europa starzeje się i musimy to brać pod uwagę, planując wszelkie ruchy w systemach ochrony zdrowia, a nawet krajowe strategie rozwoju, skoro w społeczeństwach będą już wkrótce dominować seniorzy. Aktualne pozostają zatem dwa pytania: jak podejść do problemu długowieczności, a z drugiej strony – do problemu spadającej dzietności.

Wśród priorytetów obecnej prezydencji pojawia się także cyfryzacja w zdrowiu, również uwzględniona przez nas w dokumencie sprzed 16 lat. Nowe technologie diametralnie nas zmieniają i mogą być źródłem zarówno postępu, jak i wyzwań w opiece zdrowotnej, co było widać już wtedy, i co będziemy musieli już chyba zawsze uwzględniać w regulacjach i politykach zdrowotnych.

40 EU4Health programme 2021–2027 – a vision for a healthier European Union. European Commission Dostępne: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en

41 European Health Union: Council calls on Commission to keep health as a priority. Dostępne: <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2024/06/21/european-health-union-council-calls-on-commission-to-keep-health-as-a-priority/>

42 Principal Advisor ds. nauki w Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności Komisji Europejskiej (DG SANTE)

43 Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

No i oczywiście trzeci trend, na który już wtedy zwracaliśmy uwagę – bezpieczeństwo zdrowotne. W strategii *Together for Health* pisaliśmy o nim w kontekście współdziałania krajów członkowskich w obliczu wielkoskalowych, paneuropejskich i globalnych zagrożeń zdrowotnych. Tak się złożyło, że opracowaliśmy tę strategię na chwilę przed pierwszą pandemią XXI w., czyli pandemią wirusa H1N1, tak zwanej świńskiej grypy. Wtedy mieliśmy okazję się przekonać o wartości wspólnych wysiłków dla wspólnego bezpieczeństwa. Covid unaoczniał nam to jeszcze bardziej dobitnie, bo okazał się problemem zdrowotnym, który wyszedł daleko poza ramy medycyny i systemów ochrony zdrowia: dotknął państw na poziomie politycznym, społecznym, organizacyjnym i gospodarczym. Nie byliśmy przygotowani na to, że z dnia na dzień przejdziemy na funkcjonowanie zdalne w firmach, szkołach i administracji, a przepływ ludzi i towarów zostanie ograniczony z dnia na dzień. Wszystkich nas zaskoczyło też, w jak znacznym stopniu wpłynęło to na gospodarkę, naukę, stosunki pracy, system kształcenia, system ochrony zdrowia – oraz jakie są tego długofalowe skutki. Choć od wielu lat spotykałem się z ekspertami zarówno w Komisji Europejskiej, jak i globalnych sieciach współpracy, takich dramatycznych scenariuszy oraz ich skutków nie byli oni w stanie przewidzieć.

Karolina Wasielewska: Chodzi o to, że zjawiska opisywane jako trendy przyszłości – jak choćby upowszechnienie się telemedycyny – w czasie pandemii z dnia na dzień stały się elementem naszego codziennego życia?

Andrzej Ryś: Tak. Pandemia przyspieszyła używanie narzędzi cyfrowych w systemach ochrony zdrowia i kontaktach z pacjentami, jak choćby recept elektronicznych, pomogła też zrozumieć znaczenie danych zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji klinicznych oraz tych dotyczących zarządzania kryzysem w kontekście działań systemu ochrony zdrowia. Udało się nam stworzyć narzędzia cyfrowe działające w całej UE, np. elektroniczne „paszporty covidowe”. Wydarzenia 2020 r. dały też potężny impuls do opracowania nowej regulacji dotyczącej Europejskiej przestrzeni danych o zdrowiu.

Prawda jest jednak taka, że nadal nie wiemy wszystkiego o skutkach pandemii Covid-19. W czasie mojego niedawnego urlopu naukowego w Oksfordzie przeglądałem wybrane artykuły z pół miliona publikacji na jej temat. I mówię tylko o artykułach w czasopiśmie z referencjami, bo oprócz tego po świecie krążą niezliczone publikacje mniej albo bardziej wiarygodnych autorów i instytucji. Wiedza, jakiej dostarczyła nam pandemia, począwszy od nauk biologicznych i medycznych aż po zagadnienia z zakresu socjologii, ekonomii czy geopolityki, już jest olbrzymia, a z biegiem lat jeszcze jej przybędzie.

Podobno Winston Churchill powiedział, że nie powinniśmy marnować kryzysów.

Mamy oczywiście potrzebę odcięcia się od tego dramatu, co jest naturalnym mechanizmem psychologicznym. Jednak nabytą w czasie pandemii wiedzę musimy szanować, a przede wszystkim – wyciągać z niej wnioski. Przydaje nam się ona do analizowania bieżącej sytuacji w postpandemicznych społeczeństwach, ale także może okazać się pomocna, gdy będziemy musieli zmierzyć się z kolejną pandemią – a eksperci nie mają wątpliwości, że ona nastąpi.

Karolina Wasielewska: Czy doświadczenie wspólnej walki z zagrożeniem spowodowało, że władze krajów członkowskich patrzą bardziej przychylnym okiem na pogłębienie unijnej współpracy na gruncie zdrowia także na co dzień, a niekoniecznie tylko w sytuacjach kryzysowych? Wydaje się, że pandemia i agresja Rosji na Ukrainę nie obniżyła znacząco temperatury sporu o to, gdzie kończą się kompetencje Brukseli, jeśli chodzi o zdrowie obywateli poszczególnych państw Unii.

Andrzej Ryś: Współpraca w czasie pandemii pomiędzy Komisją i krajami członkowskimi była bardzo dobra. Dyskusja o kompetencjach wspólnotowych jest, będzie i zawsze była, powiedzmy, gorąca i pryncypialna. Tymczasem, począwszy od traktatu z Maastricht, kompetencje Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego są jasno określone. Nie było tak, że w czasie pandemii używaliśmy jakiegoś innego prawa. Wszystkie decyzje – od zamykania granic przez poszczególne kraje aż po wspólną regulację dotyczącą wprowadzenia paszportów covidowych – były oparte o istniejące traktaty europejskie. To ciekawe, że w innych dziedzinach nie ma aż tak gorących sporów

o granice kompetencji Unii Europejskiej, jakie wybuchają właśnie wokół zdrowia. Przecież traktaty jasno określają te kompetencje także w nie mniej istotnych sprawach, dotyczących każdej Europejki i każdego Europejczyka, jak choćby bezpieczeństwo pracy, a pośrednio zdrowia pracowników. I tu ich zapisy raczej nie wzbudzają takich kontrowersji. Pamiętajmy też, że wiele działań jest opartych na współpracy krajów członkowskich i Komisji Europejskiej. Chodzi np. o wspólne stworzenie 24 Europejskich Sieci Referencyjnych (ERN) w chorobach rzadkich czy europejskiego programu walki z rakiem.

Karolina Wasielewska: A jakie są najnowsze rozwiązania w ochronie zdrowia, które powstały w oparciu o te stare instrumenty?

Andrzej Ryś: Ciekawym przykładem jest historia dyrektywy o usługach transgranicznych, która powstała po to, żeby ułatwić funkcjonowanie wspólnego rynku – także usług zdrowotnych. Ostatecznie usługi zdrowotne zostały z niej wyłączone. Sąd europejski, do którego zwracali się pacjenci, w kolejnych swoich wyrokach nadał kierunek przyszłej dyrektywie o prawach pacjentów w tym zakresie. W tej dyrektywie znalazły się też zapisy dotyczące obszarów współpracy krajów członkowskich, dzięki temu powstała choćby koncepcja m.in. wspomnianych już Europejskich Sieci Referencyjnych czy możliwa była współpraca w zakresie zdrowia cyfrowego oraz oceny technologii medycznych (HTA). W raporcie analizującym 10 lat funkcjonowania tej dyrektywy te działania zostały najwyżej ocenione.

Karolina Wasielewska: Ważny jest choćby artykuł zobowiązujący kraje członkowskie do dzielenia się dobrymi praktykami w zdrowiu.

Andrzej Ryś: Prawda! A nie jest to żadna nowość – już w średniowieczu uczeni przemieszczali się z jednego uniwersytetu na drugi i dzielili wiedzę o zdrowiu człowieka. Dzisiejsze instrumenty unijne przewidują choćby możliwość wsparcia reform zdrowotnych w danym kraju przez ekspertów z innego kraju, gdzie podobne reformy odniosły sukces. Oczywiście, nie zawsze udaje się przeszczepić takie rozwiązania z jednego państwa do drugiego bez żadnych modyfikacji, ale takie doradztwo zagranicznego eksperta również może pomóc w dostosowaniu nowo wprowadzanego prawa do lokalnych realiów. Działają też liczne grupy i fora eksperckie, w ramach których kraje członkowskie dzielą się swoimi doświadczeniami. Stworzyliśmy też portal dotyczący europejskiej polityki zdrowotnej, umożliwiający współpracę także tysiącom organizacji pozarządowych, które mogą dzięki temu wypracowywać wspólne stanowiska w różnych obszarach ich działania. Tkanka współpracy europejskiej daje niemal nieograniczone możliwości i m.in. temu służy prezydencja, żebyśmy się zastanowili, jak jeszcze możemy to wykorzystać, także w Polsce.

Karolina Wasielewska: Przyjrzyjmy się zatem pierwszemu z priorytetów zdrowotnych naszej prezydencji. Psychiatria dzieci i młodzieży to ten obszar opieki zdrowotnej, któremu wiele krajów członkowskich przez lata poświęcało za mało uwagi, a po pandemii wzrosła potrzeba pilnych usprawnień na tym polu. Jako przykład dobrych praktyk wiceminister Wojciech Konieczny podał w rozmowie ze mną koncepcję współdziałania NFZ z systemem medycyny szkolnej, tak żeby już na poziomie szkoły – miejsca, gdzie młodzi ludzie spędzają najwięcej czasu – można było diagnozować problemy psychiczne danej uczennicy czy ucznia, i żeby ta diagnoza była widoczna także w systemie ogólnym. Dzięki temu unikniemy podwójnego diagnozowania, co bywa źródłem niepotrzebnego stresu dla młodego człowieka w newralgicznym okresie życia, jakim jest dojrzewanie. Żeby jednak te rozwiązania rzeczywiście działały, całe otoczenie takiej młodej osoby – jej opiekunowie, nauczyciele, rówieśnicy – musi odebrać edukację w zakresie objawów zaburzeń psychicznych i szybkiego reagowania w sytuacji, gdy one wystąpią. Wydaje się, że znowu mówimy tu o pomysle, który jest oczywisty. Można się tylko dziwić, że do tej pory nie został wprowadzony.

Andrzej Ryś: To jest bardzo dobry pomysł, ale troska o dobre samopoczucie młodych ludzi – również tych, którzy nie mają potrzeby diagnozowania się pod kątem zaburzeń psychicznych – powinna zaczynać się jeszcze wcześniej. Opiszę to na przykładzie belgijskiej szkoły, bo moje dzieci uczyły się i w Polsce, i w Belgii, mogę więc porównać te dwa systemy. Kiedy przyszliśmy z żoną zapisać sześcioletkę do belgijskiej podstawówki, na spotkanie z rodzicami przyszli nauczyciele, którzy mieli

prować klasy, pojawiła się też dyrektorka, która wytłumaczyła nam, jak szkoła funkcjonuje, jakie są jej pryncypia. Choć tę konkretną placówkę prowadziła fundacja katolicka, uczyły się tam dzieci z rodzin belgijskich, ale też innych narodowości, różnych wyznań. Usłyszeliśmy od pani dyrektor, że szkoła działa w oparciu o wartości chrześcijańskie, ale w bardziej uniwersalny sposób. Mówiła też o „trójkącie odpowiedzialności i współpracy”; szkoła–rodzice–dziecko. Był obecny także psycholog. Spędził z nami sporo czasu, opowiadał o sytuacjach, z jakimi nasze dzieci mogą się zetknąć, i o problemach, z którymi być może będą się zmagać, oraz rolach każdego z nas, uczestników tego procesu. Zaznaczył też, że w szkole obowiązuje zasada zero tolerancji dla przemocy. Teoretycznie w każdej szkole tak jest, ale skoro to już zostało głośno powiedziane, dzieci i rodzice mieli więcej odwagi, żeby reagować na niepokojące incydenty i zachowania uczniów. W klasie mojej córki zdarzyła się taka sytuacja z udziałem jednej z jej koleżanek. Tej dziewczynce poświęcono ogrom uwagi, przeprowadzono ją przez rodzaj gry psychologicznej, której celem było nie ukarać ją za akt agresji, ale sprawić, by zrozumiała, dlaczego nie powinna się w określony sposób zachowywać. Odbędzie się to z zachowaniem dyskrecji i z pełnym poszanowaniem indywidualności tego dziecka, nikt nie traktował go jak przestępcy, nie wytykał palcami. Ważny też był moment „pogodzenia się” między dziećmi i symboliczne podanie ręki. Bardzo mi się to podobało, bo taki schemat postępowania nie izoluje osoby, której sprawa dotyczy, od reszty szkolnej społeczności – co mogłoby tylko prowadzić do utrwalania agresywnych zachowań.

Oczywiście, to nie oznacza, w każdej belgijskiej szkole wszystko działa bez zarzutu. Europa Zachodnia zмага się z tymi samymi problemami co Polska. Z raportów o zdrowiu psychicznym, które robiliśmy wspólnie z OECD i WHO, wynika, że depresje i myśli samobójcze wśród młodych ludzi wszędzie nasiliły się w czasie pandemii i do tej pory nie udało się tego efektu zniwelować.

Karolina Wasielewska: Kiedy ten problem znalazł się w agendzie Unii Europejskiej?

Andrzej Ryś: Już w latach 2009–2011, wtedy głównie w kontekście zdrowia publicznego, debat i mobilizacji krajów członkowskich oraz innych partnerów do wspólnych działań w tym obszarze. W 2011 r. ministrowie zdrowia UE przyjęli dokument „Council conclusions on the European Pact for Mental Health and Well-being: Results and Future Action”.

Pamiętam, że jako Komisja Europejska zorganizowaliśmy konferencję inauguracyjną cykl spotkań eksperckich w poszczególnych krajach, którą otworzyło przemówienie byłego premiera Norwegii Kjella Magne Bondevika. Był on jedną z pierwszych osób publicznych, które otwarcie mówiły o swojej depresji. Kiedy w 1997 r. w czasie sprawowania urzędu usłyszał diagnozę, opublikował na ten temat oświadczenie w prasie. Otrzymał mnóstwo wyrazów wsparcia z całego świata. I był to z jego strony akt odwagi, bo w tamtych czasach ogromnym problemem była stygmatyzacja osób z chorobami psychicznymi. Pandemia z jednej strony przyczyniła się do nasilenia dolegliwości u wielu chorych, ale z drugiej – akurat z problemem stygmatyzacji w dużej mierze pomogła się uporać. Młodzi ludzie, ale także rodzice, mówią dziś bardziej otwarcie o problemach zdrowia psychicznego. Szukają i oczekują pomocy.

Karolina Wasielewska: Może wpłynął na to fakt, że sytuacja w czasie pandemii stała się dla nich nie do zniesienia, została przekroczona pewna „masa krytyczna” tego, co dorastający człowiek jest w stanie udźwignąć?

Andrzej Ryś: Tak, wynika to z badań, które robiliśmy we współpracy z ekspertami OECD i WHO. Chodzi jednak nie tylko o izolację, zdalną naukę i brak kontaktu z rówieśnikami, choć na to skarżyło się wielu nastolatków. Nagle bowiem okazało się, że – choć to pokolenie żyje równolegle w świecie realnym i cyfrowym – relacje w internecie nie zaspokajają tych samych potrzeb, co kontakt na żywo. Ogromny wpływ na samopoczucie młodych miała też sytuacja w ich rodzinach. Rodzice byli zestresowani, bali się utraty pracy, nie wszyscy radzili sobie z godzeniem pracy zdalnej i ogarnianiem spraw w domu. Do tego dochodziły sytuacje, gdy seniorzy w rodzinach umierali na Covid, a dzieci i wnuki nawet nie mogły się z nimi zobaczyć w tych ostatnich chwilach życia. Te doświadczenia pozostawiły nas z różnorodnymi traumami, które jeszcze długo będą się za nami ciągnąć.

Dlatego 7 czerwca 2023 r. Komisja Europejska opublikowała nową unijną strategię ochrony zdrowia psychicznego. W ramach programów unijnych, w tym Horizon Europe i EU4Health, przeznaczono 1,23 mld euro na wsparcie państw członkowskich w kształtowaniu podejścia, które kładzie nacisk na promocję zdrowia psychicznego we wszystkich obszarach polityki. KE wspiera też badania naukowe dotyczące zdrowia psychicznego oraz wymianę informacji pomiędzy naukowcami i klinicystami, którzy zajmują się tymi problemami, a innymi interesariuszami, także pracodawcami.

Środki te posłużą wsparcia działań w obszarach szczególnie wrażliwych, jak właśnie zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży.

Karolina Wasielewska: Jak wyglądają „od środka” działania Komisji Europejskiej w sytuacji takich zagrożeń jak pandemia?

Andrzej Ryś: Każda taka sytuacja z jednej strony wymaga działania wg pewnego szablonu przewidzianego w regulacjach unijnych, udoskonalanych po doświadczeniach ostatniej pandemii. Z drugiej strony – każdy kryzys uczy nas czegoś nowego. W porównaniu z pandemią H1N1 Covid-19 bardziej dobitnie pokazał nam, jak ważna jest sprawna komunikacja przy ciągle zmieniającym się horyzoncie czasowym. Bo pewne instrumenty, wypracowane w czasach H1N1, nadal mieliśmy do dyspozycji: działał choćby Komitet Bezpieczeństwa Zdrowotnego (KBZ), który był miejscem spotkań ekspertów z krajów członkowskich. Dzięki wspólnej mobilizacji udało się uzyskać wsparcie specjalistów najwyższej klasy, dzięki czemu tak sprawnie poszły np. prace nad certyfikatem covidowym, koordynowane przez sieć e-zdrowia we współpracy z KBZ.

Covid jako nowy problem zdrowotny wymagał też skoordynowanej komunikacji, tak na poziomie unijnym, jak i globalnym. Chodziło nie tylko o to, żeby do wszystkich na świecie dotarły nowe ustalenia dotyczące odkryć naukowych, rozprzestrzeniania się nowych wariantów wirusa, tworzonych i dopuszczonych do użytku szczepionek czy możliwości podróży, ale także o walkę z „fake newsami”. Tu dużo korzystaliśmy z doświadczenia ekspertów w tym zakresie na poziomie krajów członkowskich oraz dwóch agencji unijnych: EMA i ECDC.

Kolejnym wyzwaniem było stworzenie instrumentów, które pozwoliły na wspólne zakupy szczepionek i wspólne negocjacje w sprawie tych zakupów. To było kolejne ważne doświadczenie z pandemii H1N1. Wtedy każdy kraj zawierał oddzielne kontakty i pierwszeństwo mieli ci, którzy zawarli takie kontrakty wcześniej, ale wiele krajów nie podpisało takich umów i nie miało dostępu do szczepionek. Byłem dumny, że tym razem to zadziało, choć oczywiście zdarzały się głosy ze strony niektórych mediów i krytyków z bogatszych państw, że skoro mają więcej pieniędzy i są skłonne wyłożyć je od ręki, to powinny dostać szczepionki w pierwszej kolejności. Stało jednak na solidarnych zakupach, choć i tu nie obyło się bez problemów: zakontraktowano za dużo szczepionek, bo niektóre kraje zakładały znacznie wyższą wyszczepialność. Dynamikę wirusa też było trudno przewidzieć – również eksperci nie mieli jednego scenariusza, a oczekiwania społeczne co do równego dostępu do szczepionek też były duże. Do tego doszły działania ruchów antyszczepionkowych, które w wielu krajach trafiły na podatny grunt.

Karolina Wasielewska: Czy mimo tych trudności Komisja ocenia swoje działania w tamtym czasie jako sukces?

Andrzej Ryś: Można je tak oceniać, biorąc pod uwagę fakt, że zrobiliśmy wszystko, co było w tych warunkach możliwe. Ocena specjalnej komisji Parlamentu Europejskiego ds. pandemii Covid-19 też była generalnie pozytywna. Problemy, które wtedy napotkaliśmy, wynikały z geopolityki. W krajach dotkniętych ubóstwem, konfliktami czy po prostu tam, gdzie systemy ochrony zdrowia nie są dostatecznie rozwinięte, także walka z pandemią i dostęp do szczepionek były utrudnione. Warto przypomnieć, że już na początku maja 2020 r. Komisja zorganizowała globalne spotkanie przywódców, na którym zachęcała ich do współpracy i zbierania funduszy na wsparcie dostępu do szczepionek i leków dla biedniejszych krajów. Z kolei pod koniec 2022 r. KE przyjęła nową strategię dotyczącą zdrowia globalnego, a wcześniej, wspólnie z krajami członkowskimi, brała udział w negocjacjach tzw. traktatu pandemicznego w ramach WHO.

Tym bardziej cieszę się z efektów tych działań, a jeśli miałbym wymienić konkrety, to sukcesem – oprócz szczepionek – nazwałbym także certyfikat covidowy, którego technologię udostępniłmy również licznym krajom spoza UE, a ostatecznie przekazaliśmy ją WHO bezpłatnie i z dodatkowym wsparciem na dalszy rozwój i wdrożenia jako certyfikatu dla różnych szczepionek. Poza tym pokazaliśmy, że Europa jest sprawcza, potrafi dynamicznie działać i tworzyć także instrumenty wyjścia z kryzysu, choćby Fundusz Odbudowy.

Karolina Wasielewska: Skoro poruszyliśmy już temat dezinformacji, muszę zapytać, jak istotnym czynnikiem w czasie polskiej prezydencji w Radzie UE będzie wojna hybrydowa, którą Rosja prowadzi m.in. przeciwko naszemu krajowi? Jednymi z jej instrumentów są przecież dezinformacja w zdrowiu i cyberataki na szpitale.

Andrzej Ryś: Od lat prowadzimy walkę z dezinformacją, także dotyczącą szczepień. Już wcześniej eksperci od cyberbezpieczeństwa zwracali naszą uwagę na farmy trolli zatrudnionych tylko po to, żeby siać zamęt informacyjny, zwłaszcza, niestety, u rodziców. Odwrót wielu z nich od szczepień dzieci spowodował, że wróciła odra, wrócił krztusiec, a nawet polio – w co trudno byłoby uwierzyć jeszcze kilka lat temu. Musimy się z tym uporać i nie jest to na pewno zadanie na pół roku prezydencji, tym bardziej że Rosja prowadzi podobne działania od wielu lat. Już sowiecka propaganda miała za zadanie zasiać w ludziach ziarno wątpliwości co do wartości nauki i postępu w medycynie, zwłaszcza medycynie zachodniej.

Karolina Wasielewska: Czy trwająca wojna i napływ migrantów to także tematy, którymi powinniśmy się zająć w ramach priorytetów zdrowotnych?

Andrzej Ryś: Tak, ale tu warto byłoby skorzystać z doświadczenia innych krajów europejskich, które dużo wcześniej miały do czynienia z migracją. Dla Polski to nadal jest zjawisko relatywnie nowe. A przecież w Hiszpanii, Francji, Belgii czy Portugalii są rozwiązania, które pozwalają włączyć do lokalnego systemu ochrony zdrowia osoby z innych kręgów kulturowych czy religijnych.

Karolina Wasielewska: Kolejny priorytet to cyfryzacja ochrony zdrowia. Każdy kraj digitalizował ją w czasie pandemii trochę na własną rękę – u nas upowszechniły się wtedy e-recepta i e-skierowanie – i teraz mamy szereg przyzwoicie działających systemów, które jednak nie są interoperacyjne. Czy jest jakiś paneuropejski pomysł na to, co zrobić, żeby je ujednoczyć lub choćby sprawić, żeby lepiej się ze sobą komunikowały?

Andrzej Ryś: Według mnie to największe wyzwanie na najbliższe lata dla całej Unii i każdego kraju z osobna. Żeby jednak działania w kierunku interoperacyjności czy po prostu wspólnego systemu miały sens, musi powstać Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS). Regulacja w tej sprawie, którą przygotowaliśmy i którą Parlament Europejski przyjął pod koniec kwietnia, jest rewolucyjna. Paszport covidowy to tylko przedsmak możliwości, jakie ona nam daje – a wiemy, że ta regulacja ma wejść w życie właśnie na początku polskiej prezydencji.

Karolina Wasielewska: Gromadzenie i przetwarzanie danych zdrowotnych na skalę europejską to ogromne wyzwanie także z zakresu cyberbezpieczeństwa.

Andrzej Ryś: To jedno z wielu wyzwań, bo do tego dochodzi jeszcze dostęp do danych dla pacjentów, jakość i weryfikowalność tych danych, możliwość ich stosowania w różnych kontekstach, no i oczywiście czynnik ludzki. Bo lekarze i inni świadczeniodawcy muszą nauczyć się świadomie i bezpiecznie pozyskiwać dane i używać ich w bezpiecznym środowisku, tymczasem część z nich opiera się stosowaniu już dostępnych, znacznie prostszych i starszych urządzeń i narzędzi cyfrowych. Niektórzy doświadczeni lekarze nie mają problemu z tym, żeby zadzwonić do pacjenta i porozmawiać z nim przez telefon, ale ta sama rozmowa przez wideokomunikator budzi w nich obawy. Akceptuję to, bo każdy ma prawo do swoich zwyczajów, ale na dłuższą metę to się będzie musiało zmienić, jeśli naszym celem jest zwiększanie dostępności do świadczeniodawców, lepsze relacje z pacjentami i efektywne koordynowanie leczenia.

Karolina Wasielewska: W Polsce na poziomie pacjenckim wiele usług jest ucyfrowionych. Kiedy jednak rozmawiałam z dr Anną Gawrońską – ekspertką zajmującą się usprawnianiem pracy

magazynów i hurtowni lekowych – dowiedziałam się od niej, że tam „rządzi papier”. A jeśli działają jakieś rozwiązania cyfrowe, to często stworzone dawno temu, pólamatorsko i po kosztach, więc o ich bezpieczeństwie czy interoperacyjności nawet nie ma co dyskutować.

Andrzej Ryś: Takich białych plam na mapie cyfryzacji jest więcej. Dobrze, że zaczynamy je dostrzegać. Pomogą w tym nowe rozwiązania regulacje wspierające wdrożenie EHDS, nad którymi pracuje Komisja Europejska z ekspertami krajowymi, oraz programy unijne E4Health i Digital Europe Programme. Polska prezydencja przypada na moment, kiedy będziemy podejmowali wspólny wysiłek ich realizacji. Jednym z pierwszych wyzwań tego półrocza będzie dyskusja, jak wdrożyć tę ambitną agendę.

Karolina Wasielewska: Także w kontekście AI i ochrony zdrowia?

Andrzej Ryś: Zgadza się. Udaje się to już w części administracyjnej i pozwala zmniejszyć obciążenie personelu medycznego oraz poprawić jakość danych. Teraz ważnym zagadnieniem jest jakość i wielkość danych, które mają przetwarzać algorytmy sztucznej inteligencji. W przypadku gdy wspiera ona lekarzy jako narzędzie diagnostyczne, tu nie może być mowy o błędach czy niedopatrzeniach. Wierzę jednak, że to kwestia rozwoju samej technologii, a ona będzie coraz lepsza.

Problemem nie jest też akceptacja wykorzystania AI w medycynie i ochronie zdrowia przez lekarzy czy pacjentów, bo chyba w większości pogodziliśmy się z tym, że za jakiś czas będzie to norma. Istotne pytanie jest takie, gdzie to maszynowe wsparcie powinno się kończyć, na jakim etapie niezbędna jest już wiedza ludzka, ekspercka – nie tylko lekarza, ale też pielęgniarki, fizjoterapeuty. Jesteśmy na początku tej drogi i wiem, że przed nami mnóstwo pracy, ale jestem optymistą.

Karolina Wasielewska: Trzeci priorytet naszej prezydencji to profilaktyka, zarówno „twarda”, jak choćby szczepienia, jak i „miękka”, czyli zdrowy styl życia. O tej pierwszej sporo już rozmawialiśmy w kontekście Covid, a jakich wyzwań możemy oczekiwać w kontekście tej drugiej? Bo wydaje się, że to jednak zbiór „oczywistości”: trzeba uprawiać sport, wysypiać się, unikać przetworzonego jedzenia, alkoholu itd. Co nie oznacza, że wszyscy się do tego stosujemy.

Andrzej Ryś: I tu bardzo podoba mi się wspólny pomysł ministerstwa edukacji i ministerstwa zdrowia, które od przyszłego roku chcą wprowadzić do polskich szkół przedmiot edukacja zdrowotna. Miałem okazję współtworzyć nowy system zdrowia publicznego na początku lat 90. i ten postulat pojawiał się już wtedy. Minęło sporo czasu i pewnie nie będzie to łatwe zadanie, bo nie mamy zwyczaju poruszać tych tematów w czasie zajęć szkolnych, brakuje nam też doświadczenia w przekazywaniu tego rodzaju wiedzy w szkole. Ważne jest to, żeby młodzi ludzie zostali umiejętnie włączeni w te zajęcia, żeby nie byli tylko biernymi odbiorcami tych treści, ale żeby chcieli je wcielić w życie i widzieli w tym sens.

Bo w Polsce mamy nad czym pracować. Jesteśmy jednym z europejskich czempionów w dziedzinie, którą absolutnie nie powinniśmy się chwalić – chodzi o palenie papierosów. Wyzwaniem są także nowe produkty tytoniowe i nikotynowe, po które chętnie sięgają właśnie nastolatki. Jest dyrektywa unijna w tej sprawie, ale każdy kraj musi opracować swoje lokalne rozwiązania.

Co do odżywiania, problemem jest otyłość i tu sprawa jest jasna: wszyscy musimy nauczyć się panować nad własnym apetytem. Tego Unia Europejska ani żadna inna instytucja za nas nie robi. Natomiast z punktu widzenia organów unijnych istotna może być kwestia, którą rzadziej się porusza w kontekście otyłości, a mianowicie relacji konsumenta z sektorem producentów żywności. Nad tym muszą wspólnie pracować organizacje konsumenckie, ministerstwa rolnictwa i zdrowia, a także Urząd Ochrony Konsumentów i jego odpowiedniki w innych krajach unijnych.

Aktywność fizyczna to równie oczywista sprawa, ale zwróciłbym też uwagę na proste zabiegi higieniczne. O tym rzadko się mówi, a przecież pandemie H1N1 i Covid-19 pokazały nam, że choćby używanie maseczek w środkach komunikacji i miejscach publicznych oraz mycie rąk ograniczyło także liczbę zakażeń, tymi i innymi wirusami.

Karolina Wasielewska: Dziękuję za rozmowę.

Nowe mechanizmy na rzecz zdrowia obywateli Unii Europejskiej

dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor

senator Rzeczypospolitej Polskiej, zastępca przewodniczącej Komisji Zdrowia Senatu RP

Od stycznia 2025 r. Polska po raz drugi sprawuje przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej. Rola ta daje możliwość wyznaczania kierunków debaty i kształtowania programu pracy UE. Jest to okazja, aby tematy zdrowotne znalazły należyte miejsce na agendzie prac UE.

Mimo że polityka zdrowotna należy do kompetencji krajowych, to Unia Europejska również odgrywa ważną rolę w jej kształtowaniu. Celem działania Unii, uzupełniającym polityki krajowe, jest poprawa zdrowia publicznego, zwalczanie epidemii, edukacja zdrowotna, a także wczesne ostrzeżenie w przypadku zagrożeń transgranicznych.

Pod przewodnictwem Polski Europa powinna wypracować nowe mechanizmy na rzecz zabezpieczenia zdrowia swoich obywateli.

Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej przypada na początek prac instytucji europejskich w nowej kadencji. W związku z tym jest to dla Polski wielka szansa kształtowania priorytetów i agendy politycznej, w tym polityki zdrowotnej.

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat kraje członkowskie, sprawując prezydencję w Radzie Unii Europejskiej, wskazywały na liczne priorytety w ochronie zdrowia. Większość z nich koncentrowała się na wzmocnieniu Unii w zakresie przygotowania na kryzysy zdrowotne oraz gotowość reagowania na nowe zagrożenia, cyfryzacji ochrony zdrowia, walce z kluczowymi wyzwaniami zdrowotnymi: onkologia, choroby rzadkie, zdrowie psychiczne, suwerenności lekowej, profilaktyce i zdrowiu publicznym.

Polska na swoją drugą prezydencję w Radzie wybrała profilaktykę, cyfryzację, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży.

Cały rok 2024 przygotowywaliśmy się do przyjęcia uchwały w Senacie o ustanowieniu roku 2025 rokiem edukacji zdrowotnej i profilaktyki. Liczne akcje edukacyjne, konferencje i debaty jednoznacznie wskazywały na konieczność wprowadzenia działań profilaktycznych do praktyki. To było dla mnie fantastyczne doświadczenie, szczególnie kontakt z organizacjami pacjenckimi oraz z ekspertami. W styczniu 2024 r. w ramach Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia był poruszony temat onkopłodności. „Pacjent onkologiczny a szanse posiadania własnego potomstwa w polskiej rzeczywistości” – w czasie ciekawej debaty odczarowaliśmy leczenie niepłodności metodą *in vitro* także dla chorych na chorobę nowotworową, zaprezentowaliśmy nowy punkt widzenia. W trakcie posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii w kwietniu 2024 r. wybrzmiał konkretny postulat, aby już u dzieci do bilansu sześcioletka wprowadzić pomiar poziomu cholesterolu. Pani Profesor Małgorzata Myśliwiec postulowała o to od wielu lat, a dzięki debacie w Senacie udało się przekonać do tego rozwiązanie Ministerstwo Zdrowia.

Uważam, że w ramach szeregu spotkań i debat Senat może opracować rekomendacje i tzw. deklarację senacką na rzecz profilaktyki i zdrowia publicznego.

Deklaracja ta może być częścią kontrybucji COSAC (sesja plenarna Konferencji Komisji do spraw Unijnych Parlamentów Unii Europejskiej). Opracowane rekomendacje mogą być elementem konkluzji dla Rady UE w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego.

Ta droga zaprowadziła mnie do pacjentów z chorobą otyłościową E66. 22 maja 2024 r. to właśnie w Senacie obchodziliśmy Europejski Dzień Walki z Otyłością i stało się, to pacjenci zmienili moje spojrzenie na 9 mln nieleczonych chorych dotkniętych tą chorobą, to jest dla nas prawdziwym wyzwaniem, właśnie na prezydencję. Owocem tej współpracy są liczne spotkania, ale także utworzenie Zespołu ds. przeciwdziałania otyłości przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. To właśnie Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości oraz FLO było bodźcem do dalszego działania na rzecz zapobiegania i leczenia tej jednostki chorobowej.

Bezpieczeństwo zdrowotne jako fundament stabilnej i silnej Polski oraz całej Europy

dr hab. n. med. Jacek Siewiera

szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego w latach 2022–2025

Na podstawie dotychczasowych deklaracji zarówno przedstawicieli polskiego rządu, jak i prezydenta RP – wyrażonych m.in. podczas szczytu Grupy Arraiolos w Krakowie w październiku 2024 r. – można zarysować siedem strategicznych obszarów bezpieczeństwa, które będą determinować priorytety polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w pierwszej połowie 2026 r. Wskazuje się bezpieczeństwo militarne ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju przemysłu zbrojeniowego i finansowania projektów obronnych, w tym inicjatywy Tarcza Wschód; bezpieczeństwo informacyjne, koncentrujące się na przeciwdziałaniu dezinformacji; bezpieczeństwo energetyczne, obejmujące ochronę infrastruktury krytycznej, bezpieczeństwo dostaw oraz rozwój energetyki jądrowej; bezpieczeństwo gospodarcze, skupiające się na wzmacnianiu konkurencyjności i reformie funduszy unijnych; bezpieczeństwo żywnościowe, określające przyszłość europejskiego rolnictwa; bezpieczeństwo zdrowotne, z naciskiem na zwiększenie niezależności lekowej UE oraz kwestie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży; oraz bezpieczeństwo cywilne.

Identyfikacja tych obszarów to wynik procesu konsultacji międzyresortowych oraz ścisłej współpracy z partnerami z Danią i Cyprem, tworzącymi wraz z Polską trio prezydencji. Zgodnie z przyjętą praktyką państwa trio wypracowują wspólny 18-miesięczny program, mający zapewnić ciągłość i spójność działań Rady UE, jednocześnie pozwalając każdemu z państw na wyznaczenie własnych akcentów podczas sześciomiesięcznego przewodnictwa. W odniesieniu do Polski zadanie to uległo znacznemu utrudnieniu w związku z kalendarzem wyborów parlamentarnych i przejściu władzy przez nowy rząd w trakcie planowania programu w ramach trio. Dodatkowym wyzwaniem jest wspólne ustalenie linii działań polskiej prezydencji w obliczu nie tak częstego w naszym systemie politycznym zjawiska kohabitacji. Co jednak kluczowe, bezpieczeństwo to obszar w ogromnej mierze ponadpartyjny, w odniesieniu do którego można i należy rozmawiać ponad wszelkimi podziałami politycznymi czy społecznymi.

Należy przy tym podkreślić, że przedstawione powyżej obszary bezpieczeństwa nie funkcjonują w izolacji, a tym bardziej nie funkcjonują w próżni – przeciwnie, tworzą ściśle powiązany ze sobą system, w którym każdy element wpływa na pozostałe, tworząc nowe szanse, ale i ryzyka. Doskonale obrazuje to przykład bezpieczeństwa zdrowotnego, któremu poświęcam zasadniczą część niniejszej analizy. Jest ono nierozzerwalnie związane z bezpieczeństwem informacyjnym, co widać w walce ze zjawiskiem szerzenia „fake news” w obszarze zdrowia publicznego. Łączy się również z bezpieczeństwem gospodarczym poprzez chociażby rozwój Europejskiej Przestrzeni Danych Medycznych (EHDS) czy europejskiego przemysłu farmaceutycznego, a z bezpieczeństwem cywilnym – przez konieczność utrzymania gotowości systemów ochrony zdrowia na sytuacje kryzysowe. Ta wielowymiarowa współzależność wymaga zatem kompleksowego i skoordynowanego podejścia podczas sprawowania prezydencji w Radzie UE.

Analiza doświadczeń ostatnich lat oraz sekwencja bezprecedensowych sytuacji kryzysowych, które dotknęły zarówno przestrzeń europejską, jak i globalną, jednoznacznie wskazują, że bezpieczeństwo zdrowotne stało się krytycznym komponentem współczesnej architektury bezpieczeństwa – nie tylko w wymiarze państwowym, ale także w kontekście całej wspólnoty międzynarodowej. W tej perspektywie niezmiernie istotną rolę odgrywa Unia Europejska jako wyjątkowy w skali globalnej sojusz sui generis. Pandemia Covid-19 i związane z nią kryzysy, a następnie rosyjska agresja na Ukrainę, w sposób jednoznaczny obnażyły zarówno deficyty europejskich systemów ochrony zdrowia, jak i strategiczne znaczenie suwerenności w zakresie dostępu do zasobów o znaczeniu krytycznym – a szczególnie tym niezbędnym na wypadek wojny, jak krew i osocze, ale także całej gamy leków czy wyrobów medycznych. Wydarzenia te uwypukliły również fundamentalną kwestię zapewnienia ciągłości dostaw produktów medycznych, szczególnie w obliczu

potencjalnych zakłóceń globalnych łańcuchów logistycznych, których odporność może być wielokrotnie poddawana próbie w obliczu kolejnych wyzwań geopolitycznych.

Suwerenność lekowa jako fundament strategicznej autonomii Unii Europejskiej

Doświadczenia z okresu pandemii Covid-19, w szczególności kryzys związany z dostępnością podstawowych produktów leczniczych, stanowią wymowne świadectwo słabości dotychczasowych rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa farmaceutycznego. W świetle tych doświadczeń, z perspektywy Biura Bezpieczeństwa Narodowego, fundamentalne znaczenie – zarówno w czasie pokoju i prosperity, jak i podczas wojny czy innych sytuacji kryzysowych – ma systematyczne budowanie europejskiej oraz polskiej suwerenności strategicznej w obszarze farmaceutycznym i medycznym.

Diagnoza obecnej sytuacji jest w zasadzie jednoznaczna – ok. 80 proc. substancji czynnych wykorzystywanych w produkcji leków w UE pochodzi z państw trzecich, głównie Chin i Indii. Tego rodzaju zależność od jakiegokolwiek państwa spoza UE stanowi poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Wspólnoty. Dodatkowo rosnące napięcia geopolityczne i zakłócenia w globalnych łańcuchach dostaw zwiększają ryzyko niedoborów kluczowych produktów leczniczych. W tym kontekście warto mieć na uwadze, że oba wspomniane państwa, od których jako UE jesteśmy w tym kluczowym obszarze zależni, są wraz z Federacją Rosyjską członkami rozwijającego się w ostatnich latach sojuszu BRICS. Rosnące znaczenie tego sojuszu, szczególnie w kontekście dążeń do dedolaryzacji handlu międzynarodowego i budowy alternatywnych łańcuchów dostaw, może mieć istotny wpływ na bezpieczeństwo dostaw produktów farmaceutycznych do Unii Europejskiej. Ta sytuacja, analizowana w szerszym kontekście obecnych napięć geopolitycznych, wymaga podjęcia natychmiastowych działań strategicznych na poziomie unijnym. Kluczowe jest wdrożenie kompleksowego programu dywersyfikacji łańcuchów dostaw, a w perspektywie długoterminowej – osiągnięcie pełnej autonomii produkcyjnej Unii Europejskiej w zakresie wytwarzania leków, substancji czynnych (tzw. API) oraz wyrobów medycznych. Aby skutecznie odpowiedzieć na wskazane wyżej wyzwania, konieczne jest wdrożenie kompleksowego pakietu rozwiązań systemowych.

Równoległe do trwających prac nad nową unijną strategią farmaceutyczną Polska prezydencja powinna dążyć do przyspieszenia prac nad rozporządzeniem o wspieraniu produkcji farmaceutycznej w UE, które wprowadzałoby m.in. mechanizmy partnerstwa publiczno–prywatnego, w tym instrumenty współpracy z uniwersytetami i instytucjami naukowymi, a także system zachęt podatkowych, uproszczenie procedur administracyjnych oraz mechanizmy wsparcia dla innowacji w sektorze farmaceutycznym. Co najmniej równie istotne w celu koordynacji wspólnych działań i wymiany najlepszych praktyk jest stworzenie programu rozwoju kompetencji w zakresie produkcji farmaceutycznej, obejmującego wsparcie dla kształcenia specjalistów kluczowych dziedzin, transfer technologii oraz zacieśnienie współpracy w możliwie jak najszerszym gronie interesariuszy reprezentujących nie tylko decydentów, środowisko naukowe, ale także przedstawicieli trzeciego sektora czy ekspertów reprezentujących państwa spoza UE oraz organizacje międzynarodowe.

Ponadto niezbędne jest przy tym wdrożenie zaawansowanego systemu monitorowania i zarządzania ryzykiem w obszarze bezpieczeństwa lekowego, zagrożeń pandemicznych czy dezinformacji w obszarze ochrony zdrowia. Systemy te powinny obejmować nie tylko centralną bazę danych o dostępności leków i surowców, ale także mechanizm wczesnego ostrzegania o potencjalnych niedoborach oraz protokoły koordynacji działań w sytuacjach kryzysowych. Szczególną rolę w tym systemie powinny w mojej ocenie odgrywać strategiczne rezerwy lekowe, zarządzane w sposób rotacyjny i obejmujące produkty o krytycznym znaczeniu dla zdrowia publicznego. Kluczowy będzie także aspekt walki z dezinformacją, która z każdym dniem rośnie w siłę. Trzeba bowiem mieć na uwadze, że należy w sposób przemyślany stworzyć mechanizmy wyłapujące treści wprowadzające w błąd i uznać to za unijny priorytet, by zmniejszyć ryzyko otwierania drzwi dla środowisk absolutnie wyjętych spod prawa, często sterowanych przez trolle pochodzące z Rosji oraz innych proweniencji, i dawania im pola do wpływania na umysły Europejczyków. W kontekście

bezpieczeństwa informacyjnego równie istotne znaczenie ma rozwój efektywnych mechanizmów weryfikacji i przeciwdziałania dezinformacji w przestrzeni cybernetycznej. Analiza współczesnych zagrożeń hybrydowych przekłada się na konieczność priorytetowego potraktowania tej kwestii na poziomie unijnym. Szczególnej uwagi wymaga przeciwdziałanie zorganizowanym kampaniom dezinformacyjnym, prowadzonym przez podmioty zewnętrzne, mające na celu destabilizację europejskiej przestrzeni informacyjnej. Systematyczne badania przeprowadzane w tym zakresie wskazują na rosnącą aktywność zagranicznych ośrodków wpływu wykorzystujących zaawansowane techniki manipulacji przekazem w mediach społecznościowych, tradycyjnych, a także sterowanie ruchami ulicznymi. W związku z tym rekomendowane jest wypracowanie kompleksowego systemu wczesnego wykrywania i neutralizacji tego typu zagrożeń przy jednoczesnym poszanowaniu fundamentalnych wartości demokratycznych i wolności słowa. Należy tutaj podkreślić, że zaniechanie działań w tym zakresie może prowadzić do znaczącej erozji bezpieczeństwa informacyjnego, zarówno w wymiarze krajowym, jak i regionalnym. Analiza dotychczasowych doświadczeń wskazuje, że brak skutecznych mechanizmów przeciwdziałania dezinformacji skutkuje poważnymi konsekwencjami dla stabilności systemów demokratycznych, zarówno w Polsce, jak i w całej przestrzeni euroatlantyckiej.

Długoterminowym celem proponowanych działań powinno być osiągnięcie względnej suwerenności lekowej UE do 2030 r. Wymaga to stworzenia szczegółowej i dobrze przemyślanej, a przede wszystkim realistycznej mapy drogowej, uwzględniającej m.in. rozwój zdolności produkcyjnych substancji czynnych, inwestycje w infrastrukturę badawczą oraz wsparcie dla innowacyjnych przedsięwzięć w sektorze farmaceutycznym.

Kluczowym elementem proponowanych rozwiązań jest również solidarność lekowa, obejmująca system wzajemnej pomocy w sytuacjach kryzysowych, koordynację zakupów strategicznych oraz wspólne negocjacje z dostawcami wszystkich 27 państw UE – tak jak to miało miejsce w przypadku wspólnych zakupów maseczek i innych wyrobów medycznych w czasach pandemii.

Aby implementacja powyższych rozwiązań była skuteczna, wymaga ścisłej współpracy między instytucjami UE, państwami członkowskimi, organizacjami społecznymi oraz sektorem prywatnym. Polska prezydencja, przypadająca na okres intensywnych przemian geopolitycznych i początek cyklu instytucjonalnego UE, stanowi unikalną szansę na zainicjowanie kompleksowych zmian w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym także lekowego. Jako kraj posiadający znaczący potencjał produkcyjny w sektorze farmaceutycznym oraz doświadczenie w przeciwdziałaniu zagrożeniom hybrydowym Polska może odegrać kluczową rolę w budowie strategicznej autonomii UE w tym obszarze.

Pisząc o bezpieczeństwie zdrowotnym, nie sposób nie wspomnieć o tym, że absolutnie priorytetowym elementem dla jego zapewnienia jest kwestia cyberbezpieczeństwa w sektorze medycznym, ale także w innych aspektach życia związanych ze zdrowiem – czy to odnośnie do korzystania z mediów społecznościowych, czy rozwoju inteligentnych domów i innych technologicznych nowinek. Postępująca cyfryzacja ochrony zdrowia, jak też cyfryzacja niemal całego naszego życia, jest niewątpliwie niezbędna i daje nam szansę na niespotykany dotąd rozwój, jednak generuje też nowe zagrożenia, o których musimy mówić głośno i wyraźnie. Jeszcze większego znaczenia nabiera w tym kontekście edukacja grup szczególnie wrażliwych – zarówno osób starszych, jak i młodzieży – w zakresie świadomego i bezpiecznego korzystania z technologii cyfrowych w obszarze zdrowia. Nie da się zignorować faktu, że coraz częściej zdarzające się ataki hakerskie na infrastrukturę medyczną mogą prowadzić do paraliżu systemu ochrony zdrowia, a kradzież wrażliwych danych medycznych będzie wykorzystywana w działaniach hybrydowych, które z uwagi na działalność Federacji Rosyjskiej, Białorusi czy nawet ChRL w ostatnim czasie nasiliły się na niespotykaną dotąd skalę. Dlatego Polska, ze swoim ogromnym doświadczeniem w przeciwdziałaniu zagrożeniom hybrydowym na naszej wschodniej granicy, powinna zaproponować kompleksowe rozwiązania w tym zakresie i stać się swojego rodzaju pionierem, którego doświadczenia w odpowiedzi na działania rosyjskich czy białoruskich służb zostałyby w odpowiedni sposób zaimplementowane na poziomie wspólnotowym.

W kontekście współczesnych zagrożeń hybrydowych, w naszej ocenie szczególną uwagę należy poświęcić także cyberbezpieczeństwu w sektorze farmaceutycznym, jak i sektorze MedTech czy e-Health. Ochrona danych o zapasach strategicznych, zabezpieczenie systemów zarządzania produkcją oraz przeciwdziałanie cyberatakami na infrastrukturę farmaceutyczną powinny jak najszybciej stać się integralną częścią strategii bezpieczeństwa lekowego UE, ale również bezpieczeństwa zdrowotnego w szerokim znaczeniu.

Zagrożenia zdrowotne w kontekście kryzysu migracyjnego – perspektywa bezpieczeństwa narodowego

Z perspektywy Biura Bezpieczeństwa Narodowego szczególne obawy i niespotykane dotąd ryzyka dla bezpieczeństwa rodzi narastający kryzys migracyjny, który stanowi jedno z najpilniejszych wyzwań dla bezpieczeństwa zdrowotnego Rzeczypospolitej Polskiej wraz z jej sąsiadami, jak i całej Unii Europejskiej. Doświadczenia Polski z lat 2021–2024 związane z instrumentalnym wykorzystywaniem presji migracyjnej na wschodnią (i nie tylko) granicę państwa jednoznacznie wskazują na ścisły związek między bezpieczeństwem granic a bezpieczeństwem zdrowotnym. Wobec tego dogłębna analiza sytuacji na wschodniej granicy RP pozwala na identyfikację szeregu zagrożeń dla bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Przede wszystkim obserwujemy próby destabilizacji systemu ochrony zdrowia poprzez generowanie nagłych, masowych potrzeb medycznych w rejonach przygranicznych. Działania te wpisują się w szerszy kontekst wojny hybrydowej, gdzie presja migracyjna stanowi jedno z narzędzi oddziaływania na państwa członkowskie UE.

Ponadto szczególnego znaczenia nabiera kwestia nadzoru epidemiologicznego w kontekście niekontrolowanych przepływów migracyjnych, nie tylko tych związanych z wojną hybrydową, ale także chociażby z trudnym do kontrolowania napływem migrantów z Ukrainy i innych państw byłego Związku Radzieckiego. Służby medyczne identyfikują przypadki chorób zakaźnych, które zostały już wyeliminowane w Europie lub występują w niej sporadycznie, ale są nadal silne w odniesieniu do przedstawicieli napływających ze wschodu narodów. Sytuacja ta wymaga utrzymania wysokiej gotowości służb sanitarno-epidemiologicznych oraz ścisłej współpracy między służbami granicznymi a jednostkami ochrony zdrowia.

Mówiąc o kryzysie migracyjnym, warto też nadmienić, że z punktu widzenia bezpieczeństwa narodowego absolutnie priorytetowe znaczenie powinno mieć zachowanie zdolności operacyjnych placówek medycznych w rejonach przygranicznych – czy to w Polsce, na Litwie, czy też w Grecji lub Rumunii. Doświadczenia ostatnich lat dobitnie pokazują nam, że próby instrumentalnego wykorzystywania migrantów mogą prowadzić do przeciążenia lokalnych systemów ochrony zdrowia, a jednocześnie rodzą prawdopodobieństwo rozprzestrzenienia wielu chorób zakaźnych – w tym tych, o których wydawało się, że już nigdy do nas nie powrócą. Stanowi to bez wątpienia bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego naszych obywateli.

Kolejnym, nie mniej istotnym elementem bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście kryzysu migracyjnego, jest ochrona infrastruktury krytycznej systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to zarówno zabezpieczenia fizycznego obiektów, jak i cyberbezpieczeństwa systemów informatycznych wykorzystywanych w ochronie zdrowia. Próby cyberataków na systemy medyczne mogą i będą prowadzić do paraliżu placówek zdrowotnych i zagrozić bezpieczeństwu pacjentów – dlatego trzeba obecnie skupić się na tworzeniu całego zestawu scenariuszy, które mogą takim kryzysem zaradzić już w zarodku.

Z perspektywy BBN ważne jest utrzymanie zdolności państwa oraz agencji czy organów wspólnotowych do skutecznego reagowania na zagrożenia zdrowotne w warunkach wzmożonej presji migracyjnej. Wymaga to ścisłej koordynacji działań służb mundurowych, medycznych i sanitarnych oraz utrzymywania odpowiednich rezerw strategicznych materiałów medycznych. Przy czym podkreślę tutaj, że nie zawsze najlepszym rozwiązaniem będzie koordynacja na poziomie całej UE – dlatego warto rozważyć stworzenie mechanizmów szybkiego reagowania dla mniejszej grupy państw UE borykających się z podobnymi problemami.

Doświadczenia Polski w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom hybrydowym, w tym wykorzystującym presję migracyjną, powinny stanowić istotny wkład w dyskusję na forum UE o bezpieczeństwie zdrowotnym Wspólnoty. Jako państwo frontowe mamy absolutnie unikalne doświadczenie w zarządzaniu kryzysowym w warunkach jednoczesnego występowania zagrożeń o charakterze nie jedynie militarnym, lecz także migracyjnym i zdrowotnym.

Biuro Bezpieczeństwa Narodowego stoi zatem na stanowisku, że skuteczna ochrona granic UE jest warunkiem koniecznym dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Jednocześnie podkreślamy, że współczesne zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego mają charakter transnarodowy i wymagają skoordynowanej odpowiedzi na poziomie całej Wspólnoty.

Niedawno opublikowany raport „Safer Together” autorstwa prezydenta Finlandii Sauli Niinistö, który przygotowywany był na zlecenie Komisji Europejskiej, bardzo trafnie diagnozuje wyzwania stojące przed Europą w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego. Dlatego jako szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego chciałbym zwrócić Państwa uwagę na celne wnioski płynące z tego raportu, jednocześnie popierając zawarte w nim rekomendacje, a przy tym dostrzegając potrzebę ich rozszerzenia w ramach polskiej prezydencji w Radzie UE, jak i całego trio z Danią i Cyprem.

Analiza wniosków płynących z raportu pozwala na sformułowanie kluczowych rekomendacji dla polskiej prezydencji, które odpowiadają na zidentyfikowane w dokumencie wyzwania. Fundamentalne znaczenie ma utworzenie Europejskiego mechanizmu szybkiego reagowania medycznego, integrującego zasoby cywilne i wojskowe, co bezpośrednio koresponduje z postulatami raportu dotyczącymi wzmocnienia zdolności reagowania kryzysowego UE. W odpowiedzi na zdiagnozowane zagrożenia dla ciągłości dostaw niezbędne jest wdrożenie kompleksowego programu budowy strategicznych rezerw medycznych na poziomie unijnym oraz stworzenie systemu wczesnego ostrzegania o potencjalnych zakłóceniach w łańcuchach dostaw produktów medycznych.

Ponadto raport Niinistö podkreśla znaczenie rozwoju infrastruktury badawczej, co znajduje odzwierciedlenie w rekomendacji dotyczącej utworzenia Europejskiej Sieci Referencyjnych. W kontekście rosnących zagrożeń cybernetycznych szczegółowo opisanych w raporcie kluczowego znaczenia nabiera implementacja jednolitych standardów cyberbezpieczeństwa w sektorze medycznym na poziomie całej Unii Europejskiej.

Na zakończenie chciałbym raz jeszcze podkreślić, że bezpieczeństwo zdrowotne w szerokim znaczeniu musi być traktowane jako integralna część szerszej architektury bezpieczeństwa UE, a co za tym idzie – także jej stabilności i prosperity jako organizacji ponadnarodowej. Należy je przy tym rozważać w kontekście holistycznym, zgodnie z unijną perspektywą „OneHealth Approach”. Dlatego Polska prezydencja stanowi unikalną szansę na wzmocnienie odporności Wspólnoty w obliczu współczesnych zagrożeń, o których pisałem powyżej. Jako kraj bezpośrednio graniczący z obszarem intensywnego konfliktu zbrojnego, z powodu którego na naszym terytorium spadają rosyjskie rakiety, mamy szczególną legitymację do podnoszenia kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście zagrożeń hybrydowych.

W związku z tym jestem absolutnie przekonany, że realizacja powyższych postulatów przyczyni się do znaczącego wzmocnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Unii Europejskiej, a tym samym bezpieczeństwa jej obywateli.

Europejska Karta Praw Pacjenta – wezwanie do działania

Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta

Prawa pacjenta – fundament ochrony zdrowia w Europie

Prawa pacjenta stanowią kluczowy filar nowoczesnych systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Choć zakres i sposób wdrażania tych praw różni się znacznie pomiędzy państwami członkowskimi, pewne podstawowe zasady pozostają uniwersalne, a ich realizacja stanowi priorytet dla wszystkich systemów.

Te fundamentalne prawa obejmują kluczowe aspekty świadczeń opieki zdrowotnej – od zapewnienia równego dostępu do usług zdrowotnych dla wszystkich obywateli Unii Europejskiej, przez utrzymanie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki, po ochronę godności i prywatności pacjenta.

Centralnym elementem tych praw jest prawo do informacji i świadomej zgody, które wynikają bezpośrednio z fundamentalnego prawa człowieka do autonomii osobistej – prawa jednostki do decydowania o własnym leczeniu i aktywnego uczestnictwa w tym procesie. Prawa te, w połączeniu z możliwością składania skarg oraz uzyskiwania rekompensat za poniesione szkody, zapewniają zarówno wzmocnienie pozycji pacjenta, jak i odpowiedzialność systemu ochrony zdrowia.

Różne poziomy wdrożenia i interpretacji tych praw w państwach członkowskich wskazują na potrzebę skoordynowanego podejścia przy jednoczesnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich w organizowaniu i świadczeniu usług zdrowotnych. Ta różnorodność stanowi zarówno wyzwanie, jak i szansę na wymianę doświadczeń oraz poprawę systemów opieki zdrowotnej w całej Europie.

Cel strategiczny

Celem prezydencji Polski w Radzie UE jest instytucjonalizacja zasad praw pacjenta na poziomie europejskim i włączenie ich do dorobku prawnego Unii Europejskiej (*acquis communautaire*). Cel ten wynika z przekonania, że w dzisiejszym zglobalizowanym środowisku ochrony zdrowia, szczególnie w kontekście postpandemicznym oraz dynamicznej transformacji cyfrowej, pacjenci potrzebują jasnych i egzekwowalnych praw, które przekraczają granice narodowe.

Dążymy do zapewnienia rzeczywistej dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych we wszystkich państwach członkowskich, co będzie realizowane poprzez ustandaryzowane protokoły odpowiedniej komunikacji i wymiany informacji. W czasach coraz bardziej złożonej opieki zdrowotnej, gwarancja np. godności i prywatności pacjenta nabiera nowego znaczenia. Ponadto ustanowienie solidnych ram monitorowania i oceny wdrażania praw pacjenta pomoże zmniejszyć nierówności w ochronie zdrowia między i w obrębie państw członkowskich.

Działania organizacji obywatelskich i pacjenckich

Europejska Karta Praw Pacjenta⁴⁴, opracowana w 2002 r. przez organizacje obywatelskie i pacjenckie z kilku państw członkowskich w ramach Active Citizenship Network i zaprezentowana w Brukseli 15 listopada 2002 r., stanowi kluczowy dokument społeczny w dziedzinie praw pacjenta. Stała się ona punktem odniesienia dla praw obywateli UE w zakresie ochrony zdrowia oraz kamieniem milowym dla tych, którzy angażują się w sprawy zdrowia publicznego. Pomimo że kilka zasad zawartych w Europejskiej Karcie Praw Pacjenta zostało wprowadzonych do ustawodawstwa krajowego w niektórych państwach członkowskich, a sama Karta zyskała poparcie Parlamentu Europejskiego i była wielokrotnie omawiana na forach unijnych⁴⁵, nigdy nie doczekała się oficjalnego przyjęcia.

44 https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

45 “European Parliament resolution of 2 March 2017 on EU options for improving access to medicines (2016/2057(INI)); European Parliament resolution of 19 May 2015 on safer healthcare in Europe: improving patient safety and fighting antimicrobial resistance (2014/2207(INI)); etc.

Organizacje rzecznictwa pacjentów – zwłaszcza te aktywne na poziomie lokalnym i krajowym – posiadają bezcenną wiedzę na temat potrzeb i praw pacjentów, zdobytą dzięki wieloletniemu bezpośredniemu zaangażowaniu w systemy opieki zdrowotnej w całej Europie. Celem inicjatywy jest przekształcenie praw pacjenta z abstrakcyjnych zasad w konkretne, mierzalne ulepszenia w świadczeniu opieki zdrowotnej w Europie.

Ruch na rzecz formalnej Europejskiej Karty Praw Pacjenta obejmuje ponad dwie dekady konsekwentnych działań organizacji pacjenckich. W tym czasie różne instytucje UE⁴⁶ uznały wagę praw pacjenta, lecz kompleksowe, prawnie wiążące ramy, nadal nie zostały ustanowione.

Korzyści płynące ze wspólnej Europejskiej Karty

Każdy z krajowych systemów ochrony zdrowia w państwach UE charakteryzuje się odmiennymi realiami w zakresie praw pacjenta. Formalne przyjęcie Europejskiej Karty Praw Pacjenta – odpowiednio dostosowanej – stanowiłoby istotny krok w polityce zdrowotnej UE, wzmacniający poziom ochrony praw obywateli w kwestiach związanych ze zdrowiem. Ustanowiłoby to ustandaryzowane ramy wdrażania praw pacjenta, umożliwiając jednocześnie systematyczne monitorowanie i porównywanie sytuacji pacjentów w różnych państwach członkowskich. Ta zdolność porównawcza byłaby niezwykle cenna dla polityki opartej na dowodach oraz doskonalenia systemów ochrony zdrowia. Ponadto jednolite standardy praw pacjenta ułatwiłyby transgraniczną opiekę zdrowotną oraz wzmocniłyby głos pacjentów w kształtowaniu polityki zdrowotnej na poziomie krajowym i unijnym.

Planowane kolejne kroki

Podczas prezydencji Polski w Radzie UE zaplanowano szereg strategicznych inicjatyw mających na celu realizację tego ważnego przedsięwzięcia. W marcu 2025 r. odbędzie się międzynarodowa konferencja w Katowicach, gromadząca organizacje pacjenckie w celu wypracowania propozycji dotyczących potrzeby adopcji i zakresu praw pacjenta w obliczu współczesnych wyzwań.

Następnie, w maju 2025 r. odbędzie się druga międzynarodowa konferencja w Gdańsku, podczas której instytucje zajmujące się ochroną praw pacjenta będą mogły wymienić się najlepszymi praktykami.

Chcielibyśmy, by zwieńczeniem tych działań było włączenie postulatu przyjęcia Europejskiej Karty Praw Pacjenta do konkluzji prezydencji Polski w Radzie UE w czerwcu 2025 r.

Rekomendacje w obszarze ochrony zdrowia i polityki lekowej z perspektywy Grupy Socjalistów i Demokratów w Parlamencie Europejskim

dr n. pr. Krzysztof Śmiszek

przewodniczący polskiej delegacji Grupy Sojuszu Socjalistów i Demokratów w Parlamencie Europejskim

Zdrowie publiczne jako fundamentalne prawo człowieka i kluczowy element polityki UE

Zdrowie publiczne powinno być postrzegane jako niezbywalne prawo człowieka, a nie tylko dobro publiczne. W ramach Grupy Socjalistów i Demokratów (S&D) w Parlamencie Europejskim promujemy ideę „Health First Act”, która ma na celu umocnienie zdrowia jako fundamentalnego filaru polityki Unii Europejskiej. Gwarantując każdemu obywatelowi UE prawo do dostępu do opieki zdrowotnej, w tym wysokiej jakości usług medycznych, Grupa S&D chce wzmocnić postrzeganie zdrowia jako wartości, która musi być stawiana na pierwszym miejscu w polityce UE. W ramach tej inicjatywy proponujemy nie tylko regulacje, ale również odpowiednie finansowanie sektora zdrowia, aby uczynić z niego priorytetowy obszar inwestycji w nadchodzących latach.

46 Opinion of the European Economic and Social Committee on ‘Patients’ rights’ (2008/C 10/18); European Parliament resolution of 15 March 2007 on Community action on the provision of cross-border healthcare; etc

Wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej w UE z naciskiem na równy dostęp

Jednym z głównych filarów zdrowotnych Grupy S&D jest zapewnienie wszystkim obywatelom UE równego dostępu do opieki zdrowotnej, niezależnie od ich miejsca zamieszkania, statusu społeczno-ekonomicznego, etnicznego czy tożsamości płciowej. Wzmacnianie systemów ochrony zdrowia musi obejmować działania na rzecz równości w dostępie do usług medycznych, szczególnie dla mniejszości etnicznych i społeczności LGBTQI+. W tym kontekście Polska prezydencja powinna podjąć działania zmierzające do wprowadzenia ujednoliconych standardów opieki zdrowotnej we wszystkich państwach członkowskich, które obejmują zarówno infrastrukturę, jak i personel medyczny, oraz zapewnienie, że żadne grupy społeczne nie będą dyskryminowane w dostępie do tych usług.

Priorytet praw reprodukcyjnych

Prawa reprodukcyjne muszą stać się jednym z głównych priorytetów polityki zdrowotnej UE. Grupa S&D mocno opowiada się za zagwarantowaniem powszechnego dostępu do nowoczesnej antykoncepcji oraz prawa do bezpiecznego przerywania ciąży do 12. tygodnia, zgodnie z lokalnym prawem. Polska prezydencja powinna wspierać wdrożenie europejskich programów pilotażowych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, takich jak rozszerzenie usług farmaceutycznych w obszarze doradztwa reprodukcyjnego i antykoncepcji. Celem tych działań jest zapewnienie, aby każda kobieta w UE miała pełne prawo decydowania o swoim zdrowiu reprodukcyjnym i miała dostęp do odpowiednich usług zdrowotnych.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jako priorytet ogólnoeuropejski

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest jednym z największych wyzwań zdrowotnych w Europie, a pandemia Covid-19 tylko pogłębiła ten problem. Grupa S&D wzywa do pilnych działań na poziomie UE w celu opracowania ogólnoeuropejskiej strategii wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, która będzie uwzględniała edukację na temat zdrowia psychicznego – włączając w nią środowisko rodzinne – a także zwiększenie dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej. Polska prezydencja powinna aktywnie wspierać inicjatywy, które pomogą w zbudowaniu spójnego systemu wsparcia dla młodych Europejczyków, łącząc siły z sektorem edukacyjnym i opieki społecznej i zdrowotnej.

Zdrowie psychiczne dorosłych i równowaga pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym

Zarówno zdrowie psychiczne, jak i równowaga między życiem zawodowym a prywatnym, są kluczowymi elementami polityki zdrowotnej UE, które wymagają silnego wsparcia ze strony instytucji europejskich. Grupa S&D promuje politykę, która kładzie nacisk na zapewnienie obywatelom UE odpowiednich warunków pracy, które nie wpływają negatywnie na ich zdrowie psychiczne. Polska prezydencja powinna skupić się na wzmocnieniu regulacji dotyczących elastyczności czasu pracy oraz promocji programów wsparcia psychicznego w miejscu pracy, a także przeciwdziałaniu negatywnym zjawiskom w środowisku pracy, jak mobbing, molestowanie seksualne, czy wykluczanie ze względu na posiadaną cechę.

Wzmocnienie europejskiej polityki lekowej i niezależność produkcyjna UE

Pandemia Covid-19 unaoczniała, jak ważne jest uniezależnienie UE w zakresie produkcji leków i sprzętu medycznego. Grupa S&D kładzie nacisk na konieczność zwiększenia inwestycji w badania i rozwój, a także wspieranie europejskich przedsiębiorstw farmaceutycznych w celu zredukowania zależności od dostaw z państw trzecich. W szczególności z państw azjatyckich, które w czasie pandemii Covid-19 silnie zredukowały dostawy leków i substancji niezbędnych do produkcji farmaceutyków, co zagroziło bezpieczeństwu mieszkańców i mieszkańek UE. Polska prezydencja powinna inicjować działania na rzecz stworzenia wspólnej europejskiej strategii w zakresie produkcji leków, która zagwarantuje niezależność i zabezpieczenie dostaw w przyszłości, a z drugiej strony stać się silnym impulsem do wzrostu gospodarczego i innowacyjności.

Profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia

Profilaktyka jest kluczowym elementem skutecznej polityki zdrowotnej. Grupa S&D postuluje, aby działania profilaktyczne, w tym kampanie promujące zdrowy styl życia, były priorytetem na poziomie unijnym. Polska prezydencja powinna wspierać projekty mające na celu podniesienie świadomości obywateli w zakresie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowej diety, poprawy warunków pracy, aktywności fizycznej oraz eliminacji nałogów, takich jak palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu.

Współpraca międzynarodowa w obszarze zdrowia i wykorzystanie klauzuli pomostowej

W obliczu zagrożeń pandemicznych kluczowe jest wzmocnienie współpracy międzynarodowej. Polska prezydencja powinna zbadać możliwości wykorzystania klauzuli pomostowej⁴⁷, która pozwoliłaby na usprawnienie mechanizmów szybkiego reagowania w sytuacjach kryzysowych. Taka współpraca na poziomie europejskim powinna obejmować wspólne zakupy leków, lepsze zarządzanie zasobami medycznymi oraz koordynację działań w zakresie badań i rozwoju.

Rola UE w globalnej polityce zdrowotnej i solidarność międzynarodowa

Unia Europejska musi odgrywać główną rolę w globalnej polityce zdrowotnej, promując solidarność międzynarodową. Polska prezydencja powinna wspierać inicjatywy, które zwiększą zdolność UE do działania na arenie międzynarodowej w obszarze zdrowia, zarówno poprzez wspieranie krajów rozwijających się, jak i budowanie globalnych systemów ochrony zdrowia. Priorytetem powinno być również zagwarantowanie dostępu do szczepionek i leków w krajach ubogich, co wzmocni pozycję UE jako lidera w promowaniu globalnej solidarności zdrowotnej.

Polska prezydencja ma szansę odegrać kluczową rolę w realizacji powyższych celów, współpracując z Grupą S&D oraz instytucjami UE, aby tworzyć silniejsze, bardziej sprawiedliwe systemy opieki zdrowotnej w Europie.

Kompetencje UE w zdrowiu – ewolucja podejścia do unijnej ochrony zdrowia po pandemii

Robert Hyżorek, Jan Karsznicki

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Unia cieszy się własnymi kompetencjami w dziedzinie zdrowia od czasu traktatu z Maastricht: polityka zdrowotna może więc być przedmiotem własnych działań UE i nie może być jedynie uważana za aneks do innych obszarów. Jednakże kompetencje przyznane Unii w tej dziedzinie pozostają bardzo ograniczone. W zasadzie Unia nie może prowadzić autonomicznej polityki zdrowotnej, a państwa członkowskie pozostają „gospodarzami polityki zdrowotnej”. Działania Unii ograniczają się głównie do działań wspierających, koordynujących i uzupełniających. Zgodnie z artykułem 6 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), „ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego” jest kompetencją wspierającą. Gdy UE ma kompetencję wspierającą, może wspierać, koordynować lub uzupełniać działania państw członkowskich, ale nie może uchylać prawa. Niemniej jednak obecny traktat już teraz przewiduje pewne możliwości dla legislacji UE w kwestiach zdrowia publicznego. Artykuł 4(2)(k) Traktatu przyznaje UE i państwom członkowskim wspólną kompetencję w zakresie „wspólnych problemów bezpieczeństwa w kwestiach zdrowia publicznego, w odniesieniu do aspektów określonych w Traktacie”. W przypadku wspólnej kompetencji zarówno UE, jak i państwa członkowskie mogą uchylać prawo: jednak gdy UE uchyla prawo w danej kwestii, kompetencje legislacyjne państw członkowskich są odpowiednio ograniczone, ponieważ prawo UE ma pierwszeństwo przed prawem krajowym.

⁴⁷ W traktatach UE przewidziano również klauzule pomostowe, które mają zastosowanie do sześciu konkretnych obszarów polityki. Te sześć szczególnych klauzul pomostowych ma zastosowanie w następujących dziedzinach: 1. wspólna polityka zagraniczna i bezpieczeństwa (art. 31 ust. 3 TUE); 2. prawo rodzinne mające skutki transgraniczne (art. 81 ust. 3 TFUE); 3. polityka społeczna (art. 153 ust. 2 TFUE); 4. polityka ochrony środowiska (art. 192 ust. 2 TFUE); 5. wieloletnie ramy finansowe (art. 312 ust. 2 TFUE); oraz 6. wzmocniona współpraca (art. 333 TFUE).

Kompetencje UE w dziedzinie zdrowia publicznego są dalej określone w artykule 168 TFUE. Artykuł 168(1) zawiera tzw. klauzulę horyzontalną, która zobowiązuje Unię do zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia we wszystkich jej politykach i działaniach. Fakt, że klauzula ta nie jest zawarta w przepisach ogólnych, jak inne klauzule horyzontalne, takie jak artykuły 9–11 TFUE, nie zmienia jej nadrzędnego, wiążącego charakteru i równego statusu z innymi celami i klauzulami horyzontalnymi.

Artykuł 168(4) określa trzy kwestie zdrowia publicznego, w których mogą być przyjęte przepisy UE, korzystając z wyjątku przewidzianego w artykule 4(2)(k): standardy bezpieczeństwa dla organów i substancji pochodzenia ludzkiego, środki weterynaryjne i fitosanitarne mające na celu ochronę zdrowia publicznego oraz standardy bezpieczeństwa dla produktów leczniczych i urządzeń medycznych.

Artykuł 168(4)(a) TFUE przewiduje środki w celu ustanowienia wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa dla organów i substancji pochodzenia ludzkiego, jak również dla krwi i jej pochodnych. Specjalne upoważnienie zostało stworzone, aby nie pozostawiać organów i substancji pochodzenia ludzkiego logice ekonomicznej rynku wewnętrznego. Środki podejmowane na podstawie 168(4)(a) nie uniemożliwiają państwom członkowskim utrzymania lub wprowadzenia bardziej rygorystycznych środków ochronnych. Unia może zatem ustanawiać jedynie minimalne standardy.

Artykuł 168(4)(b) upoważnia do podejmowania środków w dziedzinie weterynaryjnej i fitosanitarnej, które mają bezpośredni cel ochrony zdrowia publicznego. Przepis ten został wprowadzony w kontekście kryzysu związanego z gąbczastą encefalopatią bydła (BSE), znaną również jako choroba szalonych krów, która dotknęła Europę w latach 80. i 90. XX w. Artykuł ten oddziela środki weterynaryjne i fitosanitarne od środków rolnych. Prawnie artykuł 168(4)(b) stanowi zatem specjalny przepis wobec przepisów polityki rolnej zawartych w artykule 43 TFUE. Granica jest oparta na ustaleniu, że artykuł 168(4)(b) może być używany jedynie do środków, które „mają bezpośredni cel ochrony zdrowia publicznego”, nawet jeśli granica jest trudna do ustalenia w poszczególnych przypadkach. Ogólnie rzecz biorąc, ochrona zdrowia musi być głównym celem przewidzianego środka, aby można było oprzeć jakikolwiek akt prawodawczy na artykule 168(4)(b).

Artykuł 168(4)(c) umożliwia ustanawianie środków ustalających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa dla produktów leczniczych i urządzeń medycznych. Kompetencja ta została nowo wprowadzona przez traktat z Lizbony i działa jako *lex specialis* do artykułu 114 TFUE.

Ponadto artykuł 168(5) wymienia dodatkowe kwestie, w których UE może uchwalać prawo: środki zachęcające do poprawy zdrowia ludzkiego i zwalczania „głównych zagrożeń zdrowia o charakterze transgranicznym”, środki monitorowania i zwalczania poważnych zagrożeń zdrowia o charakterze transgranicznym oraz środki zdrowia publicznego dotyczące nadużywania tytoniu i alkoholu. Należy zauważyć, że środki na podstawie artykułu 168(5) muszą wykluczać jakąkolwiek formę harmonizacji praw lub regulacji państw członkowskich. W związku z tym nie może być żadnych wątpliwości, że autorzy traktatów chcieli zapobiec jakiegokolwiek bezpośredniej i normatywnej ingerencji w krajowe systemy zdrowotne ze strony ustawodawców europejskich. Chociaż mogą być podejmowane „środki” – czyli rozporządzenia, dyrektywy i decyzje – każda forma harmonizacji jest zatem wyraźnie wykluczona.

Wykaz kwestii, w których UE może przyjmować przepisy, pokazuje, że traktat zamierza wyraźnie ograniczyć uprawnienia UE w zakresie zdrowia publicznego. Artykuł 168(7) powtarza, że państwa członkowskie są odpowiedzialne za zarządzanie swoimi systemami zdrowotnymi i przydzielanie im zasobów, jak również za definiowanie swoich polityk zdrowotnych. Można to wyjaśnić na tle faktu, że systemy zdrowia i zabezpieczenia społecznego są zorganizowane i finansowane bardzo różnie w państwach członkowskich: np. niektóre systemy krajowe są finansowane z podatków, podczas gdy inne systemy są finansowane ze składek.

Poza przepisami skoncentrowanymi na zdrowiu, traktaty nie zapewniły niezbędnych uprawnień dla UE do osiągnięcia jednego z celów określonych w traktatach: w takim przypadku Rada byłaby w stanie przyjąć niezbędne środki jednomyślnie. Podczas kryzysu Covid-19 artykuł 352 został

użyty jako podstawa prawna do umożliwienia odroczenia walnych zgromadzeń niektórych typów spółek (rozporządzenie Rady 2020/699). Jednakże artykuł ten nie służył jako podstawa do działania w polityce zdrowotnej, a wyjątkowy charakter artykułu oznacza, że próg dla jego zastosowania byłby wysoki.

Na koniec warto rozróżnić artykuły 168 i 114 TFUE. Podczas gdy artykuł 114(1) jest szeroko stosowany do harmonizacji przepisów w ramach rynku wewnętrznego, gdy jego warunki są spełnione, artykuł 168 daje znacznie węższy zakres dla legislacji UE. Jak wspomniano powyżej, artykuł 168(5) nawet wyklucza harmonizację w ważnych dziedzinach zdrowia publicznego. W związku z tym nie jest zaskakujące, że wybór podstawy prawnej w sprawach jednocześnie dotyczących rynku wewnętrznego i sektora zdrowia jest kontrowersyjny, i doprowadził do licznych orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej. W każdym przypadku ustawodawca musi zawsze zadać sobie pytanie, gdzie leży ciężar proponowanego aktu prawnego, aby określić odpowiednią podstawę prawną.

Kryzys związany z Covid-19 znacząco przyspieszył integrację europejską w zakresie zdrowia publicznego, a podczas pandemii pojawiły się nowe ramy zarządzania kryzysowego. Choć reakcja kryzysowa UE na początku pandemii była przynajmniej początkowo postrzegana jako opóźniona, to stopniowo nabrała tempa, a koordynacja UE stała się kluczowym atutem w zarządzaniu kryzysem. W szczególności Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) zapewniło wymianę informacji na temat rozprzestrzeniania się pandemii, podczas gdy wspólna procedura zamówień przewidziana w artykule 5 decyzji 1082/2013 została wykorzystana do wspólnych zakupów środków przeciwdziałania Covid.

Ponadto Komitet ds. Bezpieczeństwa Zdrowia UE (HSC) odegrał kluczową rolę w kwestii Covid, bezpośrednio łącząc ministerstwa zdrowia państw członkowskich. Komitet ten, pierwotnie utworzony w 2001 r. na wniosek krajowych ministrów zdrowia jako nieformalna grupa doradcza ds. bezpieczeństwa zdrowia na szczeblu europejskim, działa pod auspicjami DG SANTE Komisji. Jego członkowie to głównie urzędnicy z ministerstw zdrowia państw członkowskich. W 2013 r. decyzja 1082/2013 wzmocniła rolę HSC w koordynacji oraz wymianie najlepszych praktyk i informacji na temat krajowych działań w zakresie przygotowania i reagowania.

Rosnące znaczenie zarządzania kryzysowego w zakresie zdrowia publicznego dało początek nowym inicjatywom, takim jak propozycja Komisji dotycząca rozszerzenia mandatu ECDC (COM(2020)726) czy utworzenie Urzędu ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (HERA), która umożliwia wspólne inwestycje w przygotowanie zdrowotne dzięki dedykowanemu budżetowi. Poniższe akapity rozwijają temat ECDC, HSC i HERA oraz ich rolę w zarządzaniu kryzysowym w zakresie zdrowia.

Priorytety polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. w obszarze ochrony zdrowia

Karolina Wasielewska

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, szeroko rozumiane zdrowie publiczne, cyfryzacja opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo lekowe – priorytety w obszarze zdrowia wpisują się w temat bezpieczeństwa, który przyświeca polskiej prezydencji.

17 grudnia 2024 r. minister zdrowia Izabela Leszczyna i wiceminister Katarzyna Kacperczyk ogłosiły priorytety polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w zakresie zdrowia.

Jak podkreśliła szefowa resortu zdrowia, najważniejszym hasłem prezydencji jest bezpieczeństwo – i również w tym duchu utrzymane są cztery przedstawione przez nią wówczas priorytety. To zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, szeroko rozumiane zdrowie publiczne, cyfryzacja opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo lekowe.

Wybór tych zagadnień Izabela Leszczyna tłumaczyła, nawiązując do celów, jakie stawia sobie jej resort – wzmocnienie współpracy i bezpieczeństwa zdrowotnego w całej Europie.

– *Co do zasady Unia nie ingeruje w systemy zdrowotne państw członkowskich, ale doświadczenie pandemii i konsekwencje wojny poza granicami Unii spowodowały, że zdrowie jest jednym z najważniejszych obszarów współpracy państw członkowskich* – wyjaśniła minister.

Z kolei Katarzyna Kacperczyk podkreśliła, że tak sformułowane priorytety mają też „postawić bezpieczeństwo i dobro pacjenta w centrum wszystkich działań”. Dlatego pierwszym poruszonym na konferencji tematem było zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, zwłaszcza w kontekście rozwoju technologii cyfrowych i social mediów. – *Możemy pochwalić się pierwszym sukcesem – ten temat będzie obecny w Unii Europejskiej przez cztery lata – nie zniknie po zakończeniu naszej prezydencji* – poinformowała wiceminister Kacperczyk. Na koniec polskiego przewodnictwa w Radzie UE resort zdrowia chce we współpracy z WHO opracować raport dotyczący wpływu technologii na zdrowie najmłodszych.

Kolejny priorytet to cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, rozumiana jako budowa architektury regulacyjnej i instytucjonalnej oraz tworzenie standardów i zasad dla e-zdrowia w Unii Europejskiej. Polska skupi się również na cyberbezpieczeństwie wyrobów medycznych, które zbierają dane użytkowników. Wiadomo też, że w trakcie prezydencji ma zostać wdrożona legislacja dotycząca powstania Europejskiej Sieci Danych o Zdrowiu (EHDS).

Nasza prezydencja upłynie także pod znakiem promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Główne inicjatywy, jakie Ministerstwo Zdrowia planuje w tych obszarach, to ocena skuteczności działań w walce z głównymi zagrożeniami zdrowotnymi, opracowanie katalogu dobrych praktyk i propozycji działań oraz zintegrowane podejście do profilaktyki i edukacji, w tym promocja interdyscyplinarnej edukacji zdrowotnej. To ostatnie Polska robi już „u siebie” – we wrześniu 2025 r. w szkołach pojawi się przedmiot edukacja zdrowotna.

Ostatni z czterech priorytetów to bezpieczeństwo lekowe. Jak zdradziły urzędniczki Ministerstwa Zdrowia, chodzi o rewizję legislacji farmaceutycznej oraz przedstawienie założeń Aktu o lekach krytycznych, który ma mieć charakter wykonawczy wobec powstałej już wcześniej listy leków krytycznych. Mowa o farmaceutykach kluczowych dla zdrowia publicznego, do których dostęp miałby być zabezpieczony w sposób szczególny, i które miałyby być produkowane w Unii Europejskiej, w tym także w Polsce.

Trzy priorytety, wiele punktów widzenia

**Karolina Wasielewska, Alicja Chybicka, Anna Gembicka,
Wojciech Konieczny**

**Karolina Wasielewska (Instytut Rozwoju Spraw Społecznych)
w rozmowie z Alicją Chybicką (Koalicja Obywatelska),
Anną Gembicką (Prawo i Sprawiedliwość)
i Wojciechem Koniecznym (Lewica)**

Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej zostały opracowane w Ministerstwie Zdrowia. Każda z kluczowych sił politycznych w polskim parlamencie zwraca uwagę na inne aspekty, na które w ramach tych ogólnie sformułowanych haseł należy położyć szczególny nacisk. To daje pole do dyskusji, z których wnioski mogą być pouczające dla wszystkich krajów Wspólnoty.

Ministerstwo Zdrowia, formułując priorytety, skupiło się na problemach dotyczących tak Polskę, jak i inne kraje Unii Europejskiej. Wiceszef tego resortu Wojciech Konieczny z Lewicy liczy na kreatywną wymianę dobrych praktyk: – *Zależało nam na tym, żebyśmy mogli jako kraj maksymalnie skorzystać na tej ponadnarodowej dyskusji. Wiele problemów, z którymi boryka się Polska, w innych państwach unijnych jest już rozwiązywanych – nie zawsze z sukcesami, ale pewne*

rozwiązania wdrożono i teraz obserwuje się, jak się one sprawdzają. Widzimy to np. w psychiatrii dzieci i młodzieży. Działa to oczywiście i w drugą stronę: choćby w dziedzinie cyfryzacji opieki zdrowotnej to my możemy być wzorem do naśladowania dla innych krajów.

Jak wynika z raportu NIK z września 2024 r.⁴⁸, Polska ma sporo do nadrobienia, jeśli chodzi o opiekę psychiatryczną nad dziećmi i nastolatkami, choć i tu dokonały się pewne postępy. Na organizowanej przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych i Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego konferencji z cyklu „Droga do Prezydencji” poświęconej tym zagadnieniom⁴⁹, wielu zgromadzonych ekspertów i społeczników podkreślało, że wprowadzony już system organizacji opieki oparty na trzech stopniach referencyjności pozwolił „odmedykalizować” część problemów wynikających nie tyle z chorób psychicznych u młodych ludzi, ile z ich samotności oraz braku należytej opieki nad nimi ze strony rodziców i innych dorosłych w ich otoczeniu. – *Problemem nadal jest opóźniony czas reakcji. Nie chcemy, żeby dziecko czy nastolatek trafiali pod opiekę specjalistów dopiero po próbie samobójczej. Dlatego musimy podjąć pewien wysiłek także edukacyjny, żeby na niepokojące sygnały wyczuleni byli opiekunowie tej dorastającej osoby, jej nauczyciele i rówieśnicy. To oni powinni pierwsi z takim uczniem czy uczennicą porozmawiać i zasugerować im, że nie są sami, mogą skorzystać z pomocy. Taka pomoc z kolei powinna być dostępna jeszcze w szkole* – mówi Wojciech Konieczny.

To oznacza, że schemat opieki zdrowotnej nad młodymi ludźmi musiałby zostać zmodyfikowany w taki sposób, aby diagnoza postawiona w gabinecie szkolnego lekarza była widoczna w systemie informatycznym także dla psychologa czy psychiatry przyjmującego w ramach NFZ i przez niego uznawana. Dziś te dwa systemy, szkolny i ogólny, nie komunikują się ze sobą i to rodzi konkretne trudności dla młodych pacjentów: uczeń słyszy diagnozę u lekarza w szkole, po czym musi zostać ponownie zdiagnozowany w jednostce Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby skorzystać z możliwości, jakie w zakresie opieki psychiatrycznej daje NFZ. – *A pamiętajmy, że mowa tu o ludziach po pierwsze, borykających się z problemami psychicznymi, po drugie – najczęściej o nastolatkach, które i tak są w trudnym momencie życia. Dla kogoś takiego ponowne przechodzenie przez cały proces, który kończy się postawieniem diagnozy, może być nie do zniesienia, zwłaszcza biorąc pod uwagę utrzymującą się niestety w Polsce stygmatyzację osób chorych psychicznie. Dlatego należy tę procedurę maksymalnie uprościć, włączając do niej szkoły* – podkreśla Wojciech Konieczny.

Co do priorytetu dotyczącego cyfryzacji ochrony zdrowia, tu Polska rzeczywiście ma cenione w Europie osiągnięcia: nasze Internetowe Konto Pacjenta oferujące możliwość korzystania z e-recept i e-skierowań przyczyniło się do odciążenia systemu w czasie pandemii i wtedy Polki i Polacy masowo się do niego przekonali. W ciągu pięciu lat od powstania IKP mogą pochwalić się stale rosnącą grupą użytkowników i użytkowniczek – wg danych z kwietnia 2024 r.⁵⁰ jest ich już 18 mln. Do poprawy pozostaje ucyfrowienie dostępu do świadczeń innych niż szczepienia, na które można zapisać się w IKP. W sierpniu 2024 r. ruszył pilotaż e-rejestracji dla podmiotów, którzy na mocy umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia mogą udzielać świadczeń z zakresu kardiologii oraz w ramach programu profilaktycznego raka szyjki macicy (wariant podstawowy – cytologia) i programu profilaktycznego raka piersi (wariant podstawowy – mammografia). W planach jest rozszerzenie pilotażu o kolejne świadczenia. To jednak tylko pierwszy krok w ramach planowanej strategii ułatwienia dostępu do opieki medycznej, także na poziomie transgranicznym. – *Cel jest taki, żeby pacjent, który z daną chorobą przekracza granicę Polski i chce kontynuować leczenie w innym kraju Unii Europejskiej, mógł wszędzie zapisać się na wizytę za pomocą tych samych narzędzi cyfrowych. Nie musiałby również wozić ze sobą całej dokumentacji, bo wszystkie istotne informacje o swoim zdrowiu miałby zapisane online, w formacie uznawanym przez zagraniczne systemy opieki medycznej* – mówi Wojciech Konieczny.

Te zmiany za ważne i potrzebne uważa także prof. Alicja Chybicka, hematolożka dziecięca i przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich. Wg niej za mało mówi się

48 <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/psychiatria-dziecieca.html>

49 <https://politykazdrowotna.com/arttykul/zdrowie-psychiczne-dzieci-n1369207>

50 <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/48-proc-polakow-uzywa-ikp>

jednak o tym, jak ze zdobyczy e-transformacji w zdrowiu będą korzystać ci, którzy najczęściej potrzebują pomocy medycznej, a jednocześnie są grupą najbardziej wykluczoną cyfrowo – seniorzy. – *Nie słyszałam, żeby planowano jakieś działania edukacyjne do nich skierowane. Zgadzam się, że opieka zdrowotna musi iść z duchem czasu i korzystać z nowych technologii tam, gdzie może to realnie pomóc pacjentom i jest osiągalne dla państwa. Zresztą to jest ogólnoswiatowy trend, to się po prostu stanie i nie ma od tego odwrotu. Powinniśmy jednak przygotować na to ogół społeczeństwa.*

Sama możliwość swobodnego korzystania z opieki medycznej w całej Unii Europejskiej to także, zdaniem prof. Chybickiej, za mało – albo przynajmniej jest to postulat zbyt ogólnie sformułowany. Jak twierdzi posłanka Koalicji Obywatelskiej, nawet jeśli kraje Wspólnoty będą miały współpracujące ze sobą systemy informatyczne i współdzielone bazy danych o pacjentach, leczenie będzie skuteczne dopiero wtedy, gdy wszędzie będzie prowadzone wg tych samych standardów. A to już nie jest problem z obszaru cyfryzacji, tylko kwestia ponadnarodowego porozumienia pomiędzy specjalistami i przyjęcia wspólnej strategii postępowania z określonymi grupami pacjentów. – *Dobrze to działa w mojej dziedzinie, czyli w onkohematologii dziecięcej. W Polsce obowiązują te same standardy leczenia co w Europie i na świecie. Mamy wspólne protokoły i w każdym z kilkunastu ośrodków leczy się dzieci tak samo. Jakie to ma praktyczne skutki? Gdy 50 lat temu zaczynałam pracę, przeżywało 15 proc. pacjentów chorych na białaczkę, teraz przeżywa 85 proc. Dlatego Alicja Chybicka żałuje, że wśród priorytetów zdrowotnych naszej prezydencji zabrakło chorób rzadkich. Wg niej również dotknięte nimi osoby powinny móc liczyć na taki paneuropejski system opieki – przy najmniejszym podejrzeniu choroby rzadkiej mogłyby wystąpić o pełną diagnostykę i program leczenia do innego kraju Wspólnoty, który ma doświadczenie w postępowaniu z tą konkretną jednostką chorobową. Wiceminister zdrowia Wojciech Konieczny zwraca uwagę, że takie podejście jest już stosowane – w postaci Europejskiej Sieci Referencyjnej. Skupia ona świadczeniodawców z krajów unijnych, którzy pomagają sobie nawzajem w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z chorobami rzadkimi, opierając się na wymianie wiedzy, zasobów i doświadczeń. W naszym kraju jest ich już ponad 20. – Prawda jest jednak taka, że Polska jest nieco w tyle za wieloma krajami Unii, jeśli chodzi akurat o obszar chorób rzadkich. Mieli się tym zająć nasi poprzednicy, ale zostawili to nam. Na szczęście pani minister Urszula Demkow stworzyła Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich, który był konsultowany z zainteresowanymi środowiskami – mówi Wojciech Konieczny. Alicja Chybicka w wielu wywiadach podkreślała, że Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich jej się podoba, ale żeby działał, musi jak najszybciej znaleźć się w ustawie – inaczej będzie tylko zbiorem dobrych pomysłów, które mogą na zawsze pozostać tylko na papierze.*

Z informacji na stronach rządowych wynika, że polska prezydencja skupi się także na konieczności poprawy bezpieczeństwa lekowego Unii, co oznacza przede wszystkim dywersyfikację łańcuchów dostaw leków oraz wsparcie dla ich produkcji w krajach Wspólnoty. Jak zwraca uwagę europoseł z ramienia PSL dr Adam Jarubas, który przewodniczy w Parlamencie Europejskim Podkomisji Zdrowia Publicznego (SANT), jednym z kluczowych problemów jest niedobór leków w UE oraz nierówny dostęp do nich: – *Leki dostępne w jednych państwach bywają dostępne w innych dopiero po dwóch i więcej latach. Jak szacuje Komisja Europejska, pacjenci na Zachodzie i w większych państwach członkowskich mają dostęp do blisko 90 proc. nowo zatwierdzonych leków, podczas gdy w mniejszych państwach i tych na Wschodzie – ta liczba wynosi zaledwie 10 proc.* Adam Jarubas zwraca uwagę, że – choć w grudniu 2023 r. powstała lista leków krytycznych – nadal nie ma Aktu o lekach krytycznych. W praktyce oznacza to, że wiemy, które leki powinny zostać objęte szczególną ochroną – nie ma jednak regulacji, która jednoznacznie nakładałaby obowiązek ich ochrony oraz przedstawiała możliwości, jak to zrobić. Bruksela chce przeanalizować słabe punkty w łańcuchach dostaw i wspierać zachęty inwestycyjne oraz strategie zamówień publicznych, które pozwolą zwiększyć produkcję leków z listy w krajach Unii. Adam Jarubas uważa, że to dobry kierunek także z polskiego punktu widzenia: – *To może być impulsem gospodarczym dla takich państw jak Polska, z prężnym sektorem farmaceutycznym, wykształconymi kadrami, konkurencyjnej na tle UE.*

Zdaniem polityka PSL w ramach realizacji priorytetu dotyczącego profilaktyki Polska powinna też zachęcać Unię do kreowania kompleksowych planów walki z różnymi zagrożeniami zdrowotnymi – na wzór powstałego w 2021 r. Europe’s Beating Cancer Plan. Takie strategie wg niego powinny powstać także dla chorób sercowo–naczyniowych, diabetologicznych czy neurodegeneracyjnych, tym bardziej że wiele działań podejmowanych w ramach zwalczania jednej grupy chorób będzie efektywnych także w odniesieniu do innych grup. – *Jednak obok samego leczenia należy też zwrócić uwagę na kwestie społeczne, ekonomiczne związane z opieką, w tym opieką długoterminową czy funkcjonowaniem zawodowym* – zaznacza Adam Jarubas.

W tym kontekście, jak zgodnie powtarzają wszyscy moi rozmówcy, Polska w czasie swojej prezydencji powinna podjąć działania na rzecz zdrowego starzenia się i profilaktyki rozumianej nie tylko jako szczepienia czy screeningi, ale również promowanie właściwego stylu życia. Mniej oczywistym postulatem, który wpisuje się w priorytet dotyczący profilaktyki, jest wyrównywanie dostępu do usług zdrowotnych. I chodzi nie tylko o zniwelowanie różnic między państwami, ale też w granicach poszczególnych państw – podkreśla Adam Jarubas: – *Bardzo ważne będzie też zaprojektowanie funduszy spójności, by umożliwiły również likwidowanie dysproporcji w dostępie do usług zdrowotnych tak pomiędzy państwami UE, jak i wewnątrz, między terenami zurbanizowanymi a mniejszymi miejscowościami czy obszarami wiejskimi. Jak często powtarzam, zdrowie zależy od kodu DNA, ale nie może zależeć od kodu pocztowego. Żeby to było możliwe, należy m.in. postawić na rozwiązania z obszaru e-zdrowia i telemedycyny, które pozwolą każdemu uzyskać wstępną diagnozę i możliwość zarejestrowania się na wizytę lekarską bez wychodzenia z domu.*

Anna Gembicka, posłanka Prawa i Sprawiedliwości zasiadająca w Komisji Zdrowia, uważa wręcz, że wdrożenie takich rozwiązań to jedna z niewielu rzeczy, które Polska jest w stanie realnie zrobić w czasie swojej prezydencji. – *Pół roku to mało czasu, więc rozumiem, że pewne problemy zostaną raczej zaakcentowane, niż rozwiązane. Ale, biorąc pod uwagę poziom rozwoju usług cyfrowych w zdrowiu w naszym kraju, szczególnie rozwiązania wprowadzone za czasów PiS, takie jak IKP czy e-recepta, moglibyśmy wdrożyć transgraniczną opiekę medyczną* – zaznacza parlamentarzystka. Może nas do tego przybliżyć EHDS, czyli Europejska Sieć Danych Dotyczących Zdrowia, z której każdy kraj członkowski może korzystać na wewnątrz wypracowanych zasadach. To pozwoli lekarzom z całej Unii korzystać z tych samych danych o zdrowiu obywateli. Wg Anny Gembickiej musi to jednak zostać przygotowane z zapewnieniem odpowiednich standardów ochrony prywatności i bezpieczeństwa danych, aby zapewnić pacjentom pełną kontrolę nad przekazywaniem tych informacji.

Jednocześnie posłanka proponuje, aby Polska, będąc w awangardzie rozwiązań z zakresu e-zdrowia, w czasie prezydencji pochyliła się nad wykorzystaniem sztucznej inteligencji w medycynie i ochronie zdrowia: – *W Unii Europejskiej trwają dyskusje o tym, jakie możliwości daje AI i do czego powinno się ją wykorzystywać, ale rozmawia się przede wszystkim o ograniczeniach, jakie należałoby na nią nałożyć. Tymczasem w pierwszej kolejności powinniśmy myśleć o tym, jak zrobić z niej użytek. W końcu aplikacji wspierających leczenie czy potencjalnie ratujących życie, które działają w oparciu o sztuczną inteligencję, cały czas przybywa. Kolejny rezultat naszej prezydencji, który jest możliwy do osiągnięcia, to – zdaniem posłanki – sformułowanie europejskiego standardu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, bo problem z nią istnieje we wszystkich krajach, a dotąd wymiana dobrych praktyk była niedostateczna: – *Początkiem dyskusji o takim standardzie mógłby być polski, trójstopniowy system opieki, który za naszych rządów był na etapie pilotażu i zdaniem wielu osób z branży, dobrze się sprawdził. Należałoby też pomyśleć o zbadaniu sytuacji w różnych krajach. Eksperti powinni się zastanowić, jak to zmierzyć, bo liczba diagnoz czy prób samobójczych nie mówi całej prawdy o kondycji psychicznej młodych ludzi w danym kraju. A gdybyśmy wiedzieli, które państwa wyróżniają się pozytywnie na tle pozostałych, moglibyśmy zobaczyć, w jaki sposób osiągnęły taki efekt i wykorzystać tę wiedzę na poziomie systemu opieki zdrowotnej w państwach członkowskich.**

Anna Gembicka uważa też, że priorytety powinny być bardziej konkretnie sformułowane. – „Profilaktyka” to zawsze nośne hasło i aktualny postulat, ale brakuje mi tu choćby bardziej konkretnego podejścia do pacjentów onkologicznych. Co zrobić, żeby szybciej diagnozować nowotwory i żeby każdy pacjent ze stwierdzonym nowotworem wiedział, gdzie się kierować i z jakiej pomocy skorzystać? Tu nie ma przewidzianych międzynarodowych standardów, a w Europe’s Beating Cancer Plan mamy raczej opisane cele do osiągnięcia niż metody. Tymczasem dla wszystkich jest jasne, że świadomość pacjentów, także co do takich praktycznych kwestii, w ogromnym stopniu zwiększa ich szanse w walce z rakiem – podkreśla posłanka, która sama jest pacjentką onkologiczną i w czasie własnego leczenia analizowała sytuację chorych na raka w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Jej zdaniem właśnie taka praktyczna wiedza nie tylko o zdrowym stylu życia, ale również o tym, jak korzystać z systemu ochrony zdrowia, powinna być elementem wszelkich kampanii informacyjnych rządu oraz podstawową składową programu nauczania nowego przedmiotu – edukacja zdrowotna. Który, wg Gembickiej, może przynieść dobre rezultaty, ale nie powinien obejmować „spraw ideologicznych”, które wywołują sprzeciw części rodziców.

Część III. Eksperckie debaty na temat priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji

Debata ekspercka, które stanowiły kluczowy element przygotowań do polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r., odbyły się w latach 2023–2024. Zorganizowane przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych, zgromadziły szerokie grono ekspertów z różnych dziedzin medycyny, zdrowia publicznego, technologii, a także przedstawicieli organizacji pozarządowych, instytucji publicznych i sektora prywatnego. Celem tych spotkań było wypracowanie rekomendacji w kluczowych obszarach zdrowotnych, które Polska mogłaby promować podczas swojej prezydencji.

Każda z debat była poświęcona jednemu z priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji. Wśród głównych tematów znalazły się: zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, promocja profilaktyki oraz bezpieczeństwo lekowe. Dyskusje obejmowały zarówno analizę wyzwań, jak i identyfikację szans oraz opracowanie konkretnych działań, które mogłyby zostać wdrożone na poziomie unijnym. Eksperci podkreślali znaczenie współpracy międzynarodowej, wymiany dobrych praktyk oraz konieczność dostosowania polityk zdrowotnych do zmieniających się realiów społecznych i technologicznych.

W trakcie debat szczególną uwagę poświęcono problemom zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, które zostały zintensyfikowane przez pandemię Covid-19. Omawiano m.in. wpływ nowych technologii i mediów społecznościowych na dobrostan psychiczny młodych ludzi, potrzebę wzmocnienia systemu opieki psychiatrycznej oraz rozwój programów profilaktycznych. Kolejnym istotnym tematem była cyfryzacja ochrony zdrowia, w tym wdrożenie Europejskiej Przestrzeni Danych o Zdrowiu (EHDS), zapewnienie interoperacyjności systemów oraz przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu, szczególnie wśród osób starszych.

Debata poruszały również kwestie profilaktyki zdrowotnej, podkreślając znaczenie działań zapobiegawczych jako najbardziej efektywnego i ekonomicznego sposobu poprawy zdrowia społeczeństwa. Eksperci wskazywali na potrzebę opracowania katalogu dobrych praktyk w zakresie profilaktyki oraz integracji działań edukacyjnych i zdrowotnych. W obszarze bezpieczeństwa lekowego dyskutowano o konieczności wzmocnienia europejskiej produkcji farmaceutycznej, opracowania listy leków krytycznych oraz zapewnienia stabilności łańcuchów dostaw w sytuacjach kryzysowych.

Efektom tych debat są szczegółowe analizy i rekomendacje, które zostały uwzględnione w Białej Księdze. Spotkania te nie tylko umożliwiły wymianę wiedzy i doświadczeń, ale także stworzyły platformę do dialogu między różnymi środowiskami, co przyczyniło się do opracowania kompleksowych i praktycznych rozwiązań w obszarze ochrony zdrowia.

Priorytety zdrowotne dla polskiej prezydencji z perspektywy wybranych dziedzin medycyny prezentowane przez ekspertów w trakcie trzech konferencji Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych z cyklu „Droga do Prezydencji” w latach 2023–2024

dr n. med. Jakub Gierczyński [redakcja naukowa]

Autorzy wg reprezentowanych dziedzin medycyny:

Kardiologia:

Prof. dr hab. n. med. Robert Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA

Prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, past-prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

Prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski, zastępca dyrektora ds. lecznictwa i kierownik Katedry oraz Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Szpitala Klinicznego im. profesora Orłowskiego w Warszawie, przewodniczący Komisji Promocji Zdrowia PTK

Onkologia:

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Rakiem Piersi, kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Dr n. med. Janusz Meder, prezes zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym

Reumatologia:

Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

Neurologia:

Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, past-prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk, przewodnicząca Rady ds. chorób rzadkich przy ministrze zdrowia, kierownik Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Psychiatria:

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik, kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik Oddziału Klinicznego

Dr n. med. Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ordynator Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Babińskiego w Łodzi

Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zdrowie kobiet:

Katarzyna Kotula, ministra do spraw równości

Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta, kierownik Katedry Zdrowia Kobiety oraz Zakładu Zdrowia Reprodukcyjnego i Seksuologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wanda Nowicka, wiceprzewodnicząca Nowej Lewicy, posłanka na Sejm RP, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu Praw Kobiet

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Polityka senioralna:

Dr n. społ. Marlena Kondrat, członek zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Krystyna Lewkowicz, prezes Fundacji Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku
Małgorzata Bogusz, prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

Choroby rzadkie:

Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk, przewodnicząca Rady ds. chorób rzadkich przy ministrze zdrowia, kierownik Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Prof. dr hab. n. med. Jolanta Sykut-Cegielska, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Piotr Podolec, kierownik kliniki Chorób Serca i Naczyń, pełnomocnik dyrektora ds. chorób rzadkich w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II

Prof. dr hab. n. med. Beata Kieć-Wilk, kierownik Pracowni Rzadkich Chorób Metabolicznych przy Oddziale Klinicznym Katedry Chorób Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz terapii chorób rzadkich ORPHAN

Diabetologia:

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, konsultant wojewódzka w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, pełnomocnik zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia i parlamentem

Pediatria:

Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim

Dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Choroby zakaźne:

Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

Zdrowie publiczne:

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal, prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego w latach 2018–2024, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2015–2017, specjalista w zakresie chirurgii ogólnej, medycyny rodzinnej oraz zdrowia publicznego

Piotr Winciunas, Naczelny Lekarz ZUS, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – Szkoła Zdrowia Publicznego – Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego

Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz terapii chorób rzadkich ORPHAN

Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki w Instytucie Matki i Dziecka, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019

Badania naukowe w medycynie:

Prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych oraz Zakładu Medycyny Regeneracyjnej i Immunoregulacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wojciech Nowak, ekspert w dziedzinie biotechnologii, Przewodniczący Rady ds. Opieki Zdrowotnej (Healthcare Biotechnology Council) stowarzyszenia EuropaBio

Dr n. med. Rafał Staszewski, zastępca prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych w latach 2023–2024

Wprowadzenie

Prezentowane w rozdziale propozycje priorytetów zdrowotnych dla polskiej prezydencji oparte są na stanowiskach ekspertów prezentowanych w trakcie trzech konferencji Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych (IRSS) z cyklu „Droga do Prezydencji” w latach 2023–2024.

- W dniu 6 września 2023 r. odbyła się pierwsza konferencja pt. „Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie UE” zorganizowana w ramach XXXII Forum Ekonomicznego w Karpaczu.
- W dniu 4 października 2023 r. odbyła się druga konferencja pt. „Healthcare Policy Summit: Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2025”.
- W dniu 30 stycznia 2024 r. odbyła się trzecia konferencja pt. „Droga do Prezydencji: Dyskusja o Priorytetach Zdrowotnych Polskiej Prezydencji w Radzie UE”.

Rozdział przedstawia propozycje 166 priorytetów zdrowotnych dla polskiej prezydencji zaproponowanych przez 39 ekspertów reprezentujących 13 dziedzin medycyny (kardiologia, onkologia, choroby rzadkie, choroby zakaźne, pediatria, reumatologia, neurologia, psychiatria, diabetologia, zdrowie publiczne, zdrowie kobiet, polityka senioralna i badania naukowe). Pokazuje to zakres sukcesów, problemów i wyzwań polskiego systemu ochrony zdrowia w kontekście wyzwań zdrowotnych w Unii Europejskiej oraz kompleksowość systemów ochrony zdrowia.

Kardiologia

prof. dr hab. n. med. Robert Gil

prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA

W zakresie kardiologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Kompleksowa opieka kardiologiczna, program skoordynowanej opieki po zawale.** Program ten jest kluczowy dla poprawy rokowań pacjentów po zawale serca, łącząc rehabilitację kardiologiczną z odpowiednimi konsultacjami i leczeniem. Program ma na celu zapewnienie kontynuacji opieki i leczenia po wypisie ze szpitala, co jest niezbędne do zapewnienia skutecznej rekonwalescencji.
- 2. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia.** Program obejmuje szerokie spektrum działań w zakresie kardiologii, w tym profilaktykę, epidemiologię i nowe technologie diagnostyczne. Jest ważnym elementem w rozwijaniu holistycznej opieki kardiologicznej.
- 3. Wdrożenie nowych technologii diagnostycznych i diagnostyka genetyczna.** Nowoczesne metody diagnostyczne, takie jak rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa, umożliwiają dokładniejszą i nieinwazyjną diagnozę chorób układu krążenia. Ich rozwój i implementacja są niezbędne dla skuteczniejszego leczenia. Wprowadzenie diagnostyki genetycznej do praktyki kardiologicznej jest kluczowe dla zrozumienia i leczenia chorób serca, w tym chorób rzadkich. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne aktywnie pracuje nad wyznaczeniem nowych kierunków w tej dziedzinie.
- 4. Rozbudowa i poprawa profilaktyki kardiologicznej.** Profilaktyka stanowi najtańszą formę leczenia chorób układu krążenia, które są główną przyczyną zgonów. Rozbudowa programów profilaktycznych i edukacyjnych jest niezbędna dla zmniejszenia częstości występowania tych chorób. Konieczność zmiany polityki zdrowotnej z medycyny naprawczej na profilaktyczną jest odpowiedzią na rosnące koszty leczenia i zwiększającą się liczbę przewlekłych chorób. Skupienie się na profilaktyce pozwoli na efektywniejsze wykorzystanie zasobów zdrowotnych i lepsze wyniki zdrowotne na poziomie populacyjnym.

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski

past-prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

W zakresie kardiologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wdrożenie programów opieki sercowo-naczyniowej i profilaktyki.** Programy te są kluczowe dla poprawy opieki nad pacjentami z chorobami układu sercowo-naczyniowego. W Polsce istnieją już programy, takie jak leczenie ostrych zespołów wieńcowych, ale potrzebne jest ich dalsze rozwijanie i wdrażanie nowych strategii, zwłaszcza w kontekście profilaktyki.
- 2. Zwiększenie skuteczności opieki po zawale.** Poprawa opieki po zawale serca jest niezbędna do zapewnienia długotrwałej rekonwalescencji pacjentów. Obejmuje to zarówno rehabilitację, jak i odpowiednie leczenie i konsultacje, zapewniając pacjentom lepszą jakość życia po zawale.
- 3. Rozbudowa diagnostyki i terapii kardiologicznych.** Rozwój nowoczesnych metod diagnostycznych, takich jak rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa, oraz wdrażanie innowacyjnych terapii, jest kluczowy dla precyzyjnego diagnozowania i skuteczniejszego leczenia chorób serca.
- 4. Realizacja programów opieki chorób układu sercowo-naczyniowego.** Programy te są realizowane w obecnej prezydencji trojki państw – Hiszpanii, Belgii, Węgier – dlatego powinny być realizowane też w prezydencji Polski, Cypru i Danii.
- 5. Cyfryzacja i innowacje w kardiologii – zbudowanie platformy wymiany danych cyfrowych, zakupy technologii medycznych na poziomie unijnym.** Kardiologia produkuje najwięcej danych cyfrowych w związku z badaniami obrazowymi. Potrzebne jest zbudowanie platformy

wymiany danych, ponieważ większość z nich jest przechowywana lokalnie i nie jest dostępna z punktu żadnego systemu. Mamy bardzo dużo nowych wyrobów medycznych i leków, ale dostęp do nich jest opóźniony w Polsce i krajach UE. Ze względu na cenę tych technologii warto pomyśleć o ich wspólnych zakupach na poziomie unijnym.

prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski

zastępca dyrektora ds. leczenia i kierownik Katedry oraz Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Szpitala Klinicznego im. profesora Orłowskiego w Warszawie, przewodniczący Komisji Promocji Zdrowia PTK

W zakresie kardiologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Zapobieganie chorobom układu krążenia poprzez zmianę stylu życia.** Skuteczna polityka zdrowia publicznego może znacznie zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych poprzez promowanie zdrowego trybu życia. Przykład Finlandii z lat 70. i 80. pokazuje, jak modyfikacja stylu życia na poziomie społeczeństwa może prowadzić do długotrwałych korzyści zdrowotnych.
- 2. Skuteczne wykrywanie i leczenie podstawowych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.** Wczesne wykrywanie i efektywne leczenie czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, wysoki cholesterol, otyłość i cukrzyca, są kluczowe dla zapobiegania chorobom układu krążenia.
- 3. Rozwój i implementacja nowoczesnych technologii w diagnostyce i leczeniu chorób układu krążenia.** Wprowadzenie nowych technologii, takich jak tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny w diagnostyce oraz nowoczesnych metod leczenia może znacząco poprawić opiekę nad pacjentami z chorobami serca.
- 4. Poprawa opieki skoordynowanej po zawale serca.** Opracowanie i wdrażanie programów opieki skoordynowanej po zawale serca, obejmujących rehabilitację kardiologiczną i odpowiednie konsultacje, jest niezbędne do zapewnienia pacjentom lepszej jakości życia.

Onkologia

prof. dr hab. n. med. Tadeusz Pieńkowski

prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Rakiem Piersi, kierownik Kliniki Onkologii i Chorób Piersi, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

W zakresie onkologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Stworzenie europejskiej bazy danych do oceny wyników leczenia nowotworów.** Niezbędne jest wykorzystanie e-zdrowia i sztucznej inteligencji w monitorowaniu chorych po leczeniu i prowadzeniu badań profilaktycznych. Tworzenie algorytmu oceny indywidualnego ryzyka zachorowania na nowotwory wzmocni profilaktykę i efektywność leczenia.
- 2. Promowanie zdrowego stylu życia i ograniczenie dostępności używek.** Istotne jest propagowanie zdrowego stylu życia oraz walka z nadwagą, nadużywaniem alkoholu i paleniem tytoniu. Takie działania mogą znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowań na nowotwory.
- 3. Równy dostęp do badań profilaktycznych i szczepień.** Zapewnienie równości dostępu do badań profilaktycznych i szczepień jest kluczowe w zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu nowotworów. Niezwykle ważnym aspektem w zapobieganiu nowotworom jest edukacja i podnoszenie świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Skuteczne programy edukacyjne i promowanie zdrowego stylu życia mogą ograniczyć ekspozycję na czynniki ryzyka nowotworów, takie jak otyłość, nadużywanie alkoholu i palenie tytoniu.
- 4. Akredytacja i certyfikacja ośrodków onkologicznych.** Wszystkie ośrodki onkologiczne, niezależnie od ich wielkości, powinny zapewniać równą jakość działań i być akredytowane przez niezależne instytucje.

5. Poprawa dostępności do badań przesiewowych i szczepień. Dostępność do badań przesiewowych i szczepień, np. przeciwko HPV i WZW, jest kluczowa we wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu nowotworom. Mimo istnienia programów ich wykorzystanie jest na niskim poziomie, co wymaga dalszych działań promocyjnych i edukacyjnych.

dr n. med. Janusz Meder

prezes zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym

W zakresie onkologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wykorzystanie istniejącej infrastruktury zdrowotnej w Polsce jako przykładu dla Unii Europejskiej.** Polska posiada dobrze rozwiniętą infrastrukturę zdrowotną, w tym narodowe programy dotyczące chorób cywilizacyjnych, które mogą służyć za wzór w ramach współpracy europejskiej. Kładzie się nacisk na wykorzystanie osiągnięć w zakresie opieki onkologicznej, kardiologicznej i innych dziedzin medycznych.
- 2. Promocja Polski jako lidera zdrowia w UE.** Polska ma szansę stać się liderem w dziedzinie zdrowia w Unii Europejskiej dzięki swojej zaawansowanej infrastrukturze medycznej i doświadczeniu w realizacji programów zdrowotnych.
- 3. Koordynacja, kooperacja i interdyscyplinarność w opiece zdrowotnej.** Kluczowym elementem skutecznej opieki zdrowotnej jest współpraca między różnymi specjalnościami medycznymi i instytucjami. Interdyscyplinarność i kompleksowe podejście do opieki zdrowotnej są niezbędne dla skutecznego leczenia chorób przewlekłych i nowotworowych.
- 4. Wykorzystanie Krajowego Rejestru Nowotworów.** Polska posiada jeden z najbardziej zaawansowanych rejestrów nowotworowych na świecie. Wykorzystanie danych z tego rejestru w połączeniu z nowoczesnymi technologiami informatycznymi i e-zdrowiem może znacznie przyczynić się do poprawy diagnostyki i leczenia nowotworów.
- 5. Zastosowanie Europejskiego Planu Walki z Rakiem.** Polska Narodowa Strategia Onkologiczna jest zbieżna z Europejskim Planem Walki z Rakiem.

Reumatologia

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

W zakresie reumatologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wszelchstronna opieka nad pacjentami z chorobami reumatycznymi.** Choroby reumatyczne są niezwykle powszechne, a ich skutki dotyczą zarówno młodszych, jak i starszych pacjentów. Ważne jest kompleksowe podejście do diagnozowania i leczenia tych chorób, aby zminimalizować ich wpływ na jakość życia pacjentów oraz zapobiec przedwczesnym zgonom z powodu powikłań.
- 2. Profilaktyka i leczenie chorób autoimmunologicznych.** Choroby autoimmunologiczne znacząco wpływają na zdolność do pracy i samodzielności pacjentów. Skuteczna profilaktyka i wczesne rozpoczęcie leczenia mogą pomóc w utrzymaniu pacjentów w dobrym stanie zdrowia, co jest istotne zarówno dla nich samych, jak i dla systemu opieki zdrowotnej.
- 3. Wsparcie psychiczne dla pacjentów z chorobami przewlekłymi.** Choroby przewlekłe często prowadzą do problemów psychicznych, takich jak depresja, która może dodatkowo pogorszyć stan zdrowia pacjentów. Zapewnienie wsparcia psychicznego oraz integracja opieki psychiatrycznej z leczeniem somatycznym jest kluczowa dla poprawy jakości życia i skuteczności leczenia.

- 4. Integracja opieki nad pacjentami z wielochorobowością.** Współwystępowanie różnych chorób u jednego pacjenta jest coraz bardziej powszechne, szczególnie wśród osób starszych. Wymaga to holistycznego podejścia do leczenia, uwzględniającego wszystkie aspekty zdrowia pacjenta oraz koordynacji między różnymi specjalistami medycznymi.

Neurologia

prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak

past-prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

W zakresie neurologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wprowadzanie innowacje w neurologii.** W neurologii kluczowa jest innowacyjność w leczeniu i diagnozowaniu schorzeń. Z uwagi na szeroki zakres chorób neurologicznych, od bólu po choroby zapalne i neurodegeneracyjne, postęp w tej dziedzinie ma fundamentalne znaczenie. Współpraca z innymi dziedzinami medycyny oraz wykorzystanie najnowszych technologii, takich jak sztuczna inteligencja.
- 2. Wkomponowanie chorób układu nerwowego w ogólne priorytety zdrowotne.** Choroby układu nerwowego powinny być integralną częścią ogólnych priorytetów zdrowotnych, biorąc pod uwagę, że 40 proc. chorób rzadkich dotyczy układu nerwowego. Interdyscyplinarne podejście, łączące neurologię z kardiologią, psychiatrią i innymi dziedzinami.
- 3. Promocja neurologii na arenie europejskiej.** Aktywne promowanie neurologii na poziomie europejskim, w tym w ramach prezydencji belgijskiej i współpraca z Europejską Akademią Neurologii, są istotne dla podniesienia świadomości na temat neurologii. Praca nad międzynarodowymi projektami, takimi jak Human Brain Project.
- 4. Zapobieganie chorobom układu nerwowego przez promowanie zdrowia mózgu.** Choroby układu nerwowego często charakteryzują się niestety nieodwracalnymi skutkami. Zapobieganie przez edukację na temat zdrowego trybu życia i wczesnej diagnostyki jest kluczowe w ograniczeniu występowania tych chorób. Działania profilaktyczne skoncentrowane na zapobieganiu i wczesnym wykrywaniu chorób, takich jak udar mózgu, mogą znacząco poprawić jakość życia pacjentów.
- 5. Wczesna diagnostyka i terapia w chorobach zapalnych układu nerwowego.** Choroby, takie jak stwardnienie rozsiane, mimo że nie są bezpośrednio związane ze stylem życia, wymagają szybkiego rozpoznania i wdrożenia leczenia. Wczesna interwencja pozwala na modyfikację przebiegu choroby i zapobieganie jej zaawansowanym etapom, co wpływa na poprawę jakości życia pacjentów.

prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk

przewodnicząca Rady ds. chorób rzadkich przy ministrze zdrowia, kierownik Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W zakresie neurologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wsparcie pacjentów z niepełnosprawnością.** Wielkie wyzwanie dla pacjentów pod opieką neurologów to niepełnosprawność, często ruchowa lub złożona. Kluczowe jest zapewnienie odpowiedniego dostępu do terapii oraz wsparcia, np. przez osobistych asystentów. Taka pomoc umożliwia pacjentom lepsze funkcjonowanie w społeczeństwie, podnosząc ich jakość życia i niezależność.
- 2. Zwiększenie świadomości społecznej o chorobach neurologicznych.** Choroby neurologiczne stanowią większe obciążenie niż onkologia i kardiologia razem wzięte, lecz świadomość społeczna na temat tych chorób jest wciąż niewystarczająca. Ważne jest zwiększenie tej świadomości, aby społeczeństwo i decydenci zdawali sobie sprawę z potrzeb i wyzwań związanych z opieką neurologiczną.

- 3. Integracja neurologii z inicjatywami medycznymi i demograficznymi.** Neurologia powinna być integralną częścią priorytetów zdrowotnych, zwłaszcza w kontekście wyzwań medycznych i demograficznych. Wzrost świadomości i odpowiednie wsparcie dla neurologii pozwolą lepiej reagować na rosnące potrzeby pacjentów, szczególnie w starzejącym się społeczeństwie.

Psychiatria

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik

kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

W zakresie psychiatrii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Promowanie reformy systemowej psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce jako modelu dla UE.** Polska reforma psychiatrii dzieci i młodzieży może służyć jako przykład dla innych krajów Unii Europejskiej, z uwagi na rosnące zapotrzebowanie na dostęp do psychiatrów dziecięcych i młodzieżowych oraz innych specjalistów w ochronie zdrowia psychicznego.
- 2. Rozwój kadry specjalistów z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.** Reforma zakłada szkolenie specjalistów, nie tylko lekarzy, ale również terapeutów środowiskowych, psychologów klinicznych i psychoterapeutów, co jest kluczowe dla zapewnienia efektywnej opieki.
- 3. Współpraca z edukacją w zakresie wsparcia dla dzieci z ASD.** Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD), szczególnie te funkcjonujące dobrze, wymagają indywidualnego podejścia edukacyjnego i specjalistycznych programów wsparcia.
- 4. Zwiększenie dostępności i jakości usług psychoterapeutycznych.** Oprócz leczenia farmakologicznego ważne jest zapewnienie dostępu do wysokiej jakości usług psychoterapeutycznych, co jest kluczowe dla skutecznej opieki psychiatrycznej.
- 5. Wzmocnienie współpracy międzysektorowej.** Istotnym elementem poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi jest zwiększenie współpracy między różnymi sektorami, zwłaszcza pomiędzy służbą zdrowia, edukacją oraz Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Taka współpraca pozwoli na kompleksowe podejście do problemu, obejmujące nie tylko leczenie, ale również wsparcie rodziny i środowiska szkolnego dziecka.
- 6. Rozwój i wdrożenie programów profilaktyki uniwersalnej.** Programy profilaktyki uniwersalnej skierowane do wszystkich dzieci i młodzieży powinny uwzględniać edukację na temat higieny życia, snu, diety oraz innych aspektów wpływających na zdrowie psychiczne. Implementacja takich programów już na etapie przedszkolnym i szkolnym może znacząco zmniejszyć ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych oraz poprawić ogólną jakość życia młodych ludzi.
- 7. Poprawa dostępności i skuteczności badań przesiewowych.** Wczesne diagnozowanie zaburzeń, takich jak zaburzenia ze spektrum autyzmu, jest kluczowe dla skutecznego leczenia i wsparcia dziecka. Konieczne jest zatem zapewnienie, aby badania przesiewowe były dostępne dla wszystkich dzieci i przeprowadzane w odpowiednim czasie. Wiedza i umiejętności personelu medycznego w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń muszą zostać zwiększone.
- 8. Ułatwienie przejścia z opieki dziecięcej do dorosłej.** Przejście nastolatków z opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży do opieki dorosłych stanowi wyzwanie systemowe. Należy zapewnić płynność tego procesu przez lepszą koordynację między specjalistami oraz stworzenie specjalnych programów wspierających młodych ludzi w tym przejściowym okresie. Takie działania pomogą uniknąć przerw w leczeniu i zapewnić ciągłość opieki.

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ordynator Oddziału
Psychiatrycznego Szpitala Babińskiego w Łodzi

W zakresie psychiatrii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Adresowanie problemu zdrowia psychicznego w kontekście globalnym.** Zwrócenie uwagi na fakt, że problem zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nie ogranicza się tylko do Polski, ale jest wyzwaniem globalnym, z naciskiem na potrzebę międzynarodowej współpracy i wymiany doświadczeń.
- 2. Rozwój i wsparcie systemu profilaktyki i leczenia.** Konieczność kontynuacji i wsparcia modelu opieki, który obejmuje zarówno profilaktykę, jak i leczenie zaburzeń psychicznych, uwzględniając specyfikę grupy dziecięcej i młodzieżowej.
- 3. Wzmocnienie współpracy międzyresortowej w profilaktyce zaburzeń psychicznych.** Współpraca między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Edukacji jest kluczowa w zakresie profilaktyki pierwotnej zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży. Zintegrowane działania mają na celu wczesne wykrywanie i interwencje, które mogą znacząco wpłynąć na ograniczenie wzrostu liczby młodych pacjentów wymagających specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Polska, podczas swojej prezydencji w UE, powinna promować model interdyscyplinarny i międzyresortowy jako standard w profilaktyce zdrowia psychicznego.
- 4. Rozwój i implementacja programów badawczych przesiewowych.** Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń neuro-rozwojowych odgrywają istotną rolę w możliwości wczesnej diagnozy i interwencji, zmniejszając ryzyko współwystępowania innych zaburzeń psychicznych w przyszłości. Należy promować i wspierać wdrażanie tych programów na poziomie krajowym i europejskim, co umożliwi zmniejszenie liczby hospitalizacji i poprawę jakości życia pacjentów.
- 5. Ograniczenie dostępności do środków potencjalnie niebezpiecznych.** Skuteczne metody zapobiegania samobójstwom obejmują ograniczenie dostępności do środków, które mogą być wykorzystane do prób samobójczych, takich jak leki z grupy NLPZ. Polska powinna inicjować regulacje ograniczające dostępność tych substancji, zwłaszcza dla młodzieży, co może znacząco wpłynąć na redukcję liczby prób samobójczych.
- 6. Promocja programów edukacyjnych dotyczących zdrowego stylu życia.** Programy edukacyjne skupiające się na zdrowym stylu życia i higienie psychicznej są niezbędne w zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. Wskazane jest zwiększenie dostępności i promocji takich programów, szczególnie w szkołach, aby budować świadomość zdrowotną od najmłodszych lat. Polska, wykorzystując platformę prezydencji UE, powinna zachęcać do tworzenia i wspierania takich inicjatyw na poziomie europejskim.

prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar

kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

W zakresie psychiatrii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Zintensyfikowanie działań profilaktycznych przeciwko uzależnieniom.** Wzrastające problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym nikotyny i alkoholu, stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego społeczeństwa. Konieczne jest wprowadzenie skuteczniejszych metod profilaktyki, obejmujących edukację oraz ograniczenie dostępu do tych substancji, szczególnie wśród młodzieży. Polska, w ramach prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, powinna promować i wspierać europejskie inicjatywy ukierunkowane na walkę z uzależnieniami.
- 2. Wprowadzenie regulacji ograniczających dostępność e-papierosów.** Coraz częstsze sięganie przez młodzież, a nawet dzieci, po jednorazowe e-papierosy wymaga natychmiastowej reakcji. Należy zaostrzyć regulacje dotyczące sprzedaży e-papierosów, szczególnie tych jednorazowych, oraz zabronić dodawania do nich aromatów i smaków, które przyciągają młodszych

konsumentów. Polska powinna również zainicjować dyskusje na poziomie UE mające na celu harmonizację przepisów dotyczących sprzedaży wyrobów tytoniowych i nikotynowych.

- 3. Ograniczenie sprzedaży wyrobów nikotynowych w pobliżu szkół.** Ustalenie stref wolnych od sprzedaży tytoniu i nikotyny w okolicy szkół może znacząco ograniczyć dostępność tych produktów dla dzieci i młodzieży. Wprowadzenie takiego zakazu w promieniu 100–200 m od placówek edukacyjnych zabezpieczy młodzież przed łatwym dostępem do substancji uzależniających, co jest kluczowe dla profilaktyki uzależnień.
- 4. Podniesienie minimalnego wieku zakupu wyrobów nikotynowych.** Podniesienie minimalnego wieku, od którego legalny jest zakup wyrobów zawierających nikotynę, do 21. roku życia, jest krokiem, który może skutecznie ograniczyć inicjację palenia wśród młodzieży. Takie działanie, wsparte przez Polskę na forum UE, przyczyni się do zmniejszenia liczby nowych przypadków uzależnienia oraz poprawi ogólną sytuację zdrowotną społeczeństwa.

Zdrowie kobiet

Katarzyna Kotula

ministra do spraw równości

W zakresie zdrowia kobiet kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wzmacnianie praw reprodukcyjnych kobiet.** Polska powinna wykorzystać swoją prezydencję, aby promować szeroki dostęp do świadczeń zdrowotnych związanych z prawami reprodukcyjnymi, podkreślając znaczenie autonomii kobiet w decydowaniu o swoim zdrowiu i ciele.
- 2. Edukacja na temat zdrowia reprodukcyjnego.** Potrzeba edukacji jako kluczowego elementu w profilaktyce zdrowotnej i promowaniu praw reprodukcyjnych. W ramach prezydencji należy zachęcać do wprowadzania programów edukacyjnych na wszystkich poziomach nauczania, aby zwiększyć świadomość na temat zdrowia reprodukcyjnego i praw seksualnych.
- 3. Zwiększanie dostępności świadczeń zdrowotnych dla kobiet.** Dostęp do nowoczesnych terapii, takich jak leczenie bezpłodności metodą *in vitro* i zniesienie barier w dostępie do antykoncepcji awaryjnej to przykłady działań, które powinny być promowane na szczeblu europejskim. Polska prezydencja może być okazją do podzielenia się doświadczeniami i promowania najlepszych praktyk w zapewnianiu kompleksowej opieki zdrowotnej dla kobiet.
- 4. Międzynarodowe wsparcie dla praw kobiet.** Polska prezydencja może służyć jako platforma do zintensyfikowania działań na rzecz równości płci i wzmocnienia ochrony praw reprodukcyjnych kobiet na poziomie międzynarodowym, promując dialog i współpracę między państwami członkowskimi.

prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

kierownik Katedry Zdrowia Kobiety oraz Zakładu Zdrowia Reprodukcyjnego i Seksuologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

W zakresie zdrowia kobiet kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wprowadzenie kompleksowej edukacji seksualnej i zdrowotnej w szkołach.** Edukacja seksualna i zdrowotna odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu chorobom przenoszonym drogą płciową i niechcianym ciążom. Wypowiedź podkreśla, jak istotne jest, aby edukacja ta była wprowadzona na każdym etapie rozwoju dziecka, począwszy od najmłodszych lat. Zintegrowane programy edukacyjne powinny obejmować wiedzę na temat dojrzewania, metod antykoncepcyjnych, a także świadomość własnego ciała i szacunku dla różnorodności.
- 2. Rozwój programów profilaktycznych i badań przesiewowych z uwzględnieniem chorób kobiecych.** Poprzez wprowadzenie i promocję programów profilaktycznych oraz badań przesiewowych na raka piersi i szyjki macicy można znacząco wpłynąć na wcześniejsze wykrywanie i skuteczniejsze leczenie tych chorób. Szczególnie ważne jest, aby kampanie informacyjne dotyczyły również mniej znanych zagrożeń, takich jak HPV i jego związek z rakiem szyjki

macicy, oraz promowały szczepienia jako skuteczną formę zapobiegania. Inicjatywy te powinny być ukierunkowane nie tylko na kobiety, ale i na mężczyzn, aby budować świadomość i odpowiedzialność za zdrowie seksualne i reprodukcyjne na poziomie społecznym.

- 3. Wsparcie dla kobiet w okresie menopauzy i po menopauzie.** Menopauza jest ważnym etapem w życiu każdej kobiety, który często wiąże się z wieloma wyzwaniami zdrowotnymi i emocjonalnymi. Priorytet ten podkreśla konieczność stworzenia kompleksowych programów wsparcia dla kobiet w okresie menopauzy, obejmujących dostęp do terapii hormonalnej, edukację na temat zdrowia seksualnego i psychicznego, a także promowanie aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia.
- 4. Promowanie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w kontekście szeroko pojętej opieki zdrowotnej.** Zdrowie seksualne i reprodukcyjne powinno być integralną częścią systemu opieki zdrowotnej na każdym etapie życia kobiety. Priorytet ten zakłada wprowadzenie skoordynowanych działań mających na celu zapewnienie kobietom dostępu do kompleksowej opieki, w tym edukacji seksualnej, antykoncepcji, badań przesiewowych i terapii hormonalnej. Konieczne jest również zwiększenie dostępności i jakości usług medycznych dla kobiet z chorobami, takimi jak endometrioza czy zespół policystycznych jajników, co przyczyni się do poprawy ich jakości życia.

Wanda Nowicka

wiceprzewodnicząca Nowej Lewicy, posłanka na Sejm RP, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu Praw Kobiet

W zakresie zdrowia kobiet kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Integracja i stabilizacja systemu zdrowia reprodukcyjnego kobiet.** Obecna sytuacja prawna i polityczna w Polsce wprowadza znaczne zamieszanie w zakresie dostępu do usług zdrowia reprodukcyjnego. Polki zmagają się z brakiem stabilności i pewności co do swoich praw i dostępności świadczeń. Wymagane jest zdecydowane działanie polityczne w celu zapewnienia stałości i przewidywalności systemu ochrony zdrowia, w tym dostępu do antykoncepcji, in vitro oraz świadczeń związanych z aborcją.
- 2. Edukacja seksualna i profilaktyka zdrowotna.** Niedostateczna edukacja seksualna i brak kompleksowych kampanii społecznych prowadzą do nieświadomości i powielania stereotypów związanych z seksualnością i zdrowiem reprodukcyjnym. Potrzebna jest zwiększona inwestycja w programy edukacyjne i profilaktyczne, które umożliwią kobietom świadome decydowanie o swoim zdrowiu i życiu seksualnym.
- 3. Poprawa dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych dla kobiet.** Polski system ochrony zdrowia wymaga reform, które zapewnią lepszy dostęp do wysokiej jakości usług medycznych dla kobiet. Dotyczy to zarówno profilaktyki, diagnostyki, jak i leczenia chorób typowo żeńskich, takich jak endometrioza, choroby nowotworowe czy komplikacje związane z ciążą i menopauzą.
- 4. Zwiększenie roli i odpowiedzialności polityków w kształtowaniu polityki zdrowotnej.** Politycy muszą wziąć na siebie większą odpowiedzialność za kształtowanie polityki zdrowotnej skoncentrowanej na prawach i potrzebach kobiet. Działania powinny być skierowane na eliminację barier ideologicznych i politycznych, które ograniczają dostęp do pełnej ochrony zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego.

prof. dr hab. n. med. Boleśław Samoliński

przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

W zakresie zdrowia kobiet kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Promocja równowagi między życiem zawodowym a rodzinnym.** W obliczu wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa i nierównościami na rynku pracy, szczególnie dotyczącymi kobiety, Polska powinna skoncentrować się na tworzeniu warunków umożliwiających kobietom łatwiejszy powrót do pracy po macierzyństwie. Zapewnienie dostępu do żłobków i krótszych godzin pracy, umożliwiających opiekę nad dziećmi, będzie korzystne dla wszystkich stron: pracodawców, pracowników i ich rodzin. Takie działania nie tylko wspierają rozwój zawodowy kobiet, ale również przyczyniają się do większej stabilności demograficznej i ekonomicznej kraju.
- 2. Wsparcie dla kobiet w powrocie na rynek pracy.** Stworzenie warunków dla kobiet do kontynuowania kariery zawodowej przy jednoczesnym wypełnianiu obowiązków rodzicielskich jest kluczowe dla zapewnienia równości płci na rynku pracy. Działania takie powinny obejmować nie tylko ułatwienia w zakresie opieki nad dziećmi, ale również programy szkoleniowe i rozwijające umiejętności, które ułatwią kobietom aktualizację kwalifikacji i skuteczniejszy powrót do pracy. Realizacja tego priorytetu przyczyni się do zmniejszenia luki płacowej między kobietami a mężczyznami oraz zwiększenia udziału kobiet w rynku pracy.
- 3. Poprawa dostępności opieki nad dziećmi.** Zapewnienie dostępności i przystępności cenowej opieki nad dziećmi dla pracujących rodziców jest niezbędne dla równości płci i umożliwienia kobietom aktywnego uczestnictwa w życiu zawodowym. Polska prezydencja powinna promować inicjatywy zwiększające liczbę miejsc w żłobkach i przedszkolach oraz wspierające rodziców w harmonijnym łączeniu życia zawodowego z rodzinnym. To z kolei przyczyni się do zwiększenia zatrudnienia wśród kobiet i wzrostu gospodarczego.
- 4. Zwiększenie świadomości na temat równości płci.** Edukacja i kampanie społeczne mają kluczowe znaczenie w budowaniu świadomości na temat równości płci i eliminowaniu stereotypów. Poprzez promowanie zrozumienia i szacunku dla równości oraz wsparcie dla inicjatyw ukierunkowanych na zmianę postaw społecznych Polska może przyczynić się do tworzenia bardziej inkluzywnego społeczeństwa, w którym kobiety i mężczyźni mają równe szanse na rozwój zawodowy i osobisty.

Polityka senioralna

dr n. społ. Marlena Kondrat

członek zarządu Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej

W zakresie polityki senioralnej kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Edukacja i wsparcie kompetencji cyfrowych wśród seniorów.** Polska charakteryzuje się jednym z najniższych wskaźników cyfryzacji społeczeństwa, szczególnie w grupie wiekowej 45+. Tylko niecałe 10 proc. seniorów posiada podstawowe lub wyższe umiejętności cyfrowe, a zaledwie 6 proc. potrafi obsługiwać komputer. Z tego powodu niezbędne jest uruchomienie dedykowanych programów edukacyjnych i narzędzi wspierających seniorów w nabywaniu umiejętności cyfrowych, aby mogli oni skutecznie korzystać z cyfrowych usług zdrowotnych.
- 2. Dostęp do urządzeń i internetu dla seniorów.** Niemal połowa seniorów w Polsce korzysta z telefonów klawiszowych, co ogranicza ich możliwości skorzystania z cyfryzacji w służbie zdrowia. Ważne jest zapewnienie seniorom dostępu do nowoczesnych urządzeń oraz szybkiego internetu, aby mogli oni pełnoprawnie korzystać z e-usług zdrowotnych, takich jak internetowe konto pacjenta czy realizacja recepty online.

3. **Ochrona przed dezinformacją w internecie.** Osoby starsze często bezkrytycznie wierzą informacjom znalezionym w internecie, co może prowadzić do niebezpiecznych sytuacji, zwłaszcza w kontekście zdrowotnym. Należy stworzyć i promować zaufane źródła informacji medycznych oraz prowadzić kampanie edukacyjne na temat rozpoznawania „fake newsów”.
4. **Humanizacja cyfryzacji.** Ważnym aspektem jest również humanizacja cyfryzacji, czyli zapewnienie seniorom możliwości kontaktu z personelem medycznym za pośrednictwem cyfrowych kanałów komunikacji. Nie chodzi tylko o konsultacje z lekarzem, ale również o wsparcie ze strony pielęgniarek czy ratowników medycznych, które mogą być pierwszym krokiem do zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej.
5. **Wspieranie organizacji działających na rzecz seniorów.** Rząd i państwo powinny aktywnie wspierać fundacje i organizacje, które zajmują się podnoszeniem kompetencji cyfrowych osób starszych. Koalicja Cyfrowi Seniorzy i podobne inicjatywy odgrywają kluczową rolę w edukacji i wsparciu seniorów w adaptacji do świata cyfrowego, co jest niezbędne dla ich aktywnego uczestnictwa w cyfrowym ekosystemie zdrowotnym.

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

W zakresie polityki senioralnej kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

1. **Wprowadzenie i promocja polityki prozdrowotnej skierowanej do osób starszych.** Ze względu na starzenie się społeczeństwa i rosnące wyzwania demograficzne niezbędne jest stworzenie kompleksowych programów profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do seniorów. Takie działania powinny koncentrować się na promowaniu zdrowego trybu życia, w tym aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania oraz zarządzania chorobami przewlekłymi. Wdrożenie polityki prozdrowotnej dla seniorów może przyczynić się do poprawy jakości ich życia, a także zmniejszenia obciążeń dla systemów opieki zdrowotnej.
2. **Zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej dla osób starszych.** Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej i usług geriatrycznych są znaczącym problemem, który wpływa na jakość życia osób starszych. Polska prezydencja powinna skupić się na zapewnieniu równego dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla wszystkich seniorów, niezależnie od ich miejsca zamieszkania czy sytuacji materialnej.
3. **Promocja aktywnego starzenia się.** Aktywne starzenie się jest kluczowym elementem w zapewnieniu dobrostanu seniorów i utrzymaniu ich samodzielności. Polska prezydencja powinna promować inicjatywy zachęcające do uczestnictwa w życiu społecznym, kulturalnym i edukacyjnym, co przyczynia się do poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego osób starszych. Wprowadzenie programów motywujących do aktywności, takich jak warsztaty, kursy czy zajęcia ruchowe, może znacząco wpłynąć na poprawę jakości życia.
4. **Wsparcie badań i innowacji w obszarze geriatry i gerontologii.** Inwestycje w badania i rozwój technologii wspierających starzenie się są niezbędne do zrozumienia potrzeb i wyzwań związanych ze starzeniem się populacji. Polska prezydencja powinna zachęcać do badań nad nowymi metodami diagnozy, leczenia oraz opieki nad seniorami, co umożliwi wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań poprawiających jakość ich życia.
5. **Wzmocnienie roli organizacji pozarządowych w kształtowaniu polityki senioralnej i zintegrowane podejście do polityki senioralnej obejmujące wszystkie pokolenia.** Organizacje pozarządowe, dzięki swojej bliskości z seniorami i zrozumieniu ich potrzeb, powinny odgrywać kluczową rolę w kształtowaniu polityki senioralnej. Aktywne włączenie seniorów i organizacji reprezentujących ich interesy w proces decyzyjny pozwoli na budowanie bardziej adekwatnych i skutecznych strategii. Należy przyjąć podejście, które uwzględnia ciągłość i zależność

międzypokoleniową w polityce senioralnej. Strategie polityczne powinny promować zdrowe starzenie się, zaczynając już od dzieciństwa i obejmować szeroki zakres działań edukacyjnych, zdrowotnych i społecznych dla wszystkich grup wiekowych.

Marzena Rudnicka

fundatorka oraz prezeska zarządu Fundacji Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej

W zakresie polityki senioralnej kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Rozwój interdyscyplinarnych programów wsparcia dla osób starszych.** Polityka senioralna nie powinna ograniczać się tylko do opieki zdrowotnej, lecz obejmować szerokie spektrum działań wspierających aktywne i zdrowe starzenie. Należy promować projekty edukacyjne, kulturalne i społeczne, które zwiększają zaangażowanie osób starszych w życie społeczne. Interdyscyplinarne podejście pomoże w budowaniu społeczeństwa dla wszystkich grup wiekowych, zwracając szczególną uwagę na potrzeby i możliwości seniorów.
- 2. Wspieranie długofalowego planowania życia senioralnego już od młodych lat.** Zmiany demograficzne wymagają długofalowego planowania i przygotowania społeczeństwa do starzenia się. Edukacja na temat zdrowego trybu życia, zarządzania finansami i budowania relacji społecznych powinna zaczynać się już w dzieciństwie. Promowanie świadomości na temat procesu starzenia się i przygotowanie do niego na różnych etapach życia zwiększy jakość życia seniorów oraz zmniejszy obciążenia dla systemów opieki zdrowotnej i społecznej.
- 3. Integracja osób starszych z rynkiem pracy.** Aktywizacja zawodowa seniorów jest kluczowa dla utrzymania ich niezależności finansowej i poczucia wartości. Należy stworzyć mechanizmy umożliwiające dłuższą obecność osób starszych na rynku pracy, w tym elastyczne formy zatrudnienia i programy przekwalifikowania. Wspieranie przedsiębiorczości wśród seniorów oraz dostosowanie środowiska pracy do ich potrzeb może przyczynić się do zwiększenia ich aktywności zawodowej.
- 4. Rozwój domów dziennej opieki jako wsparcia dla seniorów i ich rodzin.** Domy dziennej opieki stanowią ważne wsparcie dla seniorów, zwłaszcza tych tracących samodzielność oraz odciążają rodziny od całodobowej opieki. Budowa i rozwój takich placówek w pobliżu miejsc pracy i w mniejszych miejscowościach umożliwi większy dostęp do opieki oraz wspieranie seniorów w utrzymaniu aktywności społecznej. Inwestycja w takie obiekty przyczyni się do poprawy jakości życia osób starszych i ich rodzin.

Krystyna Lewkowicz

prezes Fundacji Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku

W zakresie polityki senioralnej kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Przeprowadzenie gruntownej nowelizacji ustawy o osobach starszych.** Aktualna ustawa o osobach starszych, uchwalona w pośpiechu, skupia się głównie na monitorowaniu sytuacji seniorów, co w praktyce przekłada się na zbieranie danych statystycznych bez realnego wpływu na poprawę ich jakości życia. Konieczna jest rewizja tej ustawy, aby wprowadzić skuteczne mechanizmy wsparcia i poprawy warunków życia osób starszych. Nowelizacja powinna skupić się na konkretnych działaniach i programach wspierających aktywność seniorów oraz dostosowaniu przepisów do aktualnych potrzeb społeczności senioralnej.
- 2. Wzmocnienie roli Uniwersytetów Trzeciego Wieku.** Uniwersytety Trzeciego Wieku odegrały kluczową rolę w edukacji i aktywizacji seniorów, jednak potrzebują one dalszego wsparcia i promocji ich działalności. Rozbudowa infrastruktury i programów edukacyjnych dla seniorów może przyczynić się do zwiększenia ich uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym, co jest istotne dla poprawy ich dobrostanu. Polska prezydencja powinna promować inicjatywy wzmacniające te instytucje jako ważne punkty wsparcia dla osób w wieku senioralnym.
- 3. Promocja zdrowego stylu życia wśród seniorów.** Zdrowy styl życia jest fundamentalny dla zachowania dobrej kondycji fizycznej i psychicznej w późniejszym wieku. Wprowadzenie programów edukacyjnych skupionych na zdrowym odżywianiu, aktywności fizycznej oraz

zarządzaniu chorobami przewlekłymi może znacząco poprawić jakość życia seniorów. Priorytet ten zakłada rozwijanie i wspieranie inicjatyw promujących zdrowe nawyki wśród osób starszych.

- 4. Rozwój polityki senioralnej opartej na solidarności międzypokoleniowej.** Solidarność międzypokoleniowa jest kluczowa dla budowania spójności społecznej i wsparcia dla seniorów. Polska prezydencja powinna inicjować projekty i programy wspierające wymianę doświadczeń i wiedzy między pokoleniami, co może przyczynić się do lepszego zrozumienia potrzeb osób starszych. Działania te mogą obejmować wspólne inicjatywy edukacyjne, wolontariat czy projekty społeczne angażujące różne grupy wiekowe.

Małgorzata Bogusz

prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

W zakresie polityki senioralnej kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Stałość i ciągłość polityki senioralnej.** Utrzymanie stałej Komisji do spraw Polityki Senioralnej w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej jako największego osiągnięcia w zakresie stałości dyskusji o polityce senioralnej. Ważne jest zapewnienie ciągłości i permanentności działań na rzecz seniorów, aby budować na fundamentach rozpoczętych prac i osiągnięć z poprzednich lat.
- 2. Integracja obszarów zdrowia i polityki senioralnej z europejską strategią.** Ważność ścisłej współpracy z instytucjami Unii Europejskiej w kształtowaniu polityki zdrowotnej, w szczególności w kontekście starzejących się społeczeństw i zdrowia kobiet. Polska prezydencja powinna nawiązywać do europejskich priorytetów zdrowotnych, takich jak walka z rakiem, promocja zdrowego starzenia się oraz adresować wyzwania demograficzne.
- 3. Znaczenie edukacji i profilaktyki w zarządzaniu zdrowiem.** Zmiana proporcji wydatków z dominacji na leczenie chorób na równoważne wsparcie dla profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Takie podejście może znacząco zmniejszyć przyszłe obciążenia systemu zdrowotnego oraz zwiększyć jakość życia społeczeństwa.
- 4. Rozwój i integracja polityk wspierających zdrowe i aktywne starzenie.** Podkreślenie potrzeby długoterminowego planowania i realizacji strategii wspierających zdrowe i aktywne starzenie się w ramach polskiej prezydencji. Należy zwrócić uwagę na konieczność integracji działań na poziomie krajowym i unijnym, aby efektywnie reagować na wyzwania związane ze zmieniającą się demografią i potrzebami seniorów.

Choroby rzadkie

prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak

konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

W zakresie chorób rzadkich kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Plan dla Chorób Rzadkich, a w jego ramach badania genetyczne i wprowadzanie nowych, unikalnych leków sierocych.** Jest to jeden z wzorcowych planów, który będzie szeroko omawiany w gremiach europejskich. Z roku na rok wprowadzamy w Polsce coraz więcej cząsteczek i jeśli tak dalej pójdzie, to w ciągu kilku najbliższych lat nie będziemy w ogonie Europy, co jeszcze miało miejsce kilka lat wstecz, ale będziemy w czołówce.
- 2. Ocena skuteczności leczenia w chorobach rzadkich.** Może warto by było w UE podyskutować, jaka jest skuteczność leczenia np. choroby Huntera czy Pompego w Polsce, a jaka, powiedzmy, w Niemczech, w innych krajach UE. Ta ocena skuteczności, przy stosunkowo wysokich cenach leku, jest bardzo wtedy istotna. Warto zweryfikować, jakie elementy

dodatkowo uwzględniać przy poszczególnych programach terapeutycznych, aby skuteczność stosowanych drogowych leków była jak najlepsza.

- 3. Dostęp do leczenia i cyfryzacja w diabetologii – systemy monitorowania glikemii, telemedycyna.** Dzięki naszym staraniom mamy refundowane najnowsze insuliny u dzieci z cukrzycą typu 1, mamy też powszechny dostęp do najnowszych systemów monitorowania glikemii – także u ciężarnych z cukrzycą typu drugiego na intensywnej insulinoterapii. Polskie dzieci są najlepiej wyrównane w Europie albo w świecie. Mamy się czym pochwalić i myślę, że ten jeden z elementów powinien znaleźć się również na forum UE. Dzięki cyfryzacji i telemedycynie systemy monitorowania glikemii u dzieci są tak doskonałe.

prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk

przewodnicząca Rady ds. chorób rzadkich przy ministrze zdrowia, kierownik Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W zakresie chorób rzadkich kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Poprawa dostępu do nowoczesnych technik diagnostycznych i wzmocnienie ośrodków eksperckich chorób rzadkich.** Dostęp do zaawansowanych technik diagnostycznych jest kluczowy dla optymalizacji leczenia chorób rzadkich. Wzmacnianie istniejących i integrowanie nowych polskich ośrodków z europejską siecią ośrodków referencyjnych przyczyni się do lepszego rozpoznawania i leczenia tych chorób. Dzięki postępowi w medycynie pacjenci z chorobami rzadkimi mogą obecnie korzystać z nowych opcji diagnostycznych i terapeutycznych, które nie były dostępne wcześniej. Dostęp do tych nowoczesnych metod jest kluczowy dla poprawy jakości życia i rokowania tych pacjentów.
- 2. Zintegrowane działania na poziomie zdrowia populacji.** Działania na poziomie zdrowia populacji są niezbędne do zaspokojenia potrzeb pacjentów z chorobami rzadkimi. Skuteczne rozwiązania w tej dziedzinie wymagają współpracy międzynarodowej i wymiany wiedzy, aby zapewnić pacjentom dostęp do najlepszej możliwej opieki.
- 3. Rozwój opieki dla dorosłych pacjentów z chorobami rzadkimi.** Z uwagi na to, że około połowa pacjentów z chorobami rzadkimi to osoby dorosłe, istnieje pilna potrzeba opracowania rozwiązań, które zapewnią tym pacjentom dostęp do specjalistycznej opieki, diagnostyki i terapii.
- 4. Integracja pacjentów z chorobami rzadkimi w społeczeństwie.** Pacjenci z chorobami rzadkimi, zwłaszcza ci, którzy dożywają wieku dorosłego, mogą znacząco przyczynić się do rozwoju społeczeństwa. Ważne jest, aby stworzyć warunki umożliwiające im pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym.

prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska

konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

W zakresie chorób rzadkich kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Rozwój medycyny genowej w ramach legislacji dotyczącej badań genetycznych dla celów medycznych.** Nagroda Nobla z medycyny dla genetyki podkreśla znaczenie badań genetycznych w medycynie. Uregulowanie prawne tych badań jest kluczowe dla dalszego rozwoju medycyny genowej, zapewniając odpowiednie standardy i ochronę praw pacjentów.
- 2. Stworzenie wspólnej bazy danych genomu.** Wspólna baza danych genomu umożliwi lepsze wykorzystanie informacji genetycznych w badaniach i leczeniu, co przyczyni się do lepszego zrozumienia i leczenia chorób genetycznych.
- 3. Kształcenie na kierunku lekarskim i podyplomowe w zakresie medycyny genowej.** Edukacja lekarzy i innych specjalistów medycznych w zakresie genetyki jest fundamentalna dla zapewnienia skutecznego wykorzystania postępów w tej dziedzinie w praktyce klinicznej.

4. **Edukacja społeczeństwa w zakresie możliwości i ograniczeń medycyny genowej.** Świadomość społeczna dotycząca medycyny genowej jest istotna dla kształtowania racjonalnych postaw wobec genetyki. Edukacja pomoże zminimalizować zarówno fetyszyzm, jak i nieuzasadniony lęk przed genetyką.
5. **Przygotowanie systemu ochrony zdrowia i społeczeństwa do ery medycyny genomowej.** Medycyna genomowa dobrze się rozwija, a ok. 40–50 proc. ludzi zachoruje na jakąś chorobę, która jest związana z wrodzonymi lub somatycznymi zmianami genetycznymi. Rozwija się też sekwencjonowanie genomu. Za rozwojem genetyki nie nadąża legislacja, nie nadąża też umiejętność wykorzystania osiągnięć genetyki przez lekarzy i przede wszystkim nie nadąża społeczeństwo.

prof. dr hab. n. med. Jolanta Sykut-Cegielska

konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

W zakresie chorób rzadkich kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

1. **Badanie przesiewowe noworodków jako działanie prewencyjne.** Badania przesiewowe noworodków są kluczowym elementem profilaktyki drugiej fazy. Stanowią one ważny element w wykrywaniu chorób rzadkich, w tym wrodzonych wad metabolizmu, co jest zgodne z priorytetami obecnej prezydencji.
2. **Harmonizacja programów badań przesiewowych na poziomie europejskim.** Większa liczba wykrywanych chorób niekoniecznie oznacza lepszy przesiew. Harmonizacja programów badań przesiewowych na poziomie europejskim może przyczynić się do lepszej diagnostyki, uwzględniając specyfikę każdego kraju członkowskiego i częstość występowania pewnych chorób.
3. **Opieka nad pacjentem i profilaktyka trzeciej fazy.** Po wykryciu choroby kluczowa jest odpowiednia opieka i leczenie pacjenta. Stąd potrzeba dobrych ośrodków referencyjnych, które będą miały odpowiednią kadrę i doświadczenie w prowadzeniu pacjentów z chorobami rzadkimi.
4. **Dostęp do nowych, innowacyjnych technologii lekowych i wyrobów medycznych.** Lepszy dostęp do nowych technologii lekowych i wyrobów medycznych jest kluczowy dla efektywnego leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi. Rozwój i integracja takich technologii na poziomie europejskim mogłyby stanowić ważny priorytet prezydencji.

prof. dr hab. n. med. Piotr Podolec

kierownik kliniki Chorób Serca i Naczyń, pełnomocnik dyrektora ds. chorób rzadkich w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II

W zakresie chorób rzadkich kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

1. **Centryfikacja diagnostyki w chorobach rzadkich.** Proces diagnostyczny powinien być przyspieszony i skoncentrowany w dobrze wyposażonych centrach, co umożliwi szybsze i dokładniejsze rozpoznanie chorób rzadkich.
2. **Stworzenie sieci centrów europejskich na bazie liderów.** Potrzebna jest międzynarodowa współpraca i wymiana wiedzy w celu zidentyfikowania i leczenia szerokiego zakresu chorób rzadkich, a Polska powinna dążyć do tworzenia takiej sieci.
3. **Ambulatoryjne leczenie chorób rzadkich w miejscu zamieszkania.** Wprowadzenie leczenia ambulatoryjnego pomoże zmniejszyć obciążenie dla pacjentów i ich rodzin, zwłaszcza w przypadkach wymagających częstych wizyt i terapii.
4. **Monitorowanie telemedycyny i uproszczenie sprawozdawczości.** Rozwój monitorowania telemedycznego i uproszczenie sprawozdawczości jest kluczowe dla efektywnego nadzoru i leczenia pacjentów w warunkach domowych.

- 5. Wspieranie badań i rozwoju w dziedzinie chorób rzadkich.** Intensyfikacja badań nad chorobami rzadkimi, w tym wspieranie innowacji w leczeniu i diagnostyce, jest kluczowa dla zwiększenia skuteczności terapii i poprawy jakości życia pacjentów.

prof. dr hab. n. med. Beata Wilk

kierownik Pracowni Rzadkich Chorób Metabolicznych przy Oddziale Klinicznym Katedry Chorób Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

W zakresie chorób rzadkich kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Kluczowa rola ośrodków referencyjnych.** Ośrodki referencyjne odgrywają fundamentalną rolę w zapewnieniu wysokiej jakości opieki dla pacjentów z chorobami rzadkimi. Są one niezbędne do skutecznej diagnozy, leczenia i monitorowania stanu pacjentów.
- 2. Organizacja opieki zdrowotnej nad dorosłymi pacjentami.** Istnieje znaczący problem związany z organizacją opieki zdrowotnej dla dorosłych pacjentów z chorobami rzadkimi, zwłaszcza tych, którzy przechodzą z opieki pediatrycznej. Konieczne jest opracowanie skutecznych strategii dla zapewnienia ciągłości opieki dla tej grupy pacjentów.
- 3. Ewaluacja ośrodków referencyjnych.** Ośrodki referencyjne powinny być regularnie oceniane pod kątem skuteczności i jakości świadczonych usług. Ewaluacja ta powinna uwzględniać zdolność ośrodka do obsługi szerokiej gamy chorób rzadkich, a nie tylko pojedynczej choroby.
- 4. Rozwój specjalizacji metabolicznej dla dorosłych.** Istnieje potrzeba stworzenia specjalizacji metabolicznej dla dorosłych, aby zapewnić wyszkoloną kadrę specjalistów zdolnych do zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki dla dorosłych pacjentów z chorobami rzadkimi. Taka specjalizacja przyczyniłaby się do poprawy jakości opieki medycznej.

Stanisław Maćkowiak

prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN

W zakresie chorób rzadkich kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Realizacja planu dla chorób rzadkich.** W dokumentach planu dla chorób rzadkich zawarte są główne kierunki działań, które należy zrealizować. Kluczowe jest skoncentrowanie się na tych wytycznych, aby poprawić opiekę nad pacjentami z chorobami rzadkimi.
- 2. Rozwój diagnostyki, w tym genetycznej.** Istnieje potrzeba rozwoju diagnostyki, w tym szczególnie genetycznej, wspartej odpowiednim prawem. To pozwoli na lepsze wykrywanie i szybszą identyfikację chorób rzadkich.
- 3. Wzmocnienie centrów eksperckich.** Należy dążyć do wzmocnienia centrów eksperckich zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim. Te centra są niezbędne do skutecznej opieki i leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi.
- 4. Rozwój ścieżek leczenia domowego i ambulatoryjnego.** Należy rozwijać ścieżki leczenia z naciskiem na leczenie domowe oraz ambulatoryjne, aby zapewnić pacjentom lepszą jakość życia i zmniejszyć obciążenie systemu opieki zdrowotnej.
- 5. Wyrównywanie szans dla pacjentów z chorobami rzadkimi.** W planie dla chorób rzadkich powinny znaleźć się rozwiązania mające na celu wyrównywanie szans dla pacjentów z chorobami rzadkimi. Jest to ważne, aby ci pacjenci mieli takie same możliwości jak inni obywatele w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej i wsparcia.

Diabetologia

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec

konsultant wojewódzka w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, pełnomocnik zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia i parlamentem

W zakresie diabetologii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Dostęp do nowoczesnych technologii w leczeniu cukrzycy.** Pacjenci z cukrzycą typu 1 powinni mieć równy dostęp do najnowocześniejszych technologii, takich jak pompy insuliny i zintegrowane systemy monitorowania glikemii. Jest to kluczowe dla poprawy jakości ich życia. Zastosowanie nowoczesnych systemów monitorowania glikemii i pomp insuliny pozwala na precyzyjne wyrównanie poziomu cukru we krwi, co jest kluczowe dla zapobiegania późnym powikłaniom cukrzycy. Dostęp do tych metod dla wszystkich pacjentów, wraz z niewielkim zwiększeniem świadczeń, może uczynić Polskę liderem w leczeniu cukrzycy na świecie oraz znacząco poprawić jakość życia chorych.
- 2. Walka z otyłością u dzieci i młodzieży.** Programowanie na otyłość zaczyna się już od najmłodszych lat. Należy skupić się na interdyscyplinarnym leczeniu nefarmakologicznym, aby skutecznie zapobiegać otyłości wśród dzieci i młodzieży. Otyłość u dzieci i młodzieży rośnie w alarmującym tempie, prowadząc do wielu poważnych chorób w dorosłym życiu. Należy zacząć od edukacji i zmiany w dostępności produktów żywnościowych, eliminując te najbardziej szkodliwe, takie jak wysoko przetworzone produkty bogate we fruktozę. Współpraca międzydziedzinowa (dietetycy, psychologowie, pediatrzy) i kompleksowa opieka nad dziećmi z nadwagą i otyłością mogą odwrócić ten niepokojący trend.
- 3. Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 1.** Szybkie rozpoznanie cukrzycy typu 1 pozwala na opóźnienie jej manifestacji i wprowadzenie skutecznego leczenia, w tym leczenia biologicznego.
- 4. Poprawa dostępu do nowoczesnych terapii dla dzieci z cukrzycą typu 2.** Wczesne wprowadzanie nowoczesnych terapii w leczeniu cukrzycy typu 2. u dzieci, zamiast czekania na niepowodzenia standardowych metod, może znacząco opóźnić lub nawet zapobiec rozwojowi powikłań. Takie działanie wymaga zmiany podejścia w leczeniu i większej dostępności nowoczesnych leków oraz świadczeń zdrowotnych.

Pediatrya

prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim

W zakresie pediatrii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Program profilaktyczny skupiony na młodzieży.** Brak kompleksowego programu profilaktyki u dzieci i młodzieży w Polsce. Tworzenie takiego programu umożliwiłoby lepsze wykrywanie i zapobieganie problemom zdrowotnym wśród młodzieży, w tym myślom samobójczym, zaburzeniom odżywiania oraz ryzykownym zachowaniom (alkohol, narkotyki).
- 2. Integracja programów szczepień w profilaktyce zdrowotnej.** Szczepienia są kluczowym elementem profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w kontekście zapobiegania chorobom nowotworowym, takim jak rak szyjki macicy (HPV) i chorobom układu oddechowego. Optymalizacja i lepsza organizacja programów szczepień zwiększy ich skuteczność i przyczyni się do lepszego stanu zdrowia publicznego.

- 3. Rozwój programów edukacyjnych skupionych na profilaktyce.** Istotne jest, aby już od najmłodszych lat kształcić w dzieciach nawyki związane z dbałością o zdrowie. Zwracana jest uwaga na znaczenie edukacji w zakresie profilaktyki chorób, takich jak cukrzyca czy hipercholesterolemia, które mogą być efektywnie zapobiegane poprzez wczesne działania edukacyjne.
- 4. Poprawa dostępności i realizacji szczepień ochronnych.** Mimo istnienia bezpłatnych szczepień w Polsce obserwuje się niedostateczne ich wykorzystanie. Wskazuje się na konieczność lepszej edukacji społeczeństwa na temat znaczenia szczepień oraz potrzebę usprawnienia systemu ich realizacji.

dr n. med. Marek Migdał

dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

W zakresie pediatrii kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Rewizja prawodawstwa farmaceutycznego.** Istnieje potrzeba dokładnego przeanalizowania obecnego prawodawstwa farmaceutycznego, w szczególności w kontekście leków sierocych i chorób rzadkich. Ważne jest, aby włączyć opinie i doświadczenia środowiska pediatrycznego i osób zajmujących się chorobami rzadkimi w proces decyzyjny.
- 2. Problematyka wyrobów medycznych.** Obecna legislacja dotycząca wyrobów medycznych może prowadzić do dyskryminacji dzieci, szczególnie noworodków, ze względu na brak możliwości certyfikacji. Należy zwrócić uwagę na konieczność poprawy i dostosowania przepisów, aby zapewnić równy dostęp do najnowocześniejszych wyrobów medycznych dla wszystkich grup wiekowych.
- 3. Wsparcie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.** Zdrowie psychiczne jest ważnym obszarem, który wymaga szczególnej uwagi i wsparcia. Rozwój i wdrażanie strategii promujących zdrowie psychiczne, szczególnie w kontekście trudnych wydarzeń, takich jak konflikty czy pandemie, jest niezbędne w celu zapewnienia kompleksowej opieki i wsparcia dla osób dotkniętych problemami zdrowia psychicznego.
- 4. Edukacja i kampanie społeczne na rzecz zdrowia psychicznego.** Konieczność zwiększenia świadomości na temat zdrowia psychicznego poprzez edukację i kampanie społeczne. Wykorzystanie mediów do promowania zdrowia psychicznego i rozpowszechniania informacji o dostępnych zasobach oraz metodach wsparcia może znacznie przyczynić się do zmniejszenia stygmatyzacji i poprawy dostępu do opieki zdrowotnej.

Choroby zakaźne

prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak

kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

W zakresie chorób zakaźnych kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Kompleksowe podejście do profilaktyki i prewencji zdrowotnej.** Zbyt często działania profilaktyczne koncentrują się wyłącznie na edukacji, pomijając równie ważne aspekty, jak dostęp do nowoczesnych szczepionek i możliwości ich skorygowania. Edukacja zdrowotna, choć fundamentalna, musi iść w parze z zapewnieniem konkretnych narzędzi i środków, aby była skuteczna. Profilaktyka powinna być rozumiana jako zintegrowany system działań, łączący edukację z dostępem do nowoczesnych rozwiązań medycznych.
- 2. Zwiększenie finansowania na profilaktykę i prewencję.** Polska znacząco odstaje od średniej Unii Europejskiej w zakresie procentowego udziału PKB przeznaczanego na profilaktykę zdrowotną. Zwiększenie nakładów finansowych na prewencję jest niezbędne, by móc efektywnie

wdrażać szeroko zakrojone programy profilaktyczne. Inwestycja w profilaktykę przyniesie długoterminowe korzyści, zmniejszając obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej poprzez redukcję występowania i ciężkości chorób.

- 3. Rozwój i wdrożenie nowoczesnych programów szczepień.** Dostęp do nowoczesnych szczepionek jest kluczowy w zapobieganiu wielu chorobom. W Polsce istnieje potrzeba rozwoju i wdrożenia bardziej zaawansowanych programów szczepień, które mogą skutecznie chronić przed różnorodnymi chorobami. Inwestowanie w szczepienia jest inwestowaniem w przyszłość zdrowia publicznego.
- 4. Poprawa dostępu do badań przesiewowych i diagnostyki.** Efektywna profilaktyka wymaga nie tylko edukacji i szczepień, ale także szerokiego dostępu do badań przesiewowych, które mogą wczesne wykrywać choroby. W Polsce potrzebne są zdecydowane kroki w kierunku rozszerzenia dostępu do takich badań, co może znacząco wpłynąć na poprawę wczesnego wykrywania i leczenia chorób, takich jak HCV, co z kolei przyczyni się do zmniejszenia liczby przypadków ciężkich i kosztownych w leczeniu chorób

Zdrowie publiczne

prof. dr hab. n. med. Andrzej Fal

prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie

W zakresie zdrowia publicznego kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Walka z podstawowymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych i kompleksowe działanie prewencyjne.** Konieczność skoncentrowania się na pięciu głównych czynnikach ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych: palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej i nadmierny stres. Skuteczna walka z tymi czynnikami może znacząco obniżyć ryzyko wielu chorób przewlekłych i poprawić ogólny stan zdrowia publicznego. Wszelkie działania profilaktyczne powinny być realizowane jednocześnie i obejmować zarówno edukację o zagrożeniach i chorobach, jak i zapewnienie dostępu do lepszych szczepionek oraz możliwości skorygowania niezdrowych zachowań.
- 2. Promowanie polityk prozdrowotnych i wzmocnienie koordynacji opieki zdrowotnej.** Wprowadzenie polityk fiskalnych promujących zdrowsze wybory (np. niższe podatki dla mniej szkodliwych produktów) oraz skoncentrowanie się na edukacji zdrowotnej już od najwcześniejszych etapów edukacji. Takie działania mogą skutecznie wpłynąć na zmniejszenie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia. Wzmocnienie koordynacji i współpracy między różnymi sektorami opieki zdrowotnej może znacząco poprawić efektywność działań prewencyjnych i leczenia.
- 3. Skupienie na edukacji zdrowotnej jako formie pierwotnej prewencji i rozwój edukacji zdrowotnej.** Edukacja zdrowotna od najmłodszych lat jest kluczowa dla zapobiegania wielu chorobom przewlekłym. Zintegrowane podejście, które obejmuje szkoły i inne instytucje edukacyjne, może być skutecznym narzędziem w walce z problemami zdrowotnymi wynikającymi ze stylu życia.
- 4. Promowanie profilaktyki zdrowotnej wszystkich chorób niezakaźnych, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa.** Profilaktyka jest odpowiedzialna za ograniczenie rozwoju chorób cywilizacyjnych. Merytorycznie hamuje liczbę chorób, ale wtórnie w związku z tym zmniejsza koszty funkcjonowania opieki zdrowotnej w przyszłych latach. Promując zdrowy styl życia, promujemy zdrowsze osoby starsze w przyszłości.

prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas

konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego w latach 2018–2024, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2015–2017, specjalista w zakresie chirurgii ogólnej, medycyny rodzinnej oraz zdrowia publicznego

W zakresie zdrowia publicznego kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Kształtowanie właściwych kompetencji zdrowotnych Europejczyków.** Dobre wybory zdrowotne są najbardziej istotną rzeczą i paradygmatem zdrowia publicznego. Poprzez naszą prezydencję powinniśmy wpływać na zdrowie Europejczyków – to nasz obowiązek obywatelski, aby podejmować odpowiednie wybory (health literacy).
- 2. Walka z dezinformacją w obszarze zdrowia.** W internecie jest cała masa „med fake’ów”, które zaburzają racjonalne podejmowanie decyzji zdrowotnych. Walka ze zdrowotną dezinformacją to jedna wielka profilaktyka.
- 3. Walka z uzależnieniami.** Europa musi się zabezpieczyć, by nie pójść drogą USA, aby fala dramatów amerykańskich nie przedostała się na nasz kontynent. Mowa o uzależnieniach takich jak środki przeciwbólowe, ale przede wszystkim o opiatkach, o fentanylu – również z racji łatwej dostępności.

Piotr Winciunas

Naczelny Lekarz ZUS, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – Szkoła Zdrowia Publicznego – Zakład Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego

W zakresie zdrowia publicznego kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Kompleksowe spojrzenie na wydatki płatników publicznych i prywatnych na zdrowie i świadczenia socjalne z tytułu niezdolności do pracy z powodu poszczególnych grup chorobowych.** W Unii Europejskiej kluczowe jest utrzymanie produktywności starzejących się społeczeństw. Może to nastąpić poprzez adekwatne do potrzeb zdrowotnych finansowanie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji po stronie medycyny prewencyjnej i naprawczej, aby zmniejszać koszty rent i absencji chorobowych po stronie świadczeń socjalnych.
- 2. Promowanie rehabilitacji leczniczej jako prewencji rentowej.** Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi dla osób, które zachorują w trakcie swojej aktywności zawodowej, cały program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, aby osoby aktywne zawodowo utrzymać na rynku albo przywrócić im zdolność do pracy.

Stanisław Maćkowiak

prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN

W zakresie zdrowia publicznego kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wprowadzenie godziny zdrowia na każdym poziomie edukacji.** Znaczenie edukacji zdrowotnej od najmłodszych lat jest nieocenione w zapobieganiu wielu chorobom i promowaniu zdrowego stylu życia. Wprowadzenie godziny zdrowia na każdym poziomie edukacji umożliwiłoby zwiększenie świadomości zdrowotnej od wczesnego dzieciństwa, co jest kluczowe dla długoterminowej poprawy stanu zdrowia publicznego.
- 2. Rozszerzenie i efektywne wykorzystanie badań przesiewowych.** Wczesne diagnozowanie chorób rzadkich oraz innych schorzeń może znacząco poprawić prognozy i efektywność leczenia. Rozszerzenie zakresu badań przesiewowych i wykorzystanie istniejącej infrastruktury oraz kadr medycznych w celu uruchomienia dodatkowych badań przyczyni się do znaczącego postępu w dziedzinie zdrowia publicznego.
- 3. Zakaz sprzedaży papierosów i alkoholu oraz ograniczenie ich dostępności.** Szkodliwe skutki palenia tytoniu i nadużywania alkoholu są dobrze znane. Wprowadzenie zakazów i ograniczeń dotyczących sprzedaży tych produktów może przyczynić się do znacznej redukcji zachorowań na nowotwory oraz inne choroby spowodowane tymi czynnikami.

- 4. Wzmocnienie kampanii informacyjnych na temat szczepień i poprawa komunikacji w tej dziedzinie.** Niski odzew na programy szczepień wskazuje na potrzebę poprawy komunikacji i przeprowadzenia skutecznych kampanii informacyjnych. Zwiększenie świadomości na temat znaczenia i dostępności szczepień jest kluczowe dla poprawy zdrowia publicznego.

prof. dr hab. n. med. Marcin Czech

prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki w Instytucie Matki i Dziecka, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019

W zakresie zdrowia publicznego kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wzmocnienie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej.** Profilaktyka i edukacja zdrowotna są kluczowymi elementami w zapobieganiu chorobom i promowaniu zdrowego stylu życia. Skuteczne programy edukacyjne, które docierają do ludności na każdym etapie życia, mogą znacząco obniżyć częstość występowania wielu chorób, w tym chorób przewlekłych, które obciążają systemy ochrony zdrowia. Wzmocnienie działań profilaktycznych jest kluczowe dla poprawy stanu zdrowia populacji.
- 2. Międzynarodowa współpraca w dziedzinie profilaktyki.** Współpraca międzynarodowa w dziedzinie profilaktyki może przyczynić się do wymiany doświadczeń, najlepszych praktyk i innowacyjnych rozwiązań, które skutecznie mogą zostać wdrożone w różnych krajach. Polska, dzieląc się swoimi doświadczeniami w zakresie profilaktyki, może jednocześnie czerpać z globalnej wiedzy, zwiększając efektywność krajowych działań prewencyjnych.
- 3. Zwiększenie inwestycji w profilaktykę pierwotną i wtórną.** Inwestowanie w profilaktykę pierwotną i wtórną to inwestycja w przyszłość systemu ochrony zdrowia. Działania te pozwalają na wcześniejsze wykrywanie chorób i zapobieganie ich rozwijaniu się, co w dłuższym terminie przekłada się na oszczędności dla systemu zdrowia poprzez zmniejszenie potrzeb hospitalizacji i skomplikowanego leczenia.
- 4. Rozwój innowacyjnych narzędzi wspierających profilaktykę.** Nowoczesne technologie i innowacje, takie jak narzędzia cyfrowe i sztuczna inteligencja, mogą znacząco wspierać działania profilaktyczne. Rozwój i implementacja innowacyjnych narzędzi, które pomagają w monitorowaniu zdrowia, edukacji zdrowotnej, a także wczesnym wykrywaniu chorób, mogą zrewolucjonizować profilaktykę zdrowotną i uczynić ją bardziej skuteczną.

Badania naukowe w medycynie

prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko

rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych oraz Zakładu Medycyny Regeneracyjnej i Immunoregulacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

W zakresie badań naukowych w medycynie kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Znaczenie dobrych badań epidemiologicznych w chorobach cywilizacyjnych.** Wysoka jakość badań epidemiologicznych jest kluczowa dla zrozumienia i zwalczania chorób cywilizacyjnych. Zapewnienie solidnych i wiarygodnych danych pozwoli na efektywniejsze planowanie i wdrażanie strategii zdrowotnych na poziomie krajowym i europejskim.
- 2. Wykorzystanie istniejących zbiorów danych w ochronie zdrowia.** Polska dysponuje bogatymi zbiorami danych zdrowotnych, które nie są w pełni wykorzystane. Integracja i efektywne wykorzystanie tych danych może znacznie przyczynić się do poprawy jakości opieki zdrowotnej i efektywności systemu zdrowia.
- 3. Dyskusja na temat dostępu do danych archiwalnych.** Istnieje potrzeba dyskusji na temat dostępu do danych archiwalnych w ochronie zdrowia, szczególnie w kontekście praw pacjenta i prywatności. Znalezienie równowagi między ochroną prywatności a wykorzystaniem danych do poprawy opieki zdrowotnej jest istotne dla rozwoju systemów zdrowotnych.

- 4. Podkreślenie roli jakości w badaniach epidemiologicznych.** Jakość danych i badań jest kluczowa dla tworzenia efektywnych rozwiązań w ochronie zdrowia, w tym w zastosowaniu algorytmów sztucznej inteligencji. Dobrej jakości badania umożliwiają lepsze zrozumienie trendów zdrowotnych i efektywne kształtowanie polityki zdrowotnej.

Wojciech Nowak

ekspert w dziedzinie biotechnologii, Przewodniczący Rady ds. Opieki Zdrowotnej (Healthcare Biotechnology Council) stowarzyszenia EuropaBio

W zakresie badań naukowych w medycynie kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Zwiększenie inwestycji w R&D i biotechnologię.** Europa stoi w obliczu znacznego wyzwania w zakresie innowacyjności, szczególnie w porównaniu ze Stanami Zjednoczonymi i Chinami. Alokacja środków na badania i rozwój (R&D) w sektorze biotechnologicznym jest kluczowa, aby zapewnić Europie miejsce jako lidera innowacji na światowej scenie. Inwestycje te muszą pochodzić zarówno ze źródeł publicznych, jak i prywatnych, aby maksymalnie zwiększyć potencjał innowacyjny i zwrot z inwestycji. Wzmocnienie europejskiego sektora biotechnologicznego poprzez zwiększone finansowanie pozwoli na rozwój nowych technologii i leków, które mogą znacząco przyczynić się do poprawy zdrowia publicznego.
- 2. Usprawnienie procesów rejestracji produktów leczniczych.** Obecnie proces rejestracji nowych produktów leczniczych w Unii Europejskiej jest wolniejszy niż w Stanach Zjednoczonych, co opóźnia dostęp pacjentów do najnowszych terapii. Przyspieszenie i usprawnienie procesów rejestracyjnych poprzez harmonizację procedur i zwiększenie współpracy między państwami członkowskimi a Europejską Agencją Leków może skrócić czas oczekiwania na nowe leki i terapie, zwiększając tym samym dostępność innowacyjnych rozwiązań dla pacjentów w Europie.
- 3. Wzmocnienie absorpcji innowacji w systemach opieki zdrowotnej.** Problemem Unii Europejskiej jest nie tylko tworzenie innowacji, ale również ich absorpcja w systemach opieki zdrowotnej. Pacjenci w Europie mają dostęp do nowych terapii znacznie później niż ich odpowiednicy w Stanach Zjednoczonych, co stanowi poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Priorytetem powinno być stworzenie mechanizmów i polityk wspierających szybsze wdrażanie innowacyjnych rozwiązań medycznych w praktyce klinicznej, zwiększając tym samym ich dostępność i wpływ na poprawę stanu zdrowia pacjentów.
- 4. Promowanie europejskiej samowystarczalności w produkcji biotechnologicznej.** W kontekście geopolitycznym, gdzie Europa znajduje się między wschodnimi a zachodnimi potęgami, kluczowe jest zdefiniowanie strategicznej roli kontynentu w globalnym ekosystemie innowacji. Wzmocnienie europejskiego sektora biotechnologicznego poprzez promowanie samowystarczalności w produkcji substancji czynnych i leków jest niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego i ekonomicznego UE. To wymaga stworzenia korzystnych warunków dla producentów, w tym poprzez polityki wspierające lokalną produkcję, badania i rozwój, co umożliwi Europie utrzymanie i rozwijanie innowacyjności na własnym terytorium.

dr n. med. Rafał Staszewski

zastępca prezesa ds. finansowania badań w Agencji Badań Medycznych w latach 2023–2024

W zakresie badań naukowych w medycynie kluczowe priorytety dla polskiej prezydencji to:

- 1. Wspieranie innowacji w medycynie, w tym telemedycyny i sztucznej inteligencji.** Rola agencji jest kluczowa w promowaniu zarówno dużych, jak i małych innowacji w medycynie, z uwzględnieniem celów europejskich. Wspieranie rozwoju telemedycyny i sztucznej inteligencji ma fundamentalne znaczenie dla przyszłości opieki zdrowotnej.
- 2. Rozwój kadr medycznych.** Wykwalifikowany personel medyczny jest krytycznym elementem w każdym systemie opieki zdrowotnej, a ich rozwój jest kluczowy nie tylko w Polsce, ale we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

3. **Promowanie profilaktyki jako elementu zdrowia międzysektorowego.** Profilaktyka powinna być postrzegana jako szeroko zakrojony problem, który wykracza poza tradycyjne ramy Ministerstwa Zdrowia. Skupienie na profilaktyce jest niezbędne dla promowania zdrowego społeczeństwa.
4. **Rozwój i współfinansowanie wspólnych europejskich badań medycznych.** Wspólne europejskie badania, zwłaszcza te oparte na jednolitych protokołach, są kluczowe dla rozwoju nauki medycznej. Możliwość współfinansowania badań przez różne agencje badawcze w Europie zwiększa ich efektywność i wpływ.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, jako priorytet polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.

dr n. med. Jakub Gierczyński [redakcja naukowa]

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

Dr n. hum. Daria Biechowska, wiceprzewodnicząca Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Małgorzata Bogusz, prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

Prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek, prezes zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, European Health Network

Prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman, Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik, pełnomocnik ministra zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Dr n. med. Maciej Karaszewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia

Dominik Kuc, członek zarządu Fundacji GrowSPACE

Dr n. med. Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ordynator Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Babińskiego w Łodzi

Justyna Mieszalska, prezes Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Barbara Olszowy, główny specjalista w Zespole Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka

Dr n. med. Julia Pupek-Pyziół, konsultant wojewódzka w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w województwie podlaskim

Irena Rej, prezeska Izby Gospodarczej Farmacja Polska

Prof. dr hab. n. med. Barbara Remberk, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, członek zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy ministrze zdrowia

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. n. med. Marcin Sobczak, prorektor ds. nauki i transferu technologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Renata Szredzińska, prezeska zarządu fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, członkini Zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy ministrze zdrowia

redaktor Karolina Wasielewska, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk, kierownik Kliniki Psychiatrii, Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego UCK WUM

Magdalena Zając, Fundacja Rodzice dla Klimatu

Wprowadzenie

30 października 2024 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbyła się konferencja pt. „Droga do Prezydencji: psychiatria dzieci i młodzieży”. Poświęcona została jednemu z priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, rozpoczynającej się 1 stycznia 2025 r. Wg Ministerstwa Zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży polska prezydencja planuje poniższy zakres działań:

1. Promocja zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w dobie rozwoju technologii cyfrowych, nowych mediów w kontekście szans i zagrożeń.
2. Profilaktyka zaburzeń i chorób psychicznych dzieci i młodzieży.
3. Zapobieganie uzależnieniom (w tym uzależnieniom behawioralnym).
4. Przyjęcie konkluzji Rady.⁵¹

Wydarzenie zorganizowane przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych zgromadziło wielu ekspertów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży, ale także specjalistów pokrewnych dziedzin, m.in. pediatrii, farmakologii, psychoterapii oraz aktywistów. Debata poświęcona była wspólnej analizie wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym młodych osób, a jej efektem ma być wypracowanie rekomendacji dotyczących najważniejszych zagadnień polskiej prezydencji w Radzie UE właśnie w obszarze zdrowia psychicznego.

Małgorzata Bogusz

prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

Witam Państwa i dziękuję w imieniu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych⁵² za możliwość spotkania w murach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Nasza dyskusja, którą dzisiaj będziemy toczyć, poświęcona jest zakresowi priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, która rozpoczyna się 1 stycznia 2025 r. Jak wiemy, Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało cztery główne priorytety polskiej prezydencji w zakresie zdrowia: cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, promocja profilaktyki oraz bezpieczeństwo lekowe.⁵³

51 Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

52 Fundacja Instytut Rozwoju Spraw Społecznych Dostępne: <https://irss.org.pl/kontakt/>

53 Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

Tematyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest niezwykle istotna, bo dotycząca tematu, który w przestrzeni Unii Europejskiej, w Brukseli, został bardzo mocno zauważony już na początku 2023 r. Poprzez różnego rodzaju inicjatywy legislacyjne Unia ma na celu poprawę i dobrostan psychiczny zarówno dorosłych, jak i dzieci. Chciałam powiedzieć, że dyskusja na temat priorytetu dotyczącego zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży to już jest dyskusja, o której poprzednie trio państw członkowskich, czyli Hiszpania i Belgia, bardzo mocno zaznaczyły jako istotne. Jednym z priorytetów hiszpańskiej prezydencji na początku 2023 r. była właśnie psychiatria dzieci i młodzieży, a Belgowie kontynuowali kwestię zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Wydaje się, że po pandemii Covid-19 musimy szczególnie zwracać uwagę na to, w jaki sposób najmłodsze osoby powinny być zaopiekowane. Powinniśmy wdrażać takie polityki, abyśmy mogli myśleć o tym, żeby społeczeństwo Unii Europejskiej długoterminowo było zdrowe i funkcjonujące w dobrostanie psychicznym. Jestem członkiem Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego (EKES), który składa się z 329 członków i jest organem doradczym Unii Europejskiej.⁵⁴ Oznacza to, że każdy dokument unijny, który przygotowuje Komisja Europejska, trafia do nas i my w trzech grupach, bo jesteśmy podzieleni na trzy grupy – pracodawców, związki zawodowe oraz sektor pozarządowy, w którym mam zaszczyt działać – opiniujemy te dokumenty, a więc zawsze debatujemy bardzo intensywnie. Czasami niektórzy się dziwią, że w Brukseli potrafią się toczyć takie mocne, intensywne debaty jak w ramach naszego komitetu. Natomiast to, na co nam się udawało zwracać uwagę podczas zeszłego roku tej części kadencji, to właśnie konieczność jak najszybszego, szybszego wdrożenia w państwach członkowskich polityk unijnych w zakresie zdrowia psychicznego.

Budowa otoczenia prawnego dla poprawy zdrowia psychicznego społeczeństw europejskich już ma miejsce, a Polska może dołożyć swój wkład. Mamy akty prawne, które wspierają politykę dbania o dobrostan psychiczny. Rozporządzenie w sprawie europejskiego filaru praw socjalnych podkreśla prawo do zdrowia, w tym zdrowia psychicznego oraz dostępu do przystępnych cenowo i wysokiej jakości usług zdrowotnych. Dyrektywa unijna w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów ma na celu zmniejszenie stresu i wypalenia zawodowego przez ułatwienie godzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych. Rezolucje Parlamentu Europejskiego w sprawie zdrowia psychicznego na rynku pracy mają wpływać na rzecz zapobiegania problemom psychicznym w miejscu pracy oraz wsparcia osób dotkniętych takimi problemami. Najnowsze konkluzje Rady Unii Europejskiej w sprawie gospodarki sprzyjającej zdrowiu psychicznemu zachęcają w inwestowanie w promocję zdrowia psychicznego w miejscu pracy, szkołach i środowisku życia społecznego.

Justyna Mieszalska

prezes Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Konferencja pt. „Droga do Prezydencji: psychiatria dzieci i młodzieży” jest pierwszą z trzech konferencji poświęconych problemom i priorytetom w ochronie zdrowia, jakie będziemy mieli w polskiej prezydencji. Konferencje organizujemy wraz z Instytutem Rozwoju Spraw Społecznych. Przez wiele, wiele lat byłam szefową Departamentu Zdrowia Publicznego, stąd też psychiatria w tym Departamencie Dzieci i Młodzieży była obecna. Myślę, że tematyka dzisiejszej dyskusji jest nam wszystkim nie tylko zawodowo, ale też i osobiście bardzo bliska, ponieważ kryzysy psychiczne dzieci i młodzieży z roku na rok dotyczą coraz większej liczby osób. Z danych Rzecznika Praw Dziecka wynika, że tylko sześcioro na 10 dzieci uznaje swoje życie za radosne, a ta skala zmienia się na niekorzyść wraz z wiekiem dziecka. Na pytanie zadawane dzieciom i młodzieży – jak często uznają się za zadowolonych ze swojego życia – nasze dzieci i młodzież nie są w stanie odpowiedzieć, że są zadowoleni ze swojego życia, a wręcz mówią, że nigdy nie czują takiego zadowolenia albo czują je bardzo rzadko. Jest to oczywiście tendencja światowa, ale nasz kraj jest niestety gdzieś na szarym końcu. Ta perspektywa jest szalenie niepokojąca dla nas jako dla praktyków, a również jako ludzi niebędących praktykami, a mających dzieci w swoim otoczeniu. To

⁵⁴ Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES Dostępne: <https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-economic-and-social-committee-esc-pl>)

skłania mnie do takiej osobistej refleksji, że tak naprawdę nie znam w swoim bloku imion dzieci z sąsiedztwa. Ja ich po prostu nie widzę. Nie dlatego, że wracam późno z pracy albo idę do niej bardzo wcześnie, ale po prostu te dzieci już nie mają takich wspólnych zabaw na trzepaku, nie rysują kredą na chodniku. One po prostu siedzą w domu z telefonami, ze smartfonami, z komputerami. Ale to, że my wiemy, że te dzieci w ten sposób się zachowują, nie zwalnia nas z odpowiedzialności za bycie razem i tworzenie wspólnoty. Kiedyś zadawało się pytanie – co u ciebie słychać? I niekoniecznie byliśmy zainteresowani odpowiedzią. Teraz, w dobie kryzysu psychicznego i w ogóle w dobie kryzysu więzi i relacji, chyba powinno to pytanie być zadawane. Myślę, że nasze społeczne relacje powinny być oparte na czymś innym niż kiedyś. Zainteresowanie drugą osobą nie powinno być kojarzone ze wścibstwem, tylko z odpowiedzialnością za drugiego człowieka. Ponieważ jako dorośli tworzymy ekosystem w domu, w szkole, w pracy i na ulicy.

prof. dr hab. n. med. Marcin Sobczak

prorektor ds. nauki i transferu technologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Tematyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest niezwykle aktualna, a skala problemu jest coraz większa. Przybyło nam najmłodszych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi oczekujących profesjonalnej opieki, ale nie przybyło nam specjalistów. Z jednej strony mamy ogromne zapotrzebowanie na zaopiekowanie się naszymi młodymi pacjentami, z drugiej strony liczba specjalistów niestety wciąż jest niewystarczająca. Cieszę się bardzo, że na konferencji w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym spotkały się różne środowiska, klinicyści, ale również przedstawiciele różnych ważnych instytucji, które wspomagają cały system opieki zdrowotnej w rozwiązaniu problemów polskiej psychiatrii. Tak znaczne grono jest gwarantem tego, że na pewno po tej dyskusji wypracujecie Państwo nowe pomysły, które przynajmniej w części pozwolą rozwiązać problemy związane z ciągle niewydolnym systemem opieki, a potrzeby są naglące.

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wielki szacunek dla Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, bo jeszcze się polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej nie zaczęła, a już zaczynamy priorytety omawiać, które się w niej pojawiają. Zwykle rozmawiamy i debatujemy o różnych problemach, które są związane z polityką zdrowotną czy polityką prozdrowotną. Ale w momencie, kiedy wchodzimy w prezydencję w Radzie Unii Europejskiej, to wchodzimy w coś bardzo, bardzo szczególnego. Jest to bowiem moment, w którym my zaczynamy rozmawiać na innym poziomie. Wszystko to, co się wydarzy w czasie tych sześciu miesięcy, od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r., będzie miało znamiona paneuropejskiej debaty. Otóż, kiedy w 2011 r. prowadziliśmy pierwszą polską prezydencję, mieliśmy pięć priorytetów, trzy konkluzje Rady Unii Europejskiej, czyli trzy dokumenty, które nakazywały później Komisji Europejskiej, a również i państwom członkowskim, aby realizować pewną politykę, która została podczas prezydencji ustalona. To był wielki sukces Polski. Uznawano wtedy, że Polska miała najlepszą prezydencję od traktatu lizbońskiego i teraz idziemy w tę samą stronę. Warszawski Uniwersytet Medyczny prowadził wówczas dwa priorytety zdrowotne z pięciu. Odbyły się dwie konferencje, przy czym jedna była konferencją związaną z konkluzją Rady Unii Europejskiej. W ramach naszej prezydencji partnerowaliśmy Komisji Europejskiej i ministrom państw członkowskich do tego stopnia, że debatowaliśmy nad kształtem ostatecznych dokumentów politycznych, ale też byliśmy obecni na Radzie ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO), a później na tzw. nieformalnym spotkaniu ministrów, które kończyło prezydencję w grudniu 2011 r. Tym razem Polska pełni prezydencję w pierwszej połowie roku, czyli nie tą skróconą. Pamiętajmy, że w prezydencji od 1 lipca do 31 grudnia wypada miesiąc

urlopu unijnego w sierpniu oraz przynajmniej połowa grudnia w związku ze świętami. Od 1 stycznia do 31 czerwca mamy dużo większy komfort i dużo więcej czasu do tego, żeby debatować.

Zdrowie jest czymś, od czego nie uciekniemy, a problem zdrowia publicznego, profilaktyki i promocji to aktualne wyzwania dla wszystkich krajów Unii Europejskiej. Znamy czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych i niestety odnotowujemy dramatyczne niepowodzenia we wszystkich tych obszarach. Wzrasta alkoholizm, nadwaga, otyłość, nikotynizm i zanieczyszczenie środowiska, a więc wszystko to, co jest przedmiotem działania zdrowia publicznego. W zakresie zdrowia psychicznego rosną w postępie geometrycznym problemy dotyczące dzieci, młodzieży i dorosłych. Pojawiają się wyzwania w sferze wzajemnej komunikacji i dobrostanu psychicznego. To są zjawiska niezwykle niepokojące. Nie definiujemy kolejny raz czynników ryzyka, bo je znamy. Zastanówmy się, jakie są dobre praktyki w innych krajach, które prowadzą do sukcesu w walce z tymi czynnikami ryzyka. I to jest misja tej prezydencji. Dobre praktyki przekazujemy w nasze strategie i aktywne działanie, które ma zmienić sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób cywilizacyjnych oraz zredukować czynniki ryzyka. Przypominam również, że od 1 września 2025 r., o czym warto mówić podczas polskiej prezydencji, zaplanowano wejście do polskich szkół przedmiotu edukacja zdrowotna.

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ordynator Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Babińskiego w Łodzi

W ostatnich latach nasiliły się poważne zagrożenia wpływające na pogarszanie się zdrowia psychicznego młodych osób. Były to pandemia Covid-19, wojna w Ukrainie, rozpad relacji w rodzinie, społeczeństwie i grupie rówieśniczej, wzrost tendencji do nałogów, niewłaściwe rozładowywanie napięcia psychicznego poprzez np. sięganie po alkohol i inne używki, negatywny wpływ technologii cyfrowych i mediów społecznościowych.

W Polsce ostatnie lata związane są z wdrażaniem nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Jest to trójstopniowy model opieki oparty o poziomy referencyjne pierwszego, drugiego i trzeciego poziomu. W dniu 19 czerwca 2019 r. opublikowano Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wprowadziło nowe rozwiązania w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.⁵⁵ Założono, że podstawą nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży będą trzy poziomy referencyjne, stworzone przez podmioty lecznicze w psychiatrii dzieci i młodzieży, które od strony organizacyjnej i finansowej powinny tworzyć sieć poradni, oddziałów dziennych i całodobowych. Poziomy referencyjne miały odpowiadać na problemy i trudności, z którymi zgłaszają się rodziny z dziećmi. Zdefiniowano trzy poziomy referencyjne: I poziom referencyjny – Ośrodek/Zespół Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży, II poziom referencyjny – Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (poradnia i oddział lub osobno) oraz III poziom referencyjny – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (oddział szpitalny). Wiemy, w jakich trudnych warunkach ten nowy model powstawał, bo to był czas pandemii Covid-19, ale jednocześnie wyraźnie podkreślam, że gdyby równoległe z tym czasem pandemii on nie był wdrażany, to byłibyśmy wszyscy w bardzo trudnej sytuacji. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia i również innych instytucji, poszczególne raporty, wyraźnie pokazują, że liczba dzieci i młodzieży wymagających specjalistycznej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego wzrosła ponaddwukrotnie, ale też jednocześnie ponaddwukrotnie wzrósł dostęp do opieki specjalistycznej.

Dzięki reformie psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce wiele się zmieniło na korzyść w ostatnich kilku latach. Dostępność do świadczeń się zwiększyła, ale również liczba specjalistów oraz zainteresowanie pracą w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży. Ja nie mam pełnej wiedzy, jeśli

55 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Dz.U. 2019 poz. 1285. Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>

chodzi o specjalistów psychologii klinicznej czy psychoterapii dzieci i młodzieży, ale jeśli chodzi o psychiatrię dzieci i młodzieży z roku na rok rośnie liczba lekarzy. Jak porównamy 2023 r. z 2022 r., to liczba szkolących się wzrosła o 63 osoby, a liczba specjalistów o 25 osób. Z roku na rok przybywa kadr w psychiatrii dzieci i młodzieży. Praca w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży to jest właśnie współpraca wewnątrzsektorowa i międzysektorowa. Zwiększona liczba samych specjalistów psychiatrów dzieci i młodzieży niewiele zmieni, jeżeli nie będziemy współdziałać w innych obszarach. A tym innym obszarem, bardzo dla nas ważnym, jest profilaktyka, której nadal w naszym kraju bardzo brakuje. I tu niewątpliwie w zakresie rozwoju tego fundamentu, na którym te nasze trzy poziomy referencyjne powinny mocno stać i mocno być osadzone, to jest współpraca międzyresortowa.

Dla nas bardzo ważnym partnerem jest Ministerstwo Edukacji, nie tylko w zakresie profilaktyki. Wdrożenie nowego przedmiotu edukacja zdrowotna jest dobrym i potrzebnym działaniem, ale niewystarczającym. W obszarze edukacji brakuje nam bardzo regulacji prawnych, które by pomogły nam w opracowaniu ścieżki opieki nad dzieckiem i nastolatkiem. Musimy stworzyć system, w którym dzieci i nastolatki funkcjonują, żeby podzielić nasze kompetencje i żeby uporządkować tę ścieżkę. Mamy jeszcze pewien rodzaj chaosu i trudności, również po stronie rodziców i opiekunów, gdzie, z jakim problemem, do kogo i do jakiego ośrodka należałoby się zgłosić. Poprawie musi ulec nie tylko współpraca z systemem oświaty, ale również z systemem opieki społecznej i resortem sprawiedliwości. Można powiedzieć od samego początku, kiedy ukazała się ustawa w czerwcu 2022 r., o wspieraniu resocjalizacji nieletnich i w związku z tą ustawą rozporządzeniem ministra zdrowia została powołana Komisja do spraw środków leczniczych dla nieletnich, w każdym ze swoich raportów informuję, że to jest apel i mój, i środowiska o zmianę w tej ustawie, bo mówię to z pełną odpowiedzialnością, ta ustawa mało ma i niewiele wspólnego ze wspieraniem nieletnich. Natomiast mam takie poczucie, że prawa dziecka i nastolatka są łamane. Dzieci, które nie mają uważności ze strony osób dorosłych, są przekazywane z jednego ośrodka do drugiego, tym ostatnim punktem jest oddział szpitalny, co nie powinno mieć miejsca, bo to jest na przekór reformie. W reformie nasze działania powinny być oparte na współpracy ze środowiskiem naturalnym dziecka. Bardzo często jest to niemożliwe, bo dziecko z placówki jest kierowane do najbliższego szpitala oddalonego o ponad 100 km, gdzie ta współpraca z opiekunami naprawdę jest nierealna. Dzieci i nastolatki dostosowują się do warunków szpitalnych, są wypisywane, wracają do swojego środowiska i ponownie na komisji pojawia się kolejne postanowienie sądu z kolejną decyzją o umieszczeniu po raz kolejny tego dziecka czy nastolatka w środku w zakładzie leczniczym, bo w swoim środowisku naturalnym nie funkcjonuje. Więc współpraca międzyresortowa jest bardzo ważna. W zespole powołanym w ramach Rady do Spraw Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia jeszcze nie mieliśmy możliwości przedstawić swoich rekomendacji. Jedną z rekomendacji naszego zespołu będzie powołanie zespołu międzyresortowego, żeby uporządkować i nadać kierunek i ścieżkę opieki nad dzieckiem i nastolatkiem we współpracy międzyresortowej. To będzie jedna z głównych rekomendacji.

Bardzo dziękuję wszystkim zaangażowanym osobom, wszystkim specjalistom, całemu środowisku, naszym pacjentom, bo pacjenci, niejednokrotnie podkreślam, też motywują nas do szukania tych rozwiązań, do modyfikowania tego, co zostało wprowadzone, a jeszcze nie do końca w pewnym sensie w naszej ocenie też funkcjonuje prawidłowo. I też można powiedzieć, że my również, jako specjaliści, uczyliśmy się tego modelu, bo wcześniej psychiatrii środowiskowej, jeśli chodzi o obszar małoletnich pacjentów, trzeba sobie uczciwie powiedzieć, w naszym kraju nie było.

W reformie psychiatrii dzieci i młodzieży nie mieliśmy pilotażu, więc w całym kraju wspólnie się spiraliśmy i widać, jak to procentuje, dlatego że na przestrzeni tych kilku lat praktycznie zniknęły białe plamy w opiece. W większości powiatów i województw jest coraz więcej ośrodków opieki środowiskowej pierwszego poziomu. Wg Narodowego Funduszu Zdrowia tych ośrodków w skali kraju jest blisko 500. Odnośnie do liczby ośrodków drugiego poziomu referencyjnego, czyli poradni zdrowia psychicznego lub/i oddziałów dziennych, na dzień 7 października 2024 r. mamy blisko 90 poradni i blisko 90 poradni wraz z oddziałami dziennymi. Niestety, występuje znacząca różnica w finansowaniu pierwszych i drugich poziomów referencyjnych i tutaj

mamy wiele do poprawienia. Oprócz wzrostu finansowania musi nastąpić wzrost koordynacji horyzontalnej pomiędzy tymi trzema poziomami referencyjnymi. Bardzo mnie cieszy, że każde województwo w tej chwili posiada trzeci poziom referencyjny, czyli oddział stacjonarny z izbą przyjęć. Odpowiadając potrzebom reformy, niedługo będzie opublikowana kolejna zmiana do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, gdzie ujęliśmy bardzo wiele nowych świadczeń związanych z potrzebą oddziaływań grupowych, z większą elastycznością realizowania tych świadczeń w odniesieniu do potrzeb naszych pacjentów. M.in. jest zmiana dotycząca formuły oddziału dziennego, jak pobyt diagnostyczny i terapeutyczny. Wprowadzimy również wsparcie pomiędzy poziomami, czyli superwizję procesu diagnostycznego, świadczoną na rzecz pierwszych poziomów referencyjnych ze strony drugich poziomów referencyjnych. Pojawi się porada kwalifikacyjna do oddziału dziennego, czego do tej pory nie było i nowe technologie, czyli przezczaszkowa stymulacja, jako też świadczenie refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kiedy mówimy o zachowaniach samobójczych wśród dzieci i młodzieży, to mamy wiedzę, że doświadczenie przemocy rówieśniczej i w ogóle przemocy zwiększa ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych kilkukrotnie. Psychiatria dzieci i młodzieży funkcjonuje w dynamice roku szkolnego i w ciągu roku szkolnego zarówno oddziały stacjonarne, jak i oczywiście opieka ambulatoryjna jest mocno przeciążona. I to też pokazuje, w jakim systemie nadal te dzieci funkcjonują. Jako specjaliści pracujący po stronie ochrony zdrowia i opiekujący się dziećmi i nastolatkami, którzy potrzebują szczególnego wsparcia i u których rozpoznajemy różne zaburzenia psychiczne, niejednokrotnie wydajemy zalecenia do szkół. Bardzo brakuje nam tej współpracy ze szkołami. W związku z powyższym ryzyko ponownej hospitalizacji czy pogarszającego się stanu psychicznego jest dużo większe. To, co obserwujemy, to kryzys relacji w najbliższych środowiskach naszych pacjentów. To potwierdza nasze obserwacje, że dzieci, nie mając też się często do kogo zwrócić, funkcjonują w tych swoich obszarach bardzo osamotnione i najczęściej w tym świecie wirtualnym. To, co jest kolejnym czynnikiem niepokojącym, to oczywiście wpływ technologii cyfrowych. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że w samej technologii cyfrowej nie ma nic niewłaściwego i jest to narzędzie, które możemy pozytywnie wykorzystywać. Tylko że my jako dorośli nie zadbaliśmy o to, żeby dzieci i młodzież nauczyć odpowiedzialnego i bezpiecznego korzystania z tych narzędzi. Potrzebujemy w tym zakresie działań opartych na promocji zdrowia psychicznego, profilaktyce i opiece specjalistycznej, ale z drugiej strony – regulacji na poziomie ustawodawczym. Bo samą edukacją niewiele zmienimy, jeżeli dzieci i młodzież będą mieli dostęp do pornografii w internecie. Najnowsze statystyki pokazują, że 20 proc. badanych nastolatków mówi o tym, że miało dostęp do pornografii poniżej 10. roku życia. Kolejne 20 proc. mówi, że ogląda pornografię kilka razy dziennie, a następne 20 proc. przynajmniej raz w tygodniu.

Kolejnym wyzwaniem jest dostęp dzieci i młodzieży do substancji psychoaktywnych. Najnowsze badania wyraźnie pokazują, że wśród nastolatków alkohol dominuje i zmienił się sposób konsumpcji tego alkoholu. Podobnie jak u osób dorosłych, bo dzieci i młodzież nas obserwują, jak my sobie nie radzimy, jak niekonstruktywny sposób też regulujemy emocje i młodzież sięga po mocne alkohole. Do tego się przyznaje praktycznie dwie trzecie z badanych. I to, co jest niepokojące, że coraz częściej młodzi ludzie upijają się, a ryzyko zachowań samobójczych w związku z upojeniem alkoholowym rośnie o 94 proc. W zakresie e-papierosów 95 proc. badanych nastolatków zna zagrożenia wynikające z ich używania, ale aż 80 proc. z nich je pali. Dwie trzecie nastolatków mówi o tym, że sięga po te produkty czy inne substancje psychoaktywne dlatego, że sobie nie radzi z wyzwaniami, że nie ma odpowiednich narzędzi i kompetencji, żeby sobie poradzić ze stresem, żeby lepiej siebie rozumieć i żeby jeszcze w inny sposób dotrzeć przede wszystkim do nas, dorosłych.

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik

pełnomocnik ministra zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Specyfika zaburzeń psychicznych wieku dziecięco-młodzieżowego oraz tzw. trzecia strona leczenia (rodzice/opiekunowie prawni oraz obowiązek edukacyjny) są i będą istotne w terapii niepełnoletnich. Powinno to mieć wpływ na projektowane zmiany w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz odpowiednio planować jego transformację. Większość zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży może być, i powinna być, leczona w systemie pozaszpitalnym, jak najbliższej domu/środowiska niepełnoletniego pacjenta. Strategiczne dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia, UNICEF, Unii Europejskiej oraz Rzeczypospolitej Polskiej wskazywały na konieczność zwiększania dostępności usług realizowanych jak najbliżej rodziny i dziecka, koordynacji międzysektorowej oraz przenoszenia wysiłku finansowego z leczenia szpitalnego na ambulatoryjne i środowiskowe. W przypadku psychiatrii dziecięcej tym bardziej powinniśmy oczekiwać wdrożenia powyższych zaleceń w organizacji systemu ochrony zdrowia, ponieważ w większości zaburzeń psychicznych niepełnoletnich są one efektem nierozwiązanego kryzysu lub trudności niewymagających leczenia farmakologicznego, psychiatrycznego, a jedynie wsparcia specjalistów z dziedziny psychologii czy psychoterapii dzieci i młodzieży.

Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży jest wdrażana od 2019 r., ale pierwsze spotkania w gronie ekspertów, którzy wypracowali jej założenia, odbyły się już w 2017 r. Staliśmy wówczas w obliczu ogromnego kryzysu w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. System był po prostu niewydolny. Staraliśmy się wówczas znaleźć odpowiedź na pytanie, w jaki sposób przy obecnych zasobach zwiększyć dostępność do opieki. Kluczową kwestią była też konieczność wsparcia psychiatrycznego w placówkach I poziomu. Wspólnie z ekspertami doszliśmy do wniosku, że nie ma konieczności, by w placówkach I poziomu referencyjnego była zapewniona konsultacja psychiatryczna. Stąd wzięła się koncepcja, zgodnie z którą pierwszy poziom nowego modelu opieki miała stanowić sieć poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych. Ich celem jest doraźna pomoc w sytuacji kryzysu psychicznego, wspieranie pacjentów i ich rodzin oraz identyfikacja pacjentów wymagających konsultacji psychiatrycznej. Cele reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce zostały ustawione w kierunku deinstytucjonalizacji, wdrożenia ścieżki pacjenta w systemie ochrony zdrowia psychicznego zgodnie ze standardami leczenia i optymalizacja wykorzystania kadr medycznych w systemie usług publicznych, zapewnienia szybkiej interwencji przez specjalistów nie-psychiatrów w systemie ochrony zdrowia psychicznego, tj. psychologów, psychoterapeutów dzieci i młodzieży, terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży. Reforma realizuje również cele, jakimi jest wzrost dostępności do usług ambulatoryjnych i środowiskowych na poziomie powiatów, np. kontraktowanie świadczeń w ramach poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci lokowanych jak najbliżej gmin. Rozwój świadczeń środowiskowych powinien zachodzić poprzez wprowadzenie obowiązku współpracy ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym poza podmiotem leczniczym. Musimy stworzyć ogólnokrajowy, kompleksowy system zapewniający wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom, oraz wyrównywać różnice pomiędzy poszczególnymi regionami Polski. Na koniec musi nastąpić dynamiczny rozwój kadr medycznych pod kątem nowego systemu organizacji usług w psychiatrii dzieci i młodzieży.⁵⁶

W 2020 r. placówek I poziomu działało 138, obecnie działa ich prawie 500 (489). Choć nie są zlokalizowane w każdym powiecie, to jednak sieć placówek pokrywa równomiernie obszar całego kraju. Placówki I poziomu są finansowane ryczałtowo i na zasadzie fee for service, co zapewnia im stabilność finansowania. Wg danych NFZ placówki I poziomu opiekują się aktualnie ok. 300 tys.

56 Sprawozdania z działalności Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży za lata 2019–2023. Autor raportu: Prof. dr hab. n.med. Małgorzata Janas-Kozik. Zespół Redakcyjny: prof. dr hab. n.med. Agnieszka Słopień, prof. dr hab. n.med. Anita Bryńska, dr n. med. Aleksandra Lewandowska, dr n. społ. Tomasz Rowiński. 2024

dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Bez wątplenia to wielki sukces reformy. Dzięki temu spadł również wskaźnik hospitalizacji tych dzieci. Prawdą jest natomiast, że nadal z bardzo dużym obciążeniem zmagają się oddziały III poziomu referencyjnego. Jest to także pośredni efekt prawidłowego funkcjonowania placówek I poziomu, które identyfikują i kierują do nich pacjentów wymagających konsultacji psychiatrycznej. Natomiast ośrodki II poziomu referencyjnego stanowią obecnie „wąskie gardło” systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci. Od 2021 r. mogą one funkcjonować w dwóch wariantach: posiadając w swoich strukturach jedynie poradnię zdrowia psychicznego albo poradnię wraz z oddziałem dziennym. Zdecydowanie więcej jest ośrodków funkcjonujących jedynie w oparciu o poradnię – obecnie ok. 90, oddziałów będzie więc znacznie mniej. W najbliższych latach przepisy nałożą na świadczeniodawców posiadających w swoich strukturach oddział dzienny dla dzieci i młodzieży obowiązek uruchomienia szkoły. Ma to być również premiowane finansowo. Prowadzenie ośrodków II poziomu nastęrcza świadczeniodawcom wielu trudności finansowo-organizacyjnych, nie wszędzie udało się również wypracować modelową współpracę pomiędzy I a II poziomem. W mojej ocenie najlepiej działają one w tych ośrodkach, które skupiają placówki ze wszystkich III poziomów referencyjnych. Oddziałów dziennych powinno być zdecydowanie więcej niż obecnie. Nie ma moim zdaniem konieczności zwiększania liczby oddziałów całodobowych, ponieważ pobyt w nich powinien być absolutną ostatecznością. II poziom powinien też być finansowany na tej samej zasadzie co ośrodki I poziomu.

Można stwierdzić, że reforma psychiatrii dziecięco–młodzieżowej przyczyniła się do systemowej zmiany, która wciąż się dokonuje i jest stale ewaluowana. Wiemy, już jakie rozwiązania się sprawdziły, a co wymaga poprawy. Oczywiście, już tworząc koncepcję reformy zdawaliśmy sobie sprawę z braków kadrowych w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży. Pamiętajmy, że wg WHO jeden specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży powinien przypadać na 12 tys. dzieci i młodzieży w populacji. Stąd od początku reforma postępowała dwutorowo: z jednej strony dbaliśmy o poprawę dostępności opieki, a z drugiej staraliśmy się nowy model wzmocnić kadrowo. Liczba psychiatrów dziecięco–młodzieżowych stale się zwiększa, choć braki nie zostaną uzupełnione z dnia na dzień. Młodzi lekarze kształceni są już w nowym modelu, odbywają obowiązkowy staż w placówkach I i II poziomu. Do systemu wszedł również nowy zawód: terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży. Pojawiła się też nowa specjalizacja z psychoterapii dzieci i młodzieży. Psychoterapeutów dziecięco–młodzieżowych jest obecnie w systemie 358.

Jestem z wykształcenia pediatrą i w pełni popieram, aby badania bilansowe były obowiązkowe. Mało tego, w tzw. poradni dziecka zdrowego wyłapywaliśmy poprzez grupy dyspanseryjne dzieci, które miały zaburzenia psychiczne i zachowania. To był wstępny przesiew i myślę, że warto wrócić do nauczania przyszłych pediatrów prawidłowych badań bilansowych, bo bardzo dużo zaburzeń można w nich wykryć. Kluczowy jest również „poziom zero”, czyli wykrywanie wszelkich zaburzeń zachowania i zaburzeń psychicznych w szkole. Szkoła powinna prowadzić profilaktykę uniwersalną. Teraz możemy się poszczycić pierwszymi poziomami referencyjnymi, czyli środowiskowymi poradniami psychologiczno–psychoterapeutycznymi, które są „POZ-tami” w psychiatrii dzieci i młodzieży. Padły głosy, że psychiatryzujemy środowisko dziecięco–młodzieżowe i nie jest potrzebny psychiatra dzieci i młodzieży. Myślę, że trzeba rozpropagować pierwsze poziomy i być może zrobić lepszą kampanię w tym kierunku. Dużo rodziców nie wie, gdzie można dziecko skonsultować psychologicznie, a prawie 500 pierwszych poziomów referencyjnych jest już na terenie kraju. Zostawmy specjalistów lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży tam, gdzie są potrzebni. Kształćmy więcej terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych dzieci i młodzieży oraz specjalistów psychoterapii dzieci i młodzieży. Zawalcmy o to, bo to są te osoby w ochronie zdrowia, które pomogą rodzinie, pomogą dziecku, wesprą w pierwszej sytuacji bez stygmatyzacji. Dlatego, że do lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży trafić powinno takie dziecko, które już wymaga pomocy farmakologicznej.

Realizacja reformy psychiatrii dzieci i młodzieży uzależniona jest od rosnącego zapotrzebowania na wsparcie psychologiczne i psychiatryczne w populacji wieku rozwojowego. Musi poprawić się dostępność do opieki psychologicznej, psychoterapeutycznej oraz psychiatrycznej. Co do przymusu bezpośredniego, to w mojej ocenie jego zastosowanie wymaga pewnych określonych

w ustawie wskazań. Istnieje też powszechnie znany wzór dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, także określony w ustawie. Oczywiście należy monitorować, czy w placówkach psychiatrycznych przymus bezpośredni jest stosowany prawidłowo, ale mając w pamięci to, że są sytuacje, gdy to środek konieczny, by zapewnić młodemu pacjentowi bezpieczeństwo. Przymus bezpośredni to jednak zawsze ostateczność.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że niemal czterokrotnie wzrosło w ostatnich latach finansowanie publiczne psychiatrii dziecięco-młodzieżowej. Bez wątplenia należy utrzymać to wsparcie reformy, korygując jednocześnie to, co nie działa, np. w zakresie finansowania placówek II poziomu lub obowiązku prowadzenia szkoły w miejscu leczenia. Poprawy wymaga także współpraca ośrodków I poziomu ze szkołami i placówkami systemu edukacji. Zdecydowanie usprawnienia wymaga także proces sprawozdawania danych do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dominik Kuc

członek zarządu Fundacji GrowSPACE

Jako Fundacja GrowSPACE monitorujemy stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, ale też patrzymy na cały system opieki. Fundacja GrowSPACE opublikowała w 2024 r. raport, z którego wynika, że w 2023 r. odnotowano wzrost prób samobójczych dzieci i młodzieży w Polsce. Wg policyjnych raportów w 2023 r. na swoje życie targnęło się 2139 osób poniżej 18. roku życia (w 2022 r. prób samobójczych było 2031). Jest to wzrost o 150 proc. w stosunku do danych z 2020 r. Liczba prób samobójczych dzieci i młodzieży w 2023 r., które zakończyły się zgonem, wyniosła 146 przypadków (w 2022 r. 150 prób samobójczych zakończyło się śmiercią). W aż ośmiu województwach dane pokazują wzrost prób samobójczych dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Najwięcej prób samobójczych najmłodszych zostało zanotowanych w woj. pomorskim, gdzie było ich 406. W dalszej kolejności znalazły się województwa śląskie i łódzkie z odpowiednio 295 i 219 próbami samobójczymi. Wg Fundacji GrowSPACE dane pokazują, ile jest jeszcze do zrobienia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Średni czas oczekiwania na konsultację na NFZ do psychiatrii lub psychiatrii dziecięcej wyniósł 238 dni. Należy zwiększyć dostępność opieki, szczególnie na „poziomie zero”. To nie tylko kolejny szpital i oddział, ale również pomoc ambulatoryjna, pomoc psychologiczna, środowiskowa, profilaktyka, psychoedukacja.⁵⁷

W dyskusji o priorytetach polskiej prezydencji w zakresie psychiatrii chciałbym przedstawić ten system oczami młodych ludzi, którzy korzystają ze wsparcia i pomocy. Coraz więcej młodych osób po tę pomoc sięga i coraz więcej młodych osób zmagają się z problemami zdrowia psychicznego po pandemii Covid-19. Sama pandemia i nauczanie zdalne nie były jedyną przyczyną tych problemów, ale były takim katalizatorem, który przyspieszył pewne zjawiska i pokazał nam, które elementy dla młodego pokolenia są w tym momencie priorytetowe w obszarze zarówno systemu ochrony zdrowia, ale też systemu edukacji. System ochrony zdrowia i system edukacji powinny działać wspólnie. Druga kwestia to oczywiście dostępność pomocy dla młodych osób. No i trzecia sprawa, która jest związana z wymiarem społecznym i w dalszym ciągu obecną niestety stygmatyzacją, np. młodych pacjentów i pacjentek w psychiatrii dziecięcej. Dotyczy to również pewnych stereotypów, z którymi musimy sobie radzić na poziomie oddolnym.

Pierwsze wyzwanie jest związane z koordynacją działań pomiędzy systemem ochrony zdrowia i systemem edukacji. Oczywiście wśród młodych osób obserwujemy ogromną potrzebę psychoedukacji i edukacji już na tym podstawowym poziomie. Zanim zaczniemy mówić o poszczególnych poziomach referencyjności, powiedzmy o „poziomie zero”, czyli poziomie, który jest związany z psychoedukacją, wczesnym wykrywaniem i współpracą ze szkołą. Poprawa opieki w zakresie poziomu zero będzie skutkować tym, że mniej kryzysów będzie docierać do kolejnych poziomów referencyjnych. Kolejna sprawa, która jest związana z „poziomem zero” i edukacją, jest związana ze ścieżką pacjenta, która jest związana zarówno z dostępnością pomocy,

57 Fundacja GrowSPACE alarmuje, że dramatycznie rośnie liczba prób samobójczych wśród najmłodszych. Najnowsze dane. 2024 Dostępne: <https://glos.pl/fundacja-growspace-alarmuje-ze-dramatycznie-rosnie-liczba-prob-samobojczych-wsrod-najmlodszych-najnowsze-dane>

ale również ze specjalistami, do których młodzi ludzie są kierowani. Model, który powtarza się wśród wielu młodych ludzi, to najpierw jeden pediatra, drugi pediatra, jeden kardiolog, drugi kardiolog, a okazuje się, że tak naprawdę ta przyczyna leży gdzieś indziej i powinno być wdrożone leczenie nie tylko psychiatryczne, ale również psychologiczne. Na tym etapie jest utrudniona dostępność do psychologów. Kolejna sprawa, która jest związana z połączeniem systemu zdrowia i edukacji, to fakt, że pacjenci nie przerywają swojego kształcenia w szkole. Pamiętajmy, że to są młode osoby, na które po powrocie np. z oddziału dziennego/stacjonarnego, mają za zadanie zaliczać swoje sprawdziany i kartkówki. Nie możemy dopuścić do tego, aby system szkoły wymagał i nakładał jeszcze taką presję dla osób, które zmagają się z problemami i wyzwaniem zaburzeń psychicznych i zachowania. Aby zmniejszyć liczbę kryzysów zdrowia psychicznego, musimy także uczyć o przyczynach, przeciwdziałać przemocy rówieśniczej oraz przeciwdziałać przemocy w domu. Szkoły nadal są jedną z ostatnich instytucji, które zakładają chociażby „niebieskie karty”. Psychologowie w szkołach nie prowadzą terapii młodych osób, ale są w stanie wykryć i monitorować stan zdrowia psychicznego na poziomie konkretnej szkoły. To jest jeden punkt. A drugi punkt, który jest związany z taką ideą pierwszej pomocy psychicznej, o której też szeroko mówiło się w zeszłym roku, to jest element i komponent, który zapewniać może każdy wychowawca i wychowawczynie. W kontekście tej dostępności nie sposób nie wspomnieć o różnicach społeczno-ekonomicznych pomiędzy pacjentami. Z perspektyw wielu rodzin, wielu młodych pacjentów i pacjentek nadal wyzwaniem dostępu do opieki jest jej koszt. W momencie, w którym rodzina decyduje się na leczenie prywatne, koszt tego leczenia jest często barierą nie do przejścia. Więc kiedy mam na myśli słowo dostępność, mam też na myśli dostępność i wyrównywanie szans ekonomiczno-społecznych w wielu regionach kraju. I zaangażowanie środowiska, które oczywiście również tę dostępność zwiększa. Mówimy także o świadomości osób, które są dookoła młodego człowieka – o nauczycielach już wspomniałem, o psychologach także, ale wspomnijmy także o rodzicach. Bardzo dobrą praktyką, która niedawno pojawiła się i wyszła z inicjatywy Biura Rzeczniczki Praw Dziecka, jest kwestia zwiększenia dostępności do pomocy psychologicznej pacjentów poniżej 18. roku życia bez zgody rodziców. Niestety, często młode osoby były blokowane przed sięgnięciem po pomoc przez rodziców. Dlatego te zmiany, które zaproponowała pani minister Monika Horna-Cieślak, mają szansę zwiększać tę dostępność nie tylko w kontekście liczbowym, ale też w kontekście znoszenia barier, z którymi zmagają się młode osoby. Wiemy, że niestety przez społeczny wymiar stereotypów i stygmatyzacji czasem zgoda rodzica jest po prostu kluczowa. Jeżeli jest nieosiągalna, wówczas o tej pomocy nie możemy mówić.

Obserwujemy nadal duży poziom stygmatyzacji i stereotypów w zakresie odbioru zdrowia psychicznego w szkołach, wśród młodych osób. To, że młoda osoba, która idzie do gabinetu psychologa szkolnego, może mierzyć się z tym, że zostanie wytknięta palcem, a jej historia zostanie przekazana gdzieś dalej, często w mediach społecznościowych, a rówieśnicy będą o tym opowiadać. To jest taka wtórna stygmatyzacja. Dotyczy to również osób, które odbyły leczenie psychiatryczne w szpitalu psychiatrycznym. Również taka osoba jest wtedy narażona na stygmatyzację. Więc ten społeczny aspekt jest też taką barierą, która sprawia, że część młodych osób nie decyduje się tej pomocy szukać u psychologa czy psychiatry, ale szuka jej na przykład w internecie. Ta stygmatyzacja jest związana zarówno z osobami, które tego kryzysu doświadczają, jak też z osobami, które otwarcie powiedzą, że mają stany lękowe, stany depresyjne. To również może się wiązać ze sporym niezrozumieniem ze strony reszty społeczności. Niestety, w takich zamkniętych społecznościach, jak społeczność szkolna, nadal to pokutuje i jest olbrzymim problemem. To zadanie dla nas i praca z samą grupą rówieśniczą, bo już przekazanie wizytówki z numerem 116 111 może naprawdę zmienić czyjeś losy, czyjeś życie w jednej klasie.

Od 1 września 2024 r. do szkół wchodzi edukacja zdrowotna. Daje to szansę na uniwersalną profilaktykę w szkołach. W ramach tych form edukacji zdrowotnej musimy skupić się nie tylko na wdrażaniu wiedzy, ale też umiejętności i postaw wśród młodych osób, aby je właśnie budować i rozwijać. Nie będziemy przecież organizować o ósmej rano kartkówek z objawów depresji dla młodych osób. Edukacja zdrowotna nie tylko powinna skupiać się na samej wiedzy na temat konkretnych zagadnień zdrowia psychicznego, ale na budowaniu umiejętności i postaw w kontekście

pierwszej pomocy psychologicznej i pracy z grupą rówieśniczą. Pamiętajmy, że autorytetem dla młodego człowieka jest drugi młody człowiek. I tak faktycznie się dzieje. Młodzi ludzie ze swoimi problemami natury zdrowia psychicznego najpierw kierują się do innego młodego człowieka, a dopiero na końcu tej listy jest nauczyciel czy psycholog w szkole. Często na samym końcu tej listy jest rodzic. I dlatego tak ważne jest wdrożenie działań z grupą rówieśniczą.

dr n. hum. Daria Biechowska

wiceprzewodnicząca Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Dane dotyczące samobójstw należy przeliczać na populację, której one dotyczą. Kiedy patrzymy na dane dotyczące samobójstw w Polsce, to one notują trend spadkowy od 2009 r., zbliżając się średniej europejskiej. Ze współczynnika 14 osób na 100 tys. populacji doszliśmy obecnie do 12 osób na 100 tys., czyli jest to znaczący spadek. Mówię o tym nie po to, żeby temat samobójstw bagatelizować, ale żeby nie przywiązywać się do danych surowych, szczególnie tych, które przedstawia Komenda Główna Policji, bo to nie są oficjalne statystyki dotyczące samobójstw. Proszę też pamiętać o tym, że są to dane dotyczące postępowań policyjnych związanych z podejrzeniem samobójstwa. One tak naprawdę nie oddają skali prób samobójczych. Światowa Organizacja Zdrowia stwierdza, że jedno samobójstwo w grupie nieletnich może przypadać nawet do 200 prób samobójczych.

Problem samobójstw jest problemem bardzo złożonym, wieloaspektowym i właściwie pomimo tego, że jest badany od wielu, wielu lat, to cały czas wymaga dalszego doprecyzowania. Natomiast chciałabym się też odnieść i powiedzieć o takich pozytywnych aspektach profilaktyki samobójstw. Nie wiem, czy Państwo wiedzą, bo to jest wiedza czasami nie do końca ujawniona, że od 2021 r. mamy w Polsce Krajową strategię zapobiegania zachowaniom samobójczym.⁵⁸ Jest ona realizowana w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 i tam w celu operacyjnym trzecim, dotyczącym promocji zdrowia psychicznego, jest cały katalog 10 zadań, które obejmują profilaktykę samobójstw i zachowań samobójczych. Spośród tych zadań aż dwa dotyczą pośrednio populacji dzieci i młodzieży. Jedno z tych zadań jest związane ze stworzeniem i wdrożeniem programów profilaktycznych w zakresie zapobiegania zachowaniom samobójczym. Zostały opracowane cztery programy profilaktyczne dotyczące różnych populacji, ale aż dwa z nich dotyczą populacji dzieci i młodzieży. Jeden z nich to program profilaktyczny z zakresu profilaktyki uniwersalnej, program S.O.S., który skierowany jest do dzieci i młodzieży w szkole i realizowany na bazie szkół. Drugi to jest program profilaktyczny, który jest na etapie przygotowania. Jest to program profilaktyczny skierowany do dzieci i młodzieży po wypisie ze szpitali psychiatrycznych. Jest to populacja pacjentów, która jest szczególnie narażona na kolejne próby samobójcze. Druga grupa działań to stworzenie standardów postępowania dla osób, które na co dzień współpracują i spotykają się z dziećmi i młodzieżą. Standardy zostały opracowane i skierowane do nauczycieli, którym mają pomóc, jak zidentyfikować i pomóc swoim uczniom. Zachęcam Państwa do zajrzenia na stronę: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/>.

prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

kierownik Kliniki Psychiatrii, Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego UCK WUM

Kluczowe w naszej dyskusji jest odróżnienie osoby w kryzysie psychicznym czy osoby z diagnozą psychiatryczną od dobrostanu grupy. Łączenie stanu psychiatrii dzieci i młodzieży z faktem, że 60 proc. nastolatków w Polsce nie jest zadowolonych z życia, jest nadużyciem. System opieki psychiatrycznej nie odpowiada za poziom zadowolenia populacji. Za poziom zadowolenia populacji odpowiadają rodziny, nauczyciele, pracodawcy, a pośrednio politycy. Podkreślę więc, że celem systemu leczenia psychiatrycznego nie jest wpływ na dobrostan populacji ogólnej. Kryzys zdrowia psychicznego dotyczy w Polsce ok. 16 proc. populacji dzieci i młodzieży.

58 Krajowa strategia zapobiegania zachowaniom samobójczym Dostępne: <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/o-projekcie/>

Następnym problemem jest wzrost liczby prób samobójczych, który miał miejsce we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Ten wzrost jest podobny w każdym kraju EU–27, przy bardzo różnych systemach opieki. W Niemczech i w Belgii system opieki psychiatrycznej jest głównie oparty na pomocy społecznej. System we Francji bazuje na lecznictwie prywatnym. Wiemy, że bardzo różne systemy opieki w poszczególnych krajach zareagowały na pandemię Covid-19 podobnym wzrostem prób samobójczych. To pokazuje, że nie ma idealnej drogi, bo żaden kraj nie okazał się impregnowany na tak dramatyczny stresor, jakim okazała się pandemia Covid-19.

W Polsce odnotowujemy wskaźnik jednego psychiatry dzieci i młodzieży na 12 tys. dzieci i młodzieży, co jest spełnieniem wymogów Światowej Organizacji Zdrowia. To jest dokładnie tyle, ile powinno być, a jednocześnie mamy olbrzymie kolejki i zgłaszalność. Natomiast po to powstała reforma, żeby system opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą troszkę „odpsychiatryzować”. Takim realnym następstwem mylenia pojęcia niezadowolenia z życia, samo-okałeczeń z diagnozą depresji jest to, czego jesteśmy świadkami. Dalej pierwszym obszarem szukania pomocy przez rodziców jest szukanie pomocy psychiatry. Przy niedostępności psychiatrów dzieci i młodzieży lukę rynkową wypełnili psychiatrzy dorośli. Zdarzają się niestety sytuacje, że np. rozpoznanie zaburzenia psychicznego u siedmiolatka postawiła online rezydentka psychiatrii dorosłych w szóstym miesiącu pracy. Dodatkowo, ta rezydentka wdrożyła leczenie, oczywiście w systemie niepublicznym. Nadmiernie „psychiatryzując” system opieki, pozbawiamy dzieci i młodzież kompleksowej pomocy, ponieważ w ten sposób, jeśli pacjent nastoletni czy nastoletni człowiek trafia do psychiatry, to dostaje rozpoznanie ICD10 z grupy F. Zwykle dostaje leki, nie dostaje pomocy środowiskowej, nie dostaje pomocy rodzinnej, staje się definiowanym pacjentem. Nie zadajemy sobie pytań: co się dzieje w rodzinie pacjenta? Co się dzieje w szkole oraz środowisku rówieśniczym dziecka? Tylko przechodzimy w obszar depresji lekoopornej i często źle dobranych leków. Dlatego przedwczesna „psychiatryzacja” problemu życiowego dziecka i adolescenta paradoksalnie może pozbawiać do wszechstronnej pomocy. Bo ten pacjent, który jest leczony u psychiatry dorosłych prywatnie, już nie wróci do ośrodka pierwszego poziomu referencyjnego i nie otrzyma wsparcia psychologiczno–psychoterapeutycznego. On nie trafi na terapię rodzin, nie wróci na oddziaływania środowiskowe i nawet nie wróci do psychologa szkolnego.

prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim

W zakresie reformy psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce uczestniczyłam jako konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii w pracach przygotowujących kompleksowe działania w tym zakresie. Mam w tym aspekcie spostrzeżenie, że „chcemy leczyć próchnicę zębów wrywaniem zębów, a należy leczyć próchnicę przez profilaktykę”. Niestety, ciągle w Polsce w wielu dziedzinach medycyny tej profilaktyki nie mamy.

Nie wiem, czy Państwo wiedzą, że nasz polski system ochrony zdrowia dopuszcza, że dziecko może nie być w ogóle pod opieką zdrowotną. Nie ma obowiązku bilansów zdrowia, a tylko czekać, że nie będzie obowiązku szczepień ochronnych u dzieci. O zdrowie dziecka dbamy systemowo do 7. roku życia, potem zaś już incydentalnie kontrolujemy je w ramach tzw. bilansów zdrowia. W zakresie bilansów zdrowia dziecka w aspekcie profilaktyki i diagnozowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, to pominę bilanse zdrowia w pierwszym i drugim roku życia dziecka, bo tutaj problemów psychiatrycznych nie widzimy. Oczywiście może się zdarzyć autyzm, nieprawidłowy rozwój dziecka czy zaburzenia mowy i ci pacjenci powinni być skonsultowani u psychiatry dziecięcego. Natomiast kiedy dziecko idzie do szkoły, czyli jak ma sześć-siedem lat, to bilans zdrowia jest przeprowadzony, gdy dziecko ma 9-10 lat, czyli jest to trzecia-czwarta klasa. Kolejny bilans to koniec szkoły podstawowej, czyli w wieku 13-14 lat. Następny bilans powinien być przeprowadzony w drugiej lub trzeciej klasie liceum.

W 2024 r. w „Przeglądzie Pediatrycznym” opublikowaliśmy artykuł pt. „Analiza hospitalizacji dzieci z powodu prób samobójczych w latach 2017–2023 na jednym oddziale pediatrycznym”.⁵⁹ Celem pracy była analiza hospitalizacji na Klinicznym Oddziale Pediatrii (KOP) Szpitala Bielańskiego w Warszawie z powodu podjęcia próby samobójczej od stycznia 2017 r. do marca 2023 r. (sześć lat i trzy miesiące). Analizie porównawczej poddano grupę hospitalizowaną przed wprowadzeniem stanu epidemii związanego z zagrożeniem zakażeniem SARS-CoV-2 i po nim. Retrospektywnie analizowano dokumentację medyczną pacjentów dotyczącą hospitalizacji na KOP w okresie od stycznia 2017 r. do marca 2023 r. z rozpoznaniem zatrucia (kody T36-T50 wg ICD-10). Do analizy włączono 211 hospitalizacji, po wykluczeniu zatruc przypadkowych oraz zażycia substancji w celach niesuicydalnych ostatecznej analizie poddano 78 hospitalizacji. Do grupy 1 (n=39) włączono pacjentów hospitalizowanych przed 11.03.2020 r. (trzy lata, trzy miesiące), czyli przed ogłoszeniem epidemii i zamknięciem placówek oświatowych. Do grupy 2 (n=39) włączono pacjentów hospitalizowanych od 11.03.2020 r. do marca 2023 r. (trzy lata). W obu grupach przeważała płeć żeńska, w grupie 1 było to 87,2 proc., a w grupie 2 – 89,7 proc. pacjentek. W grupie 2 znamienne większy był odsetek pacjentów leczonych wcześniej lekami psychoaktywnymi (64,1 proc.), w grupie 1 wynosił on 38,5 proc. (p=0,023). Średnia długość hospitalizacji w grupie 1 wynosiła 3,97 dnia, w grupie 2 było to 5,23 dnia (p=0,049). W grupie 1 leczenie psychiatryczne w trybie leczenia zamkniętego lub konsultacja psychiatry dzieci i młodzieży były zalecane u 56,4 proc. pacjentów, w grupie 2 u 82,1 proc. pacjentów (p=0,014). Uzyskane wyniki wskazują na częstsze występowanie problemów psychiatrycznych u dziewcząt, które częściej wymagały konsultacji psychiatrycznych. W okresie epidemii SARS-CoV-2 średnia długość hospitalizacji była znamienne dłuższa. Mogło to mieć także związek z dłuższym oczekiwaniem na miejsce na oddziałach pediatrii dla dzieci i młodzieży. Chciałam podkreślić, że żaden oddział pediatryczny w Polsce nie jest przystosowany do opieki nad dzieckiem po próbie samobójczej. Zdarzyło się u nas, że chłopiec, nie po próbie samobójczej, tylko z powodu handlu narkotykami, był przewieziony przez dwóch policjantów, którzy go na tej sali pilnowali. On poszedł do łazienki i chciał popełnić próbę samobójczą. Na naszych oddziałach pediatrycznych nie mamy drzwi bez klamek, więc jest dla nas zawsze ogromny stres. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi to bardzo trudni pacjenci dla pediatry, dlatego powinien być ustalony model przesyłania tych pacjentów z ośrodków pediatrycznych do ośrodków opieki psychiatrycznej.

Bardzo się cieszę, że od 1 września 2025 r. będzie edukacja zdrowotna w szkole, bez dobrej edukacji od najmłodszych lat nie poprawimy dobrostanu Polaków. Obawiam się jednak, w jakim kierunku pójdzie edukacja zdrowotna dzieci. Niestety pediatry nie zostali zaproszeni do grona, które pracuje nad jego programem. Jako prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego nie wiem, jak on ma wyglądać. To będzie bardzo trudny przedmiot. Trzeba będzie dobrać przede wszystkim nauczycieli z autorytetem wśród uczniów, a wiedzę przekazywać w formie dostosowanej do potrzeb dzieci i młodzieży. Niezależnie od tego, jak zrekonstruowany będzie program edukacji szkolnej, to nadal profilaktyka będzie domeną lekarzy. Wiemy, że dużym problemem zdrowotnym jest obecnie otyłość. Dlatego pediatry powinni kłaść mocny akcent na edukację pacjentów w tym obszarze. Drugim ważnym elementem profilaktyki, który jest zadaniem pediatry, jest promocja szczepień ochronnych. Niestety szczepienia są realizowane w sposób niezadowalający dla środowiska pediatrycznego, a na tym przykładzie widać, jak ogromną rolę dla zdrowia publicznego ma dziś do odegrania edukacja zdrowotna dzieci. Dlatego tak ważne, by była rzetelna i odpowiednio przygotowana.⁶⁰

59 Analiza hospitalizacji dzieci z powodu prób samobójczych w latach 2017–2023 na jednym oddziale pediatrycznym. Karolina Jankowska-Sasin, Edyta Zawłocka, Teresa Jackowska. *Przegl Pediatr* 2024; 53 (1): 60–67. DOI: 10.26625/10005 Dostępne: <https://przegladpediatryczny.pl/magazine/shownumber/535>

60 Prof. Jackowska: pediatry nie zostali włączeni do prac nad programem edukacji zdrowotnej. *Puls Medycyny*. Opublikowano: 15–10–2024. Dostępne: <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/profilaktyka/prof-jackowska-pediatrzy-nie-zostali-wlaczeni-do-prac-nad-programem-edukacji/>

prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman

Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Bardzo się cieszę, że Instytut Rozwoju Spraw Społecznych podjął temat psychiatrii dzieci i młodzieży, jako jednego z priorytetów polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w zakresie zdrowia. Rozpocznę od tego, że mam wrażenie, że my nadmiernie medykalizujemy zagadnienie zdrowia psychicznego. Nie mówimy o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży, ale o zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży. Powinniśmy odwrócić całe nasze myślenie. Tutaj jest tak naprawdę punkt wyjścia i otwarcia na profilaktykę, ale równocześnie na szukanie odpowiedzialnych za to, że tej profilaktyki nie ma. Bo to nie jest tak, że za brak profilaktyki odpowiada szkoła, poradnia zdrowia psychicznego, psychiatra, psycholog czy rodzice dziecka. To jest kwestia, która mieści się w całym systemie cywilizacyjnym. Jest to kwestia finansowa, polityczna, kulturowa, która została zaniedbana. Zanikło coś, co się nazywa pedagogiką, ale tak naprawdę wychowaniem. My nie możemy mówić o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży, zapominając, że rola świata dorosłego polega na wychowaniu. Polega na tym, żeby uczyć o wartościach, żeby uczyć, co jest ważne i żeby równocześnie uczyć komunikacji. Uczyć tego, co może dziecko zrobić, czyli uczyć kompetencji, do czego jest zdolne, a do czego nie jest zdolne i gdzie musi mieć wsparcie świata dorosłych. Bez tego będziemy mieli cały czas poczucie u tych dzieci takie, że one są bezradne. To, co się dzieje na oddziałach pediatrycznych, na oddziałach psychiatrycznych, na izbach przyjęć, to jest dowód bezradności całego systemu, ale równocześnie dziecka. My ciągle nie umiemy tych dzieci uczyć odpowiadania za siebie oraz współodpowiedzialności za innych. Zupełnie nie ma tej współodpowiedzialności za swojego kolegę, za swoją koleżankę. Zamiast tego jest „hejt”, w wyniku tego próby samobójcze i samobójstwa. Te dzieci, które zgłaszają się w sytuacjach zagrożenia, najczęściej najboleśniej są dotknięte nie przez patologiczne rodziny, ale przez swoich najbliższych kolegów i koleżanki. I to jest problemem. W związku z tym można oczywiście myśleć o tym, że rozwiążą to lekcje o zdrowiu, czyli edukacja prozdrowotna. Nic bardziej błędnego. Nie chodzi o to, żeby dzieci uczyły się, czym jest schizofrenia, bo za chwilę przyjdą do domu, i powiedzą rodzicom, że mają schizofrenię, bo wszystkie te objawy, o których mówiono na lekcji, to już u siebie dawno znaleźli.

To, co ja postuluję w resorcie edukacji od kilku lat, to wprowadzenie edukacji zdrowotnej, ale również godzin wychowawczych. Uczmy dzieci i młodzież, jak zdrowo żyć, jak się odżywiać, co to jest aktywność fizyczna, dlaczego należy się wyspać, a nie należy patrzeć w świecący ekran smartfona, czy laptopa. Jednak obok lekcji edukacji zdrowotnej powinny być dwie godziny wychowawcze. Jedna godzina wychowawcza powinna być poświęcona na dyscyplinowanie dzieci, które się spóźniają, nie chodzą do szkoły, mają niedostateczne oceny i rodzice się nie zgłaszają. Druga godzina wychowawcza, to powinien być czas, kiedy dzieci wyłączają telefony i uczą się ze sobą komunikować, uczą się ze sobą rozmawiać oraz uczą się wrażliwości. I dopóki tego nie będzie, to cała ta podstawa programowa, którą wprowadza system edukacji, będzie tylko generowała poczucie zmęczenia i niewydolności ogólnozdrowotnej. Brak tego bilansu zdrowotnego jest dla mnie bardzo ważny i istotny. Do tego dochodzi kwestia deficytu wychowywania dzieci i młodzieży, co jest związane z tym, że straciliśmy możliwość budowania u nich autorytetów. Kiedyś tym autorytetem był ktoś w rodzinie. Być może był to nauczyciel, być może był to starszy kolega. A dzisiaj tych autorytetów nie ma, bo są autorytety wirtualne. I ten autorytet wirtualny nie jest nigdy pewny. Tam się zawsze za nim będzie czaiło zagrożenie. Jeżeli nie ma autorytetu dla dziecka, to dziecko czuje się bezradne. Dzieci potrzebują autorytetów, nie technologii. W Polsce i w Europie obserwujemy niewystarczające wsparcie dla procesu wychowania dzieci w rodzinie, szkole i przestrzeni publicznej.

Magdalena Zając

Koalicja Rodzice dla Klimatu

Organizacja Rodzice dla Klimatu jest różnorodną grupą rodziców, którzy promują międzypokoleniowy aktywizm na rzecz budowania sprawiedliwości klimatycznej. Jesteśmy świadomi trzech największych wyzwań, przed którymi stoi ludzkość w tej dekadzie, tj. kryzys klimatyczny, zanieczyszczenie powietrza i utrata bioróżnorodności, łączymy nasze siły, aby dokonać pilnych zmian politycznych i społecznych niezbędnych do zapewnienia wszystkim dzieciom życia na planecie nadającej się do zamieszkania. Współpracujemy z wieloma ruchami, organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz klimatu – zarówno na płaszczyźnie lokalnej, krajowej, jak i globalnej. Solidaryzujemy się z rodzinami z krajów najbardziej dotkniętych skutkami globalnego kryzysu klimatycznego. Wspólną motywacją do działania jest troska o zdrowie, przyszłość i bezpieczeństwo pokolenia naszych dzieci i wnuków. Nasza inicjatywa ma charakter oddolny, zdecentralizowany i niezależny.⁶¹ Budowę zdrowia psychicznego naszych dzieci zaczynamy od najniższego poziomu, czyli rozmowy z rodzicami i tego wychowania od dołu, od tej najmniejszej, najważniejszej komórki społecznej. Często widzimy, że to rodzice bardziej potrzebują leczenia niż dzieci. A wtedy wychodzą te problemy u dzieci. Psychoterapeuci mówią, że rodzic wymaga leczenia, a dziecko jest tylko kolejnym etapem rozwoju tego problemu.

Czynniki środowiskowe, o których Rodzice dla Klimatu tak dużo dyskutują, wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne naszych dzieci. Wiemy z badań, że wskutek ekspozycji dzieci i młodzieży na zanieczyszczone powietrze pojawiają się depresja, stany lękowe i różnego rodzaju dolegliwości. Kolejnym elementem jest zła jakość żywności, którą dostarczamy dzieciom i dotyczy prawie każdej rodziny. Narażamy swoje dzieci na pożywienie, które jest oparte o sztuczne nawozy, zakonserwowane, które w rzeczywistości nie powinny być dostarczane dzieciom. Chciałabym również powiedzieć o rzeczy bardzo ważnej, czyli o deficycie przyrody. Jest on spowodowany zamknięciem naszych dzieci w domach i gadżetach elektronicznych. Jako kraj i jako rodzice nie zapewniamy dzieciom, aby przebywały właśnie w naturze, w otoczeniu przyrody i otoczeniu zwierząt. Dzieci przebywające na łonie przyrody są mniej podatne na zaburzenia psychiczne w dorosłości. Powinniśmy brać przykład np. z Finlandii, która prowadzi tzw. zimne szkoły albo szkoły i przedszkola leśne. Pomagać mogą tzw. zielone recepty, które są stosowane w Wielkiej Brytanii. Tego typu recepty, w formie druków i poradników, mogą wspomagać leczenie dzieci za pomocą zieleni, przyrody. Poprawiają funkcje poznawcze, uważność, pozwalają się wyciszyć.

dr n. med. Maciej Karaszewski

dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia

Warto zadać sobie pytanie, czym możemy się pochwalić w trakcie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, a na co powinniśmy położyć jeszcze nacisk. Na pewno powinniśmy się pochwalić modelem środowiskowym opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. To jest coś, co zostało stworzone i wiele krajów europejskich tego po prostu nie ma. Pierwszy poziom opieki psychologiczno–psychoterapeutycznej to jest coś, czego nie ma wiele krajów Unii Europejskiej. Wiem o tym, bo brałem udział od samego początku w tych pracach i tych wzorców, z których mogliśmy skorzystać w tworzeniu trzypoziomowej opieki, wcale nie było tak dużo. Narodowy Fundusz Zdrowia na swojej stronie internetowej publikuje wiele informacji dla pacjentów, poradniki oraz aktualny wykaz ośrodków I, II i III poziomu referencyjnego. Wg danych NFZ na dzień 7 grudnia 2024 r. funkcjonowały w Polsce 492 ośrodki pierwszego poziomu referencyjnego, 83 poradnie i 90 poradni z oddziałem w ramach ośrodków drugiego poziomu referencyjnego (poradnia) oraz 34 stacjonarne ośrodki trzeciego poziomu referencyjnego.⁶²

61 Rodzice dla Klimatu Dostępne: <https://www.rodzicedlaklimatu.org/>

62 Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. NFZ Dostępne: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

Ośrodki pierwszego poziomu referencyjnego miały pod opieką ok. 300 tys. dzieci i młodzieży. Dzięki wdrożeniu nowego systemu opieki spadł odsetek dzieci hospitalizowanych w stosunku do leczonych. Wszystkie wskaźniki, które monitorujemy wnikliwie, pokazują, że ten system działa albo zaczyna działać. Z doświadczenia wiem, że każda zmiana, która się dokonuje w systemie ochrony zdrowia, nie poprawia sytuacji od momentu wydania rozporządzenia czy ustawy. To jest proces. System się uczy tego procesu, bo ten system opieki zdrowotnej jest niezwykle skomplikowany. Ten system musi się nauczyć po prostu nowego sposobu udzielania świadczeń i koordynacji między poziomami. To wymaga czasu.

W zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych planujemy w placówkach POZ do bilansu dwulatka dołączyć test M-Chat, który mógłby nam przesiewowo znaleźć pacjentów zagrożonych spektrum autyzmu. W zakresie używek powinniśmy działać w kierunku ograniczenia dostępności alkoholu poprzez zamknięcie wszystkich nocnych sklepów z alkoholem. Oczywiście, to wymaga konsensusu wielu środowisk i wiemy, że to nie będzie łatwe. Drugi element to nacisk na profilaktykę w trakcie ciąży poprzez poszerzanie wiedzy na temat zdrowego odżywiania i zagrożeń, które łączą się z używkami.

Chciałem odnieść do raportu NIK, który oceniał stan psychiatrii dzieci i młodzieży w pandemicznym 2022 r. Wydaje się, że jeżeli byśmy ocenili 2023 r., kiedy reforma systemu psychiatrii dzieci i młodzieży zaczęła działać, to ocena mogłaby być zupełnie inna. Powstało ok. 500 ośrodków pierwszego poziomu oraz zaczęły się zmieniać relacje między dziećmi i młodzieżą. Sytuacja zupełnie inaczej wygląda w rzeczywistości niż w tym raporcie. Błędem jest też mówienie o tym, że wzrosła liczba hospitalizacji, bez informacji, że odsetek dzieci hospitalizowanych w stosunku do leczonych spadł.

Renata Szredzińska

prezeska zarządu fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, członkini Zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy ministrze zdrowia

Chcę zaapelować do rodziców najmłodszych dzieci, znaczy tych, którzy albo się szykują dopiero na narodziny swojego dziecka, albo mają malutkie dziecko. W tym momencie niewykorzystanym potencjałem są szkoły rodzenia, które głównie przygotowują do fizjologicznych aspektów porodu i położu, a bardzo mówią mało o nawiązywaniu więzi, o budowaniu tej wczesnej relacji, która będzie procentowała dla dziecka przez całe jego dzieciństwo i dorosłe życie. Zgadzam się z rolą profilaktyki w szkołach i uczenia dzieci komunikacji i współodpowiedzialności za siebie i innych. Jestem chyba ostatnim pokoleniem, które całe dzieciństwo spędzało razem z rówieśnikami na podwórku. Wtedy wychowywaliśmy się w rodzinach wielodzietnych i wielopokoleniowych, a teraz demografia powoduje, że mamy do czynienia głównie z jednym dzieckiem, zamkniętym z własnej woli w swoim domu. Teraz dzieci nie uczą się umiejętności społecznych, a zamiast tego „siedzą w internecie”.

Dyskutujemy dzisiaj, co możemy promować na poziomie europejskim w trakcie polskiej prezydencji. Na pewno kilka wyzwań mamy wspólnych. Jako Polska przestaliśmy być krajem jednolitym narodowo. Mamy liczne grupy uchodźcze i bardzo dużą grupę dzieci z Ukrainy i innych krajów, które przeszły przez bardzo trudne doświadczenia kryzysów migracyjnych. Wiemy, że dzieci, które uciekają z terenów wojny, w 15 proc. tej grupy będą miały rozwinięty zespół stresu pourazowego (PTSD), jeśli nie dostaną wczesnej pomocy. I nie jesteśmy jedyni w Europie, którzy się tym z tym problemem mierzymy. Szkoła też nie jest jeszcze przygotowana na to, żeby te dzieci wesprzeć w edukacji międzykulturowej.

To, czym możemy się pochwalić jako Polska, to profilaktyka przemocy. Mówię o standardach ochrony dzieci, które wyłapują lub mają na celu wczesne wyłapywanie symptomów przemocy zarówno rówieśniczej, jak i tej w domu rodzinnym. To ma szansę spowodować, że nie dopuścimy do tego, żeby te problemy się bardziej rozwijały. Jako jeden z nielicznych w tej chwili krajów w Unii Europejskiej w pełni finansujemy dwa całodobowe „telefony zaufania” dla dzieci

i młodzieży – telefon: 116 111, który prowadzi nasza Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, oraz telefon: 812 12 12, który prowadzi Rzecznik Praw Dziecka. Nasz telefon zaufania działa codziennie – 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.⁶³ To jest taki pierwszy przesiew problemów, które mogą być rozwiązywane wcześniej w dużej mierze poprzez rodziców czy poprzez szkołę. Dzwoniąc na „telefon zaufania”, dziecko znajdzie życzliwą osobę dorosłą, która je wysłucha i spróbuje pomóc.

Chciałam również powiedzieć o założeniach modelu Barnahus zapewnienia wszechstronnej opieki dzieciom pokrzywdzonym przestępstwem w jednym miejscu, unikając wtórnej wiktyimizacji. Wiele krajów Europy wdraża model Barnahus i Polska powinna jak najszybciej go zaimplementować. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę realizuje model Barnahus poprzez 12 Centrów Pomocy Dzieciom, które funkcjonują w Warszawie, Gdańsku, Starogardzie Gdańskim, Głogowie, Białymstoku, Lublinie, Sosnowcu, Wrocławiu, Łodzi, Poznaniu, Olsztynie i Rzeszowie. Zasady pracy tych placówek opierają się na międzynarodowych standardach Barnahus stosowanych w krajach skandynawskich od końca lat 90. (natomiast za poprzednika modelu Barnahus uznaje się sieć Children Advocacy Centres zakładanych w Stanach Zjednoczonych już w połowie lat 80.). Sednem systemu Barnahus jest założenie, że dziecko doświadczające przemocy powinno uzyskać kompleksową, interdyscyplinarną i profesjonalną pomoc w jednym, przyjaznym i odpowiednio do tego przygotowanym miejscu – pod jednym dachem. Idea pomocy dostępnej w jednym miejscu jest bardzo ważna, ponieważ w polskich warunkach dzieckiem pokrzywdzonym przemocą zajmuje się wiele instytucji i służb działających w dużym stopniu niezależnie od siebie – sądów, prokuratury, policji, OPS-ów, placówek ochrony zdrowia itp. Jeśli nie ma między nimi współpracy, jest ono narażone na wielokrotne powtarzanie swoich zeznań, ogromny stres, a w rezultacie wtórną wiktyimizację. Aby oszczędzić dzieciom powtórnego przeżywania traumy i zapewnić im jak najskuteczniejsze wsparcie, w naszych Centrach sprawę każdego małoletniego klienta oraz jego najbliższych od początku do końca prowadzi jeden zespół specjalistów reprezentujących różne dziedziny. Zdecydowana większość klientów Centrów to dzieci z doświadczeniem wykorzystywania seksualnego przez osoby dorosłe. Takie doświadczenie nie tylko ma negatywny wpływ na ich rozwój oraz funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne i społeczne, lecz także może zaważyć na ich późniejszym życiu. Z badań wynika, że osoby wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie, w dorosłym życiu z większym prawdopodobieństwem podejmują ryzykowne zachowania seksualne lub ponownie doświadczają wykorzystywania. Naszym celem jest zapewnienie im jak najskuteczniejszej pomocy, aby do tego nie dopuścić. Mamy w swojej ofercie zarówno terapię indywidualną dla dzieci, jak i grupę wsparcia dla ich rodziców. Nasi terapeuci reprezentują różne podejścia terapeutyczne, niektórzy z nich mają ponad 20 lat doświadczenia w pracy z dziećmi wykorzystywanymi seksualnie.⁶⁴

prof. dr hab. n. med. Barbara Remberk

**kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie, członek zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy
ministrze zdrowia**

Generalnie uważa się, że im wcześniej reagujemy na zaburzenia psychiczne, tym większa jest szansa na wyleczenie. Na pewno to, jak się czuje dziecko, ogromnie zależy od tego, jak funkcjonuje jego rodzina. W przypadku małych dzieci to jest ich główny świat. W przypadku nastolatków to rodzina i rówieśnicy. I to ma ogromny wpływ. Dziecko, które jest prześladowane w szkole, które jest w szkole, w której sobie nie radzi, po pierwsze, musi przekonać o potrzebie zmiany szkoły rodziców. Często jednak tkwi w tej sytuacji. Oczywiście, to samo dotyczy nieprawidłowych sytuacji rodzinnych. Dlatego wszyscy zgadzamy się w zakresie fundamentalnego znaczenia „poziomu zero” w obszarze profilaktyki zaburzeń psychicznych. Często jednak bieda i poziom nieszczęścia niektórych naszych pacjentów sprawiają, że poziom zero to jest abstrakcja. Szkoła może być

63 Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży 116 111. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Dostępne: <https://116111.pl/>

64 Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę Dostępne: <https://fdds.pl/co-robimy/pomagamy-dzieciom-krzywdzonym.html>

życzliwa, ale ojciec, który ukończył szkołę specjalną, i mama, która jest uzależniona od alkoholu, nie pomogą swojemu dziecku w nauce. Gdzieś około czwartej klasy szkoły podstawowej tracą możliwość prowadzenia dziecka przez system szkolny. Jeżeli mama na granicy województwa podlaskiego i mazowieckiego utrzymuje troje dzieci ze swojej pracy w sklepie przez 12 godzin na dobę, to nie ma czasem możliwości, żeby się nad nimi pochylała i rozmawiała.

Mówiąc o „psychiatryzacji”, najwięcej leków psychiatrycznych dostają dzieci z biednych rodzin i dzieci z domów dziecka. Nie dzieci zamożnych rodziców, którzy zaprowadzą je na psychoterapię. Dlatego takim obszarem, który jest ściśle związany z psychiatrią dzieci i młodzieży jest system opieki socjalnej. Istotne są różne aspekty wsparcia socjalnego i w ogóle systemowych działań na rzecz biednych i wykluczonych pacjentów oraz ich rodzin.

Chciałam podkreślić również, że niektórych psychoz u młodych osób można by uniknąć, gdyby te osoby nie paliły marihuany. W debacie publicznej na temat legalizacji marihuany w ogóle nie wybrzmiewa to, co jest jednoznacznie udowodnione, że marihuana palona w młodym wieku, nawet w nie takich dużych dawkach, zwiększa ryzyko rozwoju psychozy.

Barbara Olszowy

główny specjalista w Zespole Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka

W Polsce dzięki wdrożonej reformie idziemy w dobrym kierunku, bo koncentrujemy się w tej chwili na działaniach środowiskowych, czyli zaczynamy od „poziomu zero”. Natomiast w parze z tym, jakby nie do końca, idzie realizacja wszystkich przepisów. Wydaje mi się, że warto byłoby tutaj próbować zdiagnozować konkretne potrzeby i problemy. Dobrym przykładem jest wprowadzanie do szkół psychologów. Z naszych danych wynika, kto jest zatrudniany na etatach psychologów w szkołach oraz jak duży jest odsetek osób, które nie mają do tego przygotowania. Nawet samo zatrudnienie psychologa, który świeżo skończył studia psychologiczne, jest półśrodkiem, nie mówiąc o zatrudnianiu wolontariuszy czy studentów psychologii, bo to jest zupełna porażka. Mam wrażenie, że ciągle nie podchodzimy poważnie do problemów psychicznych, z którymi borykają się dzieci i młodzież. Funkcjonuje to trochę na zasadzie: „zatrudnimy kogokolwiek, bo z takimi problemami każda dorosła osoba sobie poradzi”. Jest to zupełnie błędne podejście do problemu, więc dobrze byłoby, żebyśmy też w naszym kraju koncentrowali się na tym, żeby to, co mamy już dobrego, co dobrego wypracowaliśmy, i żebyśmy to w porządnym sposobie wdrażali w życie.

W Biurze Rzecznika Praw Dziecka mamy również informację o tym, że standardy, nad którymi tyle pracowaliśmy, które miały takie długie *vacatio legis*, zanim zaczęły obowiązywać, nie są realizowane. I to nie tylko nie są realizowane przez jakieś pojedyncze osoby, ale przez instytucje. Polecam Państwu wiele użytecznych informacji i poradników na stronie: <https://brpd.gov.pl/>.⁶⁵ Przypominam, że Dziecięcy Telefon Zaufania Rzeczniczki Praw Dziecka działa 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. To miejsce, gdzie dzieci mogą się czuć bezpiecznie i mówić bez obawy o swoich problemach.⁶⁶

Irena Rej

prezes zarządu Izby Gospodarczej Farmacja Polska

Kiedy pojawiły się problemy z e-papierosami, staraliśmy się przekazywać do różnego rodzaju władz nasze uwagi, pokazując i wykorzystując swoje doświadczenia, które mieliśmy w walce z dopalaczami. A mieliśmy bardzo dobre doświadczenia, bo bardzo skutecznie udało nam się zlikwidować ten problem ze sklepów. On może gdzieś pokątnie istnieje, ale nie ma już tej skali problemu, co kiedyś była. Wystąpiliśmy z propozycją, że jeżeli nie można w tej chwili e-papierosów zlikwidować, bo przepisy europejskie nie pozwalają na to, to może chociaż zrobimy to, co

65 Pomoc psychologiczna dla dzieci i młodzieży. Ważne informacje. Rzecznik Praw Dziecka. 18 września 2024 Dostępne: <https://brpd.gov.pl/2024/09/18/pomoc-psychologiczna-dla-dzieci-i-mlodziezy-wazne-informacje/>

66 Dziecięcy Telefon Zaufania Rzeczniczki Praw Dziecka. Dostępne: <https://brpd.gov.pl/dzieciecy-telefon-zaufania-rzecznika-praw-dziecka/>

możemy sami zrobić. A co możemy sami zrobić? Minister Zdrowia może wydać rozporządzenie, które oddali sklepy od szkół. Tak jak było z alkoholem. Rzecz prosta, wymaga tylko stosownych rozporządzeń. Wokół szkoły nie powinny funkcjonować sklepy, które sprzedają e-papierosy. E-papierosy nie powinny być eksponowane tam, gdzie leżą batony i cukierki. To są najprostsze rzeczy, jakie można było zrobić. Takie rozwiązania są naprawdę proste i bezkosztowe. Niestety, widzę mur obojętności wobec tego typu problemów. Rzecznik Praw Dziecka to była jedyna instytucja, która odpowiedziała na nasz apel. A przecież musimy razem występować z takimi propozycjami. Samo wydanie rozporządzeń nigdy jeszcze nikogo nie uzdrowiło. To działania i chęć ludzi do tego, żeby wprowadzać zmiany, może po prostu spowodować, że coś się zacznie dziać.

Podobnie dzieje się z ekspozycją alkoholu, który można kupić wszędzie i o każdej porze, a łatwiej kupić „małpkę”, niż poprosić o całą butelkę. Coraz więcej młodych ludzi sięga po alkohol. Dlaczego tak się dzieje? Dlatego, że czasami jest to szukanie innowacji, czasami chęć spróbowania, ale nie tylko. Są już tacy, którzy rozwiązują poprzez alkohol problemy. Zresztą dzieci same tego nie wymyślają, tylko robią to, co widzą wokół siebie i naśladują zachowania rodziców, rówieśników i influencerów. Cieszy mnie, że temat używek jest tematem działań Unii Europejskiej. Naszym krajem partnerskim w trio jest Dania, która też będzie kontynuowała temat zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Jednocześnie Unia Europejska prowadzi działania przeciwko e-papierosom i innym używkom. To wszystko razem powinno się gdzieś spinać, co mnie bardzo cieszy, bo być może dopiero to zmasowane unijne działanie zacznie przynosić jakieś efekty, a nie działania krajowe.

W psychiatrii kluczowa jest psychoterapia i farmakoterapia. Wiemy, że leki psychiatryczne stosowane u dzieci mają wiele ograniczeń rejestracyjnych. Często u dzieci stosujemy leki, które przechodziły badania kliniczne dla dorosłych. Dlatego w pełni popieram działania Ministerstwa Zdrowia w zakresie refundacji wielu leków stosowanych w psychiatrii dzieci i młodzieży poza wskazaniami rejestracyjnymi (off-label). Doceniamy, że w 2024 r. najwięcej nowych terapii w dziedzinach nieonkologicznych zrefundowano właśnie w psychiatrii – 19.⁶⁷ Czekamy na dalsze refundacje dla populacji pediatrycznej – także te off-label, w tym w chorobie afektywnej–dwubiegunowej (ChAD) i depresji.

prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek

prezes zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Chciałam przedstawić perspektywę lekarzy psychiatrów dotyczącą reformy psychiatrii dzieci i młodzieży. Pamiętajmy o tym, że jest taki moment, kiedy 16-17-letni pacjenci trafiają do nas, psychiatrów, z różnych powodów. Ci pacjenci za moment będą już pełnoletni. Jeżeli mówimy o systemie, jak pomagać młodym ludziom, to uważam, że jest bardzo ważne, żeby wypracować dobry system przekazywania pacjentów z psychiatrii dzieci i młodzieży do psychiatrii dorosłych. Taki młody człowiek jest związany z terapeutą i psychiatrą dzieci i młodzieży, i musi zmierzyć się z pewną utratą, bo przechodzi do innego, nieznanego sobie systemu opieki. Przechodzi też do systemu, który też ma swoje reformy, który też bardzo się zmienił w ostatnich latach, ale inaczej funkcjonuje i na innych zasadach niż psychiatria dzieci i młodzieży. Więc myślę, że to, co jest ważnego do zrobienia, to wypracowanie takich modeli opieki, które pozwolą bezboleśnie dla leczenia i kompleksowo temu młodemu człowiekowi osiągać pełnoletniość i przechodzić do systemu psychiatrii dorosłych. Z perspektywy psychiatrów wiemy, że choroba dziecka jest chorobą całej rodziny. Dlatego jest ogromnie ważne, aby działaniami profilaktycznymi i leczniczymi obejmować całą rodzinę. Działaniami leczniczymi wobec dziecka, a jednocześnie wspierającymi rodzinę. Często w tej rodzinie są kolejne dzieci, które jeszcze, powiedzmy, nie chorują,

67 Polityka lekowa: podsumowanie r. i nowa lista refundacyjna. Kluczowe zmiany dla pacjentów. Ministerstwo Zdrowia. Grudzień 2024. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-lekowa-podsumowanie-r-i-nowa-lista-refundacyjna-kluczowe-zmiany-dla-pacjentow>

ale choroba brata lub siostry będzie wpływać na ich rozwój. Nastąpi zwiększenie ryzyka czy to zaburzeń psychicznych, czy różnych zachowań, np. ucieczki w alkohol czy narkotyki, od trudnej sytuacji rodzinnej związanej z chorobą dziecka.

Bardzo ważna jest profilaktyka w ciąży w kontekście depresji poporodowej. Dlaczego to jest takie ważne z punktu widzenia psychiatrii dzieci i młodzieży? Choroba matki w tym okresie będzie wpływać na budowanie więzi i będzie wpływać później na rozwój emocjonalny dziecka. A to bardzo często jest zadanie właśnie dla pediatrów. Kobieta z depresją poporodową nie przyjdzie do psychiatry, nawet może nie pójdzie do ginekologa do kontroli, ale pójdzie z dzieckiem do szpitala. Wtedy pediatra, widząc stan dziecka i matki, może skierować matkę do psychiatry.

dr n. med. Julia Pupek-Pyziół

konsultant wojewódzka w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w województwie podlaskim

Jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w województwie podlaskim. Moja pierwsza specjalizacja to psychiatria dorosłych, ale w tej chwili głównie pracuję z dziećmi i z młodzieżą. Natomiast trudno mi z perspektywy psychiatry uwolnić się od patrzenia na dziecko, jak do mnie przychodzi, w perspektywie długofalowej, co będzie dalej. Nie ma żadnych wątpliwości, że wszelkie oddziaływania u dzieci i młodzieży powinny być na etapie pierwszego rzutu. Są to oddziaływania terapeutyczne, środowiskowe i praca psychoedukacyjna z dzieckiem, z rodziną i z całym środowiskiem szkolnym. Natomiast drugi rzut to są leki. Jak wiemy, jeżeli chodzi o możliwość skorzystania z tej pomocy, to jest ona bardzo różna na terenie całego kraju i województw. Nie myślę tylko o pierwszych poziomach opieki, bo one akurat są dość szeroko rozproszone na terenie całego kraju. Natomiast drugi poziom, czyli poradnie i oddziały dzienne, to już jest troszeczkę tutaj większa trudność, żeby pacjenci mogli z niego skorzystać. Mamy też pacjentów, którzy nawet jeśli jest możliwość skorzystania z takiej pomocy, to poprzez niewydolność rodzicielską nie są w stanie realizować poszczególnych zadań w tzw. środowisku domowym czy ambulatoryjnie. W takich przypadkach powinny być możliwe hospitalizacje. Jednak z tym mamy problem, bo jeżeli chodzi o oddziały stacjonarne terapeutyczne, to tych miejsc jest bardzo mało.

Karolina Wasielewska

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Psychiatria dzieci i młodzieży jest jednym z priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Bardzo ważnym jest, w jakim kontekście rozmawia się w Polsce i Unii Europejskiej o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży. W Polsce, w mediach, dyskusje nasiliły się wokół tego, że trzeba coś zrobić z psychiatrią dzieci i młodzieży, z chwilą ujawnienia danych Komendy Głównej Policji o tym, że na koniec 2023 r. w stosunku do 2020 r. o 150 proc. więcej młodych osób próbowało odebrać sobie życie, bo liczba prób samobójczych przekroczyła 2 tys. Oznacza to, że w 2023 r., każdego dnia niemal sześć niepełnoletnich osób podejmowało próby samobójcze, z których jedna, prawie co drugi dzień, kończyła się zgonem. Zapobieganie samobójstwom stanowi jeden z najważniejszych celów działania Światowej Organizacji Zdrowia. Wg danych WHO aż 90 proc. samobójstw popełniają osoby w nastroju lub w stanie depresyjnym. Powinniśmy zadać sobie pytanie, z jakimi problemami natury psychicznej zmagają się dzieci i młodzież w Polsce. Czy to jest rzeczywiście tak, że te problemy depresyjne, zaburzeń nastroju to jest coś, co powinno przykuwać naszą szczególną uwagę, czy też są jakieś problemy, o których się nie dyskutuje, a są równie poważne i wymagają równie szybkiej interwencji. Warto zastanowić się nad pozytywną i negatywną rolą influencerów w mediach społecznościowych, którzy mogą wpływać na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Przypomnę, że influencer to osoba prowadząca różnego rodzaju działania w internecie, ciesząca się popularnością i skupiająca wokół siebie społeczność o podobnych poglądach i zainteresowaniach, a także mająca na nią wpływ.

Warto podkreślić, że zanim postawimy diagnozę zaburzenia psychicznego, to należy zdiagnozować problem na poziomie często zupełnie innym niż medyczny. Wiceminister Wojciech Konieczny powiedział w wywiadzie ze mną, że jednym z rozwiązań, które będziemy proponowali Europie, jest zadziałanie na „poziomie zero”, a więc edukowanie nauczycieli, rodziców i uczniów pod kątem rozpoznawania problemów psychicznych, które mają dzieci i młodzież. Poczucie zagrożeń związanych ze zmianami klimatu oraz styl życia rodzin również wywołuje u młodych ludzi napięcia natury psychicznej. W tym procesie wielką rolę ma do odegrania szkoła, szczególnie gdy dziecko w swoich problemach psychicznych nie może liczyć na pomoc najbliższych. Istotnym elementem wczesnego wykrywania zaburzeń psychicznych są również bilanse i badania przesiewowe dzieci i młodzieży w zakresie opieki pediatrycznej. Lekarz badający dziecko powinien także zwracać uwagę na to, w jakim stanie psychicznym są jego rodzice. Istotny jest w tym aspekcie wątek opieki przejściowej, czyli przejście pacjentów z opieki pediatrycznej do opieki nad dorosłymi.

Raport NIK na temat stanu psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce, opublikowany w dniu 10 września 2024 r., wykazał, że wzrost liczby pacjentów i rozwój pierwszego poziomu referencyjnego jest niewspółmierny do możliwości udzielania pomocy na pozostałych poziomach referencyjnych, czyli w poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych i w oddziałach stacjonarnych trzeciego poziomu. W efekcie w 2022 r. z opieki psychiatrycznej skorzystało tylko 3,5 proc. populacji dzieci i młodzieży. Z badania EZOP II wynika, że potrzebuje tej opieki nawet ok. 14 proc. dzieci i młodzieży w Polsce.

W 2023 r. Komisja Europejska przyjęła ponad 20 inicjatyw wspierających zdrowie psychiczne obywateli i obywateli krajów członkowskich realizujących dokument pt. „Kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego” (A comprehensive approach on mental health). Temu podejściu przyświecają trzy zasady przewodnie: odpowiednia i skuteczna profilaktyka, dostęp do wysokiej jakości i przystępnej cenowo opieki zdrowotnej i leczenia w dziedzinie zdrowia psychicznego oraz reintegracja społeczna po powrocie do zdrowia. Kiedy dzisiaj rozmawialiśmy tutaj o rzeczach, które powinny się w czasie naszej prezydencji wydarzyć, to te trzy zasady się przewijały. W zakresie zdrowia psychiczne dzieci i młodzieży, bo w ramach tych 20 wymienionych przeze mnie inicjatyw zdrowie psychiczne wydaje się, że jest zaopiekowane w różnych obszarach. To jest właśnie zdrowie psychiczne tych najmłodszych pacjentów oraz poszanowanie osób neuro różnorodnych czy to w miejscach pracy, czy w placówkach oświatowych. Jako neuro różnorodne określa się osoby, których systemy neurologiczne funkcjonują inaczej, niż ma to miejsce u osób neurotypowych. Osoby te posiadają różnego rodzaju deficyty związane z neuro różnorodnością, takie jak dysleksja, dyskalkulia, spektrum autyzmu czy zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD).

dr n. med. Jakub Gierczyński

MBA, European Health Network

Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia psychicznego, który pozwala ludziom radzić sobie ze stresem życia, realizować swoje umiejętności, dobrze się uczyć i pracować, oraz przyczyniać się do rozwoju społeczności. Ma ono wartość wewnętrzną i instrumentalną, i jest integralną częścią naszego dobrego samopoczucia. W dowolnym momencie różnorodny zestaw czynników indywidualnych, rodzinnych, społecznych i strukturalnych może łączyć się, aby chronić lub osłabiać zdrowie psychiczne. Chociaż większość ludzi jest odporna, osoby narażone na niekorzystne okoliczności – w tym ubóstwo, przemoc, niepełnosprawność i nierówności – są bardziej narażone na rozwój zaburzeń psychicznych. Wiele zaburzeń psychicznych można skutecznie leczyć przy stosunkowo niskich kosztach, jednak systemy opieki zdrowotnej nadal są znacznie niedofinansowane, a luki w leczeniu są duże na całym świecie. Opieka nad zdrowiem psychicznym jest często niskiej jakości, gdy jest świadczona. Osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego często doświadczają również stygmatyzacji, dyskryminacji i naruszeń praw człowieka.⁶⁸

68 Mental health. WHO Dostępne: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Wg raportu IRSS zdrowie psychiczne było priorytetem w zakresie zdrowia w ramach ośmiu prezydencji w Radzie Unii Europejskiej od 2011 r. do stycznia 2025 r.⁶⁹ Polska prezydencja i priorytet zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży wpisuje się w strategię Unii Europejskiej w zakresie zdrowia psychicznego, przedstawioną w postaci dokumentu pt. „Kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego” („A comprehensive approach on mental health”).⁷⁰ Dokument został zaktualizowany i uchwalony ponownie w dniu 10 października 2024 r. w trakcie obchodów Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego.⁷¹ Przypomnę, że Komisja Europejska opublikowała w dniu 7 czerwca 2023 r. strategię pt. „A comprehensive approach on mental health” w zakresie zdrowia psychicznego, która opiera się na kompleksowym podejściu do zdrowia psychicznego. Kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego jest kluczowym warunkiem poprawy sytuacji, co implikuje kluczowe działania Unii Europejskiej. Dlatego Unia Europejska przyjmuje kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego w oparciu o trzy zasady przewodnie: odpowiednia i skuteczna profilaktyka, dostęp do wysokiej jakości i przystępnej cenowo opieki zdrowotnej i leczenia w dziedzinie zdrowia psychicznego, oraz reintegracja społeczna po powrocie do zdrowia. Czynniki wpływające na zdrowie psychiczne są zróżnicowane i należy je uwzględniać we wszystkich obszarach polityki. W związku z tym kompleksowe podejście do zdrowia psychicznego Unii Europejskiej będzie miało szeroki zakres i obejmie wysiłki, które będą miały na celu:

1. Uwzględnianie zdrowia psychicznego we wszystkich obszarach polityki (w tym europejska inicjatywa na rzecz budowania zdolności w zakresie zdrowia psychicznego).
2. Promowanie dobrego zdrowia psychicznego, profilaktyki i wczesnej interwencji w przypadku problemów związanych ze zdrowiem psychicznym (w tym europejska inicjatywa na rzecz zapobiegania depresji i samobójstwom, inicjatywa „Zdrowsi razem” – wzmocnienie komponentu „Zdrowie psychiczne”, platforma dla osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym, europejski kodeks zdrowia psychicznego, stworzenie wspólnego systemu badań nad mózgiem).
3. Poprawa zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (w tym sieć zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zdrowie dzieci: materiały dotyczące profilaktyki, pierwsza inicjatywa przewodnia dla młodzieży, inicjatywa „Zdrowe ekrany, zdrowa młodzież”).
4. Pomoc najbardziej potrzebującym (w tym ochrona ofiar przestępstw, walka z nowotworami: platforma dla młodych osób żyjących z rakiem lub wyleczonych).
5. Przeciwdziałanie zagrożeniom psychospołecznym w miejscu pracy (w tym inicjatywa na szczeblu UE w sprawie zagrożeń psychospołecznych, kampanie UE prowadzone w miejscu pracy).
6. Wzmocnienie systemów ochrony zdrowia psychicznego oraz poprawa dostępu do leczenia i opieki (w tym inicjatywa na rzecz większej liczby lepiej wyszkolonych specjalistów w UE), wsparcie techniczne reform w zakresie zdrowia psychicznego w kilku sektorach, gromadzenie danych na temat zdrowia psychicznego.
7. Przełamywanie stygmatyzacji (w tym zwalczanie stygmatyzacji i dyskryminacji).
8. Wspieranie ochrony zdrowia psychicznego na świecie (w tym wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego dla osób wysiedlonych z Ukrainy i poszkodowanych na Ukrainie), wspieranie rozpowszechniania pakietu usług podstawowych w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego (opracowanego przez Stały Komitet Międzyinstytucjonalny).⁷²

69 Raport otwarcia. Quo Vadis Trio? IRSS 2024 Dostępne: <https://irss.org.pl/wp-content/uploads/2024/02/Raport-otwierajacy-PL-online-1.pdf>

70 A comprehensive approach to mental health. Directorate-General for Health and Food Safety. 7 czerwca 2023. Komisja Europejska Dostępne: https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en

71 A comprehensive approach to Mental Health: Progress so far. Tracking framework for the implementation of the Commission Communication on a comprehensive approach to mental health. 10 października 2024. Komisja Europejska. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/document/download/6317c605-5f5d-4d4f-9c8a-d5c93e869814_en?filename=ncd_tracking-framework-mh_en.pdf

72 Dlaczego UE powinna działać na rzecz poprawy zdrowia psychicznego? Dostępne: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_pl

Wg raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2020 r. pt. „Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)” system leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży wymaga zmian, bowiem nie zapewnia kompleksowej oraz powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej w tej dziedzinie. Problemem jest nierównomierne w skali kraju rozmieszczenie kadry lekarskiej, szpitalnych oddziałów psychiatrycznych i poradni dla małoletnich. W pięciu województwach nie funkcjonował żaden oddział psychiatryczny dzienny, a w województwie podlaskim brakowało oddziału całodobowego. Zdarzało się, że małoletni pacjenci trafiali na oddziały dla dorosłych. Zmniejszyła się również liczba podmiotów udzielających małoletnim ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych, a jednocześnie dostępność do nich była uzależniona od miejsca zamieszkania – utrudniona w małych miastach i na wsi. Przede wszystkim jednak brakowało profilaktyki zaburzeń psychicznych, którą powinien zapewnić model leczenia środowiskowego, stanowiący najbardziej efektywną formę opieki psychiatrycznej nad tą populacją. Rekomendacje pokontrolne NIK dla ministra zdrowia to: ograniczenie zróżnicowania terytorialnego w dostępie do świadczeń opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, opracowanie modelu prognozowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, równomierne rozmieszczenie ośrodków i miejsc szkoleniowych oraz określenie wskaźników minimalnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży.⁷³

Wg raportu NIK z 10 września 2024 r. pt. „Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą” system opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest dalej niewydolny. Potrzeby zdrowotne dzieci i młodzieży nie zostały zaspokojone pomimo zwiększenia dostępności pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej w ramach wdrażanej od ponad czterech lat reformy psychiatrii dziecięcej. W dalszym ciągu brakowało lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, w związku z czym kolejka oczekujących na leczenie wydłużała się. Szpitale były przepelnione, młodych pacjentów hospitalizowano na oddziałach dla dorosłych albo odmawiano im przyjęcia ze względu na brak miejsc. Dodatkowo we wszystkich skontrolowanych szpitalach wystąpiły nieprawidłowości dotyczące stosowania lub dokumentowania przymusu bezpośredniego. Działania ministra zdrowia na rzecz poprawy sytuacji były nieskuteczne m.in. dlatego, że przed wprowadzeniem nowego modelu opieki psychiatrycznej nie opracował on całościowej koncepcji reformy ani nie określił niezbędnych zasobów, oczekiwanych efektów czy harmonogramu działań. W ocenie NIK niezbędna jest kontynuacja reformy psychiatrii dzieci i młodzieży oraz międzysektorowa współpraca, zwłaszcza pomiędzy środowiskami opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i oświaty. Wg raportu NIK samobójstwa stanowią drugą przyczynę zgonów wśród nastolatków, a liczba prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież w Polsce ciągle rośnie. Jak podaje Komenda Główna Policji, na koniec 2023 r., w stosunku do 2020 r., o 150 proc. więcej młodych osób próbowało odebrać sobie życie, a ich liczba przekraczała 2,1 tys. Oznacza to, że w 2023 r. każdego dnia w Polsce niemal sześć niepełnoletnich osób podejmowało takie próby, z których jedna prawie co drugi dzień kończyła się zgonem. Zapobieganie samobójstwom stanowi jeden z najważniejszych celów działania Światowej Organizacji Zdrowia. Według danych WHO aż 90 proc. samobójstw popełniają osoby w nastroju lub stanie depresyjnym. Jak podają niektóre źródła, niemal 1 mln dzieci i nastolatków w Polsce potrzebuje pomocy lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów oraz innych specjalistów. Dlatego niezbędna jest profilaktyka zaburzeń psychicznych i rozwój opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. W latach 2020–2022 liczba świadczeń psychiatrycznych udzielanych dzieciom i młodzieży zwiększyła się z 1,8 mln do 3,8 mln, a w I kwartale 2023 r. wyniosła 1 mln. Mimo takiego wzrostu, potrzeby dzieci i młodzieży w zakresie opieki psychiatrycznej nie zostały zaspokojone. Rosły kolejki oczekujących. Na przestrzeni lat 2020–2023 (I kwartał) liczba pacjentów oczekujących do poradni zdrowia psychicznego wzrosła ponaddwukrotnie (z prawie 10 tys. do niecałych 20 tys.), do oddziałów dziennych o jedną czwartą, a do oddziałów stacjonarnych trzykrotnie. Wydłużał się czas oczekiwania na leczenie, a odsetek dzieci i młodzieży przyjmowanych na oddziały szpitalne w trybie nagłym ciągle przekraczał 70 proc.⁷⁴

73 Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019). Raport NIK. Marzec 2020 r. Dostępne: <https://www.nik.gov.pl/plik/id.22730.vp.25429.pdf>

74 Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą. Raport NIK. Wrzesień 2024 Dostępne: <https://www.nik.gov.pl/plik/id.29673.vp.32532.pdf>

Psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce stoi przed wielkimi wyzwaniami. Kryzys psychiatrii dzieci i młodzieży to wynik wieloletnich zaniedbań i niedofinansowania spotęgowany pandemią Covid-19 oraz wojną w Ukrainie. W 2022 r., w porównaniu z 2019 r., odnotowano wzrost o 168 proc. pacjentów psychiatrycznych od 13. do 18. roku życia, a w grupie dzieci do 13. roku życia wzrost o 87 proc. Brakuje lekarzy specjalistów psychiatrii dziecięcej, psychologów i psychoterapeutów. Dlatego konieczna jest konsekwentna reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, której głównym założeniem jest przeniesienie ciężaru opieki psychiatrycznej ze szpitali w kierunku opieki środowiskowej. Dzięki uruchomieniu ośrodków opieki środowiskowej na pierwszym poziomie zabezpieczono opiekę psychiatryczną dla pacjentów dziecięcych i młodzieżowych oraz odciążono szpitalne oddziały młodzieżowe. Nowy system opieki nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży zakłada utworzenie sieci ośrodków funkcjonujących na trzech poziomach referencyjności. Praktycznie 70 proc. z tych pacjentów, którzy się zgłaszają, wymaga tylko opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, a 30 proc. wymaga przekierowania na drugi poziom, w którym konieczna jest pomoc lekarza psychiatry czy skierowanie na oddział. Jednocześnie konieczny jest wzrost nakładów publicznych na psychiatrię dziecięcą i opiekę psychologiczno–psychiatryczną nieletnich. W ciągu ostatnich czterech lat czterokrotnie zwiększono nakłady na opiekę psychiatryczną dla dzieci – z finansowania na poziomie mniej więcej 250 mln w 2019 r. do ponad 1 mld zł w 2023 r. Bardzo ważny jest dostęp refundacyjny do skutecznych leków. W latach 2021–2024 w zakresie psychiatrii zrefundowano 22 nowe cząsteczko-wskazania w zakresie psychiatrii, także we wskazaniach pozarejestacyjnych (off-label), co jest szczególnie istotne w populacji pediatrycznej.⁷⁵

Cyfryzacja w ochronie zdrowia jako priorytet polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.

dr n. med. Jakub Gierczyński [redakcja naukowa]

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

Małgorzata Bogusz, prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia na Uczelni Łazarskiego

Dr hab. n. med. Michał Gontkiewicz, lider Grupy roboczej ds. danych medycznych Naczelnej Izby Lekarskiej, członek Naczelnej Rady Lekarskiej

Andrzej Haremski, cybernetyk społeczny, absolwent medycyny

Dr n. med. Tomasz Imiela, członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Dr n. pr. Paweł Kaźmierczyk, lider Grupy roboczej ds. danych medycznych Naczelnej Izby Lekarskiej

Paweł Łangowski, przewodniczący Komitetu ds. Ochrony Zdrowia, SGI Europe

Marta Musidłowska, badacz prawny, Center for IT & IP Law, Katolicki Uniwersytet w Leuven

Prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Komisja ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Marcin Repelewicz, koordynator komisji ds. cyfryzacji w ochronie zdrowia Naczelnej Izby Aptekarskiej

Tomasz Rudolf, współzałożyciel i CEO start-upu medycznego Doctor.One

Dr n. o zdr. Piotr Samel-Kowalik, Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁷⁵ Obwieszczenia ministra zdrowia – lista leków refundowanych Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych>

Jacek Sztajnke, architekt systemów IT, członek rady naukowej przy projekcie Platformy Chorób Rzadkich

Karolina Wasielewska, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Wprowadzenie

21 listopada 2024 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbyła się konferencja pt. „Droga do Prezydencji: cyfrowa transformacja w medycynie i ochronie zdrowia”. Konferencja była poświęcona jednemu z priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, czyli cyfryzacji w ochronie zdrowia. W zakresie tego priorytetu polska prezydencja planuje działania:

1. Wdrożenie legislacji EHDS (European Health Data Space):
 - a. architektura systemu EHDS,
 - b. transformacja cyfrowa vs wykluczenie cyfrowe,
 - c. zarządzanie danymi pierwotnymi i wtórnymi.
2. Cyberbezpieczeństwo wyrobów medycznych, w tym:
 - a. zebranie doświadczeń i opinii nt. stosowania obecnie obowiązujących,
 - b. projektowanych aktów prawnych, m.in. podczas spotkania Grupy Koordynacyjnej ds. Wyrobów Medycznych (MDCG).
3. Współpraca państw członkowskich UE na rzecz rozwoju usług transgranicznych w e-zdrowiu.⁷⁶

Konferencja zorganizowana przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych zgromadziła ekspertów zajmujących się cyfryzacją w medycynie. Efektem konferencji będzie rozdział przekrojowy w Białej Księdze oraz lista „polskich produktów eksportowych” z dziedziny cyfrowej transformacji ochrony zdrowia. Konferencję sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021–2030.

Małgorzata Bogusz

prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

W imieniu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych z przyjemnością zapraszamy Państwa do udziału w konferencji „Droga do Prezydencji: cyfryzacja w programie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej”. Dzisiejsza debata jest kolejnym wydarzeniem w cyklu inicjatyw Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych (IRSS), które koncentrują się na priorytetach polskiej prezydencji w Radzie UE rozpoczynającej się 1 stycznia 2025 r. Cykl „Droga do Prezydencji” został rozpoczęty w 2023 r. IRSS zorganizował dotychczas sześć takich wydarzeń, w których udział wzięło łącznie ponad 100 polskich i zagranicznych ekspertów. Inicjatywy te służą stworzeniu platformy eksperckiej do dyskusji o priorytetach prezydencji oraz opracowaniu rekomendacji w formie Białej Księgi. Dyskusja, którą dzisiaj będziemy toczyć, poświęcona jest zakresowi priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, która rozpoczyna się 1 stycznia 2025 r. Jak wiemy, Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało cztery główne priorytety polskiej prezydencji w zakresie zdrowia: cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, promocja profilaktyki oraz bezpieczeństwo lekowe.⁷⁷ Obrady dzisiejszej konferencji skupią się na cyfryzacji w ochronie zdrowia jako jednym z filarów programu polskiej prezydencji w Radzie UE. Do udziału w dzisiejszym wydarzeniu zaprosiliśmy ekspertów, by podzielili się

⁷⁶ Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

⁷⁷ Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

doświadczeniami ze swoich obszarów medycyny i życia społecznego, kontrybuując tym samym do stworzenia katalogu dobrych praktyk z zakresu cyfryzacji ochrony zdrowia, którymi Polska będzie mogła dzielić się na arenie europejskiej podczas sprawowania prezydencji w Radzie UE.

Jestem członkiem Europejskiego Komitetu Ekonomiczno–Społecznego (EKES), który składa się z 329 członków i jest organem doradczym Unii Europejskiej.⁷⁸ Oznacza to, że każdy dokument unijny, który przygotowuje Komisja Europejska, trafia do nas i my w trzech grupach, bo jesteśmy podzieleni na trzy grupy – pracodawców, związki zawodowe oraz sektor pozarządowy, w którym mam zaszczyt działać – opiniujemy te dokumenty, a więc również debatujemy bardzo intensywnie.

Justyna Mieszalska

prezes Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W imieniu Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego witam Państwa serdecznie. Razem z Instytutem Rozwoju Spraw Społecznych mamy przyjemność gościć Państwa podczas drugiej debaty dotyczącej drogi do polskiej prezydencji i tematu cyfryzacji. Przed nami jeszcze jedna debata dotycząca zdrowia publicznego. Pamiętam, że wiele lat temu Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ) zaczął prace nad platformą P1. Pandemia Covid-19 przyspieszyła wiele zmian dotyczących cyfryzacji elektronicznej w Polsce. Weszła w życie dokumentacja medyczna, e-skierowania, e-zwolnienia oraz e-recepty. To znacznie ułatwiło nam funkcjonowanie w pandemii. Do tego się zaczęliśmy przyzwyczajać i już chyba nie widzimy odwrotu. Niemniej jednak, jako osoba zarządzająca placówką medyczną, muszę powiedzieć, że mamy w naszym społeczeństwie nie tylko osoby 18+, które sobie świetnie radzą z nowinkami technologicznymi, ale mamy też seniorów, w wieku 65+, którzy są wykluczeni z wielu dobrodziejstw. Np. Internetowe Konto Pacjenta (IKP), sztandarowy projekt Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, nie jest powszechny wśród osób z 65+. Spojrzałam ostatnio na wyniki badania PolSenior, dotyczącego okresu 2016–2020, i dane od wielu lat się nie zmieniają. Osoby 65+ w dużej mierze są wykluczone cyfrowo, a tylko 20 proc. osób 80+ ma ochotę zapoznać się z obsługą komputera i telefonu typu smartfon. PolSenior2 to ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno–ekonomicznej oraz jakości życia realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia.⁷⁹ Mam nadzieję, że w naszej debacie dotyczącej informatyzacji zwrócimy szczególną uwagę na osoby, które są wykluczone cyfrowo w aspekcie opieki medycznej i opracujemy drogę do poprawy tej sytuacji w naszym kraju.

Sharing is Caring? Wyzwania związane z wtórnym wykorzystaniem danych dotyczących zdrowia w ramach EHDS

Marta Musidłowska

badacz prawny, Center for IT & IP Law, Katolicki Uniwersytet w Leuven

Europejska strategia w zakresie danych (luty 2020 r.) zapowiada utworzenie jednej wspólnej europejskiej przestrzeni danych, składającej się z poszczególnych sektorowych i międzysektorowych przestrzeni danych – interoperacyjnych ram dla wspólnych standardów i praktyk, których celem jest udostępnianie lub wspólne przetwarzanie danych, m.in. w celu opracowywania nowych produktów i usług, badań naukowych lub inicjatyw społeczeństwa obywatelskiego. Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS) będzie pierwszą wspólną europejską przestrzenią danych opartą na regulacji. Składa się z trzech głównych części, z których każda ma inny cel przyczyniający się do poprawy wymiany i dostępu do elektronicznych danych dotyczących zdrowia:

1. Pierwotne wykorzystanie elektronicznych danych dotyczących zdrowia (primary use).

⁷⁸ Europejski Komitet Ekonomiczno–Społeczny (EKES Dostępne: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-economic-and-social-committee-eesc_pl)

⁷⁹ Projekt PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Dostępne: <https://polsenior2.gumed.edu.pl/>

2. Harmonizacja przepisów dotyczących interoperacyjności systemów elektronicznej dokumentacji medycznej oraz aplikacji wspierających dobrostan, które deklarują interoperacyjność z systemami elektronicznej dokumentacji medycznej.
3. Wtórne wykorzystanie elektronicznych danych dotyczących zdrowia (secondary use).

Ponowne wykorzystanie danych zdrowotnych do badań, innowacji, zdrowia publicznego, kształtowania polityki, działań regulacyjnych i medycyny spersonalizowanej. Tworzy „alternatywny”, wspólny mechanizm dostępu do elektronicznych danych dotyczących zdrowia do wtórnego wykorzystywania w całej Unii, bez utrudniania czy zastępowania istniejących ustaleń administracyjnych lub umownych. Państwa członkowskie nie mogą już utrzymywać ani wprowadzać na mocy art. 9 ust. 4 rozporządzenia RODO dalszych warunków, w tym ograniczeń i szczegółowych przepisów wymagających zgody osób fizycznych w odniesieniu do przetwarzania do wtórnego wykorzystania osobowych elektronicznych danych dotyczących zdrowia na mocy niniejszego rozporządzenia. Wyjątek to możliwość wprowadzenia bardziej rygorystycznych środków i dodatkowych zabezpieczeń na szczeblu krajowym, aby chronić wrażliwość i wartość danych.

Minimalne kategorie danych elektronicznych do wtórnego wykorzystywania (art. 33 EHDS):

1. Elektroniczne dane dotyczące zdrowia pochodzące z elektronicznej dokumentacji medycznej.
2. Dane dotyczące czynników mających wpływ na zdrowie, w tym społeczno–gospodarczych, środowiskowych i behawioralnych czynników warunkujących zdrowie.
3. Zagregowane dane dotyczące potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, zasobów przeznaczonych na opiekę zdrowotną, świadczenia opieki zdrowotnej i dostępu do niej, wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania.
4. Dane dotyczące patogenów, mające wpływ na zdrowie ludzi.
5. Dane administracyjne dotyczące opieki zdrowotnej, w tym dane dotyczące wydawania, wniosków o zwrot i zwrotów kosztów.
6. Dane z zakresu genetyki człowieka, epigenomiki i genomiki.
7. Inne molekularne dotyczące człowieka, takie jak dane z zakresu proteomiki, transkryptomiki, metabolimiki, lipidomiki i innych danych z zakresu omik.
8. Elektroniczne dane osobowe dotyczące zdrowia wygenerowane automatycznie za pośrednictwem wyrobów medycznych.
9. Dane z aplikacji wspierających dobrostan.
10. Dane dotyczące statusu zatrudnienia, specjalizacji i instytucji pracowników służby zdrowia zaangażowanych w leczenie osób fizycznych.
11. Rejestry danych dotyczących zdrowia obejmujące populację (rejestry dotyczące zdrowia publicznego).
12. Dane z rejestrów medycznych i rejestrów zgonów.
13. Dane z badań klinicznych, badań biomedycznych i badań klinicznych (objętych konkretnymi rozporządzeniami).
14. Inne dane dotyczące zdrowia pochodzące z wyrobów medycznych.
15. Dane z rejestrów produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
16. Dane z badań kohortowych, kwestionariuszy i badań związanych ze zdrowiem, po pierwszym opublikowaniu wyników.
17. Dane dotyczące zdrowia pochodzące z biobanków i powiązanych baz danych.

Podmioty zaangażowane w proces udzielania dostępu w ramach wtórnego użytku elektronicznych danych dot. zdrowia to: posiadacze danych dotyczących zdrowia, użytkownicy danych dotyczących zdrowia, organy ds. dostępu do danych dotyczących zdrowia (ang. The Health Data Access Body, HDAB) oraz osoby fizyczne.

Na proces wtórnego wykorzystania elektronicznych danych zdrowotnych składają się:

- Analiza i ocena opisów zbiorów danych.
- Wniosek o udzielenie dostępu do danych.

- Wydanie zezwolenia na dostęp do danych.
- Przygotowanie danych.
- Udzielenie dostępu i wykorzystanie danych.
- Publikacja wyników przetwarzania.

Analiza ocena i opisów zbiorów danych polega na tym, że posiadacze danych dotyczących zdrowia dostarczają opisy posiadanych zbiorów danych do HDAB (art. 41 ust. 2 EHDS). HDABs/EC publikują opisy zbiorów danych w krajowych katalogach zbiorów danych/katalogu zbiorów danych UE (art. 55(1), 57 EHDS). Osoby fizyczne/prawne chcące uzyskać dostęp do danych, przeglądają katalogi zbiorów danych. Następnie przygotowany jest wniosek o udostępnienie danych dotyczących zdrowia (art. 47 EHDS) oraz wniosek o udzielenie dostępu do danych (art. 45 EHDS).

Wniosek o udzielenie dostępu do danych określa:

- Tożsamość wnioskodawcy.
- Określenie, którego z celów wymienionych w art. 34 EHDS dotyczy wniosek.
- Szczegółowe wyjaśnienie zamierzonego przeznaczenia i oczekiwanych korzyści związanych z wykorzystywaniem elektronicznych danych dotyczących zdrowia.
- Opis wymaganych danych, w tym zakres, przedział czasowy, format, źródła danych, zakres geograficzny (jeśli wniosek pokrywa dotyczy danych z różnych państw członkowskich).
- Opis dotyczący tego, czy dane powinny być udostępnione w spseudonimizowanym czy zanonimizowanym formacie (w przypadku ubiegania się o dostęp do spseudonimizowanych danych, należy uzasadnić, dlaczego cel nie może być zrealizowany poprzez dostęp do zanonimizowanych danych).
- W tej sytuacji konieczne jest również wykazanie zgodności z RODO czy krajowymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Wg art. 34 EHDC dozwolone jest wtórne wykorzystanie danych elektronicznych dotyczących zdrowia wyłącznie dla organów sektora publicznego lub instytucji Unii, gdy istnieje interes publiczny w obszarze zdrowia publicznego i zawodowego, gdy wymagane jest tworzenie polityk i podejmowana jest działalność regulacyjna w obszarze ochrony zdrowia oraz na potrzeby tworzenia statystyk w ochronie zdrowia. Na gruncie tego samego artykułu dozwolone jest wtórne wykorzystanie danych elektronicznych dotyczących zdrowia dla pozostałych podmiotów na potrzeby edukacji lub nauczania w sektorze zdrowia i opieki, na potrzeby badań naukowych w sektorze zdrowia, w tym rozwoju, innowacji, szkolenia i testowania algorytmów, a także wtedy, gdy wymagane jest udoskonalanie świadczenia opieki, optymalizacja leczenia i zapewnianie opieki zdrowotnej.

Wg art. 35 EHDC niedozwolone jest wtórne wykorzystanie danych elektronicznych dotyczących zdrowia w celu podejmowania decyzji szkodliwych dla osoby fizycznej lub grup osób na podstawie ich elektronicznych danych zdrowotnych, podejmowania decyzji dotyczących osób fizycznych lub grup w kontekście ofert pracy lub oferowania mniej korzystnych świadczeń, na potrzeby realizacji działań reklamowych lub marketingowych. Niedozwolone jest także wtórne wykorzystanie danych elektronicznych dotyczących zdrowia na potrzeby opracowywanie szkodliwych produktów lub usług (np. używek czy broni) czy też w związku z działaniami sprzecznymi z przepisami etycznymi zgodnie z prawem krajowym.

W ramach kolejnego etapu – oceny wniosku i wydanie zezwolenia na dostęp – HDAB sprawdza, czy aplikant spełnia łącznie określone kryteria, m.in.:

- Czy cel opisany we wniosku odpowiada co najmniej jednemu z dozwolonych celów z art. 33 EHDS.
- Czy dane, których dotyczy wniosek są proporcjonalne, adekwatne, niezbędne do osiągnięcia wyznaczonego celu.
- Przetwarzanie jest zgodne z art. 6 GDPR, w szczególności, gdy dostęp ma dotyczyć danych spseudonimizowanych.

- Odpowiednia wiedza fachowa i kwalifikacje zawodowe.
- Odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, którymi może wykazać się wnioskodawca.
- Informacje na temat oceny etycznej (w stosownych przypadkach).

HDAB powinien również uwzględnić zagrożenia dla obrony narodowej, bezpieczeństwa, bezpieczeństwa narodowego, porządku publicznego czy też zagrożenia polegające na podważeniu poufnych danych w rządowych bazach danych organów regulacyjnych. Etap przygotowania danych polega na tym, że posiadacze danych zdrowotnych udostępniają dane na wniosek HDAB w związku z zezwoleniem przyznany użytkownikowi (ostatni moment na poinformowanie o IP/TS) (art. 41(1) EHDS). HDAB powinien udostępnić dane użytkownikowi danych zdrowotnych w Bezpiecznym Środowisku Przetwarzania (SPE), z zastosowaniem środków technicznych i organizacyjnych oraz wymogów w zakresie bezpieczeństwa i interoperacyjności (art. 37(1)(a) EHDS). Dostęp do danych powinien być wyłącznie w Bezpiecznym Środowisku Przetwarzania (art. 50 EHDS), Przetwarzanie danych jest kontrolowane przez HDABs (art. 37 (1) (a) EHDS). W ramach udzielenia dostępu i wykorzystania danych są dodatkowe obostrzenia nałożone na użytkowników w związku z przetwarzaniem, m.in. Zakaz podejmowania próby ponownej reidentyfikacji zanonimizowanych lub spseudonimizowanych danych. Naruszenia podlegają karom administracyjnym, środkom egzekucyjnym oraz sankcjom karnym (jeżeli zostało to przewidziane prawem krajowym) (art. 41a(2a), 43(4) EHDS).

W ramach publikacji wyników na podstawie wykorzystanych wtórnych elektronicznych danych zdrowotnych użytkownik jest zobowiązany do upublicznienia wyników lub rezultatów wtórnego wykorzystania elektronicznych danych zdrowotnych, w tym informacji istotnych dla świadczenia opieki zdrowotnej. Do wykorzystania wtórnych elektronicznych danych zdrowotnych niezbędne są kompetencje w obszarze zdrowia.

Zasadą nadrzędną jest, że poziom ochrony zdrowia ludzkiego musi być zapewniony we wszystkich politykach i działaniach Unii (art. 168(1) TFUE). Kompetencje dzielone to rynek wewnętrzny, wspólne kwestie bezpieczeństwa w sprawach zdrowia publicznego oraz badania i rozwój technologiczny. Kompetencje wspierające, to ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego. Wyłączne kompetencje państw członkowskich to definiowanie polityki zdrowotnej, organizacja i świadczenie usług zdrowotnych oraz opieki medycznej, oraz zarządzanie systemem ochrony zdrowia i przydzielanie zasobów.

Elementy wdrażane (as is), to priorytetowe kategorie danych zdrowotnych w formie wymiany elektronicznej dokumentacji zdrowotnej, zadania HDABs, elementy wniosków o dostęp do danych, elementy składające się na znak jakości i etykiety użyteczności danych etc. Elementy obowiązkowe (shall) muszą zostać wdrożone, ale państwo członkowskie ma swobodę w dopracowaniu szczegółowych aspektów. Jest to zapewnienie funkcjonalności infrastruktury EHDS, dostosowanej do kontekstu krajowego: wyznaczenie jednego lub więcej HDAB, zapewnienie ekspertów i zasobów finansowych dla HDAB, rozwój szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia oraz promocja umiejętności cyfrowych w zdrowiu i edukacja pacjentów. Opcjonalne elementy (may) polegają na zasadzie, że państwa członkowskie mogą zdecydować, czy w ogóle chcą wdrożyć dane rozwiązanie. Może być to wprowadzenie opcji rezygnacji (opt-out) w pierwotnym wykorzystaniu danych, ustanowienie mechanizmu udostępniania danych, w odniesieniu do których skorzystano z opt-out w ramach wtórnego użytku danych, tworzenie podmiotów pośredniczących dla określonych typów posiadaczy danych, zaostrzenie środków i dodatkowe zabezpieczenia dla danych wtórnych lub procedury umożliwiające uzyskanie statusu zaufanego posiadacza danych.

Rejestracja elektronicznych danych osobowych dotyczących zdrowia na pierwotny użytek (primary use) jest obowiązkiem nałożonym na państwa członkowskie. Maja one zapewnić, żeby świadczeniodawcy rejestrowali w systemie elektronicznej dokumentacji medycznej te dane osobowe, które należą w całości lub w części do kategorii priorytetowych. Kategorie priorytetowe to skrócone karty zdrowia pacjenta, recepty elektroniczne, realizacja recept elektronicznych, analizy obrazowania medycznego, raporty dotyczące powiązanego opracowania medycznego, wyniki badań medycznych, w tym wyniki badań laboratoryjnych i wypisy. Jeżeli chodzi o pierwotny użytek

danych medycznych, to Unia Europejska wymusza na państwach członkowskich, żeby na poziomie prawa krajowego był nałożony obowiązek na przedsiębiorców. Nie jest tak, że sama regulacja nakłada na świadczeniodawców ten obowiązek. Musimy zapewnić to regulacyjnie w unijnych państwach członkowskich, żeby świadczeniodawcy przynajmniej te priorytetowe kategorie rejestrowali w formie elektronicznej. Jeżeli chodzi o wtórny użytek (secondary use) danych medycznych, to tak naprawdę nie ma wymogu nałożonego na posiadaczy danych, żeby rejestrowane były te wszystkie inne kategorie danych w formie elektronicznej. Jeżeli one już są w tej formie elektronicznej, wtedy uzgadniamy, co jest ciekawym wyłomem dla potencjalnych posiadaczy danych, że jak nie będą chcieli tak naprawdę udostępnić swoich danych, jeżeli nie będą chcieli dzielić się tymi danymi z potencjalnymi użytkownikami, no to mogą powiedzieć, że my nie rejestrujemy już tego w formie elektronicznej. To jest trochę problematyczne, Z tego, co wiem, w Belgii całkiem nieźle to działa. Ten kraj ma jednak inny problem, polegający dużej suwerenności regionów w kontekście zdrowia. Natomiast Finlandia jest wzorcem dla europejskiego systemu w zakresie użytku wtórnego danych medycznych.

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz

Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Komisja ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa powinna stać się europejskim standardem u pacjentów z niewydolnością serca.

Zapadalność na niewydolność serca wynosi 26 mln osób na świecie, w tym od 12 do 18 mln osób w Europie. W Polsce 1,5 mln osób ma rozpoznaną niewydolność serca. Niewydolność serca ICD–50 staje się rosnącym wyzwaniem społecznym. Jednocześnie jest to jednostka chorobowa o wzrastającej częstości pod względem zapadalności. Tym samym stanowi najczęstszy i najwyższy koszt hospitalizacji, w tym szczególnie dla pacjentów powyżej 65. roku życia. Niewydolności serca można skutecznie zapobiegać i leczyć. Należy wdrożyć do codziennej praktyki klinicznej ujętą w standardy wiedzę, będącą doświadczeniami z realizowanych badań klinicznych. Standardy te tworzą wówczas efektywny system opieki w niewydolności serca.

W ramach efektywnego systemu opieki zdrowotnej w niewydolności serca skuteczne zapobieganie i leczenie mogą być wsparte doświadczeniami z badań klinicznych z wykorzystaniem telemedycyny. Telemedycyna pozwala na monitorowanie parametrów biomedycznych i określanie zagrożenia wystąpienia niewydolności serca czy też przebiegu choroby, a nawet jej zaostrzeń⁸⁰. Wartość telemedycyny w zapobieganiu i leczeniu niewydolności serca potwierdzono w dwóch badaniach klinicznych – w badaniu MONITOR-HF (n=550) oraz badaniu IN-TIME (n=664)^{81,82}. Wykorzystanie telemedycyny w praktyce klinicznej zapobiegania i leczenia niewydolności serca powinno być poprzedzone budową efektywnego systemu opieki zdrowotnej. W tym celu należy zmaksymalizować dostęp do opieki zdrowotnej w niewydolności serca przy jednoczesnym zminimalizowaniu dysproporcji regionalnych w dostępie. Wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) największe dysproporcje w zakresie rehabilitacji kardiologicznej występują w zachodniej i centralnej części Polski. Kluczowa jest także optymalizacja współpracy z pacjentem oparta na relacji partnerskiej.

80 Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej niewydolności serca w 2016 r. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. *Kardiologia Polska* 2016; 74, 10: 1037–1147. Dostępne: https://gdansk.ptkardio.pl/files/articles/29/01_kp_2016_10_wytyczne_esc_niewydolnosc_serca_zlinkowany.pdf

81 Brugts J.J., Veenis J.F., Radhoe S.P., et. all, A randomised comparison of the effect of haemodynamic monitoring with CardioMEMS in addition to standard care on quality of life and hospitalisations in patients with chronic heart failure : Design and rationale of the MONITOR HF multicentre randomised clinical trial. *Neth Heart J.* 2020 Jan;28(1):16–26. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31776915/>

82 Hindricks G., Taborsky M., Glikson M., et. all., Implant–based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure (IN–TIME): a randomised controlled trial. *The Lancet* 384 (9943), 2014, 583–590. Dostępne: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61176-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61176-4/abstract)

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) w wytycznych diagnozy i leczenia niewydolności serca wskazuje zalecenia dotyczące rehabilitacji ruchowej u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Ćwiczenia fizyczne są zalecane wszystkim pacjentom, którzy są w stanie je wykonywać w celu poprawy wydolności wysiłkowej, jakości życia i zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca. U pacjentów z cięższą postacią choroby lub z chorobami współistniejącymi należy rozważyć nadzorowany program rehabilitacji kardiologicznej oparty na ćwiczeniach fizycznych⁸³. Niemniej jednak dostęp do rehabilitacji kardiologicznej jest niezadowalający. Wśród 673 szpitali objętych badaniem w 43 krajach europejskich tylko 63 proc. zgłosiło wdrożenie programów leczenia niewydolności serca, a tylko 42 proc. z nich obejmowało elementy ćwiczeń. W Europie mniej niż 20 proc. osób z niewydolnością serca uczestniczy w programach rehabilitacji kardiologicznej⁸⁴. Najczęstszym powodem braku dostępu do odpowiedniej rehabilitacji kardiologicznej jest brak regulacji prawnych, odpowiedniego systemu organizacji opieki, brak finansowania, brak kadr czy brak wytycznych krajowych i odpowiednich działań w tym zakresie. Równolegle istnieją bariery społeczno–ekonomiczne czy czynniki psychologiczne u pacjentów wpływające na brak dostępu do rehabilitacji kardiologicznej. Rozwiązaniem dla braku dostępu jest zdalna kardiologiczna rehabilitacja z wykorzystaniem telemedycyny⁸⁵.

W ramach badania klinicznego TELEREH-HF potwierdzono skuteczność modelu domowej telemonitorowanej rehabilitacji kardiologicznej opartej na treningu chodzenia u pacjentów z niewydolnością serca w porównaniu ze standardową rehabilitacją kardiologiczną opartą na treningu interwałowym na ergometrze rowerowym, realizowaną w warunkach ambulatoryjnych⁸⁶. Obie badane grupy osiągnęły znaczącą poprawę jakości życia, nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w obu programach rehabilitacji. Program domowej telerehabilitacji kardiologicznej obejmował trzy treningi w tygodniu i trwał osiem tygodni. Każda sesja treningowa obejmowała 10–minutową rozgrzewkę, 30–minutowy podstawowy trening aerobowy oraz pięciominutowe ćwiczenia wyciszająco–rozciągające. Skuteczność telerehabilitacji kardiologicznej domowej oceniano na podstawie zmian w klasie NYHA, szczytowym zużyciu tlenu, testu sześciominutowego marszu oraz kwestionariusza oceny jakości życia SF-36.^{87,88,89,90}

W rezultacie zaproponowano w Polsce model telerehabilitacji kardiologicznej domowej u pacjentów z niewydolnością serca, ostrymi zespołami wieńcowymi czy też u pacjentów po pomostowaniu aortalno–wieńcowym lub innych operacjach kardiologicznych. Telerehabilitacji kardiologicznej domowej jest zalecana jako drugi etap rehabilitacji, po ukończonym pierwszym dwu-

83 McDonagh T.A., Metra M., Adamo M., et. all., ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021 Sep 21;42(36):3599–3726. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447992/>

84 Bjarnason–Wehrens B., McGee H., Zwisler A.D., Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey, *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, Volume 17, Issue 4, 1 August 2010, Pages 410–418. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20300001/>

85 Conraads V.M., Deaton C., Piotrowicz E., et. all, Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions: a position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2012 May;14(5):451–8. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22499542/>

86 Applying Telemedicine in a Model of Implementing Cardiac Rehabilitation in Heart Failure Patients (TELEREH–HF), NCT02523560. Dostępne: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02523560>

87 Piotrowicz E., Baranowski R., Bilinska M., et. all., A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: effectiveness, quality of life, and adherence. *Eur J Heart Fail.* 2010 Feb;12(2):164–71. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20042423/>

88 Piotrowicz E., Stepnowska M., Leszczyńska–Iwanicka K., et. all, Quality of life in heart failure patients undergoing home-based telerehabilitation versus outpatient rehabilitation—a randomized controlled study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015 Jun;14(3):256–63. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24849304/>

89 Piotrowicz E., Zieliński T., Bodalski R., Home-based telemonitored Nordic walking training is well accepted, safe, effective and has high adherence among heart failure patients, including those with cardiovascular implantable electronic devices: a randomised controlled study. *Eur J Prev Cardiol.* 2015 Nov;22(11):1368–77. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25261268/>

90 Piepoli M.F., Conraads V., Corrà U., Piotrowicz E., et. all, Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Heart Fail.* 2011 Apr;13(4):347–57. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21436360/>

czterotygodniowym etapie rehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych lub w oddziale dziennym. Telerehabilitacja kardiologiczna domowa powinna trwać od ośmiu do 12 tygodni lub więcej. Uzupełnieniem programu telerehabilitacji kardiologicznej są sesje edukacyjne dotyczące zmiany stylu życia, w tym zaleceń terapeutycznych i dietetycznych, poznania czynników ryzyka, motywacji i prewencji, nauki samooceny, zaleconych ćwiczeń, instalacji i obsługi systemu monitorującego. Edukacja uwzględnia także naukę i planowanie treningów oraz przeprowadzenie pierwszych treningów telerehabilitacji kardiologicznej. Sesje te powinny być realizowane w ramach rehabilitacji w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych w ramach etapu wstępnego. Etap ten składa się z oceny stanu klinicznego, optymalizacji terapii, oceny wydolności fizycznej⁹¹. Model ten został wdrożony do katalogu świadczeń gwarantowanych jako kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku, oddziale dziennym lub w warunkach stacjonarnych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej^{92, 93}. Do realizacji kardiologicznej telerehabilitacji w warunkach domowych u pacjentów z niewydolnością serca niezbędny jest aparat EKG posiadający trzy odprowadzenia z możliwością zapisu z tzw. pętlą wsteczną do pięciu minut (tele-event–holter) oraz system odpowiadający za sterowanie treningiem. Dodatkowo w ramach wyposażenia na potrzeby kardiologicznej telerehabilitacji w warunkach domowych powinien znajdować się ciśnieniomierz, waga elektryczna i pulsoksymetr. Organizacja udzielania świadczeń z zakresu kardiologicznej telerehabilitacji w warunkach domowych powinna być oparta o interdyscyplinarny zespół stanowiący centrum telerehabilitacji, na który składa się lekarz, technik EKG, fizjoterapeuta oraz psycholog. Zespół jest odpowiedzialny za zdalne sterowanie i monitorowanie efektywności, bezpieczeństwa zdalnych sesji treningowych wśród pacjentów, a także za reagowanie w sytuacjach nagłych. Każdorazowo zespół w centrum telerehabilitacji odpowiada za realizację zdalnego badania podmiotowego mającego na celu ustalenie samopoczucia, informacji o przyjętych lekach, masie ciała, ciśnieniu tętniczym oraz wynikach EKG. Na tej podstawie centrum telerehabilitacji potwierdza możliwość wykonania ćwiczeń u pacjentów. Uzupełnieniem kardiologicznej telerehabilitacji w warunkach domowych może być realizacja kontrolowanych ćwiczeń w terenie (poza miejscem zamieszkania) i rozmowa z psychologiem w ramach telepsychoterapii.

Wdrożona kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku, oddziale dziennym lub w warunkach stacjonarnych powinna być rozpatrywana w ujęciu opieki kompleksowej, holistycznej, a tym samym zostać rozszerzona do kompleksowej hybrydowej teleopieki w niewydolności serca. Pierwszym etapem kompleksowej hybrydowej teleopieki w niewydolności serca po zakończonej hospitalizacji powinno być e-konsylium kwalifikujące do możliwości udziału w zdalnej telerehabilitacji kardiologicznej. Miejszem realizacji świadczenia powinna być poradnia ambulatoryjna lub Podstawowa Opieka Zdrowotna. Opieka ambulatoryjna powinna być prowadzona przez personel pielęgniarski ze wsparciem telenadzoru specjalistów kardiologów na wzór modelu opieki i konsultacji specjalistycznych w badaniu AMULET⁹⁴. Natomiast właściwa telerehabilitacja kardiologiczna powinna być w modelu kompleksowej hybrydowej teleopieki w niewydolności serca

91 Jankowski P., Niewada M., Bochenek A., Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji [Optimal model of comprehensive rehabilitation and secondary prevention]. *Kardiologia Polska*. 2013;71(9):995–1003. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24065281/>

92 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 16 grudnia 2016 r. zmieniające Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2016 poz. 2162) Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160002162>

93 Zarządzenie Nr 33/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Dostępne: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-332017dsoz.6575.html>

94 Krześciński P., Jankowska E.A., Siebert J., Piotrowicz K., et. all., Effects of an outpatient intervention comprising nurse-led non-invasive assessments, telemedicine support and remote cardiologists' decisions in patients with heart failure (AMULET study): a randomised controlled trial. *Eur J Heart Fail*. 2022 Mar;24(3):565–577. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34617373/>

realizowana zgodnie z modelem zaproponowanym w badaniu TELEREH-HF⁹⁵. W ramach działań uzupełniających opieki kompleksowej powinien być na bieżąco w całym okresie realizowany telemonitoring urządzeń wszczepialnych ze wsparciem algorytmów oceny stanu klinicznego. W tym różne składowe telemonitoringu, takie jak telemonitoring nieinwazyjny z uwzględnieniem modelu TIM-HF2, telemonitoring hemodynamiczny nieinwazyjny oraz telediagnostyka z wykorzystaniem telemonitoringu EKG czy dostępnych aplikacji mobilnych. Opieka kompleksowa uwzględnia stałą opiekę kardiologiczną, opiekę multidyscyplinarną złożoną ze specjalistów: pulmonologa, nefrologa, geriatry, dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty czy farmaceuty, a także aktywnego udziału opiekunów i pomocy społecznej.

Podsumowując, wdrożony model kardiologicznej telerehabilitacja hybrydowej stanowi niezbędny etap wstępny rehabilitacji kardiologicznej po wystąpieniu zaostrzeń. Przynosi wymierne efekty kliniczne, ogranicza koszty systemu opieki zdrowotnej poprzez możliwość realizacji rehabilitacji w warunkach domowych. Niemniej jednak jest działaniem fragmentarycznym, nieuwzględniającym kompleksowej opieki rozumianej jako jej ciągłość, w tym również monitorowanie i prewencję. Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa nie zapewnia pożądanych efektów po jej zakończeniu przez okres od 12 do 24 miesięcy. Niezbędne jest wdrożenie postępowania podtrzymującego uzyskane efekty w celu poprawy wskaźników rehospitalizacji i zmniejszenia śmiertelności wśród osób z niewydolnością serca, w tym rozumienia modelu opieki jako modelu kompleksowej teleopieki kardiologicznej. Kluczowe jest zwiększenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej. Wśród pacjentów po ostrym zawałe mięśnia sercowego objętych opieką w ramach programu koordynowanej opieki zdrowotnej po zawałe mięśnia sercowego (KOS-Zawał) występuje o 33 proc. mniejsze ryzyko zgonu. Jednak tylko co czwarty pacjent bierze udział w programie z uwagi na brak dostępu do ośrodków realizujących program, zróżnicowanie regionalne w dostępie do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej czy kryteria przyjęcia do oddziału rehabilitacji kardiologicznej dziennej oraz konieczność utworzenia w ramach oddziału kardiologicznej rehabilitacji dziennej stanowiska intensywnej opieki medycznej.

dr n. pr. Paweł Kaźmierczyk

lider Grupy roboczej ds. danych medycznych Naczelnej Izby Lekarskiej

Wydaje mi się, że jako Polska możemy się pochwalić konkretnymi osiągnięciami w obszarze e-zdrowia. Jedno z badań opublikowanych w połowie tego roku wskazuje, że Polska jest piąta w Unii Europejskiej pod kątem dojrzałości cyfrowej. Mamy IKP, e-recepty, e-zlecenia oraz mamy obowiązki dotyczące elektronicznej dokumentacji medycznej. Z przeprowadzonej VIII edycji „Badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą”, opublikowanej przez Centrum e-Zdrowia wynika, że ok. 80 proc. podmiotów leczniczych w Polsce wdrożyło dokumentację medyczną w postaci elektronicznej albo w całości, albo częściowo.⁹⁶ Częściowo to może być tylko jeden dokument w skali dużego szpitala wojewódzkiego, ale widać, że postęp jest. Mamy raportowanie zdarzeń medycznych na platformach centralnych. Tworzymy pewien duży zbiór danych o stanie zdrowia wszystkich pacjentów i też dostępnych badań. Mniej więcej połowa placówek raportuje, połowa nie raportuje, ale procent raportujących rośnie. Ale jeżeli się porównamy z innymi krajami, takimi jak chociażby Niemcy czy inne duże kraje UE, to wypadamy naprawdę dobrze.

Reprezentuję również Fundację Telemedyczna Grupa Robocza, gdzie od 2016 r. prowadzimy aktywne działania na rzecz rozwój telemedycyny w Polsce.⁹⁷ Np. już w grudniu 2015 r. mieliśmy pierwsze przepisy dotyczące udzielania świadczeń telemedycznych. Dla porównania,

95 Koehler F., Koehler K., Deckwart O., et. all, Telemedical Interventional Management in Heart Failure II (TIM-HF2), a randomised, controlled trial investigating the impact of telemedicine on unplanned cardiovascular hospitalisations and mortality in heart failure patients: study design and description of the intervention. *Eur J Heart Fail.* 2018 Oct;20(10):1485–1493. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30230666/>

96 VIII edycja „Badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą”. CeZ 2024 Dostępne: <https://cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/nowe-badanie-poziomu-cyfryzacji-ochrony-zdrowia>

97 Telemedyczna Grupa Robocza. Dostępne: <http://telemedycyna-tmuw.pl/>

w Niemczech podobne przepisy były przyjęte trzy lata później, bo w 2018 r. W większości państw Unii Europejskiej te rozwiązania przyjęto na początku pandemii, kiedy sytuacja wymusiła tego typu działania. W lutym 2021 r. wydaliśmy raport pt. „Wykorzystanie telemonitoringu urządzeń wszczepialnych w celu poprawy opieki nad pacjentami kardiologicznymi”.⁹⁸

Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS) ma stworzyć wspólnotowe, europejskie ramy interpretacji i przepływu danych o stanie pacjenta. Czyli docelowo mamy mieć model, w którym, jeżeli pojedziemy na wakacje do Włoch czy do Hiszpanii i tam będziemy musieli skorzystać z opieki lekarskiej, to lokalny lekarz będzie mógł tak samo łatwo uzyskać dostęp do naszych danych medycznych w Polsce, jak byśmy byli w innej placówce w Krakowie, Warszawie czy dowolnym innym polskim mieście. To oczywiście ładnie wygląda na poziomie ustawowym, ale fundamentalna i kluczowa jest kwestia wdrożenia tego w życie. To są istotne nakłady finansowe, organizacyjne oraz kwestie zapewnienia interoperacyjności. Z tym mamy gigantyczny problem, zarówno na poziomie krajowym, jak i na poziomie wspólnotowym. Krótko mówiąc, musimy dokumentację medyczną w pewnych standardach po pierwsze wdrożyć, żeby była ona elektroniczna na poziomie wszystkich placówek, a po drugie, zapewnić wymianę danych medycznych na poziomie całej Unii Europejskiej. Wydaje mi się, że to powinno być jeden z priorytetów polskiej prezydencji. Powinniśmy jako Polska pokazać na przykładzie naszych dobrych praktyk krajowych, jak inne państwa członkowskie mogą budować swoje własne systemy e-zdrowia. Ten model powinien działać w oparciu o wypełnienie pewnego wspólnego standardu interoperacyjności. Kluczowe jest dobre zaimplementowanie tego pierwotnego przetwarzania danych o stanie zdrowia, bo to jest jednym z podstawowych warunków wspólnego przetwarzania, czyli wykorzystywania ich analitycznie w celach badawczo-rozwojowych. Do tego dochodzi gigantyczny temat zastosowanie systemów sztucznej inteligencji, a spójne przetwarzanie danych w tym kontekście otwiera zupełnie nowe możliwości badawczo-rozwojowe.

Jeszcze chciałbym odnieść się do modelu przepływu danych, czyli modelu mieszanego „input-output”. To jest temat niezwykle ważny. W ramach działania Naczelnej Izby Lekarskiej opublikowaliśmy w 2024 r. raport pt. „Dane medyczne w pracy lekarza. Stan obecny & pożądane zmiany”.⁹⁹ Celem raportu jest otwarcie szerokiej dyskusji i zapowiedź działań dotyczących kwestii zarządzania danymi medycznymi, które mają przynieść korzyść dla pacjentów, środowiska medycznego oraz pracodawców i płatników. W pierwszym etapie rozpoczynamy od podstaw, czyli analizy obecnych regulacji w obszarze zarządzania danymi medycznymi. Przedstawiamy także propozycje rozwiązań systemowych oraz postulaty zmian w zasadach zarządzania danymi, które mają na celu zapewnienie lepszego dostępu i możliwości wykorzystywania danych medycznych przez lekarzy oraz przejrzystych standardów ochrony tych danych. W kolejnych etapach działań planujemy przygotować rozwiązania naceLOWANE na rozwój praktycznych umiejętności lekarzy i ich pracodawców w zakresie zbierania, raportowania, analizy i wykorzystania danych medycznych do dostarczania jak najwyższej jakości opieki. Dane medyczne są podstawą pracy lekarza, są także fundamentem rozwoju innowacji w ochronie zdrowia. Dobre jakościowo dane medyczne są podstawą dla prawidłowej diagnozy oraz zaproponowania optymalnego sposobu leczenia. Mnogość występujących obecnie źródeł danych oraz ich gigantyczne ilości gromadzone w postaci cyfrowej w placówkach ochrony zdrowia oraz w innych instytucjach stwarzają zupełnie nowe możliwości związane z ich wykorzystaniem w celu rozwoju medycyny. Analizy dużych zbiorów danych, które mogą odzwierciedlać stan całej populacji, mogą być podstawą dla opracowania nowych wytycznych i rekomendacji klinicznych. Medycyna oparta o dane jest precyzyjna i pozwala na odciążenie personelu medycznego w codziennej pracy oraz obniżenie kosztów opieki nad pacjentem. Dzięki odpowiedniemu wykorzystaniu danych medycznych lekarz może mieć więcej czasu na to, co najważniejsze – na opiekę nad pacjentem.

98 Wykorzystanie telemonitoringu urządzeń wszczepialnych w celu poprawy opieki nad pacjentami kardiologicznymi. Telemedyczna Grupa Robocza. 2021 Dostępne: http://telemedycyna-tm.uw.pl/api/file/events/tmuw/Raport_proc.20TGR_full_ver2.pdf

99 Dane medyczne w pracy lekarza stan obecny i pożądane zmiany. NIL 2024 Dostępne: https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1707132900_raport-dane-medyczne-w-pracy-lekarza.pdf

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

dziedkan Centrum Kształcenia Podyplomowego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia na Uczelni Łazarskiego

Zarówno Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS)¹⁰⁰, jak i polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej napędzają mnie nadzieją, że w końcu uda nam się bardziej zmobilizować, zintegrować i przyspieszyć działania, które mogłyby uspołnić nam systemy danych pierwotnych. Bo wydaje mi się, że zanim zacniemy rozmawiać o tym, jaką wartość będą miały dane do przetwarzania wtórne, na co jako badaczka bardzo liczę, to musimy poprawić interoperacyjność systemów wewnętrznych i pozyskać wiarygodne dane, które pozwalałyby na prawidłowe wnioskowanie.

Podam przykład, który w moim odczuciu jest dzisiaj bardzo ważny z punktu widzenia zdrowia publicznego. To jest nasz narodowy program szczepień przeciw HPV. Możemy się dzisiaj pochwalić tym, że mamy funkcjonujący dashboard pt. „Raport o szczepieniach przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)”¹⁰¹. Raport powstaje na podstawie danych z elektronicznych kart szczepień. Od 1 października 2023 r., zgodnie z art. 19 ust. 7 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych i dotyczy szczepień zalecanych, osoby przeprowadzające zalecane szczepienie ochronne (w tym szczepienia przeciw HPV) są zobowiązane do raportowania wykonanego szczepienia wraz z kwalifikacją w elektronicznej karcie szczepień. Szczepienie zalecane, udokumentowane wcześniej w papierowej dokumentacji medycznej pacjenta, może zostać wpisane do elektronicznej karty szczepień jako szczepienie historyczne. Jako osoba zaszczepiona traktowany jest pacjent, dla którego, począwszy od 1 stycznia 2019 r., spełniony został co najmniej jeden z poniższych warunków: sprawozdano pacjentowi odpowiednią kartę szczepienia (na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 – kod 99.559) oraz pacjent zrealizował receptę na szczepionkę przeciw HPV (Gardasil, Gardasil9 lub Cervarix). Raport jest aktualizowany co tydzień, czyli możemy obserwować, jaka jest liczba dzieci zaszczepionych pierwszą i drugą dawką szczepionki. Każdy ma do niego dostęp, natomiast największą jego słabością jest to, że raport obejmuje tylko wyszczepialność na poziomie programu publicznego, nie ujmując dzieci, które są wyszczepione w systemie prywatnym oraz programach samorządowych – a takich dzieci jest tysiące. Możemy sobie zadać pytanie, jakie to będzie miało konsekwencje. A mianowicie, na poziomie oceny skuteczności programu szczepień profilaktycznych, nie mając kompletu danych, za moment być może będziemy skłonni powiedzieć, że program jest nieskuteczny, bo program nie zadziałał, bo objął bardzo nieliczny odsetek dzieci kwalifikowanych do wyszczepienia. Będziemy, na poziomie tak bardzo ubożących danych, wyciągać błędne wnioski i wydawać błędne rekomendacje. Nie wiem, jak to dzisiaj zrobić, chociażby w kontekście szczepień przeciw HPV, ale już dzisiaj bardzo głośno ostrzegam, że jeżeli my tego nie zrobimy, nie uzupełnimy tych danych, to w odniesieniu do jednego z ważniejszych programów wpisanych chociażby do Narodowej Strategii Onkologicznej, nie będziemy w stanie wyciągnąć prawidłowych wniosków. Będziemy podważać skuteczność zarówno polityki zdrowotnej, jak i być może nawet samego programu szczepień. Byłoby to bardzo krzywdzące dla nas wszystkich, a przede wszystkim pokazywało, że koncentrując się na bardzo ambitnych, dużych rozwiązaniach, nadal nie mamy elementarza podstawowych pojęć i danych.

Dlatego powtarzam, że w związku z EHDS, ale również prezydencją, może uda nam się zmobilizować wszystkie siły, aby zintegrować dane pierwotne. Stwierdzono, że Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS) buduje sieć autostrad danych. Bardzo bym chciała, żebyśmy zbudowali sieć drózek, informacji, przekazu informacji zdrowotnej, bo one doprowadzą nas do autostrady. Bez tych drózek będzie trudno.

100 Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS). Dostępne: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_pl

101 Raport o szczepieniach przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). CeZ. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/raport-o-szczepieniach-przeciwko-wirusowi-brodawczaka-ludzkiego-hpv>

Myślę, że jeszcze nie mamy 50-procentowego zgłaszania zdarzeń niepożądanych do P1. Obawiam się, że mimo tak długiego czasu obowiązywania przepisów prawa nadal dyscypliny w tym wymiarze nie ma i regulator nadal nie egzekwuje tego prawa, które w moim odczuciu jest też krytyczne dla wejścia w system EHDS. A rozwiązanie jest proste, należy po prostu uzależnić, chociażby w sektorze publicznym, rozliczenie świadczenia od zarejestrowania zdarzenia w P1. Tak niewiele i tak dużo, okazuje się, w polskiej rzeczywistości. Ale jestem optymistką. Wierzę, że przed nami dobra, lepsza przyszłość, jeśli chodzi o dostęp do danych.

Paweł Łangowski

przewodniczący Komitetu ds. Ochrony Zdrowia, SGI Europe

Wiele powiedziano o interoperacyjności danych, ale jako przewodniczący Komitetu do spraw Ochrony Zdrowia chciałbym być trochę adwokatem diabła w naszej dyskusji. SGI Europe jest jednym z trzech europejskich ogólnych międzybranżowych partnerów społecznych (obok ETUC i BusinessEurope).¹⁰² SGI Europe wspiera europejski dialog społeczny, mając głos w europejskim dialogu dwustronnym – w negocjacjach ze związkami zawodowymi, i trójstronnym – z partnerami społecznymi i przedstawicielami instytucji UE. Jako przedstawiciel pracodawców mam wrażenie, że mamy wiele danych medycznych w systemie, z których po prostu nie korzystamy. Dyskusja o reformie systemu ochrony zdrowia oraz tworzenie polityki zdrowotnej powinny być zawsze oparte o aktualne i wiarygodne dane.

Dobrym przykładem wykorzystania danych medycznych w procesie tworzenia polityki zdrowotnej jest projekt Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, który jest realizowany przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Mapy potrzeb zdrowotnych to analizy aktualnych danych określające potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju. Zebrano w nich dane demograficzne i epidemiologiczne, dane dotyczące realizowanych świadczeń, a także wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. Na ich podstawie sporządzono prognozę przyszłych potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw i całego kraju. Należy jednak aktualizować to narzędzie o nowe dane i nowe funkcje analityczne. Na pewno platforma internetowa, która zastąpił dokumenty PDF, to krok w dobrą stronę.¹⁰³

Drugim dobrym przykładem wdrażania cyfryzacji ochrony zdrowia w Polsce jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Jednak Ministerstwo Zdrowia na ten moment nie jest w stanie powiedzieć, po co ludzie logują się do lekarza. Ma dane na temat tego, ile osób jest zarejestrowanych, są dane na temat tego, ile mamy kont. Natomiast pytając o to, jak często pacjenci się logują i czy logują się w celu innym, niż uzyskanie QR kodu do recepty, to na to pytanie trudno odpowiedzieć. W związku z tym mamy rozwiązanie, w którym mamy tysiące kont, ale kont założonych po to, żeby uzyskać certyfikat Covidowy. Jak wykorzystujemy tę infrastrukturę, oprogramowanie i dane? To chyba jest refleksja, że czasami tworzymy rozwiązania, które będą ładnie brzmiały, ale jeśli zagłębimy się, jaki to wnosi aspekt praktyczny, to pojawia się duże wyzwanie. Pojawia się wyzwanie w kontekście raportowania danych medycznych, bo faktycznie, jeśli chodzi o podmioty szpitalne, to większość z nich raportuje do P1. Natomiast jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną (POZ), czyli to, co powinno stanowić fundament całego systemu ochrony zdrowia, to większość POZ nie raportuje.

W związku z tym mówienie o tym, że Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS) ma przynieść nam jakieś rewolucyjne rozwiązania, po prostu się nie sprawdzi, bo nie będzie zebranych danych medycznych. Nie będziemy mieli danych o podstawowych schorzeniach pacjentów, ponieważ nikt ich nie raportuje. A nie raportuje ich dlatego, że nie ponosi żadnych konsekwencji z tego powodu, że ich nie raportuje. Dopóki nie rozwiążemy tego problemu, to myślę, że dyskusja

¹⁰² SGI Europe. Dostępne: <https://sgieurope.org/about/>

¹⁰³ Projekt Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych. Ministerstwo Zdrowia 2024 Dostępne: <https://basiw.mz.gov.pl/>

o EHDS, o efektywności jego wdrażania, o tym, czy i w jakim zakresie ma być ograniczenie danych pierwotnych i wtórnych, będzie bezcelowa. Nie będziemy mieli danych, którymi możemy zarządzać. Poprawa efektywności świadczeń zdrowotnych jest wprost proporcjonalna do monitorowania tego, co realizujemy i w jakim celu.

Takim sztandarowym przykładem w Polsce tego, jak dublujemy pewne świadczenia, jest obszar medycyny pracy. Bo ten obszar jest nie dość, że niescentralizowany, to również nie jest zintegrowany z platformą P1. W związku z tym wiele z tych badań, które jest wykonywane w trakcie badań medycyny pracy, zleca ponownie lekarz POZ. On po prostu nie wie, że te badania zostały wykonane, nie wie, jakie są wyniki tych badań i w związku z tym świadczenia są dublowane. Dlatego interoperacyjność tych danych jest tutaj wyzwaniem. Największą jednak „białą plamą” w zakresie wykorzystania danych medycznych jest medycyna szkolna. W medycynie szkolnej każde dziecko przechodzi bilans stanu zdrowia, co generuje wartościowe dane medyczne. Wiele podmiotów agreguje te dane już teraz i ma efektywne rozwiązania, ale nie widzę tutaj dużej woli i determinacji, żeby po wielu latach dyskusji na ten temat cyfryzować ten obszar. Powinniśmy agregować te dane po to, żeby w prosty sposób później określić konsekwencje np. rozwoju niezawansowanych chorób cywilizacyjnych od wieku dziecięcego aż po dorosłość.

dr n. o zdr. Piotr Samel-Kowalik

Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Obecnie mamy bardzo dużo danych medycznych w systemie, tylko ich nie potrafimy wykorzystać. Przykład medycyny szkolnej jest świetnym przykładem tego, że brak ucyfrowienia systemu opieki medycznej nie daje nam wiarygodnych informacji o tym, co się w tej populacji dzieje. Żeby mieć dobre analizy (dashboard), musimy mieć dobre dane. Dane, które mamy w systemie statystyki publicznej, nie są złe. Natomiast problemem jest czas dostępu do tych danych, który jest ze względu na to, jak statystyka publiczna funkcjonuje, bardzo odległy w miesiącach, czasami nawet w latach. Drugim problemem jest rozdzielczość tych danych, czyli poziom szczegółowości, do którego jesteśmy w stanie dotrzeć, żeby wyciągać adekwatne wnioski. I tutaj łącząc te dwa problemy, być może da się to jakoś rozwiązać. Natomiast perspektywa czasowa rozwiązania tych problemów wydaje mi się być dość odległa, bo wymaga zmian legislacyjnych. W Polsce funkcjonują dwa systemy zbierania i pozyskiwania danych medycznych. Jeden jest cyfrowy, a drugi tworzą dane, które krążą w systemie i których nie potrafimy wykorzystać. Z perspektywy badawczej, zdrowia publicznego i osób zarządzających zestawienia danych typu dashboard, dają nam możliwość zrozumienia problemu zdrowotnego. Jeżeli jednak włożymy do zestawień i analiz dane słabej jakości, dane, które są sprzed kilku lat, które dotyczą zbyt wysokiego poziomu agregacji, to niczego to nie wniesie do poprawy sytuacji pacjenta i optymalizacji systemu. Wizualizacja jest właśnie tym, co dla naukowców, dla osób, które nie zajmują się nauką, ale podejmują decyzje, dla obywateli, jest czymś, co jest po prostu przystępnie komunikacyjnie, dobrze zrobione, bo skraca dostęp do informacji. Dlatego wizualizacja jest ważna, natomiast ona będzie tak dobra, jak użyte dane, i pozwoli nam podjąć racjonalne decyzje, jeżeli będzie aktualna. Jeżeli mamy dane nieadekwatne i dane, które są odsunięte w czasie od decyzji, którą podejmujemy tu i teraz, które w związku z dynamicznie zmieniającym się światem wokół nas po prostu są już nieaktualne, te decyzje pewnie nie będą trafione w punkt.

Andrzej Haremski

cybernetyk społeczny, absolwent medycyny

Jako socjocybernetyk pozwolę sobie spojrzeć na cyfryzację ochrony zdrowia z perspektywy osoby, która się zajmuje rozwojem cywilizacji i strukturyzowaniem społeczeństw. Cybernetyka społeczna zajmuje się badaniem złożonych systemów społecznych, które składają się z ludzi, instytucji, organizacji oraz technologii informacyjno-komunikacyjnych. Celem cybernetyki społecznej jest zrozumienie i poprawa funkcjonowania tych systemów oraz rozwój metod i narzędzi służących

do tego celu. Cybernetyka społeczna korzysta z różnych dziedzin nauki, takich jak informatyka, psychologia, socjologia, ekonomia, nauki polityczne czy nauki o zarządzaniu. Dzięki temu może badać i analizować zachowania ludzi w sieci, wpływ technologii na społeczeństwo, tworzenie grup społecznych, procesy decyzyjne czy strategie komunikacji. W praktyce cybernetyka społeczna może być stosowana np. w zarządzaniu organizacjami, marketingu społecznym, badaniach rynkowych czy projektowaniu i wdrażaniu nowych technologii. Wiele dzisiejszych wyzwań społecznych, takich jak przeciwdziałanie dezinformacji czy ograniczenie wpływu internetu na zdrowie psychiczne, może zostać rozwiązanych dzięki zastosowaniu cybernetyki społecznej.

Obecnie mamy przyspieszony rozwój cywilizacyjny. Coś, co kiedyś działo się całymi wiekami, teraz zmienia się w ciągu dekady. Cyfryzacja staje się osią funkcjonowania społeczeństwa. Pokolenie starsze dają sobie oczywiście gorzej radę w sferze cyfrowej w porównaniu z osobami młodymi. Oczywiście, nie uciekniemy od cyfryzacji jako cywilizacja, dlatego musimy zredukować wykluczenie cyfrowe. Jednocześnie musimy się zgadzać na wykorzystywanie naszych danych medycznych do rozwoju medycyny i systemu ochrony zdrowia, oczywiście pod pełnym nadzorem powołanych do tego instytucji i przestrzeganiem rygorystycznych przepisów. Możliwość rezygnacji (klauzula opt-out) nie powinna być uwzględniana. Nikt nie pyta nas o zdanie, czy chcemy mieć nadawany PESEL. Nikt nie pyta nas o uznanie, czy chcemy być w głównych bazach danych urzędów skarbowych, policji czy rezerwy wojskowej. Jesteśmy tam i daliśmy przyzwolenie, niejako będąc obywatelami danego kraju. W zakresie wykluczenia cyfrowego funkcjonuje w Polsce dość szeroka grupa społeczna, liczona w milionach, która potrzebuje wsparcia w zakresie przekazywania i korzystania ze swoich danych medycznych.

Kluczową kwestią cyfryzacji ochrony zdrowia jest dostosowanie odbiorców do możliwości operacyjności systemów informatycznych w tworzeniu wartości oraz innowacyjnych rozwiązań dla medycyny. W swojej działalności prowadzę działania badawcze i wdrożeniowe w obszarze rozpoznawania zaburzeń neurologicznych u dzieci. Dla projektów medycznych stwarzamy warunki pozwalające na bezpieczne przekształcanie pomysłów w produkty i usługi, zgodnie z przepisami MDR dla wyrobów medycznych zawierających AI. Specjalizujemy się w bezpiecznych i szybkich aplikacjach medycznych opartych o nowe technologie. Dzięki Computer Vision i uczeniu maszynowemu wspieramy lekarzy w diagnozowaniu i automatyzacji procesów, co wspiera funkcjonowanie pacjenta.¹⁰⁴

Podsumowując, perspektywa socjocybernetyczna pozwala nam postrzegać współpracę człowieka ze sztuczną inteligencją (AI) w kontekście społecznym i technologicznym. W tym procesie bardzo ważne jest przewidywanie zachowań i potrzeb jednostek oraz społeczeństw. W tym celu należy oszacować wartości społeczne, w tym zdrowotne, wynikające z zastosowania AI w medycynie. Musi w tym procesie zostać uwzględniona perspektywa świata medycyny vs. perspektywa pacjentów. Warto także skonfrontować kwestie technologiczne cyfryzacji w kontekście rozwoju cywilizacyjnego oraz rozwoju systemów ochrony zdrowia poszczególnych krajów oraz regionów, takich jak Unia Europejska czy Europa.

dr n. med. Tomasz Imiela

członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

W 2023 r. Zespół ds. Studiów Strategicznych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie opracował raport pt. „Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym”. Dokument jest efektem prawie dwuletniej pracy i stanowi kompendium wiedzy nt. wyzwań związanych z cyfrowymi zmianami w ochronie zdrowia oraz rekomendacje, jak im sprostać. Czwarta rewolucja przemysłowa, która dokonuje się na naszych oczach dzięki technologiom cyfrowym, w coraz większym stopniu przekształca system ochrony zdrowia. Sektor ten początkowo z trudem i nie bez oporów przyjmował rozwiązania teleinformatyczne, ale pandemia Covid-19 gwałtownie przyspieszyła szeroko rozumianą cyfryzację opieki medycznej. W czasie jej trwania w Polsce e-recepty i e-zwolnienia oraz

104 PalsyVue P.S.A. Dostępne: <https://www.palsyvue.com/>

porady zdalne przeszły przyspieszone wdrożenie, ujawniając swoje zalety i wady. Dzięki temu niszowe dotąd tematy, takie jak trudny do przecenienia potencjał innowacji cyfrowych, przykuły uwagę szerszej opinii publicznej. Jednocześnie jak nigdy dotąd uwidoczniły się ryzyka e-rozwiązań, w szczególności w zakresie bezpieczeństwa pacjenta i odpowiedzialności zawodów medycznych. Cyfryzacja wpływa na każdy wymiar działania systemu ochrony zdrowia: zmienia sytuację pacjentów, pracę lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych, sposób realizacji świadczeń zdrowotnych, organizację pracy w szpitalach i poradniach, a także sposób kształtowania polityki zdrowotnej. Rośnie znaczenie danych i ich wykorzystania, co znajduje wyraz w upowszechnieniu elektronicznej dokumentacji medycznej i presji na tworzenie rejestrów medycznych. Coraz więcej danych o zdrowiu jest wytwarzanych i gromadzonych poza systemem ochrony zdrowia. Zarazem pojawia się pytanie o to, dla kogo i na jakich zasadach te informacje powinny być dostępne. Prywatność w czasach cyfryzacji nabiera nowego znaczenia, a jej ochrona wymaga nowych rozwiązań wypracowanych w ramach dialogu społecznego. W szczególności dotyczy to danych o zdrowiu, ze względu na ich szczególnie wrażliwy charakter. Gromadzenie danych w formie cyfrowej otwiera szerokie możliwości ich zastosowania na wielu polach związanych z medycyną oraz organizacją opieki medycznej. Tworzenie rozwiązań cyfrowych prowadzi do powstania kompleksowych, integralnych rozwiązań systemowych, pozwalających na współpracę na linii pacjent-świadczeniodawca, z koordynacją na poziomie centralnym lub lokalnym.

Cyfryzacja wymaga od władz publicznych wypracowania elastycznych strategii i planów rozwoju w ciągle zmieniających się warunkach, z uwzględnieniem potrzeb poszczególnych interesariuszy, ale przede wszystkim interesu społecznego. Niniejszy raport powstał, by podkreślić wagę tego ostatniego w projektowaniu i wdrażaniu e-zdrowia. Żyjemy w społeczeństwie informacyjnym, w którym narzędzia cyfrowe i wirtualne środowisko są czynnikami, które należy uwzględniać w politykach społecznych. Testowane w systemach ochrony zdrowia na całym świecie rozwiązania cyfrowe mają w zamyśle zwiększyć efektywność oraz poprawić jakość świadczeń medycznych. Dotychczasowe doświadczenia z wdrażaniem e-zdrowia wskazują jednak, że narzędzia te, wprowadzane bez odpowiedniego przygotowania, mogą generować skutki odwrotne od zamierzonych. Elektroniczna historia pacjenta nie powinna być dodatkowym obciążeniem administracyjnym pochłaniającym czas lekarza przeznaczony dla pacjentów. Gromadzenie danych nie może być celem samym w sobie.

Wartość danych zależy od ich wykorzystania w procesie podejmowania decyzji, tak by zmieniły na lepsze codzienną praktykę funkcjonowania opieki medycznej, czyniąc ją skuteczniejszą i bardziej przyjazną dla pacjentów i medyków. W przypadku inwestycji w infrastrukturę i oprogramowanie cyfrowe kapitalne znaczenie ma odpowiednia koordynacja wydatków na ten cel i ujednoczenie standardów, by zapewnić bezpieczeństwo i nie uzależniać się od jednego dostawcy. Algorytmy sztucznej inteligencji, trenowane na stroniczych lub niekompletnych bazach danych, pogłębiają istniejące nierówności w zdrowiu oraz wytwarzają nowe, często początkowo trudne do identyfikacji obszary wykluczenia i dyskryminacji. Także i w tym obszarze potrzebne są pilnie regulacje uwzględniające zupełnie nowy kontekst „nie ludzkich” narzędzi wspomagających podejmowanie decyzji.¹⁰⁵

Jacek Sztajnke

architekt systemów IT, członek rady naukowej przy projekcie Platformy Chorób Rzadkich

Paszport pacjenta z chorobą rzadką oraz platforma informacyjna Choroby Rzadkie są dwoma z sześciu filarów Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025.¹⁰⁶ To, jakie dane trafiają do paszportu pacjenta, będzie w kompetencji lekarza prowadzącego w ośrodku eksperckim chorób rzadkich (OECR). To jest miejsce, gdzie winna być wiedza na temat poszczególnych jednostek chorobowych. Lekarz decyduje, co do paszportu pacjenta ma trafić. Natomiast choroby rzadkie mają

105 Cyfryzacja zdrowia w interesie społecznym. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. 2023 Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Cyfryzacja-zdrowia-w-interesie-spolescznym-raport,51506.html>

106 Rada Ministrów przyjęła Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-plan-dla-chorob-rzadkich-na-lata-2024-2025>

specyfikę, że dotyczą małej grupy osób w populacji 10 tys. osób, jeżeli jednostka chorobowa występuje nie częściej niż u pięciu. To jest medyczna definicja choroby rzadkiej. Bardzo często problemy, które dotyczą chorych na choroby rzadkie, w rzeczywistości dotyczą całej populacji. Tyle że w chorobach rzadkich występują jak w szkle powiększającym. Paszport pacjenta z chorobą rzadką na razie jeszcze nie istnieje w systemie. Wszystko jest napisane w Planie dla Chorób Rzadkich, że do końca 2025 r. będzie zrealizowane. Niestety mamy opóźnienie wdrożenia tego narzędzia. W paszporcie pacjenta umieszczamy dane chorobowe. Informujemy, jakie leki pacjent powinien przyjmować, jakie leki są niewskazane, jakie zabiegi pacjent przeszedł. Bardzo ważnym elementem paszportu jest „karta ratunkowa”. Wyobraźmy sobie taką sytuację, że pacjent leży na chodniku nieprzytomny, wzywają pogotowie i ono przyjeżdża. Ratownik bada pacjenta i stwierdza zawał serca. Pacjenta wiozą karetką na kardiologię i stwierdzają, że pacjent nie ma zawału serca, tylko tętniaka. Bo ten pacjent ma rzadką chorobę – zespół Marfana. I gdyby ratownik miał dostęp do tych danych chorobowych, to inaczej by cała procedura przebiegła. Trzy lata temu przeprowadziliśmy pilotaż paszportu pacjenta w Centrum Chorób Rzadkich w Gdańsku. Przygotowaliśmy własną wersję paszportu i rozdaliśmy pacjentom karty czipowe, aby mogli nosić je przy sobie. Wszyscy bardzo chwalili ten pomysł i teraz pytają, kiedy ruszymy z upowszechnieniem tego na terenie całego kraju.

Platforma informacyjna Choroby Rzadkie, stanowi realizację jednego z sześciu obszarów Planu dla Chorób Rzadkich, idea jej powstania wynikła z potrzeby zapełnienia luki informacyjnej, dlatego minister zdrowia zdecydował o stworzeniu kompleksowego i wiarygodnego źródła informacji. Materiały i treści umieszczane na Platformie będą cyklicznie aktualizowane przez grono specjalistów oraz ekspertów, którzy każdego dnia zajmują się osobami z podejrzeniem lub rozpoznaniem określonej choroby lub grupy chorób rzadkich. Ideą przewodnią Platformy jest zwiększenie dostępności oraz wymiana wiedzy o chorobach rzadkich wśród wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia, a w szczególności lekarzy i pacjentów. Platformę Chorób Rzadkich tworzą pacjenci z chorobami rzadkimi, ich rodziny i organizacje pacjentów, lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia (specjaliści pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, dietetyki, logopedii, zdrowia publicznego), studenci kierunków medycznych (m.in. lekarskiego, pielęgniarstwa, fizjoterapii, dietetyki, analityki medycznej, biotechnologii medycznej, zdrowia publicznego), nauczyciele (zwłaszcza nauczyciele prowadzący edukację specjalną i studenci pedagogiki), organizatorzy ochrony zdrowia oraz ogół społeczeństwa.¹⁰⁷

W procesie tworzenia Internetowego Konta Pacjenta (IKP) był ogromny nacisk na technologię integracyjną HL7. Ona służy właśnie do wymiany danych między systemami medycznymi.¹⁰⁸ Będąc architektem systemów IT, trochę jestem zdziwiony, że ta technologia HL7 jest w P1, ale chyba nie wszystkie systemy wciąż to biorą pod uwagę i stąd może są te trudności integracyjne. Prostota interfejsu była argumentem przy pracach nad takimi projektami, jak Paszport pacjenta z chorobą rzadką i Doctor.One. Cały system został zaprojektowany tak, aby ten pacjent nigdzie nie musiał się logować. Dostał czip, który zawiera klucz dostępu, a zwykły telefon z Androidem wystarczy, aby zbliżając się do telefonu, tak jak zbliżamy telefon do czytnika płatności w sklepie, pozyskać informacje. To jest ta sama technologia, gdy pobieramy klucz cyfrowy i telefon łączy się już z bazą danych. Pokazuje ten dokument i cały ten proces logowania bez tego zbliżania czipu do telefonu. Czynność, którą chyba każdy potrafi zrobić, jeżeli ma telefon z Androidem.

107 Platforma informacyjna Choroby Rzadkie. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://chorobyrrzadkie.gov.pl/pl/aktualnosci/witamy-na-platformie-informacyjnej-choroby-rzadkie>

108 Instrukcja stosowania polskiej krajowej implementacji HL7 CDA. Centrum e-Zdrowia. 2019 Dostępne: https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/hl7/instrukcja_stosowania_pik_hl7_cda_v1_3_1u2_5def850b1cd87.pdf

dr hab. n. med. Michał Gontkiewicz

lider Grupy roboczej ds. danych medycznych Naczelnej Izby Lekarskiej, członek Naczelnej Rady Lekarskiej

Rozmawiamy o cyfryzacji w ochronie zdrowia od lat na różnym poziomie. Te tematy cały czas wracają. Centrum e-Zdrowia opracowuje obecnie projekt Patient Summary Poland (PS), czyli Skróconą Kartę Zdrowia Pacjenta, która zawiera informacje na temat ważnych aspektów zdrowotnych, takich jak grupa krwi, alergie, aktualnie przyjmowane leki, choroby przewlekłe, operacje czy wszczepione urządzenia. PS pomoże lekarzom opracować odpowiednie leczenie, uniknąć potencjalnego ryzyka i pokonać bariery językowe. Wdrożenie Patient Summary wraz z innymi transgranicznymi e-usługami zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, zwłaszcza tych, którzy często podróżują w ramach krajów Unii i EFTA. Projekt Patient Summary Poland jest wspierany finansowo przez European Health and Digital Executive Agency. Projekt rozpoczął się 1 stycznia 2024 r., a data zakończenia projektu to 31 grudnia 2026 r.¹⁰⁹

Natomiast obecnie rozbijamy się o modele dostępu do danych, które są kluczowe. Dane medyczne, które zbieramy i przetwarzamy, są naszym skarbem, ale też ogromnym zagrożeniem. I dopóki będą trwały dyskusje na temat modeli wdrożenia, których ja, przyznam osobiście, nie do końca rozumiem, to będzie trudno to zrealizować. Mamy sprawdzony system, który przetestowaliśmy wielokrotnie, który opracowała znana nam doskonale organizacja, czyli ZUS, czyli mamy dostęp do informacji o zwolnieniach. Gdy lekarz potrzebuje uzyskać informację o zwolnieniu, nie prosi za każdym razem pacjenta o pozwolenie na ten dostęp, tylko uzyskuje te dane. Czyli mamy modele dostępu ogólnego, ale te dane są zabezpieczone tak, żeby nikt niepowołany nie mógł do nich wejść, skorzystać i pozostać anonimowy. Otóż pacjent, jeśli nie ukończymy usługi, czyli nie wystawimy zwolnienia, otrzymuje informację, dlaczego, kto, w jakim celu i o której godzinie z tego urzędnika uzyskał dostęp do danych medycznych. To jest system, który się sprawdza. Natomiast dlaczego jest to niezbędne? No bo bez tego nie funkcjonuje cały system wymiany informacji.

W biznesie medycznym mamy wiele doskonałych rozwiązań, np. Doctor.One. Natomiast one ze sobą nie współpracują. System danych z publicznej ochrony zdrowia nie jest zaimplementowany praktycznie w ogóle do rozwiązań w prywatnym sektorze, który jest olbrzymi. W mojej działce, czyli ginekologii i położnictwa, poza szpitalnictwem tak naprawdę cały rynek jest praktycznie prywatny. Możemy mydlić oczy, natomiast gros danych, np. na temat diagnostyki szyjki macicy, z rynku prywatnego ucieka. My te dane gubimy absolutnie niepotrzebnie tylko dlatego, że cały czas nie integrujemy, nie wprowadzamy, nie wymuszamy wspólnej bazy danych. Nie wymuszamy certyfikacji tych rozwiązań. Tak naprawdę to my jako Naczelna Izba Lekarska, we współpracy z AOTMiT, powinniśmy certyfikować procesy dostępu do danych medycznych, uzyskiwania ich oraz redagowania. Powinniśmy te dane ekstrapolować na pozostałe rynki europejskie. Wiemy, że ten problem nie jest tylko technologiczny, nie jest to problem tylko prawodawstwa, ale także problem kulturowy. W różnych krajach Unii Europejskiej mamy bardzo różne podejście, różny poziom wiedzy i różny poziom strachu przed takimi rozwiązaniami. Bez dobrych, wystandaryzowanych metod my tego nie wyrównamy i dalej będziemy mieć problem z tym, że jeśli nawet wyrównamy nasz rynek polski, wprowadzimy bezpieczny dostęp do danych, nie będziemy mogli wykorzystywać tego transgranicznie. Mamy wielkie chęci poprawienia systemów, ale zapominamy o pacjencie jako głównym podmiocie naszych działań. Dane medyczne przetwarzamy nie po to, żeby zrobić kolejne świetne badanie naukowe, ale po to, żeby to badanie naukowe mogło poprawić procesy diagnostyki i leczenia naszych pacjentów. Projektujemy systemy po to, żeby móc dać innym rozwiązanie. Żeby ocenić, które rozwiązania możemy wprowadzić na rynek, chociażby jako refundowane świadczenia dla pacjenta. Także ten dostęp musi być zrobiony tak, żebyśmy mieli zabezpieczone możliwości leczenia. Certyfikacja wystandaryzowanych rozwiązań jest podstawą, która zapewni nam bezpieczne i skuteczne wdrażanie, bo bez tego dalej będziemy kręcić się w kółko. Dalej będziemy tworzyć świetne rozwiązania na małych przestrzeniach, ale będziemy się na nich zamykać.

109 Patient Summary Poland. CeZ. Dostępne: <https://www.cez.gov.pl/pl/page/patient-summary>

Tomasz Rudolf

współzałożyciel i CEO start-upu medycznego Doctor.One

Doctor.One to platforma stałej opieki medycznej, która zapewnia pacjentom wsparcie lekarza, zwiększając zaangażowanie, adherencję do zaleceń i skuteczność terapii.¹¹⁰ Tworząc projekt Doctor.One, wychodziliśmy z kilku założeń. Pierwsze założenie to takie, że głównymi użytkownikami z tych systemów informatycznych są nie pacjenci, tylko lekarze, bo to oni codziennie, czasem po kilka godzin muszą z tego korzystać. I te systemy nie zawsze ułatwiają im pracę. Więc możemy pracowników medycznych, różnych, nie tylko lekarzy, odciążyć w pracy dzięki nowoczesnym systemem informatycznym. I możemy sprawić, żeby oni nie musieli wykorzystywać różnych narzędzi, takich, które do tego zostały stworzone, żeby swój cel wyleczenia pacjenta, pomocy pacjentowi osiągnąć. W Brazylii 97 proc. lekarzy korzysta z WhatsAppa, żeby się komunikować ze swoimi pacjentami. W Polsce, w różnych analizach, które robiliśmy w badaniach i ankietach, procent lekarzy, którzy dają prywatny telefon pacjentom, jest między 50 a 75 proc. Lekarze przy użyciu różnych kanałów, czasem nawet czatu instagramowego i facebookowego oraz SMS, otrzymują dokumentację medyczną z prośbą o konsultację. My, tworząc platformę Doctor.One i zdobywając kilka tysięcy lekarzy, którzy dzisiaj z niej korzystają, chcieliśmy usprawnić tę komunikację oraz zabezpieczyć dane medyczne pacjentów.

Dzisiaj pracujemy ze szpitalami czy z innymi jednostkami, które chcą po prostu taki model asynchronicznej telemedycyny, która nie ma zastępować wizyt, ale ma uzupełniać w chorobach przewlekłych, w szczególności prowadzenie pacjenta o nowe formy. Bo mówiąc o telemedycynie, bardzo często sprowadzamy ją po prostu do telefonu od lekarza do pacjenta. Lekarza, który w ogóle tego pacjenta nie zna i pierwszy raz z nim jakąś konsultację musi wykonać. Lekarze i pacjenci często postrzegają telemedycynę jako „brzydszą siostrę prawdziwej wizyty czy prawdziwej medycyny”. Musimy zdecydowanie promować różne formy zbierania danych medycznych ustrukturyzowanych. Widzimy, że prowadzenie pacjenta, zwłaszcza z chorobą przewlekłą, stanowi nawet 80 proc. kosztów opieki medycznej. Musimy myśleć o tym, jak takich pacjentów skuteczniej prowadzić. Być może wysyłać ich wcześniej do domu, ale dawać im nadzór telemedyczny. Jeśli ten pacjent nie korzysta z cyfrowych narzędzi, to musimy mieć rozwiązania hybrydowe, w których koordynator opieki bądź pielęgniarka czy ktokolwiek inny będzie tradycyjnym kontaktem dla takiego pacjenta. Zresztą tego też się nauczyliśmy. To jest w naszym przypadku marginalne, ale nasi koordynatorzy opieki też muszą mieć taką opcję, że jeśli pacjent pod opieką stałą nie korzysta z cyfrowych narzędzi, chociażby aplikacji, to powinna być opcja tradycyjnego zaopiekowania tego pacjenta. Jest to telefon czy wypełnienie ankiety w sposób tradycyjny.

Myślę, że wraz ze wzrostem cyfrowych kompetencji zarówno personelu medycznego młodej generacji, jak i młodszych pacjentów, przyszłość będzie należała do telemedycyny. Dla nowych pokoleń lekarzy i pacjentów będzie coraz bardziej naturalne, żeby pewne rzeczy robić z wykorzystaniem czatu czy aplikacji. To nie może zastępować oczywiście tradycyjnych wizyt lekarskich tam, gdzie one są potrzebne. Jednak, przy ograniczonych zasobach personelu medycznego, musimy tam, gdzie po prostu możemy, z jednej strony delegować uprawnienia do technologii, która może tego lekarza bądź pielęgniarkę wspierać, lub też po prostu do personelu wspierającego, do koordynatorów, którzy wspierani technologią mogą odciążać lekarzy od takiego monitoringu pacjenta pomiędzy wizytami. Widzimy, że analizując chociażby wymogi programów lekowych, uelastycznianie takich zasad, że pacjent musi koniecznie być co tydzień w gabinecie albo co miesiąc, albo co trzy miesiące, i dawanie możliwości, że jeśli on jest pod takim nadzorem, w stałym kontakcie zdalnym ze swoim zespołem opieki.

Jeśli chodzi o dotarcie do osób wykluczonych cyfrowo, to informacja pacjenta o możliwości skorzystania z Doctor.One dzieje się na wizycie w gabinecie. My nie mamy takich pacjentów, bo to jest narzędzie dla zespołu opieki do rozszerzania opieki pomiędzy wizytami, a nie narzędzie dla anonimowego pacjenta, który chce otrzymać konsultację czy receptę. Mamy sporo pacjentów 65+,

110 Doctor.One. Dostępne: <https://www.doctor.one/>

więc staramy się pamiętać, że zarówno lekarze, którzy będą korzystać z interfejsów, jak i pacjenci, muszą widzieć czcionki. Myślę, że w każdej platformie technologicznej ważne jest, żeby zespoły, które projektują system i narzędzia, miały kontakt z użytkownikami. Dla nas takim doświadczeniem było wielu dni na konferencjach medycznych z lekarzami. Rozmawialiśmy z lekarzami, pracowaliśmy z nimi na ich telefonach i widzieliśmy czcionki, jakie mają lekarze na swoich telefonach. To było dla naszego zespołu doskonale narzędzie, żeby w kontakcie z użytkownikami doskonalic nasz program. Myślę, że od tego nie uciekniemy i musimy patrzeć, na to, jak użytkownicy korzystają z technologii. Musimy słuchać uwag zwrotnych tych, którzy korzystają z Doctor. One. Najtrudniej zrobić system, który ma wszystkie funkcjonalności, które powinien mieć, ale jest bardzo prosty i bardzo intuicyjny.

Karolina Wasielewska

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Jednym z tych priorytetów polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, z którym wszyscy tu obecni są związani, jest cyfrowa transformacja w medycynie i ochronie zdrowia. Oczywiście można to rozumieć różnie, też bardzo szeroko, o czym w czasie dzisiejszego spotkania się przekonamy, bo będzie mowa o rozmaitych zagadnieniach z tego zakresu. Jestem dziennikarką. Przez wiele lat prowadziłam bloga poświęconego karierze kobiet w branży technologicznej „Girls Gone Tech”.¹¹¹ Jestem również autorką książki „Cyfrodziewczyny. Pionierki polskiej informatyki”, która jest poniekąd także historią polskiej informatyki.¹¹²

Produktami, którymi możemy się pochwalić w trakcie prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej, może być Internetowe Konto Pacjenta (IKP), z którego wg danych na stronach rządowych korzysta już 48 proc. Polaków.¹¹³ Najczęściej posługując się e-receptami i e-skierowaniami, w mniejszym stopniu korzystamy z usług typu zapisanie się na szczepienie. Podobne systemy powstały w wielu państwach Unii, a wiele powstawało w czasie pandemii, więc przyspieszenie było wtedy gigantyczne. Te systemy powstawały niezależnie od siebie i one nie są bardzo często interoperacyjne. One ze sobą nie współpracują, więc dobrze, że proces cyfryzacji przyspieszyła pandemia, ale tak naprawdę doprowadziła też do tego, że każdy kraj działa trochę sobie. I teraz pytanie, czy w tej sytuacji prezydencja wg państwa może być okazją do działań na rzecz większej interoperacyjności tych systemów? A może wręcz należy pomyśleć o takim paneuropejskim IKP, skoro już i tak wkrótce będziemy używać europejskiego odpowiednika m-Obywatela, czyli europejskiego portfela tożsamości cyfrowej.

Chcemy promować wykorzystanie sztucznej inteligencji (AI) w zdrowiu. W 2024 r. think tank SGH dla ochrony zdrowia opublikował raport „Sztuczna inteligencja w zdrowiu. Bezpieczeństwo prawne i wykorzystanie w Polsce”. Opisano w nim korzyści i zagrożenia związane z integracją sztucznej inteligencji do codziennej praktyki klinicznej i działalności organizacji z sektora zdrowia i opieki zdrowotnej. Stwierdzono w nim, że sztuczna inteligencja (AI) staje się immanentnym elementem otoczenia branży zdrowia i opieki zdrowotnej, a lawinowy rozwój narzędzi opartych na AI i uczeniu maszynowym przynosi nadzieję na poprawę jakości opieki zdrowotnej, efektywności procesów diagnostycznych oraz skuteczności terapii.¹¹⁴ Sztuczna inteligencja znalazła się w celach Strategii Cyfryzacji Polski do 2035 r. w medycznym kontekście. W strategii ok. 100 jednostek chorobowych ma być wspólnie diagnozowanych przez AI. Projekt Strategii Cyfryzacji Polski to pierwszy tak kompleksowy dokument w historii Polski, który ma być planem transformacji cyfrowej na najbliższą dekadę. Głównym jego celem jest poprawa jakości życia obywateli dzięki cyfryzacji.¹¹⁵

111 Girls Gone Tech. Karolina Wasielewska. Dostępne: <https://www.girlsgonetech.pl/>

112 Cyfrodziewczyny. Pionierki polskiej informatyki. Karolina Wasielewska. Dostępne: <https://www.empik.com/cyfrodziewczyny-pionierki-polskiej-informatyki-wasielewska-karolina.p1239400559.ksiazka-p>

113 Internetowe Konto Pacjenta (IKP). Dostępne: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>

114 Raport „Sztuczna inteligencja w zdrowiu. Bezpieczeństwo prawne i wykorzystanie w Polsce” SGH 2024 Dostępne: <https://gazeta.sgh.waw.pl/meritum/raport-sztuczna-inteligencja-w-zdrowiu-bezpieczenstwo-prawne-i-wykorzystanie-w-polsce>

115 Strategia Cyfryzacji Polski do 2035 r. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/strategia-cyfryzacji-polski-do-2035-r>

Musimy pamiętać, że polskie szpitale bardzo często padają ofiarą cyberataku, typu wyłudzenia pieniędzy, szantaże, podszywanie się pod inne osoby, blokowanie systemu. W 2022 r. szpitale odnotowały trzykrotny wzrost cyberataków. Zgłoszono 43 takie zdarzenia. W 2021 r. było ich 13. W co trzeciej placówce brakuje specjalistów zajmujących się architekturą IT, a jedynie 16 proc. prowadziło w ostatnich latach regularne szkolenia z zakresu cyberbezpieczeństwa. Trudno więc powiedzieć, że polskie szpitale mają obsługę informatyczną na wysokim poziomie.¹¹⁶

Zanim przejdziemy do szerokiego wykorzystania telemedycyny, musimy zniwelować wykluczenie cyfrowe. 48 proc. korzystających z IKP, nawet jeżeli nie wiemy, w jaki sposób oni korzystają, jest liczbą imponującą, dopóki nie pomyślimy, że 52 proc. obywateli z IKP nie korzysta. Wykluczenie cyfrowe to jest to ogromny problem, dotyczący w dużej mierze seniorów. Wiemy, że są osoby, które mają tak ogromne zaległości, jeżeli chodzi o edukację informatyczną, że nadrobienie tego będzie co najmniej trudne. Wykluczenie cyfrowe to ograniczenia w dostępności do internetu. Pierwotne wykluczenie cyfrowe, rozumiane jako niekorzystanie z internetu (z powodu braku potrzeby, umiejętności, braku sprzętu, łącza, pieniędzy itp.) dotyczyło w 2020 r. w Polsce aż 3,8 mln osób. 96 proc. osób pierwotnie wykluczonych cyfrowo stanowiły osoby w wieku 45-74 lat. W 2020 r. 50 proc. osób w tej grupie wiekowej nie miało choćby podstawowych kompetencji cyfrowych.¹¹⁷ Z opublikowanego w ostatnim czasie przez Fundację Orange raportu „Wykluczenie społeczno-cyfrowe w Polsce” jasno wynika, że najlepszą drogą do walki z wykluczeniem cyfrowym jest edukacja.¹¹⁸

Bibliografia

1. Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>
2. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) Dostępne: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-economic-and-social-committee-eesc_pl
3. Projekt PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Dostępne: <https://polsenior2.gumed.edu.pl/>
4. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej niewydolności serca w 2016 r.. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. Kardiologia Polska 2016; 74, 10: 1037–1147. Dostępne: https://gdansk.ptkardio.pl/files/articles/29/01_kp_2016_10_wytyczne_esc_niewydolnosc_serca_zlinkowany.pdf
5. Brugs J.J., Veenis J.F., Radhoe S.P., et. all, A randomised comparison of the effect of haemodynamic monitoring with CardioMEMS in addition to standard care on quality of life and hospitalisations in patients with chronic heart failure : Design and rationale of the MONITOR HF multicentre randomised clinical trial. Neth Heart J. 2020 Jan;28(1):16–26. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31776915/>
6. Hindricks G., Taborsky M., Glikson M., et. all., Implant-based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure (IN-TIME): a randomised controlled trial. The Lancet 384 (9943), 2014, 583–590. Dostępne: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61176-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61176-4/abstract)
7. McDonagh T.A., Metra M., Adamo M., et. all., ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36):3599–3726. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447992/>

116 Niebezpieczny e-wirus. Rośnie liczba cyberataków na szpitale. Dostępne: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/nowe-technologie/artykuly/8639283.cyberbezpieczenstwo-cyberataki-szpitala-wirusy.html>

117 Wykluczenie cyfrowe. Ministerstwo Cyfryzacji. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/kluby-rozwoju-cyfrowego-odpowiedzia-na-wykluczenie-cyfrowe>

118 Wykluczenie społeczno-cyfrowe w Polsce. 2021 Dostępne: <https://fundacja.orange.pl/strefa-wiedzy/post/wykluczenie-spoeczno-cyfrowe-w-polsce-2021>

8. Bjarnason–Wehrens B., McGee H., Zwisler A.D., Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey, *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, Volume 17, Issue 4, 1 August 2010, Pages 410–418. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20300001/>
9. Conraads V.M., Deaton C., Piotrowicz E., et. all, Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions: a position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2012 May;14(5):451–8. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22499542/>
10. Applying Telemedicine in a Model of Implementing Cardiac Rehabilitation in Heart Failure Patients (TELEREH–HF), NCT02523560. Dostępne: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02523560>
11. Piotrowicz E., Baranowski R., Bilinska M., et. all., A new model of home-based telemonitored cardiac rehabilitation in patients with heart failure: effectiveness, quality of life, and adherence. *Eur J Heart Fail.* 2010 Feb;12(2):164–71. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20042423/>
12. Piotrowicz E., Stepnowska M., Leszczyńska–Iwanicka K., et. all, Quality of life in heart failure patients undergoing home-based telerehabilitation versus outpatient rehabilitation—a randomized controlled study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2015 Jun;14(3):256–63. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24849304/>
13. Piotrowicz E., Zieliński T., Bodalski R., Home-based telemonitored Nordic walking training is well accepted, safe, effective and has high adherence among heart failure patients, including those with cardiovascular implantable electronic devices: a randomised controlled study. *Eur J Prev Cardiol.* 2015 Nov;22(11):1368–77. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25261268/>
14. Piepoli M.F., Conraads V., Corrà U., Piotrowicz E., et. all, Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Heart Fail.* 2011 Apr;13(4):347–57. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21436360/>
15. Jankowski P., Niewada M., Bochenek A., Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji [Optimal model of comprehensive rehabilitation and secondary prevention]. *Kardiol Pol.* 2013;71(9):995–1003. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24065281/>
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 16 grudnia 2016 r. zmieniające Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2016 poz. 2162) Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160002162>
17. Zarządzenie Nr 33/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Dostępne: <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-332017dsoz,6575.html>
18. Krzesiński P., Jankowska E.A., Siebert J., Piotrowicz K., et. all., Effects of an outpatient intervention comprising nurse-led non–invasive assessments, telemedicine support and remote cardiologists’ decisions in patients with heart failure (AMULET study): a randomised controlled trial. *Eur J Heart Fail.* 2022 Mar;24(3):565–577. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34617373/>
19. Koehler F., Koehler K., Deckwart O., et. all, Telemedical Interventional Management in Heart Failure II (TIM–HF2), a randomised, controlled trial investigating the impact of telemedicine on unplanned cardiovascular hospitalisations and mortality in heart failure patients: study design and description of the intervention. *Eur J Heart Fail.* 2018 Oct;20(10):1485–1493. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30230666/>
20. VIII edycja „Badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących

- działalność leczniczą”. CeZ 2024 Dostępne: <https://cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/nowe-badanie-poziomu-cyfrizacji-ochrony-zdrowia>
21. Telemedyczna Grupa Robocza. Dostępne: <http://telemedycyna-tmuw.pl/>
 22. Wykorzystanie telemonitoringu urządzeń wszczepialnych w celu poprawy opieki nad pacjentami kardiologicznymi. Telemedyczna Grupa Robocza. 2021 Dostępne: http://telemedycyna-tmuw.pl/api/file/events/tmuw/Raport_proc.20TGR_full_ver2.pdf
 23. Dane medyczne w pracy lekarza stan obecny i pożądane zmiany. NIL 2024 Dostępne: https://nil.org.pl/uploaded_files/art_1707132900_raport-dane-medyczne-w-pracy-lekarza.pdf
 24. Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (EHDS). Dostępne: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_pl
 25. Raport o szczepieniach przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). CeZ. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/raport-o-szczepieniach-przeciwko-wirusowi-brodawczaka-ludzkiego-hpv>
 26. SGI Europe. Dostępne: <https://sgieurope.org/about/>
 27. Projekt Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych. Ministerstwo Zdrowia 2024 Dostępne: <https://basiw.mz.gov.pl/>
 28. PalsyVue P.S.A. Dostępne: <https://www.palsyvue.com/>
 29. Cyfrizacja zdrowia w interesie społecznym. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. 2023 Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Cyfrizacja-zdrowia-w-interesie-spoecznym-raport,51506.html>
 30. Rada Ministrów przyjęła Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-plan-dla-chorob-rzadkich-na-lata-2024-2025>
 31. Platforma informacyjna Choroby Rzadkie. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://choroby-rzadkie.gov.pl/pl/aktualnosci/witamy-na-platformie-informacyjnej-choroby-rzadkie>
 32. Instrukcja stosowania polskiej krajowej implementacji HL7 CDA. Centrum e-Zdrowia. 2019 Dostępne: https://www.cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/hl7/instrukcja_stosowania_pik_hl7_cda_v1_3_1u2_5def850b1cd87.pdf
 33. Patient Summary Poland. CeZ. Dostępne: <https://www.cez.gov.pl/pl/page/patient-summary>
 34. Doctor.One. Dostępne: <https://www.doctor.one/>
 35. Girls Gone Tech. Karolina Wasielewska Dostępne: <https://www.girlsgonetech.pl/>
 36. Cyfrodziewczyny. Pionierki polskiej informatyki. Karolina Wasielewska Dostępne: <https://www.empik.com/cyfrodziewczyny-pionierki-polskiej-informatyki-wasielewska-karolina,p1239400559,ksiazka-p>
 37. Internetowe Konto Pacjenta (IKP) Dostępne: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>
 38. Raport „Sztuczna inteligencja w zdrowiu. Bezpieczeństwo prawne i wykorzystanie w Polsce” SGH 2024 Dostępne: <https://gazeta.sgh.waw.pl/meritum/raport-sztuczna-inteligencja-w-zdrowiu-bezpieczenstwo-prawne-i-wykorzystanie-w-polsce>
 39. Strategia Cyfrizacji Polski do 2035 r. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/cyfrizacja/strategia-cyfrizacji-polski-do-2035-r>
 40. Niebezpieczny e-wirus. Rośnie liczba cyberataków na szpitala. Dostępne: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/nowe-technologie/artykuly/8639283.cyberbezpieczenstwo-cyberataki-szpitala-wirusy.html>
 41. Wykluczenie cyfrowe. Ministerstwo Cyfrizacji Dostępne: <https://www.gov.pl/web/cyfrizacja/kluby-rozwoju-cyfrowego-odpowiedzia-na-wykluczenie-cyfrowe>
 42. Wykluczenie społeczno-cyfrowe w Polsce. 2021 Dostępne: <https://fundacja.orange.pl/strefa-wiedzy/post/wykluczenie-spoeczno-cyfrowe-w-polsce-2021>

Profilaktyka i zdrowie publiczne jako priorytet polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r.

dr n. med. Jakub Gierczyński [redakcja naukowa]

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

Prof. dr hab. n. med. Maciej Banach, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2010–2012, prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, adiunkt Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore (USA)

Artur Białkowski, wiceprezes zarządu, dyrektor zarządzający ds. usług biznesowych, Medcover sp. z o.o.

Małgorzata Bogusz, prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

Prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, prorektor ds. umiędzynarodowienia UM we Wrocławiu, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS), członkini Sekcji Women Dentist Worldwide Światowej Federacji Dentystycznej FDI

Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia na Uczelni Łazarskiego

Justin Gandy, dyrektor zarządzający MSD Polska

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, European Health Network

Dr n. med. Maciej Głogowski, kierownik Oddziału Zabiegowego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu Badawczego

Dr n. med. Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke, przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk

Prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim

Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Katarzyna Kacperczyk, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kamila Kadziłowska, współzałożycielka i wiceprezeska zarządu Fundacji Rodzice dla Klimatu

Wojciech Konieczny, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

- Prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Marek Krawczyk, członek rzeczywisty Polskiej Akademii Nauk i Dziekan Wydziału V Nauk Medycznych PAN
- Michał Lipiński, dyrektor konkursu Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”
- Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz terapii chorób rzadkich ORPHAN
- Dr n. med. Janusz Meder, prezes zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym
- Justyna Mieszalska, prezes Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, konsultant wojewódzka w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, pełnomocnik zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia i parlamentem
- Prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii, kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH
- Lech Pilawski, członek Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, doradca prezydenta Konfederacji Lewiatan
- Prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Komisja ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- Prof. dr hab. n. med. Marek Postuła, kierownik Pracowni Farmakogenomiki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- Krzysztof Przybył, prezes zarządu Fundacji Polskiego Promocyjnego „Teraz Polska”.
- Dr n. med. Igor Radziejewicz-Winnicki, prezes zarządu PZU Zdrowie SA, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2012–2015
- Irena Rej, prezes zarządu Izby Gospodarczej Farmacja Polska
- Wiesława Rybicka-Bogusz, prezeska regionu Mazowsze Stowarzyszenia Kobiety w Centrum
- Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- Aleksandra Sienkiewicz, dyrektor Forum Zdrowia, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców (ZPP)
- Prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Neurologii, kierownik I Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta, kierownik Katedry Zdrowia Kobiety oraz Zakładu Zdrowia Reprodukcyjnego i Seksuologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
- Prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Kardiologii
- Dr hab. n. med. Edyta Sutkowska, Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Uniwersyteckie Centrum Fizjoterapii i Rehabilitacji, Zakład Fizjoterapii Klinicznej i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Prof. dr hab. n. med. Piotr Szymański, przewodniczący Komitetu ds. Regulacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Centrum Kardiologii Klinicznej i Chorób Rzadkich Układu Sercowo-Naczyniowego PIM MSWiA w Warszawie

Karolina Wasielewska, Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Dr n. med. Bernard Waśko, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego

Prof. dr hab. n. med. Bartosz Wielgomas, prezes Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego, kierownik Katedry i Zakładu Toksykologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. Cezary Włodarczyk, członek prezydium Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, były dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego

Wprowadzenie

13 grudnia 2024 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbyła się konferencja pt. „Droga do Prezydencji: profilaktyka i zdrowie publiczne”. Konferencja był poświęcona jednemu z priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, czyli profilaktyce zdrowotnej. W zakresie tego priorytetu polska prezydencja planuje działania:

1. Ocena skuteczność wdrażanych w państwach Unii Europejskiej strategii i programów profilaktyki zdrowotnej.
2. Przygotowanie katalogu dobrych praktyk i rozwiązań oraz propozycji działań na szczeblu narodowym i wspólnotowym.
3. Ocena skuteczności polityk publicznych/profilaktyki w kontekście głównych czynników zagrażających zdrowiu.
4. Zintegrowane podejście do profilaktyki i edukacji (promocja interdyscyplinarnej edukacji).¹¹⁹

Wydarzenie zorganizowane przez Instytut Rozwoju Spraw Społecznych zgromadziło wielu ekspertów zajmujących się zdrowiem publicznym i profilaktyką, ale także specjalistów wielu dziedzin medycyny oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych. **Efektom konferencji będzie rozdział przekrojowy w Białej Księdze oraz lista „polskich produktów eksportowych” z dziedziny profilaktyki zdrowotnej.** Konferencję sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Rządowego Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich NOWEFIO na lata 2021–2030 oraz grantów naukowych GSK, Medicover, MSD i Novo Nordisk.

Małgorzata Bogusz

prezes zarządu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, członkini Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, członkini Rady Organizacji Pozarządowych ds. Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej

W imieniu Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych z przyjemnością zapraszamy Państwa do udziału w konferencji „Droga do Prezydencji: profilaktyka i zdrowie publiczne w programie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej”. Patronat honorowy nad konferencją objęły: Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny, Komitet Nauk Klinicznych PAN, Instytut Lecha Wałęsy, Ośrodek THINKTANK oraz Fundacja Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”. Ponadto Instytut Rozwoju Spraw Społecznych wystąpił o patronaty polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej oraz Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk.

¹¹⁹ Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

Jestem członkiem Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego (EKES), który składa się z 329 członków i jest organem doradczym Unii Europejskiej.¹²⁰ Oznacza to, że każdy dokument unijny, który przygotowuje Komisja Europejska, trafia do nas i my w trzech grupach, bo jesteśmy podzieleni na trzy grupy – pracodawców, związki zawodowe oraz sektor pozarządowy, w którym mam zaszczyt działać – opiniujemy te dokumenty, a więc również debatujemy bardzo intensywnie.

Dzisiejsza debata jest kolejnym wydarzeniem w cyklu inicjatyw Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych (IRSS), które koncentrują się na priorytetach polskiej prezydencji w Radzie UE rozpoczynającej się 1 stycznia 2025 r. Cykl „Droga do Prezydencji” został rozpoczęty w 2023 r. IRSS zorganizował dotychczas sześć takich wydarzeń, w których udział wzięło łącznie ponad stu polskich i zagranicznych ekspertów. Inicjatywy te służą stworzeniu platformy eksperckiej do dyskusji o priorytetach prezydencji oraz opracowaniu rekomendacji w formie Białej Księgi.

Dyskusja, którą dzisiaj będziemy toczyć, poświęcona jest zakresowi priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, która rozpoczyna się 1 stycznia 2025 r. Jak wiemy, Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało cztery główne priorytety polskiej prezydencji w zakresie zdrowia: cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, promocja profilaktyki oraz bezpieczeństwo lekowe.¹²¹ Obrady dzisiejszej konferencji skupią się na profilaktyce w ochronie zdrowia oraz bezpieczeństwie zdrowotnym jako jednym z filarów programu polskiej prezydencji w Radzie UE.

Do udziału w dzisiejszym wydarzeniu zaprosiliśmy ponad 40 wybitnych ekspertów, by podzielili się doświadczeniami ze swoich obszarów medycyny i życia społecznego, kontrybuując tym samym do stworzenia katalogu dobrych praktyk, którymi Polska będzie mogła dzielić się na arenie europejskiej podczas sprawowania przewodnictwa w Radzie UE.

Justyna Mieszalska

prezes Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W imieniu Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego witam Państwa serdecznie. Dzięki uprzejmości pana rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego możemy po raz kolejny brać udział w konferencji z cyklu „Droga do prezydencji”. Dzisiejsza konferencja zatytułowana jest „Profilaktyka i zdrowie publiczne w programie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej”. Zdrowie publiczne, już chyba od 24 lat jest związane z moją drogą zawodową. Byłam odpowiedzialna za ten obszar w Ministerstwie Zdrowia. W 2015 r. współtworzyłam pierwszy **Narodowy Program Zdrowia, którego celem strategicznym było wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu.**¹²² Wielkim kamieniem milowym było uchwalenie również w 2015 r. **Ustawy o zdrowiu publicznym**, która miała realizować zadania z zakresu zdrowia publicznego w walce z negatywnymi trendami epidemiologicznymi i czynnikami ryzyka, które wpływają na stan zdrowia i związaną z nim jakość życia.¹²³ Dzisiaj będę słuchać Państwa propozycji odnośnie do zdrowia publicznego oraz programów profilaktycznych na najbliższe lata. Mam nadzieję, że klinicyści oraz wiele organizacji rządowych i pozarządowych, będą zaangażowani w realizację zdrowia publicznego, tak aby te nierówności w zdrowiu były wyrównywane. Musimy wszystkich przekonywać, że otyłość, nadwaga, alkohol, używki oraz smog prowadzą do rozwoju wielu chorób i zgonów Polaków. **Zdrowie publiczne powinno objąć opieką szczególnie osoby żyjące w mniejszych miejscowościach.** Wydaje mi się, że edukacja zdrowotna od najmłodszych

120 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) Dostępne: <https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-economic-and-social-committee-esc-pl>

121 Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

122 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 Dz.U. 2016 poz. 1492 Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020>

123 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20150001916>

lat jest tym, na czym powinniśmy się skupić. Jesteśmy w stanie oraz jesteśmy chętni i gotowi, aby pomagać resortowi zdrowia przy tworzeniu kolejnego Narodowego Programu Zdrowia. Mam nadzieję, że wiedza wszystkich nas będzie przydatna i możliwa do wykorzystania. Mam nadzieję, że dzisiejszy dzień będzie takim kamieniem milowym w drodze do polskiej prezydencji.

Znaczenie profilaktyki w naukach medycznych

prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke

rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W imieniu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pragnę zadeklarować, że z ogromną przyjemnością Państwa gościmy i będziemy gościć. I to nie tylko przyjemność, ale i wielki przywilej. Także deklaruje to na przyszłość. To wszystko może się odbywać dzięki aktywności pani prezes Małgorzaty Bogusz, dzięki aktywności pani prezes Justyny Mieszalskiej oraz pana profesora Bolesława Samolińskiego. Pragnę przypomnieć, że pan profesor Bolesław Samoliński ma ogromne doświadczenie, jeśli chodzi o pracę na rzecz organów unijnych, ponieważ był przewodniczącym Zespołu do spraw priorytetów w obszarze zdrowia publicznego polskiej prezydencji w Radzie Unii w 2011 r. Wówczas to zostały zorganizowane w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym dwie konferencje. Jedna była poświęcona zapobieganiu chorobom mózgu, w tym chorobom neurodegeneracyjnym, a druga, co bardzo ważne, dotyczyła profilaktyki i wczesnego diagnozowania i leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci. Chcę podkreślić, że temat tej drugiej konferencji wówczas został przyjęty jako jeden z priorytetów unijnych i włączony do konkluzji Rady Unii Europejskiej. Mam nadzieję, że w trakcie tej prezydencji będziemy podobnie aktywni.

Dzisiejsze spotkanie ma charakter roboczy. Jeśli chodzi o medycynę prewencyjną, to wszyscy zdajemy sobie doskonale sprawę z wagi tego zagadnienia. Jeśli chodzi o nakłady na medycynę prewencyjną w Polsce, to wzrosły one dramatycznie w czasie pandemii Covid-19. Było to wzrost kolosalny, bo wynosił ok. 88 proc. **Niestety, widzimy ogromne różnice w Unii Europejskiej, jeśli chodzi o środki przeznaczane na medycynę prewencyjną – Austria wydaje 1,25 proc., natomiast Polska 0,14 proc. PKB.** Gdy popatrzymy na zestawienia krajów europejskich, to jest 14 krajów, które wydają na medycynę prewencyjną powyżej 100 euro na mieszkańca rocznie, natomiast pozostała część, czyli 13 krajów, wydaje poniżej 100 euro na mieszkańca rocznie. I te różnice są ogromnie istotne. **Myszę, że taka sytuacja jest w wielu różnych innych europejskich krajach i o to na pewno należy zaważyć, aby te wydatki proporcjonalnie i równomiernie zwiększać.** Czekamy zatem na raport z tego spotkania i konkretne działania realizujące Państwa postulaty w trakcie polskiej prezydencji od stycznia do czerwca 2025 r.

Zdrowie publiczne i profilaktyka w prezydencji Polski w Radzie UE

Wojciech Konieczny

sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Priorytetem polskiej prezydencji jest bezpieczeństwo, odmieniane na siedem przypadków, w tym oczywiście bezpieczeństwo zdrowotne. Nad całością prezydencji w Ministerstwie Zdrowia czuwa pani minister Katarzyna Kacperczyk, nadzorująca Departament Współpracy Międzynarodowej, który jest oddelegowany do obsługi prezydencji.

Priorytety polskiej prezydencji w zakresie zdrowia są bezpośrednio związane ze zdrowiem publicznym. W zakresie profilaktyki chcemy promować wielokierunkową profilaktykę zdrowotną, której skuteczność w rozumieniu populacyjnym zależy od jej szerokiej implementacji i promocji. Są kraje, w których promocja profilaktyki jest na wyższym poziomie niż u nas

i osiągają spektakularne efekty zdrowotne w wielu dziedzinach, w których my niestety tych efektów przez ostatnie lata nie osiągnęliśmy. Przykładem jest nadwaga i otyłość, rozpowszechnienie spożycia alkoholu oraz nadużywanie papierosów, tytoniu i nikotyny. Dlatego podnieśliśmy rangę promocji profilaktyki zdrowotnej do priorytetu.

Do tematu profilaktyki możemy podchodzić na dwa sposoby. Jeden sposób to jest profilaktyka jako taka, którą się Państwo zajmujecie, która jest celem Waszych działań od wielu lat. Ta profilaktyka się nie zmienia, ale ewoluuje podejście do niej. Natomiast są wydarzenia, które zmieniły znaczenie profilaktyki w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego. Mam na myśli zarówno pandemię Covid-19, wojnę w Ukrainie, jak i rozwój technologii cyfrowej kreującej zagrożenia w zakresie cyberbezpieczeństwa.

W 2025 r. kończy się Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 i musimy opracować nowy program na kolejne pięć lat.¹²⁴ Chcemy to zrobić w pewnej kolejności. Ustawa o zdrowiu publicznym ma już 10 lat.¹²⁵ Myślę, że **prace, które będą treścią polskiej prezydencji, będą również częścią tych zmian, które zaowocują nowym Narodowym Programem Zdrowia i zmianami w Ustawie o zdrowiu publicznym.** Nad ustawą pracowało Ministerstwo Zdrowia oraz zespół powołany przez panią senator Beatę Małecką-Liberę w Senacie RP, w którym również zasiadałem. Mamy dobry materiał, który musimy zmienić pod pewne cele, które chcemy osiągnąć w dłuższej perspektywie. Ustawa o zdrowiu publicznym z 2015 r. określiła zakres zdrowia publicznego na 10 lat. I możemy się spodziewać, że to, co teraz zrobimy, będzie działało przez następną dekadę. Akt prawny tej rangi powinien być przygotowany po pierwsze, z należytą starannością, a po drugie, z **uwzględnieniem tego, czego populacja Polski potrzebuje.** Więc od tego musimy zacząć. **Finansowanie tych działań jest bardzo istotne.** Bardzo na to liczę na **głos ekspercki, który powinien wybrzmieć jak najmocniej.** Potencjał, który prezentuje polski system ochrony zdrowia, jest unikalny w skali Europy.

Priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej

Katarzyna Kacperczyk

podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Od 1 stycznia 2025 r. Polska pełni prezydencję w Radzie Unii Europejskiej pod hasłem „Bezpieczeństwo, Europo!”. Polska prezydencja będzie wspierać działania wzmacniające bezpieczeństwo europejskie w wymiarach: zewnętrznym, wewnętrznym, informacyjnym, gospodarczym, energetycznym, żywnościowym i zdrowotnym. **Zdrowie jest obecnie jednym z najważniejszych obszarów współpracy państw członkowskich.** Będziemy dążyć do wzmocnienia jej w całej Europie. To szansa na zmiany w systemach zdrowotnych UE i poprawę jakości życia obywateli. **Główne priorytety zdrowotne polskiej prezydencji to:**

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

W trakcie polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej od stycznia 2025 r. w zakresie zdrowia będziemy promować to, co my mamy w Polsce najlepsze. Często narzekamy, jeżeli chodzi o nasz system ochrony zdrowia, a przecież mamy w nim wiele dobrych rozwiązań i fantastycznych ludzi. Udało nam się przez ostatnie dekady wypracować naprawdę ogromny potencjał w obszarze nauk medycznych, medycynie praktycznej i nauk o zdrowiu. Więc myślę, że polska prezydencja będzie dobrym początkiem, żebyśmy bardziej pozytywnie podeszli do tego, co udało nam się osiągnąć w sektorze ochrony zdrowia.

124 Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025.MZ Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>

125 Ustawa o zdrowiu publicznym. MZ Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ustawa-o-zdrowiu-publicznym>

Pierwszym priorytetem w zakresie zdrowia polskiej prezydencji jest cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, czyli digitalizacja systemu ochrony zdrowia i usług zdrowotnych. W trakcie belgijskiej prezydencji przyjęto pakiet legislacyjny w zakresie Europejskiej Przestrzeni Danych o Zdrowiu (European Health Data Space).¹²⁶ Na czas polskiej prezydencji przypada implementacja tych uregulowań na szczeblu krajowym, jak również na szczeblu unijnym. Mamy bogate doświadczenia w tym obszarze i ambicję, żeby jako prezydencja wpływać istotnie na kształt tego, co będzie powstawać w Polsce, jak i w Unii Europejskiej. Częścią tych priorytetów jest cyberbezpieczeństwo szpitali. To jest inicjatywa, którą omówiliśmy z Komisją Europejską. Wsparcie zdolności do wprowadzania tych zabezpieczeń i narzędzi będziemy wspierać ze środków z Krajowego Planu Odbudowy (KPO). Planujemy ogłosić konkurs dla szpitali na początku 2025 r. Coraz więcej się mówi na forum Unii Europejskiej o sztucznej inteligencji. W czerwcu 2024 r. została uchwalona Ustawa o sztucznej inteligencji (Artificial intelligence act), która ustanawia wspólne ramy dla wykorzystania i dostarczania systemów sztucznej inteligencji (AI) w Unii Europejskiej.¹²⁷

Drugim priorytetem polskiej prezydencji w zakresie zdrowia jest profilaktyka i promocja zdrowia. Profilaktyka jest elementem inicjatywy parasolowej, którą wdraża Komisja Europejska w ramach Europejskiej Unii dla Zdrowia (EU for Health).¹²⁸ Profilaktyka jest również częścią Europejskiego Planu Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan).¹²⁹ Cieszy nas, że podmioty w coraz większym stopniu uczestniczą w tych inicjatywach europejskich oraz że zostały przeznaczone na to konkretne środki finansowe. W kontekście profilaktyki w chorobach nowotworowych i sercowo-naczyniowych Rada Unii Europejskiej przyjęła konkluzję pod koniec węgierskiej prezydencji, w której zawarła mandat, aby Komisja wypracowała konkretny plan działań w tym zakresie. Jesteśmy w kontakcie z Komisją Europejską i mamy nadzieję, że taki dokument powstanie. Gdy to przedsięwzięcie za naszej prezydencji pojawi się na agendzie, to będziemy wspierać i starać się go jak najszybciej procedować. Jako Polska mamy ambicję, żeby rozpocząć dyskusję i wykonać ocenę efektywności programów profilaktycznych i instrumentów polityk publicznych w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego w krajach członkowskich. Chcielibyśmy zrobić przegląd unijnych programów i instrumentów, które wdrażają państwa członkowskie, żeby ocenić, które instrumenty naprawdę działają i które powinny być implementowane. Poddamy analizie programy edukacyjne, informacyjne, programy profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej. Uzgodniliśmy również z Komisją Europejską, że w czasie Rady Unii Europejskiej odbędzie się dyskusja na temat zagrożeń wynikających z chorób nowotworowych i chorób układu krążenia.

Przypomnę, że organizacja i finansowanie systemów ochrony zdrowia jest wyłączną kompetencją państw członkowskich. Oprócz kwestii farmaceutycznych większość aspektów zdrowotnych na poziomie unijnym nie jest regulowana. Przez wiele lat zdrowie nie było obecne w agendzie Komisji Europejskiej, ale po pandemii Covid-19, zdrowie jest wysoko na agendzie Unii Europejskiej i państw członkowskich. Jest to nowa sytuacja, bo z jednej strony Komisja nie ma kompetencji i nie ma instrumentów, żeby ingerować w systemy ochrony zdrowia państw członkowskich. Z drugiej strony, jest dużo inicjatyw, chociażby w ramach Europejskiej Unii dla Zdrowia, gdzie coraz bardziej Unia Europejska jest aktywna w obszarze zdrowia. Przy okazji naszej prezydencji chcemy rozpocząć dyskusję na temat, gdzie zdrowie jest obecnie na agendzie unijnej i gdzie powinno być w przyszłości. Osobiście miałam wcześniejsze doświadczenia w temacie zmian klimatu (climate change), który stał się ważnym tematem przekrojowym (ang. cross-cutting

126 European Health Data Space. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_pl

127 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń. Komisja Europejska Dostępne: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:32024R1689>

128 Program UE dla zdrowia na lata 2021–2027 – wizja zdrowszej Unii Europejskiej. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_pl

129 Europejski plan walki z rakiem. Dostępne: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pl

issue) przez wszystkie polityki sektorowe. W zakresie zdrowia, mamy obecnie projekt legislacyjny ograniczenia dostępności e-papierosów niezawierających tytoniu dla dzieci, który dotyka wielu sektorów funkcjonowania państwa.

Trzecim priorytetem, który jest dla Polski i wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej bardzo istotny, jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Na forum Unii Europejskiej problematyka zdrowia psychicznego (mental health) pojawiała się do tej pory rzadko albo w ogóle. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży nie było przedmiotem zainteresowania. W agencji unijnej brakowało również poszukiwania rozwiązań w zakresie zagrożeń związanych z nowymi technologiami i mediami społecznościowymi. Polska rozmawia w temacie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży z Dyrekcją Generalną Zdrowie od stycznia 2024 r. Dzięki temu, że mamy nową Komisję Europejską i nowy Parlament Europejski, mogliśmy wpływać na czteroletnią agendę Komisji Europejskiej, do której wprowadziliśmy temat zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Co więcej, uznano ten temat za tak ważny, że został wybrany wśród priorytetów przewodniczącej komisji Ursuli von der Leyen. Tym bardziej że problemy w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży są wyzwaniem w każdym państwie członkowskim. Państwa są bardzo zainteresowane, żeby wypracować rekomendacje i skuteczne działania. Pragniemy w ramach polskiej prezydencji przygotować razem z Komisją Europejską, Światową Organizacją Zdrowia i też z państwami członkowskimi raport, który będziemy prezentować w kwietniu 2025 r. Raport ma przedstawić analizę stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Unii Europejskiej oraz sformułować rekomendacje. Drugim elementem, który będziemy chcieli zrobić w tym obszarze, to konkluzje, które będziemy chcieli przedłożyć do przyjęcia przez Radę Unii Europejskiej w czerwcu 2025 r.

Czwartym priorytetem polskiej prezydencji w zakresie zdrowia jest bezpieczeństwo lekowe Unii Europejskiej. Od prezydencji belgijskiej trwa rewizja legislacji farmaceutycznej (EU pharmaceutical legislation).¹³⁰ Przedmiotem rewizji jest jedno rozporządzenie i dyrektywa, czyli ponad kilkaset stron tekstu. To jest bardzo trudna legislacja, która nie była nowelizowana od dwóch dekad. Jest to legislacja, która dotyczy bardzo zróżnicowanych interesów wielu podmiotów, a musi uwzględniać specyfikę rynków i systemów refundacyjnych poszczególnych państw członkowskich. Musimy wypracować stanowisko Rady Unii Europejskiej do dalszych negocjacji w tym zakresie. Przypomnę, że przy każdym akcie legislacyjnym, który jest potem procedowany przez poszczególne instytucje traktatowe, toczą się negocjacje między Parlamentem, Komisją Europejską i Radą Unii Europejskiej, i w tym przypadku w imieniu Rady Unii Europejskiej, czyli państw członkowskich, występuje prezydencja. Parlament Europejski ma wypracowane stanowisko do pakietu farmaceutycznego jeszcze w poprzedniej kadencji, ale Rada Unii Europejskiej czy państwa członkowskie nie. Przez pół roku Polska sprawuje prezydencję, ale w ramach trio kontynuuje ją Dania i Cypr. Mamy w ramach trzech państw wspólnotę agendy na 18-miesięczny program prezydencji i tematy, które my wytyczymy, będą kontynuowane przez kolejne prezydencje. Duńczycy bardzo by chcieli zakończyć za ich prezydencji pakiet farmaceutyczny. Mamy też uzgodnione, że wypracowanie strategii w ramach biotechnologii w formie Biotech Act będzie naturalną kontynuacją polskiej prezydencji.¹³¹

Nie możemy zapomnieć, że innowacyjność i konkurencyjność w zakresie leków służy bezpieczeństwu zdrowotnemu i lekowemu pacjenta. Pragniemy zabezpieczyć dostępność rynkową i dostępność refundacyjną leków w każdym kraju członkowskim. Mamy jednak mnóstwo przykładów w państwach członkowskich, że firmy farmaceutyczne nie wnioskuje o refundację leków innowacyjnych na tych rynkach. Naszym zadaniem jest wypracowanie kompromisu, abyśmy zapewнили bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta poprzez rzeczywistą dostępność do terapii. Przypomnę, że raport Mario Draghiego pt. „The future of European competitiveness” rekomenduje wsparcie sektora produkcji innowacyjnych leków oraz zdolności finansowych

130 Reform of the EU pharmaceutical legislation. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe/reform-eu-pharmaceutical-legislation_en

131 Von der Leyen confirms Critical Medicines, Biotech Acts in pipeline. Dostępne: <https://www.euronews.com/health/2024/07/19/von-der-leyen-confirms-critical-medicines-biotech-acts-in-pipeline>

poszczególnych państw i ich systemów refundacyjnych.¹³² Pamiętamy w tym aspekcie o zagrożeniach zdrowotnych i w tym zakresie współpracujemy z Urzędem ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia (Health Emergency Preparedness and Response, HERA)¹³³ oraz nowym Komisarzem ds. zdrowia Oliverem Varhelyi. W agendzie naszej prezydencji jest projekt ustawy dotyczącej leków krytycznych (A Critical Medicines Act).¹³⁴ Pakiet farmaceutyczny nie może być analizowany w oderwaniu od rzeczywistych potrzeb i zagrożeń zdrowotnych. Musimy dbać o dostępność leków dla pacjenta – nie tylko rynkowa, ale faktyczną – refundacyjną. Nie może dojść do sytuacji braków w zakresie dostępu do leków w unii Europejskiej. Niestety, większość produkcji substancji czynnych (ang. Active Pharmaceutical Ingredient, API) jest przeniesiona do Azji. W większych państwach Unii są fabryki produkujące API, ale musimy ją rozwijać w sposób zrównoważony, czyli w kontekście bezpieczeństwa lekowego Unii Europejskiej i państw członkowskich. Musimy wspierać zdolności produkcyjnej w UE i rozwijać europejski sektor farmaceutyczny, zarówno innowacyjny, jak i generyczny. To jest trudne zadanie, ale też powiązane z Biotech Act, który wzmocni instrumenty wspierające i badania kliniczne nad nowymi lekami w Europie. Mamy nadzieję, że uda nam się wypracować kompromis, podchodząc do tego w sposób pakietowy. Pakietowy, czyli taki, który zapewni bezpieczeństwo innowatorów oraz sektora generycznego w Europie. Umożliwi stworzenie dobrych instrumentów i funduszy na badania w zakresie bezpieczeństwa lekowego. Ważne jest wspieranie konkurencyjności sektora farmaceutycznego i tworzenie przewagi Unii Europejskiej w tym obszarze. Będziemy promować konkurencyjność w ludzkim wymiarze, bo też trzeba pamiętać, że konkurencyjność, wspieranie rozwoju zdolności produkcyjnych w Europie oraz innowacje muszą służyć pacjentom. Nie sądzę, aby udało się nam osiągnąć cel w postaci wspólnych zakupów wysokokosztownych leków, jednocześnie myśląc o zapewnieniu równej dostępności. Ta dyskusja się zaczyna. Trzeba również wnikliwie przeanalizować to, co się wydarzyło w dotychczasowych wspólnych zakupach np. szczepionek. Bez takiej analizy tego, co robiła Dyrekcja Generalna Zdrowia, a potem HERA, nie wdrożymy nowych mechanizmów. Pojawiła się również na agendzie kwestia magazynowania leków. Ewentualne wspólne zakupy w mechanizmie solidarnościowym na wypadek wystąpienia braków czy niedoborów leków wymagają ich magazynowania.

Cieszę się również z inicjatywy Krajowego Forum ORPHAN, pani minister Urszuli Demkow oraz członków Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego dotyczącej organizacji cyklicznych konferencji w zakresie chorób rzadkich. Polska jest liderem w zakresie diagnostyki i leczenia chorób rzadkich w Unii Europejskiej, a niektóre rozwiązania, takie jak diagnostyka i leczenie rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) czy Program Badań Przesiewowych Noworodków, plasują nas w ścisłej czołówce.

132 The future of European competitiveness: Report by Mario Draghi. Dostępne: https://commission.europa.eu/topics/strengthening-european-competitiveness/eu-competitiveness-looking-ahead_en#paragraph_47059

133 Health Emergency Preparedness and Response (HERA). Dostępne: https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera_en

134 A Critical Medicines Act to secure Europe's pharmaceutical independence. Dostępne: <https://www.eesc.europa.eu/en/news-media/news/critical-medicines-act-secure-europes-pharmaceutical-independence>

Doświadczenia polskiej prezydencji w 2011 r. w budowaniu programów zdrowia publicznego

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu WUM

Pierwsza polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w 2011 r. była dla nas ogromnym wydarzeniem. **W zakresie ochrony zdrowia Polska jako jedyny kraj Unii Europejskiej oddała przygotowanie i realizację prezydencji w zakresie priorytetów zdrowotnych w ręce środowisk naukowych.** I to zaowocowało oceną, że polska prezydencja była najlepszą prezydencją w Radzie Unii Europejskiej po traktacie lizbońskim, czyli po 2007 r. Po 14 latach doszliśmy do drugiej prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej, która będziemy pełnić od stycznia do czerwca 2025 r. Jak popatrzymy na priorytety w zakresie zdrowia, które mieliśmy 14 lat temu, to z racji, że otoczenie i nasz styl życia się zmieniły, to pojawiły się nowe problemy. Cyfryzacja to wyzwanie mające różne wymiary. Pandemia Covid-19 w połączeniu z cyfryzacją spowodowała uciekanie pewnych środowisk, szczególnie wieku rozwojowego, w przestrzeń internetową i telekomunikacyjną, wyrываяc ze społeczeństwa i prowadząc zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. W dalszym ciągu jednak kontynuujemy zmniejszenie różnic w zdrowiu, zapobieganie chorobom mózgu, profilaktykę zdrowotną, wczesne diagnozowanie chorób układu oddechowego, wczesne wykrywanie, leczenie zaburzeń komunikacyjnych i zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia. Zdrowie publiczne dziś musi zmienić ze względu na to, że ta nasza rzeczywistość też się zmienia. Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk opracował w ramach projektu „Zdrowie publiczne 2.0” kilkanaście ekspertyz, które kompleksowo opisują te wyzwania. **W obszarze zdrowia publicznego pojawiło się nowe znaczenie świadomości i edukacji zdrowotnej.** Świadomość jest absolutną podstawą do podjęcia jakichkolwiek działań i regulacji. Kiedy toczyłem spór z jednym z prominentnych polityków i padła właśnie taka wątpliwość, czy prawo najpierw, czy edukacja najpierw, to ja zadałem pytanie: a skąd pan wie, co jest dobre, a co złe? Papierosy w XIX w. były uznawane za prozdrowotne, czyli **musimy opierać politykę na faktach naukowych.** To jest misja środowisk naukowych. Ale jednocześnie pojawia się kryzys zaufania do przekazu publicznego i on się bierze z kryzysu zaufania do autorytetów, które w świecie polityki istnieją. To się bardzo silnie przekłada na pozycję zdrowia publicznego. Warto w tym momencie, w czasie prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej, wskazać, iż taka analiza jest nam powszechnie potrzebna i wyciągnąć z tego wnioski.

Edukacja zdrowotna w szkole jest warta popularyzacji w całej Unii Europejskiej. Osobiście uważam, że powinno się ją pokazać jako jeden z elementów promocji i polityki prozdrowotnej w Unii Europejskiej. Problem polega na tym, kto ma prowadzić edukację zdrowotną w szkołach. Jestem przeciwnikiem, aby robili to nauczyciele. W Polsce mamy ok. 20 tys. specjalistów zdrowia publicznego, którzy są do tego przygotowani, ale nie mogą nauczać, ponieważ nie spełniają kryteriów dla pedagogów. Należy więc wszystko zrobić, aby absolwenci zdrowia publicznego spełniali kryteria dotyczące możliwości pracy w szkole ustalone przez Ministerstwo Edukacji Narodowej. Promotor zdrowia w szkole to nie tylko jest edukacja zdrowotna wobec uczniów, ale również budowanie atmosfery prozdrowotnej. Na pewno należy włączyć pedagogikę jako przedmiot nauczania na studiach zdrowia publicznego.

Bardzo istotnym działaniem jest edukacja antynikotynowa oraz działania legislacyjne ograniczające dostęp do wyrobów tytoniowych. Nikotynizm jest bardzo wielkim wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Jak na razie przegrywamy z jednorazowymi papierosami, nie mamy kontroli nad tym zjawiskiem. Być może trzeba rozważyć to, co się już wydarzyło w Europie czy w Nowej Zelandii, aby wydać dyrektywę unijną do wprowadzenia w krajach europejskich. Dyrektywę, która

by nakazywała, że ograniczenie dostępu do papierosów powinno być wprowadzone w politykach krajowych. Polska ma swoje własne uwarunkowania wynikające z tego, że w naszym kraju ok. 20 tys. rodzin żyje z produkcji tytoniu. Jednak porównanie szkodliwości nikotynizmu z zyskami, które mają jakieś grupy społeczne, jest druzgocące i działania nasuwają się same. Trzeba ograniczać stopniowo dostęp do wyrobów tytoniowych. Np. aby wiek, w którym możemy kupić te wyroby, zmieniał z biegiem czasu. Wiemy, że w Wielkiej Brytanii urodzeni po 2009 r. już nie będą mieli dostępu do papierosów, nie wolno będzie ich sprzedawać tym konsumentom. Może należy skatalogować miejsca, w których się sprzedaje papierosy i będzie to ograniczać dostęp do tych produktów na każdym rogu, w każdym kiosku, na każdej stacji benzynowej, tylko w wybranych miejscach.

Kolejnym wielkim wyzwaniem dla zdrowia publicznego są nadwaga i otyłość. Padło dzisiaj nawet takie sformułowanie, że może dojść do regresu cywilizacyjnego z powodu otyłości. To zdecydowanie jest problem zdrowotny i wyzwanie dla Unii Europejskiej. Mamy narastającą nieśprawność dzieci i młodzieży wynikającą z nadwagi i otyłości związanej z brakiem aktywności. Są to powiązane ze sobą dwa czynniki ryzyka, które prowadzą do chorób metabolicznych, które rozwijają się w coraz wcześniejszym okresie życia.

W zakresie zdrowia publicznego w Unii Europejskiej potrzebna nam jest strategia, która by nam pokazała ścieżkę, którą będziemy szli, kolejno rozwiązując zdefiniowane problemy. Być może warto byłoby porozmawiać w czasie naszej prezydencji nie tylko o skutecznych programach, ale o tym, w jaki sposób stworzyć mapę drogową wdrażania ich, dając określone kompetencje Komisji Europejskiej. W tym procesie Unia Europejska powinna zobowiązać państwa członkowskie do realizacji określonych zadań. Powinno nastąpić połączenie dwóch obszarów polityki zdrowotnej – polityki Unii Europejskiej z politykami w poszczególnych państwach.

prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke

przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk

Podejmowanie kluczowych decyzji z zakresu polityki zdrowotnej wymaga praktycznych analiz i opracowań dotyczących zdrowia publicznego w kraju. **Przez ostatnie dekady kwestie zdrowia i opieki zdrowotnej podnoszone przez polityków odnosiły się przede wszystkim do cząstkowych spraw aktualnych medialnie, przedstawionych fragmentarycznie i oderwanych od szerszego kontekstu.** Odpowiedzią na tę potrzebę jest projekt „Polskie Zdrowie 2.0”. **W ramach projektu grupa specjalistów przygotowała osiemnaście ekspertyz dotyczących wybranych aspektów systemu zdrowia w Polsce.** Szczególnym zainteresowaniem objęty będzie zakres zdrowia publicznego, jego powiązania z medycyną naprawczą, otoczeniem społecznym i gospodarką. Ekspertyzy, przygotowane w formie krótkich opracowań typu policy brief, przedstawiają zwięzłe opisy problemu i najważniejsze scenariusze potrzebnych zmian. Za realizację projektu jest odpowiedzialny Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk funkcjonujący w ramach Wydziału V Nauk Medycznych Akademii.¹³⁵ **Ekspertyzy zostały przygotowane w ramach trzech modułów: system zdrowia w Polsce, zdrowie publiczne, medycyna naprawcza oraz materiałów uzupełniających.** W ramach modułu zdrowie publiczne przygotowano sześć ekspertyz.

Pierwsza ekspertyza pt. „Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego” opisuje system zdrowia publicznego w Polsce. **Konieczne jest podjęcie zdecydowanych działań w celu budowy nowego silnego systemu zdrowia publicznego, który może konsekwentnie i skutecznie realizować prozdrowotną politykę państwa.** W obrębie zdrowia publicznego eksperci wskazują niezbędną zmianę podejścia do prozdrowotnej polityki państwa w obrębie sześciu aspektów:

1. Prowadzenie polityki zdrowotnej i prozdrowotnej państwa w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów, ze szczególnym uwzględnieniem reprezentatywnych danych epidemiologicznych i ekonomicznych (co pozwoli na ocenę gospodarczych i społecznych konsekwencji utraty zdrowia i niepełnosprawności).

135 Polskie Zdrowie 2.0. Polska Akademia Nauk Komitet Zdrowia Publicznego. 2024. Dostępne: <https://pan.pl/polskie-zdrowie/>

2. Zintegrowanie medycyny naprawczej, zdrowia publicznego i polityki społecznej.
3. Stałe monitorowanie nierówności w zdrowiu, sytuacji zdrowotnej i społecznej grup szczególnie narażonych, w tym seniorów oraz zagrożeń środowiskowych.
4. Potraktowanie edukacji prozdrowotnej i zdrowia psychicznego jako priorytetu, szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób w wieku podeszłym.
5. Realizacja właściwej polityki informacyjnej i zbudowanie realnego przywództwa dla uzyskania zaufania społecznego niezbędnego do akceptacji polityki zdrowotnej państwa.
6. Zbudowanie nowoczesnego zinstytucjonalizowanego zaplecza eksperckiego dla badań naukowych oceniających efekty polityki zdrowotnej państwa oraz przygotowujących do ich wdrożenia.¹³⁶

Duga ekspertyza pt. „Poprawa aktywności fizycznej wśród wszystkich pokoleń Polaków” podkreśla, że aktywność **fizyczna należy do najważniejszych czynników wpływających na stan zdrowia, jakość życia i długowieczność gatunku ludzkiego**. Systematyczny ruch ma znaczenie w zapobieganiu chorobom serca i naczyń, przyczynia się do ograniczenia umieralności przedwczesnej oraz umieralności z wszystkich przyczyn (tzw. umieralności ogólnej). Autorzy proponują listę najbardziej pilnych działań, które mogą przyczynić się do poprawy powszechnej aktywności fizycznej. Wśród nich znalazły się m.in.:

1. Włączenie do programów edukacyjnych w szkołach i na uczelniach treści podkreślających korzyści regularnej aktywności fizycznej dla zdrowia.
2. Wprowadzenie do Narodowego Programu Zdrowia systematycznego monitoringu poziomu aktywności i kondycji fizycznej Polaków.
3. Poprawa infrastruktury i atrakcyjności szkolnych obiektów sportowych oraz dostosowanie ich do potrzeb współczesnej młodzieży i dzieci.
4. Zwiększanie dostępności, poprawa infrastruktury i podnoszenie poziomu bezpieczeństwa ścieżek rowerowych.
5. Prowadzenie oryginalnych polskich badań dotyczących skutków zdrowotnych, kosztów (społecznych i ekonomicznych) niedostatecznej aktywności fizycznej i siedzącego stylu życia.
6. Zorganizowanie narodowej powszechnej kampanii aktywności fizycznej.¹³⁷

Trzecia ekspertyza pt. „Budowanie zaufania do szczepień ochronnych” stwierdza, że **szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć w obszarze zdrowia publicznego**. Autorzy opracowali sześć rekomendacji w zakresie:

1. Wzmocnienia działań skierowanych na monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, w tym występowania chorób zakaźnych i realizacji szczepień ochronnych.
2. Budowania zaufania do szczepień ochronnych w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną.
3. Wprowadzenia tematu szczepień i chorób zakaźnych do programów nauczania w szkołach.
4. Odpowiedniej strategii komunikacyjnej w zakresie szczepień.
5. Przeciwdziałaniu rozpowszechnianiu dezinformacji i szczepionkowych „fake newsów”.
6. Zmiany aktów prawnych dotyczących organizacji systemu szczepień ochronnych.¹³⁸

Czwarta ekspertyza pt. „Redukcja palenia papierosów i używania e-papierosów, w szczególności wśród młodego pokolenia Polaków” – przywołano szereg zaleceń, których zastosowanie znacząco obniży poziom nałogu wśród społeczeństwa. Wśród **najważniejszych zaleceń ograniczenia palenia** wymieniono siedem rekomendacji:

136 Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego. Polska Akademia Nauk Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/Polskie-zdrowie-2.0_Brief-nr-II.1_Zasadnicze-wzmocnienie-zdrowia-publicznego-1.pdf

137 Poprawa aktywności fizycznej wśród wszystkich pokoleń Polaków. Polska Akademia Nauk. Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/12/Rekomendacje_II_4_do_publicacji.pdf

138 Budowanie zaufania do szczepień ochronnych. Polska Akademia Nauk. Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/12/Rekomedacje_II_5.pdf

1. Efektywne zastosowanie polityki podatkowej, czyli zasadniczo podwyższanie cen wyrobów tytoniowych w taki sposób, aby spadła ich dostępność ekonomiczna.
2. Ograniczenie dostępności produktów nikotynowych m.in. poprzez zaostrenie ograniczeń nakładanych na sprzedawców.
3. Eliminacja reklamy i promocji produktów nikotynowych poprzez zmianę unormowań ustawy antynikotynowej.
4. Edukacja zdrowotna ukierunkowana na ograniczenie inicjacji i konsumpcji produktów nikotynowych.
5. Uruchomienie programu pomocy osobom uzależnionym od nikotyny, w tym osobom nieletnim.
6. Monitoring rynku produktów nikotynowych, ich używania oraz działań prewencyjnych
7. Ograniczenie relacji i wpływu przemysłu na procesy decyzyjne, w tym kwestie dotyczące szkód (ang. harm reduction).¹³⁹

Piąta ekspertyza pt. „Alkohol na przełomie wieków” stwierdza, że **optymalnymi elementami strategii zmniejszającymi konsumpcję alkoholu jest ograniczanie dostępności ekonomicznej alkoholu, ograniczanie jego dostępności fizycznej oraz zakaz reklamy i promocji alkoholu.**¹⁴⁰

Szosta ekspertyza pt. „Społeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu” potwierdza, że **wielodyscyplinarna działalność na rzecz wyrównania nierówności społecznych ma kluczowe znaczenie. Najistotniejsze zadania w tym zakresie stanowią domenę populacyjnego podejścia do zdrowia i prewencji chorób.**¹⁴¹

prof. dr hab. Cezary Włodarczyk

członek prezydium Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, były dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego

Promocja zdrowia i profilaktyka chorób to narzędzie przydatne w realizacji priorytetu polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, jakim jest profilaktyka i zdrowie publiczne. Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk w ekspertyzie pt. „Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego” rekomendował prowadzenie polityki zdrowotnej i prozdrowotnej państwa w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów oraz realizację właściwej polityki informacyjnej i zbudowanie realnego przywództwa dla uzyskania zaufania społecznego.¹⁴² Także Brownson et al., 2009, w publikacji pt. „Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice”, stwierdził, że **zdrowie publiczne oparte na dowodach** to „...aktywność polegająca na opracowywaniu, wdrażaniu i ocenianiu skutecznych programów w dziedzinie zdrowia publicznego, poprzez wykorzystywanie zasad rozumowania naukowego, w tym systematyczne wykorzystanie danych i systemów informacyjnych oraz odpowiednie wykorzystywanie modeli planowania programów”.¹⁴³

Przykładem, gdzie zdrowie publiczne oparte na dowodach spotkało się z szeroką dyskusją publiczną, było zagadnienie skuteczności szczepionek przeciwko Covid-19 i zgonów osób szczepionych. Wg Yun Lu et al., 2024, skuteczność szczepionki dwudawkowej w zapobieganiu zgonom wynosiła 69,8 proc. w okresie przed deltą, a w wyniku mutacji 55,7 proc. w okresie delty. Zaobserwowano

139 Redukcja palenia papierosów i używania e-papierosów, w szczególności wśród młodego pokolenia Polaków. Polska Akademia Nauk. Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: <https://pan.pl/ograniczenie-palenia-wsrod-polakow-rekomendacje-ekspertow/>

140 Alkohol na przełomie wieków. Polska Akademia Nauk. Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: https://pan.pl/wp-content/uploads/2024/09/II_2_B.pdf

141 Społeczno-ekonomiczne nierówności w zdrowiu. Polska Akademia Nauk. Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: https://pan.pl/wp-content/uploads/2024/05/Rekomendacje_II_6.pdf

142 Zasadnicze wzmocnienie zdrowia publicznego. Polska Akademia Nauk Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: https://pan.pl/wp-content/uploads/2023/03/Polskie-zdrowie-2.0_Brief-nr-II.1_Zasadnicze-wzmocnienie-zdrowia-publicznego-1.pdf

143 Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health.* 2009; 30:175–201. doi: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100134. PMID: 19296775. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19296775/>

znaczny spadek skuteczności z upływem czasu, z 65,1 proc. (w ciągu sześciu miesięcy od szczepienia drugą dawką do 45,2 proc. w okresie ≥ 6 miesięcy po szczepieniu drugą dawką. Trzy dawki zapewniły 88,7 proc. skuteczności szczepionki w zapobieganiu zgonom, a dodatkowa korzyść z trzech dawek w porównaniu z dwoma dawkami wyniosła 74,6 proc. Wśród pacjentów z wcześniejszym zakażeniem Covid-19 skuteczność szczepionki trzydawkowej w zapobieganiu zgonom wyniosła 78,6 proc., a dodatkowa ochrona trzech dawek w porównaniu z dwoma dawkami wyniosła 70,0 proc..¹⁴⁴ Także raport ECDC z 2023 r. przedstawił zbiorcze szacunki skuteczności szczepionki przeciwko Covid-19 dla pierwszej, drugiej i trzeciej dawki przypominającej w odniesieniu do hospitalizacji z powodu Covid-19 i zgonów związanych z Covid-19 w populacjach mieszkańców w wieku ≥ 50 lat.¹⁴⁵ Wg Wells, 2024, wraz z upływem czasu słabła skuteczność szczepionki. Częstotliwość ciężkich stanów z czasem wzrastała, od 5,2 proc. w ciągu 90 dni od szczepienia do 8,3 proc. w okresie 181–240 dni i do 15 proc. u pacjentów zaszczepionych ponad 240 dni wcześniej. Rosnąca częstotliwość występowania masywnego zapalenia płuc wraz z upływem czasu od szczepienia była liniowa, ze wzrostem z 18 proc. w ciągu pierwszych 90 dni, do 32 proc. w okresie 180–240 dni i ostatecznie do 31 proc. w okresie ponad 240 dni po szczepieniu.¹⁴⁶ Wg Weir odnotowano słabnącą skuteczność szczepień w przypadku wariantu Omikron. Szczepionka osiągnęła szczyt skuteczności po upływie ok. 4 tygodni, a następnie osłabła. Szczepionka były mniej skuteczne wobec podwariantu JN.1.¹⁴⁷ Wg Shrestha, 2024, spośród 48 210 badanych Covid-19 wystąpił u 2462 (5,1 proc.) w ciągu 17 tygodni obserwacji w Cleveland Clinic. Szacowana skuteczność szczepionki wynosiła 42 proc. przed dominacją podwariantu JN.1 i 19 proc. po jego rozpowszechnieniu. Ryzyko zachorowania na Covid-19 było niższe wśród osób wcześniej zakażonych wirusem XBB lub nowszym, a wzrastało wraz z liczbą otrzymanych dawek szczepionki.¹⁴⁸

Podsumowując, szczepionki przeciwko Covid-19 miały być bardzo skuteczne. Skuteczność była większa przeciwko zgonom i hospitalizacji, a mniejsza przeciwko zakażeniom. Szczepionka nie chroniła przed zakażeniem, a skuteczność z czasem malała. Należy więc zadać pytanie z perspektywy zdrowia publicznego opartej na dowodach, jak komunikować powyższe dylematy, kiedy wcześniej ogłosiło się sukces? Zespół ds. sytuacji nadzwyczajnych (Emergency Task Force – ETF) Europejskiej Agencji Leków (European Medicines Agency – EMA) zalecił aktualizację szczepionek przeciwko Covid-19 tak, aby były bardziej skuteczne wobec nowego wariantu JN.1 wirusa SARS-CoV-2. Chodziło o gotowość na potrzeby kampanii szczepień w latach 2024/2025.¹⁴⁹

W rzeczywistości często występuje rezygnacja z opartej na dowodach polityki zdrowia publicznego. W jej miejsce stosowana jest praktyka uzasadniania dowodów przez argumenty odwołujące się do uznanych wcześniej priorytetów politycznych. „Dowody” oparte na polityce to proces odwrotny do polityki opartej na dowodach. Decydent przesądził, co chce zrobić, a następnie szuka dowodów na poparcie swojego stanowiska, często w argumentacji ideologicznej i politycznej. Wyraźny wzrost tego typu działań wystąpił podczas pandemii Covid-19.¹⁵⁰ Pandemie obiektywnie powodują zapotrzebowanie na dowody, ale Covid-19 ujawnił cechy świata „post-prawdy”, ze zmniejszeniem prestiżu nauki i propagowaniem fałszu. Nastąpiła dezinformacja, czyli „informacja sprzeczną z epistemicznym (poznawczym) konsensusem społeczności naukowej”.

144 Yun Lu et al. Real-world Effectiveness of mRNA Covid-19 Vaccines Among US Nursing Home Residents Aged ≥ 65 Years in the Pre-Delta and High Delta Periods, *Op.For.Inf.Dis.* January 2024

145 Interim analysis of Covid-19 vaccine effectiveness against hospitalisation and death. ECDC 2023 Dostępne: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-analysis-Covid-19-vaccine-effectiveness-against-hospitalisation-and-death>

146 Wells AU. Covid-19 Vaccine Efficacy Over Time: Severe Disease in Hospitalized Patients. *Radiology.* 2024 Jan;310(1):e233340. doi: 10.1148/radiol.233340. PMID: 38259212. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38259212/>

147 J. Weir. Considerations and Recommendations for the 2024–2025 Covid-19 Vaccine

148 Shrestha NK, Burke PC, Nowacki AS, Gordon SM. Effectiveness of the 2023–2024 Formulation of the Covid-19 Messenger RNA Vaccine. *Clin Infect Dis.* 2024 Aug 16;79(2):405–411. doi: 10.1093/cid/ciae132. PMID: 38465901.

149 European Medicines Agency. ETF recommends updating Covid-19 vaccines to target new JN.1 variant 30 April 2024

150 Brownson RC, Erwin PC. Revisiting The Future of Public Health: The Good, the Bad, and the Ugly. *Am J Public Health.* 2024 May;114(5):479–485. doi: 10.2105/AJPH.2023.307558. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38489498; PMCID: PMC11008290. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38489498/>

Pojawiły się teorie spiskowe i wiadomości pełne nienawiści na temat Covid-19 (stygmatyzacja chińska). **Ten proces nazwano „infodemią”**.¹⁵¹

Wg Islam et al., 2021, badania mediów społecznościowych przeprowadzone od 31 grudnia 2019 r. do 30 listopada 2020 r. wykazały, że na 637 publikacji o szczepieniach przeciwko Covid-19 ogółem, 83 proc. (528/637) było fałszywych, 10 proc. (66/637) wprowadzało w błąd, 5 proc. (30/637) było prawdziwych, a 2 proc. publikacji (13/637) było przesadzonych.¹⁵² Robert F. Kennedy Jr. w swojej książce pt. „Prawdziwy Anthony Fauci. Bill Gates, Big Pharma i globalna wojna przeciwko demokracji i zdrowiu publicznemu” stwierdził, że „poprzez finansowanie i wywieranie nacisku na media, czasopisma naukowe, agencje rządowe i naukowcy Fauci i Gates bezwzględnie cenzurują opozycję”.¹⁵³

Odwołując się do przytoczonych wcześniej danych, mogę stwierdzić, że „antynauka staje się mainstreamem, a infodemia – dylematem zdrowia publicznego”.

Wg stanowiska Royal Society, 2022, **rządy i platformy mediów społecznościowych powinny rozwiązywać problem dezinformacji naukowej w Internecie**. Rynek, jak pokazała pandemia, jest słabym dyskryminatorem prawdy. Covid-19 pokazał, że kłamstwa mogą być szkodliwe, a czasami śmiertelnie. W szczególnie określonych przypadkach rządy powinny mieć prawo do cenzurowania kłamstw i fałszu. Ocena okoliczności kłamstwa powinna brać pod uwagę stan umysłu sprawcy, skala szkody, prawdopodobieństwo szkody i czas jej wystąpienia. Fałsz, który nie spowodował żadnej szkody, nie zasługiwałby na cenzurę. **Celowe kłamstwo, które groziło nieuchronną, pewną i poważną krzywdą, wymaga podjęcia działań.**¹⁵⁴ Wg Browson et al, 2024, zdrowie publiczne zawsze było upolitycznione. W pandemii zdrowie publiczne stało się bardziej upolitycznione niż kiedykolwiek wcześniej, a rosnące upolitycznienie jest częścią większych sił, które wpływają na brak zaufania i do rządu i do nauki. Upolitycznienie zdrowia publicznego jest ściśle związane z polaryzacją elektoratu. Polaryzacja występuje, gdy części populacji przyjmują odmienne postawy wobec partii politycznych i członków partii (polaryzacja afektywna), a także ideologii i polityk (polaryzacja ideologiczna). Polaryzacja i upolitycznienie przyczyniają się do infodemii.¹⁵⁵ **Określone przywództwo buduje przekaz w mediach.** Możemy rozróżnić solidne przywództwo oparte na jasnej komunikacji, empatii i zgodności ustaleń nauki i rekomendacji polityków (np. wypowiedzi premiera Nowej Zelandii Jacinda Ardern czy kanclerz Niemiec Angeli Merkel), przywództwo wyrachowane, czasem celowo wprowadzające w błąd (np. komunikaty prezydenta USA Donalda Trumpa lub prezydenta Brazylii Jair Bolsonaro). Dodatkowym zagrożeniem jest faworyzowanie przez *mass media* szybkich, sensacyjnych doniesień, a nie starannie sformułowanych przekazów naukowych, zawierających wyważoną interpretację faktów.¹⁵⁶ Wg Loner et al., 2023, wyniki badania pokazały praktykę politycznego dyskursu. Premier Boris Johnson stwierdził, że „Reprezentowanie nauki jest elementem dumy narodowej. Będziemy opierać się na doświadczeniu i oryginalności naszych naukowców, którzy pozwolili Wielkiej Brytanii wnieść większy wkład w globalną walkę z Covid-19 niż jakikolwiek inny porównywalny kraj. Prezydent Republiki Włoskiej Sergio Mattarella podkreślał „Etyczną reprezentację nauki. Wynalezienie szczepionki było o wyniku odważnych wyborów, postępu nauki, sumiennych zachowań, rozprzestrzenionego poczucia obywatelskiego i zbieżności między instytucjami

151 Brownson RC, Burke TA, Colditz GA, Samet JM. Reimagining Public Health in the Aftermath of a Pandemic. *Am J Public Health*. 2020 Nov;110(11):1605–1610. doi: 10.2105/AJPH.2020.305861. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32816552; PMCID: PMC7542265.

152 M. Islam et al. Covid-19 vaccine rumors and conspiracy theories: The need for cognitive inoculation against misinformation to improve vaccine adherence, *Plos One* 2021, Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33979412/>

153 Robert F. Kennedy Jr. *Prawdziwy Anthony Fauci. Bill Gates, Big Pharma i globalna wojna przeciwko demokracji i zdrowiu publicznemu*. Empik

154 Horton R. Offline: A lie at the heart of public health. *Lancet*. 2022 Feb 19;399(10326):704. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00312-9. PMID: 35183286. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35183286/>

155 Brownson RC, Erwin PC. Revisiting The Future of Public Health: The Good, the Bad, and the Ugly. *Am J Public Health*. 2024 May;114(5):479–485. doi: 10.2105/AJPH.2023.307558. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38489498; PMCID: PMC11008290. Dostępne: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38489498/>

156 *The Lancet* – Editorial, August 2020

a obywatelami”. Natomiast Ursula von der Leyen, przewodnicząca Komisji Europejskiej, stwierdziła, że „Reprezentacja nauki jest źródłem integracji. Oto, co Europa może osiągnąć, gdy finanse spotykają się z nauką, gdy idee zamieniają się w innowacje i produkty na rynku”.¹⁵⁷

Podsumowując, Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk rekomenduje prowadzenie polityki zdrowotnej i prozdrowotnej państwa w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów. Rekomenduje realizację właściwej polityki informacyjnej i zbudowanie realnego przywództwa (politycznego) dla uzyskania zaufania społecznego. Rekomendowana jest zinstytucjonalizowana współpraca polityków ze zinstytucjonalizowanym gronem ekspertów przy zachowaniu dobrej woli po obydwu stronach, ale decyzja polityczna jest warunkiem.

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Marek Krawczyk

członek rzeczywisty Polskiej Akademii Nauk i Dziekan Wydziału V Nauk Medycznych PAN

Projekt „Polskie Zdrowie. Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów” powstał w 2022 r. z inicjatywy Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Do przygotowania 14 ekspertyz zaproszono 64 polskich ekspertów. **Projekt koncentruje się na analizie zdrowia publicznego, jego powiązania z medycyną naprawczą, otoczeniem społecznym i gospodarką. Celem projektu jest edukacja i upowszechnianie nauki.** Naszą grupą docelową są polscy politycy, dziennikarze i wszyscy profesjonaliści zajmujący się zdrowiem. Zależy nam także na dotarciu do szerokiej opinii publicznej. Liczymy na wykorzystanie rekomendacji w programach dotyczących polityki zdrowotnej kraju. **Tylko realne przywództwo i zaufanie społeczeństwa dla polityki zdrowotnej państwa ma szansę uczynić system ochrony zdrowia efektywniejszy i wprowadzić w pełni skuteczne programy i interwencje. Konieczne są długofalowe, oparte na najlepszych wzorach działania i projekty, szczególnie w zakresie zdrowia publicznego, dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.** Współczesna ochrona zdrowia koncentruje się na profilaktyce zdrowotnej, działaniach naprawczych, opiekuńczych oraz promocji zdrowia. **Dla sprawnego planowania i wdrażania polityki zdrowotnej niezbędna jest koordynacja działań podejmowanych na różnych poziomach władzy państwowej i samorządowej.** Istotą jest, aby elementy władzy publicznej nie przeszkadzały sobie, tylko się wspomagały. Sprawna koordynacja działań w różnych sferach polityki zdrowotnej wymaga odpowiedniego podziału ról oraz właściwego uregulowania prawnego.¹⁵⁸

W imieniu prezydium Polskiej Akademii Nauk, w oparciu o materiał „Polskie Zdrowie 2.0”, przygotowaliśmy stanowisko Polskiej Akademii Nauk dotyczące zdrowia publicznego w Polsce, które zostało wysłane do pana premiera i do pani minister zdrowia. Niestety, nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi. Przygotowaliśmy również list wykazujący, że polskie dzieci dlatego są otyłe, mają cukrzycę, pojawiają się już w młodym wieku udary, że nie ma w ogóle wychowania fizycznego w szkołach. I to jest przykład kolejny, jak reagują politycy. Myśmy napisali list do pana prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, do premiera naszego rządu, wykazujący dokładnie to, o czym Państwo dzisiaj mówicie. Niestety, znowu nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi. Jeżeli się uda temu gremium, które jest gremium ekspertów, doprowadzić do tego, że pan minister nie tylko przyjdzie na otwarcie, ale jeszcze będzie chciał słuchać obrad i wystąpień oraz podjąć odpowiednie działania, to wtedy będzie dopiero sukces.

157 Loner E, Fattorini E, Bucchi M. The role of science in a crisis: Talks by political leaders during the Covid-19 pandemic. PLoS One. 2023 Mar 24;18(3): e0282529. doi: 10.1371/journal.pone.0282529. PMID: 36961803; PMCID: PMC10038249. Dostępne: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10038249/>

158 Ważne obszary dla poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce – głos naukowców PAN i zaproszonych ekspertów. Polska Akademia Nauk. Komitet Zdrowia Publicznego. Dostępne: <https://pan.pl/wazne-obszary-dla-poprawy-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-glos-naukowcow-pan-i-zaproszonych-ekspertow/>

Wpływ pandemii i wojny na bezpieczeństwo zdrowotne populacji – rola służb publicznych

dr n. med. Paweł Grzesiowski

Główny Inspektor Sanitarny

Dzisiaj wracam ze spotkania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w zakresie bezpieczeństwa zdrowia publicznego oraz działań mających na celu zabezpieczenie ludności przed różnego rodzaju zdarzeniami, nie tylko chorobami zakaźnymi. Zatem mam możliwość podzielenia się z Państwem rzeczywiście najświeższymi koncepcjami.

Ale zanim do tego dojdę, chciałbym przedstawić kilka elementów, które moim zdaniem są w naszym działaniu bardzo ważne. Otóż podstawową rzeczą, o której w zasadzie wszyscy wiemy, ale o której często zapominamy, jest to, że **obecnie żyjemy przynajmniej dwa i pół raza dłużej niż 120 lat temu**. Średnia długość życia w latach 50. wynosiła ok. 40 lat, więc pomyślmy, jakie choroby w tym czasie były problemem, a jakie są dzisiaj. Ponieważ wydłużony czas życia będzie generował dodatkowe, nowe problemy zdrowotne. Czyli teraz nie mierzymy się z wypadkami czy z ostrymi zakażeniami, z którymi zmagaliśmy się jako ludzkość po II wojnie światowej. Były to infekcje, związane z warunkami życia czy jakości żywności. Dzisiaj mówimy o zupełnie nowych problemach związanych z wiekiem podeszłym, a więc z tym, że ludzie dożywają do sędziwego wieku i oczywiście wymagają wsparcia medycznego w różnych kontekstach. **Średnia oczekiwana długość życia mieszkańca Unii Europejskiej wynosi prawie 78 lat dla mężczyzn i 83 lata dla kobiet**. Dlaczego mówię prawie? Bo ostatnie dwa lata bardzo mocno na to wpłynęły. I to jest ten przyczynek, do którego w temacie prezentacji w Radzie Unii Europejskiej się odniosę. Mianowicie **pandemia Covid-19 była najpoważniejszym zakłóceniem wzrastającej średniej życia ludzkości od ponad 100 lat**.

Pandemia Covid-19 spowodowała w niektórych krajach skrócenie średniego czasu życia aż o sześć-siedem lat. I to jest ten element, który jest przede wszystkim związany z tym, że na Covid-19 umierały osoby starsze. I z tego powodu nastąpiło skrócenie średniego czasu życia. Ale popatrzymy też na inne ryzyka zdrowotne. Naturalnym dla wielu osób procesem, również towarzyszącym starzeniu jest zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej oraz korzystanie z coraz bardziej przetworzonego jedzenia. To wszystko prowadzi do procesów zapalnych, które mogą przeradzać się później chociażby w tak niebezpiecznej reakcji immunologicznej, jak widzimy to przy Covid-19, ale również palenie czy inne używki. Życie w niezbyt korzystnych warunkach, czyli chociażby smog czy inne toksyczne związki, które są w środowisku, wpływa na pogorszenie stanu zdrowia. I mówimy tutaj o kontekście oddziaływania masowego, czyli o zdrowiu publicznym. Kolejnym elementem, który należy brać pod uwagę, jest ogromna mobilność ludzi. To oczywiście wiąże się z tym, że podróżujące osoby mogą przywieźć z każdego z tych miejsc problem zdrowotny, który nie jest typowy dla miejsca, z którego pochodzą, chociażby malarię czy dengę. Każda pandemia ma swoje swoją dynamikę i teraz jesteśmy, myślę, że wielu z Państwa śledzi rozwój sytuacji w zakresie wirusa H5N1, czyli tzw. wirusa grypy ptaków. Chociaż wygląda na to, że coraz bardziej jest to już wirus ssaków. Mamy teraz pierwszą fazę, kiedy mamy do czynienia z krążeniem wirusa wśród zwierząt. Coraz bliżej ludzi, bo w tej chwili mamy w Stanach Zjednoczonych epidemię wśród krów przenoszoną na ludzi. Zastanawiamy się, w którym momencie dojdzie do niebezpiecznego zbliżenia tego wirusa do człowieka i takiej mutacji, która mogłaby spowodować, że wirus swobodnie będzie się przemieszczał między ludźmi, czyli zakażał człowieka od człowieka. Czyli jesteśmy, jak na razie na etapie pierwszej czy drugiej fazy, ale pamiętajmy, że ta faza ma swoją dynamikę i widzimy coraz więcej zachorowań wśród ludzi. I to może być kolejny wirus pandemiczny. Czy my jesteśmy przygotowani na to, że wzrośnie liczba zachorowań mogących wywołać ciężkie powikłania? To jest pytanie otwarte. Myślę, że zostawię je na dyskusję. Na pewno nie byliśmy przygotowani na pandemię Covid-19, co pokazały pierwsze dwa lata pandemii. Te dwa lata spowodowały największą liczbę ok. 7 mln zgonów potwierdzonych w testach, ale realnie przynajmniej pięć razy więcej zgonów niepotwierdzonych. A więc ok. 30

mln ludzi zmarło w ciągu tych dwóch lat. I to jest rzeczywiście zdarzenie z powodu jednej choroby zakaźnej, którego od „hiszpanki” nie widzieliśmy. Przypomnę, że „hiszpanka”, określająca pandemię grypy z 1918 r., to jedno z najbardziej tragicznych dla ludzkości wydarzeń w historii medycyny. Epidemia była wywołana przez wariant wirusa grypy AH1N1, rozprzestrzeniła się na całym świecie, zainfekowała około jednej trzeciej globalnej populacji i przyczyniła się do śmierci dziesiątek milionów ludzi. Pamiętajmy, że nadmiarowe zgony z powodu Covid-19 dotyczyły przede wszystkim osób w starszym wieku. W 172 krajach, aż o sześć lat spadła średnia życia, a tylko w 32 krajach się zwiększyła. W Europie do tych krajów należą Norwegia i Dania, bo tam zastosowano na początku restrykcyjnie elementy walki z epidemią. Polska zapłaciła wysoką cenę za to, że uznaliśmy w maju 2020 r., że wirus został pokonany, że nie doszło do masowych zachorowań w Polsce i pamiętamy, co stało się jesienią 2020 r. Pamiętajmy, że sam Covid rzeczywiście od momentu pojawienia się wariantu Omikron jest już chorobą uznawaną za łagodną. Rzadko kiedy widzimy ciężkie powikłania ostrej fazy infekcji, natomiast widzimy wyraźnie, że wirus jest w stanie regulować nasz układ hormonalny, immunologiczny i nerwowy. Jesteśmy poddani działaniu wirusa o dużym potencjale wywoływania trwałych, przewlekłych problemów zdrowotnych. W tej chwili szacuje się, że mniej więcej 10-15 proc. ozdrowieńców ma zespół pocovidowy. Zespół pocovidowy u dorosłych (nazywany często zespołem po Covid-19 lub długim Covid) to przewlekłe konsekwencje zdrowotne, związane z przebyciem choroby, wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Może pojawić się u osób, u których infekcja miała ciężki przebieg, ale również u tych, którzy przechodzili chorobę koronawirusową w sposób łagodny lub bezobjawowy. Uciążliwe objawy zespołu pocovidowego mogą utrzymywać się nawet kilka miesięcy. Im więcej razy chorujemy na Covid-19, tym wyższe jest ryzyko wpadnięcia właśnie w te przewlekłe skutki choroby. Jeśli mamy masowe zachorowania, jak w tej chwili i właściwie nie stosujemy żadnych środków, bo zainteresowanie szczepieniami jest nikłe, to **musimy się liczyć z tym, że spora część populacji, i to osób młodych, aktywnych zawodowo, może rozwinąć zespół pocovidowy.** To będzie wyłączało kolejne osoby z życia zawodowego, rodzinnego czy społecznego. Szczepienia chronią przed przewlekłymi powikłaniami Covid-19. To jest bardzo ważne, mimo iż wiemy, że szczepionka nie uchroni nas przed zachorowaniem, ale rzeczywiście zmniejsza ryzyko zespołu pocovidowego. Należy zadać sobie pytanie: czy my jesteśmy w jakikolwiek sposób mądrzejsi po doświadczeniach pandemicznych? Badanie ścieków w kilku miastach, które prowadzi Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH we współpracy z Inspekcją Sanitarną i z przedsiębiorstwami gospodarki komunalnej, pozwala nam przewidywać, mniej więcej dwu-, trzytygodniowym wyprzedzeniem pojawiające się kolejne fale zachorowań. Możemy również obserwować poziom wykonalności szczepień. W 2021 r. występowały problemy, zarówno w zakresie zachorowań, jak i ograniczeń z dostępnością do punktów szczepień. I ten trend widzieliśmy też w 2023 r. Trend nieznacznie się poprawił, ale w dalszym ciągu możemy powiedzieć, że pandemia Covid-19 odbiła się na tym, że działania profilaktyczne straciły na sile. Zachorowania na krztusiec są w tej chwili w Polsce na bardzo wysokim poziomie. Dlaczego tak się stało? To nie jest tylko problem dotyczący Polski. Właściwie cały region europejski ma wzrost zachorowań. Być może to jest ta, co pięć lat występująca fala epidemiczna, ale jej rozmiary są absolutnie ponad nasze oczekiwania.

Drugim problemem zdrowia publicznego są konflikty zbrojne. Historia ludzkości to nieustanna migracja. Za każdym konfliktem ciągnie się gigantyczna migracja. A właściwie można powiedzieć, że podczas każdego konfliktu, tam, gdzie trwa wojna, ludzie cywilni uciekają. I to są nasi migranci. **Każdy z takich gigantycznych migracyjnych kryzysów pozostawia również problemy zdrowotne.** Hiszpanka, cholera, wcześniej ospa czy dżuma, to wszystko towarzyszyło również działaniom zbrojnym. A dzisiaj proszę zobaczyć, jeśli mówimy o wojnie, która toczy się na obrzeżach Unii Europejskiej, no to mamy te choroby, które występują na terenie krajów objętych konfliktem, takie jak błonica, pałeczki jelitowe czy dur brzuszny. Odrębnym tematem jest gruźlica, która zdecydowanie w krajach azjatyckich czy afrykańskich jest na wyższym poziomie niż w Europie, co oznacza, że każda migracja właściwie w kierunku zachodnim, czy północnym z Azji Południowo-Wschodniej, czy z Afryki będzie powodowała zwiększenie ryzyka kontaktu z gruźlicą. Światowa Organizacja Zdrowia widzi, że oczekiwany moment radykalizacji gruźlicy

w niektórych regionach opóźnił się dlatego, że przesunęła się ludność, która choruje na gruźlicę i są to obywatele innych krajów niż europejskie. I nie mam tu na myśli tylko Ukrainy czy Białorusi. To oczywiście najbliżsi nasi emigranci po sąsiedzku, ale mówimy też o krajach, takich jak Filipiny, Indonezja i kraje afrykańskie. Proszę zobaczyć, gdzie są w tej chwili największe ogniska gruźlicy, w tym gruźlicy wielolekoopornej (MDR–TB). To właśnie Azja Południowo-Wschodnia, a więc Indie, Filipiny i Afryka. Innym przykładem, związanym właśnie z konfliktami zbrojnymi jest brak realizacji szczepień na odrę. Na szczęście, tutaj mamy znacznie wyższą odporność populacyjną i odra nie stanowi epidemicznego problemu w tym momencie, ale potencjalnie jest to niebezpieczeństwo. Proszę zwrócić uwagę, że mamy też inne problemy związane z migracjami w warunkach konfliktów zbrojnych, a więc skutki urazów, wypadków czy przerywane leczenie chorób przewlekłych. Znamy przypadki, gdzie pacjenci z chorobą nowotworową szukali pomocy w Polsce, wiedząc, że tutaj leczenie będzie możliwe, a w ich kraju jest to już niemożliwe, bo szpital został zbombardowany. Zaostrzenia chorób zakaźnych, ale też i zaburzenia psychiczne wynikające z samego faktu uczestniczenia w traumie wojennej, powikłania ciąży, zespół stresu pourazowego, zaburzenia odżywiania, czy wreszcie nadużywanie środków psychoaktywnych, to wszystko są pochodne życia w warunkach wojennych, w warunkach stresu i w warunkach zagrożenia. I z tym również musimy mieć świadomość, że świat się będzie mierzyć i mierzy się już w tej chwili. Bardzo ważna, w kontekście migracyjnym jest transgraniczna wymiana danych. Pamiętajmy, że bez tego trudno mówić o zdrowiu publicznym. Przyjmując milion migrantów z Ukrainy, powinniśmy znać problemy zdrowotne tego społeczeństwa. Powinniśmy doskonale wiedzieć, współpracować i kontynuować chociażby leczenie, tak jak w przypadku gruźlicy czy HIV/AIDS. Te problemy przecież nie znikną wraz z przekroczeniem granicy. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) bardzo mocno wspierają wdrożenie mechanizmów wczesnego ostrzegania i reagowania (Early Warning Systems). Musi powstać sieć wszelkiego rodzaju systemów, które mogą dostarczyć danych, zanim dojdzie do ogniska epidemicznego, zanim rozwinie się duża epidemia czy pandemia, bo tylko wtedy mamy szansę zadziałać na wczesnym etapie i powstrzymać, a przynajmniej mitygować częściowo skutki takiego zdarzenia.

Trzecim wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest narastająca oporność drobnoustrojów na leki. Pamiętajmy, że kraje, z których pochodzą uchodźcy czy ofiary wojenne, to kraje, w których antybiotyki stosuje się inaczej niż w naszych krajach rozwiniętych. W związku z tym widzimy dużo większy udział bakterii wielolekoopornych.

Podsumowując, co dziś mamy do zaoferowania, jeżeli chodzi o służby zajmujące się zdrowiem publicznym? Musimy sobie zdać sprawę, że dzisiejsze nasze możliwości, czyli klasyczna forma monitorowania, polegająca na biernym spisywaniu przypadków odnotowywanych przez lekarzy w szpitalach czy w POZ, to nie jest odpowiedź na wyzwania współczesnego świata. **My dziś musimy wzmocnić monitorowanie zdarzeń.** Czyli gdy doszło do jakiegoś zdarzenia, które może być chorobą, a nie musi powinno uruchamiać nasze służby w rozumieniu zdrowia publicznego. Monitoring syndromowy, czyli już nie fakt, że ktoś ma bakterie czy wirusa, ale fakt, że mamy więcej zapalenia płuc lub więcej biegunek. Monitoring zgonów nadmiarowych, gdzie jak wiemy często rozpoznanie przyczyny zgonu nie koreluje z pierwotną przyczyną, która wywołała ciężki stan. To są te sytuacje, które musimy z całą pewnością uszczelnić i zmienić do nich nasze podejście. Monitorowanie musi być aktywne, czyli to my szukamy przypadków, to my badamy dane, które są w systemie ochrony zdrowia, a nie czekamy, aż lekarz nam zgłosi na druku ZKZL, B czy jakimś innym. Staramy się blisko współpracować z Centrum e-Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, który zbiera dane na temat rozpoznań chorób. A więc, opierając się na diagnostyce syndromowej, czyli zespołowej, możemy próbować, nie dochodząc jeszcze do czynnika biologicznego, przynajmniej wykryć zdarzenie, które powinniśmy przeanalizować i oczywiście reagowanie, dlatego że przecież samo monitorowanie, to jest tylko zbieranie danych. Następnym krokiem jest ich analiza i potem podejmowanie decyzji. Muszą funkcjonować zespoły szybkiego reagowania, nie tylko mające na celu szybkie diagnozowanie problemu, ale również jego rozwiązanie. Te zespoły mają opracować postępowanie w danym przypadku. Myślę, że dobrym przykładem jest

sytuacja w Kongo, gdzie mamy do czynienia z kilkuset osobami chorymi na chorobę, wciąż jeszcze o nieustalanej przyczynie, ale widzimy nadmiarowe zgony. Tam już działa zespół ekspertów z kilku krajów. WHO pilnuje tej sytuacji w kontekście, aby lokalne władze radziły sobie z opieką medyczną. Nie wiemy jeszcze, co jest przyczyną. Umierają przede wszystkim dzieci, a więc być może jest to przyczyna złożona: niedożywienie, malaria, zła opieka medyczna, czy pora deszczowa. Nie sam fakt tego zdarzenia jest ważny, tylko reakcji na niego całego świata, który już informuje o takim zdarzeniu i przede wszystkim podejmuje konkretne kroki mające na celu ograniczenie, jeżeli to jest czynnik zakaźny, przenoszenia się tego patogenu na inne obszary. Kolejnym elementem jest analiza danych i podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia publicznego. To jest kluczowy wątek, którego w Polsce jeszcze nie umiemy precyzyjnie realizować. Światowa Organizacja Zdrowia inwestuje w tzw. otwarte źródła informacji, czyli nasłuch nad siecią, nad radiem, nad telewizją, nad prasą, nad prywatnymi rozmowami ludzi między sobą. Oczywiście w naszej rzeczywistości to aż tak nie działa, bo mamy media elektroniczne, ale w wielu krajach ten szeptany, czyli przekazywany z ust do ust komunikat, że coś się wydarzyło, że ludzie umierają, może być tym pierwszym inicjującym postępowaniem, oczywiście po jego weryfikacji.

Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA), Europejska Agencja Leków (EMA), Europejska Agencja Środowiska (EEA), Europejska Agencja Chemikaliów (ECHA) oraz Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) zobowiązały się do współpracy w ramach inicjatywy One Health. Ich wspólne oświadczenie zostało podpisane podczas konferencji pt. „One Health – One Health for All, All for One Health”, która odbyła się 13 listopada 2023 r. w Luksemburgu. W obliczu ciągle pojawiających się zagrożeń dla zdrowia Europejczyków bardzo wyraźnie wybrzmiewa stwierdzenie, że zdrowie ludzi jest ściśle powiązane ze zdrowiem zwierząt, roślin oraz z prawidłowo funkcjonującymi ekosystemami. **Odpowiedzią na te zagrożenia wydaje się wdrożenie podejścia One Health, które uznaje potrzebę interdyscyplinarnego i wielosektorowego współdziałania w różnych obszarach tematycznych.** Zagadnienia, które wpisują się w program One Health dotyczą zanieczyszczeń chemicznych, bezpieczeństwa żywności, problemu oporności bakterii patogennych na antybiotyki i chemioterapeutyki, chorób odzwierzęcych i powracających chorób zakaźnych, zmian klimatycznych, zagospodarowania gruntów i utraty różnorodności biologicznej.

Polska nie jest liderem w zakresie zdrowia publicznego. Możemy pokazać pewne obszary, które mamy bardzo mocno w tej chwili monitorowane. Takim obszarem, jest obszar nadzoru nad wodą, czyli bezpieczeństwo wody pitnej. Mamy zmapowane wszystkie wodociągi w Polsce i w tym zakresie właściwie nie mamy problemów. Powódź, która była niezwykle trudnym testem dla zaopatrzenia w wodę, pokazała, że ten system działa. **Drugim pozytywnym przykładem może być bezpieczeństwo żywności.** Robimy setki tysięcy badań żywności rocznie w sieci całej inspekcji sanitarnej. Mamy graniczne stacje sanitarno-epidemiologiczne, przez których to sieć przechodzą wszystkie produkty żywnościowe. Nikt do Polski nie może wjechać bez badania w tym zakresie. Mamy świetne przygotowane stacje zagraniczne do badania żywności, włącznie z żywnością transportowaną w warunkach chłodnego łańcucha. Wydaje mi się, że **możemy pochwalić się również sytuacją nadzoru nad chemikaliami.** To jest nowy, bardzo trudny obszar, ale dzięki temu, że mamy w tej chwili skodyfikowane praktycznie wszystkie tzw. prekursorzy, właściwie nie mamy problemu z dopalaczami. Czyli udało się w ciągu kilku lat zbudować system, który powoduje, że każdy nowy produkt, który może być środkiem odurzającym, jest bardzo szybko wycofywany. Aktualnym przykładem jest problem związany z dystrybucją produktów z czerwonego muchomora. W ciągu półtora miesiąca od momentu pierwszego powzięcia informacji o tym, że muchomor czerwony jest stosowany jako środek psychoaktywny, wycofaliśmy go i w tej chwili jest produktem nielegalnym. A była luka prawna, którą oczywiście wykorzystano. Więc to są takie działania, które możemy pokazać, że one działają, że system Głównej Inspekcji Sanitarnej funkcjonuje i ten system zapobiega zdarzeniom, które mogłyby prowadzić do zagrożenia zdrowia publicznego. Chyba najmniej możemy się chwalić chorobami zakaźnymi. Polski system jest oparty na biernym monitorowaniu, gdzie czekamy na zgłoszenie od lekarza, zanim pojawi się jakaś sytuacja epidemiczna. Ten obszar, moim zdaniem nadaje się do optymalizacji.

Podsumowując, w trakcie naszej polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej możemy pochwalić się bezpieczeństwem wody pitnej i żywności oraz nadzorem nad chemikaliami. Są to obszary strategicznego bezpieczeństwa zdrowotnego, czyli jednego z siedmiu ogłoszonych przez obecny rząd priorytetów polskiej prezydencji. Jednak pomimo wysokiej wyszczepialności, na poziomie powyżej 90 proc. w niektórych obszarach, mamy w Polsce system szczepień papierowy, nie cyfrowy. Ostatnia kontrola Najwyższej Izby Kontroli pokazała, ile jest dziur w tym systemie. Dokładamy wszelkich starań, aby system szczepień był lepszy. Opracowany jest wzorec elektronicznej karty szczepień. Od stycznia 2025 r. rusza wielki spis dzieci szczepionych w Polsce. Populacja 7,5 mln. dzieci od urodzenia do 19 r. życia zostanie przeanalizowanych przez inspektorów GIS. Inspektorzy odwiedzą punkty szczepień i zweryfikują, ile jest osób zaszczepionych, a ile nie.

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec

konsultant wojewódzka w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, pełnomocnik zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia i parlamentem

W zakresie diabetologii i endokrynologii dziecięcej Polska znajduje się w czołówce światowej. Dane RWE (Real World Evidence), zaprezentowane w 2021 r. podczas kongresów EASD, ATTD i ISPAD, pokazały wyniki uzyskane z kilkunastu krajów od sierpnia 2020 r. do lipca 2021 r. od ok. 13 tys. pacjentów leczonych nowoczesnymi pompami insulinowymi zintegrowanymi z systemami ciągłego pomiaru glikemii. Rzeczywiste dane potwierdziły, że pacjenci z Polski są jednymi z najlepiej wyrównanych metabolicznie, osiągając średni czas w zakresie normoglikemii (TIR – Time in Range) na poziomie 81,2 proc. (norma TIR > 70 proc.). U dzieci z cukrzycą typu 1. poniżej 15. roku życia uzyskano w Polsce najlepsze wyniki wyrównania metabolicznego (wskaźnik TIR wyniósł 82,3 proc.). Warto też wspomnieć o wynikach opublikowanych przez polskich ekspertów w dziedzinie diabetologii w 2021 r. w czasopiśmie „Diabetes Technology & Therapeutics”. To pierwsza kompleksowa analiza danych RWE obejmująca populację polskich pacjentów z cukrzycą, która jednoznacznie potwierdza, iż pacjenci w Polsce pełniej wykorzystują możliwości, jakie daje ciągłe monitorowanie glikemii poprzez skanowanie (FGM) niż populacja ogólnoswiatowa. Polscy pacjenci skanują się częściej (21,4 skany vs. 13,4 skany w ciągu doby), dzięki czemu uzyskują lepszą kontrolę glikemii niż populacja światowej. To dowód, że pacjenci w Polsce bardzo dobrze wykorzystują nowoczesne technologie. Nowe preparaty insuliny, nowoczesny sprzęt dozujący insulinę oraz systemy ciągłego monitorowania glikemii pozwalają na istotną redukcję ryzyka występowania ostrych powikłań, w tym hipoglikemii oraz skuteczną kontrolę stężenia glikemii. Dostępne nowoczesne technologie i insuliny u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1. znacznie podnoszą jakość ich życia, dając pacjentowi poczucie wolności i oderwania od uciążliwego kontrolowania choroby.

Polska może podzielić się z innymi krajami Unii Europejskiej kilkoma produktami – rozwiązaniami w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

Pierwszym produktem jest wprowadzenie świadczenia opieki zdrowotnej „Badania przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowane jako element badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Docelowo do bilansu zdrowia sześciolatka dodany będzie przesiew w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej (FH) poprzez uwzględnienie oznaczania parametrów lipidowych: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol nie-HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy.¹⁵⁹

159 Rekomendacja nr 133/2024 z dnia 22 listopada 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Badania przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej realizowane jako element badania bilansowego wykonywanego na etapie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego” jako świadczenia gwarantowanego. Dostępne: https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/167/REK/RP_133_2024_hipercholesterolemia_proc.20rodzinna_BIP.pdf

Drugim produktem jest uruchomienie programu pilotażowego w województwie mazowieckim w zakresie badań przesiewowych w kierunku wczesnego rozpoznania cukrzycy typu 1., który obejmie 20 tys. dzieci. Każde dziecko uczestniczące w programie będzie miało pobraną jednorazowo krew kapilarną przez nakłucie palca. Krew dziecka zostanie zbadana pod kątem przeciwciał typowych dla cukrzycy typu 1. (GAFa, IA2A, ZnT8). Wytypowanie tych przeciwciał jest oznaką stanu zapalnego komórek trzustki produkującej insulinę. Można je wykryć we krwi na wiele lat przed wystąpieniem pełnoobjawowej cukrzycy. Do programu mogą zgłaszać się rodzice z dzieckiem w wieku 2-17 lat, u których dotychczas nie stwierdzono cukrzycy. Wczesne rozpoznanie cukrzycy typu 1. przynosi szereg korzyści, takich jak zmniejszenie ryzyka kwasicy ketonowej, która może być śmiertelna, poprawa jakości życia pacjentów, ponieważ wczesna diagnoza umożliwia łagodniejsze przejście przez fazę początkową choroby, co zmniejsza stres i pozwala na szybszą adaptację do leczenia. Identyfikacja predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych pozwoli na rozwój strategii prewencji cukrzycy typu 1.

Trzecim produktem jest fakt, że Polska od 2020 r. jest najlepszym krajem spośród 53 krajów w Europie w zakresie wyrównania metabolicznego pacjentów z cukrzycą typu 1. Najlepsze efekty leczenia cukrzycy zapewniają automatyczne systemy podawania insuliny, które nazywane są „sztuczną trzustką” lub „pętlą zamkniętą”. Jest to połączenie pompy insulinowej z systemem ciągłego monitorowania glikemii (CGM). To właśnie w czasie pierwszej polskiej prezydencji, 13 lat temu, ówczesna minister zdrowia pani Ewa Kopacz wprowadziła pełną refundację publiczną pomp insulinowych u dzieci i młodzieży do 26. roku życia. **Dzieci i młodzież z cukrzycą typu 1. z pomocą diabetologów dziecięcych wykorzystały maksymalnie możliwość zastosowania najnowocześniejszej terapii pomp insulinowych zintegrowanych z systemem ciągłego monitorowania glikemii.** To jest fakt, który jest ogłaszany na wszystkich zjazdach amerykańskiego i Europejskiego Towarzystwa Diabetologicznego. A jednocześnie jesteśmy niechlubnym wyjątkiem wśród wszystkich krajów europejskich w zakresie **refundacji publicznej pomp insulinowych dla pacjentów powyżej 26. roku życia.** Tylko Polska, Łotwa, Estonia i Bułgaria nie refundują pomp insulinowych dla tych pacjentów. A widać na podstawie populacji polskich dzieci i młodzieży, że warto inwestować w te rozwiązania. Wykorzystajmy polską prezydencję i dołączmy do Unii Europejskiej w tym zakresie.

prof. dr hab. n. med. Maciej Banach

przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2010–2012, prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, adiunkt Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore (USA)

Z najnowszego raportu WHO „Action on salt and hypertension: reducing cardiovascular disease burden in the WHO European Region” wynika, że choroby układu krążenia są główną przyczyną niepełności i przedwczesnych zgonów w europejskim regionie WHO, który obejmuje 53 kraje – głównie Europy i częściowo Azji. Schorzenia te odpowiadają za 42,5 proc. wszystkich zgonów – czyli ok. 10 tys. dziennie.¹⁶⁰ Przypomnę, że w Polsce, z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego umiera rocznie ok. 180 tys. osób. Apeluję, abyśmy w trakcie polskiej prezydencji wystąpili o oddzielny unijny budżet na to, żeby zająć się chorobami serca i naczyń, które są największym mordercą. W kwietniu 2025 r. w ramach polskiej prezydencji będzie ogłoszony Europejski Plan dla Prewencji, który będzie pokazywał istniejące narzędzia w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, po to, żeby zaproponować dla całej Europy optymalny program walki z chorobami serca i naczyń, w ramach właśnie szeroko pojętej profilaktyki.¹⁶¹ Z okazji polskiej prezydencji możemy podzielić się rozwiązaniami w zakresie profilaktyki i zdrowia publicznego, które są już wdrożone albo będą za chwilę wdrożone. Myślę, że poniższe rozwiązania mogą być towarem eksportowym w trakcie polskiej prezydencji.

160 Action on salt and hypertension: reducing cardiovascular disease burden in the WHO European Region. WHO 2024
Dostępne: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060813>

161 Co będzie zawierać Europejski Plan dla Prewencji? O inicjatywie mówi prof. Maciej Banach. Dostępne: <https://ptlipid.pl/blog/2024/09/09/co-bedzie-zawierac-europejski-plan-dla-prewencji-o-inicjatywie-mowi-prof-maciej-banach/>

Pierwszym produktem jest wprowadzenie przedmiotu edukacja zdrowotna do szkół podstawowych od 1 września 2025 r. To efekt dwóch dekad pracy wszystkich ekspertów, którzy byli w to zaangażowani. To może być game changer, jeśli chodzi o profilaktykę i prewencję.

Drugim produktem jest koordynowana opieka w prewencji pierwotnej w zakresie programu Profilaktyka 40+. Ten program pozwala na przesiew, który później mógłby być kontynuowany w skoordynowanej opiece w POZ. Koordynowana opieka w POZ, ze względu na możliwość konsultacji z kardiologami, daje możliwość bardzo dobrej opieki nad tymi pacjentami, którzy mają czynniki ryzyka. W Polsce większość naszych pacjentów ma wiele różnych czynników ryzyka. Jeżeli mówimy o koordynowanej opiece prewencji pierwotnej, to nie może dotyczyć wyłącznie jednego czynnika ryzyka. A nasi pacjenci nie mają jednego czynnika ryzyka, więc pracujemy razem, żeby właśnie w trakcie prezydencji wypracować skoordynowaną opiekę w prewencji pierwotnej, a mamy do tego naprawdę bardzo realne podstawy na podstawie istniejących już programów.

Trzecim produktem, którym możemy się pochwalić, jest fakt, że w Polsce mamy 700 certyfikowanych lipidologów. Mamy znakomitych specjalistów, którzy zajmują się najczęstszym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, jakim są zaburzenia lipidowe. W Polsce funkcjonuje Sieć Centrów Lipidowych zajmujących się diagnostyką i leczeniem pacjentów z zaburzeniami lipidowymi zgłoszonymi do certyfikacji jako Centra Doskonałości Leczenia Zaburzeń Lipidowych Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego (PTL) oraz sieci centrów lipidowych Europejskiego Towarzystwa Miażdżycowego (European Atherosclerosis Society, EAS).¹⁶²

prof. dr hab. n. med. Piotr Szymański

przewodniczący Komitetu ds. Regulacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Centrum Kardiologii Klinicznej i Chorób Rzadkich Układu Sercowo-Naczyniowego PIM MSWiA w Warszawie

Najważniejszym priorytetem polskiej prezydencji jest doprowadzanie do uchwalenia planu dla chorób serca dla Unii Europejskiej, na wzór Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. W 2023 r. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, które jest największym towarzystwem kardiologicznym na świecie zorganizowało konferencję w Europarlamencie. Rok później, w grudniu 2024 r. w konkluzjach Rady Unii Europejskiej znalazł się Plan dla Chorób Serca (EU Cardiovascular Health Plan).¹⁶³ Przypomnę, że w ciągu doby umiera w Europie na choroby serca 4 tys. osób. Choroby serca powodują więcej zgonów niż wszystkie nowotwory łącznie. Dlatego Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zwracają uwagę na potrzebę priorytetowego traktowania chorób serca w Unii Europejskiej. Europejska Partia Ludowa przyjęła jako flagowy program na najbliższą perspektywę parlamentarną uchwalenie Planu dla Chorób Serca. Prosimy polską prezydencję o utworzenie Planu dla Chorób Serca z odpowiednim jego finansowaniem. W tym zakresie ogromne nadzieje wobec polskiej prezydencji ma środowisko europejskich kardiologów. Bardzo doceniany jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, który jest jednym z nielicznych narodowych programów w Unii Europejskiej.¹⁶⁴

Drugim produktem, którym możemy się pochwalić w Unii Europejskiej, jest program opieki nad kobietami w ciąży z chorobami serca. Choroby serca zabijają więcej kobiet niż mężczyzn, więc element profilaktyki w tym zakresie to jest także element walki z nierównościami. I tutaj materiały eksperckie i możliwości działania są zarówno na poziomie polskim, jak i na poziomie europejskim. Chciałem też nawiązać do zdrowia reprodukcyjnego i zaoferować program opieki nad kobietami z chorobami serca w ciąży. To jest bardzo ważny element bezpieczeństwa kobiety i dziecka, bo choroby serca w ciąży są jednym z podstawowych zabójców w trakcie porodu.

¹⁶² Sieć Centrów Lipidowych. Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Dostępne: <https://ptlipid.pl/siec-centrow-lipidowych/>

¹⁶³ European Commission announces EU Cardiovascular Health Plan. Dostępne: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/eu-health-ministers-adopt-landmark-council-conclusions-on-cardiovascular-health>

¹⁶⁴ Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia2>

Niedawno mieliśmy spotkanie z prezesem Amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (FDA), który poruszył problem braku zdolności ekspertów naukowych do wpływania na opinię publiczną. Spadek zaufania publicznego do autorytetów naukowych spowodował to, że opinię publiczną kształtują w tej chwili osoby, które są w stanie dotrzeć do największej liczby odbiorców, czyli celebryci i influencerzy.

prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska

dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Kardiologii

Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne określa Polskę jako kraj wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Polacy żyją krócej niż mieszkańcy Europy Zachodniej, a główną przyczyną zgonów są choroby sercowo-naczyniowe. Polska może wnieść do Unii Europejskiej nowatorskie rozwiązania w dziedzinie profilaktyki sercowo-naczyniowej:

Pierwszym produktem jest wspólna prewencja kardiologiczno-onkologiczna w zakresie eliminacji czynników ryzyka. Choroby układu krążenia i nowotwory mają wspólne czynniki ryzyka, zarówno modyfikowalne, jak i niemodyfikowalne. Kluczowa jest optymalizacja czynników ryzyka sercowo-naczyniowego związanych ze stylem życia, w tym zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu oraz utrzymywanie odpowiedniej aktywności fizycznej i zdrowej diety.

Drugim produktem jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 (NPChUK). Program jest odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia (ChUK) i wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności. Celami NPChUK są: obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu ChUK oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia (długość trwania życia, liczba zgonów oraz chorobowość) do średnich wskaźników w UE; zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności z powodu ChUK związanej z dostępnością do świadczeń zdrowotnych; zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka ChUK w populacji, takich jak nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe, otyłość i cukrzyca; poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w zakresie m.in. identyfikacji populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na ChUK oraz głównych przyczyn rozwoju ChUK, a także wypracowania rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych. NPChUK zawiera działania w pięciu głównych obszarach: kadry, edukacja, profilaktyka i styl życia, pacjent, nauka i innowacje oraz system opieki kardiologicznej.¹⁶⁵

Trzecim produktem jest KOS-Zawał (program Koordynowanej Opieki nad pacjentem po zawale serca). Od 2017 r. program zapewnia pacjentom: diagnozę, leczenie ostrej fazy zawału, wizytę kontrolną w ciągu 14 dni od zakończenia hospitalizacji, rehabilitację kardiologiczną oraz opiekę specjalistyczną, w razie potrzeby leczenie z wykorzystaniem elektroterapii (wszczepienie urządzeń wspomagających pracę serca). Dane rzeczywiste NFZ wykazują, że opieka nad pacjentami w programie KOS-Zawał zmniejsza ryzyko zgonu po zawale serca, a rehabilitacja kardiologiczna zmniejsza ryzyko wystąpienia niewydolności serca po zawale serca.¹⁶⁶

prof. dr hab. n. med. Marek Postuła

kierownik Pracowni Farmakogenomiki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Reprezentuję Warszawski Uniwersytet Medyczny, ale także Polskie Towarzystwo Medycyny Długowieczności. Celem działania Towarzystwa jest wydłużanie życia Polek i Polaków przy zachowaniu pełnego zdrowia oraz prowadzenie badań naukowych, które przybliżą nas do zrozumienia, dlaczego się starzejemy i jak możemy starzeć się zdrowiej. Towarzystwo zajmuje się profilaktyką nie tylko z punktu widzenia populacji, ale przede wszystkim personalizacji.

165 Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032. IKARD Dostępne: <https://www.ikard.pl/narodowy-program-chorob-ukladu-krzenia/informacje.html>

166 Funkcjonowanie programu KOS-zawał. NFZ. Dostępne: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/kos-zawal>

Pierwszym produktem dla polskiej prezydencji są badania genetyczne dostępne w pakiecie Profilaktyka 40 PLUS. Pozwalają one zbadać predyspozycje genetyczne nowotworów, takich jak rak piersi, prostaty i jelita grubego. Pakiet badań profilaktycznych w ramach programu Profilaktyka 40+ jest dostępny dla wszystkich obywateli po ukończeniu 40. roku życia.

Drugim produktem powinna być profilaktyka nikotynowa. W zakresie profilaktyki nikotynowej powinniśmy patrzeć na to, co się dzieje na świecie. Jedyną skuteczną metodą walki z nikotynizmem w różnych grupach wiekowych jest ograniczenie i brak ekspozycji na produkty nikotynowe. Wiele produktów zawierających nikotynę jest dostępnych w każdym miejscu naszego kraju. Nie ma aktów prawnych, które by regulowały skład, jakość i dostępność tych produktów. Polityka podatkowa jest bardzo niekonsekwentna, ponieważ te produkty bardzo często mają zdecydowanie niższe obłożenie podatkowe. Szwecja to jest jedyny kraj, który osiągnął zakładaną częstość palenia w dorosłej populacji na poziomie ok. 5 proc. w Unii Europejskiej. Polska ten wskaźnik ma na poziomie 30 proc., jeśli chodzi o dorosłych Polaków. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne wielokrotnie podkreślało w swoich wytycznych, że tylko ekonomia zmusi nas do rzucenia palenia.

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz

Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Komisja ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Profilaktyka zdrowotna i zdrowie publiczne dotyczą całej populacji, szczególnie w aspekcie chorób sercowo-naczyniowych. Dlatego rozwiązania cyfrowe znakomicie uzupełniają i łączą wszystkie rodzaje i poziomy świadczeń w systemie ochrony zdrowia.

Produktem, którym możemy się pochwalić w trakcie polskiej prezydencji, jest hybrydowa telerehabilitacja kardiologiczna. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (CR) jest podstawą wtórnej prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego (CVD). W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego CR ma najwyższą klasę zaleceń i najwyższy poziom wiarygodności danych naukowych jako skuteczna metoda leczenia chorych z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST, po rewaskularyzacji mięśnia sercowego, z przewlekłym zespołem wieńcowym, stosowana w profilaktyce CVD w praktyce klinicznej oraz u osób z niewydolnością serca. Sekcja Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego opublikowała opinię ekspertów dotyczącą korzyści z CR, grup docelowych, wskazań klinicznych, organizacji świadczeń rehabilitacyjnych i sposobów ich realizacji. W opracowaniu przedstawiono również psychospołeczne czynniki ryzyka wpływające na przebieg CR oraz prewencję wtórną CVD u chorych poddawanych CR. Kompleksowa CR to proces, który powinien zostać wdrożony jak najszybciej, być kontynuowany bez przerwy i składać się z wielu etapów. Ponadto CR powinna być dostosowana do indywidualnej sytuacji klinicznej i akceptowana przez chorego oraz jego rodzinę, przyjaciół i opiekunów.¹⁶⁷ W Polsce, do 30 dni po ostrym incydencie kardiologicznym, mamy takie same efekty zdrowotne jak w czołowych krajach Europy. Jednak w ciągu r. tracimy tych chorych z powodu braku wdrożenia prewencji wtórnej, w tym rehabilitacji kardiologicznej. To jest powodem, dla którego na podstawie medycyny opartej o wiarygodne dane (EBM) zaniechanie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej jako metody postępowania szpitalnego jest błędem w sztuce. A tymczasem dostęp do rehabilitacji kardiologicznej w Polsce jest na poziomie 20 proc., czyli co piątego pacjenta kardiologicznego. 80 proc. pacjentów nie ma dostępu do rehabilitacji kardiologicznej. Do tego dochodzą dysproporcje regionalne w Polsce, wynoszące od 1 proc. do 40 proc. W Europie też jest źle i też jest problem dostępu do rehabilitacji kardiologicznej. Europa zastanawia się, co zrobić, aby poprawić ta sytuację. Obecnie w Europie nie ma systemów rehabilitacji kardiologicznej, które by były oparte o nowe technologie informatyczne. Polska jako pierwszy kraj na świecie zaczęła finansować procedurę kompleksowej rehabilitacji hybrydowej

167 Jegier A, Szalewska D, Mawlichanów A, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation as the keystone in the secondary prevention of cardio-vascular disease. *Kardiol Pol* 2021; 79(7-8): 901-916, doi: 10.33963/KP.a2021.0066 Dostępne: https://journals.viamedica.pl/polish_heart_journal/article/view/85931/64152

od 2019 r.¹⁶⁸ Dzięki temu narzędziu możemy „dostarczyć” rehabilitację kardiologiczną do domów pacjentów wysokiego ryzyka, jakim są pacjenci kardiologiczne. Trzeba ich monitorować i stworzyć ku temu odpowiedni system. I taki system w Polsce powstał i nazywa się hybrydowa tele-rehabilitacja kardiologiczna. Jest to metoda, która wykazała się wszystkimi zaletami, poprawiła dostępność oraz wyrównała dysproporcje regionalne. W ten sposób możemy zaproponować tele-management pacjentem po ostrym incydencie sercowym, obejmujący cały rok opieki nad pacjentem. **Jeśli zastosujemy hybrydową telerehabilitację kardiologiczną, to zmniejszymy śmiertelność po roku od zawału serca o 20–30 proc.**

dr n. med. Bernard Waśko

dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego

W obszarze zdrowia publicznego powinny panować konsensus polityczny i zgodność różnych ugrupowań w kontekście realizacji długofalowych celów zdrowia publicznego. W Polsce występują wyraźne różnice w stanie zdrowia między różnymi grupami społecznymi i ekonomicznymi. Profilaktyka zdrowotna i zdrowie publiczne wymagają ucyfrowienia.

Pierwszym produktem, którym możemy się pochwalić w trakcie polskiej prezydencji, jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP).¹⁶⁹ Jest to nie tylko baza do pewnych usług, które już są dostępne, ale baza do zbierania danych o zdrowiu obywateli oraz coś, co mogłoby służyć monitorowaniu wszelkiej aktywności związanej z profilaktyką i byłoby remedium na ten problem silosowości, który był przez pana profesora Banacha został wspomniany, ale również integracją różnych ryzyk populacyjnych i nie tylko, które są wspólne dla różnych rodzajów chorób, o czym pani dr Stępińska wspomniała. To narzędzie, proszę Państwa, zostało wprowadzone tak naprawdę kilka lat temu, ale cały czas jest rozwijane i wzbogacane o nowe funkcje. e-recepty to jest oczywiście jedna z nich, e-skierowania, możliwość zamówienia recept i powiadomienia SMS-owe o wizytach. Przypomnę, że wszyscy my, dorośli Polacy, którzy mamy PESEL, mamy to konto. Nawet jeżeli nie jesteśmy tego świadomi, nigdy tam nie zaglądaliśmy. To w naszej bazie, jakby w tej części w tle gromadzone są różne informacje o udzielonych świadczeniach. Takich zarejestrowanych użytkowników kont internetowych jest ok. 19 mln. W tej chwili natomiast ponad 1 mln osób aktywnie korzysta z aplikacji internetowej IKP. I co się tam znajduje? Tam znajdują się np. takie kwestie, jak monitorowanie, możliwość monitorowania aktywności fizycznej, podpowiadanie diet, właściwe nawadnianie czy też np. ankieta żywieniowa czy ankieta różnych ryzyk, które możemy identyfikować u siebie, które mogą wpływać na działania profilaktyczne. To jest dobry start do tego, żeby te funkcje wzbogacić o takie kwestie, jak monitorowanie wszelkich zdarzeń związanych z uczestnictwem w profilaktyce zarówno tej pierwotnej, czyli np. prewencja chorób zakaźnych, czyli wszystkie szczepienia, zarówno te obowiązkowe, jak i zalecane, jak np. bilanse zdrowia i to też zarówno w okresie dzieciństwa wykonywane w okresie 0–6 lat czy później, w okresie szkolnym od 7 do 18 lat, i wszelkie informacje, które się z tym wiążą, dotyczące tak naprawdę monitorowania stanu zdrowia populacji. Dla instytucji, jaką jest Instytut Zdrowia Publicznego, możliwość dostępu do takich danych i analiz na bieżąco to jest kwestia budowania później polityk zdrowotnych opartych na dowodach, ale również monitorowanie skuteczności i efektywności interwencji w obszarze profilaktyki, które zostały podjęte. Ja myślę, że IKP jako właśnie taki integrator baza wiedzy, nie tylko dostawca usług dla użytkownika, ale baza wiedzy, w której gromadzilibyśmy wszelkie informacje o profilaktyce. To byłoby remedium. Właśnie na pewno. Na pewno silosowość, zintegrowanie różnych czynników ryzyka, no i oczywiście możliwość lepszego wypełniania zadań z zakresu analizy stanu zdrowia populacji.

168 Zarządzenie nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. Dostępne: <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-132019dsoz.6878.html>

169 Internetowe Konto Pacjenta (IKP). MZ Dostępne: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>

Drugim produktem są projekty przygotowywane w ramach działalności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, takie jak:

1. **System ProfiBaza**, czyli cyfrowe udostępnienie informacji publicznej na temat sytuacji zdrowotnej ludności oraz realizacji programów zdrowotnych dla potrzeb profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce.¹⁷⁰
2. **Publikacje NIZP-PZH z dziedziny zdrowia publicznego i profilaktyki zdrowotnej**, takie jak: Baza wiedzy w zakresie nierówności w zdrowiu, Szczepienia Info, Meldunki epidemiologiczne, raport pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, czyli cykliczny (publikowany co dwa lata) i przekrojowy raport ukazujący w sposób syntetyczny stan zdrowia polskiego społeczeństwa.¹⁷¹

dr n. med. Igor Radzewicz-Winnicki

prezes zarządu PZU Zdrowie SA, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2012–2015

Dzisiaj występuję w podwójnej roli. Z jednej strony reprezentuję Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (PZU), który jest największą grupą kapitałową w tej części Europy i największym polskim ubezpieczycielem. Z drugiej strony reprezentuję firmę PZU Zdrowie, która jest jednym z największych ogólnopolskich operatorów medycznych. Nasza sieć medyczna liczy ok. 130 placówek własnych, w tym pracownie diagnostyki obrazowej oraz 2,4 tys. placówek partnerskich w 600 miastach w Polsce.¹⁷²

Pierwszym produktem dla polskiej prezydencji jest cyfryzacja świadczeń medycznych, w tym oczywiście profilaktyki zdrowotnej. PZU Zdrowie kładzie nacisk na konieczność cyfryzacji swoich narzędzi funkcjonowania. Natomiast w moim przekonaniu brakuje w Polsce rzeczywiście czegoś w zakresie budowania nowoczesnych systemów analitycznych baz danych. Te bazy danych to nie jest tylko kwestia, że gromadzone są dane na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP), ale potrzeba, aby każde badanie laboratoryjne, obrazowe, wizyta, itd. trafiały do systemu informacji medycznej. Ja chciałbym z tego miejsca powiedzieć, że firma, w której pracuję, ma pełną gotowość do współdziałania jako ważny partner w budowaniu takiego systemu. Po pierwsze, mamy zasoby i kapitał intelektualny, ale także kapitał finansowy, co nie jest bez znaczenia. Mamy wiedzę i mamy umiejętności. Mamy olbrzymią potrzebę zbudowania takiej bazy danych, która będzie integrowała repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej, które jest dzisiaj kompletnie rozsiane u różnych świadczeniodawców i w zasadzie nie ma do niego dostępu. A po drugie, wprowadzi narzędzia, które dzięki wykorzystywaniu sztucznej inteligencji ułatwią analizę danych medycznych. A wiemy o tym doskonale, że algorytmy, przy dużych bazach danych mają olbrzymi potencjał do wykorzystania w zdrowiu publicznym.

Drugim produktem dla polskiej prezydencji jest humanizacja medycyny, w tym profilaktyki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Uważam, że dzisiejszy problem dotyczący realizacji szczepień ochronnych to problem już dawno nie medyczny. To jest problem komunikacji społecznej, to jest problem antropologów, socjologów, medycyny i kulturoznawców. Jeżeli ja dzisiaj jestem realizatorem kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i wysyłam do szkoły w Płocku pracowników PZU Zdrowie, żeby zaszczepić uczniów w wieku 9-16 lat przeciwko HPV, i przyjeżdżają rodzice, którzy zgadzają się na zaszczepienie dwójki dzieci, to znaczy, że mamy olbrzymi problem i bez specjalistów od komunikacji społecznej nie poradzimy sobie.

170 ProfiBaza. NIZP-PZH. Dostępne: <https://profibaza.pzh.gov.pl/node/161>

171 Raport: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. NIZP-PZH. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>

172 PZU Zdrowie. Dostępne: <https://zdrowie.pzu.pl/>

Artur Białkowski

wiceprezes zarządu, dyrektor zarządzający ds. usług biznesowych, Medicover sp. z o.o.

Od 29 lat działalność Medicover w Polsce koncentruje się na szerokim zakresie usług od zdrowia po wellbeing. W portfolio znajdują się usługi z zakresu profilaktyki i opieki ambulatoryjnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej, innowacyjne usługi stomatologiczne, zaawansowane procedury in vitro, a także rozwiązania z zakresu wellbeing, w tym szeroka oferta sportowa i dieta.¹⁷³ W zakresie profilaktyki zdrowotnej i zdrowia publicznego Polska w swojej prezydencji może wykorzystać doświadczenia Medicover w zakresie autorskich programów profilaktyki zdrowotnej. To są gotowe rozwiązania, które możemy wyeksportować, a wdrażając je w Polsce, osiągać mierzalne efekty zdrowotne.

Pierwszym produktem jest Program zmiany stylu życia i wprowadzenia elementu aktywności fizycznej, poprawiający stan zdrowia pacjentów chorujących na otyłość, którzy pierwotnie mieli poważne ryzyka zdrowotne. Program polega na zorganizowaniu aktywności fizycznej dla pacjentów z otyłością. Chcielibyśmy program udostępnić całej populacji polskiej, ale też może podzielić się nim z innymi krajami Unii Europejskiej.

Drugi produkt to program SMS, który jest elektronicznym systemem medycyny szkolnej. W programie można rejestrować w prosty sposób wyniki badań uczniów i przygotowywać raporty dla nauczycieli, dla dyrektorów szkół, dla gmin, dla rodziców, oczywiście razem ze wskazaniem elementów poprawy.

Trzecim produktem jest Program Fit School, zawiera elementy wspierające prowadzenie ciekawych i interesujących zajęć wychowania fizycznego (WF), tak żeby zachęcić dzieci do korzystania z tych zajęć. Program ma pomóc również nauczycielom, aby te zajęcia były ciekawe i żeby dzieci chciały w nich brać udział. Program zawiera filmy, które mogą wykorzystywać rodzice i wspólnie z dziećmi ćwiczyć w domu.

Czwartym produktem jest wdrażanie profilaktyki zdrowotnej w ramach medycyny pracy. Dzięki usługom zdrowotnym świadczonym oraz programów profilaktyki zdrowotnej realizowanych przez Medicover, finansowanych przez pracodawców możemy poprawiać stan zdrowia populacji w wieku produkcyjnym. Medycyna pracy może być znakomitym narzędziem realizacji profilaktyki zdrowotnej, zarówno pierwotnej, jak i wtórnej.

Justin Gandy

dyrektor zarządzający MSD Polska

MSD ma bogate doświadczenie w dziedzinie szczepionek i programów profilaktyki zdrowotnej.¹⁷⁴

Produktem, który może pokazać w trakcie polskiej prezydencji, jak dynamicznie wdrażać działania profilaktyki zdrowotnej, może być Powszechny program szczepień przeciw HPV. Program realizuje założenia i cele Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030. Program uzupełnia bezpłatny program szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży o szczepienie, które chroni przed chorobami wywołanymi przez HPV. Od 1 września 2024 r. szczepienia w ramach powszechnego programu szczepień przeciw HPV dostępne są dla osób po ukończeniu 9. roku życia do ukończenia 14. roku życia, także w szkołach¹⁷⁵ Polska może być przykładem kraju, który dzięki determinacji klinicystów oraz decydentów dynamicznie wprowadza program szczepień przeciwko HPV. Mamy za sobą gwałtowny wzrost i znaczącą transformację, a przed nami kolejne etapy, które chcemy osiągnąć. Zastanówmy się, co można zrobić w tym czasie, mając tak duże oczekiwania i jednocześnie gotową platformę do działania. Ważne jest, byśmy skupili się na kwestiach związanych z danymi, narzędziami cyfrowymi i wskaźnikami monitorującymi poziom wyszczepienia – to wszystko jest inwestycją w ludzi i całe społeczeństwo, dotyczącą

¹⁷³ Medicover. Dostępne: <https://www.medicover.pl/uslugi-medicover/poznaj-nas/> W zakresie

¹⁷⁴ MSD Dostępne: <https://www.msd.pl/drugs-and-vaccines/>

¹⁷⁵ Szczepienia przeciw HPV. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/hpv>

także problemów zdrowotnych. Warto się w to zaangażować, cały projekt opierając na edukacji i poprawie jakości życia. To szansa na kształcenie społeczeństwa – odwołując się nawet do tradycji – aby pokazać, czym naprawdę jest taka naprawa. Jak się funkcjonować w codziennym życiu? Mówimy tu o inwestycjach, tworzeniu odpowiednich ram, finansowaniu przyszłości i budowaniu trwałego rozwiązania dla lepszego funkcjonowania nas wszystkich, zarówno dziś, jak i w przyszłości. O to w tym chodzi – działamy dla obecnego i następnego pokolenia. W obszarze profilaktyki musimy zadbać o „drugie życie” – wprowadzać zmiany i ulepszenia, które posłużą zrównoważonemu rozwojowi i pomogą osiągnąć kluczowe cele. To bardzo ważne przesłanie. Na koniec: wszystko, do czego się przygotowywaliśmy, teraz wprowadzimy w życie, aby Polska stała się prawdziwą „perłą w koronie Europy”.

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

Reumatologia wymaga podejścia wielodyscyplinarnego. W całym procesie kluczowy jest pomiar „wartości remisji” (ang. value of remission), a **remisja to ustąpienie lub zmniejszenie postępu choroby.** W przypadku przewlekłych chorób zapalnych immunologicznie zależnych, takich jak reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS), łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), spondyloartropatia osiowa (axSpA), **wczesna diagnoza i skuteczne leczenie, w tzw. oknie terapeutycznym zahamowuje progresję choroby i umożliwi normalne funkcjonowanie pacjenta.** Stwierdzono, że osiągnięcie remisji klinicznej sprzyja lepszej kontroli choroby, a poprzez to wiąże się również ze znacznymi korzyściami ekonomicznymi.¹⁷⁶ Opublikowany w 2024 r. „Europejski Manifest EULAR 2024–2029” (EULAR 2024–2029 European Manifesto) ma na celu: „**Promowanie europejskiej odpowiedzi na wyzwania zdrowotne i społeczno-ekonomiczne związane z chorobami reumatycznymi i mięśniowo-szkieletowymi (RMD)**”.¹⁷⁷ EULAR przypomina, że istnieje ponad 200 chorób reumatycznych i mięśniowo-szkieletowych dotykających ok. 120 mln., czyli co piątego Europejczyka. Praktycznie każdy obywatel UE może doświadczyć niektórych fizycznych lub psychicznych zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych skutków RMD osobiście lub za pośrednictwem członka rodziny, przyjaciela lub współpracownika. RMD są największą przyczyną niepełnosprawności fizycznej w UE, odpowiadając za ponad 50 proc. lat przeżytych z niepełnosprawnością (YLD) w Europie. Stanowią one 38 proc. wszystkich chorób zawodowych i odpowiadają za ok. 60 proc. wszystkich problemów zdrowotnych w miejscu pracy. Stanowią one obciążenie ekonomiczne szacowane na 240 mld euro rocznie, a bezpośredni koszt chorób układu mięśniowo-szkieletowego w UE szacuje się na 2 proc. jej PKB. W ciągu ostatnich kilku dekad nastąpił ogromny postęp w leczeniu RMD. Rozwój leków przeciwzapalnych, immunomodulujących i immunosupresyjnych umożliwił europejskim systemom opieki zdrowotnej wprowadzenie opłacalnego, ambulatoryjnego, multidyscyplinarnego modelu leczenia, w wyniku czego mniej osób wymaga leczenia szpitalnego, a więcej osób może uczestniczyć w życiu społecznym. **EULAR wzywa do opracowania kompleksowych europejskich i krajowych strategii dotyczących RMD w oparciu o jakość opieki** (poprawa profilaktyki, wczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji), polityki społecznej (łagodzenie wpływu RMD na jakość życia związaną ze zdrowiem, edukację i zatrudnienie), uznanie RMD za główną przyczynę niepełnosprawności i podkreślenie potrzeby zapewnienia odpowiedniej opieki społecznej i usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz badania i innowacje (opracowanie lepszych strategii zapobiegania i leczenia RMD).

176 Ostor AJ, Sawant R, Qi CZ, Wu A, Nagy O, Betts KA. Value of Remission in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Targeted Review. *Adv Ther.* 2022 Jan;39(1):75–93. doi: 10.1007/s12325-021-01946-w. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34787822; PMCID: PMC8799574. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8799574/>

177 Europejski Manifest EULAR 2024 – 2029. EULAR 2024 – 2029 European Manifesto. <https://www.eular.org/eular-manifesto>

Pierwszym produktem dla polskiej prezydencji jest Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (KOWZS).¹⁷⁸ Jest to kompleksowa opieka zdrowotna nad pacjentami z wczesnym zapaleniem stawów, uwzględniająca interwencje diagnostyczno-terapeutyczne z zakresów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego w trybie jednego dnia i rehabilitacji leczniczej oraz konsultacje psychologa i dietetyka, które są niezbędne dla zapewnienia wysokiej jakości opieki wielospecjalistycznej i leczenia świadczeniobiorcy z wczesnym zapaleniem stawów. Celem programu pilotażowego KOWZS jest ocena organizacji, jakości i efektywności opieki oraz opracowanie krajowych wytycznych postępowania medycznego wraz ze standardami prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w zakresie opieki nad pacjentami z wczesnym zapaleniem stawów. Pilotaż ma promować opiekę nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów w warunkach ambulatoryjnych, czyli odwróconą piramidę świadczeń. Wsparciem dla lekarza w koordynacji opieki będzie asystent opieki. Dodatkowo zakładane jest utworzenie cyfrowej bazy danych, opartej na wystandaryzowanej dokumentacji medycznej. Umożliwi to porównywanie polskich danych z danymi wszystkich krajów Unii Europejskiej.

Drugim produktem jest zmiana stylu życia i rutynowe szczepienia ochronne w populacji pacjentów reumatologicznych. Wykazano, jeżeli chodzi o profilaktykę pierwotną, to w chorobach reumatycznych zmiany stylu życia, czyli rzucenie palenia, utrzymanie wagi ciała, aktywność fizyczna i odpowiednia dieta mogą zmniejszyć ryzyko rozwoju tych chorób o 30–40 proc.

Trzecim produktem dla polskiej prezydencji jest zwrócenie uwagi na epidemię osteoporozy. Mamy opracowany polski kalkulator, który po dołączenia badania USG może być wykorzystany jako badanie przesiewowe w kierunku wykrycia osteoporozy. Badanie jest powtarzalne i można wykonywać go w każdym gabinecie lekarskim.

prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak

kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

Polska może pochwalić się w Unii Europejskiej znakomicie działającym programem polityki zdrowotnej pt. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Dzięki realizacji programu diagnozuje się HIV i leczy ok. 20 tys. pacjentów, co przekłada się na poprawę jakości życia oraz jego przedłużenie u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Umożliwia to tym osobom jak najbardziej komfortowe życie w społeczeństwie oraz rodzinie.¹⁷⁹

Produktem, który należy jak najszybciej wprowadzić w życie w Polsce, jest Narodowy program zwalczania zakażeń hepatotropowych jako profilaktyki marskości i raka wątroby. Nie dysponujemy szczepionką przeciw HCV, ale mamy leki zapewniające blisko 100 proc. wyleczenie w ciągu 8-12 tygodni w ramach programu lekowego NFZ. Warunkiem skutecznego leczenia jest wykrycie zakażonych HCV (szacujemy, że jest ich ok. 130 tys.) i szybkie skierowanie do terapii. Aktualne działania w kierunku wykrywania HCV w Polsce opierają się na „akcyjności” i pilotażach, albo nieefektywnym programie MZ/NFZ opartym o „budżet powierzony” co nie rozwiązuje problemu. Następstwa takiego postępowania można zilustrować stale spadającą liczbą leczonych i niestety bardzo wolno obniżającą się liczbą zakażonych, którzy dalej rozprzestrzeniają zakażenie, obciążają budżet kosztami leczenia marskości i raka, ograniczają wpływy do budżetu z racji „wypadnięcia” z życia zawodowego. Wiele krajów, kierując się zaleceniami WHO redukcji zakażeń HCV do 2030 r., rozwiązało ten problem, tworząc narodowe programy zwalczania zakażeń

178 Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów. Projekt z dnia 27 czerwca 2024 r. RCL. Minister Zdrowia 15.07.2024 <https://legislacja.gov.pl/projekt/12387252/katalog/13070409#13070409>

179 Rządowy Program Polityki Zdrowotnej leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rzadowy-program-polityki-zdrowotnej-leczenie-antyretrowirusowe-osob-zyjacych-z-wirusem-hiv-w-polsce-na-lata-2022-2026>

HCV. Proponowanie przez nas kompleksowe działania niosłyby ze sobą stosunkowo niewielkie koszty przy olbrzymich korzyściach, takich jak zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem marskości i raka wątroby (w tym przeszczepień wątroby), zwiększenie dochodów państwa z racji wydłużenia aktywności zawodowej, spełnienie zalecanej przez WHO redukcji zakażeń HCV do roku 2030 oraz korzyść wizerunkowa możliwa do politycznego wykorzystania w stosunkowo krótkim czasie, w tym w czasie polskiej prezydencji.

prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz

konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii, kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalcanych Droga Szczepień w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH

Szczepienia w trakcie całego życia to jest hasło, które obrazuje strategię Światowej Organizacji Zdrowia w związku ze zmieniającą się sytuacją demograficzną, podróżowaniem oraz uchodźstwem. Te wszystkie czynniki z pewnością wpływają na to, że szczepienia są ważne nie tylko dla dzieci, nie tylko dla młodzieży, ale także dla dorosłych w trakcie ich całego życia. Długie życie zapewniają m.in. szczepienia na przestrzeni całego naszego życia, w tym przeciwko takim chorobom, jak grypa, pneumokokowe zapalenie płuc, wirusowe zapalenie wątroby typu B, tężec, półpasiec czy krztusiec. Szczepienia trzeba promować i zwracać uwagę, że są kluczowe w zapobieganiu chorobom, powikłaniom i zgonom. **Polecanym przeze mnie źródłem aktualnych, wiarygodnych i kompleksowych informacji o szczepieniach ochronnych jest portal [Szczepienia.info](https://szczepienia.pzh.gov.pl/)**, który powstał w październiku 2007 r. z inicjatywy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego we współpracy z Polskim Towarzystwem Wakcynologii. Powstanie portalu było związane z planem WHO utworzenia sieci portali informujących o bezpieczeństwie szczepień w różnych językach europejskich (Vaccine Safety Network). Portal posiada akredytację WHO i został dodany do listy stron internetowych polecanych jako informujące o szczepieniach w sposób rzetelny i wiarygodny. Portal jest również wymieniany jako wiarygodne źródło informacji na Europejskim Portalu Informacji o Szczepieniach, który powstał z inicjatywy Komisji Europejskiej, Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Europejskiej Agencji Leków.¹⁸⁰

Poszerzanie obecnego Programu szczepień ochronnych (PSO) o następne szczepienia i populacje nimi objęte. Program szczepień ochronnych (PSO) jest publikowany co roku. Program szczepień ochronnych obejmuje schematy szczepień u dzieci i dorosłych, w szczególności sposób narażonych na zakażenie. Określa terminy i odstępy pomiędzy szczepieniami, rodzaje szczepionek i sposoby ich podania. Obejmuje zarówno szczepienia obowiązkowe (bezpłatne), jak i zalecane (płatne). Musimy ten program rozszerzać o nowe szczepienia i nowe populacje. Kluczowe jest tutaj kwestia refundacji – bez refundowanych publicznie szczepień myślę, że sukces będzie na pewno trochę bardzo odległy albo go w ogóle nie będzie. W Polsce sytuacja wygląda dosyć zadowalająco z racji tego, że od połowy XX w., dokładnie od 1960 r., wprowadzone są tzw. obowiązkowe szczepienia ochronne w ramach kalendarza szczepień, czyli programu szczepień ochronnych, co pozwoliło na wyeliminowanie, wręcz zapomnienie o wielu chorobach. Obecnie cieszymy się z tego, że już od wielu lat nie mamy poliomyelitis, czyli choroby Heinego-Medina czy błonicy, nie mówiąc o tym pierwszym spektakularnym sukcesie, który dotyczy ospy prawdziwej – choroby zniwelowanej na całym świecie.

180 Portal Szczepienia.info. NIZP–PZH. Dostępne: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/>

prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta

kierownik Katedry Zdrowia Kobiety oraz Zakładu Zdrowia Reprodukcyjnego i Seksuologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Polska ma do przebycia długą drogę do dołączenia do poziomu Unii Europejskiej w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

Powinna powstać sieci poradni dedykowanych antykoncepcji i edukacji seksualnej, a antykoncepcja dla osób do 25. roku życia powinna być bezpłatna. Polska od wielu lat jest najgorszym krajem w Europie, jeśli chodzi o dostęp do antykoncepcji i edukacji seksualnej. W październiku 2024 r. powstała deklaracja Prawo do Antykoncepcji, która rozpoczęła społeczną rozmowę na temat antykoncepcji. Koalicja Prawo do Antykoncepcji powstała w celu podniesienia świadomości i refundacji nowoczesnych metod antykoncepcji. Koalicja łączy przedstawicieli środowisk lekarskich i organizacji pozarządowych, prowadząc działania edukacyjne. Z danych raportu pt. „Odkrywanie świadomości antykoncepcyjnej”, 38 proc. badanych Polek i Polaków przyznaje, że nie ma wystarczającej wiedzy na temat antykoncepcji, tylko 20 proc. zna inne jej metody niż prezerwatywy, a 23 proc. respondentów postrzega antykoncepcję jako temat tabu, co ponownie stanowi najwyższy wynik w Europie.¹⁸¹ W Polsce brakuje zarówno rozwiązań systemowych, jak i wiedzy. Młode osoby mają ogromny problem finansowy z dostępem do nowoczesnej antykoncepcji, dlatego powinna ona być refundowana publicznie, tak jak w wielu krajach Unii Europejskiej.

Na pewno dużym sukcesem była refundacja publiczna „Programu in vitro” od 1 czerwca 2024 r. Rządowy program in vitro zapewnia parom pełne leczenie niepłodności, wsparcie psychologiczne oraz do sześciu procedur wspomaganego rozrodu. Program obejmuje również osoby chore onkologicznie, umożliwiając mrożenie zarodków przed lub w trakcie leczenia. Program in vitro, onkopłodność i nieinwazyjne badania prenatalne dla wszystkich kobiet w ciąży są częścią projektu resortu zdrowia „Bezpieczna, świadoma ja”. W maju 2024 r. został powołany przez ministra zdrowia Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet.

Wiesława Rybicka-Bogusz

prezeska regionu Mazowsze Stowarzyszenia Kobiety w Centrum

Produktem, którym możemy się pochwalić, jest fakt, że Senat RP ogłosił 2025 rok Rokiem Edukacji i Profilaktyki Zdrowotnej. To pokazuje, że temat edukacji i profilaktyki zdrowotnej jest traktowany w Polsce priorytetowo.

Drugim produktem jest działalność Stowarzyszenia Kobiety w Centrum.¹⁸² Stowarzyszenie organizuje ponad 100 wydarzeń rocznie, prowadząc działalność profilaktyczną oraz edukację zdrowotną wśród kobiet mieszkających w małych miejscowościach i na terenach wiejskich. Cieszymy się, że bezpieczeństwo zdrowotne jest priorytetem polskiej prezydencji. Właśnie tego bezpieczeństwa zdrowotnego oczekują polskie kobiety. Na zdrowiu kobiet powinno nam najbardziej zależeć, bo zdrowie kobiet to zdrowie całej rodziny i zdrowie całego społeczeństwa. Kobiety pełnią wiele ról społecznych – matek, żon, opiekunek dzieci z niepełnosprawnością czy opiekunek osób starszych. To kobiety namawiają swoich mężów, mówiąc im: „Idź, zbadaj się”. Znakomitym na to przykładem jest kampania pt. „ProstaTaHistoria” realizowana wspólnie z Fundacją OnkoCafe. Jest to kampania edukacyjna, której celem jest zwiększenie świadomości na temat diagnostyki i leczenia raka prostaty oraz zapewnienie pacjentom możliwości konsultacji z onkologiem.¹⁸³

181 Odkrywanie świadomości antykoncepcyjnej. Kantar. Europejskie Forum Parlamentarne na Rzecz Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych (EPF). 2024 Dostępne: <https://www.pap.pl/mediaroom/badanie-kantar-38-proc-polakow-nie-ma-wystarczajacej-wiedzy-na-temat-antykoncepcji>

182 Stowarzyszenia Kobiety w Centrum. Dostępne: <https://kobietywcentrum.org.pl/>

183 Prostatahistoria. Dostępne: <https://prostatahistoria.biuroprasowe.pl/>

prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak

kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, prorektor ds. umiędzynarodowienia UM we Wrocławiu, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS), członkini Sekcji Women Dentist Worldwide Światowej Federacji Dentystycznej FDI

Pierwszym produktem, który warto przedstawić w trakcie polskiej prezydencji, jest kształcenie kadr medycznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej. W tym zakresie widzę rolę uniwersytetów medycznych. W czasie studiów bardzo dużo uczymy studentów na temat leczenia chorób, które już występują, a nie mówimy o tym, w jaki sposób moglibyśmy im zapobiegać. Zajęliśmy się w zdrowiu publicznym tematem otyłości. Jako uczelnie wyższe chcemy mieć większy wpływ na zaprezentowanie holistycznego spojrzenia na ten temat, żeby zapobiegać rozwojowi nadwagi i otyłości w Polsce. W tej chwili przygotowujemy konferencję pt. „Bądźmy zdrowi”, która ma się zająć sześcioma kluczowymi elementami zdrowia publicznego, takimi jak zdrowie, dieta, ruch, odpowiedzialność, wiedza oraz inspiracja. Ale żebyśmy mogli o tym mówić, to powinniśmy dokonać zmiany w standardach kształcenia w zawodach medycznych. Powinniśmy wprowadzić dietetykę w poszczególnych specjalnościach lekarskich. W zdrowiu publicznym mówimy o zawo-dzie profilaktyka ds. zdrowia. Powinniśmy kształcić edukatorów, którzy będą wiedzieli, jak uczyć dzieci i młodzież w ramach przedmiotu edukacja zdrowotna w szkołach.

Drugim produktem, który warto przedstawić w trakcie polskiej prezydencji, jest profilaktyka zdrowia jamy ustnej. Jako Prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz wieloletni pracownik Światowej Federacji Dentystycznej chciałabym przypomnieć o znaczeniu profilaktyki zdrowia jamy ustnej. WHO stwierdziło, że jama ustna jest zwierciadłem ciała. To, co się dzieje w ciele, widzimy w ustach. Jeżeli mówimy o profilaktyce, to spójrzmy na zdrowie jamy ustnej. Gdy widzimy próchnicę, to nie dlatego, że dziecko nie myje zębów, ale że stosuje nieprawidłową dietę cukrową i tłuszczową.

Kamila Kadzidłowska

współzałożycielka i wiceprezeska zarządu Fundacji Rodzice dla Klimatu

Organizacja Rodzice dla Klimatu jest różnorodną grupą rodziców, którzy promują międzypokoleniowy aktywizm na rzecz budowania sprawiedliwości klimatycznej. Jesteśmy świadomi **trzech największych wyzwań, przed którymi stoi ludzkość w tej dekadzie, tj. kryzys klimatyczny, zanieczyszczenie powietrza i utrata bioróżnorodności**, łączymy nasze siły, aby dokonać pilnych zmian politycznych i społecznych, niezbędnych do zapewnienia wszystkim dzieciom życia na planecie nadającej się do zamieszkania. Współpracujemy z wieloma ruchami, organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz klimatu – zarówno na płaszczyźnie lokalnej, krajowej, jak i globalnej. Solidaryzujemy się z rodzinami z krajów najbardziej dotkniętych skutkami globalnego kryzysu klimatycznego. Wspólną motywacją do działania jest **troska o zdrowie, przyszłość i bezpieczeństwo pokolenia naszych dzieci i wnuków**. Nasza inicjatywa ma charakter oddolny, zdecentralizowany i niezależny.¹⁸⁴

Mnogość współczesnych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce jest wynikiem skumulowanego wpływu czynników środowiskowych oraz niezdrowego trybu życia. Do kluczowych czynników środowiskowych należy zanieczyszczenie powietrza (wysokie stężenia PM2.5 i PM10, tlenki azotu), nadmierne wykorzystanie pestycydów, nawozów sztucznych oraz obecność antybiotyków i substancji toksycznych w żywności oraz wodzie. W obszarze stylu życia głównymi wyzwaniami są: nadmierne spożycie wysoko przetworzonej żywności, prowadzące do chorób dietozależnych, takich jak otyłość, cukrzyca typu 2. i choroby sercowo-naczyniowe; brak aktywności fizycznej, skutkujący wadami postawy, osłabieniem układu odpornościowego i problemami rozwojowymi; nadmierna ekspozycja na urządzenia cyfrowe, skutkująca uzależnieniem cyfrowym, pogorszeniem zdrowia psychicznego (lęki, depresje) oraz deficytem snu, a także

184 Rodzice dla Klimatu Dostępne: <https://www.rodzicedlaklimatu.org/>

dezinformacja zdrowotna, która ogranicza świadomość rodziców i dzieci w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Dodatkowym obciążeniem są zmiany klimatyczne, prowadzące do fal upałów, degradacji jakości wód i ekosystemów oraz wzrostu chorób wektorowych. W efekcie rośnie skala występowania chorób cywilizacyjnych wśród dzieci i młodzieży, w tym astmy, alergii i przewlekłych chorób układu oddechowego, problemów neurologicznych, chorób metabolicznych (otyłość, cukrzyca), zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęki i problemy behawioralne. Skala tych problemów wymaga pilnych i skoordynowanych działań, które uwzględnią zarówno eliminację czynników środowiskowych, jak i promocję zdrowego stylu życia. W zakresie prezydencji Polski w Radzie UE proponujemy następujące priorytety działań:

Zainicjowanie europejskiej koalicji na rzecz zdrowia dzieci EU4KidsHealth Proponujemy wprowadzenie unijnej zasady „Zdrowie dzieci przede wszystkim/EU4KidsHealth”, na wzór zasady „zanieczyszczający płaci”. Zasada ta obligowałaby legislatorów unijnych do każdorazowej analizy wprowadzanych regulacji pod kątem ich wpływu na zdrowie i rozwój dzieci oraz młodzieży;

Wsparcie unijnych programów i aktów legislacyjnych wpisujących się w realizację priorytetu dotyczącego profilaktyki oraz ochrony zdrowia dzieci i młodzieży ze szczególnym zaangażowaniem w prace nad:

Transpozycją Dyrektywy o jakości powietrza (AAQD) – działania powinny uwzględniać ochronę dzieci, które są najbardziej narażone na negatywne skutki zanieczyszczenia powietrza. Redukcja emisji tlenków azotu (NO_x) i cząstek stałych (PM) przyczyni się do zmniejszenia ryzyka infekcji, astmy, chorób sercowo-naczyniowych, nowotworowych, neurodegeneracyjnych, a także zaburzeń rozwojowych i behawioralnych.

Strategią Od pola do widelca (Farm to Fork Strategy), która powinna koncentrować się na: Redukcji stosowania antybiotyków w hodowli zwierząt oraz ograniczeniu użycia nawozów i pestycydów, eliminacji szkodliwych substancji zawartych w materiałach przeznaczonych do kontaktu z żywnością, rozwoju etykietowania żywności, aby konsumenci mieli dostęp do informacji o wpływie produktów na zdrowie i środowisko.

- a. **Rozporządzeniem w sprawie przeciwdziałania greenwashingowi (Green Claims Directive)** – konieczne jest wprowadzenie transparentnych i weryfikowalnych standardów deklaracji ekologicznych, które będą chronić konsumentów przed dezinformacją i fałszywymi twierdzeniami, mającymi wpływ na zdrowie i wybory żywieniowe.
- b. **Europejską strategią adaptacji do zmian klimatu** – działania powinny uwzględniać: rozwój i implementację rozporządzeń w sprawie redukcji emisji gazów cieplarnianych, tworzenie zielonych stref w miastach i wokół placówek edukacyjnych jako elementów ochronnych przed ekstremalnymi zjawiskami pogodowymi, wsparcie programów edukacyjnych i kampanii na temat zdrowotnych konsekwencji zmian klimatycznych oraz działań adaptacyjnych.
- c. **Dyrektywą o opakowaniach i odpadach opakowaniowych.**
- d. **Strategią na rzecz ochrony dzieci przed uzależnieniem cyfrowym** oraz stworzeniem regulacji ograniczających nadmierne korzystanie z urządzeń elektronicznych przez dzieci oraz młodzież.

Przegląd programów profilaktycznych z krajów UE

Warto opracować i wdrożyć najlepsze praktyki z krajów europejskich w obszarach zdrowia dzieci i młodzieży, które skutecznie odpowiadają na współczesne problemy zdrowotne, wynikające zarówno z czynników środowiskowych, jak i niezdrowego trybu życia. Poniżej przedstawiamy przykłady programów, które zasługują na szczególną uwagę:

- **Dania – Green Schoolyards i zielone strefy wokół szkół** – program polega na przekształcaniu przestrzeni wokół placówek edukacyjnych w **zielone tereny**, które pełnią funkcje buforów ochronnych przed zanieczyszczeniem powietrza, hałasem oraz skutkami zmian klimatycznych (np. fale upałów). Promuje on aktywność fizyczną i regularny kontakt dzieci z naturą, co ma istotny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne oraz poprawę koncentracji i wyników edukacyjnych.
- **Finlandia – Healthy Kids of Finland** – jest to program edukacyjny, który integruje tematy zdrowego żywienia, aktywności fizycznej oraz higieny cyfrowej w ramach **obowiązkowego**

programu szkolnego. W szkołach wdrażane są codzienne zajęcia ruchowe oraz programy edukacyjne uczące dzieci świadomego korzystania z urządzeń elektronicznych, aby przeciwdziałać uzależnieniom cyfrowym.

- **Francja – 50 proc. ekologicznej żywności w stołówkach** – Francja wdrożyła regulację nakładającą obowiązek zapewnienia, aby **co najmniej 50 proc. żywności** w szkolnych stołówkach pochodziło z lokalnych, ekologicznych lub zrównoważonych źródeł. Program promuje zdrowe nawyki żywieniowe, ogranicza stosowanie pestycydów w produkcji żywności i wspiera lokalne rolnictwo ekologiczne. Efektem jest zmniejszenie otyłości oraz chorób dietozależnych wśród dzieci.
- **Szwecja – Bättre luft i skolan (Lepsze powietrze w szkołach)** – program ma na celu poprawę **jakości powietrza** w szkołach oraz wokół placówek oświatowych. W ramach programu wdrażane są nowoczesne systemy wentylacji oraz rozwiązania urbanistyczne, takie jak strefy wolne od ruchu samochodowego. Poprawa jakości powietrza znacząco zmniejsza występowanie astmy, alergii i infekcji dróg oddechowych u dzieci.
- **Niemcy – Be smart – don’t start (Program antynikotynowy)** – program edukacyjny realizowany jest w szkołach przy wsparciu nauczycieli i specjalistów zdrowia publicznego, skierowany do młodzieży ma na celu przeciwdziałanie **uzależnieniom, w tym paleniu tytoniu i e-papierosów**, promuje zdrowy styl życia oraz oferuje narzędzia psychologiczne wspierające młodzież w podejmowaniu świadomych decyzji.
- **Holandia – JOGG (Gezonde Jeugd, Gezonde Toekomst – Zdrowa młodzież, zdrowa przyszłość)** – program koncentruje się na walce z otyłością wśród dzieci i młodzieży poprzez zintegrowane działania obejmujące promocję zdrowego żywienia, zachęcanie do codziennej aktywności fizycznej oraz edukację zdrowotną skierowaną zarówno do dzieci, jak i rodziców.
- **Hiszpania – Programa de Alimentación Saludable (Program Zdrowego Żywienia)** – program wdrażany w szkołach, który ma na celu ograniczenie spożycia cukru, soli i tłuszczów nasyconych w diecie dzieci oraz wprowadzenie regularnych badań kontrolnych pod kątem profilaktyki otyłości i innych chorób metabolicznych.
- **Francja i Niemcy – strefy szkolne wolne od samochodów** – promowanie aktywnego transportu, takiego jak piesze dojścia oraz dojazdy rowerem, poprzez budowę odpowiedniej infrastruktury: chodników, ścieżek rowerowych i stojaków na rowery przy równoczesnym ograniczaniu ruchu samochodowego w okolicach placówek edukacyjnych, co znacząco obniża poziomy szkodliwych dla zdrowia emisje zanieczyszczeń i hałasu, sprzyjając także profilaktyce otyłości i zaburzeń depresyjnych.

Adaptację programu Green Prescriptions (Zielone recepty) realizowanego w Wielkiej Brytanii w ramach publicznej opieki zdrowotnej. Program ten promuje ideę tzw. zielonych recept, czyli zaleceń lekarskich dot. aktywności na świeżym powietrzu jako metody wspomaganie leczenia problemów psychicznych (stres, depresja) oraz poprawy zdrowia fizycznego.

Strategiczne partnerstwo z Królestwem Danii, które od lat z powodzeniem realizuje programy profilaktyki zdrowia publicznego, szczególnie ukierunkowane na dzieci, będąc liderem w dziedzinie zrównoważonego rozwoju oraz wdrażania polityk na rzecz redukcji emisji szkodliwych zarówno dla zdrowia jak i dla klimatu.

Kontynuację działań zapoczątkowanych w trakcie pierwszej polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2011 r. przez zespół prof. B Samolińskiego, dotyczących profilaktyki chorób neurodegeneracyjnych i układu oddechowego dzieci z uwzględnieniem klimatycznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia.

Pragniemy również podkreślić, że mamy **znakomite polskie inicjatywy i programy** o tzw. potencjale eksportowym w kontekście promocji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej od stycznia do czerwca 2025 r.

1. Wprowadzenie przedmiotu edukacja zdrowotna do podstawy programowej szkół podstawowych. Przedmiot ten powinien obejmować kluczowe zagadnienia dotyczące wpływu jakości powietrza, żywności oraz środowiska na zdrowie i rozwój dzieci. Szczególny nacisk należy

- położyć na przeciwdziałanie dezinformacji zdrowotnej oraz na budowanie świadomości społecznej w zakresie ochrony środowiska i klimatu. Działania te powinny wspierać odpolitycznienie tematu zmian klimatycznych, traktując go jako problem jakości środowiska naturalnego, które bezpośrednio wpływa na zdrowie publiczne i bezpieczeństwo UE.
2. **Stanowisko Rady ds. Zdrowia Publicznego w sprawie międzyresortowych działań na rzecz zdrowia publicznego w kontekście ograniczenia wpływu zanieczyszczenia powietrza i zmian klimatycznych na zdrowie.** Dokument podpisany przez ministra Wojciecha Koniecznego we wrześniu 2024 r. stanowi solidną podstawę dla działań koordynujących polityki zdrowotne i środowiskowe.
 3. **Program badawczy „NeuroSmog”** realizowany przez konsorcjum Uniwersytetu Jagiellońskiego przy współpracy z IOŚ-PIB to innowacyjny program naukowy, który bada wpływ zanieczyszczenia powietrza (w szczególności pyłów PM2.5 i PM10) na rozwój mózgu dzieci, w tym zdolności poznawcze i występowanie zaburzeń neurologicznych. Wyniki badań mogą stanowić ważny argument na rzecz polityk zdrowotnych i środowiskowych na poziomie europejskim.
 4. **Kampania społeczna „Lepiej zapobiegać niż leczyć”** jako przykład ogólnokrajowej kampanii edukacyjnej realizowanej przy współpracy ekspertów sektora zdrowia, organizacji pozarządowych tj. Rodzice dla Klimatu i Heal Polska z perspektywą na współpracę z władzami samorządowymi. Kampania ma na celu edukowanie rodziców o wpływie czynników środowiskowych na zdrowie dzieci.
 5. **Poradnik „Szkoły dla zdrowia i klimatu” opracowany przez Rodziców dla Klimatu** w okresie przedwyborczym, który zawiera praktyczne rozwiązania dla placówek edukacyjnych, mające na celu poprawę jakości powietrza oraz przestrzeni wokół szkół. Kluczowe elementy poradnika obejmują m.in. tworzenie zielonych buforów ochronnych wokół placówek edukacyjnych, promowanie zdrowego żywienia w szkolnych stołówkach, tworzenie błękitno-zielonej bezpiecznej dla dzieci infrastruktury sprzyjającej aktywności fizycznej na świeżym powietrzu oraz wdrażanie działań edukacyjnych w zakresie ochrony klimatu i zdrowia.

Dziękujemy za możliwość wniesienia wkładu w dyskusję dotyczącą profilaktyki i zdrowia publicznego, szczególnie dzieci i młodzieży, w kontekście priorytetowych działań Ministerstwa Zdrowia oraz nadchodzącej prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej. **Wspólne działania na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży, poprzez eliminację czynników środowiskowych i promowanie zdrowego stylu życia, to inwestycja, która zwróci się wielokrotnie w postaci zdrowszego społeczeństwa, niższych kosztów leczenia oraz zwiększonej odporności na wyzwania przyszłości.**

Irena Rej

prezes zarządu Izby Gospodarczej Farmacja Polska

Dawno temu w Ministerstwie Zdrowia na ulicy Miodowej, przy głównym wejściu po prawej stronie, wisiała tablica, którą powiesił pan minister Jacek Żochowski. Na tej tablicy było napisane złotymi zgłoskami „Polityce wstęp wzbroniony”. W obecnej rzeczywistości nie ma optymalizacji i rozwoju systemu ochrony zdrowia bez udziału i zrozumienia polityków.

Pierwszym produktem dla polskiej prezydencji powinna być profilaktyka zdrowotna. To jest nieodzowny element naszego życia. Najpierw powinniśmy zapobiegać, bo potem trzeba się leczyć.

Drugim produktem jest cyfryzacja systemu ochrony zdrowia, w tym e-skierowanie, e-receptę, Internetowe Konto Pacjenta (IKP) i ZSMOPL. W Polsce posiadamy fantastyczny produkt eksportowy, łączący cyfryzację z bezpieczeństwem lekowym, czyli Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi jest systemem teleinformatycznym, którego zadaniem jest przetwarzanie komunikatów przesyłanych przez podmioty raportujące związane z obrotem produktami leczniczymi. System ZSMOPL ma za zadanie wspomóc organy administracji publicznej, takie jak: Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, Główny

Inspektorat Farmaceutyczny, Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne oraz Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w analizie wielkości obrotu produktami leczniczymi wraz ze strukturą tego obrotu. Obowiązek przekazywania danych do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi wszedł w życie od 1 kwietnia 2019 r. Gromadzenie danych w ZSMOPL opiera się o komunikaty przekazywane przez podmioty prowadzące obrót produktami podlegającymi raportowaniu takie jak apteki, działy farmacji szpitalnej, przedsiębiorcy prowadzący działalność polegającą na prowadzeniu hurtowni farmaceutycznej oraz podmioty odpowiedzialne. Podmiotem raportującym jest zatem podmiot gospodarczy, ale w przypadku aptek i hurtowni raportowanie odbywa się z poziomu konkretnego miejsca prowadzenia działalności (MPD).¹⁸⁵

Trzecim produktem jest bezpieczeństwo lekowe Polski i Unii Europejskiej. Bezpieczeństwo to przede wszystkim dostępność leków i wyrobów medycznych dla pacjentów. To również monitorowanie jakości leków i efektywny system zgłaszania działań niepożądanych leków, przeciwdziałanie fałszowaniu produktów leczniczych oraz racjonalizacja i optymalizacja farmakoterapii. To również przygotowanie na sytuacje kryzysowe poprzez tworzenie rezerw i systemów dystrybucji podczas kryzysów o różnym charakterze, integracja działań na poziomie Unii Europejskiej. Na docenienie zasługuje opublikowanie przez ministra zdrowia Krajowej Listy Leków Krytycznych, która obejmuje 301 substancji czynnych.¹⁸⁶ Planowane są aktualizacje przedmiotowej listy, które będą odpowiedzią na zmieniającą się sytuację rynku farmaceutycznego. Bardzo ważne jest wypracowanie zachęt oraz zapewnienie wsparcia dla przemysłu, które realnie przełożyłyby się na podjęcie decyzji o rozpoczęciu produkcji lub utrzymaniu produkcji leków krytycznych w Polsce i w Unii Europejskiej. Nawet 80 proc. substancji czynnych (API) wykorzystywanych w Europie oraz ok. 40 proc. leków gotowych pochodzi z Chin lub Indii. Dalsza zależność produkcyjna stanowi zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa europejskich pacjentów. Unia Europejska, w tym Polska, muszą odbudować swoje zdolności produkcyjne i zapewnić bezpieczny dostęp do leków. Bezpieczeństwo lekowe państwa to problem i wyzwanie dla rządu, a nie problem przemysłu farmaceutycznego. Oczywiście jako producenci i dystrybutorzy leków zawsze jesteśmy otwarci na dialog i wsparcie działań rządu, co pokazała pandemia Covid-19 i brak problemów z dostępem pacjentów do leków i wyrobów medycznych w tym okresie.

Lech Piławski

**członek Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, doradca prezydenta
Konfederacji Lewiatan**

Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) jest organem doradczym UE, reprezentującym organizacje pracowników i pracodawców oraz inne grupy interesu. EKES wydaje opinie na temat spraw UE skierowane do Komisji Europejskiej, Rady UE i Parlamentu Europejskiego. Jest swego rodzaju łącznikiem między podejmującymi decyzje instytucjami europejskimi a obywatelami UE.¹⁸⁷ Konfederacja Lewiatan jest wpływową polską organizacją biznesową. Skupia ponad 4100 firm zatrudniających ponad 1 mln pracowników. Dzięki działaniom Konfederacji firmy wpływają na kształt prawa, prowadzą dialog z administracją i otrzymują narzędzia do rozwoju swojego biznesu. Lewiatan reprezentuje pracodawców w Polsce i Unii Europejskiej. Posiada stałe przedstawicielstwo w Brukseli i jako jedyna organizacja z Polski należy do Business Europe – największej europejskiej organizacji biznesu. Jest członkiem międzynarodowej organizacji Business at OECD.¹⁸⁸

185 Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). Dostępne: <https://zsmopl.ezdrowie.gov.pl/>

186 Krajowa Lista Leków Krytycznych. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowa-lista-lekow-krytycznych>

187 Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES). Dostępne: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/search-all-eu-institutions-and-bodies/european-economic-and-social-committee-eesc_pl

188 Konfederacja Lewiatan. Dostępne: <https://lewiatan.org/lewiatan-kim-jestesmy/>

Produktem dla polskiej prezydencji w aspekcie profilaktyki i zdrowia publicznego będzie bezpieczeństwo lekowe, w tym dostępność leków krytycznych. Bezpieczeństwo lekowe od dłuższego czasu jest przedmiotem prac Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego. Także poprzednie prezydencje zwracały na to uwagę, a Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) zaproponował Critical Medicines Act.¹⁸⁹ Była to opinia z inicjatywy własnej, ja byłem sprawozdawcą, a eksperci branży farmaceutycznej doradcami. Od tego się to zaczęło, a później tematem prac była lista leków krytycznych. Mamy do niej spore zastrzeżenia, ale to oznacza, że polska prezydencja musi dalej nad tym pracować. O tyle to jest ważne, że prezydencja może uzyskać znakomity wkład, bowiem sojusz Critical Medicines Alliance, którego jestem członkiem, przygotowuje publikację raportu strategicznego na temat bezpieczeństwa lekowego w kwietniu 2025 r. Sojusz Critical Medicines Alliance, utworzony w styczniu 2024 r., jest mechanizmem konsultacyjnym skupiającym odpowiednich interesariuszy z państw członkowskich UE, kluczowych branż, społeczeństwa obywatelskiego i społeczności naukowej. Celem sojuszu jest identyfikacja kluczowych obszarów i priorytetów działań, proponowanie rozwiązań mających na celu wzmocnienie podaży krytycznych leków w UE, a ostatecznie zwiększenie wysiłków na rzecz skutecznego zapobiegania niedoborom leków i ich rozwiązywania.¹⁹⁰

Drugim produktem jest Europejska Przestrzeń Danych Medycznych (European Health Data Space).¹⁹¹ Przy okazji opinii na temat chorób rzadkich EKES wzmocnił ten problem i wskazał, dlaczego on jest taki trudny. Brakuje wspólnej platformy danych oraz nie mamy zdefiniowane, jak te dane mają wyglądać. Dochodzi do tego ochrona danych pacjenta. I to wszystko razem jest skomplikowane. Niemniej uważam, że ten postulat został już bardzo mocno nagłośniony. Polska w ramach swojej prezydencji powinna doprowadzić do tego, żeby powstała regulacja, która umożliwi powołanie takiej platformy. Namawiam polską prezydencję, żeby te wyzwania podjęła.

Aleksandra Sienkiewicz

dyrektor Forum Zdrowia, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców (ZPP)

Związek Przedsiębiorców i Pracodawców (ZPP) jest jedną z największych organizacji biznesowych w Polsce, zrzeszająca ponad 21 tys. firm, które zatrudniają ok. 1 mln. pracowników.¹⁹² Z perspektywy organizacji reprezentującej pracodawców, profilaktyka zdrowotna to gwarancja zdrowia i produktywności pracowników. Poprzez profilaktykę oraz prewencję pierwotną i wtórną możemy być aktywni zawodowo i normalnie funkcjonować.

Pierwszym produktem dla polskiej prezydencji jest edukacja zdrowotna od najmłodszych lat. Coraz częściej słyszymy o tym, że pacjenci są coraz młodsi, dzieci chorują na otyłość, a młodzież ma zaburzenia psychiczne. Jako przedsiębiorcy i pracodawcy nie będziemy mieć pracowników, bo oni będą po prostu chorzy i będą na rencie. Więc wracamy do edukacji zdrowotnej. Żyjemy w XXI w., a medycyna jest na bardzo wysokim poziomie. Edukacja może być realizowana w szkołach, miejscach pracy, a także cyfrowo – poprzez telefony i komputery. Liczę, że edukacja zdrowotna w szkołach, która się zacznie od 1 września 2025 r., to będzie coś, czym będziemy mogli się pochwalić w skali europejskiej. Mam nadzieję, że w perspektywie przyszłości przyniesie ona zadowalające efekty wśród młodzieży, która będzie uczyła, jak żyć, żeby być jak najdłużej zdrowym i aktywnym dorosłym.

Drugim produktem jest adherencja, czyli współodpowiedzialność za swoje zdrowie. To współodpowiedzialność za zdrowe odżywianie, za aktywność fizyczną oraz za przyjmowanie leków i stosowanie się do zaleceń lekarzy. Nie może być tak, że przychodzi pacjent, dostaje diagnozę,

189 A Critical Medicines Act to secure Europe's pharmaceutical independence. EECS Dostępne: <https://www.eesc.europa.eu/en/news-media/news/critical-medicines-act-secure-europes-pharmaceutical-independence>

190 Critical Medicines Alliance. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera/overview/critical-medicines-alliance_en

191 European Health Data Space. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_pl

192 Związek Przedsiębiorców i Pracodawców. Dostępne: <https://zpp.net.pl/>

bardziej w to wierzy lekarz niż sam pacjent. Pacjent nic z tym nie robi i nie ma efektów leczenia, więc to musi wszystko ze sobą współgrać.

prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim

Patrząc na trzy priorytety polskiej prezydencji w zakresie zdrowia – profilaktyka, cyfryzacja i psychiatria dzieci i młodzieży – to wszystkie dotyczą pacjentów pediatrycznych.

W polskiej pediatrii możemy pochwalić się populacyjnymi badaniami przesiewowymi. To przede wszystkim Program Badan Przesiewowych Noworodków, który obejmuje 30 chorób rzadkich, takich jak m.in. rdzeniowy zanik mięśni, fenylketonuria, niedoczynność tarczycy, mukowiscydoza, wrodzony przerost nadnerczy czy deficyt biotynidazy. Dzięki tym badaniom stawiamy diagnozę i możemy wprowadzić dietę, leczenie oraz odpowiednią opiekę. To pomiar nasycenia krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru u każdego noworodka w pierwszej lub drugiej dobie życia, którego celem jest wczesne wykrycie wad wrodzonych serca. To badanie przesiewowe słuchu w oddziale noworodkowym, prowadzone od 2003 r. Od 1 stycznia 2025 r. wprowadzamy przesiew w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej u wszystkich sześciolatków.

Drugim produktem jest obowiązkowy i zalecany program szczepień ochronnych. Dzięki obowiązkowym i zalecanym szczepieniom refundowanym publicznie Polska ma jeden z najwyższych poziomów wyszczepienia populacji pediatrycznej. Wprowadzenie 30 lat temu szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV) spowodowało, że nie mamy problemu z HBV. Od 1 września 2024 r. szczepienia w ramach powszechnego programu szczepień przeciw HPV dostępne są dla osób po ukończeniu 9. roku życia do ukończenia 14. roku życia, także w szkołach. Na pewno szczepienia dla kobiet w ciąży przeciwko krztuścowi, bezpłatne od 15 października 2024 r., są też dużym przełomem. W przypadku szczepień ochronnych profilaktyka i cyfryzacja muszą się uzupełniać. Dzieci w Polsce są szczepione nie tylko w systemie publicznym, ale również w systemie prywatnym. Skoro mamy „e-kartę szczepień zalecanych”, wystarczyłoby wprowadzić „e-kartę szczepień obowiązkowych”, aby mieć pełny monitoring wyszczepialności wszystkich dzieci w Polsce.

Trzecim produktem jest edukacja zdrowotna w szkołach od 1 września 2025 r. Bardzo się cieszę, że od 1 września 2025 r. będzie edukacja zdrowotna w szkole, bez dobrej edukacji od najmłodszych lat nie poprawimy dobrostanu Polaków. Obawiam się jednak, w jakim kierunku pójdzie edukacja zdrowotna dzieci. Niestety pediatrzy nie zostali zaproszeni do grona, które pracuje nad jego programem. Jako prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego nie wiem, jak on ma wyglądać. To będzie bardzo trudny przedmiot. Trzeba będzie dobrać przede wszystkim nauczycieli z autorytetem wśród uczniów, a wiedzę przekazywać w formie dostosowanej do potrzeb dzieci i młodzieży.

dr hab. n. med. Edyta Sutkowska

Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, Uniwersyteckie Centrum Fizjoterapii i Rehabilitacji, Zakład Fizjoterapii Klinicznej i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

W kontekście polskiej prezydencji warto promować ogólnopolski program edukacyjny Trzymaj Formę! Program współorganizowany jest przez Główny Inspektorat Sanitarny, Polską Federację Producentów Żywności Związek Pracodawców oraz Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych w ramach realizacji strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia. Celem Programu Trzymaj Formę! jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór

jednostki. Każda szkoła, która zadeklaruje udział w Programie i zgłosi uczniów, otrzyma bezpłatny pakiet materiałów edukacyjnych. W ramach Programu szkoła może organizować zajęcia pozalekcyjne ogólnie rozwijające uczniów: wykraczające poza podstawę programową i programy nauczania. Zajęcia mają rozwijać zainteresowania uczniów, w szczególności te dotyczące zasad prawidłowego odżywiania i potrzeby codziennej aktywności fizycznej. Projekty realizowane przez zainteresowane szkoły powinny służyć promocji aktywności fizycznej oraz prawidłowego, czyli zróżnicowanego i zbilansowanego sposobu odżywiania się młodzieży.¹⁹³

Drugim produktem jest podatek cukrowy. Jako diabetolog widzę narastający problem nadwagi, otyłości i cukrzycy typu 2. i otyłości. Dzięki corocznym wpływom do budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia środków finansowych z podatku cukrowego możemy budować świadomość zdrowotną Polaków. Bez tej świadomości pacjent nie będzie szukał w internecie informacji o dietach czy zdrowym stylu życia. Świadomość zdrowotną buduje się powoli, a najlepiej ją budować od najmłodszych lat w domu rodzinnym, przedszkolu i szkole. Wiele osób czerpie te informacje z mediów, z telewizji, z radia i z gazet. I tutaj wpadamy w pewien kłopot, dlatego że reklamy, które są w telewizji, powodują, że sięgamy po niezdrową żywność czy alkohol. W badaniu na temat aktywności fizycznej, przeprowadzonym przez mój ośrodek w grupie osób pracujących i seniorów, w obu grupach osoby zadeklarowały jako przeszkodę w podejmowaniu aktywności fizycznej brak czasu.

prof. dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz

prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, przewodnicząca Krajowej Rady ds. Neurologii, kierownik I Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Choroby neurologiczne, w tym szczególnie choroby mózgu, w większości krajów wysoko rozwiniętych stały się priorytetem zdrowotnym. Światowa Organizacja Zdrowia, organizacje zrzeszające neurologów w Europie i Ameryce, a także rządy wielu państw podkreślają znaczenie chorób mózgu i wprowadzają plany działania na rzecz zdrowia mózgu. Wiele chorób neurologicznych wykazuje związek z wiekiem jako głównym, niemodyfikowalnym czynnikiem ryzyka, co – biorąc pod uwagę dane demograficzne – jednoznacznie wskazuje, że w najbliższych latach liczba chorych na nie osób wzrośnie, o ile nie zostaną wprowadzone skuteczne programy profilaktyczne. Przed nami stoi ważne zadanie edukowania społeczeństwa na temat chorób układu nerwowego oraz metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej, co może przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania wielu schorzeń neurologicznych oraz ograniczenia ich skutków osobistych, społecznych i ekonomicznych. Polska może pochwalić się produktami w zakresie profilaktyki z perspektywy neurologii.

Pierwszym produktem jest Program Badań Przesiewowych Noworodków w zakresie rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) realizowany na terenie całego kraju. W ciągu trzech lat od uruchomienia badań przesiewowych w kierunku SMA potwierdzono rdzeniowy zanik mięśni u 100 pacjentów, z czego u ok. 70 proc. zostało wdrożone leczenie z wykorzystaniem leków, które dostępne są w ramach programu lekowego, w tym terapii genowej podawanej dzięki diagnozie z przesiewu.

Drugim produktem jest Krajowy program przeciwdziałania chorobom otępiennym. Mamy nadzieję, że program zostanie przyjęty i opublikowany w pierwszym kwartale 2025 r., czyli w trakcie polskiej prezydencji. Program będzie konsolidował działania w tym obszarze, ponieważ będą one musiały dotyczyć nie tylko ochrony zdrowia, ale także innych resortów. Planowane jest też przygotowanie informacji dla służb: straży pożarnej, policji czy straży miejskich. Służby stykają się z nieracjonalnym zachowaniem takich osób, czy np. z problemem ich zaginięć, dlatego potrzebują wiedzy o tym, jakie działania powinny podejmować. Kluczowymi elementami programu będą edukacja, wczesna diagnostyka, terapia, wsparcie opiekunów oraz opieka długoterminowa

193 Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”. Dostępne: <https://www.trzymajforme.pl/rusza-xvi-edycja-ogolnopolskiego-programu-edukacyjnego-trzymaj-forme-101>

Muszą temu towarzyszyć działania adresowane do opiekunów pacjentów, których należy przygotować do czekających ich zadań. Program obejmuje również badania naukowe i innowacje. Projekt programu skupia się również na działaniach informacyjnych, podnoszących świadomość całego społeczeństwa w kwestii chorób otypeinnych.

prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem

kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

W zakresie profilaktyki nowotworowej niestety nie mamy się czym pochwalić. **Co trzeci nowotwór ma swoją przyczynę w paleniu tytoniu.** Polska, w 1995 r. wprowadzając ustawę antytytoniową, była wzorem dla całej Europy. Myśmy nie byli jeszcze w Unii Europejskiej, ale byliśmy bardzo chwaleni za te rozwiązania, które ta ustawa przyniosła. Drugim krokiem był 2010 r., kiedy wprowadziliśmy zakaz palenia w miejscach publicznych. Jeśli chodzi o inne działania w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów niestety też nie możemy się pochwalić. Polacy nieodpowiednio się odżywiają, są mało aktywni fizycznie, a zanieczyszczenie powietrza jest zupełnie dramatyczne. Myślę, że jeżeli chcemy coś pokazać w trakcie polskiej prezydencji, to musimy zrobić jakiś jeden duży, spektakularny krok.

Produkt dla polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej to zaproponowanie i rozpagowanie idei pokolenia wolnego od tytoniu, czyli Tobacco Free Generation. Przypomnę, że Europejski Plan Walki z Rakiem stawia sobie za cel stworzenie do 2040 r. pokolenia wolnego od tytoniu, w którym mniej niż 5 proc. populacji będzie używać tytoniu.¹⁹⁴ Zróbmy to, czego, o ile wiem, nie zrobił jeszcze żaden kraj członkowski, a zrobiła Wielka Brytania. W Wielkiej Brytanii, o ile pamiętam, wszystkie osoby urodzone po 2009 r. nie będą miały prawa do kupowania tytoniu. Jeżeli byśmy zaproponowali to Unii Europejskiej, to byłby to skromny, ale spektakularny wkład Polski w zakresie profilaktyki nowotworowej.

Przypomnę również, że Europejski kodeks walki z rakiem jest gotową instrukcją podpowiadającą, w jaki sposób zachować zdrowie oraz poprawić jego stan. Pokazuje, jak przez proste, codzienne działania obniżyć ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe. **Europejski kodeks walki z rakiem składa się z 12 zaleceń dotyczących prewencji nowotworów: pierwotnej – czyli ograniczania działania czynników ryzyka (kancerogenów) na nasz organizm, oraz wtórnej – czyli wykrywania choroby na możliwie najwcześniejszym etapie zaawansowania.**¹⁹⁵ Polska kiedyś była bliska 60 proc. udziału kobiet w przesiewowych badaniach mammograficznych, a obecnie ten udział wynosi tylko 30 proc.. W 2017 r. przestaliśmy wysyłać zaproszenia na mammografię. Nie ma kraju, który realizuje badania przesiewowe bez zaproszeń, a jest to bardzo skuteczna profilaktyka wtórna.

dr n. med. Janusz Meder

prezes zarządu Głównego Polskiej Unii Onkologii, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki Nowotworów Układu Chłonnego w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym

Jest bardzo istotne, żeby to, co zwykle mówimy o opiece koordynowanej, kompleksowej, interdyscyplinarnej, można było aplikować do różnych poziomów decydenckich, aby też były **kompleksowe, skoordynowane i zintegrowane.** Żeby nie było tak, że nie są zaangażowani w to wszyscy decydenci i interesariusze, od których to wszystko zależy. Bo, proszę Państwa, ja ciągle widzę, że co rusz się coś załatwi i wydaje się, że jesteśmy na dobrej drodze, to za chwilę ktoś przychodzi i mówi, że on teraz będzie wymyślał coś innego. **Jeżeli nie będzie continuum określonych przez ekspertów działań w perspektywie przynajmniej dekady, to nie odniemiemy sukcesu.** Jeżeli nie zrobimy kompleksowej strategii 10-letniej dla onkologii, kardiologii, psychiatrii, neurologii

194 Commission proposes to extend coverage of smoke-free environments. Komisja Europejska. Dostępne: https://commission.europa.eu/news/commission-proposes-extend-coverage-smoke-free-environments-2024-09-17_en

195 Europejski kodeks walki z rakiem. Dostępne: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/europejski-kodeks-walki-z-rakiem>

i dla chorób rzadkich, gdzie będzie ustawa i określone środki finansowe na to przeznaczone, to nie odniesiemy sukcesu.

Produktami, którymi możemy pochwalić się podczas polskiej prezydencji, są realizowane przez Polską Unię Onkologii programy profilaktyki zdrowotnej: program dla młodzieży szkół ponadpodstawowych pod tytułem „Mam haka na raka” oraz program ogólnopolski pod tytułem „Zdrowa gmina”.^{196,197} Nasze doświadczenia i dane zebrane z realizacji tych ogólnopolskich kampanii społecznych pokazały, jak wiele dobrego można zrobić edukując młodzież, a jednocześnie wykorzystując potencjał samorządów. Nie ma lepszego sposobu na edukację społeczeństwa. Program pt. „Mam haka na raka” był realizowany pod egidą Unii Europejskiej.

Drugim produktem dla polskiej prezydencji może być działalność Medycznej Racji Stanu. Medyczna Racja Stanu jest think tankiem powstałym w 2016 r. z inicjatywy Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodziny 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. W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumianego jako najwyższej notowana wartość w życiu osobistym każdego z nas, a także istotny gwarant bezpieczeństwa narodowego, opublikowaliśmy ponad 50 raportów, które zawierają relacje z debat „okrągłego stołu” w Polskiej Akademii Nauk oraz wnioski i rekomendacje. W 2018 r. opublikowaliśmy „Tezy dla Zdrowia” wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia.¹⁹⁸

dr n. med. Maciej Głogowski

**kierownik Oddziału Zabiegowego Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie Państwowego Instytutu
Badawczego**

Z perspektywy nowotworów nikotynozależnych kluczowe są rozwiązania w zakresie profilaktyki pierwotnej (zmniejszenie narażenia na czynniki rakotwórcze), które środowisko onkologiczne rekomenduje w celu zmniejszenia zachorowalności na nowotwory złośliwe.

Produktem dla polskiej prezydencji powinna być kompleksowa strategia prozdrowotna w zakresie palenia tytoniu. Jesteśmy zgodni, że palenie tytoniu ma ogromny wpływ na profilaktykę prozdrowotną. Szwecja rozwiązała problem palenia tytoniu poprzez działania edukacyjne, fiskalne i legislacyjne. Działania edukacyjne są rozłożone na wiele lat. Bardzo się cieszę, że przedmiot edukacja zdrowotna od września 2025 r. pojawi się w szkołach podstawowych. Nie ma wątpliwości, że będą to prowadziły osoby, które znają ten problem. Jeżeli mówimy o edukacji, to oczywiście ta edukacja powinna dotyczyć tych najmłodszych pokoleń, bo musimy stworzyć populację wolną od palenia tytoniu. Można to zrobić na wzór chociażby Nowej Zelandii, gdzie rokrocznie jest podnoszony wiek, kiedy można kupić papierosa. Natomiast natychmiastowych rozwiązań moim zdaniem wymaga kontrola dystrybucji i sprzedaży produktów tytoniowych. Na polskim rynku pojawiają się coraz to nowe produkty, kompletnie poza kontrolą. Niektóre z nich nawet są sprzedawane jako produkty niezawierające nikotyny, czyli nie podlegają ustawie antytytoniowej, natomiast mają inne substancje psychoaktywne. Więc jeżeli nie będziemy mieli nad tym kontroli, to będziemy dopuszczać coraz bardziej szkodliwe substancje na rynek. Oczywiście to, co jest zawarte w dyrektywie unijnej, czyli dodatki smakowe, to one powinny być natychmiast wycofane we wszelkich produktach tytoniowych. Następnym ważnym działaniem powinna być całkowita likwidacja reklamy wyrobów tytoniowych. Jak wchodzimy do sklepu, to widzimy, że dostępność jest wszędzie.

¹⁹⁶ Mam Haka na Raka – Program Edukacyjny dla Młodzieży. Dostępne: <https://www.zwrotnikraka.pl/mam-haka-na-raka-program-edukacyjny-dla-mlodziezy/>

¹⁹⁷ Zdrowa Gmina. Dostępne: <https://www.puo.pl/pokonajmy-raka/zdrowa-gmina>

¹⁹⁸ Medyczna Racja Stanu. Dostępne: <https://medycznaracjastanu.pl/>

prof. dr hab. n. med. Bartosz Wielgomas

prezes Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego, kierownik Katedry i Zakładu Toksykologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Reprezentuję Polskie Towarzystwo Toksykologiczne, a toksykologia jest siostrą zdrowia publicznego. Nasz udział jako toksykologów zaczyna się na początku profilaktyki i jest ukierunkowany na identyfikację zagrożeń środowiskowych, które stanowią czynniki ryzyka wielu chorób. Są obszary, które wymagają specjalnego zaopiekowania, a wzorce możemy czerpać z programów wdrożonych w krajach Zachodniej Europy. Polska jako członek wielu konsorcjów naukowych w zakresie toksykologii, monitoringu biologicznego oraz monitoringu środowiska uczestniczy w tych programach. Natomiast na poziomie krajowym nie mamy zharmonizowanych programów, które umożliwiają monitoring populacji ogólnej, monitoring narażenia na substancje toksyczne czy na czynniki szkodliwe występujące w środowisku.

Produktem dla polskiej prezydencji powinny być działania w zakresie ograniczania zagrożeń wynikających z niktynizmu i nowych technologii okołonikotynowych. Nikotynizm i nowe technologie okołonikotynowe stwarzają nowe zagrożenia, na które nie jesteśmy przygotowani. Z uwagą śledzę postępy legislacyjne, które mają na celu uregulowanie tych kwestii. Jako środowisko toksykologów bardzo chętnie pomożemy politykom w kreowaniu profilaktyki tych zagrożeń. W Polsce jesteśmy przygotowani, jeżeli chodzi o badania składu wyrobów nikotynowych czy innych wyrobów, do których społeczeństwo ma dostęp. Są to wyroby, które są sprzedawane legalnie. W tej chwili wymogi prawne mówią nam o tym, że cały obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa tych produktów jest zrzucany na producentów oraz dystrybutorów tych produktów. W Polsce mamy jedną instytucję, czyli Biuro ds. Substancji Chemicznych, które tylko sprawdza zgodność deklaracji tych produktów z przepisami ograniczającymi stosowanie substancji najbardziej niebezpiecznych, czyli rakotwórczych, mutagennych i toksycznych.¹⁹⁹ Natomiast jest to zbyt ograniczona działalność, a potrzebna jest naprawdę większa struktura, żeby te produkty monitorować. W ostatnim czasie dużo mówi się w mediach o doustnych saszetkach z nikotyną niezawierających tytoniu, które są bardzo popularne w Skandynawii. W Polsce do tej pory produkty te nie zostały uregulowane, nie są systemowo badane przez żaden urząd i mogą być dostępne dla osób nieletnich.

Drugim produktem jest edukacja zdrowotna. Jestem nauczycielem akademickim na wydziale farmaceutycznym i widzę, że w ciągu ostatnich 20 lat spadła świadomość prozdrowotna studentów. Więc to jest też pole, które wymaga zaopiekowania.

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego i dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia na Uczelni Łazarskiego

Mam nadzieję, że polska prezydencja nie będzie tylko przestrzenią do tego, żebyśmy się chwalili, szczególnie wtedy, kiedy nie mamy aż tak wiele rzeczy do chwaleń, ale żebyśmy rozmawiali o wyzwaniach, którym wspólnie na forum europejskim moglibyśmy stawić czoła. Postarajmy się zbudować instrumenty i narzędzia, które uczyniłyby nas silniejszymi w tym regionie. Fakty są takie, że Polska należy do państw o najsłabiej rozwiniętej profilaktyce w systemie ochrony zdrowia. Naszym elementarnym błędem jest fakt, że oceniając wpływ różnych polityk publicznych na gospodarkę, zapominamy o tym, że takim podstawowym elementem w ocenie skutków regulacji powinna być najpierw ocena wpływu tej regulacji na zdrowie publiczne. Moim osobistym marzeniem jest, aby **ocena wpływu na zdrowie (Health Impact Assessment, HIA), stała się normą w tworzeniu prawa europejskiego i tym samym głęboko osadził profilaktykę i myślenie o zdrowiu publicznym w myśleniu każdego resortu ochrony zdrowia.** Przypomnę, że zgodnie z WHO ocena wpływu na zdrowie (Health Impact Assessment), to praktyczne podejście

199 Biuro do spraw Substancji Chemicznych. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/chemikalia/biuro-do-spraw-substancji-chemicznych>

służące systematycznej ocenie potencjalnych skutków zdrowotnych danej polityki, strategii, planu, programu lub projektu dla populacji, a w szczególności dla grup wrażliwych lub pokrzywdzonych.²⁰⁰ Nie będziemy w stanie czegokolwiek poprawić na poziomie profilaktyki, zarówno chorób zakaźnych, jak i niezakaźnych, jeżeli nie będziemy tworzyli kompletnych systemów danych. Niepowodzenie Europy w zakresie prewencji otyłości będzie docelowo prowadziło do regresu cywilizacyjnego naszej wspólnoty. Zatem myślę, że to, czym moglibyśmy zaimponować, to jeszcze nie efektami działań, ale na pewno pomysłem, jak te działania wspólnie na poziomie Europy poprowadzić. Bo przypomnę, otyłość jest wyzwaniem zdrowia publicznego zarówno w krajach średnio rozwiniętych – jeszcze albo takich na drodze do dynamicznego rozwoju, ale też w krajach starej Europy, tzw. starej Europy. I myślę, że właśnie otyłość jest czymś, co nas bardzo, bardzo dzisiaj łączy.

Produktem, którym możemy się pochwalić w Unii Europejskiej, jest dialog międzysektorowy pt. „Stop epidemii otyłości w Polsce” oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce. W obliczu tych wyzwań Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego wraz z Polskim Towarzystwem Leczenia Otyłości zainicjował Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości i przygotował niniejszy raport, pt. „Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce”. Celem raportu jest przedstawienie kompleksowej analizy obecnej sytuacji dotyczącej otyłości w Polsce oraz zaproponowanie założeń do krajowego planu strategicznego, który pozwoli na skuteczne przeciwdziałanie temu groźnemu zjawisku. W formule partnerstwa zaszyta jest idea włączenia szerokiego grona interesariuszy systemowych, naukowych, społecznych i biznesowych do dialogu i wspólnego działania na rzecz powstrzymania epidemii otyłości w Polsce. Wierzymy, że w oparciu o taki dokument, pod skrzydłami silnego centralnego przywództwa, uda się dokonać powszechnej oddolnej mobilizacji, bowiem tylko wielośrodowiskowa determinacja i skoordynowane działania mogą zaowocować poprawą stanu zdrowia Polaków i powstrzymać zagrożenia, jakie eskalują wraz z coraz większym problemem otyłości w Polsce. W ramach założeń do krajowego planu strategicznego proponujemy szereg inicjatyw i działań, które obejmują edukację zdrowotną, promocję zdrowego stylu życia, dostęp do zdrowej żywności, infrastruktury i mediów promujących aktywny styl życia oraz do skutecznego leczenia i wsparcia dla osób już borykających się z problemem nadwagi i otyłości. Szczególną uwagę zwracamy na samorządy, szkoły oraz organizacje pozarządowe, które mogą odegrać kluczową rolę w lokalnych działaniach na rzecz zdrowia publicznego. Zasięg proponowanych działań i interwencji nie ma swojego odpowiednika w świecie, co potwierdza przegląd praktyk międzynarodowych. Tym samym Polska na progu swojej prezydencji w Radzie UE może nadać nowy ton dyskusji o polityce wspólnoty europejskiej, która powinna integrować się w działaniach na rzecz zdrowia, redukcji nadwagi i otyłości.²⁰¹

Konkretnymi i wprowadzonymi już w życie produktami w zakresie profilaktyki otyłości jest podatek cukrowy i program kompleksowej opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (KOS-BAR). Podatek cukrowy, czyli podatek akcyzowy nakładany na sprzedaż produktów i napojów słodzonych cukrem został wprowadzony w 2021 r. i dostarcza ok. 1,5 mld zł rocznie do budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. KOS-BAR to program kompleksowej opieki zdrowotnej, dedykowany chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie rozpoczęty w 2022 r. Program dotyczy pacjentów w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66, u których wskaźnik masy ciała wynosi BMI ≥ 40 kg/m², oraz pacjentów z BMI 35-40 kg/m², u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością. W ramach KOS-BAR pacjent ma zapewnioną kompleksową na wszystkich etapach leczenia: przygotowanie pacjenta do zabiegu bariatrycznego, opieka przedoperacyjna, kwalifikacja pacjenta do operacji bariatrycznej, operacja

200 Health Impact Assessment. WHO Dostępne: https://www.who.int/health-topics/health-impact-assessment#tab=tab_1

201 Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do stworzenia planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce. Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości. 2024 Dostępne: https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Otylosc._Skala_zjawiska_i_konsekwencje.pdf

bariatryczna, wizyta kontrolna po zabiegu oraz indywidualny plan rehabilitacji leczniczej. Obecnie program KOS-BAR jest realizowany w 19 ośrodkach w całej Polsce, a populacja objęta pilotażem to ok. 11 tys. pacjentów z otyłością olbrzymią. KOS-BAR został całkowicie sfinansowany z podatku cukrowego.²⁰²

Stanisław Maćkowiak

prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN

W centrum działania systemu ochrony zdrowia, w tym profilaktyki zdrowotnej i zdrowia publicznego powinien zawsze być pacjent, a jego głos słyszany i wysłuchiwany. Z perspektywy pacjenta **Polska może się pochwalić w Unii Europejskiej dobrym i codziennym dialogiem pomiędzy decydem (Ministerstwem Zdrowia), płatnikiem (Narodowym Funduszem Zdrowia) a organizacjami pacjentów.** Powstały Rady Pacjentów przy ministrze zdrowia i Rzeczniku Praw Pacjenta, a pacjenci wchodzi w skład wielu ważnych ciał, takich jak Rada ds. Chorób Rzadkich czy Krajowa Rada Onkologiczna. Organizacje pacjentów są również zapraszane na posiedzenia Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Produktem dla polskiej prezydencji powinno być przygotowanie i uchwalenie Europejskiego Planu Działania dla Chorób Rzadkich. Choroby rzadkie to jest ogromny problem społeczny. W Polsce populacja pacjentów z chorobami rzadkimi liczy ok. 3 mln. osób, a w Europie tych pacjentów jest ponad 36 mln. W chorobach rzadkich kluczowa jest kwestia diagnostyki, bo od tego rozpoczyna się ścieżka pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Diagnostyka w sprawach rzadkich trwa wiele lat i to dotyczy całej Europy. Możliwość leczenia farmakologicznego dotyczy tylko 3-5 proc. chorych na choroby rzadkie. W związku z tym widzimy, że trzeba opracować systemowe rozwiązania dla całej Europy. Od 1 stycznia 2025 r. Polska obejmie półroczne przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej. Polska powinna w trakcie swojej prezydencji propagować i wspierać optymalizację opieki w chorobach rzadkich. Warto przypomnieć, że prezydencje Francji, Czech, Szwecji, Hiszpanii, Belgii i Węgier w swoich priorytetach miały temat chorób rzadkich. Dlatego wśród zdrowotnych priorytetów polskiej prezydencji nie powinno zabraknąć tematu chorób rzadkich. Powinna nastąpić wymiana doświadczeń w zakresie narodowych planów i strategii w chorobach rzadkich, zakończona wdrożeniem Europejskiego Planu Działania dla Chorób Rzadkich (European Action Plan in Rare Diseases).

Drugim produktem dla polskiej prezydencji powinno być poszerzenie Programów Badań Przesiewowych Noworodków. Najlepszym narzędziem w profilaktyce chorób rzadkich jest przesiew noworodkowy. Polski program badań przesiewowych noworodków obejmuje 30 jednostek chorobowych. Wg najnowszej publikacji z 2024 r. pt. „A Landscape Assessment of Newborn Screening (NBS) in Europe” przedstawiono ranking 32 krajów w zakresie liczby chorób uwzględnionych w panelach NBS.²⁰³ W tym zestawieniu przodują takie kraje EU-27, jak Włochy z 49 chorobami wykrywanymi w przesiewie na poziomie krajowym, następnie Austria – 31, Portugalia – 30, Polska – 29 i Węgry – 27 chorób. Jednocześnie autorzy publikacji przedstawili możliwość diagnostyki w przesiewie noworodkowym aż 69 chorób. Mając takie narzędzie, trzeba je wykorzystać maksymalnie, bo pacjent z chorobą rzadką i jego rodzina mają prawo do diagnozy. W aspekcie poszerzenia programu Badań Przesiewowych Noworodków w dniu 31 października 2024 r. została opublikowana Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 78/2024 o projekcie programu polityki zdrowotnej pt. „Program badań przesiewowych noworodków

202 Program kompleksowej opieki medycznej dla chorych na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie. MZ Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-kompleksowej-opieki-medycznej-dla-chorych-na-otylosc-olbrzymia-leczona-chirurgicznie>

203 A Landscape Assessment of Newborn Screening (NBS) in Europe. Charles River Associates (CRA) 2024 Dostępne: <https://media.crai.com/wp-content/uploads/2021/11/28135510/CRA-Insights-NBS-Policy-Updated-28-February-2024-vSTCCR.pdf>

w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2019–2026”.²⁰⁴ Prezes AOTMiT rekomenduje dodanie następujących sześciu nowych jednostek chorobowych do obecnie funkcjonującego programu badań przesiewowych noworodków. W Audycie KFO 2024 z lipca 2024 r. pacjenci postulują o rozszerzenie obecnego programu Badań Przesiewowych Noworodków o następne 10 jednostek chorobowych.²⁰⁵ W dniu 19 lutego 2024 r. przedstawiciele organizacji pacjentów z chorobami rzadkimi jednogłośnie podpisali w Warszawie „Deklarację na rzecz badań przesiewowych noworodków w kierunku chorób lizosomalnych”. Inicjatorem podpisania deklaracji było Krajowe Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN.²⁰⁶ Deklaracja zbiera rekomendacje dotyczące wprowadzenia badań przesiewowych w kierunku sześciu chorób spichrzeniowych lizosomalnych.

Michał Lipiński

dyrektor konkursu Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”

W imieniu pana Prezesa Krzysztofa Przybyła, prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska” oraz swoim bardzo serdecznie dziękujemy za zaproszenie i za to, że możemy być partnerem tej wspaniałej konferencji. Konferencji, która w zupełnie innym znaczeniu stawia hasło „Teraz Polska”, a mianowicie jako „produkt eksportowy w zakresie zdrowia” w kontekście polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Myślę, że może to być nowy wymiar naszego hasła promocyjnego „Teraz Polska”, które od ponad 30 lat promuje wszystko to, co Polska ma najlepsze.

Szanowni Państwo, jak **najbardziej jesteśmy za tym, żeby promować dobre praktyki w ochronie zdrowia**. Zresztą robimy to od lat. Może bez tego szyldu, czyli specjalnej edycji dla tych wszystkich usług czy produktów o charakterze zdrowotnym i medycznym. Najlepszym przykładem jest fakt, że **godłem „Teraz Polska” została uhonorowana Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, która jest laureatem wyróżnienia honorowego**. Następnym przykładem jest **Polska Federacja Producentów Żywności wspólnie z Głównym Inspektorem Sanitarnym**, które prowadzą program upowszechniający zdrowe praktyki.

Zawsze staraliśmy się promować i budować świadomość jakości polskiej żywności, polskiej gospodarki, a teraz możemy wspierać produkty polskiego sektora medycznego. Przyjmowanie zgłoszeń do 35. edycji konkursu „Teraz Polska” trwało do końca stycznia 2025 r. Mam nadzieję, że w dniu 2 czerwca 2025 r., kiedy odbędzie się gala, będziemy mogli wspólnie **gratulować laureatom 35. edycji konkursu „Teraz Polska” w kategorii usług i dobrych praktyk w zakresie zdrowia**.

Karolina Wasielewska

Instytut Rozwoju Spraw Społecznych

Miałam zaszczyt i przyjemność prowadzić dwie poprzednie dyskusje o poprzednio diskutowanych priorytetach, jak **digitalizacja zdrowia i psychiatria dzieci i młodzieży**. Profilaktyka obejmuje tak naprawdę każdą z nich, bo jeżeli nie będzie **dobrego ucyfrowienia opieki zdrowotnej** w Polsce, choćby interoperacyjności systemów informatycznych działających w szpitalach, to te szpitale będą podatne na ataki. A już w tej chwili w ramach prowadzonej przeciwko nam wojny hybrydowej szpitale są jednymi z najczęściej atakowanych instytucji w Polsce.

Jeśli chodzi o profilaktykę w psychiatrii dzieci i młodzieży, to bardzo wiele robi się w kontekście usprawnienia leczenia psychiatrycznego. Natomiast niewiele mówi się o tym, że nie każdy problem zasługuje na medykację. Jest mnóstwo młodych osób, z którymi po prostu nikt nie rozmawia, które są pozostawione same sobie ze swoimi problemami. I czasami **usprawnienie tej**

204 Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 78/2024 z dnia 31 października 2024 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program badań przesiewowych noworodków w Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2019–2026”. AOTMiT 2024 Dostępne: https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/180/OPZ/OP-0078-2024.pdf

205 Raport pt. AUDYT KRAJOWEGO FORUM ORPHAN 2024. Potrzeby pacjentów z chorobami rzadkimi w zakresie dostępu do technologii medycznych i optymalizacji opieki w Polsce. Gierczyński J., Maćkowiak S. Krajowe Forum na rzecz terapii chorób rzadkich – ORPHAN. Warszawa, Sierpień 2024 Dostępne: <http://rzadkiechoroby.org/audyt/>

206 Deklaracja na rzecz badań przesiewowych noworodków w kierunku chorób lizosomalnych. 2024. Dostępne: http://rzadkiechoroby.org/wp-content/uploads/2024/02/29_01_2024_deklaracja_NBS.pdf

komunikacji na poziomie rówieśników, nauczycieli, rodziców, mogłoby nam bardzo pomóc w ratowaniu młodego pokolenia, które zмага się z kryzysami psychicznymi.

Jako dziennikarka zajmuję się na co dzień komunikacją i widzę, że w zdrowiu moglibyśmy komunikować wiele rzeczy lepiej. Jeśli chodzi o walkę z otyłością, dr Andrzej Ryś, znany państwu lekarz i wysoki urzędnik Komisji Europejskiej, a także były wiceminister zdrowia, powiedział mi w czasie naszej rozmowy prowadzonej na użytek Białej Księgi, która jest podsumowaniem naszych działań przygotowujących nas do prezydencji, że tak naprawdę należałoby się zastanowić nad **oznaczaniem żywności**. Jest oczywiście pytanie, czy ludzie rozumieją te oznaczenia, czy wiedzą zawsze, co kupują, nawet jeżeli czytają to, co jest napisane na produkcie. Bo tak naprawdę najłatwiej jest zrzucić odpowiedzialność za profilaktykę na pacjenta, nie przejmując się jego możliwościami intelektualnymi czy jego kapitałem społecznym. Mówimy do pacjentów: ruszajcie się, przygotujcie sami posiłki, zamiast jeść wysoko przetworzoną żywność. Otóż 5 mln Polaków pracuje w przemyśle, a 700 tys. w magazynach i centrach logistycznych. To są często jedyne miejsca pracy w niektórych społecznościach. Ludzie dojeżdżają tam 150 km. Sama mam w rodzinie osobę, która codziennie spędza pięć godzin w pociągu, jeżdżąc do pracy. A w pracy w zakładzie przemysłowym spędza 10 godzin. Jest pytanie, kiedy ma sobie przyrządzać zbilansowane posiłki i uprawiać aktywność fizyczną. Myślę, że rządzący powinni się przyjrzeć również temu, jak wygląda kultura pracy w Polsce, bo **obecna kultura pracy bardzo nie sprzyja samodzielnej odpowiedzialności za profilaktykę zdrowotną**.

Rządzący sami powinni dawać przykład zdrowego stylu życia. Wiemy, że pan premier biega, a pan prezydent jeździ na nartach. Przypomnę, że Michelle Obama prowadziła przez długi czas program o zdrowej żywności dla dzieci. Dlaczego u nas, kiedy widzimy festyny wyborcze z udziałem rządzących, w tle jest zawsze pieczony świniak lub kiełbasa, a być może powinna być zdrowa żywność. Pamiętajmy, że prozdrowotny przykład autorytetów i influencerów jest bardzo ważny.

dr n. med. Jakub Gierczyński

MBA, European Health Network

Warto przypomnieć, że **profilaktyka chorób to działania ukierunkowane na zapobieganie wystąpieniu choroby, na minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie jej postępu**. Profilaktyka pierwotna (I fazy), to działania ukierunkowane na ludzi zdrowych i ich środowisko życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. Profilaktyka pierwotna to m.in. szczepienia ochronne, edukacja zdrowotna czy zdrowy styl życia. Profilaktyka wtórna (II fazy) polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowanie. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe (screening) – np. w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), badania okresowe, kontrolę czynników ryzyka, poradnictwo. Profilaktyka III fazy dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów. Przykładem jest np. rehabilitacja lecznicza i leczenie obniżające poziom cholesterolu po zawale serca. Profilaktykę można prowadzić np. z perspektywy adresata (na poziomie pojedynczej osoby – tzw. strategia wysokiego ryzyka, oraz populacji – tzw. strategia populacyjna), triady epidemiologicznej (unieszkodliwienie źródła zakażenia, przecięcie dróg szerzenia się zakażenia, uodpornienie populacji) czy poziomu ryzyka (uniwersalna, selektywna, wskazująca).²⁰⁷

Wg raportu z września 2024 r. pt. „The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems” wynika **kluczowe znaczenie profilaktyki zdrowotnej dla wzrostu gospodarczego i zrównoważonego rozwoju systemów opieki zdrowotnej i socjalnej w obliczu aktualnych wyzwań, z jakimi mierzy się Unia Europejska**. Tymi

207 Profilaktyka chorób – definicja. ProfiBaza. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH – PIB). Dostępne: <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/swiadczenia-zdrowia-publicznego/05-profilaktyka-chor-proc.C3-proc.B3b-definicja>

wyzwaniami jest powolny wzrost gospodarczy, transformacja demograficzna i epidemiologiczna, zmiana modelu opieki zdrowotnej z reaktywnego (leczenie chorób) na proaktywny (promocja zdrowia), uwzględniająca inwestycje w profilaktykę zdrowotną.²⁰⁸ Dostępne badania dowodzą, że inwestycja w profilaktykę zdrowotną przynosi realne, długoterminowe korzyści. **Każde 1 euro wydane na profilaktykę zdrowotną generuje zwrot w wysokości 14 euro.** Tymczasem dziś tylko niewielki procent krajowych budżetów zdrowotnych przeznaczanych jest na profilaktykę zdrowotną, a jeszcze mniej na szczepienia ochronne. **W obliczu wyzwań gospodarczych, demograficznych, epidemiologicznych i politycznych, z jakimi mierzy się Unia Europejska, inwestycje w profilaktykę stają 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 proc. populacji UE będzie w wieku powyżej 80 lat, a jedna na trzy osoby (29 proc.) będzie w grupie wiekowej 65+. Obciążenie finansowe krajów UE potęgowane jest powolnym wzrostem lub spadkiem gospodarki i produktu krajowego brutto w poszczególnych krajach członkowskich. Co więcej, zarówno choroby zakaźne, jak i niezakaźne, takie jak nowotwory, choroby krążenia, choroby mózgu i choroby rzadkie, stanowią coraz większe obciążenie dla krajowych systemów opieki zdrowotnej. Działania reaktywne są dziś niewystarczające, a tylko inwestycja w profilaktykę zdrowotną pozwoli sprostać tym wieloaspektowym wyzwaniom.

Wg danych Eurostat w 2021 r. państwa członkowskie Unii Europejskiej wydały 95,3 mld euro na profilaktykę zdrowotną, co stanowiło równowartość 0,65 proc. produktu krajowego brutto (PKB). **Odnotowano duże dysproporcje w zakresie inwestycji w profilaktykę zdrowotną wśród państw Unii Europejskiej. Najwięcej na profilaktykę zdrowotną wśród państw członkowskich UE wydawała Austria – 1,25 proc. produktu krajowego brutto, Niderlandy – 0,96 proc. PKB i Dania – 0,95 proc. PKB. Powyżej 0,75 proc. PKB na profilaktykę zdrowotną wydawały Finlandia, Niemcy i Czechy. Najniższe wskaźniki w Unii Europejskiej odnotowały Słowacja – 0,12 proc. PKB, Malta – 0,13 proc. PKB i Polska – 0,14 proc. PKB.** Te trzy kraje były jedynymi państwami członkowskimi UE, które przeznaczały mniej niż 0,20 proc. PKB na profilaktykę zdrowotną w 2021 r.

Uwzględniając liczbę ludności, w 2021 r. 14 państw członkowskich UE wydało ponad 100 euro na mieszkańca na profilaktykę zdrowotną rocznie. Najwięcej na mieszkańca wydawały Austria – 566,4 euro i Dania – 555,1 euro, a wydatki powyżej 400 euro na mieszkańca zaraportowały Niderlandy – 476,9 euro i Luksemburg – 421 euro. Na drugim końcu skali znalazła się Malta – 37,4 euro na mieszkańca, Rumunia – 30,5 euro, Bułgaria – 28,7 euro, Słowacja – 23 euro i Polska – 21,6 euro na mieszkańca rocznie. **Stosunek między najwyższym i najniższym poziomem wydatków na profilaktykę zdrowotną na mieszkańca, w oparciu o porównanie Austrii i Polski, wyniósł aż dwadzieścia siedem do jednego (27:1).**

Finansowanie publiczne (budżetowe) było głównym mechanizmem finansowania profilaktyki zdrowotnej w 2021 r. w 24 państwach członkowskich UE, ze średnim udziałem 63,7 proc. Udział publicznego finansowania wynosił od 98,9 proc. w Hiszpanii, 98,5 proc. w Polsce i 99,5 proc. w Danii do 55,3 proc. w Słowenii. Finansowanie profilaktyki zdrowotnej z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (też publiczne) wynosiło 81,6 proc. w Chorwacji, 76,4 proc. w Czechach i 74,2 proc. we Francji. W 2021 r. finansowanie profilaktyki zdrowotnej przez pracodawców stanowiły 5,9 proc. wydatków ogółem na ten cel w Unii Europejskiej. W siedmiu państwach członkowskich udział ten przekroczył 10 proc., przy dwóch najwyższych udziałach w Portugalii (25,2 proc.) i Polsce (27 proc.). Najmniej na profilaktykę zdrowotną płacono prywatnie z „własnej kieszeni”. Przy średnim udziale w wysokości 1,1 proc. płatności te nie odegrały znaczącej roli w finansowaniu profilaktyki zdrowotnej w UE w 2021 r.²⁰⁹

208 The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems. A report by The European House – Ambrosetti, supported by IFPMA and Vaccines Europe. 2024 Dostępne: <https://www.vaccineseurope.eu/media-hub/publications/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-care-and-welfare-systems/>

209 Preventive health care expenditure statistics. Eurostat. 2024 Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

Część IV. Rekomendacje ekspertów, stowarzyszeń branżowych i innych interesariuszy w ochronie zdrowia

Obszary medycyny klinicznej o dużym znaczeniu społecznym niewystarczająco adresowane w dyskursie o priorytetach zdrowotnych

prof. dr. hab. n. med. Bartosz Karaszewski²¹⁰,
prof. dr. hab. n. med. Krzysztof Kuziemski²¹¹,
prof. dr. hab. n. med. Andrzej Więcek²¹²,
prof. dr. hab. n. med. Magdalena Krajewska²¹³,
prof. dr. hab. n. med. Magdalena Durlik²¹⁴,
prof. dr. hab. n. med. Agata Stanek²¹⁵,
prof. dr. hab. n. med. Bożena Werner²¹⁶,
prof. dr. hab. n. med. Aneta Gawlik-Starzyk²¹⁷

Komitet Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk

Wstęp

Definiowanie priorytetów polityki zdrowotnej cechować powinna systematyczność. Podstawą do nadawania wagi działaniom w tym wybitnie istotnym obszarze powinny być opracowania zestawiające kalkulacje obciążeń społecznych dla poszczególnych problemów zdrowotnych w różnych wymiarach, to jest uwzględniające nie tylko powszechnie stosowane wskaźniki opisujące straty osób dotkniętych określonymi problemami, ale także wpływ tychże na otoczenie. Komitet Nauk Klinicznych zwraca uwagę, że szereg problemów zdrowotnych nie zyskuje w dyskursie społecznym wagi należącej właściwie skalkulowanemu obciążeniu populacyjnemu. Przykładami takich problemów są choroby mózgu (zagadnienie obszernie sformułowane w tzw. Strategii Zdrowia Mózgu Europejskiej Akademii Neurologii)²¹⁸, przewlekła choroba nerek, choroby naczyń obwodowych, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). W wymiarze organizacyjnym i opieki interdyscyplinarnej Komitet zwraca szczególną uwagę na konieczność koordynowania działań profilaktycznych oraz opieki nad pacjentami z wieloma chorobami przewlekłymi pomiędzy obszarami medycyny pediatrycznej i dorosłych.

210 Konsultant krajowy ds. neurologii, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych, Katedra Neurologii i Klinika Neurologii Dorosłych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

211 Sekretarz Komitetu Nauk Klinicznych, Klinika Pneumonologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

212 Przewodniczący Rady Dziedziny Naukowej, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

213 Konsultant krajowa w dziedzinie nefrologii, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

214 Kierownik Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

215 Klinika Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Angiologii, Katedry Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

216 Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

217 Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny

218 Brain Health Strategy, European Academy of Neurology

Przewlekła choroba nerek

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest rozpoznawana wówczas, gdy przez co najmniej trzy miesiące, niezależnie od przyczyny, wartości obliczonego współczynnika filtracji kłębuszkowej (eGFR) są mniejsze od 60 ml/min/1.73m² i/lub występują istotne klinicznie wskaźniki uszkodzenia nerek, jak np. albuminuria/białkomocz, nieprawidłowe badanie mikroskopowe osadu moczu, nieprawidłowe wyniki badań obrazowych (np. USG). Wg tej definicji PChN występuje w skali globalnej średnio u 10 proc. populacji (ponad 850 mln ludzi), z dużą różnorodnością w poszczególnych kontynentach. Szacuje się, że PChN występuje w Polsce nawet u ok. 12 proc. populacji, co stanowi wielkie wyzwanie dla całego systemu ochrony zdrowia. W dużym badaniu populacyjnym (PolSenior), wykazano ponadto, że w całej populacji osób powyżej 65. roku życia w Polsce PChN występuje znacznie częściej tj. u ponad 29 proc. badanych. Niestety świadomość występowania PChN u tych osób była znikoma i tylko 3,2 proc. badanych w tej populacji osób z PChN wiedziało wcześniej o tym rozpoznaniu. Wczesne wykrywanie PChN ma bardzo istotne znaczenie nie tylko w celu skutecznego zapobiegania postępowi choroby do stadium schyłkowej niewydolności nerek i konieczności stosowania drogich metod leczenia, takich jak dializoterapia lub przeszczep nerek, ale przede wszystkim ze względu na fakt, że PChN bardzo istotnie zwiększa ryzyko hospitalizacji i śmiertelności z powodu powikłań sercowo-naczyniowych. Wykrywanie wczesnych stadiów PChN przez lekarzy rodzinnych jest możliwe w ramach tzw. koordynowanej opieki nefrologicznej i polega na wykonaniu prostych badań, takich jak badanie stężenia kreatyniny w surowicy (i obliczenie eGFR) oraz oznaczenie wielkości wydalania albuminy z moczanem (albuminuria). Badania te powinny być wykonane w pierwszej kolejności u osób ze zwiększonym ryzykiem występowania PChN, tj. chorych na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, uogólnioną miażdżycę oraz u osób otyłych i w starszym wieku. Rozpoznanie PChN umożliwia zastosowanie leczenia nefroprotektoryjnego oraz właściwej diety (w zależności od stadium choroby), co umożliwia bardzo istotne zwolnienie przebiegu choroby i zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych. Należy podkreślić również, że w ostatnich latach wprowadzono do leczenia wiele nowych leków o działaniu nefroprotektoryjnym, co sprawia, że takie postępowanie jest obecnie bardzo skuteczne (warunek: najpierw należy rozpoznać PChN). Pomimo posiadanej wiedzy i możliwości leczenia, świadomość tak częstego występowania PChN i zagrożeń związanych z tą chorobą jest ciągle bardzo mała. Naszym zdaniem należy: a) wprowadzić rejestry występowania PChN w Polsce (wczesne stadia nie wymagające dializ lub transplantacji), b) ocenić stopień wykorzystania możliwości wczesnego wykrywania PChN przez lekarzy rodzinnych oraz ich współpracę ze specjalistami w dziedzinie nefrologii w ramach koordynowanej opieki nefrologicznej, c) ocenić stopień wykorzystania możliwości leczenia nefroprotektoryjnego u osób z już rozpoznany PChN, d) wykazać korzyści dla systemu ochrony zdrowia (NFZ, Ministerstwo Zdrowia), wynikające z wczesnego wykrywania PChN (mniejsze wydatki na dializoterapię i transplantacje nerki oraz na leczenie powikłań sercowo-naczyniowych).

Choroby naczyń obwodowych

Choroby naczyń obwodowych (ChNO) stanowią istotny problem zdrowotny i społeczny, obejmując schorzenia tętnic, żył, układu limfatycznego oraz mikrokrążenia. Do najczęstszych należą miażdżycę tętnic obwodowych, przewlekłą niewydolność żylna, obrzęk limfatyczny, stopa cukrzycowa, zakrzepica żył głębokich, zespół pozakrzepowy oraz malformacje naczyniowe. Mimo ich powszechności świadomość społeczna na temat tych schorzeń jest znacznie niższa w porównaniu z chorobami serca.

Amputacje kończyn dolnych są jednym z najpoważniejszych następstw zaawansowanych ChNO. W Polsce sytuacja jest alarmująca – jesteśmy jedynym krajem Unii Europejskiej, w którym liczba amputacji rośnie. Rocznie przeprowadza się ok. 30 tysięcy amputacji, z czego znaczna część dotyczy pacjentów z miażdżycą i stopą cukrzycową. Dla porównania w Danii wskaźnik amputacji wynosi 2 na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy w Polsce jest to 7 na 100 tys. Konsekwencje amputacji wykraczają poza aspekt medyczny. Pacjenci często stają się niezdolni do pracy, co prowadzi do wzrostu liczby przyznawanych rent oraz obniżenia jakości życia. Szacuje się, że ok. 40

proc. pacjentów po amputacji umiera w ciągu pierwszego półrocza od zabiegu. Niska wycena procedur endowaskularnych przy lepszej wycenie procedury amputacji sprzyja tej sytuacji. Brak dostępu do kompleksowej rehabilitacji, w tym treningu marszowego, który nie jest refundowany, dodatkowo pogarsza rokowania pacjentów.

Zespół pozakrzepowy jest powikłaniem po zakrzepicy żył głębokich, dotykającym ok. 50 proc. pacjentów w ciągu dwóch lat od epizodu zakrzepicy. Brak odpowiedniej profilaktyki i leczenia może prowadzić do poważnych powikłań – przewlekłych obrzęków i owrzodzeń kończyn, a nawet amputacji.

W Polsce **obrzęk limfatyczny** dotyczy szacunkowo ponad 500 tys. osób, z czego ok. 100 tys. wymaga leczenia specjalistycznego. Większość chorych to pacjenci onkologiczni. Niewystarczająca świadomość społeczna oraz brak dostępu do odpowiedniej diagnostyki i terapii skutkuje opóźnieniami w leczeniu, zwiększa ryzyko powikłań, takich jak infekcje, włącznie z sepsą oraz uszkodzenia narządu ruchu prowadząc do inwalidztwa. W Polsce dostęp do kompleksowej terapii przeciwobrzękowej jest ograniczony, a refundacja obejmuje jedynie wybrane procedury, co utrudnia skuteczne leczenie.

Nierówności w dostępie do diagnostyki i leczenia ChNO dotyczą również kobiet. Badania wskazują, że kobiety rzadziej są kierowane na specjalistyczne badania i zabiegi.

Aby przeciwdziałać tym niekorzystnym trendom, konieczne jest zwiększenie świadomości społecznej na temat ChNO, wdrożenie skutecznych programów profilaktycznych oraz zapewnienie równego dostępu do diagnostyki i leczenia dla wszystkich pacjentów, niezależnie od płci. Tylko poprzez skoordynowane działania na poziomie krajowym i unijnym możemy poprawić sytuację pacjentów z chorobami naczyń obwodowych, które są jedną z najczystszych przyczyn śmiertelności i inwalidztwa w UE. W Polsce liczba osób zagrożonych amputacją z przyczyn naczyniowych wynosi 0,5 mln. Często są to pacjenci po 65. roku życia, pozbawieni opieki oraz z utrudnionym dostępem do lekarzy specjalistów – angiologów i chirurgów naczyniowych.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) obok astmy stanowi jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób układu oddechowego. Obecnie klasyfikuje się ją jako trzecią przyczynę zgonów na świecie. Częściej zgony występują tylko wśród schorzeń układu krążenia i chorób nowotworowych. Dane epidemiologiczne wskazują, że na POChP choruje 1 na 10 osób w wieku powyżej 40. roku życia. Rozpowszechnienie POChP w Polsce jest nadal dalece niedoszacowane. Uważa się, że w Polsce choruje ponad 2 mln osób. Głównym czynnikiem wywołującym chorobę jest palenie tytoniu w różnych formach.

POChP charakteryzuje się przewlekłymi objawami ze strony układu oddechowego, takimi jak kaszel z odkrztuszeniem lub bez odkrztuszenia wydzieliny, przewlekłą, narastającą w czasie dusznością. Objawy nasilają się stopniowo w ciągu miesięcy i lat. Konsekwencją choroby jest stała powolna progresja objawów oraz zapoczątkowanie i utrwalenie przewlekłej niewydolności oddychania. Diagnostyka jest stosunkowo prosta i wymaga wykonania spirometrii, która potwierdza istnienie utrwalonej obturacji dróg oddechowych. W rozwoju i podtrzymaniu choroby odgrywają rolę przewlekłe zapalenie neutrofilowe oraz stres oksydacyjny indukowane przez palenie tytoniu. Czynniki te uszkadzają nie tylko płuca, ale również układ sercowo-naczyniowy. Akcelerację choroby przyspieszają zaostrzenia POChP. Konsekwencją zaostrzeń jest nasilenie objawów, pogorszenie funkcji płuc, zapoczątkowanie lub utrwalenie niewydolności oddechowej, obniżenie jakości życia, zwiększenie kosztów leczenia, wystąpienie depresji oraz zaburzeń lękowych.

Ważnym, ale mało dostrzeganym efektem zaostrzenia są powikłania ze strony innych narządów, a w szczególności układu krążenia. Zależność tę określa się mianem ryzyka sercowo-płucnego. Termin ten dotyczy ryzyka poważnych zdarzeń oddechowych i/lub sercowo-naczyniowych u chorych na POChP. Obejmują one, ale nie ograniczają się do, zaostrzeń POChP, zawału mięśnia sercowego, udaru, dekompensacji niewydolności serca, arytmii (migotania przedsionków)

i zgonu z powodu któregośkolwiek z tych zdarzeń. Z raportu Map potrzeb zdrowotnych wynika, że w ciągu pierwszych trzech miesięcy po zaostrzeniu POChP umiera 10 proc. pacjentów (!). Podczas zaostrzenia choroby na POChP mają ~10x większe ryzyko ciężkich zdarzeń sercowo-naczyniowych w ciągu pierwszych siedmiu dni po umiarkowanym lub ciężkim zaostrzeniu choroby.

Z tego względu nadzwyczaj ważne jest wczesne prawidłowe rozpoznanie POChP, włączenie adekwatnego leczenia celem spowolnienia postępu choroby oraz zapobiegania wstąpieniu zaostrzeń. Istotne jest podniesienie społecznej wiedzy odnośnie do samej choroby, jak i jej konsekwencji ogólnoustrojowych. Można to osiągnąć na poziomie krajowym i unijnym przez skuteczną walkę z paleniem tytoniu, wielospecjalistyczną opiekę koordynowaną oraz szeroki dostęp do badań spirometrycznych.

Profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego u dzieci i młodzieży

Jednym z priorytetów współczesnej medycyny jest profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego, które są najczęstszą przyczyną śmiertelności w wieku dojrzałym w Polsce. Większość działań prewencyjnych adresowana jest do dorosłych, podczas gdy profilaktyka jest skuteczna wówczas, gdy wdrożona jest we wczesnym dzieciństwie. Białki miażdżycowe w naczyniach zaczynają tworzyć się już u kilkuletnich dzieci, proces ten jest odwracalny, jeśli zostaną zastosowane odpowiednie działania zaradcze. U dorosłych proces miażdżycowy jest już nieodwracalny, a działania mają na celu zapobieganie powikłaniom, takim jak zawał serca czy udar mózgu. Prewencja pierwotna chorób sercowo-naczyniowych powinna opierać się na wyłonieniu dzieci o dużym ryzyku rozwoju miażdżycy i wprowadzeniu właściwego postępowania w tej grupie chorych oraz promocji prozdrowotnego stylu życia dzieci i ich rodzin. Wpisują się w to aktualnie przygotowywane programy edukacji zdrowotnej w szkołach, jak również prace Ministerstwa Zdrowia na wprowadzeniem przesiewowych badań w kierunku genetycznie uwarunkowanych zaburzeń lipidowych. Odpowiednia dieta, utrzymanie prawidłowej masy ciała, systematyczna aktywność fizyczna, kontrolowanie ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu, glikemii, niepalenie papierosów, sen siedem-dziewięć godzin na dobę, higiena jamy ustnej to kluczowe elementy profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego. Oddziałując na modyfikowalne czynniki ryzyka miażdżycy u dzieci i młodzieży, można uzyskać obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego.

Organizacja opieki zdrowotnej w okresie przejściowym między opieką pediatryczną a opieką internistyczną

Organizacja opieki zdrowotnej w okresie przejściowym między opieką pediatryczną a opieką internistyczną jest dużym wyzwaniem na całym świecie, także w krajach wysokorozwiniętych. Odnosi się to przede wszystkim do **pacjentów z chorobami przewlekłymi** (np. z wadami wrodzonymi, po przeszczepieniu narządów, po leczeniu onkologicznym, z cukrzycą, z nieswoistymi zapaleniami jelit) i **chorobami rzadkimi**. Wzrastająca przeżywalność i wydłużający się czas ich życia jest wynikiem wczesnego rozpoznania (znaczenie badań przesiewowych), poprawy jakości opieki medycznej w dzieciństwie (odpowiednie szkolenie specjalizacyjne, możliwość współpracy w ramach sieci ERN – European Reference Networks, dedykowanej chorobom rzadkim), profilaktyki powikłań (opieka wielospecjalistyczna skoordynowana) oraz możliwości wczesnej i skutecznej interwencji terapeutycznej (programy lekowe). Dane odnoszące się do opieki internistycznej wskazują, że ponad 9 proc. dorosłych pacjentów z chorobami rzadkimi ma postawione rozpoznanie w dzieciństwie. Możemy spodziewać się, że liczba tych chorych dożywających do dorosłości będzie wzrastać. Przejście do opieki internistycznej wymaga kilkuletniego, etapowego przygotowania małoletniej osoby do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących jej stanu zdrowia. Niestety aktualne dane światowe potwierdzają, że mniej niż 20 proc. tych pacjentów otrzymuje odpowiednią, w znaczeniu przygotowującą do dorosłości, opiekę w tym okresie. Może to powodować znaczne pogorszenie jakości opieki medycznej i zaprzepaszczenie wcześniejszych osiągnięć diagnostycznych i terapeutycznych.

Jedną z trudnych grup do zorganizowania całościowej opieki są pacjenci z wrodzonymi wadami serca. Opieka nad młodym dorosłym wymaga szczególowej znajomości, niejednokrotnie złożonej,

anatomii wad serca, dokładnego zaznajomienia się z często wieloetapowym leczeniem interwencyjnym i kardiochirurgicznym oraz szybkim wykrywaniem nowych powikłań, np. zaburzeń rytmu, powikłań zakrzepowych, niewydolności serca. Na tej grupie pacjentów koncentrują się specjaliści z kardiologii dziecięcej, a w trudnych zabiegach operacyjnych wyspecjalizowani są przede wszystkim kardiochirurdzy z ośrodków pediatrycznych. Każda konieczność reoperacji w życiu dorosłym rodzi wątpliwość, który zespół kardiologiczno-kardiochirurgiczny powinien się podjąć tego zadania.

Polska, podobnie jak inne kraje europejskie, stoi przed wyzwaniem stworzenia rozwiązań systemowych dla beneficjentów z chorobami przewlekłymi i rzadkimi zdiagnozowanymi w dzieciństwie. Wzorem innych systemów należy rozważyć wyłonienie jednostek chorobowych wymagających skoordynowanej opieki w okresie tranzytu, stworzenia ujednoczonego modelu transferu pacjenta z opieki pediatrycznej do dorosłej oraz zaangażowania sektora socjalnego do koordynacji tych działań. W kontekście zmniejszającej się populacji pediatrycznej i wzrastającej populacji osób starszych (spadek liczby urodzeń i jednocześnie wydłużenie życia), często małej dojrzałości młodych osób z chorobą przewlekłą/rzadką oraz wiedzy specjalistów dziecięcych o problematyce zdrowotnej wieku rozwojowego, warte rozważenia jest przedłużenie opieki w centrach pediatrycznych i wydłużenie okresu transferowego w kooperacji ze specjalistą/ośrodkiem specjalistycznym, do którego pacjent będzie przekazany. Z pewnością rozwój telemedycyny ułatwi współpracę interdyscyplinarną, umożliwiając także transfer dokumentacji oraz tworzenie tzw. paszportów dla chorób przewlekłych.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – kierunek dalszych działań

dr n. med. Aleksandra Lewandowska

konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ordynator Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Babińskiego w Łodzi

Zdrowie wg Światowej Organizacji Zdrowia to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Jest podstawowym warunkiem dobrej jakości codziennego życia oraz efektywnego funkcjonowania i rozwoju w różnym wieku. Należy je postrzegać jako indywidualny zasób człowieka oraz jako zasób społeczny, determinujący zdrowe, wolne od zagrożeń otoczenie, zarówno w najbliższej społeczności, jak w wymiarze kraju czy świata, stanowiąc globalny potencjał zdrowotny.

Specjaliści są zgodni, że wczesne lata życia mają wielki wpływ na zdrowie psychiczne oraz dobre funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne człowieka. Dobre zdrowie psychiczne w okresie dzieciństwa jest warunkiem optymalnego rozwoju, efektywnego uczenia się, budowania satysfakcjonujących relacji z ludźmi, dbania o własne zdrowie fizyczne i samodzielnego radzenia sobie w dorosłym życiu. Ochrona zdrowia psychicznego młodych ludzi jest więc inwestycją na przyszłość. Zdrowie psychiczne dzieci i osób dorastających w znacznej mierze zależy od wpływu bliskiego otoczenia społecznego. Takie wielowymiarowe postrzeganie zdrowia jest także odzwierciedlone w biopsychospołecznym modelu zdrowia, który stanowi podstawę teoretyczną wielu badań prowadzonych w naukach społecznych. Model biopsychospołeczny uwzględnia różnorodne czynniki, które mogą mieć znaczenie dla zdrowia jednostki. Wskazuje na wzajemne powiązania biologii, psychiki oraz kontekstu społecznego w funkcjonowaniu człowieka. Mając na uwadze kontekst rozwojowy, należy pamiętać, że szczególnie dzieci i młodzież są narażeni na problemy związane ze zdrowiem psychicznym. Istotny wpływ na rozwój właściwości psychicznych najmłodszych mają uwarunkowania, takie jak genetyka, rodzina, wychowanie, nauka (szkoła), rówieśnicy czy nowe technologie. Młodzi ludzie muszą stawić czoła zadaniom rozwojowym związanym z okresem dojrzewania. Często też muszą radzić sobie z presją rówieśniczą czy trudną sytuacją rodzinną. Wiek nastoletni to czas intensywnych zmian na poziomie biologicznym, które mogą wpływać na rozwój adolescentów w aspekcie psychicznym i społecznym.

Na przestrzeni kilku lat obserwujemy wzrost zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, a niewątpliwie stan pandemii, konflikt zbrojny i kryzys gospodarczy pogłębiły tę niekorzystną sytuację. Najbardziej kompleksowymi danymi dotyczącymi epidemiologii w odniesieniu do obszaru zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży w naszym kraju jest badanie EZOP II, należy jednak zaznaczyć, że zostało ono przeprowadzone przed pandemią Covid-19. Wyniki badań były prezentowane na konferencji podsumowującej projekt EZOP II w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 15–16 listopada 2021. Projekt był realizowany w latach 2017 oraz 2020 (42 miesiące) i obejmował swoim zasięgiem wszystkie grupy wiekowe: dzieci w wieku 0–6 lat, z rodzicami, dzieci i młodzież w wieku 7–17 lat oraz dorosłych w wieku 18 lat i więcej.

Dzieci w wieku 0-6 lat

W tej grupie wiekowej stosunkowo najczęściej występują zaburzenia emocjonalno-afektywne, które stwierdzono u ponad 6 proc. dzieci oraz zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia komunikacji społecznej oraz zaburzenia interakcji z innymi (komunikacji społecznej), które dotyczą ponad 4 proc. dzieci. W sumie opisywane w badaniu zaburzenia stwierdzono u ok. 16 proc. dzieci do 6. roku życia, co oznacza, że zaburzenia rozwojowe ma ponad 420 tys. dzieci w tym wieku.

Dzieci w wieku 7-17 lat

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że ponad pół miliona dzieci i młodzieży w Polsce cierpi na zaburzenia psychiczne, z czego ponad 200 tys. dzieci w wieku 7-11 lat i ponad 350 tys. młodzieży w wieku 12-17 lat. Zaburzeń internalizacyjnych, na które składają się przede wszystkim zaburzenia lękowe, doświadcza ponad 300 tys. Dzieci i młodzieży, ok. 8 proc. dzieci i 7 proc. młodzieży. Zaburzenia nastroju, w tym zaburzenia depresyjne i epizody manii, potwierdziło znacznie mniej, bo 70 tys. dzieci i młodzieży, wśród nich zdecydowana większość to nastoletnia młodzież. Można przypuszczać, zważywszy na podobne rozpowszechnienie epizodów depresji i manii, że przynajmniej kilkadziesiąt tysięcy dzieci/młodzieży cierpiało na chorobę afektywną dwubiegunową. Podobnie jak w przypadku zaburzeń internalizacyjnych, zaburzeń eksternalizacyjnych doświadczało ok. 300 tys. dzieci/młodzieży, w tym ponad 100 tys. doświadczało zaburzeń związanych z używaniem substancji.

Nie tylko samo występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową. Rokrocznie zwiększa się także liczba pacjentów będących dziećmi, którzy wymagają i korzystają z profesjonalnej pomocy. Analiza przeprowadzonych przez konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży świadczeń zdrowotnych tylko w sektorze publicznym, wykazała ponad dwukrotny wzrost liczby dzieci i młodzieży korzystających z opieki w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży na przestrzeni ostatnich trzech lat. W odniesieniu do zachowań samobójczych w 2023 r. Komenda Główna Policji odnotowała 2139 prób samobójczych w grupie wiekowej 7-18 lat. W przedziale 7-12 było to 78 prób niezakończonych śmiercią, a w przedziale 13-18 lat miało miejsce 1916 prób. Wśród 2139 prób samobójczych dzieci i nastolatków w 2023 r. 145 z nich zakończyło się śmiercią. Danych dotyczących zachowań samobójczych nie można analizować w oderwaniu od kontekstu. Trendy dotyczące tego zjawiska, a także jego dynamikę, należy śledzić w szerszych przedziałach czasowych. Warto przyjrzeć się im, analizując kolejne lata. Pierwszy poważny wzrost prób samobójczych wśród młodzieży można było zauważyć w 2021 r. - w porównaniu z 2020 r. odnotowano wówczas wzrost na poziomie 70 proc. Kolejny skokowy wzrost zaobserwowaliśmy, porównując dane udostępnione przez KGP z lat 2021 i 2022, wtedy wynosił on 40 proc.

Kolejne niepokojące wskaźniki dotyczą używania przez najmłodszych technologii cyfrowych. Wg raportu „Nastolatki 3.0” odnotowano po raz kolejny wzrost czasu korzystania z internetu przez nastolatki w dni powszednie. Obecnie jest to 5 godzin 36 minut (vs. 2020 r. – 4 godziny 50 minut). Aktywność nastolatków w dni wolne od zajęć szkolnych koncentruje się głównie na cyberprzestrzeni (średnio 6 godzin i 16 minut). Ponad połowa nastolatków (54,9 proc.) często lub bardzo często w trakcie korzystania z internetu lub smartfona równocześnie wykonuje inne zadania albo czynności. Ponad czterech na 10 nastolatków (44,5 proc.) przejawia niski poziom samooceny.

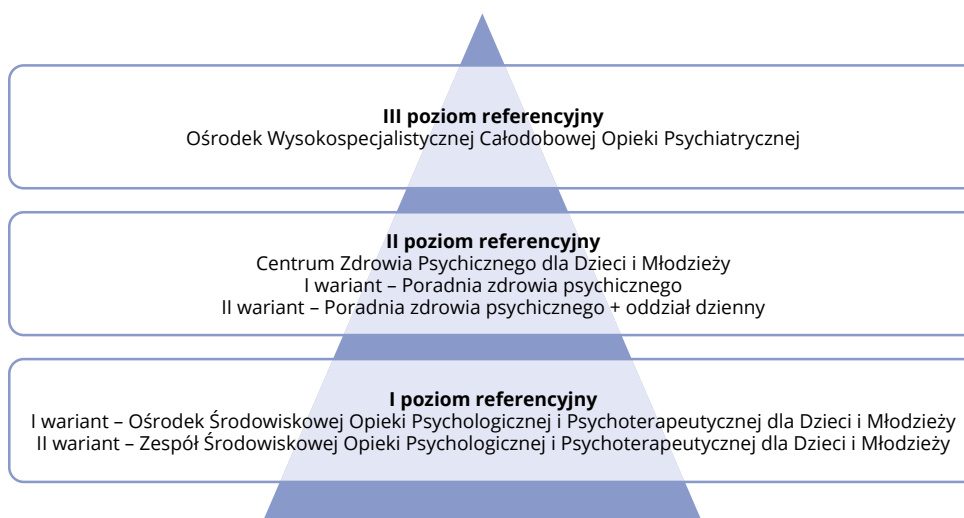
Niemal połowa młodych ludzi spotyka się w internecie z sytuacjami, w których ich znajomi są atakowani i obrażani (44,6 proc.). Ponad połowę nastolatków (53,9 proc.) cechuje wysoki (10,6 proc.) i powyżej przeciętnej (43,3 proc.) poziom poczucia osamotnienia w mediach społecznościowych. Trzech na 10 (31,1 proc.) nastolatków przyznało, że w ostatnim roku wzięło udział w wyzwaniu, w którym mogło dojść do narażenia życia lub zdrowia fizycznego/psychicznego – ich samych lub innych osób. 16,2 proc. nastolatków deklaruje, że nie jest w stanie wytrzymać bez mediów społecznościowych dłużej niż godzinę. Dla znaczącej grupy nastolatków (46,2 proc.) ważne jest postrzeganie swojego wyglądu i skupienie się na atrakcyjności fizycznej w odniesieniu do mediów społecznościowych.

Wśród najważniejszych wniosków z raportu przygotowanego przez NASK „Nastolatki wobec pornografii cyfrowej” znaleźć można następujące obserwacje: co piąty respondent spośród nastolatków wskazał, że jego kolega lub koleżanka ogląda pornografię w internecie kilka razy dziennie (20,6 proc.) bądź kilka razy w tygodniu (20,9 proc.). Jeden na trzech spośród najmłodszych uczestników badania nie potrafi określić, czy rzeczywistość seksualna przedstawiana w filmach pornograficznych jest taka jak w realnym życiu. Prawie co piąty z ankietowanych miał mniej niż 10 lat, kiedy po raz pierwszy zetknął się z treściami pornograficznymi. Regularną, codzienną praktykę oglądania filmów czy zdjęć pornograficznych deklaruje niemal co czwarty nastolatek oraz częściej niż co piąty młodszy badany. Czynności seksualne, do których przymuszono drugą osobę, widział w internecie prawie co trzeci 16-latek i niespełna co piąty badany w wieku 12–14 lat.

W związku z potrzebą pilnych zmian w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w naszym kraju Ministerstwo Zdrowia zajmuje się wdrażaniem nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, którego celem jest stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom. Odpowiadając m.in. na powyższe problemy i biorąc pod uwagę dyrektywy unijne oraz strategiczne dokumenty w Polsce, główne założenia modelu przedstawiają się następująco:

- deinstytucjonalizacja opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce zgodnie z trendami światowymi, dyrektywami unijnymi, strategicznymi dokumentami Polski, czyli ewolucyjne przenoszenie ciężaru organizacyjno-finansowego z leczenia szpitalnego (głównie porad lekarskich) na ambulatoryjne i środowiskowe (głównie porady psychologiczne i terapeutyczne);
- wdrożenie ścieżki pacjenta w systemie ochrony zdrowia psychicznego zgodnie ze standardami leczenia i optymalizacja wykorzystania kadr medycznych w systemie usług publicznych, np. porady lekarzy psychiatrów powinny być dla tych dzieci i młodzieży, które rzeczywiście wymagają diagnozy lekarskiej lub farmakoterapii;
- zapewnienie szybkiej interwencji przez specjalistów nie-psychiatrów w systemie ochrony zdrowia psychicznego, tj. psychologów, psychoterapeutów dzieci i młodzieży, terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży;
- wzrost dostępności do usług ambulatoryjnych i środowiskowych na poziomie powiatów;
- rozwój świadczeń środowiskowych, tj. wprowadzenie obowiązku współpracy ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym poza podmiotem leczniczym;
- stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom – wyrównywanie różnic pomiędzy poszczególnymi regionami;
- rozwój kadr medycznych pod kątem nowego systemu organizacji usług w psychiatrii dzieci i młodzieży.

Wdrożenie nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży poprzedziły pilotaże, w tym projekty finansowane ze środków EFS. Na przełomie lat 2018–2022 powstało ponad 10 środowiskowych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, wyniki i rozwiązania organizacyjne miały wpływ na rozwiązania systemowe. Nowy model składa się z trzech poziomów referencyjnych:



Opracowanie Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia

I POZIOM REFERENCYJNY

Ośrodki lub zespoły środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży to placówki, z których można skorzystać bez skierowania lekarskiego. Pracują w nich psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi. Udzielają oni pomocy dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. Ich celem jest wczesna reakcja na pojawiające się problemy, co pozwoli nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oraz jego hospitalizacji. Docelowo ośrodki I poziomu referencyjnego mają funkcjonować w każdym powiecie lub grupie powiatów, co zapewni dostępność pomocy blisko miejsca zamieszkania dzieci oraz umożliwi współpracę ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza placówkami oświatowymi. Pierwsze ośrodki I poziomu referencyjnego rozpoczęły działalność w 2020 r. Wg stanu na 7 sierpnia 2024 r. w Polsce działało już 489 ośrodków/zespołów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci.

II POZIOM REFERENCYJNY

W centrach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży pracują już lekarze psychiatry. Pacjenci wymagający intensywniejszej opieki w wybranych placówkach mogą skorzystać ze świadczeń także w ramach oddziału dziennego. Jeden ośrodek II poziomu referencyjnego ma obejmować wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów. Wg stanu na 7 sierpnia 2024 r. w Polsce działało 172 centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – 83 realizujących świadczenia w zakresie poradni zdrowia psychicznego oraz 89 z poradnią zdrowia psychicznego i oddziałem dziennym.

III POZIOM REFERENCYJNY

Na najwyższym poziomie referencyjnym funkcjonują ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. Znajdą w nich pomoc pacjenci z najpoważniejszymi zaburzeniami, w tym w szczególności w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym oraz w trybie planowym. Co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego znajduje w każdym województwie. Według stanu na dzień 7 sierpnia 2024 r. w Polsce działają 34 ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej.

Został także wdrożony program wsparcia psychiatrii dzieci i młodzieży, mający na celu poprawę sytuacji w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, szczególnie w kontekście poprawy infrastruktury i unowocześnienia placówek, dofinansowany został program profilaktyki uzależnień cyfrowych oraz podniesione zostały wyceny świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Psychiatria dzieci i młodzieży jest wpisana na listę dziedzin priorytetowych, a więc podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo oraz przewidziane są dodatkowe miejsca na rezydentury. Niezbędnym elementem funkcjonowania nowego modelu jest rozwój

pozostałych kadr specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego najmłodszych. W związku z tym zdecydowano się na wprowadzenie regulacji dotyczących nowych zawodów:

- specjalizacja „psychoterapia dzieci i młodzieży” została wprowadzona rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2019, poz. 226). Program specjalizacji został ogłoszony w czerwcu 2019 r. We wrześniu 2020 r. odbyły się pierwsze egzaminy specjalizacyjne;
- kwalifikacja rynkowa „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” została włączona do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji obwieszczeniem ministra zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 1279);
- opracowany został nowy program specjalizacji z psychologii klinicznej w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży (kwiecień 2018 r.);
- dokonano zmian w zakresie programów specjalizacyjnych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z uwzględnieniem wdrażanego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży skoncentrowanej na oddziaływaniach w środowisku naturalnym małoletniej osoby opartym na współpracy wewnątrz i międzysektorowej. Mając na uwadze deficyty kadrowe, wprowadzono nowy moduł dla specjalistów pediatrów z okresem trwania szkolenia trzy lata.

Zrozumienie, jakie czynniki wpływają na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, jest kluczem do znalezienia potrzeb, jakie odczuwają najmłodszy oraz problemów, z jakimi się mierzą – a tym samym do wskazania rozwiązań, które mogą wpłynąć na poprawę sytuacji w tym obszarze. Identyfikacja zagrożeń dla dobrostanu psychicznego stanowi niezbędny element dla możliwości sformułowania odpowiednich programów i polityk, które będą promowały i chroniły zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Warto podkreślić, że dany czynnik w zależności od sytuacji może stanowić czynnik ochronny albo ryzyka. Np. bezpieczna, wolna od przemocy rówieśniczej szkoła będzie stanowić czynnik ochronny. Jeśli jednak jest odwrotnie – zaliczymy ją już jako czynnik ryzyka. Z tego powodu tak ważne jest określenie ekosystemu, z jakim dzieci i młodzież pozostają w ścisłej zależności w trakcie swojego rozwoju psychofizycznego, z uwzględnieniem indywidualnej sytuacji każdego dziecka.

Cele prezydencji Polskiej w celu związanym ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży powinny być skupione wokół trzech zagadnień. Wspierają one główne cele polityk [1]^{219,[2202212]} [3] rekomendowanych przez Komisję Europejską i rozwój dobrych praktyk^{222 2232245],[6]} w obszarze zdrowia psychicznego. Są to:

1. Rozwój kompetencji i umiejętności specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży oraz udowodnionych naukowo terapii w podejściu środowiskowym (community-based mental health services)²²⁵. Rekomendacje Komisji Europejskiej²²⁶ wskazują, że rozwój usług środowiskowych w społecznościach lokalnych istotnie przyczynia się do zwiększania dostępności usług dla dzieci, młodzieży oraz ich rodzin z problemami psychicznymi. Jest też kluczowym czynnikiem ograniczenia poczucia samotności wśród młodych osób²²⁷. Niemniej jedną z poważniejszych barier jest brak kompetencji personelu medycznego, edukacyjnego

219 https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en

220 European Commission: Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture, Wellbeing and mental health at school – Guidelines for school leaders, teachers and educators, Publications Office of the European Union, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2766/760136>

221 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/FS_23_3051

222 <https://ja-imental.eu/>

223 <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/mental-health>

224 https://health.ec.europa.eu/publications/good-practices-mental-health-and-well-being-mental-health-services-community_en

225 <https://eu-promens.eu/eu-promens>

226 https://health.ec.europa.eu/publications/towards-community-based-and-socially-inclusive-mental-health-care_en

227 Strategia Unii Europejskiej na rzecz młodzieży na lata 2019–2027 (Dz.U. C 456 z 18.12.2018)

- czy socjalnego we współpracy na poziomie społeczności lokalnych. Ponadto istnieje niewiele programów i metod terapii dzieci, młodzieży i ich rodzin, które są szczególnie zorientowane na pracę środowiskową i współpracę wielozespołową.
2. Promocja i rozwój warunków do bardziej intensywnego wdrażania współpracy międzysektorowej w krajach członkowskich. Doświadczenia Polski z wdrażania środowiskowych centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (community-based mental health centres for children and adolescents) wskazują, że rozwój współpracy międzysektorowej napotyka na wiele złożonych problemów. Głównie dotyczy to regulacji prawnych (RODO/GDPR), zasad finansowania, bezpieczeństwa danych czy rozwiązań organizacyjno-technicznych (przepływ informacji pomiędzy systemami i rejestrami różnych sektorów publicznych). W pracach nad dyrektywami dotyczącymi ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w tym tworzenia bazy danych zdrowotnych, istotne jest, aby podejście międzysektorowe (cross-sectoral approach) było kryterium horyzontalnym. Bez odpowiednich regulacji prawnych oraz rozwiązań dotyczących przetwarzania danych wrażliwych²²⁸ nie jest możliwy rozwój współpracy pomiędzy specjalistami z różnych sektorów na poziomie społeczności lokalnych, w tym takich inicjatyw jak Multi-Sectoral MHPSS Assessment Toolkit²²⁹. Aktualnie realizowany projekt Komisji Europejskiej Technical Member State support for cross-sectoral mental health services jest jedną z nielicznych inicjatyw Komisji i krajów członkowskich, w której testuje się rozwiązania dla współpracy międzysektorowej.
 3. Wzmocnienie roli podmiotów oświaty²³⁰ w profilaktyce zdrowia psychicznego oraz wdrażanie rozwiązań zapobiegającym kryzysom psychicznym w pracy. Wzmocnienie implementacji rekomendacji Komisji Europejskiej w środowisku szkolnym (dzieci i młodzież) oraz pracowniczym (rodzice/opiekunowie prawni) może przyczynić się do zmniejszania liczby zachowań samobójczych wśród dzieci i adolescentów. Ponadto czynnikiem najlepiej chroniącym dzieci i młodzież przed kryzysami psychicznymi jest prawidłowo ukształtowana więź z ich rodzicami/opiekunami prawnymi. Rozwijanie w ramach profilaktyki metod rozwoju terapii więzi o udowodnionej skuteczności oraz programów wzmacniających kompetencje rodziców w tym obszarze powinno być kluczowe.

Problemy i priorytety w psychiatrii dorosłych

prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek

prezes zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

„Nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”. Zdrowie psychiczne jest fundamentem zdrowego społeczeństwa. Zaburzenia psychiczne stanowią jedno z największych wyzwań opieki zdrowotnej. Badanie epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce (EZOP II) wskazuje, że różnych zaburzeń psychicznych doświadcza w swoim życiu więcej niż jedna czwarta dorosłych mieszkańców Polski, czyli ponad 8 mln osób. Natomiast zaledwie kilkanaście procent osób z zaburzeniami psychicznymi korzysta z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Wynika to nie tylko ze słabej dostępności specjalistów, ale też z powodu uprzedzeń innych ludzi wobec chorych i wciąż obecnej stygmatyzacji pacjentów.

228 <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2024/03/15/european-health-data-space-council-and-parliament-strike-provisional-deal/>

229 https://www.mhpssmsp.org/sites/default/files/2024-07/Multi-sectoral_proc.20MHPSS_proc.20assessment_proc.20toolkit_proc.20for_proc.20field_proc.20testing_proc.202024.pdf

230 <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/mental-health>

Pozostałe źródła, z których korzystano opracowując powyższy dokument:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>

NASTOLATKI 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów i rodziców Państwowy Instytut Badawczy II EDYCJA RAPORTU NA PODSTAWIE DANYCH KOMENDY GŁÓWNEJ POL ICJ I I SERWISU POMOCOWEGO WWW.ZWJR.PL, Warszawa 2023

Jakkolwiek dzięki realizowanej reformie psychiatrii dorosłych i powstaniu Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) z korzystniejszym, ryczałtowym finansowaniem i odpowiedzialnością terytorialną za zdrowie psychiczne populacji znacząco poprawiła się jakość opieki nad chorymi (zwłaszcza tymi najciężej doświadczonymi schizofrenią i innymi psychozami), to wciąż pozostaje bardzo wiele obszarów, które wymagają poprawy.

Dalsze działania antystygmatyzacyjne

Choroby psychiczne od zawsze podlegały społecznemu napiętnowaniu i nadal – pomimo ogromnego postępu psychiatrii – są negatywnie przedstawiane w mediach, sztuce czy w zwykłym życiu. Wokół nich narosło szereg niebezpiecznych mitów. Osoby chore są dyskryminowane w rodzinie (np. przez ograniczanie sprawczości i inicjatywy przez członków rodziny i inne osoby, motywowane troską o pacjenta), w pracy, w miejscach publicznych, a nawet w relacjach ze służbą zdrowia. Często wynika to z niewystarczającej wiedzy, a co za tym idzie – z lęku przed nieznanym. Piętnu publicznemu towarzyszy autostygmatyzacja, czyli negatywne przekonania o sobie samym, wpływające na jakość życia, interakcje społeczne, zgłaszanie się po pomoc. W ubiegłym roku Fundacja Nie Widać Po Mnie wspólnie z Fundacją EPI-Bohater zainicjowały kampanię edukacyjną pt. „Wyprostuj spojrzenie”, która ma na celu budowanie świadomości dot. depresji, schizofrenii i epilepsji. W ramach projektu przeprowadzono dwa badania dotyczące przekonań na temat zaburzeń psychicznych – jedno badanie osób dorosłych z populacji ogólnej, a drugie – pracowników służby zdrowia. Badania miały na celu poznanie poziomu wiedzy i obecnych mitów oraz stereotypów dotyczących depresji i schizofrenii i unaocznili, że problem istnieje i jest niebagatelny. Przeciwdziałanie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi to jedno z ważnych zadań środowiska psychiatrów, reprezentowanego przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP). Działania powinny się odbywać z uwzględnieniem edukacji, organizacji ochrony zdrowia psychicznego (zwłaszcza dalsze promowanie i rozwój psychiatrii środowiskowej oraz tworzenie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych), dostępu do nowoczesnego leczenia, miejsca pacjenta w lokalnej społeczności (np. tworzenie miejsc pracy chronionej, programy społeczne).

Dostęp do rzetelnej i fachowej psychoterapii

Psychoterapia stanowi metodę leczenia o udowodnionej skuteczności. Może być podstawowym sposobem leczenia (np. w zaburzeniach osobowości) lub komplementarnym do stosowanej farmakoterapii. Musi być prowadzona w określonych warunkach przez osoby o wysokich kompetencjach zawodowych, przestrzegające kodeksu etyki. Wyrazem tych kompetencji są ukończone kursy i szkolenia, zdane egzaminy i uzyskanie certyfikaty wydawane przez towarzystwa naukowe lub uzyskanie specjalizacji (np. specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży) w ramach CMKP. Możliwość prowadzenia usług psychoterapeutycznych przez przypadkowe osoby musi zostać całkowicie ograniczona (stąd konieczność regulacji ustawowej).

Optymalizacja opieki nad pacjentami w wieku podeszłym

Starzenie się społeczeństwa i coraz dłuższy oczekiwany czas życia stawia przed psychiatrią duże wyzwania. Pacjent psychogeriatryczny to najczęściej osoba z wielochorobowością, poddana polifarmakoterapii, często w trudnej sytuacji społecznej i materialnej (osamotnienie, ubóstwo). Największe wyzwanie stanowi depresja (występująca u osób w wieku podeszłym dwukrotnie częściej niż zespoły otępienne) i schorzenia neurodegeneracyjne. Pacjent wymaga nie tylko rzetelnej diagnostyki (badania neuropsychologiczne, neuroobrazowanie), ale i opieki wielospecjalistycznej oraz zaangażowania i pomocy ze strony odpowiednich instytucji (np. MOPS). Warto podejmować i przeznaczyć finansowanie na różne działania prewencyjne skierowane do seniorów (np. CAS-y, Uniwersytety Trzeciego Wieku, tworzenie rozwiązań teleinformatycznych itp.).

Programy specjalistyczne i III poziom referencyjny

Centra Zdrowia Psychicznego stanowią realizację I poziomu opieki nad pacjentem psychiatrycznym. Jednak, aby reforma psychiatrii mogła się dokonać, bezwzględnie konieczne jest rozwijanie i adekwatne finansowanie programów specjalistycznych. Tzw. II poziom referencyjny to opieka psychiatryczna planowa, realizowana w ramach specjalistycznych produktów lub programów

zdrowotnych świadczonych w trybie stacjonarnym, dziennym lub ambulatoryjnym przez sprofilowane oddziały i poradnie psychiatryczne. Rekomendowane jest opracowanie i wdrożenie produktów oraz wystandaryzowanych programów terapeutycznych w zakresie diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji osób z określonymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności z:

- lekoopornymi zaburzeniami afektywnymi i schizofrenią lekooporną,
- pierwszym epizodem psychotycznym,
- zaburzeniami odżywiania,
- ciężkimi zaburzeniami osobowości,
- zaburzeniami lękowymi i psychosomatycznymi (tzw. leczenia nerwic, które wymaga intensywnej psychoterapii),
- zaburzeniami psychicznymi w wieku podeszłym,
- zaburzeniami psychicznymi i współchorobowością somatyczną (w tym schorzeniami neurologicznymi),
- z tzw. podwójnymi diagnozami (np. schizofrenia i uzależnienie).

Dodatkowo istotne byłoby powołanie i odmienne finansowanie ośrodków tzw. III poziomu referencyjnego (oddziały psychiatryczne dysponujące odpowiednią określoną kadrą medyczną, programami oraz aparaturą i sprzętem medycznym, które objęłyby opieką szczególnie trudnych pacjentów).

Uzależnienia

Wielki problem stanowią uzależnienia. Przykład Stanów Zjednoczonych pokazuje, że nawet tak rozwinięty kraj, z wiodącymi w świecie osiągnięciami medycyny nie radzi sobie z klęską uzależnienia od opiatów, które przyczyniły się do śmierci ok. 645 tys. mieszkańców USA między 1999 r. a 2021 r. W samym 2021 r. zmarło z tego powodu ok. 80 tys. Amerykanów – to 10-krotny wzrost względem 1999 r. Nie można mieć złudzeń, że ta epidemia ominie Europę i Polskę. Oczywiście, problemem jest również nadużywanie innych substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu. Wg Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a z jego spożywaniem wiąże się ponad 200 rodzajów chorób i urazów. Corocznie z przyczyn bezpośrednich i pośrednich związanych ze spożywaniem alkoholu umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób. Od kilku lat widoczna jest wyraźna tendencja zwiększania się liczby zgonów z tego powodu. W 2021 r. w odniesieniu do poprzedniego roku o ponad 40 proc. zwiększyła się liczba zgonów z powodu zatrucia alkoholem, a o 5 proc. chorób wątroby. Nie można również bagatelizować uzależnienia od nikotyny i wynikających z niego konsekwencji zdrowotnych (uzależnienie to jest powszechne u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, przyczyniając się do skrócenia oczekiwanego czasu przeżycia w stosunku do populacji ogólnej). Nowe wyzwania w tym obszarze, a w szczególności profilaktyka uzależnień, wymagają efektywnej współpracy międzyresortowej, m.in. resortu zdrowia, resortu edukacji narodowej, resortu finansów, resortu rolnictwa, a także Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Prace nad optymalnymi regulacjami w tym obszarze powinny być koordynowane przez pełnomocnika rządu ds. zdrowia publicznego, którego należy pilnie powołać.

Przykładem inicjatywy, która wymaga skutecznej współpracy wielu urzędów i resortów jest opracowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i przekazany do KPRM projekt Narodowej strategii kontroli palenia tytoniu i używania wyrobów nikotynowych. Efektywne wdrożenie takiego programu w Polsce wpłynie istotnie na poprawę zdrowia publicznego i pozwoli ograniczyć wielomiliardowe koszty związanej z leczeniem licznych chorób, stanowiących konsekwencję uzależnienia od nikotyny.

Podsumowanie

Aby osiągnąć te wszystkie wymienione powyżej cele, konieczne jest zwiększenie środków przeznaczonych na psychiatrię, do średniej europejskiej ok. 6 proc. publicznych wydatków na zdrowie.

Profilaktyka – holistyczne spojrzenie na pacjenta i współpraca między poszczególnymi obszarami ochrony zdrowia

prof. dr hab. n. med. Maciej Banach

przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego w latach 2010–2012, prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, adiunkt Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore (USA)

Profilaktyka, prewencja czy zapobieganie chorobom to najważniejszy filar każdego systemu ochrony zdrowia, przynajmniej z założenia. Tylko tak funkcjonujący system jest w stanie stawić czoło wyzwaniom związanym ze starzejącym się społeczeństwem, zjawiskiem wielochorobowości oraz niżem demograficznym. W Polsce liczba urodzeń jest obecnie o 140 tys. mniejsza niż liczba zgonów rocznie, co stanowi ogromne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, oznaczając, że za dwie, trzy dekady liczba osób powyżej 65. roku życia będzie stanowiła 35-40 proc., a liczba osób powyżej 80. roku życia nawet ponad 20 proc. populacji¹. To wyzwanie nie tylko z punktu widzenia dostępności świadczeń dla osób w wieku podeszłym, nierzadko z wieloma czynnikami ryzyka i schorzeniami, ale także dostępności kadry (ogromna luka pokoleniowa, brak specjalistów), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy specjalistycznych miejsc szpitalnych (brak łóżek geriatrycznych, paliatywnych, opieki długoterminowej).

Odpowiedzią na te wyzwania powinny być dobrze przygotowane programy profilaktyczne składające się z dobrze zaplanowanej edukacji zdrowotnej, która na każdym etapie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej powinna uczyć pacjenta na temat zdrowego stylu życia, samobadania, niepokojących objawów chorób, dobroczynnego wpływu szczepień, czy na temat leków z informacją, dlaczego należy je regularnie, często do końca życia stosować. W prawidłowo przygotowanym modelu opieki koordynowanej w prewencji pierwotnej edukacja powinna stanowić nawet 85 proc. całości rozwiązań, a w jej skutecznym wdrażaniu powinni brać udział nie tylko lekarze i pielęgniarki, ale także asystenci lekarza, dietetycy, psychologowie czy farmaceuci. Tylko taki model skutecznej edukacji może spowodować, że:

1. Pacjenci będą znali niepokojące objawy poszczególnych chorób i odpowiednio wcześniej je zgłaszali, umożliwiając wczesne rozpoznania.
2. Pacjenci będą się zgłaszali do lekarza tylko wówczas, kiedy objawy będą to uzasadniały, co zmniejszyłoby bardzo długie kolejki do specjalistów obserwowane obecnie w Polsce (np. 526 dni do poradni genetycznej dla dzieci, 491 dni do poradni endokrynologicznej osteoporozy czy prawie 190 dni do poradni chirurgii naczyniowej)².
3. Pacjenci bez ważnych powodów nie odwoływaliby wizyt u lekarzy, a o każdej odwołanej wizycie możliwie wcześniej informowaliby, szacuje się, że jest to nawet 1,4 mln neodwołanych wizyt rocznie, które zdecydowanie wydłużają kolejki do lekarzy. Najczęściej wizyty neodwoływane są do ortopedów – ponad 420 tys., następnie do kardiologów – 280 tys. neodwołanych wizyt, fizjoterapeutów – ponad 180 tys., endokrynologów – ok. 120 tys. i onkologów – aż 100 tys. neodwołanych wizyt³.
4. Pacjenci będą stosowali się do zmiany stylu życia, obejmującego zdrową, dobrze spersonalizowaną dietę w zależności od chorób współistniejących i czynników ryzyka, regularny, indywidualnie dopasowany wysiłek fizyczny (w Polsce tylko 8 proc. osób ma codzienny wysiłek fizyczny), będą unikali wszelki używek i dbali o zdrowy sen i brak stresu.
5. Pacjenci będą stosowali się do zaleceń lekarza, regularnie przyjmowali leki, nie odstawiali ich i nie zmniejszali dawek. Dostępne dane wskazują, że nieadherencja to niezależny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, w przypadku tylko statyn stosowanie się do zaleceń może o 45 proc. zmniejszyć ryzyko zgonu⁴. Dla przykładu wprowadzenie algorytmu PLIP (Personalized Lipid Intervention Plan) przez Międzynarodowy Panel Ekspertów Lipidowych

umożliwia istotne zmniejszenie ryzyka nieadherencji i dyskontynuacji leczenia statynami, tylko w wyniku dobrze zaprojektowanej edukacji pacjentów⁵.

6. Dobrze wyedukowani pacjenci będą znacznie lepiej przygotowani, by zmierzyć się z wszechobecnymi „fake newsami” na temat zdrowia, będzie im łatwiej także pytać lekarza w przypadku wątpliwości co do informacji przeczytanych lub zasłyszanych na temat zdrowia, objawów, chorób czy leczenia.
7. Dobrze wyedukowani pacjenci są swoistymi ambasadorami zdrowia, informując swoich najbliższych, znajomych, w pracy i najbliższym otoczeniu o konieczności szczepienia się (w Polsce mniej niż 10 proc. dorosłych osób szczepi się przeciwko grypie), badania się, przyjmowania leków i zdrowego stylu życia.

W kontekście edukacji zdrowotnej należy koniecznie powiedzieć, że powinna się ona zacząć możliwie jak najwcześniej (we wczesnych latach szkolnych), tak by dzieci dobrze wyedukowane zdrowotnie mogły te wiedze przekazać rodzeństwu, rodzicom i dziadkom. Taki model został już wiele lat temu zaproponowany przez prof. Valentina Fustera z Nowego Jorku (urodzonego w Hiszpanii), który rozpoczął Kompleksowy Program Zdrowotny (Comprehensive Health Program) nazwany SI!, który wciąż jest realizowany w Hiszpanii. Badanie prowadzone przez Fundację SHE ma na celu promocję zdrowia układu krążenia, od przedszkola do szkoły średniej poprzez interwencję w czterech obszarach bezpośrednio związanych z odżywianiem, świadomością i wiedzą na temat swojego ciała i serca, aktywnością fizyczną i zarządzaniem emocjami⁶. Wyniki programu SI! jednoznacznie wykazały, że po wielu latach edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży tworzymy zdrowe społeczeństwo, które nie wymaga rozporządzeń i zakazów, by wiedzieć jaką dietę stosować u siebie i najbliższych, czym jest spersonalizowany wysiłek fizyczny, dlaczego nie można nadużywać alkoholu i unikać palenia papierosów, dlaczego trzeba się szczepić i profilaktycznie badać, dlaczego trzeba regularnie chodzić do lekarza i przyjmować zapisane leki. W 2019 r. prof. Fuster ogłosił także wyniki badania FAMILIA, które jednoznacznie potwierdziły, że bardzo wczesna edukacja (ok. dwie godziny tygodniowo przez cztery miesiące) w okresie przedszkolnym, może wiązać się z istotną poprawą wiedzy na temat zdrowego stylu życia u dzieci i ich całych rodzin⁷.

O podobne założenia „Wiedzy o Zdrowiu” wielu ekspertów w Polsce walczy od 10-15 lat, co zaowocowało, że we wrześniu 2025 r. przedmiot edukacja zdrowotna – niestety w formie fakultatywnej – będzie dostępny w polskich szkołach. Edukacja zdrowotna zastąpi wychowanie do życia w rodzinie, a przedmiot jest przewidziany dla uczniów klas IV-VIII szkół podstawowych i a także klas I-III szkół ponadpodstawowych – liceów ogólnokształcących, techników, branżowych szkół I stopnia⁸. Wg założeń w podstawówce uczeń ma zdobyć następujące umiejętności:

- Realizowanie działań wpływających na utrzymanie, poprawę i ochronę zdrowia.
- Rozpoznawanie i reagowanie na sytuacje zagrażające życiu i zdrowiu.
- Budowanie pozytywnego wizerunku siebie i innych osób oraz podtrzymywanie zdrowych relacji interpersonalnych.
- Promowanie w swoim otoczeniu postaw opartych na zdrowym stylu życia.
- Monitorowanie aktualnego stanu zdrowia we wszystkich jego wymiarach.
- Poszukiwanie, weryfikowanie i analizowanie informacji w zakresie własnego zdrowia i czynników na nie wpływających⁹.

Skuteczna implementacja tego przedmiotu mogłaby się przełożyć w perspektywie 20-30 lat na znacznie mniejszą chorobowość i istotnie lepsze wskaźniki zdrowotne, co potwierdził już program SI! oraz program koordynowanej opieki w prewencji pierwotnej realizowanej w Słowenii od lat 90.

Czy w Polsce mamy przykłady programów typowo profilaktycznych? Zdecydowanie tak, zaczynając od bilansów zdrowotnych dzieci (na które niestety zgłasza się coraz mniej rodziców z dziećmi, na bilansie sześciolatka zgłaszalność wynosi ok. 75 proc.) do programu obowiązkowych szczepień. Warto wspomnieć, że oczekiwane jest wprowadzenie w bilansie sześciolatka badania profilu lipidowego w kierunku uniwersalnego screeningu rodzinnej hipercholesterolemii, co zostało

zatwierdzone przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w 2024 r., a co wg szacunków pozwoliłoby na rozpoznanie prawie 30 tys. dzieci z podejrzeniem choroby¹⁰. Niestety w dobie denializmu nauki (w Polsce zaufanie do nauki jest jedno z najniższych w Europie) szczególnie w okresie po pandemii, obserwujemy coraz więcej odmów szczepień obowiązkowych dzieci – prawie siedmiokrotny wzrost w ostatnich 10 latach, od 12,7 tys. uchyień w 2014 r., do prawie 90 tys. uchyień od szczepień obowiązkowych u dzieci w 2023 r.¹¹. To bezpośrednio przekłada się na 35-krotny wzrost zachorowania na krztusiec w 2024 r. (32,4 tys. przypadków)¹² czy na odrę, na którą od stycznia do 31 lipca 2024 r. zanotowano 246 przypadków, tj. >10-krotnie więcej niż w tym samym okresie ubiegłego roku i blisko siedmiokrotnie więcej niż w całym 2023 r., kiedy odnotowano w Polsce tylko 36 potwierdzonych przypadków odrzy¹³. Do tego należy dodać programy profilaktyczne w podstawowej opiece zdrowotnej – dotyczącej palenia czy chorób układu krążenia (CHUK) – dla osób w wieku 35-65 lat, w którym raz na pięć lat można otrzymać skierowanie na badania ciśnienia tętniczego krwi oraz badań biochemicznych, na podstawie których lekarz dokonuje oceny ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia oraz wskazuje, w zależności od potrzeb, zalecenia edukacji zdrowotnej i ponownego badania za pięć lat, pozostawienia pacjenta pod kontrolą lekarza POZ poza programem czy skierowania na dalsze leczenie do specjalisty¹⁴. Nadal niestety z programu korzysta tylko niewielki odsetek pacjentów, w 2022 r. było to niewiele ponad 220 tys. pacjentów¹⁴.

Warto w tym miejscu wspomnieć o pierwszym programie zdrowotnym w Polsce nastawionym na profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych i cywilizacyjnych – wprowadzonym w lipcu 2021 r. – programie Profilaktyka 40+. Program oferuje bezpłatne pakiety badań dla kobiet i mężczyzn, a wybór badań zależy od ankiety, którą przed badaniem koniecznie trzeba wypełnić. Od początku funkcjonowania programu, do stycznia 2025 r., ankiety w programie wypełniło prawie 5 mln, natomiast niewiele ponad 4 mln ankiet zostało zrealizowanych i podjętych^{15,16}. Uprawnionych do udziału w programie jest nawet 20 mln osób powyżej 40. roku życia. Założenia programu są bardzo dobre, można dyskutować o zakresie badań oferowanych, ale największym zarzutem jest brak edukacji nakierowanej do osób uprawnionych do skorzystania z programu, by mogli realnie z niego skorzystać i, co ważniejsze, brak kontynuacji w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości po uzyskaniu wyników – pacjent zostaje z tym sam, a mógłby automatycznie trafiać np. do programu CHUK (jeśli wyniki wskazywałyby na ryzyko sercowo-naczyniowe) czy do koordynowanej opieki w POZ.

Podobne pozytywne założenia dotyczące profilaktyki sercowo-naczyniowej zostały zaproponowane w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (NPCHUK), przyjętego przez rząd już w grudniu 2022 r. Program, na który na lata 2022–2032 przeznaczono 2,7 mld zł, koncentruje się na działaniach w pięciu kluczowych obszarach – inwestycjach w kadry, edukację i profilaktykę, pacjenta, naukę i innowacje oraz system opieki kardiologicznej. Ma on bardzo ambitne cele, które bezpośrednio wynikają z wyzwań zdrowotnych Polaków w tym obszarze, m.in.:

- Obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, w tym obniżenie nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia (długość trwania życia, liczba zgonów oraz chorobowość) do średnich wskaźników w EU-27.
- Zmniejszenie różnic regionalnych w zachorowalności i umieralności związanej z dostępnością do świadczeń zdrowotnych.
- Zredukowanie poziomu klasycznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w populacji z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu.
- Poprawa organizacji badań naukowych w kardiologii oraz zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w zakresie m.in. identyfikacji populacji najbardziej narażonych na ryzyko zachorowania na choroby sercowo-naczyniowe oraz wypracowania rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych¹⁷.

W zakresie inwestycji w edukację, profilaktykę i styl życia program NPCHUK zakłada (1) zmniejszenie odsetka dziewcząt i chłopców w wieku 11-15 lat oraz kobiet i mężczyzn z nadmierną masą ciała, (2) zwiększenie odsetka dziewcząt i chłopców w wieku 15 lat oraz kobiet i mężczyzn

deklarujących niepalenie wyrobów tytoniowych, (3) ograniczenie spożycia alkoholu czy zmniejszony odsetek osób z nierozpoznanym nadciśnieniem tętniczym i redukcję średniej wartości ciśnienia tętniczego w populacji polskiej¹⁷. Ponownie pominięto w celach programu najczęściej występujący czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego – zaburzenia lipidowe, który występuje nawet u 70 proc. społeczeństwa, którego świadomość jest najmniejsza i dotyczy tylko co siódmego Polaka, a skuteczność leczenia wynosi tylko 20-25 proc.¹⁸ Co więcej program szczegółowo nie określa, jakich redukcji oczekujemy na koniec jego funkcjonowania w 2032 r., co jest kluczem właściwej jego realizacji, a co najważniejsze w zakresie wspomnianych powyżej założeń właściwie nie zaczął jeszcze działać. Niezależenie NPCHUK stanowi nadzieję na skuteczną edukację i profilaktykę pierwotną, szczególnie jeśli będzie monitorowany śródokresowo i optymalizowany w zakresie oczekiwań i realizacji punktów końcowych.

W kontekście leczenia zaburzeń lipidowych warto wspomnieć o ogromnej nieskuteczności i braku wsparcia lekarzy (pomimo starań od 2009 r.) w rozpoznawaniu chorób rzadkich przebiegających z syntezą i metabolizmem cholesterolu, przede wszystkim homozygotycznej postaci rodzinnej hipercholesterolemii – zdiagnozowano dotychczas tylko siedmiu pacjentów na szacowanych 150 czy zespołu rodzinnej chylomikronemii – dla której nie ma danych co do liczby pacjentów zdiagnozowanych i leczonych. Sytuacja nie wygląda lepiej również w przypadku heterozygotycznej postaci rodzinnej hipercholesterolemii, która, pomimo że nie spełnia kryteriów choroby rzadkiej (częstość występowania 1:250-1:300), istotnie zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Dotychczas udało się rozpoznać w Polsce tylko ok. 7 tys. pacjentów, co stanowi ok. 5 proc. pacjentów z tym schorzeniem genetycznym¹⁹. Dlatego tak ważne jest wprowadzenie zatwierdzonego już dwukrotnie w ostatnich latach Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, który ma szansę istotnie poprawić rokowania tych pacjentów²⁰.

Podsumowując, w polskim systemie ochrony zdrowia są rozwiązania, które łącznie mogłyby stanowić koordynowany program w prewencji pierwotnej, natomiast na razie charakteryzują się olbrzymią silosowością, brakiem powiązań, relatywnie słabą realizacją i/lub brakiem realnej implementacji. Warto byłoby także korzystać z już istniejących rozwiązań, jak np. z programu opieki koordynowanej w prewencji pierwotnej wprowadzonego w Słowenii w 1998 r., który po ponad 10 latach przełożył się na ponad 50 proc. zmniejszenie ryzyka zawału mięśnia sercowego i prawie o 20 proc. ryzyka przedwczesnego zgonu w tym kraju²¹. Wówczas mielibyśmy realną szansę, by Polska nie była w grupie krajów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego z 80 tys. zawałów serca i taką samą liczbą udarów i z ponad 160 tys. zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych rocznie. Warto też zwrócić uwagę, że w Polsce z rozpoznaną chorobą nowotworową żyje ok. 2 mln pacjentów, a po zawale serca niewiele ponad 1 mln, ponieważ nawet 26 proc. umiera w ciągu trzech lat po zawale²². Dlatego musimy zrobić wszystko, by te niekorzystne trendy zmienić, a profilaktyka/prewencja jest bez wątpienia najlepszym narzędziem na to. Może czas prezydencji Polski w Unii Europejskiej to odpowiedni moment na to?

PIŚMIENNICTWO:

1. <https://www.money.pl/emerytury/oskar-sobolewski/najstarszy-region-w-polsce-tam-zyje-najwiecej-seniorow-6988910293208000a.html>
2. <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/oczekiwanie-na-swiadczenia-ambulatoryjnej-opieki-specjalistycznej>
3. <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,35136,30682144,pacjenci-maja-w-nosie-lekarzy-innych-pacjentow-tez-rzadko.html>
4. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, Stricker B, Mendis S, Hofman A, Mant J, Franco OH. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J*. 2013 Oct;34(38):2940–8.
5. Penson PE, Bruckert E, Marais D, Reiner Ž, Pirro M, Sahebkar A, et al.; International Lipid Expert Panel (ILEP). Step-by-step diagnosis and management of the placebo/drug effect

- in statin-associated muscle symptoms patients: a position paper from the International Lipid Expert Panel (ILEP). *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2022 Jun;13(3):1596–1622.
6. <https://fundacionshe.org/programa-si/>
 7. Fernandez-Jimenez R, Jaslow R, Bansilal S, Santana M, Diaz-Munoz R, Latina J, Soto AV, Vedanthan R, Al-Kazaz M, Giannarelli C, Kovacic JC, Bagiella E, Kasarskis A, Fayad ZA, Hajjar RJ, Fuster V. Child Health Promotion in Underserved Communities: The FAMILIA Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2019 Apr 30;73(16):2011–2021.
 8. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/edukacja-zdrowotna>
 9. <https://www.prawo.pl/oswiata/edukacja-obywatelska-zdrowotna-seksualna-podstawa-programowa,529810.html>
 10. <https://szczesliwie.pl/lipidogram-u-6-latkow-nowy-przesiew-wkrotce/>
 11. <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/7-krotny-wzrost-odmow-szczepien-obo-wiazkowych-w-Polsce-w-dekade-Istnieja-zorganizowane-grupy,256504,1018.html>
 12. <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/W-2024-r.-w-Polsce-rekordowo-duzo-zakazen-krztuscem-ponad-trzydziestokrotny-skok,266802,14.html>
 13. <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/pediatrica/rosnie-liczba-przypadkow-odry-w-polsce-wazny-komunikat-narodowego-instytutu-zdrowia-dla-lekarzy/>
 14. <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-chorob-ukladu-krazenia-chuk>
 15. <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/profilaktyka/coraz-wiecej-osob-korzysta-z-programu-profilaktyki-chorob-ukladu-krazenia/>
 16. <https://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci,profilaktyka-40-plus-przedluzona-do-2025-r.-335-tys-osob-z-szansa-na-trzecie-badanie,artykul,90257335.html>
 17. <https://www.ikard.pl/instytut/aktualnosci/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia-z-podpisem-premiera.html>
 18. Studziński K, Tomasik T, Windak A, Banach M, Wójtowicz E, Mastej M, et al., on Behalf Of The Lipidogram Investigators. The Differences in the Prevalence of Cardiovascular Disease, Its Risk Factors, and Achievement of Therapeutic Goals among Urban and Rural Primary Care Patients in Poland: Results from the LIPIDOGRAM 2015 Study. *J Clin Med*. 2021 Nov 30;10(23):5656.
 19. Lewek J, Sosnowska B, Starostecka E, Konopka A, Gach A, Rutkowska L, Adach W, Mierczak K, Bielecka-Dąbrowa A, Banach M. Clinical reality and challenges with familial hypercholesterolemia patients' management. 2024 results from the Regional Center for Rare Diseases (RCRD) Registry in Poland. *Int J Cardiol*. 2025 Jan 15;419:132667. doi: 10.1016/j.ijcard.2024.132667.
 20. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-plan-dla-chorob-rzadkich>
 21. https://health.ec.europa.eu/document/download/4b27778d-5a2a-4785-9ff4-23cfb4514509_en
 22. Banach M, Toth PP, Bielecka-Dąbrowa A, Lewek J. Primary and secondary cardiovascular prevention: Recent advances. *Kardiol Pol*. 2024;82(12):1200–1210. doi: 10.33963/v.phj.103997.

Szczepienia przez całe życie – na każdym jego etapie

prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz

konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii, kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH

Szczepienia są jednym z najważniejszych filarów zdrowia publicznego, najskuteczniejszym narzędziem zwalczania chorób zakaźnych zarówno dzieci, jak i dorosłych. Odgrywają kluczowe znaczenie w zapobieganiu zachorowaniom na 26 chorób zakaźnych, powikłaniom tych chorób oraz zgonom. Eksperci WHO oceniają, że ok. 122 mln ludzi zawdzięcza życie szczepionkom, bez których nie mieliby szansy przeżyć okresu dzieciństwa. Wynika to z faktu, że w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat zaszczepiono miliony dzieci przeciw chorobom wieku dziecięcego takim jak odra, gruźlica, poliomyelitis, błonica, krztusiec czy pneumokokowe zapalenie płuc. W świetle danych WHO każdego roku na świecie podaje się ok. 1 mld dawek szczepionek, które ratują przed śmiercią blisko 2,5 mln osób, zarówno dzieci i młodzież, ale również osoby dorosłe. Szczepienia dorosłych są tak samo ważne, jak szczepienia najmłodszych, bowiem w przypadku wielu chorób zakaźnych np. pneumokokowego zapalenia płuc czy grypy, nieuodpornieni dorośli są narażeni na zachorowanie i powikłania w wyniku tych infekcji w większym stopniu niż dzieci, co związane jest ze zjawiskiem immunosenescencji (starzenia się układu odpornościowego), czyli postępującego procesu zmniejszania aktywności komórek immunologicznych wraz z wiekiem, oraz z faktu obciążenia dorosłych, zwłaszcza seniorów, chorobami przewlekłymi. Ryzyko zgonów w przebiegu chorób, którym możemy zapobiegać przez szczepienia u osób dorosłych jest ok. 100 razy wyższe niż u dzieci. Osoby po 65. roku życia należą do pacjentów szczególnie narażonych na ciężki przebieg chorób zakaźnych, dlatego potrzebują ochrony poprzez szczepienia. Zgodnie z obecną strategią WHO, szczepienia zostały wpisane jako paradygmat zdrowego stylu życia obok niepalenia, prawidłowego odżywiania, dbania o sen oraz adekwatnej do wieku aktywności fizycznej. Szczepienia przeznaczone są dla osób w różnym wieku i są ważne na każdym etapie życia człowieka, co również podkreśla WHO: „Vaccines protect health for all generation” („szczepionki chronią zdrowie wszystkich pokoleń”). Jest to odpowiedź na obserwowane zmiany demograficzne, epidemiologii chorób oraz wyzwania dla systemów ochrony zdrowia na świecie. Szczepienia zapewniają ochronę w aspekcie indywidualnym oraz w aspekcie populacyjnym. Warunkiem utrzymania się odporności populacyjnej jest wysoki odsetek osób zaszczepionych, wynoszący co najmniej 90 proc. W naszym kraju powszechne szczepienia dzieci i młodzieży realizowane są nieprzerwanie od lat 60. poprzedniego stulecia, jako Program Szczepień Ochronnych, obejmujący Kalendarz Szczepień Obowiązkowych oraz Zalecanych. Szczepienia tzw. obowiązkowe są bezpłatne dla osób w wieku 0-19 lat, podczas gdy szczepienia zalecane są finansowane częściowo lub całkowicie przez pacjenta. Systematyczne i nieprzerwane tzn. od ponad 60 lat stosowanie szczepień ochronnych doprowadziło do znacznego ograniczenia/eliminacji zachorowań i powikłań w przebiegu m.in. błonicy, poliomyelitis, krztusca, odry, wirusowego zapalenia wątroby typu B czy inwazyjnych chorób bakteryjnych. Dzięki powszechnemu obowiązkowi szczepień wzrasta liczba osób uodpornionych i zmniejsza się ryzyko rozwoju epidemii tych chorób w populacji. Na przestrzeni ostatnich lat do PSO włączono bezpłatne szczepienia przeciw pneumokokom (od 2017 r.) oraz rotawirusom (od 2021 r.), ponadto rozszerzono rekomendacje szczepień dla dzieci z grup ryzyka. Kolejnym ważnym krokiem było wprowadzenie szczepień przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) dla dziewcząt i chłopców jako szczepienia zalecanego i bezpłatnego.

W tym kontekście kluczowe znaczenie odgrywa również systematyczne rozszerzanie listy szczepień z określoną refundacją dla seniorów. Aktualnie szczepienia przeciw pneumokokom są w 100 proc. refundowane dla osób 65+ w grupach ryzyka. Spośród patogenów bakteryjnych to pneumokoki są odpowiedzialne za największą umieralność wśród dzieci i osób starszych. Wśród seniorów zapalenie płuc jest czwartą przyczyną zgonów. Na świecie co roku z powodu zakażeń

pneumokokowych umiera 1,5 mln ludzi, w tym ok. 1 mln w wyniku zapalenia płuc. Kolejnym przykładem są szczepienia przeciw grypie oraz Covid-19, również refundowane w 100 proc. dla seniorów w wieku 65+. Każdego roku zakaża się wirusem grypy na świecie 5-10 proc. populacji osób dorosłych i 20-30 proc. dzieci. Grypa i wirusy grypopodobne są corocznie przyczyną zgonu od 250 tys. do 0,5 mln ludzi na świecie. W Europie umiera na grypę każdego roku 38 500 osób. Badania epidemiologiczne wskazują, że każdego roku w Unii Europejskiej zakażonych wirusem grypy jest 25–100 mln ludzi. Infekcje spowodowane przez grypę czy Covid-19 dotyczą ludzi bez względu na wiek i szerokość geograficzną. Liczby te ulegają znaczącym wahaniom w poszczególnych sezonach epidemicznych. Populacjami najbardziej narażonymi na ciężki przebieg tych chorób oraz hospitalizację są małe dzieci i osoby starsze. Szczepionką dostępną dla seniorów z 50 proc. refundacją jest również szczepionka przeciw półpaścowi – chorobie mogącej dotyczyć nawet 30 proc. osób dorosłych po 50. roku życia, nierzadko charakteryzującej się przebiegiem powikłanym, np. w przypadku półpaśca ocznego czy usznego, i okresem zdrowienia z dolegliwościami bólowymi utrzymującymi się nawet do ok. 1 roku.

Z perspektywy utrzymania odporności zbiorowskiej, która gwarantuje zapobieganie występowaniu epidemii, ognisk epidemicznych chorób zakaźnych ważnym elementem poza realizacją szczepień obowiązkowych i zalecanych w ramach powszechnych programów, są tzw. szczepienia przypominające, czyli pojedyncze dawki szczepionki powtarzane co kilka lat. Okres czasu upływający od podania ostatniej dawki oraz rodzaj szczepionki jest ustalany w wyniku obserwacyjnych badań epidemiologicznych. W naszym kraju, poza chorobami sezonowymi, które wymagają szczepień co rok, rekomendowane jest podanie dawki przypominającej szczepionki przeciw błonicy-tężcowi-krztuścowi (DTP) co 10 lat.

Kolejnym ważnym elementem dotyczącym realizacji strategii szczepień dla różnych grup populacyjnych jest rekomendowanie szczepień dedykowanych kobietom ciężarnym. Jest to szczególnie ważna grupa populacyjna, dla której szczepienia odgrywają podwójne znaczenie: z jednej strony chronią kobietę przed zachorowaniem, a z drugiej – zapewniają bezpieczeństwo zdrowotne narodzonemu dziecku przez okres kilku miesięcy, zanim otrzyma szczepienia w ramach Kalendarza Szczepień. Dzisiaj kobiety ciężarne mogą zaszczepić się przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, przeciw grypie, Covid-19 oraz przeciw RSV.

W podsumowaniu stwierdzam, że wraz ze zmieniającą się sytuacją społeczno-ekonomiczną oraz geopolityczną naszego kraju pojawiają się liczne wyzwania w zakresie optymalnego dostosowania systemu szczepień do aktualnych potrzeb. Okres pandemii Covid-19 wskazał kilka możliwości, jak np. elektroniczny system zapisu na szczepienie, widoczny w IKP oraz elektroniczna rejestracja wykonanych szczepień, jak również umożliwienie farmaceutom przeprowadzenia kwalifikacji oraz zaszczepienia, które są już sprawdzonymi dobrymi praktykami, znajdującymi zastosowanie w całym kraju, ale nadal wymagającymi większego upowszechnienia. Poprawa dostępu do szczepień poprzez skrócenie ścieżki pacjenta to kolejne wyzwanie, dotyczące różnych grup pacjentów: starszych, przewlekle chorych, niepełnosprawnych, przebywających w domach opieki długoterminowej, instytucjach opiekuńczych. Lepszy dostęp do szczepień to również wprowadzenie takiego mechanizmu refundacji szczepionek, który pozwoliłby na zakup rekomendowanego preparatu lub kilku preparatów przez osoby o niskim statusie ekonomicznym.

Kalendarz szczepień wg wieku, stanu fizjologicznego, występowania chorób przewlekłych jest dzisiaj koniecznością. A skutkiem tego będzie większa świadomość społeczeństwa i ułatwienie personelowi ochrony zdrowia prowadzenia edukacji oraz realizacji szczepień. Najważniejszym jednak efektem będzie lepsze zdrowie i jakość życia całego społeczeństwa.

Priorytety zdrowotne w zakresie zdrowia jamy ustnej w Polsce

prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak

kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, prorektor ds. umiędzynarodowienia UM we Wrocławiu, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS), członkini Sekcji Women Dentist Worldwide Światowej Federacji Dentystycznej FDI

Zdrowie jamy ustnej to coś więcej niż estetyka – to fundament zdrowia ogólnego¹². Tu zaczyna się bowiem przewód pokarmowy, tutaj następuje wstępne trawienie i wchłanianie pokarmów, ale także to nasz smakowy kontakt ze światem, w tym z dymem tytoniowym i alkoholem. W tym miejscu dochodzi także do produkcji śliny czy ogrzewania powietrza, zanim dostanie się do układu oddechowego. Z drugiej strony jama ustna to zwierciadło naszego ciała. Wiele objawów chorób ogólnych jest widocznych w jamie ustnej, niejednokrotnie dużo wcześniej niż w odległych miejscach narządowych. Dużo wcześniej można zaobserwować te objawy i je właściwie monitorować. Dlatego tak istotne jest rozumienie występujących w niej chorób i stanów chorobowych, takich jak próchnica, choroby przyzębia (dziąseł), utrata zębów, rak jamy ustnej, urazy jamy ustnej, wady wrodzone, takie jak rozszczep wargi i podniebienia, wady zgryzu i wiele innych, z których większości można zapobiec. Szacuje się, że główne choroby i schorzenia jamy ustnej dotyczą blisko 3,5 mld ludzi na całym świecie. Te połączone schorzenia mają szacunkową globalną częstość występowania na poziomie 45 proc., czyli więcej niż częstość występowania jakichkolwiek innych chorób niezakaźnych (NCD).

Spośród najpoważniejszych chorób jamy ustnej na świecie wg FDI (World Dental Federation) jest nieleczona próchnica zębów, a jej skutki daleko sięgają poza jamę ustną. Między rokiem 1990 a 2019 szacunkowa liczba przypadków chorób jamy ustnej wzrosła o ponad 1 mld, czyli aż o 50 proc. Oznacza to, że na świecie więcej osób zachorowało na próchnicę, niż w ogóle się urodziło²³¹. Próchnica dotyka aż 514 mln dzieci na całym świecie.

Wg szacunków Ministerstwa Zdrowia problem próchnicy dotyczy niemal każdego dorosłego Polaka oraz 82 proc. sześciolatków²³². Według innych danych statystycznych tylko 6,8 proc. 19-latków jest wolnych od próchnicy. Co więcej, dane dotyczące Polski z najnowszego raportu WHO Global Oral Health pokazują, że aż 46 proc. przypadków próchnicy wśród dzieci w wieku do dziewięciu lat nie jest leczonych, natomiast częstotliwość utraty zębów u osób w wieku 20+ wynosi blisko 12 proc.²³³. Konsekwencją tego jest wysoki i stale rosnący między 35.-44. oraz 65.-74. rokiem życia odsetek osób dorosłych z bezzębiem, gwałtownie malejąca w tym okresie życia średnia liczba zachowanych naturalnych zębów oraz masowe występowanie chorób przyzębia. W 2013 r. tylko u ok. 5 proc. badanych nie stwierdzono choroby przyzębia. Poza tym 39 proc. starszych osób wraz z wiekiem zaczyna doświadczać niedoboru chroniącej przed chorobą śliny i suchości w jamie ustnej³. Co więcej, przez lata zmienił się również nasz tryb życia – coraz częściej jesteśmy zabiegani, jemy o nieregularnych porach, a często w drodze, a nasze jedzenie jest bardzo chemicznie przerobione i niedostosowane do procesu żucia. Przez to dużo częściej narażamy zęby na działanie kwasów pochodzących z płytki nazębnej²³⁴. Jako kluczowy element wspomagający profilaktykę zdrowia jamy ustnej dziś i w przyszłości, specjaliści stomatologii wskazują wczesne kształtowanie dobrych nawyków, tak abyśmy już jako dzieci rozumieli potrzebę wdrażania ich w codzienną rutynę i stosowali je regularnie w późniejszym życiu. To zmusza nas do lepszej higieny. Higiena jamy ustnej to coś więcej niż kwestia estetyki – to fundamentalny element zdrowia publicznego, którego nie możemy ignorować¹².

231 WHO Global Oral Health Report, 2022 r., s. 10.

232 Program Ministerstwa Zdrowia „Monitorowanie Stanu Zdrowia Jamy Ustnej Populacji Polskiej w latach 2016–2020” pt. „Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 6, 10 i 15 lat w 2018 r.”, s. 57.

233 WHO Global Oral Health Report, Country Profile – Poland.

234 Lepkiego, bezbarwny filmu zawierającego bakterie, który w sposób naturalny powstaje na powierzchni zębów w ciągu czterech do 12 godzin po szczotkowaniu. Substancje zawarte w żywności i napojach łączą się z bakteriami płytki nazębnej, co powoduje wyzwalanie się kwasów.

Brak prawidłowej higieny jamy ustnej przyczynia się bowiem w znaczącym stopniu do rozwoju próchnicy i także chorób przyzębia skutkujących utratą zębów, a to prowadzi do zmiany np. sposobu odżywiania powodując lub nasilając różnego rodzaju problemy z układem trawiennym. Utrata zębów to utrata stref podparcia i w rezultacie choroby stawów skroniowo-żuchwowych, ale także niektóre gatunki bakterii obecne w płytce nazębnej (szczególnie u pacjentów z chorobami przyzębia i słabą higieną jamy ustnej) wytwarzają aldehyd octowy, który rozprzestrzeniając się wraz ze śliną, może mieć działanie genotoksyczne.

Ważnym aspektem jest także korelacja występowania próchnicy zębów oraz nadwagi i otyłości, nie tylko manifestującej się wzrostem BMI, ale także stłuszczeniem wielu narządów (otyłość wisceralna). Liczba zachorowań na jedną i drugą wynosi blisko 2 mld. Próchnica zębów to nie tylko więc nieprawidłowa higiena jamy ustnej, ale także nieprawidłowa dieta. Nadmierne spożycie cukru pochodzącego z przekąsek, przetworzonej żywności i napojów słodzonych cukrem (SSB) jest jednym z głównych czynników powodujących na całym świecie wzrost zachorowań na choroby jamy ustnej, choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość i cukrzycę.

Wg najnowszych danych ministerstwa sportu i turystyki ponad 52 proc. Polaków zmaga się z nadwagą i otyłością, w tym 13 proc. ma wskaźnik BMI przekraczający 30. Niestety, co rok pacjentów z chorobą otyłościową przybywa, a najbardziej niepokojące jest, że problem ten dotyczy coraz większej grupy dzieci i młodzieży. Nadwagę i otyłość ma 19 proc. dziewczynek w wieku 11 lat oraz 41 proc. chłopców w tym samym wieku. Zdaniem pediatrów to skutek złych nawyków żywieniowych i braku ruchu, a stomatolodzy dodają do tego upodobanie do słodkich napojów, przekąsek w postaci, np. drożdżówek, batonów, żelków, itp. Najczęściej mówi się, że walcząc z otyłością, zapobiegamy przedwczesnej śmierci z powodu zawału serca, udaru mózgu czy powikłań cukrzycowych, rzadziej wskazuje na zależność pomiędzy otyłością a chorobami przyzębia czy próchnicą prowadzącymi do utraty własnych zębów¹⁰.

Zwiększone ryzyko wystąpienia zapalenia przyzębia ma udowodniony związek z nadmierną masą ciała, obwodem w talii, procentem podskórnej tkanki tłuszczowej i poziomem lipidów w surowicy co jest spowodowane działaniem określonych białek zwanych cytokinami i hormonami pochodzącymi z tkanki tłuszczowej. Niektóre cytokiny chronią organizm przed stanem zapalnym, podczas gdy inne sprzyjają rozwojowi stanu zapalnego, co jest ważnym ogniwem w zapaleniu przyzębia. Ponadto stres oksydacyjny, który jest zaburzeniem równowagi między wolnymi rodnikami a obroną antyoksydacyjną, może również prowadzić do zniszczenia tkanek przyzębia. Dlatego też występowanie próchnicy zębów jest pierwszym objawem nieprawidłowej diety, a chorób przyzębia, konsekwencją nadwagi i otyłości obok innych chorób metabolicznych¹⁰. Udowodniono również związek pomiędzy chorobami przyzębia a chorobą Alzheimera, która w ostatnich publikacjach nazywana się jest „cukrzycą mózgu” (odmianą cukrzycy atakującą mózg¹¹). Może mieć to związek z dysbiozą biofilmu bakteryjnego spowodowaną wczesną kolonizacją jamy ustnej przez *Streptococcus mutans* jako wynik nadmiernej ekspozycji na cukier we wczesnym dzieciństwie (1,5-3 lata życia). Powoduje to nie tylko zmianę biotypu bakteryjnego w jamie ustnej odpowiedzialnego za rozwój bakterii kwasotwórczych, spadek ilości wapnia, fosforu i fluoru, ale także co najważniejsze zmianę upodobań smakowych, co stymuluje nas do wyboru preferencji żywieniowych.

Cukier zaliczany jest także do pierwotnych czynników onkogennych powodujących rozwój nowotworów. Na podstawie Global Cancer Observatory z 2024 r. zapadalność na nowotwory jamy ustnej i warg jest na 16. miejscu na świecie, a umieralność na miejscu 15. Rak jamy ustnej stanowi ogólnoswiatowy problem zdrowotny z uwagi na zapadalność ocenianą na ponad 600 tys. przypadków rocznie. Jest najczęstszym nowotworem złośliwym regionu głowy i szyi, szóstym na liście raków na świecie. W Polsce nowotwór ten stanowi ok. 2,5 proc. ogólnej liczby wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe. Najczęstszymi miejscami jego występowania są: dno jamy ustnej, dolna powierzchnia języka, trójkąt zatrzonowcowy oraz policzek. Statystyki onkologiczne są bezlitosne. Mimo nowoczesnej diagnostyki i terapii pacjenci nadal zgłaszają się do leczenia w III i IV stopniu zaawansowania choroby nowotworowej. Szybkie rozpoznanie zmiany nowotworowej często

warunkuje powodzenie leczenia. W przypadku raka jamy ustnej szanse na pięcioletnie przeżycie wynoszą 80 proc., gdy zostanie on rozpoznany we wczesnym stadium choroby. Niestety ponad połowa pacjentów obciążonych tą chorobą umiera w ciągu pięciu lat od rozpoznania. Choroba nowotworowa rozwijająca się w części twarzowej czaszki przebiega początkowo w sposób niezauważalny. Brak dolegliwości w jej początkowym stadium sprawia, że chorzy z nowotworami złośliwymi jamy ustnej zgłaszają się do leczenia zbyt późno. Skuteczność leczenia nowotworów zależy od wczesnego ich rozpoznania i podjęcia właściwego leczenia, dlatego istotne jest uchwycenie pierwszych objawów choroby nowotworowej. Często pojawienie się pierwszych, subtelnych oznak klinicznych choroby jest już wyrazem znacznego zaawansowanego procesu nowotworowego. Na szczególne ryzyko zachorowania narażone są osoby po 50. roku życia. Znaczny odsetek tych pacjentów nie posiada już naturalnego uzębienia, tym samym rzadziej zgłasza się na kontrolne wizyty stomatologiczne, co jest nic bardziej mylnego²³⁵.

Pomimo że jedną z największych zdobyczy współczesnej medycyny jest wprowadzenie badań przesiewowych, które w przypadku nowotworów jamy ustnej są już w niektórych krajach wysoko rozwiniętych obowiązkowe, niestety wykazano, że pacjenci nie są świadomi roli dentysty w badaniach przesiewowych. Jedno z badań pokazało, że tylko 14 proc. uczestników zdawało sobie sprawę, że ich dentysta rutynowo przeprowadza badania przesiewowe w kierunku nowotworów jamy ustnej. W badaniach z 2020 r. Rutkowskiej i wsp.²³⁶ wykazano, że tylko 47,5 proc. pacjentów zgłosiło się z powodu zauważonego pierwotnego objawu. Prawie połowa pacjentów zgłosiła się po trzech-sześciu miesiącach od zaobserwowania objawów, zwykle do lekarza rodzinnego (GP; 35,7 proc.) a następnie dentysty (31,8 proc.). Powyższe badanie potwierdza potrzebę podniesienia poziomu świadomości onkologicznej w społeczeństwie, szczególnie wśród pracowników służby zdrowia (lekarzy rodzinnych i dentystów). Obowiązkowe programy edukacyjne dla lekarzy (a także dla studentów medycyny), skoncentrowane przede wszystkim na pogłębionych wywiadach i badaniach klinicznych, pomogłyby zmniejszyć opóźnienia i skrócić proces diagnostyczny. Niezbędne jest również informowanie pacjentów o onkologii szczękowo-twarzowej (zwrócenie uwagi na pierwsze objawy, samokontrola), zwłaszcza tych z grup wysokiego ryzyka, zarówno podczas wizyt u dentysty, jak i kampanii społecznych. Wczesne wykrycie nowotworu może przyczynić się do wdrożenia odpowiedniego leczenia w niskich stadiach zaawansowania. Mniej inwazyjna operacja wiąże się niewątpliwie z szybszą, mniej wymagającą rekonwalescencją i wyższą jakością życia po zabiegu.

Kolejnym problemem zdrowotnym w zakresie jamy ustnej są wady zgryzu oraz wady zębowe. Są one jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych jamy ustnej, tuż obok próchnicy i chorób przyzębia. Ponad 60 proc. polskich dzieci i nastolatków w wieku 11-18 lat doświadcza problemów ze zgryzem. Warto podkreślić, że wady zgryzu nie są jedynie estetyczną kwestią, bo mogą powodować inne problemy zdrowotne, związane np. prawidłowym oddychaniem, trawieniem, wymową i ogólną jakością życia. Zmiany te powstają także jako wynik złego obciążania zębów, silnie związanych z redukcją podstaw kostnych wyrostka zębodołowego żuchwy i części zębodołowej szczęki (występowanie recesji) oraz dysfunkcji w stawie skroniowo-żuchwowym. Można temu zaradzić, podejmując leczenie odpowiednio wcześnie – kluczowa jest rola i szybkie działanie rodziców. Rodzice dzieci i nastolatków często nie są świadomi konkretnych następstw wad zgryzu. Co prawda zdecydowana większość (prawie 75 proc.) rodziców wie, że nieleczona

235 Perks A i wsp., Profilaktyka nowotworów jamy ustnej. *Ero FDI*, 2021

⁶Rutkowska M, Hnitecka S, Nahajowski M, Dominiak M, Gerber H, Oral cancer: The first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. *Adv Clin Exp Med*. 2020;29(6):735–743

⁷<https://pl.dental-tribune.com/news/wiekszosc-dzieci-i-nastolatkow-w-polsce-ma-wady-zgryzu/>

⁸Leszczyszyn A, Hnitecka S, Dominiak M. *Could Vitamin D3 Deficiency Influence Malocclusion Development?*. *Nutrients* 2021 Jun 21;13(6):2122.

⁹Krawiec M, Dominiak M, The role of vitamin D in the human body with a special emphasis on dental issues: Literature review. *Dent end Med Probl* 2018 Oct–Dec;55(4):419–424

¹⁰<https://gazetalekarska.pl/od-otylosci-do-prochnicy/>

¹¹<https://diagnosis.pl/cukrzyca-a-alzheimer>

¹²<https://wroclaw-medical-university.shorthandstories.com/uczmy-si-szczotkowa/>

wada zgryzu może faktycznie prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, jednak co drugi nie potrafi wymienić żadnej z nich. Tak niska świadomość może wynikać z faktu, że specjaliści zazwyczaj nie informują rodziców, do czego mogą prowadzić wady zgryzu. Jedynie nieco ponad trzech na 10 badanych zostało powiadomionych o skutkach wad zgryzu przez stomatologa lub ortodontę (lekarze najczęściej informują jedynie o wadzie i proponują metodę leczenia). Warto zatem zwrócić uwagę lekarzy, że należy uświadamiać pacjentów o konsekwencjach wad zgryzu. I tak nieprawidłowa budowa zgryzu może nie tylko prowadzić do próchnicy czy chorób przyzębia, ale przede wszystkim ma zdecydowany wpływ na ogólny stan zdrowia pacjenta. Niestety, większość pacjentów nie zdaje sobie sprawy, jak szerokie może być spektrum wyzwań spowodowanych problemami ortodontycznymi i tak np. osoby z wadami zgryzu mogą skarżyć się na problemy gastrologiczne – połykają zazwyczaj większe cząstki pokarmu, co nie tylko utrudnia trawienie, ale jest także bezpośrednią przyczyną bólów brzucha, refluksu czy wrzodów żołądka. Nieprawidłowa budowa zgryzu w ogromnym stopniu wpływa też na prawidłową wymowę głosek, powodując np. seplenienie. Oprócz tego poważne wady zgryzu mogą również przyczynić się do utrudnienia przepływu powietrza przez drogi oddechowe, czego skutkiem jest rozwój obturacyjnego bezdechu sennego (OBS)⁷. Jego objawami są m.in. przerwy w oddychaniu, sapanie czy chrapanie. Wady zgryzu to także dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych prowadzących do przewlekłych bólów głowy czy też wad postawy ciała.

Warto podkreślić, że istnieje związek pomiędzy występowaniem wad zgryzu a niedoborem witaminy D. Oddziałuje ona na nasz organizm poprzez układ odpornościowy, mięśniowy, nerwowy i sercowo-naczyniowy. Ma również znaczenie w stomatologii i metabolizmie węglowodanów. Obecnie niedobór witaminy D jest wysoki zarówno w populacji polskiej, jak i światowej jako całości. Wynika to z wielu czynników: szerokości geograficznej, chorób i stylu życia. Dane pokazują, że ponad 90 proc. osób kolorowych (czarnoskórych, Latynosów, Azjatów itp.) i prawie trzy czwarte białych mieszkających w Stanach Zjednoczonych cierpi na niedobór 25-hydroksycholekalcyferolu (25(OH) witaminy D). Tymczasem badania przeprowadzone w Polsce donoszą, że stężenie witaminy D <20 ng/ml (50 nmol/ml) występuje u 70 proc. populacji. Wstępne doniesienia sugerują, że witamina D, poprzez utrzymanie prawidłowego metabolizmu kości, a także działanie przeciwbakteryjne i przeciwzapalne, moduluje chorobę przyzębia. Prawidłowy poziom witaminy D jest także ważny w leczeniu zapalenia przyzębia⁹. Przy jej niedoborze zdecydowanie częściej stwierdza się wady zgryzu przebiegające ze zwężeniem szczęki, zgryzem krzyżowym tyłozgryzem czy zgryzem głębokim⁸.

Wykazana wieloaspektowość zdrowia jamy ustnej, choć nieprzedstawiona w całości ze względu na ograniczenie objętości opracowania, wskazuje dobitnie na związek zdrowia jamy ustnej ze zdrowiem ogólnym oraz wymaga systemowego działania włączającego zdrowie jamy ustnej do podstawowej, systemowej opieki zdrowotnej w Polsce. Wymaga podniesienia świadomości zdrowotnej o roli i znaczeniu zdrowia jamy ustnej w kontekście zdrowia ogólnego.

Wyzwania, problemy i rozwiązania w obszarze HIV w kontekście polskiej prezydencji w Radzie UE

prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski²³⁷,
dr hab. n. med. Monika Bociąga-Jasik²³⁸,
dr inż. Grzegorz Jezierski²³⁹,
Magdalena Ankiersztein-Bartczak²⁴⁰

Wstęp: Sytuacja epidemiologiczna w EU i w Polsce

Zakażenie ludzkim wirusem nabytego niedoboru odporności (HIV) oraz zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS) pozostają istotnym wyzwaniem zdrowotnym zarówno w Polsce, jak i w całej Unii Europejskiej. W 2023 r. na świecie żyło 39,9 mln osób z HIV/AIDS. W tym samym roku zakażenie HIV rozpoznano u 1,3 mln osób, a 680 tys. osób zmarło z powodu chorób związanych z AIDS²⁴¹. Ostatni raport European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) przedstawia dane z nadzoru nad HIV/AIDS na 2023 r., które wykazują znaczne zróżnicowanie wzorców i trendów epidemii w Europejskim Regionie WHO. W 2023 r. w 47 z 53 krajów regionu zgłoszono 112 883 rozpoznań HIV, w tym 24 731 z krajów Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG). Odpowiada to 12,7 diagnoz HIV na 100 tys. mieszkańców w całym regionie, co stanowi niewielki (2,4 proc.) wzrost w porównaniu ze wskaźnikiem z 2022 r. (12,4 na 100 tys. mieszkańców)²⁴². Należy jednak zauważyć, że w całym regionie Europejskim WHO istnieją znaczne różnice geograficzne w liczbie nowo rozpoznanych zakażeń HIV, przy czym wskaźniki zapadalności w krajach Europy wschodniej są wyższe niż w krajach Europy Zachodniej i Środkowej (odpowiednio 32-6 vs. 6-2 vs. 4-2 przypadków na 100 tys. mieszkańców). Kraje Europy Wschodniej pozostają regionami dotkniętymi najwyższą liczbą zakażeń HIV – dla przykładu szacuje się, że w Ukrainie żyje 260 tys. osób z tym zakażeniem.

W Polsce pierwsze przypadki zakażenia HIV zgłoszono w 1985 r. Dotyczyły one sześciu pacjentów z hemofilią, czterech mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami oraz jednej pracownicy seksualnej. Rok później, w 1986 r., odnotowano pierwszy przypadek zachorowania na AIDS. W odpowiedzi na rosnące zagrożenie, tym samym r. Ministerstwa Zdrowia podjęło decyzję o utworzeniu w Warszawie pierwszego specjalistycznego oddziału dla pacjentów zakażonych HIV²⁴³. Od tego czasu leczenie antyretrowirusowe i opieka nad osobami żyjącymi z HIV jest prowadzona w specjalistycznych ośrodkach w całym kraju a koordynowana centralnie przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Dostęp do zakupionych centralnie terapii antyretrowirusowych jest pełny dla wszystkich osób żyjących z HIV.

Epidemiologia HIV w naszym kraju potwierdza, że zakażenia tym wirusem, pomimo ponad 40 lat trwania pandemii stanowi nadal poważne wyzwanie zdrowotne. W ciągu ostatnich trzech lat zaobserwowano znaczący wzrost nowych zakażeń. Do końca 2023 r. w Polsce zarejestrowano łącznie 32 935 przypadków zakażenia HIV, 4 194 zachorowań na AIDS oraz 1 496 zgonów²⁴⁴. Warto jednak podkreślić, że liczba zgonów spowodowana chorobami związanymi z AIDS jest niedoszacowana, z uwagi na częste pomijanie zakażenia HIV w diagnostyce różnicowej.

237 Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, Klinika Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

238 kierownik Katedry Chorób Zakaźnych i Tropikalnych, Klinika Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

239 Stowarzyszenie Lambda Warszawa

240 Prezes zarządu Fundacji Edukacji Społecznej

241 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf

242 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2024-2023-data#:~:text=For proc.20the proc.20EU proc.20FEEA proc.20countries,3.8 proc.20per proc.20100 proc.20000 proc.20population>

243 Ponad 40 lat z HIV. Rozmowa z prof. Andrzejem Gładyszem, Medycyna Praktyczna

244 https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/

W 2024 r. zarejestrowano 2 291 nowe przypadki zakażenia HIV, z których większość zdiagnozowano w zaawansowanym stadium choroby, w tym aż 183 zachorowania na AIDS²⁴⁵. Na dzień 30 września 2024 r. leczeniem antyretrowirusowym (ARV) objętych było około 20 281 pacjentów, w tym 181 dzieci²⁴⁶. Wg raportu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i Narodowy Instytut Zdrowia Państwowy Zakład Higieny (NIZPZH) z zebranych danych z lat 2010–2021 wynika, że 19 proc. zgonów związanych z AIDS dotyczy osób, u których zakażenie HIV rozpoznano w ciągu pierwszych sześciu miesięcy od diagnozy²⁴⁷. Świadczy to o zbyt późnym wykrywaniu zakażenia HIV i wysokim odsetku osób zdiagnozowanych w Polsce w późnym stadium („late presenters”)²⁴⁸. Szacuje się, że aż 20-30 proc. zakażonych nie jest świadomych swojego stanu.

Warto również zwrócić uwagę na znaczący wpływ migracji na epidemiologię zakażenia HIV w Polsce. Częstość późnych rozpoznań wśród migrantów i uchodźców jest bardzo wysoka, a w przypadku osób z Ukrainy przekracza 70 proc.²⁴⁹. W związku z powyższym, jeśli ten niekorzystny trend epidemiologiczny nie zostanie szybko odwrócony, w najbliższych latach możemy spodziewać się poważnych konsekwencji zdrowotnych i ekonomicznych.

Cele UNAIDS dotyczące ograniczenia epidemii HIV i AIDS

Jednym z Celów Zrównoważonego Rozwoju WHO (SDG) jest wyeliminowanie AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego do 2030 r. Aby odzwierciedlić postępy w realizacji tego nadrzędnego celu, ustanowiono cele szczegółowe związane z profilaktyką, opieką, oczekiwaną długością życia a także zagadnieniami społecznymi. Te cele szczegółowe przewidują, że w roku bieżącym, czyli 2025 r. 50 proc. osób z wysokim ryzykiem nabycia wirusa HIV i 5 proc. z umiarkowanym ryzykiem będzie miało dostęp do profilaktyki przedekspozycyjnej HIV; zachorowalność na HIV i zgony związane z AIDS zostaną zmniejszone o 75 proc. (w porównaniu z poziomem wyjściowym z 2010 r.); 95 proc. osób żyjących z HIV powinno znać swój status HIV, 95 proc. osób znających swój status stosuje terapię antyretrowirusową, a 95 proc. osób stosujących terapię antyretrowirusową osiągnęło supresję wirusa (określane jako cele 95-95-95). Cele ukierunkowane na zagadnienia społeczne mają na celu zmniejszenie nierówności poprzez zobowiązanie do zmniejszenia do <10 proc. stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV, nierówności i przemocy ze względu na płeć oraz odsetka krajów, w których obowiązują represyjne przepisy i polityki (np. kryminalizacja pracy seksualnej, zachowań seksualnych osób tej samej płci, przenoszenia wirusa HIV). Aktualnie w Europie nie osiągnięto większości z celów 95-95-95.

Profilaktyka zakażenia HIV w tym aspekty profilaktyki skojarzonej

Skojarzona profilaktyka HIV (ang. combination prevention) to strategia zapobiegania zakażeniom HIV dostosowująca działania do lokalnych uwarunkowań epidemiologicznych i kulturowych²⁵⁰, która łączy różne metody interwencji dostosowane do specyficznych potrzeb danej populacji i kontekstu epidemiologicznego. Łączy ona podejście biomedyczne, systemowe i behawioralne. Działania biomedyczne uwzględniają profilaktykę przedekspozycyjną – pre-exposure prophylaxis (PrEP) – przyjmowanie leków antyretrowirusowych przez osoby niezakażone HIV w celu zmniejszenia ryzyka infekcji. W Polsce dostęp do PrEP jest ograniczony, gdyż zarówno wizyta, jak i badanie oraz opłata za leczenie, pozostaje po stronie pacjenta. Stały wzrost wykrytych zakażeń powinien wpłynąć na podjęcie działań, podobnie jak w innych krajach Europejskich, na zwiększenie dostępu do tej skutecznej metody profilaktyki, połączonej z edukacją oraz dostępem do badań w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową. Profilaktyka poekspozycyjna (post-exposure prophylaxis – PEP) – krótkoterminowa terapia antyretrowirusowa stosowana po potencjalnym narażeniu na HIV. PEP bezpłatnie jest dostępny w Polsce dla postępowania po

245 https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2024/INF_24_12B.pdf

246 https://aids.gov.pl/hiv_aids/450-2-2/

247

248 <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-hiv-aids>

249 Parczewski M., Witak-Jędra i wsp. Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2024, 49, 318

250 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/progress-towards-95-95-95_en.pdf

ekspozycji zawodowej. W przypadku ryzyka seksualnego (np. pęknięta prezerwatywa przy kontakcie seksualnym) jest on odpłatny.

Profilaktyka behawioralna uwzględnia edukację, promowanie bezpieczniejszych praktyk seksualnych, np. używania prezerwatyw, redukcja liczby partnerów seksualnych i regularne testowanie na HIV. W ostatnich latach niewiele było kampanii edukacyjnych i działań bezpośrednich wśród młodych ludzi. Z badań Krajowego Centrum ds AIDS wynika, że 87 proc. Polaków uważa, że HIV to nie jest ich problem²⁵¹. Niezwykle ważne jest podniesienie wiedzy.

W Polsce nadal brakuje nowoczesnych form skojarzonej profilaktyki oraz działań edukacyjno – profilaktycznych skierowanych do kluczowych populacji. Testowanie opiera się głównie na punktach konsultacyjno–diagnostycznych, których jest 29 w Polsce. Mieszczą się one w dużych miastach i finansowane są przez Krajowe Centrum ds. AIDS– Agendę Ministra Zdrowia. Bezpłatne i anonimowe testowanie w kierunku HIV, HCV i kiły połączone jest z poradnictwem okołotestowym. Testy do samodzielnego wykonania w kierunku HIV są dostępne tylko odpłatnie lub w ramach akcji z pozyskanych przez organizację pozarządowe środków prywatnych. Brakuje dostępu do badania w podstawowej opiece zdrowotnej, choć pracę w Ministerstwie Zdrowia się toczą. Również świadomość pracowników medycznych o istocie badań w kierunku HIV jest zbyt niska, co potwierdzają późno stawianie diagnozy HIV, wśród osób które były u różnych specjalistów i nikt nie zlecił tego badania.

Podsumowując, dostępne narzędzia w walce z pandemią HIV obejmują testowanie, szybki dostęp do terapii antyretrowirusowej oraz profilaktykę przed- i poekspozycyjną. Wzrost liczby nowych rozpoznań HIV w Polsce w ostatnich latach podkreśla pilną potrzebę intensyfikacji działań profilaktycznych w tym wdrożenia ogólnopolskiego programu profilaktyki przed ekspozycyjnej HIV z dostępem do interwencji lekowej, edukacyjnych oraz promowania regularnych badań w kierunku HIV. Wprowadzenie skojarzonej profilaktyki jest kluczowe w zatrzymaniu epidemii HIV w Polsce.

Korzyści epidemiologiczne i kliniczne leczenia antyretrowirusowego

Wprowadzenie w 1995 r. do leczenia zakażenia HIV skojarzonej terapii antyretrowirusowej (ART) opartej na stosowaniu leków działających na dwóch etapach replikacji wirusa stało się momentem przełomowym, który zmienił oblicze epidemii. Choroba do tej pory nieuleczalna, stała się schorzeniem przewlekłym, a czas przeżycia pacjentów zakażonych HIV leczonych antyretrowirusowo jest obecnie porównywalny do czasu przeżycia populacji ogólnej^{252,253}.

Zastosowanie w ostatnich latach nowoczesnych leków antyretrowirusowych, charakteryzujących się nie tylko wysoką skutecznością, lecz także bezpieczeństwem, daje możliwość całkowitego zahamowania replikacji (namnażania) HIV co odwiercają niewykrywalne poziomy wirusii HIV w surowicy krwi (<50 kopii/ml). Dzięki temu terapia antyretrowirusowa pozwala zapobiec destrukcji układu immunologicznego i związanym z tym ciężkim powikłaniom infekcyjnym, schorzeniom nowotworowym czy patologiom z zakresu ośrodkowego układu nerwowego, a także redukuje ryzyko chorób związanych z przewlekłym zapaleniem, takich jak schorzenia sercowo-naczyniowe lub metaboliczne. Coraz śmieiej zaczynamy ustalać także inne, bardzo ambitne priorytety w opiece nad osobami żyjącymi z HIV. W 2017 r. HIV Medicine Association (HIVMA) oficjalnie ogłosiło konsensus dotyczący U = U (undetected equal untransmittable, czyli: niewykrywalny równa się niezakaźny), według którego **osoba żyjąca z HIV mająca niewykrywalną wiramię nie zakaża kolejnych osób drogą kontaktów płciowych**. Na sformułowanie tego konsensusu pozwoliły dane z badań przeprowadzonych w latach 2008–2016 wykazujące zerowe ryzyko transmisji zakażenia po analizie >100 000 kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia,

251 Walenzik–Ostrowska A, Majka R, Dec–Pietrowska J, Brodzikowska M, Ankiersztejn–Bartczak M. Psychosocial contexts of the HIV epidemic in Poland. *Przeżł Epidemiol.* 2023;77(3):302–316. doi: 10.32394/pe.77.28. PMID: 38329029.

252 Günthard HF, Saag MS, Benson CA, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults. *JAMA* 2016;316(2):191–210

253 Parczewski M., Witak–Jędra M. i wsp. Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2024.

w których osoba zakażona HIV miała niewykrywalną wiramię przez dłuższy czas²⁵⁴. Leczenie antyretrowirusowe jest więc najskuteczniejszą metodą zapobiegającą transmisji wirusa (treatment as prevention).

Wytyczne dotyczące rozpoczynania ART wielokrotnie się zmieniały. Przez wiele lat decyzja o wprowadzeniu terapii była uwarunkowana występowaniem ciężkich schorzeń współistniejących związanych z zakażeniem HIV (chorób wskaźnikowych zespołu nabytego niedoboru odporności, poziomem limfocytów CD4 i wirēmii HIV). Lepsze poznanie patomechanizmów choroby, w tym roli aktywacji układu immunologicznego w rozwoju powikłań związanych z zakażeniem, a także wprowadzanie coraz to nowocześniejszych preparatów, często złożonych, pozwalających na przyjmowanie jednej tabletki raz dziennie, cechujących się wysoką skutecznością i profilem bezpieczeństwa, spowodowało, że w ostatnich latach ART **rozpoczynamy u wszystkich osób, u których zdiagnozowano zakażenie, niezależnie od poziomu limfocytów CD4 i wirēmii HIV.**

Przed nami wciąż stoją wyzwania związane z kontynuacji badań nad lekami, które mogą całkowicie wyeliminować wirusa z organizmu. Do czasu osiągnięcia tego celu, kluczowe jest zapewnienie dostępu do leczenia i profilaktyki zakażenia HIV.

Sytuacja osób żyjących z HIV w Polsce

W polskim systemie opieki medycznej osoby zakażone powinny same zgłosić się do poradni leczenia HIV po otrzymaniu diagnozy. Wg szacunkowych danych podawanych przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób 84 proc. osób po odebraniu diagnozy rzeczywiście podejmuje leczenie²⁵⁵. Pozostałe 16 proc. nie decyduje się na kontakt z lekarzem, narażając się na rozwój AIDS, a także potencjalnie narażając na zakażenie inne osoby. Powodem niepodejmowania leczenia są m.in. niepokój i lęk odnośnie do samej terapii, strach przed ujawnieniem zakażenia przez innych pacjentów i pracowników ochrony zdrowia oraz napięcie wynikające ze stygmatyzacji samych siebie, związanej z błędnymi przekonaniem na temat życia z HIV. W przypadku osób nieheteronormatywnych dodatkową barierą są obawy przed ujawnieniem orientacji seksualnej personelowi medycznemu, a w przypadku imigrantów – bariera językowa czy kulturowa. W Polsce nie istnieje skuteczne, systemowe rozwiązanie tego problemu, które pozwoliłoby na jak najefektywniejsze objęcie osoby zdiagnozowanej leczeniem i przywrócenie do terapii osoby, która zdecydowała się na jej przerwanie.

W większych miastach Polski działają organizacje zajmujące się wsparciem osób zakażonych. Model funkcjonowania jest zazwyczaj podobny: poradnictwo indywidualne, grupy wsparcia i samopomocowe. Część organizacji stosuje „pacjencki” model pomocy, czyli taki, który nie uwzględnia podmiotowości danej osoby, a jest oparty na gotowych, narzuconych rozwiązaniach. Od kilku lat następuje powolna mobilizacja osób żyjących z HIV do udzielania wsparcia innym zakażonym. Bazują one na własnych doświadczeniach, co w pewnym zakresie wypełnia lukę w systemie opieki nad zdrowiem psychicznym członków tej społeczności. Jednakże utrzymującym się od wielu lat problemem organizacji pozarządowych jest znikome finansowanie. Działania pomocowe podejmowane są często w formie wolontariatu, co nieraz jest barierą w poszerzeniu skali działań i skutecznym dotarciu do osób ich potrzebujących.

Stygmatyzacja zakażenia HIV pozostaje ogromnym wyzwaniem dla większości osób seropozytywnych. HIV jest wciąż zagadnieniem pomijanym, praktycznie nieistniejącym w publicznej debacie, a jako temat pojawia się jedynie 1 grudnia, czyli w Światowy Dzień AIDS. Skutkiem tego jest fakt, że swój status serologiczny publicznie ujawniło w Polsce mniej niż 10 osób. Kampania społeczna „Żyję z HIV”, angażująca osoby mówiące otwarcie o swoim zakażeniu, została zrealizowana dopiero w 2024 r. dzięki wysiłkom jednej z organizacji pozarządowych.

Dość szczególnym rodzajem stygmatyzacji jest ta w środowisku medycznym. Wiele osób

254 Rodger AJ, Cambiano V, Phillips AN, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet* 2019;393(10189):2428–38

255 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-dublin-continuum-care-progress-report-2023.pdf>

zakażonych, korzystających ze wsparcia medycznego w innych obszarach niż poradnia leczenia HIV, nie ujawnia swojego statusu z lękiem przed odmową otrzymania świadczenia. Wiedza na temat HIV wśród osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej jest często nieaktualna, pacjenci seropozytywni budzą lęk, niechęć, a w najbardziej rażących przypadkach odmawia się im leczenia.

Stygmatyzacja jest widoczna również w polskim prawie. Zakażenie HIV jest jako jedyne wyodrębnione w kodeksie karnym, obok zbiorczo ujętych chorób zakaźnych i przenoszonych drogą płciową, a za narażenie na zakażenie HIV grozi do pięciu lat pozbawienia wolności. Ostatnio podjęte działania Ministerstwa Zdrowia dają wreszcie nadzieję na wykreślenie HIV z kodeksu karnego i złagodzenie kary.

Pomimo postępów w leczeniu i profilaktyce, wciąż istnieją bariery w dostępie do opieki, niski poziom testowania oraz problemy ze stygmatyzacją osób żyjących z HIV. Polska prezydencja w Radzie UE stanowi szansę na podjęcie działań mających na celu eliminację tych barier i dalszą poprawę zdrowia publicznego w Europie.

Zrozumieć raka pęcherza moczowego: profilaktyka, świadomość społeczna i ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna

prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski

kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, pełnomocnik dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Warszawa, przewodniczący zespołu ministra zdrowia ds. narodowej strategii onkologicznej, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, przewodniczący Rady Agencji Badań Medycznych

Rak pęcherza moczowego jest przykładem nowotworu, w którego leczeniu w ostatnich latach nastąpił niezwykle przełom. Choroba przez długi czas określana jako „zapomniana”, dzięki nowym odkryciom w medycynie – w tym nowym metodom diagnostycznym, schematom leczenia oraz innowacyjnym technologiom lekowym i nielekowym, ma szansę stać się schorzeniem, z którym pacjenci będą mogli żyć w dobrym stanie przez wiele lat. Kluczowe jest jednak podjęcie szeregu działań organizacyjnych i systemowych, które doskonale wpisują się w priorytety polskiej prezydencji w Unii Europejskiej, w tym przede wszystkim inicjatywy z zakresu profilaktyki i budowania świadomości społecznej.

Sytuacja epidemiologiczna raka pęcherza moczowego w Polsce

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2022 r. rak pęcherza moczowego był czwartym najczęściej rejestrowanym nowotworem złośliwym wśród polskich mężczyzn (5,7 proc.). Jednocześnie stanowi czwarty nowotwór o największym odsetku zgonów wśród mężczyzn (6 proc.).²⁵⁶ Aktualne dane opublikowane przez Komisję Europejską oraz Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wskazują, że tendencje dotyczące najczęściej występujących nowotworów w Polsce są zgodne z obserwowanymi trendami w krajach Unii Europejskiej, w tym w odniesieniu do raka pęcherza moczowego.²⁵⁷

256 Wojciechowska U., Didkowska J., Barańska K., Miklewska M., Michałek I., Olasek P., Jawołoska A., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku*, 2025

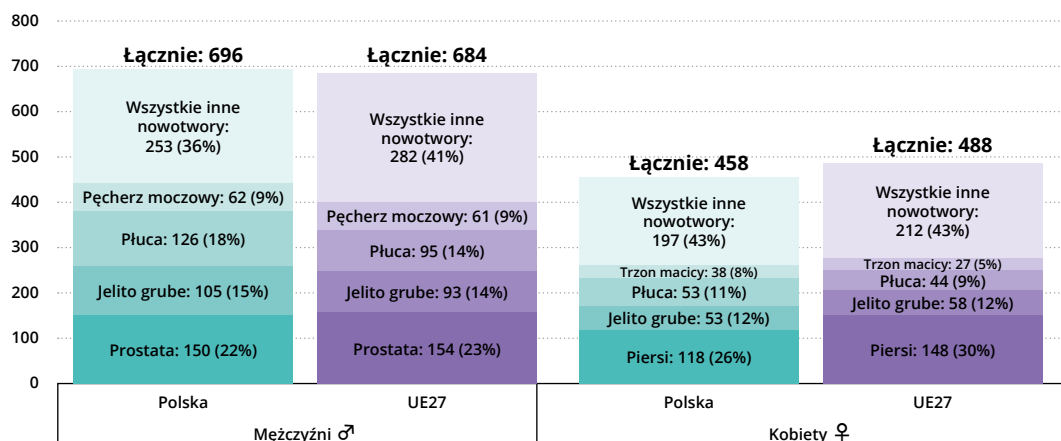
257 Poland. Country Cancer Profile: <https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/docs/ccp2025/ec-oecd-pl-2024-1680-en.pdf> [dostęp: luty 2025 r.]

Rycina 1.

Najczęściej występujące nowotwory w Polsce są zgodne z trendami obserwowanymi wśród krajów Unii Europejskiej – dane z *European Cancer Inequalities Registry, Poland – Country Cancer Profile*.

Najczęstsze nowotwory wśród polskich mężczyzn i kobiet wykazują podobne wzorce jak w całej UE

Standaryzowany wiekowo wskaźnik zachorowalności na 100 000 osób, szacunki na 2022 rok



Dane na 2022 rok są szacunkami opartymi na trendach zachorowalności z poprzednich lat i mogą różnić się od rzeczywistych wskaźników w ostatnich latach. Obejmują wszystkie rodzaje nowotworów z wyjątkiem raka skóry niezwiązanego z czerniakiem.

Trzon macicy nie obejmuje raka szyjki macicy.

Źródło: Europejski System Informacji o Raku (ECIS).

Dane dostępne na stronie: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, dostęp 10 marca 2024 r.

© Unia Europejska, 2024.

Procentowy podział zachorowalności został ponownie obliczony na podstawie standaryzowanych wskaźników zachorowalności i jako taki różni się od procentowego podziału liczbowego dostępnego na stronie ECIS.

W kontekście europejskim, zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), wskaźnik zachorowalności na raka pęcherza moczowego w Polsce w 2022 r. wynosił 12,9²⁵⁸, co plasowało go w granicach średniej dla krajów europejskich. Niestety, w zakresie umieralności wyniki były znacznie mniej korzystne. W tym samym roku Polska odnotowała najwyższy wskaźnik śmiertelności na raka pęcherza moczowego w Europie, wynoszący 5, co stanowiło wynik najgorszy wśród rozpatrywanych krajów.²⁵⁹

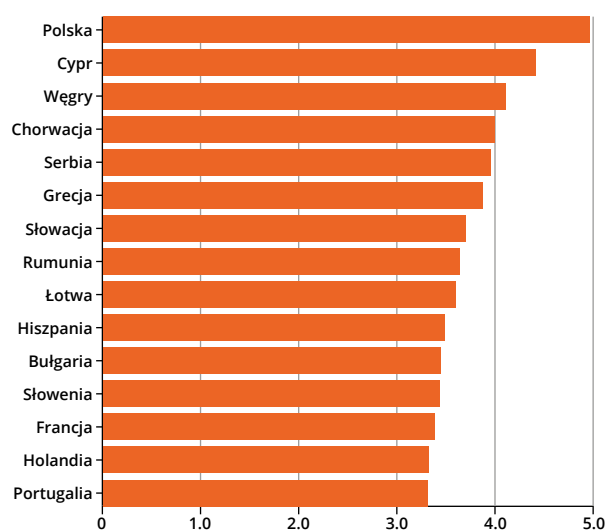
258 ASR - estimated age-standardized incidence rate

259 Dane WHO IARC (International Agency for Research on Cancer), 2022: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/> [dostęp: luty 2025 r.]

Rycina 2. Śmiertelność z powodu raka pęcherza moczowego w 2022 r. wg danych Globocan 2022.

Standaryzowany wiekowo wskaźnik (światowy) na 100 000, śmiertelność, obie płcie, 2022 rok Rak pęcherza moczowego – Europa (Top 15)

Kraje z najwyższą śmiertelnością z powodu raka pęcherza moczowego w Europie:



Źródło:

Cancer TODAY | IARC – <https://gco.iarc.who.int/today>

Wersja danych: Globocan 2022 (wersja 1.1)

Prawa autorskie: © All Rights Reserved 2025

Organizacja: Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Populacja chorych, których dotyka rak pęcherza moczowego jest zróżnicowana. Na zachorowanie są częściej narażeni mężczyźni oraz osoby z grup ryzyka związanych z czynnikami, takimi jak palenie tytoniu, wykonywanie pracy w określonych gałęziach przemysłu w tym m.in. w przemyśle rafineryjnym, wulkanizacyjnym czy garbarskim²⁶⁰ niezależnym czynnikiem jest także zaawansowany wiek.

Rak pęcherza moczowego charakteryzuje się nieswoistymi objawami, m.in. krwiomoczem, bolesnym oddawaniem moczu, bólem w podbrzuszu lub lędźwiowym odcinku kręgosłupa. Symptomy te mogą przypominać zakażenie dróg moczowych, co stwarza ryzyko ich zbagatelizowania lub podjęcia nieodpowiedniego leczenia, np. długotrwałego leczenia przeciwwzapalnego czy też antybiotykoterapii.²⁶¹ Z tych powodów pacjenci często zbyt późno trafiają do odpowiedniego specjalisty i są diagnozowani już w zaawansowanym stadium choroby, co negatywnie wpływa na dalsze rokowania i ogranicza możliwości skutecznego leczenia.²⁶²

Należy podkreślić, że pomimo powszechności występowania raka pęcherza moczowego oraz znacznego obciążenia społecznego związanego z rosnącą śmiertelnością w Polsce nie istnieje obecnie program kompleksowej opieki nad pacjentami z tym rodzajem nowotworu. Dodatkowo koordynację leczenia raka pęcherza moczowego utrudnia fakt, że choroba znajduje się w zakresie zainteresowania lekarzy różnych specjalizacji – urologów, onkologów i radioterapeutów, co obok nieswoistych objawów dodatkowo wydłuża czas procesu diagnostycznego. Sytuację tę komplikuje brak zespołów wielodyscyplinarnych, które mogłyby zapewnić skoordynowane podejście do diagnostyki i leczenia pacjentów. Aby podejmować optymalne decyzje terapeutyczne, niezbędna jest efektywna współpraca pomiędzy specjalistami. Dla wczesnej diagnostyki kluczowe

260 Długosz J., Dziurda D., Kucharz J., Jakubiak K., Jakubiak L., Tupikowski K., *Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm postępowania terapeutycznego*, 2024

261 Poradnik Pacjenta z rakiem pęcherza moczowego Stowarzyszenia „Gladiator”: <http://gladiator-prostata.pl/poradnik-pacjenta-pecherz/> [dostęp: luty 2025 r.]

262 Długosz J., Dziurda D., Kucharz J., Jakubiak K., Jakubiak L., Tupikowski K., *Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm postępowania terapeutycznego*, 2024

jest także dostrzeżenie roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz zapewnienie im dostępu do właściwych algorytmów postępowania z pacjentami z podejrzeniem raka pęcherza moczowego. Bez zintegrowanego podejścia i wymiany informacji między lekarzami różnych specjalności osiągnięcie sukcesu w leczeniu pacjentów staje się znacznie trudniejsze.

Rak pęcherza moczowego jako wyzwanie zdrowotne

Konieczność ustalenia standardów koordynowanej opieki nad pacjentami z rakiem pęcherza moczowego została dostrzeżona kilka lat temu zarówno przez środowisko medyczne i instytucje publiczne oraz została uwzględniona m.in. w:

1. Opinii Rady Przejrzystości nr 223/2020 z 7 września 2020 r. w sprawie opracowania odpowiednich rozwiązań organizacyjnych w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach narządowych: nowotwory urologiczne – nowotwór złośliwy pęcherza moczowego. Już wówczas Rada Przejrzystości wskazała, że: „Wypracowanie modelu kompleksowej organizacji udzielania świadczeń onkologicznych przed podmioty lecznicze typu kompleksowe ośrodki leczenia nowotworów urologicznych oraz mierniki oceny diagnostyki i leczenia stanowią odpowiedź na potrzebę poprawy jakości i skuteczności diagnostyki i leczenia oraz poprawę wyników leczenia onkologicznego, co w ostateczności przełoży się na oczekiwaną poprawę jakości życia pacjentów na każdym etapie choroby”²⁶³.
2. Sejmowym raporcie z 18 lipca 2018 r. przygotowanym z inicjatywy Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów przy współpracy Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Urologii oraz Fundację Eksperci dla Zdrowia.²⁶⁴ Autorzy raportu wskazywali, na „konieczność zapewnienia kompleksowego leczenia onkologicznego wysokiej jakości poprzez zmianę organizacji opieki zdrowotnej”.
3. Dokumentach ogłoszonych przez Ministerstwo Zdrowia, w tym m.in. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469, z późn. zm.) oraz Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 6 września 2024 r. w sprawie kluczowych zaleceń w zakresie opieki onkologicznej dotyczących organizacji i postępowania klinicznego w raku pęcherza moczowego (Dz.U. 2024 poz. 70).

Rak pęcherza moczowego został także uwzględnionych w pracach nad wdrożeniem Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO). W ramach realizacji zadań Krajowego Ośrodka Monitorującego (KOM) opracowywane są wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, które w onkologii w 2024 r., obejmowały trzy kluczowe dokumenty:

1. Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na raka pęcherza moczowego.
2. Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na raka pęcherza moczowego – podsumowanie zaleceń.
3. Kluczowe zalecenia w raku pęcherza moczowego – Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 6 września 2024 r.

KOM zapewnia opracowanie i aktualizację wytycznych przez odpowiednie towarzystwa naukowe oraz zespoły badawcze, w tym poprzez adaptację krajowych i zagranicznych opracowań. Wytyczne stworzone w ramach NSO stanowią zbiór rekomendacji postępowania w praktyce onkologicznej, zapewniających jak najlepszą opiekę pacjentom.²⁶⁵

Warto także zwrócić uwagę na działania oddolne prowadzone przez stowarzyszenia pacjentów oraz ekspertów, w tym raport z 2024 r. „Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm

263 Opinia Rady Przejrzystości nr 223/2020 z dnia 7 września 2020 roku w sprawie opracowania odpowiednich rozwiązań organizacyjnych w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworach narządowych: nowotwory urologiczne – nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (ICD-10 C67): https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/089/ERP/U_36_288_07092020_o_223_rak_pecherza_moczowego_31s_zacz.pdf [dostęp: listopad 2024 r.]

264 Polskie Towarzystwo Urologiczne, Konsultant Krajowy w dziedzinie urologii, Fundacja Eksperci dla Zdrowia, *Nowotwór pęcherza moczowego – rekomendacje z zakresu kompleksowej opieki nad pacjentem*, 2018: https://ekspercidlazdrowia.pl/wp-content/uploads/2018/06/Raport_nowotwor_pecherza.pdf [dostęp: listopad 2024 r.]

265 NSO: Wytyczne: <https://nio.gov.pl/instytut/nso/nso-wytyczne/> [dostęp: luty 2025 r.]

postępowania terapeutycznego”. Opracowanie to jest efektem końcowym projektu realizowanego przez środowisko pacjentów, klinicystów, ekspertów systemowych oraz podmiotów z branży medycznej. Autorzy dokumentu wskazali szereg rekomendacji, których wprowadzenie ich zdaniem powinno przelożyć się na poprawę wyników leczenia chorych z rakiem pęcherza moczowego w Polsce.

Zdaniem autorów raportu w kontekście profilaktyki i edukacji należałoby rozważyć m.in. podkreślenie w przestrzeni publicznej związku palenia tytoniu z występowaniem raka pęcherza, budowanie świadomości na temat pierwszych objawów choroby (w tym m.in. krwinkomoczu/krwiomoczu) i początkowej fazy diagnostyki (badanie ogólne moczu, USG, itd.). Koniecznym jest również wsparcie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej np. poprzez wdrażanie programów edukacyjnych w zakresie diagnostyki krwiomoczu²⁶⁶ Ponadto przedstawiono również konkretne kierunki optymalizacji ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w oparciu o wykorzystanie karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) dla szybkiej diagnostyki urologicznej oraz konieczności współpracy wielodyscyplinarnej. Optymalizacja kolejnych etapów ścieżki pacjenta powinna uwzględniać m.in. poprawę dostępu do cystoskopii, szybszy dostęp do procedury TURBT i oceny patomorfologicznej czy też poprawę dostępu do rekomendowanych przez międzynarodowe towarzystwa naukowe opcji terapeutycznych (w tym m.in. chemioterapii neoadjuwantowej, nierefundowanych leków immunoterapeutycznych, terapii skojarzonej).²⁶⁷ Niezwykle istotnym jest również długoterminowy monitoring efektów leczenia w ramach Krajowej Sieci Onkologicznych w oparciu o współczynniki jakościowe. Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej wprowadza ważne zmiany w zakresie organizacji i zarządzania opieką onkologiczną, również dla chorych na raka pęcherza, ułatwiając współpracę i koordynację ścieżki pacjenta pomiędzy ośrodkami o różnym stopniu referencyjności.

Kolejne kroki

Objęcie przez Polskę prezydencji w Unii Europejskiej oraz uwzględnienie w priorytetach resortowych obszaru profilaktyki zdrowotnej jawi się jako idealny moment do szerzenia świadomości społecznej na temat chorób nowotworowych, w tym raka pęcherza moczowego. Jedynymi skutecznymi długoterminowymi interwencjami względem tego wyzwania zdrowotnego jest ograniczenie ekspozycji na czynniki ryzyka i odpowiednia edukacja zdrowotna wspierające wczesną diagnostykę i koordynowaną opiekę nad chorymi.

W perspektywie krótkoterminowej należy zająć się dalszym rozwojem koordynacji diagnostyki i opieki nad pacjentami, co wskazuje na konieczność wprowadzenia Krajowej Sieci Onkologicznej, oraz zapewnieniem dostępu do wszystkich rekomendowanych opcji terapeutycznych, w tym m.in. poprzez dalsze zmiany programu lekowego dedykowanego leczeniu raka urotelialnego w Polsce. Podstawą zmian w zakresie dostępności do opcji terapeutycznych powinny być międzynarodowe i krajowe wytyczne kliniczne. Jednocześnie niezwykle istotna wydaje się skuteczna implementacja wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, już od etapu lekarzy POZ, co powinno przelożyć się na ujednoczenie postępowania i ścieżki pacjenta w całym kraju.

266 Długosz J., Dziurda D., Kucharz J., Jakubiak K., Jakubiak L. Tupikowski K., *Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm postępowania terapeutycznego*, 2024

267 Długosz J., Dziurda D., Kucharz J., Jakubiak K., Jakubiak L. Tupikowski K., *Rak pęcherza moczowego. Ścieżka pacjenta i algorytm postępowania terapeutycznego*, 2024

Europejska Organizacja ds. Raka (European Cancer Organisation)

Richard Price

Policy Director

Konkurencyjna i sprawnie działająca Unia Europejska, która dobrze służy swoim obywatelom, wyznacza światowe standardy strategii onkologicznej.

„Europejski plan walki z rakiem jest kluczowym filarem silniejszej Europejskiej Unii Zdrowotnej oraz bezpieczniejszej, lepiej przygotowanej i odporniejszej UE... Dzięki pracy zespołowej i połączeniu starań na szczeblu krajowym i unijnym możemy pokonać indywidualne słabości, zmniejszyć rozdrobnienie oraz zapewnić skuteczniejszą i bardziej wyrównaną walkę z rakiem... Co najważniejsze, w centrum europejskiego planu walki z rakiem na każdym kroku znajdują się interesy i dobro pacjentów, ich rodzin i ogółu społeczeństwa”.

Wprowadzenie do Europejskiego Planu Walki z Rakiem, 4 lutego 2021 r.

Europejski Plan Walki z Rakiem na zawsze pozostanie kamieniem milowym w historii globalnej walki z tą chorobą. Jego opracowanie było bezprecedensowym wysiłkiem na rzecz skoordynowania działań 27 krajów przeciwko wspólnemu wyzwaniu i przeciwnikowi – setkom schorzeń określanych wspólnym mianem „rak”.

Po czterech latach realizacji Europejskiego planu walki z rakiem można już dostrzec jego konkretne osiągnięcia. Do najważniejszych należą:

W zakresie profilaktyki nowotworowej: wprowadzono jedne z najsurowszych na świecie regulacji dotyczących zapobiegania nowotworom, obejmujących ambitne limity zanieczyszczenia powietrza oraz dodatkowe gwarancje prawne chroniące obywateli i pracowników przed wieloma innymi czynnikami rakotwórczymi.

W kwestii eliminacji nowotworów związanych z HPV: dzięki zapisom Europejskiego Planu Walki z Rakiem Europa stała się światowym liderem w realizacji celu WHO dotyczącego eliminacji raka szyjki macicy. W momencie publikacji planu jedynie nieliczne kraje prowadziły programy szczepień przeciw HPV obejmujące zarówno chłopców, jak i dziewczęta. Obecnie wszystkie państwa UE zobowiązały się do ich wdrożenia.

W zakresie badań przesiewowych w kierunku nowotworów: w Europie wdrażane są nowe metody badań przesiewowych w ramach transgranicznej koordynacji wspieranej przez UE. Obejmują one pionierskie inicjatywy dotyczące wczesnego wykrywania nowotworów płuca, prostaty i żołądka. Przygotowano również bardziej precyzyjne wytyczne UE, które mają zagwarantować wysoką jakość badań przesiewowych dostępnych dla wszystkich obywateli UE. Inicjatywy, takie jak Cancer Image Europe, wspierają rozwój nowoczesnych technologii służących wczesnej diagnostyce nowotworów.

W zakresie jakości opieki onkologicznej: nowa unijna sieć wyspecjalizowanych ośrodków onkologicznych wzmacnia potencjał, łączy placówki w całej UE i poza jej granicami oraz pomaga zapewnić pacjentom najwyższy standard opieki. Dzięki unijnemu planowi walki z rakiem w wielu krajach kompleksowy model leczenia nowotworów, jeszcze do niedawna wydający się odległą perspektywą, staje się rzeczywistością. Ponadto ponad 100 ośrodków onkologicznych w 25 państwach uczestniczy w przełomowym unijnym programie międzyspecjalistycznych szkoleń w zakresie onkologii, realizowanym równoległe z licznymi nowymi inicjatywami cyfrowego kształcenia onkologów, które są wspierane przez UE.

Dla osób, które wygrały z rakiem: Europejski Plan Walki z Rakiem wyznacza ramy wspierające rozwój koncepcji i wdrożenie w praktyce „prawa do bycia zapomnianym” dla osób, które pokonały chorobę. Chodzi tu o ochronę prawną, która uniemożliwia instytucjom finansowym, ubezpieczycielom i innym podmiotom dyskryminowanie osób ze względu na wcześniejszą diagnozę

nowotworu po upływie określonego okresu remisji. W 2019 r. jedynie dwa państwa członkowskie UE wdrożyły przepisy zapewniające tego rodzaju ochronę. Obecnie czyni to dziewięć państw, a sześć wprowadziło rozwiązania o charakterze samoregulacyjnym. Coraz bardziej dostrzega się także potrzebę ujednoczenia zasad ochrony osób, które wygrały z rakiem, na poziomie unijnym, m.in. poprzez mechanizmy takie jak dyrektywa w sprawie kredytów hipotecznych.

To tylko wybrane osiągnięcia planu, wśród których znajdują się nowe europejskie sieci specjalistycznej wiedzy onkologicznej, unijna platforma genomiki nowotworów i zdrowia publicznego, europejskie centrum cyfrowe dla pacjentów onkologicznych, inteligentna karta dla osób, które wygrały z rakiem, unijna sieć młodych osób, które pokonały nowotwór, rozbudowany europejski rejestr nierówności w opiece onkologicznej i wiele innych inicjatyw rozwijających się dzięki Europejskiemu Planowi Walki z Rakiem oraz unijnej misji badawczej w zakresie onkologii. Dlatego tak ważne jest zapewnienie kontynuacji tego planu, zwłaszcza w kontekście bieżących wyzwań politycznych w Unii Europejskiej.

Europejski Plan Walki z Rakiem, priorytety Komisji Von der Leyen i kolejne wieloletnie ramy finansowe

Każde wybory stwarzają możliwość choćby częściowej zmiany kierunku, nawet jeśli wyborcy opowiadają się za kontynuacją. Tak jest również w przypadku Komisji Europejskiej na kadencję 2024–2029. Ciągłość zapewnia obecność niektórych kluczowych decydentów, w tym przewodniczącej Komisji Ursuli von der Leyen, jednocześnie podkreślane są nowe priorytety i kierunki działań.

Porównanie priorytetów przewodniczącej Ursuli von der Leyen dla Komisji Europejskiej na kadencję 2024–2029 z ich wersją z 2019 r. uwypatnia różnice w podejściu i narracji. W 2019 r. „Wielka Recesja” i jej różnorodne konsekwencje zdawały się schodzić na dalszy plan. Przekonanie o sukcesie „Zielonego Ładu”, strategii cyfrowych i planów walki z rakiem odzwierciedlało optymizm co do roli UE w mierzeniu się z kluczowymi wyzwaniami społecznymi. Tymczasem wytyczne na 2024 r. naznaczone są doświadczeniami pandemii Covid-19, szokiem wywołanym rosyjską agresją na Ukrainę oraz rosnącą świadomością wyzwań związanych z konkurencyjnością Europy wobec USA i Chin.

Ton debaty kształtuje się już teraz w oczekiwaniu na kluczowe dyskusje w 2025 r. dotyczące kolejnych wieloletnich ram finansowych UE na lata 2028–2034.

W polityce priorytety zawsze w pewnym stopniu ze sobą konkurują. Można się spodziewać, że ta nieunikniona reguła znajdzie odzwierciedlenie w dyskusjach nad kolejnymi wieloletnimi ramami finansowymi UE.

Jednak stopień, w jakim zagadnienia związane ze zdrowiem i walką z nowotworami rzeczywiście konkurują z priorytetami politycznymi obecnie podkreślanymi przez przewodniczącą von der Leyen – takimi jak obronność, odporność demokracji i pobudzanie dynamiki gospodarczej UE – może być nieco wyolbrzymiany.

Doświadczenia Europejskiego Planu Walki z Rakiem oraz unijnej misji badawczej ds. nowotworów stanowią wyraźne przykłady dostosowania tych priorytetów.

Polityka UE w zakresie nowotworów musi mieć zawsze za nadrzędny cel poprawę wyników leczenia pacjentów. Nie powinno to jednak przesłaniać powiązań między solidną polityką onkologiczną UE a innymi kluczowymi celami Unii:

W zakresie cyfryzacji: w ramach Europejskiego planu walki z rakiem oraz unijnej misji onkologicznej realizowane są konkretne, celowe projekty testowe dotyczące transgranicznej współpracy cyfrowej. Obejmują one nowe platformy wymiany danych, takie jak Cancer Image Europe i Europejskie Cyfrowe Centrum Pacjenta Onkologicznego, rozwój prototypów inteligentnych kart pacjenta umożliwiających bezpieczne i mobilne przekazywanie danych medycznych oraz wspólne, certyfikowane programy szkoleniowe w zakresie kompetencji cyfrowych, dostępne dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia w Europie.

W zakresie pozycji UE na świecie: Europejski Plan Walki z Rakiem i unijna misja onkologiczna odgrywają istotną rolę we wzmacnianiu relacji UE z krajami sąsiadującymi. Państwa takie jak Bośnia i Hercegowina, Ukraina, Mołdawia i Norwegia aktywnie uczestniczą w realizacji projektów planu walki z rakiem, natomiast Kanada i Izrael należą do kluczowych partnerów unijnej misji badawczej w dziedzinie onkologii. Ponadto plan walki z rakiem i misja onkologiczna w dalszym ciągu prezentują niewykorzystany potencjał, który może przyczynić się do realizacji rosnących ambicji Komisji w zakresie zwiększania konkurencyjności UE.

Konkurencyjność gospodarcza i spójna polityka zdrowotna UE: efekt synergii

Argumenty przedstawione w raporcie Mario Draghiego na temat konkurencyjności UE są dobrze sformułowane i przekonująco zaprezentowane. Statystyki mówią same za siebie. Europa od dłuższego czasu notuje niższe tempo wzrostu gospodarczego w porównaniu z innymi regionami świata. Braki strukturalne sprawiają, że nie w pełni wykorzystuje potencjał swoich światowej klasy ośrodków badawczych i edukacyjnych, dzięki którym mogłaby umocnić swoją pozycję gospodarczego lidera. Zalecenia raportu, w tym potrzeba skuteczniejszej integracji i koordynacji szeroko zakrojonych badań na poziomie UE w kluczowych sektorach, są logiczne i uzasadnione.

Dyskusje wokół raportu Draghiego i unijnej agendy konkurencyjności powinny teraz odejść od abstrakcyjnych założeń i ogólnych zasad na rzecz konkretnych przykładów i realnych inicjatyw.

Podmioty zaangażowane we wdrażanie Europejskiego planu walki z rakiem oraz unijnej misji badawczej ds. nowotworów, a także te, które regularnie obserwują ich realizację, dobrze znają niektóre z zarzutów podniesionych w raporcie Draghiego:

- obciążenia regulacyjne hamujące innowacje;
- zbyt duże rozproszenie działań badawczych;
- niedostateczne tempo wdrażania odkryć w (kliniczną) praktykę.

M.in. z tych właśnie powodów ECO będzie w 2025 r. współpracować ze swoją Siecią Polityki Badawczej, aby uwydatnić zbieżności między agendą Draghiego a długo narastającą frustracją onkologicznej społeczności badawczej w Europie. Konieczność odblokowania „gospodarki” może wydać się bardziej zrozumiała w odbiorze społecznym, jeżeli towarzyszyć mu będzie analogiczne odblokowanie badań nad nowotworami.

Polityka przeciwnowotworowa UE: wsparcie realizacji bieżących priorytetów UE

Nowe priorytety Komisji Europejskiej na lata 2024–2029 oraz bieżące wyzwania polityczne związane z kolejnymi wieloletnimi ramami finansowymi nie stoją w sprzeczności z utrzymaniem spójnej polityki UE w zakresie onkologii – wręcz przeciwnie, są wobec niej komplementarne.

Wdrożenie zasad i zaleceń zawartych w raporcie Draghiego może przyczynić się do odblokowania innowacji w profilaktyce, diagnostyce, leczeniu i opiece onkologicznej, które w przeciwnym razie pozostałyby nieodkryte lub niewdrożone w Europie.

Konsekwentne promowanie otwartego i inkluzyjnego planu walki z rakiem oraz misji onkologicznej sprzyja dalszemu zacieśnianiu współpracy między UE a jej sąsiadami, wzmacniając wspólne działania na rzecz tego samego celu. Dzięki temu korzyści płynące z partnerskiego podejścia do transgranicznych wyzwań stają się wyraźnie widoczne.

Skupienie polityki na sprawach najbardziej istotnych dla każdego wyborcy – zdrowiu jego samego, rodziny i bliskich – wzmacnia demokratyczne fundamenty funkcjonowania UE. Współpraca transgraniczna w obszarze onkologii stanowi wyraz istniejącej jedności politycznej.

Wyzwanie, przed którym stoi Komisja Europejska w latach 2024–2029 w kontekście kolejnych wieloletnich ram finansowych, nie polega na wybieraniu „faworytów” do szczególnego traktowania. Kluczowe jest natomiast zagwarantowanie spójności i komplementarności wszystkich działań UE.

Europejski plan walki z rakiem i misja onkologiczna są narzędziami służącymi poprawie opieki onkologicznej i jej efektów. Ich wdrażanie tworzy wyraźny model działania, który może również

dowodzić, że ambicje Komisji Europejskiej w obszarach takich jak cyfryzacja, konkurencyjność gospodarcza i odporność demokracji to nie tylko słowa, lecz konkretne działania. Realizacja tych założeń oznacza coś więcej niż poprawę wskaźników gospodarczych – może przynieść realne, namacalne korzyści, odczuwalne na co dzień przez każdego obywatela.

Wraz z rozpoczęciem przez polską prezydencję w UE procesu koordynacji rządów krajowych w długoterminowych debatach budżetowych rekomendujemy holistyczne podejście do priorytetów. Skuteczniejsza walka z nowotworami i realizacja innych celów unijnej polityki mogą iść ze sobą w parze.

Profilaktyka jako filar bezpieczeństwa zdrowotnego, stabilności gospodarczej i odporności w UE

Sibilia Quilici

Executive Director (dyrektor wykonawczy) w Vaccines Europe, Europejska Federacja Przemysłu i Stowarzyszeń Farmaceutycznych (EFPIA)

Kontekst

UE stoi w obliczu pilnego i bezprecedensowego „permakryzysu”, w którym wyzwania gospodarcze, zmiany demograficzne, zmiany klimatyczne, wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe, nieustanne zagrożenie chorobami zakaźnymi, antybiotykoodporność oraz niedobory kadrowe w ochronie zdrowia łączą się, prowadząc systemy opieki zdrowotnej na skraj wydolności. [1]

Szpitala są przeciążone, personel medyczny pracuje na granicy wytrzymałości, a najbardziej narażeni pacjenci znajdują się w coraz większym niebezpieczeństwie. W styczniu 2025 r. w Belgii chorzy na gripę czekali ponad cztery godziny na przyjęcie na oddział ratunkowy. [2] We Francji, w związku z trwającą epidemią, 90 szpitali było zmuszonych do uruchomienia nadzwyczajnej procedury znanej jako „plan biały”, który umożliwia szpitalom odłożenie niektórych zabiegów oraz wezwanie personelu z urlopu do pracy.

W Europie choroby niezakaźne stanowią istotne wyzwanie, zarówno ze względu na ich efekty zdrowotne, jak i wpływ na gospodarkę. Szczególnie dużym obciążeniem dla systemów opieki zdrowotnej w UE jest koszt ekonomiczny takich schorzeń, potęgowany przez starzenie się społeczeństw. Koszty chorób niezakaźnych stanowią największą część wydatków na ochronę zdrowia w krajach UE, rocznie przekraczają kwotę 700 mld euro. Ponadto przedwczesne zgony spowodowane czterema głównymi rodzajami chorób niezakaźnych (chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami układu oddechowego i cukrzycą) generują straty równe 0,8 proc. PKB Unii, a ich efektem są dodatkowe obciążenia wynikające z niższej produktywności i wyjścia osób cierpiących na przewlekłe schorzenia z rynku pracy.

Zmiany klimatyczne potęgują zagrożenia dla zdrowia, powodując fale upałów, zanieczyszczenie powietrza oraz rozprzestrzenianie się chorób wektorowych. Kluczowe znaczenie mają inwestycje w profilaktykę – nie tylko z punktu widzenia ochrony zdrowia publicznego, ale także wzmocnienia odporności europejskich systemów opieki zdrowotnej wobec narastających zagrożeń. Systemy opieki zdrowotnej w obecnym kształcie nie wytrzymają rosnącej presji, jeśli nie zostaną podjęte pilne działania.

Profilaktyka zdrowotna powinna stanowić fundament każdej strategii politycznej. Dzięki niej można będzie zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne, wzmocnić odporność gospodarczą UE oraz budować zrównoważone i sprawiedliwe społeczeństwo. Inwestowanie w profilaktykę nie tylko obniża koszty opieki zdrowotnej i ogranicza liczbę hospitalizacji, ale także zapewnia dostępność zasobów dla osób najbardziej ich potrzebujących, zwiększa produktywność siły roboczej i chroni zdrowie publiczne przed przyszłymi kryzysami. To nie tylko priorytet zdrowotny, lecz także strategiczna konieczność dla przyszłości Europy.

Profilaktyka przede wszystkim: klucz do zdrowszej przyszłości

W 2021 r. lepsza opieka medyczna i profilaktyka przyczyniłyby się do zapobieżenia ponad milionowi przedwczesnych zgonów w całej Unii Europejskiej. [3] Jednak nadal istnieją luki, które narażają wiele osób na ryzyko. Zdrowy styl życia, badania przesiewowe i szczepienia ratują życie oraz zmniejszają obciążenie systemów opieki zdrowotnej. Mimo że szczepienia są najskuteczniejszym i najbardziej opłacalnym narzędziem profilaktyki zdrowotnej, wciąż nie są one w pełni wykorzystywane w populacji dorosłych, a ich dostępność w Europie pozostaje nierównomierna. Aby maksymalnie wykorzystać potencjał działań immunizacyjnych, należy stworzyć warunki sprzyjające wysokiemu poziomowi wyszczepienia na wszystkich etapach życia.

Kluczowe znaczenie ma **kompleksowa i zdigitalizowana infrastruktura szczepień**. Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia (EHDS) oraz elektroniczna dokumentacja medyczna mogą usprawnić monitorowanie, poprawić komunikację między państwami członkowskimi oraz pomóc w ograniczeniu rezygnacji ze szczepień. Wzmocnienie łańcuchów dostaw pozwoli zapobiec brakom szczepionek, a ujednolicony system pakowania w UE może usprawnić ich dystrybucję i dostępność. Pandemia Covid-19 pokazała, że duże różnice w oznakowaniu opakowań i treści ulotek szczepionek w krajach UE utrudniają logistykę, spowalniają reakcję na braki oraz ograniczają dostępność preparatów na mniejszych rynkach. Aby zapewnić stabilne dostawy i ułatwić ich dystrybucję w całej UE, konieczne jest wprowadzenie **wspólnego unijnego opakowania oraz elektronicznej ulotki informacyjnej dla pacjenta (ePIL)**. [4] Narzędzia cyfrowe odgrywają również kluczową rolę w walce z dezinformacją i budowaniu zaufania, co sprzyja większej skłonności do szczepień. Aby nowe szczepionki były szybciej i na równych zasadach dostępne w całej Unii, konieczne jest sprawne działanie unijnego systemu oceny technologii medycznych (EU HTA). Powinien on uwzględniać specyfikę nowych preparatów, co pozwoli na ich szybszą integrację z krajowymi programami szczepień.

Kluczowe znaczenie ma zwiększenie **dostępności szczepień**. Rozszerzenie uprawnień do podawania szczepionek na większą liczbę pracowników ochrony zdrowia, w tym farmaceutów i pielęgniarki, przyniosło pozytywne efekty. We Francji w ciągu tygodnia farmaceuci zaszczepili przeciwko grypie 1,3 mln osób [5], co dowodzi, że szerszy dostęp przekłada się na wyższy poziom wyszczepienia. Takie rozwiązanie powinno obejmować także inne szczepienia dorosłych, aby ułatwić ich dostępność i zwiększyć poziom wyszczepialności.

Powszechny **dostęp do szczepień na każdym etapie życia** musi stać się integralną częścią krajowych programów immunizacji, z jasnymi wytycznymi i odpowiednim finansowaniem. Choroby zakaźne nie tylko stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia, ale także zaostrzają istniejące schorzenia u pacjentów z chorobami przewlekłymi, zwiększając ich obciążenie zdrowotne oraz presję na system opieki zdrowotnej. Badania pokazują, że szczepienia przeciw grypie, pneumokokom, SARS-Co-V oraz syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) odgrywają kluczową rolę w ochronie pacjentów z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym i chorobami układu krążenia, zwłaszcza osób starszych. [6] Strategie szczepień dorosłych różnią się w Europie, przez co wiele kluczowych grup, takich jak kobiety w ciąży, seniorzy i pacjenci z chorobami przewlekłymi, nie ma zapewnionego równego dostępu do szczepień. Lepsza koordynacja programów szczepień dla dorosłych i dzieci oraz wykorzystanie cyfrowych rejestrów do systematycznych przypomnień mogą zwiększyć ich skuteczność i poprawić poziom wyszczepialności.

Oprócz zapewnienia dostępności równie ważne są **świadomość i edukacja**. Wielu dorosłych nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia, jakie niosą choroby, którym można skutecznie zapobiegać dzięki szczepieniom, takie jak grypa, zakażenia pneumokokowe czy nowotwory związane z HPV. Niezbędne są skoordynowane działania na poziomie krajowym i unijnym, które zwiększą wiedzę zarówno wśród społeczeństwa, jak i personelu medycznego. Szczepienia powinny stać się naturalnym elementem wizyt lekarskich, zwłaszcza w przypadku osób z grup podwyższonego ryzyka.

Kluczowe znaczenie mają **inwestycje w badania i innowacje**. Wielokierunkowy rozwój technologii szczepionkowych pozwoli lepiej dopasować je do potrzeb poszczególnych grup i zwiększyć

skuteczność immunizacji. Ścisła współpraca między decydentami, specjalistami medycznymi i producentami przyspieszy prace nad nowymi szczepionkami oraz ich wdrażanie.

Nadając priorytet profilaktyce, poszerzając dostęp do szczepień, wykorzystując cyfryzację i promując immunizację na każdym etapie życia, Europa może zwiększyć wyszczepialność, chronić osoby najbardziej narażone oraz wzmocnić odporność systemu opieki zdrowotnej. Osiągnięcie tego celu wymaga jednak **stałych inwestycji** i zdecydowanego zaangażowania politycznego, a także uznania szczepionek za narzędzie o wysokiej wartości – ratujące życie, obniżające koszty i zwiększające odporność społeczną.

Inwestycje w zdrowie: filar wzrostu gospodarczego i stabilności

Inwestowanie w profilaktykę to **strategiczna decyzja ekonomiczna**, która zwiększa produktywność, obniża koszty opieki zdrowotnej i wspiera długoterminową stabilność systemu zdrowia publicznego. Choroby, którym można zapobiegać dzięki szczepieniom, generują poważne obciążenia społeczno-ekonomiczne, w tym spadek produktywności i konieczność zapewnienia opieki chorym. **Same szczepienia dorosłych mogą przynieść nawet dziewiętnastokrotny zwrot z inwestycji (ROI)**, ograniczając liczbę hospitalizacji i umożliwiając dłuższą aktywność zawodową. [7] Mimo tych korzyści wiele państw członkowskich UE przeznaczają na profilaktykę mniej niż 5 proc. wydatków na zdrowie, co dodatkowo obciąża system opieki zdrowotnej. [1]

Brak wystarczających inwestycji w profilaktykę uwydatnia **pilną potrzebę reform strukturalnych i zwiększenia finansowania**, zwłaszcza **w ramach unijnych mechanizmów fiskalnych i budżetowych**. Niedawna reforma zasad zarządzania gospodarczego UE – **nowe ramy zarządzania gospodarczego (NEGF)**, przyjęta w kwietniu 2024 r. – wprowadziła dodatkową elastyczność w ramach **paktu stabilności i wzrostu**, umożliwiając państwom członkowskim opracowanie długoterminowych planów inwestycyjnych opartych na „wiarygodnych i ostrożnych założeniach” oraz nadając priorytet „odporności społecznej i gospodarczej” [8]. Środki te nie objęły jednak przyjęcia „złotej reguły” dla inwestycji w zdrowie – mechanizmu, który klasyfikowałby kluczowe wydatki na ochronę zdrowia jako inwestycje strategiczne, skoncentrowane na inicjatywach o wysokim potencjale zwrotu z inwestycji. Do takich inicjatyw należałyby **profilaktyka, programy szczepień oraz modernizacja infrastruktury zdrowotnej**.

Kluczowe znaczenie mają dalsze wytyczne Komisji Europejskiej. Państwa członkowskie potrzebują wsparcia w analizie korzyści płynących z inwestycji w ochronę zdrowia oraz w opracowaniu strategicznych planów inwestycyjnych zgodnych z nowymi ramami zarządzania. Programy szczepień, które należą do najbardziej opłacalnych form inwestycji, powinny zostać uznane za kluczowe elementy tych strategii.

Nadchodzące dyskusje na temat kolejnych wieloletnich ram finansowych (WRF) na lata 2028–2034 stanowią wyjątkową okazję do uznania opieki zdrowotnej i profilaktyki za strategiczne „inwestycje w zabezpieczenie społeczne”, zgodne z wymogami NEGF. Takie podejście wpisuje się w priorytety wyznaczone dla obronności oraz transformacji energetycznej i cyfrowej. Koalicja UE ds. Zdrowia opowiada się za wyodrębnieniem budżetów na ochronę zdrowia w ramach nowych reguł fiskalnych, aby zmaksymalizować średnio- i długoterminowe korzyści gospodarcze wynikające z inwestycji w zdrowie [9]. **Zapewnienie stabilnego i dedykowanego finansowania profilaktyki oraz szczepień** sprawi, że WRF staną się impulsem do wzmocnienia odporności społeczno-gospodarczej w całej UE. Strategiczne inwestycje w zdrowie ograniczają bieżące koszty opieki zdrowotnej, jednocześnie zwiększając produktywność i dobrostan społeczeństwa, wspierając cykl wzrostu, stabilności i dobrobytu.

Poddawana ewolucyjnym zmianom polityka fiskalna UE musi w pełni wykorzystać niepowtarzalną szansę na uznanie profilaktyki i szczepień za fundament inwestycji w zabezpieczenie społeczne. Wzmocnienie mechanizmów finansowania, infrastruktury cyfrowej, systemów gromadzenia danych oraz polityki szczepień na każdym etapie życia pozwoli w pełni wykorzystać potencjał immunizacji, przyczyniając się do poprawy zdrowia społeczeństwa i trwałego rozwoju gospodarczego Europy.

Uznając profilaktykę za priorytet strategiczny, Europa może wzmocnić swoje systemy opieki zdrowotnej, zwiększyć odporność społeczną i zapewnić wszystkim zdrowszą oraz bardziej zrównoważoną przyszłość.

Piśmiennictwo:

- 1 The European House of Ambrosetti, Vaccines Europe, IFPMA. The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care, and welfare systems [*Wartość profilaktyki dla wzrostu gospodarczego oraz zrównoważoności systemów opieki zdrowotnej, opieki społecznej i zabezpieczeń socjalnych*]. Wrzesień 2024. Dostęp: 6 września 2024, https://www.vaccineseuropa.eu/wp-content/uploads/2024/09/240906_PAPER_Value-of-prevention_DEF.pdf.
- 2 Le Soir. „Épidémie de grippe: les services d’urgence noyés de malades qui n’ont rien à y faire” [Epidemia grypy: tłumy pacjentów na SOR-ach, którzy nie powinni tam trafić]. 7 stycznia 2025. Dostęp: 7 stycznia 2025, <https://www.lesoir.be/646787/article/2025-01-07/epidemie-de-grippe-les-services-durgence-noyes-de-malades-qui-nont-rien-y-faire>.
- 3 Komisja Europejska. Inicjatywa UE dotycząca chorób niezakaźnych (NCDs) [EU non-communicable diseases (NCDs) initiative]. 2022. Dostęp: kwiecień 2022, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-04/ncd_initiative_faq_en.pdf.
- 4 Vaccines Europe. E-Leaflet and Vaccines Common EU Packaging [E-ulotka i wspólne unijne opakowanie szczepionek]. 2022. Dostęp: wrzesień 2022, https://www.vaccineseuropa.eu/wp-content/uploads/2022/09/VE-CommonPackaging_InfographicSHEET-V10_FINAL_UPDATE_WEB.pdf.
- 5 Vaccines Europe. Prioritising Adult Immunisation Policy in Europe [Priorytetyzacja polityki szczepień dorosłych w Europie]. Grudzień 2022. Dostęp: grudzień 2022, <https://www.vaccine-seuropa.eu/media-hub/position-papers/prioritising-adult-immunisation-policy-in-europe/>.
- 6 Sekretariat Generalny Rady. Wnioski Rady w sprawie poprawy zdrowia układu sercowo-naczyniowego w Unii Europejskiej [Conclusions on the improvement of cardiovascular health in the European Union]. Listopad 2024. Dostęp: listopad 2024, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15315-2024-INIT/en/pdf>.
- 7 OHE. Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes [Wartość społeczno-ekonomiczna programów szczepień dorosłych]. 2024. Dostęp: 2024, <https://www.ohe.org/publications/the-socio-economic-value-of-adult-immunisation-programmes/>.
- 8 Komisja Europejska. Nowe ramy zarządzania gospodarczego [New Economic Governance Framework]. Kwiecień 2024. Dostęp: kwiecień 2024, https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-and-fiscal-governance/eu-assessment-and-monitoring-national-economic-policies/evolution-eu-economic-governance/new-economic-governance-framework_en.
- 9 EU Health Coalition. Reshaping Health for a Stronger Europe [Przekształcanie systemu ochrony zdrowia dla silniejszej Europy]. Styczeń 2025. Dostęp: styczeń 2025, <https://www.euhealthcoalition.eu/wp-content/uploads/2025/01/Reshaping-health-for-a-stronger-Europe.pdf>.

Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

Michał Byliniak

dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

Polska prezydencja przypada w szczególnym momencie. Jest pierwszą pełną prezydencją w nowej kadencji Parlamentu Europejskiego i będzie miała ogromny wpływ na przygotowanie programu dla nowej Komisji Europejskiej.

Mimo że polityka zdrowotna należy do kompetencji krajowych, to Unia Europejska również odgrywa istotną rolę w jej kształtowaniu. Celem działania Unii, uzupełniającym polityki krajowe, jest poprawa zdrowia publicznego, zwalczanie epidemii, edukacja zdrowotna, a także wczesne ostrzeżenie w przypadku zagrożeń transgranicznych.

To stwarza niepowtarzalną szansę na nowe otwarcie w dyskusji nad bezpieczeństwem zdrowotnym UE, które tak bardzo wpisuje się w przewodnie hasło polskiej prezydencji: „Bezpieczeństwo, Europo!”. Doświadczenia pandemii Covid-19 dobitnie pokazały nam, że bezpieczeństwo to nie tylko stabilne i nieprzerwane europejskie łańcuchy dostaw leków, ale także dobra zdrowotna kondycja społeczeństw, sprawnie działające systemy ochrony zdrowia oraz rozwój i dostęp do innowacji.

Przed nami jednak nowe wyzwania zarówno w obszarze **zdrowia, jak i konkurencyjności** Europy i oba te czynniki będą wpływać na nasze bezpieczeństwo zdrowotne. **Pod przewodnictwem Polski Europa powinna wypracować nowe mechanizmy na rzecz zabezpieczenia zdrowia swoich obywateli.**

Jeszcze przed rozpoczęciem polskiej prezydencji INFARMA apelowała do rządu o wyznaczenie ambitnych celów na czas prezydencji na rzecz poprawy profilaktyki, wzmocnienia konkurencyjności Europy w zakresie nauk biomedycznych oraz przyspieszenia transformacji cyfrowej ochrony zdrowia.

Jako priorytety INFARMA wskazała wagę na poniższe obszary, które warto uwzględnić w pracach prezydencji w obszarze zdrowia:¹:

- **POLITYKA ZDROWOTNA OPARTA NA PROFILAKTYCE.** Wszyscy obywatele UE mają prawo do równego dostępu do wysokiej jakości usług medycznych. Nowa polityka zdrowotna powinna opierać się na jednolitych rekomendacjach dla profilaktyki, wczesnej diagnostyki oraz ograniczeniu kosztów ekonomiczno-społecznych chorób przewlekłych.
- **KONKURENCYJNA I INNOWACYJNA EUROPA.** Innowacyjna branża farmaceutyczna, w Polsce i w Europie to jedna z najważniejszych strategicznie i społecznie gałęzi gospodarki. Europa musi być liderem w tworzeniu innowacji i opracowywaniu leków, aby zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne i gospodarcze swoim obywatelom.
- **TRANSFORMACJA CYFROWA OCHRONY ZDROWIA.** Konieczne jest wspieranie rozwoju technologii oraz przyspieszenie procesów cyfrowych na rzecz poprawy efektywności, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Dlatego też jako branża wspieramy wszystkie **cztery priorytety** przyjęte do realizacji podczas prezydencji przez Ministerstwo Zdrowia, którymi są: profilaktyka i promocja zdrowia, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwo lekowe.

W wyniku starzejących się społeczeństw oraz wielu innych czynników ryzyka rośnie liczba zachorowań na choroby przewlekłe i cywilizacyjne. Choroby układu krążenia są nadal główną przyczyną zgonów w Polsce i w Europie. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny w najnowszym raporcie opublikowanym w grudniu 2024 r. – w 2021 r. odnotowano w kraju 166,6 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe i było to o 17,2 proc. więcej w porównaniu do pandemicznego

2020 r². Podobnie jest w innych obszarach terapeutycznych. W konsekwencji szacuje się, że ekonomiczny koszt zarządzania tylko chorobami układu krążenia wynosi ok. 56 mld zł. Obejmuje to zarówno koszty opieki zdrowotnej i społecznej, jak i koszty pośrednie, związane z opieką nieformalną oraz utratą produktywności³. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera znaczenie profilaktyki i promocji zdrowia. Dostępne badania dowodzą, że **inwestycja w profilaktykę przynosi realne korzyści**. Każde 1 euro wydane na profilaktykę generuje zwrot w wysokości 14 euro⁴. Z kolei szczepienia dorosłych mogą przynieść społeczeństwu i gospodarce nawet 19-krotność inwestycji. W obliczu aktualnych wyzwań zdrowotnych oraz 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.

Europa boryka się także ze **spadkiem konkurencyjności**, co wykazał w swoim raporcie Mario Draghi⁵, wskazując kierunki koniecznych zmian. Kluczowe znaczenie w realizacji tych celów będzie miał ostateczny kształt reformy prawa farmaceutycznego UE, który w najbliższych miesiącach będzie nadal negocjowany pod przewodnictwem polskiej prezydencji w związku z tym, że węgierska prezydencja nie zdołała wypracować kompromisu. Ta reforma to konstytucja rynku farmaceutycznego i dotyka całego procesu badań, rejestracji, dystrybucji i finansowania dostępu pacjentów do nowych terapii lekowych. Określi zatem przyszłość przemysłu na następne dziesięciolecie. Może dać silny impuls do rozwoju badań lub na lata je zahamować. O tym właśnie zdecydują najbliższe negocjacje prowadzone przez polską prezydencję i ostatecznie osiągnięty kompromis między krajami członkowskimi.

Niestety wnioski raportu M. Dragiego potwierdzają dane z ostatnich raportów opracowanych dla naszej branży. Pomimo globalnego wzrostu liczby badań klinicznych o 38 proc. w ciągu ostatniej dekady, udział samej Europy w badaniach spadł w tym samym czasie aż o połowę. Gospodarczo też tracimy na tle świata. Pomimo dekady stopniowego wzrostu Stany Zjednoczone wyprzedzają Europę pod względem wydatków na badania i rozwój. Te w UE rosły średnio o 4,4 proc. rocznie w ostatniej dekadzie, ale w tym samym okresie wzrost wydatków na badania i rozwój w USA wyniósł aż 5,5 proc., a w Chinach 20,7 proc..

Docenić należy ambitne cele stawiane w raporcie Dragiego, aby **Europa ponownie stała się miejscem lokowania inwestycji w badania i rozwój** oraz aby rozwinęła swoje zdolności produkcyjne. Jeśli firmy farmaceutyczne mają nadrobić zaległości i konkurować na równych warunkach, zalecenia wskazane w raporcie powinny zostać szybko wdrożone wraz ze spójną i kompleksową **strategią w zakresie nauk przyrodniczych**, która jest zapowiedziana w pracach Komisji Europejskiej. W związku z powyższym bardzo ważne jest, aby w ostatecznej propozycji reformy farmaceutycznej, jak również strategii w zakresie nauk przyrodniczych przyjąć rozwiązania, które przyczynią się do **rozwoju innowacji i budowy konkurencyjności europejskiego przemysłu**. Na poziomie UE należy stworzyć system, którego ramy regulacyjne i system własności intelektualnej (IP) będą stanowiły zachętę dla potencjalnych innowatorów biofarmaceutycznych, oferując przewidywalność i stabilność, ograniczając biurokrację i pokazując, że Unia Europejska jest otwarta na inwestycje w badania naukowe oraz produkcję.

Jako branża chcemy ponownie uczynić Europę miejscem badań, rozwoju i produkcji nowych metod diagnostycznych, terapii i szczepionek. I nieustannie nad tym pracujemy. Już teraz w całym procesie badań nad innowacyjnymi lekami obserwujemy postępy, które mogą przyczynić się do bardziej efektywnego i skutecznego leczenia, co może znacznie złagodzić społeczne, systemowe i gospodarcze obciążenia chorobami, zaspokajając w ten sposób potrzeby pacjentów i znacznie poprawiając opiekę nad nimi. Największym obszarem badań klinicznych jest onkologia, odpowiadając za prawie jedną trzecią badań (29 proc.). Również terapie komórkowe i genowe (CaGT) mają znaczący udział w ogólnej liczbie badań, co wskazuje na duże inwestycje w nowatorskie podejście do walki z nowotworami.

W systemie ochrony zdrowia kluczowe znaczenie zyskuje również **transformacja cyfrowa**, która może znacząco poprawić wyniki leczenia pacjentów, zwiększyć efektywność systemów opieki

zdrowotnej oraz przyspieszyć rozwój innowacyjnych terapii. W tym celu niezbędna jest współpraca między sektorem publicznym a prywatnym w kierunku wdrożenia nowoczesnych rozwiązań, takich jak analiza danych, sztuczna inteligencja, elektroniczna dokumentacja medyczna, telemedycyna czy interoperacyjność systemów danych zdrowotnych. Kluczowym elementem cyfryzacji ochrony zdrowia jest **implementacja European Health Data Space (EHDS)**, które to regulacje mają na celu poprawę interoperacyjności danych medycznych, zwiększenie dostępności i bezpieczeństwa informacji oraz wspieranie badań naukowych i innowacji w dziedzinie zdrowia. Dane dotyczące zdrowia są głównym katalizatorem napędzającym **tworzenie innowacyjnych leków**, mają zatem kluczowe znaczenie dla ułatwienia badań naukowych i poprawy leczenia pacjentów. Wskazany już raport Draghiego podkreśla znaczenie udostępniania danych do wtórnego wykorzystania w opiece zdrowotnej, co ma kluczowe znaczenie dla poprawy opieki i leczenia oraz wspierania innowacji. Należy również dostrzec pewne wyzwania, które mogą mieć negatywne konsekwencje (np. związane z własnością intelektualną, szerokim zakresem danych, ryzykiem fragmentacji po wdrożeniu i wysokimi karami za nieprzestrzeganie przepisów). Dlatego też w naszej opinii ważne jest wzmocnienie współpracy sektora publicznego i prywatnego oraz regularne konsultacje w tym zakresie z branżą farmaceutyczną, aby mieć pewność, że metody wdrożenia cyfryzacji w ochronie zdrowia oraz EHDS są wykonalne i przyszłościowe.

INFARMA popiera również wysiłki do poszukania rozwiązań dla bezpieczeństwa lekowego Europy. Bezpieczeństwo lekowe wymaga dostępu pacjentów do najnowocześniejszych terapii. Innowacyjny przemysł farmaceutyczny odgrywa tu kluczową rolę, a Polska ma duży potencjał do udziału w budowaniu bezpieczeństwa poprzez zaangażowanie w proces odkrywania nowych cząsteczek. Dostęp do najnowocześniejszych terapii dających największe szanse wyleczenia jest kluczową potrzebą każdego pacjenta. Aby leczenie mogło zakończyć się sukcesem, niezbędne jest również zapewnienie nieprzerwanego dostępu do leków. **Stały dostęp do najnowocześniejszych terapii jest więc jedyną właściwą, bo nastawioną na dobro pacjenta, definicją bezpieczeństwa lekowego.** Innowacyjny przemysł farmaceutyczny odkrywa i produkuje leki w Europie, generując korzyści dla pacjentów i unijnych gospodarek. Europejski innowacyjny przemysł farmaceutyczny już teraz jest w stanie zapewnić odpowiedni poziom bezpieczeństwa lekowego obywateli całej Europy.

Zwiększenie dostępności do innowacji i utrzymanie obecnej pozycji europejskiego przemysłu to najważniejsze wyzwania stojące przed Polską i Unią Europejską. Aby polscy pacjenci mogli w pełni korzystać z europejskich innowacji niezbędne jest zwiększanie dostępności nowoczesnych terapii. Zgodnie z ostatnimi danymi z systemu monitorowania dostępu do innowacyjnych terapii i rozwiązań diagnostycznych Access GAP, dostęp w Polsce zwiększył się o 5 pkt i wynosi 58 pkt w 100-stopniowej skali KPI, ale tempo zmian jest wciąż niewystarczające. Zwiększając dostępność do innowacyjnych leków zwiększy się również bezpieczeństwo lekowe. Niezbędne jest jednak co najmniej utrzymanie obecnej pozycji europejskiego przemysłu. Jednocześnie leki generyczne stanowią ponad 55 proc. rynku farmaceutycznego w Polsce, dzięki czemu polscy pacjenci mają szerszy dostęp do starszych niż obywatele innych państw UE.

Jako INFARMA wierzymy, że polska prezydencja, którą będziemy wspierać, by wzmocnić bezpieczeństwo Europy w każdym obszarze, odniesie sukces i wytyczy kierunki rozwoju Unii Europejskiej na najbliższe lata.

Źródła:

1. Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej – innowacje dla bezpieczeństwa Polski i Europy; <https://www.infarma.pl/biuro-prasowe/stanowiska-i-opinie/polska-prezydencja-w-radzie-unii-europejskiej-proc.E2-proc.80-proc.93-innowacje-dla-bezpieczenstwa-polski-i-europy/>
2. Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie / Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2021 r., dostęp dnia 21.01.2025
3. Komentarz dot. polskiej prezydencji w Radzie UE; <https://www.infarma.pl/biuro-prasowe/stanowiska-i-opinie/komentarz/>

4. Kraje UE muszą inwestować w profilaktykę, aby odpowiedzieć na aktualne wyzwania; <https://www.infarma.pl/biuro-prasowe/informacje-prasowe/kraje-ue-musza-inwestowac-w-profilaktyke,-aby-odpowiedzic-na-aktualne-wyzwania/>
5. EU competitiveness: Looking ahead – European Commission

Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków

Grzegorz Rychwalski

wiceprezes

Priorytety prezydencji UE w obszarze leków i produkcji farmaceutycznej

Okres prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej zbiega się z największą od 20 lat reformą prawa farmaceutycznego UE. Zaproponowane przez Komisję Europejską zmiany mają na celu zapewnienie Europejczykom nieprzerwanego, szybszego i szerszego dostępu do leków oraz zwiększenie strategicznego bezpieczeństwa lekowego Unii. Ich kształt będzie miał wpływ nie tylko na kondycję branży farmaceutycznej w Polsce, ale i na dostępność leków oraz rozwój naszej gospodarki.

Pandemia Covid-19 pokazała dobitnie, że potrzebujemy wspólnotowych mechanizmów dla zaopatrzenia Europy w skuteczne, bezpieczne i przystępne cenowo leki. Dziś nikt już nie ma wątpliwości, że Unia Europejska musi odzyskać suwerenność lekową. Potrzebuje zmian regulacyjnych, które zwiększą jej produkcję farmaceutyczną oraz przyspieszą wprowadzenie nowych leków, w tym antybiotyków, terapii onkologicznych i chorób rzadkich.

Stan prac nad rewizją prawa farmaceutycznego UE

26 kwietnia 2023 r. Komisja Europejska przyjęła pakiet zmian europejskiego prawa farmaceutycznego. Niestety, projekt nie przewidywał wprowadzenia prawnego i finansowego mechanizmu odbudowy bezpieczeństwa lekowego Europy. Dokument wprowadzał natomiast wydłużenia okresów wyłączności rynkowych leków.

Obowiązujące na obszarze Unii przepisy gwarantujące lekom monopol rynkowy – obejmują, poza 20-letnim patentem, osiem lat wyłączności danych, po których następuje dwuletni okres wyłączności rynkowej mogący zostać przedłużony o kolejny rok (tzw. 8+2+1). Ten 11-letni okres jest najdłuższy na świecie. Dla porównania – system stosowany w USA przewiduje standardowo pięć lat trwania wyłączności rynkowej.

Projektowane zmiany, choć miały skrócić do sześciu lat okres ochrony danych, wprowadzały szereg wyjątków od tej zasady. Firmy mogłyby korzystać z dodatkowych okresów ochrony zwiększając jej łączny czas do maksymalnie 13 lat, czyli w efekcie mogłyby on trwać o dwa lata dłużej niż obecnie.

Planowane przez KE zmiany zakładały również wprowadzenie zbywalnego vouchera na wyłączność dla środków przeciwdrobnoustrojowych, czyli przede wszystkim antybiotyków, który miałby zachęcać do ich produkcji. Voucher przedłużałby ochronę danych o rok, przy czym mógłby być przekazany innej firmie, która przedłużyłaby sobie ochronę danych swojego dowolnego produktu. Vouchery mogłyby więc być wykupywane przez najbogatsze firmy dla przedłużenia monopolu swoich leków.

10 kwietnia 2024 r. Parlament Europejski przyjął swoje stanowisko w sprawie reformy europejskiego prawodawstwa farmaceutycznego, w którym opowiedział się za podstawą okresu wyłączności danych wynoszącą 7,5 roku z możliwością przedłużenia do 8,5 roku, co oznacza, że maksymalny okres wyłączności regulacyjnych przedłużyłby się z 11 lat do 11,5 roku.

Parlament poparł także szeroki zakres tzw. wyjątku Bolara, który umożliwia wykorzystanie chronionej patentem substancji farmaceutycznej do prac przygotowawczych służących rejestracji konkurencyjnego produktu. Dzięki temu inny producent może rozpocząć wykonywanie wszystkich czynności przygotowawczych do wejścia na rynek przed wygaśnięciem wyłączności rynkowej monopolisty, tak aby konkurować niemalże na drugi dzień po wygaśnięciu monopolu. Wyjątek Bolara ma też obejmować proces ustalania ceny i refundacji.

Negocjacje, tzw. trilogi, najprawdopodobniej będą prowadzone przez prezydencję Polski od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r. Mają one na celu wypracowanie wspólnego stanowiska Parlamentu i Rady.

Krajowi producenci leków mają nadzieję, że Polsce uda się wpłynąć na kształt tego prawa, aby było ono korzystne dla pacjentów i krajowych producentów leków.

Priorytety prezydencji Polski w obszarze leków i produkcji farmaceutycznej:

1. Rozpoczęcie prac legislacyjnych nad wsparciem wytwarzania substancji czynnych i leków w Unii Europejskiej w celu powrotu ich produkcji do krajów europejskich, w tym Polski.

Posiadanie silnego sektora przemysłowego w Europie zbuduje niezależność strategiczną UE, co przełoży się bezpośrednio zarówno na bezpieczeństwo, jak i będzie kluczem do zwiększenia konkurencyjności europejskich firm na rynku globalnym. Komisja Europejska choć ma ambicje, by przywrócić produkcję leków i ich składników do Europy, nie zaproponowała żadnych przepisów, które by temu służyły. Dlatego należy wezwać Komisję Europejską do pilnego opracowania aktu legislacyjnego realizującego postanowienia strategii farmaceutycznej i dokumentów strategicznych UE. Prawodawstwo unijne powinno stwarzać warunki rozwoju i zachęcać do lokowania inwestycji na obszarze UE. Relokacja produkcji leków i ich składników do Europy bez wsparcia nie uda się, bo koszty wytwarzania w Europie zawsze będą wyższe niż w Azji.

Dziś trzy czwarte substancji do wytwarzania leków (API) powstaje w Azji. Jak podaje japoński portal Nikkei Asia, udział Chin w światowym eksporcie najważniejszych składników w 2020 r. wg wolumenu w przypadku Tetracycliny i Doxycycliny wynosił 86 proc., a w przypadku witaminy B1 – 63 proc. Jeśli więc łańcuch dostaw z jakiegoś powodu zostanie zaburzony, świat zostaje bez leków. A łańcuch dostaw może przerwać pandemia, awaria w chińskiej fabryce, kłopoty z transportem, a także decyzje polityczne azjatyckich przywódców.

Do połowy lat 90. Europa i USA wytwarzały 90 proc. stosowanych na świecie API. Dziś jest to zaledwie 20 proc. Główną przyczyną ucieczki przemysłu farmaceutycznego z Europy do Azji było obniżenie kosztów produkcji i sprostanie oczekiwaniom płatników. Trudno było też pogodzić europejskie normy ochrony środowiska ze skalą zanieczyszczeń powstających przy produkcji substancji czynnych. Łatwiej było wytwarzać je w Azji.

Stanowiska wzywające Komisję Europejską do pilnych, niezwłocznych działań zmierzających do utworzenia funduszu wsparcia produkcji API i leków podstawowych zostały sformułowane m.in. przez Parlament Europejski i Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny. Wskazano też na konieczność podziału geograficznego w ramach UE projektowanego wsparcia finansowego.

2. Nieprzedłużanie monopolu leków i wprowadzanie jak najszybciej konkurencji.

Nie należy przedłużać okresu monopolu, bo europejscy pacjenci dłużej będą czekać na pojawienie się konkurencji cenowej na rynku leków, a płatnicy narodowi, w tym nasz NFZ, zmuszeni zostaną do ponoszenia wyższych kosztów refundacyjnych. Każdy dzień opóźnienia konkurencji to wielomilionowe straty dla budżetów ochrony zdrowia. Zbyt długi okres monopolu rynkowego może hamować także postęp, bo opóźnia poszukiwania i wprowadzanie wynalazków do czasu wygaśnięcia monopolu.

Dla rozwoju produkcji leków w UE konieczna jest przewidywalność i pewność prawna, aby zagwarantować szybki dostęp do leków konkurujących na rynku (także ulepszonych o wartości dodane i biologicznych) – od pierwszego dnia po wygaśnięciu praw własności intelektualnej. Unijne prawodawstwo farmaceutyczne musi położyć kres manipulacjom opóźniającym konkurencję.

Wygasanie patentów i monopolu rynkowego na leki sprzyja konkurencji, dzięki której spadają ceny, co w istotny sposób przyczynia się do zrównoważenia budżetów opieki zdrowotnej i znacznie zwiększa dostęp do farmakoterapii dla pacjentów w całej Unii Europejskiej.

Trzeba też wziąć pod uwagę, że dziś sztuczna inteligencja oraz big data przyspieszyły prace nad wynalezieniem nowego leku oraz obniżyły ponoszone koszty. Dzięki cyfryzacji procesy wprowadzenia leku na rynek też się skróciły. Tymczasem okresy wyłączności na rynku nie ulegają skróceniu, a wręcz przeciwnie proponuje się ich wydłużenie.

Komisja Europejska w ocenie skutków tych regulacji mówi o braku związku między wydłużaniem monopolu leków a pojawianiem się nowych produktów. Tymczasem istnieje udowodniony związek między wydłużaniem monopolu a opóźnianiem dostępności terapii oraz większymi wydatkami płatników narodowych i pacjentów.

Istotne będzie również wsparcie zharmonizowanej poprawki Bolara, aby zapobiegać opóźnieniom we wprowadzeniu konkurencji na rynku leków UE.

Ważnym zagadnieniem jest także wprowadzenie zakazu powiązań patentowych, który to mechanizm realnie opóźnia konkurencję.

3. Zapobieganie brakom leków poprzez zreformowanie systemów zamówień publicznych i ustalania cen leków zamiast wprowadzania obowiązku gromadzenia nadmiarowych zapasów.

Jedną z głównych przyczyn braków najbardziej potrzebnych leków jest zmniejszenie się opłacalności ich produkcji. W Polsce w 2019 r. producenci wycofali z refundacji więcej leków niż zostało na nią wprowadzonych. W latach 2015–2021 z 51 refundowanych terapii, które utraciły wyłączność rynkową, konkurujące leki zawierające tę samą substancję zostały wprowadzone tylko w przypadku 12. Dlatego konieczne jest ograniczenie presji na obniżanie cen leków generycznych oraz wdrożenie ich indeksacji względem inflacji lub wybranego zbiorczego wskaźnika kosztów przemysłu farmaceutycznego. Przepisy powinny gwarantować długoterminową stabilność branży.

Trzeba też wprowadzić kompleksową strategię zapobiegania niedoborom, wykorzystując doświadczenia sprawdzone w rzeczywistości, jak np. polski system ZSMOPL (Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi).

Pożądane byłoby również wprowadzenie przyspieszonej ścieżki efektywności regulacyjnej i cyfryzacji mających na celu wspieranie dostępności leków i zapewnienie skutecznego przeprowadzania ocen ryzyka dla środowiska na podstawie odniesień do danych.

Gromadzenie nadmiarowych zapasów oraz obostrzenie terminu powiadamiania o niedoborach do sześciu miesięcy i wszelkich tymczasowych zakłóceniach w dostawach nie poprawi obecnej sytuacji związanej z występowaniem braków produktów leczniczych. Ryzyko kar przyczyni się raczej do wycofywania leków o krytycznym znaczeniu. Termin powiadomienia powinien wynosić dwa miesiące, co zharmonizowałoby istniejącą praktykę w większości państw członkowskich, zapobiegając jednocześnie przeciążeniu organów regulacyjnych „fałszywymi alarmami”. Również przyjęcie zharmonizowanej definicji „krytycznego niedoboru w państwie członkowskim” ma kluczowe znaczenie dla ułatwienia koordynacji w Europie i usprawni proces usuwania braków. Wsparłyby to również unijne mechanizmy solidarnościowe zaproponowane przez Komisję Europejską. Niedawne niedobory produktów leczniczych w Unii pokazały, że można im zaradzić, identyfikując i przenosząc leki między krajami, zamiast zwiększania lokalnych zapasów bezpieczeństwa.

Izba Gospodarcza Farmacja Polska

Irena Rej

prezes zarządu

Jednym z kluczowych obszarów polskiej prezydencji będzie ochrona zdrowia, która wymaga stałego dostosowywania się do zmieniających się warunków, wyzwań i potrzeb. Przewodnicząc przez sześć miesięcy prezydencji musimy z jednej strony określić własne priorytety, czyli tematy, które zdaniem rządzących powinny zostać dodane do unijnej agendy, z drugiej strony uwzględnić wiele tematów, które wynikają z kontynuacji prac Unii Europejskiej. Powinniśmy kontynuować dotychczasowe działania, które miały miejsce w poprzednich prezydencjach, wykorzystując wiedzę, doświadczenie w innych krajach UE oraz zdobycze nauki, korzystanie z cyfryzacji czy sztucznej inteligencji. Daje to możliwość na lepsze i kompleksowe działania w poszczególnych tematach, bo właśnie wtedy możemy się oprzeć na doświadczeniach z przeszłości z myślą o przyszłości.

Tematy, nie tylko te aktualne podczas polskiej prezydencji, stanowią grupę ogólnych problemów, które są ciągle aktualne i wychodzą naprzeciw potrzebom społeczeństwa. Widać to wyraźnie w profilaktyce zdrowotnej, otoczeniu opieką starzejącego się społeczeństwa, zapewnieniu bezpieczeństwa lekowego poprzez dążenie do produkcji surowców i gotowych leków w Europie, co tworzy podwaliny objęcia szeroko rozumianą opieką farmaceutyczną zarówno dzieci i młodzież, jak też osoby w średnim i starszym wieku.

Polska prezydencja w UE będzie obejmować cztery obszary tematyczne: zdrowie, bezpieczeństwo, prawo i przyszłość.

Tematem, który jest zarówno jednym z priorytetów polskiej prezydencji, jak też kontynuacją poprzednich działań UE jest reforma unijnego prawa farmaceutycznego, która ma na celu szersze podejście do kwestii bezpieczeństwa lekowego i zapewnienia pacjentom faktycznego dostępu do leków. Podejście do problematyki bezpieczeństwa lekowego obejmuje m.in. legislację farmaceutyczną, ale również projekt rozwiązań dotyczących wspierania zdolności produkcyjnych i mechanizmów solidarności oraz rozwiązania wspierające badania i rozwój. Sprawą szczególnej wagi jest, aby wszyscy pacjenci w UE mieli równy dostęp do bezpiecznych, skutecznych i przystępnych cenowo leków. Europa musi inwestować w badania, wspierać innowacje i wzmocnić współpracę między państwami członkowskimi. Kluczową sprawą stają się działania mające na celu zapobieganie spadkowi produkcji leków w Europie w związku z drastycznym spadkiem udziału Europy w światowej produkcji substancji czynnych, których obecnie głównym dostawcą są Chiny. Propozycja krajów członkowskich o ustalenie i wprowadzenie w UE Listy leków krytycznych byłaby zestawem narzędzi zawierającym pakiet instrumentów odwracających ogólny spadek produkcji europejskiej. Celem jest bowiem zminimalizowanie ryzyka związanego z dostępem do leków. Akt o Lekach Krytycznych wzmocni niewątpliwie zdolność produkcyjną, zabezpieczy w krytyczne substancje czynne i wesprze produkcję leków w Unii Europejskiej, żeby zadbać o faktyczne bezpieczeństwo pacjentów.

Bardzo istotnym i szczególnie ważnym tematem polskiej prezydencji jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w kontekście nowych wyzwań cywilizacyjnych (nadmierne korzystanie z internetu, stres, brak aktywności fizycznej). Wszystkie państwa członkowskie dostrzegają ogromne znaczenie kryzysu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Polska jako pierwsza chce wprowadzić tę problematykę do unijnej agendy i rozpocząć dyskusję na forum UE. Planowane jest opracowanie raportu zawierającego pierwsze rekomendacje, które będą uwzględniać istniejące instrumenty zapobiegania i ograniczania kryzysu zdrowia psychicznego.

Kolejny temat polskiej prezydencji dotyczy cyfryzacji usług medycznych. Powinniśmy dążyć do zuniifikowania systemów informatycznych na terenie UE. Lekarz w każdym kraju UE powinien mieć dostęp do historii choroby pacjenta z innego kraju. Dzisiejsze systemy informatyczne mają już je przystosowane a takie aplikacje pozwoliłyby na transgraniczny przepływ danych medycznych i stałe monitorowanie zdrowia oraz bezpieczeństwo danych pacjenta. Mamy nadzieję,

że przy tym temacie będzie okazja do przedstawienia naszego polskiego systemu ZSMOPL, który z powodzeniem mógłby być wykorzystany w innych krajach europejskich.

Oprócz priorytetów, którymi chcielibyśmy zajmować się podczas polskiej prezydencji, są również tematy, którymi warto byłoby się zająć. Jednym z nich powinien być temat dotyczący pogłębienia współpracy między krajami Unii w zakresie wiedzy o chorobach rzadkich. Idealnym modelem współpracy jest gromadzenie danych o rzadkiej jednostce chorobowej w jednym centrum, co pozwoli na kumulację wiedzy o danej chorobie. Stanowić to będzie podstawę dla wszystkich państw do ustanowienia standardów wczesnej diagnostyki i właściwej terapii. Przy rozproszeniu danych chorób rzadkich na terenie poszczególnych państw członkowskich jest to niemożliwe.

Kolejnym ciekawym tematem do podniesienia na poziomie całej UE mógłby być temat dotyczący monitorowania zjawisk epidemiologicznych. Jest to niezbędne, by mieć rzeczywiste dane na temat stanu epidemii w zakresie chorób cywilizacyjnych lub zakaźnych na terenie poszczególnych regionów.

Bardzo ważny jest również temat diagnostyki laboratoryjnej, która pozwala na precyzyjne ukierunkowanie każdego leczenia, szczególnie w onkologii.

Podsumowując: cykliczne sprawowanie prezydencji przez poszczególne państwa członkowskie gwarantuje, że w miarę upływu czasu Unia Europejska konsekwentnie skupi się na najważniejszych i kluczowych kwestiach dla wszystkich swoich państw członkowskich. Ponadto każdy z krajów UE może wnieść swoje doświadczenie, ale też korzystać z doświadczeń innych państw.

Ogólnopolska Izba Gospodarcza wyrobów Medycznych POLMED

Arkadiusz Grądkowski

prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej wyrobów Medycznych POLMED

Wstęp

Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED (dalej: Izba POLMED) jest organizacją reprezentującą producentów, importerów oraz dystrybutorów wyrobów medycznych. Reprezentujemy i wspieramy blisko 120 firm działających w branży wyrobów medycznych. W skład Izby wchodzi zarówno mali polscy przedsiębiorcy, jak i wielkie międzynarodowe korporacje, dlatego też możemy zaoferować Państwu bardzo interesującą perspektywę na rynek, która obejmuje problemy doskwierające zarówno małym lokalnym przedsiębiorcom jak i wielkim międzynarodowym korporacjom. W toku swojej codziennej aktywności Izba POLMED na bieżąco pracuje z firmami, które mają bezpośrednio do czynienia z obrotem wyrobami medycznymi najróżniejszego rodzaju, co sprawia, że świetnie znamy problemy i wyzwania z tym związane i możemy podzielić się z Państwem perspektywą branży w tym zakresie.

Wyroby medyczne są jednym z głównych filarów każdego systemu ochrony zdrowia, zaraz obok leków i dobrze wyszkolonego personelu. Bez wyrobów leczenie pacjentów nie byłoby możliwe. Aktualnie na świecie jest dostępnych prawie 2 mln różnych wyrobów i technologii medycznych. Nasza branża jest drugą najbardziej innowacyjną w Unii Europejskiej – pod względem liczby wniosków patentowych wyprzedza ją tylko sektor komunikacji cyfrowej. Wyłącznie w 2023 r. w Urzędzie Unii Europejskiej ds. Własności Intelektualnej złożono blisko 16 tys. wniosków patentowych.

O tym, jak branża i dostęp do wyrobów medycznych są istotne, mieliśmy okazję przekonać się podczas pandemii Covid-19, kiedy zostały przerwane łańcuchy dostaw i okazało się, że Europa nie jest „samowystarczalna” pod względem ich wytwarzania. Zależni byliśmy od krajów pozaeuropejskich, które priorytetyzowały potrzeby swoich obywateli. Dlatego trzeba zadbać o zbudowanie silnej europejskiej branży i sprawić, by Europa stała się atrakcyjna zarówno dla rozwoju produkcji, jak i importu oraz dystrybucji.

W obliczu trwającej właśnie prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej mamy wyjątkową szansę na kształtowanie polityki Unii w sposób, który będzie korzystny dla naszego kraju, ale również dla całej Unii. Warto zatem, abyśmy korzystali z wiedzy i doświadczenia ekspertów, którzy na co dzień pracują w swoich dziedzinach – pozwoli nam lepiej zrozumieć skomplikowane mechanizmy rynkowe oraz wprowadzać innowacyjne rozwiązania, które będą miały trwały wpływ na rozwój gospodarki.

Aktualnie regulacje prawne, miały na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, doprowadziły jednak do wielu zagrożeń (np. brak dostępności) i utraty atrakcyjności przez UE.

Mając na uwadze powyższe, Izba POLMED poniżej przedstawia postulaty branży wyrobów medycznych, których zrealizowanie przyczyni się do poprawy sytuacji zarówno polskich i europejskich pacjentów, jak również podmiotów leczniczych i przedsiębiorców działających w sektorze ochrony zdrowia.

Bezpieczeństwo zdrowotne i wyrobowe Unii Europejskiej

Pierwsza część obecnej dekady została zdefiniowana przez reagowanie na pandemię Covid-19 i odbudowę po niej; druga połowa powinna skupić się na wdrażaniu wniosków wyciągniętych z pandemii i budowaniu bardziej odpornych systemów opieki zdrowotnej i silnego, stabilnego przemysłu wyrobów medycznych. Obecne wyzwania i przyszłe kryzysy powinny być rozwiązywane z taką samą ambicją i zaangażowaniem, jak odbudowa po pandemii, koncentrując się na profilaktyce, utrzymaniu pracowników służby zdrowia i szybkim dostępie do opieki zdrowotnej.

W tym zakresie w ocenie Izby POLMED Unia Europejska powinna skoncentrować się na:

- Zwiększeniu retencji pracowników służby zdrowia poprzez zachęcanie państw członkowskich do wspierania ich za pomocą dostosowanych technologii, rozwiązań cyfrowych, robotyzacji i automatyzacji.
- Uznaniu i zwiększeniu europejskiej konkurencyjności i autonomii w zakresie dostaw krytycznych materiałów i komponentów, od których zależą europejskie przedsiębiorstwa, aby kontynuować dostarczanie kluczowych technologii medycznych w czasach kryzysu.
- Opracowaniu skutecznych środków ochrony dostawców technologii medycznych kluczowych dla europejskich systemów opieki zdrowotnej przed zakłóceniami w handlu międzynarodowym i przerwami w łańcuchu dostaw, oraz budowaniu silnego, stabilnego przemysłu wyrobów medycznych.

Postulaty Izby POLMED w zakresie wyrobów medycznych

Zmiany w MDR i IVDR

W ocenie Izby POLMED, aby możliwe było zagwarantowanie odpowiedniej dostępności wyrobów medycznych w Unii Europejskiej i Polsce, konieczne jest zapewnienie odpowiedniego otoczenia legislacyjnego, co wymaga wprowadzenia pilnych zmian w rozporządzeniu (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych (MDR) oraz rozporządzeniu (UE) 2017/746 w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* (IVDR).

Rozporządzenia MDR i IVDR nie spełniły zakładanych celów dotyczących stworzenia solidnych, przejrzystych, przewidywalnych i zrównoważonych ram regulacyjnych, które zapewnią wysoki poziom bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, a jednocześnie będą promować innowację na rynku wyrobów medycznych. Przedstawiciele branży medycznej są w konsensusie i mają odpowiednie dowody na to, że obecne regulacje MDR i IVDR prowadzą do niedoborów wyrobów w podmiotach leczniczych i spowalniają tempo innowacji. Zasady i procedury wynikające z rozporządzeń MDR i IVDR są postrzegane jako złożone i nieprzewidywalne, co utrudnia opracowywanie i wprowadzanie na rynek nowatorskich produktów w Europie. Dane pokazują, że następuje gwałtowny spadek liczby firm z branży technologii medycznych i wyrobów IVD, które w pierwszej kolejności rozważałyby wprowadzenie nowych wyrobów w Europie. Wiele urządzeń dostępnych w ramach poprzednio obowiązujących dyrektyw unijnych zostało wycofanych z rynku, gdyż uzyskanie znaku CE w świetle nowych przepisów jest zbyt skomplikowane, czasochłonne i kosztowne. MDR

i IVDR w obecnej treści prowadzą do niedoborów wyrobów medycznych, blokowania innowacji oraz tworzenia spirali zbędnych obciążeń dla branży wyrobów medycznych, a w szczególności wielu małych i średnich przedsiębiorstw (w tym polskich), które wpływają na dostęp do technologii medycznych dla pacjentów i systemów opieki zdrowotnej w Europie i w Polsce. Z danych zebranych przez MedTech Europe i inne organizacje²⁶⁸, wynikają następujące fakty:

- Zgodnie ze statystykami nawet jeden na trzy wyroby medyczne i wyroby do diagnostyki laboratoryjnej są wycofywane z Unii w wyniku MDR i IVDR.
- Połowa wszystkich pracowników służby zdrowia ankietowanych w 2022 r. stwierdziła, że ma problemy z dostępnością wyrobów medycznych. Spośród tych osób tylko jedna na trzy stwierdziła, że wyroby zastępcze były równie skuteczne jak oryginalne.
- Ok. 30 proc. producentów nie traktuje rynku UE jako miejsca pierwszego wprowadzenia urządzeń na rynek, co oznacza, że pacjenci w Europie nie będą już mieli dostępu do niektórych ważnych nowych innowacji – lub przynajmniej będą musieli czekać latami na dostęp do najnowocześniejszej opieki. Za poprzedniej legislacji odsetek ten był zdecydowanie większy, a rynek UE był traktowany jako absolutnie priorytetowy.

Uważamy, że problemy te można rozwiązać jedynie poprzez zmiany legislacyjne w obu aktach prawnych, aby uczynić je bardziej wydajnymi (prostszymi, mniej uciążliwymi), bardziej przyjaznymi dla innowacji i lepiej wdrażanymi. Zmiany legislacyjne na poziomie Unii Europejskiej wymagają jednak czasu, więc potrzebne są natychmiastowe rozwiązania, aby skrócić czas na wprowadzenie zmian w ww. przepisach.

W ocenie Izby POLMED konieczne jest wprowadzenie zmian w MDR oraz IVDR – najważniejsze z nich przedstawiamy poniżej.

Skrócenie terminów i obniżenie kosztów procedury oceny zgodności

Niezbędne jest skrócenie terminów i obniżenie kosztów przeprowadzania procedury oceny zgodności. Podjęcie natychmiastowych działań w tym zakresie ma kluczowe znaczenie dla powstrzymania zbliżania się zagrożenia niedostępnością wyrobów medycznych, a także dla przyciągnięcia inwestycji we wprowadzanie innowacji w Europie.

Należy zauważyć, że już teraz producenci wyrobów medycznych jako główne powody nieprzystosowywania wyrobów do wymogów MDR i IVDR podają długie terminy i nieprzewidywalne koszty certyfikacji. Z tych powodów, średnio jeden na trzech producentów wprowadza innowacyjne rozwiązania wyłącznie lub w pierwszej kolejności poza Europą.

Cała procedura oceny zgodności przeprowadzana przez jednostki notyfikowane powinna być maksymalnie przejrzysta dla producentów – z tego powodu niezbędne jest wprowadzenie obowiązujących terminów trwania oceny zgodności. Nasza propozycja zakłada wprowadzenie sześciomiesięcznego terminu dla certyfikacji systemów zarządzania jakością oraz trzymiesięcznego terminu dla certyfikacji dokumentacji technicznej.

Dodatkowo jednostki notyfikowane powinny być zobowiązane do publikowania raportów ex-post o kosztach i terminach dla certyfikacji poszczególnych typów wyrobów, co pozwoli na uzyskanie większej przejrzystości w zakresie opłat za przeprowadzenie oceny zgodności.

268 Raport MedTech Europe:

survey report ‘Transition to the IVD Regulation – MedTech Europe Survey Results for October 2022’, październik 2022;

survey report ‘Analysing the availability of Medical Devices in 2022 in connection to the Medical Device Regulation (MDR) implementation’, kwiecień 2022;

survey report ‘Analysing the availability of Medical Devices in 2022 in connection to the Medical Device Regulation (MDR) implementation’, kwiecień 2022;

survey report ‘Transition to the IVD Regulation – MedTech Europe Survey Results for October 2022’, październik 2022;

Raporty innych organizacji:

the German Chamber of Commerce and Industry (DIHK), the MedicalMountains cluster initiative, and the German industry association SPECTARIS: survey report by ‘Current assessment of the German medical device manufacturers on the effects of the EU MDR’, grudzień 2023;

Biomedical Alliance in Europe: survey report ‘Clinicians concerned about limited availability of medical devices’, styczeń 2023.

Przyspieszenie oceny zmian w technologiach medycznych

Przeprowadzanie przez jednostki notyfikowane oceny zmian w wyrobach medycznych musi być przyspieszone w celu zabezpieczenia otrzymania przez pacjentów najnowszych technologii medycznych.

Niezbędne jest wprowadzenie rozwiązań zmierzających do odciążenia jednostek notyfikowanych i skrócenia długich terminów oceny zmian w wyrobach medycznych. Aktualnie nawet najpilniejsze z punktu widzenia pacjenta zmiany w wyrobach medycznych doświadczają opóźnień w certyfikacji, które są liczone w miesiącach.

W celu przyspieszenia tego procesu należy ograniczyć oceny tylko do niezbędnych przypadków. Liczba zmian wymagających zaangażowania jednostki notyfikowanej powinna zostać ograniczona, a konieczne procedury oceny zgodności powinny zostać maksymalnie uproszczone.

Udrożnienie drogi dla innowacyjnych technologii medycznych

Konieczne jest wprowadzenie prostej i jasnej ścieżki regulacyjnej na szybkie wprowadzenie innowacyjnych technologii. Taka przyspieszona ścieżka oceny zgodności wyrobów medycznych powinna mieć z góry określony termin 120 dni na szybkie wprowadzenie innowacyjnych technologii.

Aktualnie przedsiębiorcy rozwijający nowoczesne wyroby medyczne nie mają pewności m.in. co do tego, jakie dowody mogą być dostarczone przed, a jakie po wprowadzeniu swojego wyrobu na rynek. Skomplikowanie i zawilość europejskich regulacji sprawia, że dostawcy najnowocześniejszych rozwiązań zaczynają unikać europejskiego rynku. Z tego powodu potrzebne jest przyjęcie specjalnych rozwiązań dedykowanych nowinkom technicznych, dzięki którym przedsiębiorcy rozwijający najnowocześniejsze projekty w zakresie wyrobów medycznych wybiorą Europę w pierwszej kolejności.

Dobrze przemyślane, holistyczne podejście do wsparcia innowacyjnych rozwiązań do systemu ochrony zdrowia ściągnie do Europy najnowocześniejsze technologie medyczne i pozwoli na zaspokojenie potrzeb pacjentów, którzy obecnie czekają na diagnozę, leczenie i opiekę.

Dostosowanie certyfikacji do cyklu życia wyrobów

Istnieje pilna potrzeba dostosowania procesu certyfikacji do cyklu życia wyrobów medycznych. W naszej ocenie usunięcie ograniczenia czasowego dla ważności certyfikatów pozwoliłoby na wyeliminowanie poważnych obciążeń biurokratycznych oraz pomogłoby zapobiec występowaniu zatorów w certyfikacji w trakcie trwania okresów przejściowych.

Aktualnie ponowna certyfikacja wymagana jest przez przepisy MDR i IVDR co pięć lat, co powoduje niepotrzebne obciążenia zarówno po stronie producentów wyrobów medycznych, jak również po stronie jednostek notyfikowanych, jednocześnie nie przynosząc dodatkowych korzyści. Wynika to z faktu, że jednostka notyfikowana niezależnie od tego i tak jest zobowiązana do ciągłej oceny wyrobów i systemów jakości po ich certyfikacji. Na tej podstawie jednostki notyfikowane już dziś mają do dyspozycji wystarczające mechanizmy pozwalające, w uzasadnionych przypadkach, na zawieszenie wystawionych certyfikatów. Przy tak zbudowanym i funkcjonującym systemie wymóg ponownej certyfikacji co pięć lat wydaje się jedynie przerostem biurokracji.

Utworzenie europejskiego urzędu ds. wyrobów medycznych

MDR i IVDR potrzebują jednego spójnego podmiotu (organu), który zajmowałby się nadzorowaniem i zarządzaniem systemem regulacyjnym wyrobów medycznych. Jego celem byłoby zapewnienie, że innowacyjne rozwiązania dotrą do pacjentów i poszczególnych systemów opieki zdrowotnej w odpowiednim czasie. Ponadto powinien on również stać na straży spójności przepisów dedykowanych dla wyrobów medycznych z innymi europejskimi regulacjami.

Taką rolę mogłaby przejąć Europejska Agencja Leków (EMA). Jeśli jednak miałyby to nastąpić, to musiałaby przyjąć model działania i organizacji odpowiedni dla wyrobów medycznych, inny od tego obowiązującego obecnie dla produktów leczniczych.

Żeby to rozwiązanie mogło funkcjonować prawidłowo, w szczególności:

- wprowadzenie EMA jako organu odpowiedzialnego za wyroby medyczne nie powinno być uciążliwe i powodować kolejny komplikacji;
- branża wyrobów medycznych musi pozostać w systemie opartym o certyfikację przez jednostki notyfikowane z wyraźnym oddzieleniem od modelu scentralizowanych pozwoleń stosowanych w przypadku produktów leczniczych;
- nadzór nad wyrobami medycznymi i wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro powinien sprawować oddzielny i dedykowany temu zakresowi zarząd, powołany zgodnie z potrzebami i charakterystyką sektora wyrobów medycznych;
- EMA musiałaby zadbać o odpowiedni personel, tj. zatrudnić ekspertów ze znajomością charakterystyki wyrobów medycznych, jak również zapewnić odpowiednie szkolenia osób w zakresie wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro – należy zauważyć, że mimo pozornej bliskości, branża wyrobowa i lekowa charakteryzują się odmiennymi problemami i wyzwaniami;
- działania nowego podmiotu (ewentualnie EMA), który zajmowałby się nadzorowaniem i zarządzaniem systemem regulacji dotyczącym wyrobów medycznych nie powinny generować niepotrzebnych nowych kosztów i obciążeń biurokratycznych.

Działania niewymagające zmian w MDR i IVDR

Niezależnie od powyższego należy zauważyć, że istnieje także możliwość podjęcia działań usprawniających europejski system wyrobów medycznych bez wprowadzania zmian w prawie, na podstawie funkcjonujących instytucji – m.in. za pomocą wydawania odpowiednich wytycznych co do stosowania obowiązujących przepisów.

Następujące tematy wymagają poświęcenia im uwagi przez Komisję Europejską lub Grupę Koordynacyjną ds. Wyrobów Medycznych:

- przyspieszenie i realizacja wdrożenia 19-punktowego planu działań dla wsparcia przejścia na nowe przepisy (punkty zostały szeroko opisane w MDCG 2022/14), w szczególności:
 - wdrożenie środków umożliwiających zorganizowanie dialogu przed i w trakcie oceny zgodności;
 - zapewnienie jasnych zasad wykorzystywania dowodów w oparciu o niepowielanie dowodów;
 - zmniejszenie obciążenia związanego z gromadzeniem dokumentacji technicznej wyrobów.
- dążenie do umożliwiania udostępniania wyłącznie elektronicznych instrukcji używania dla wszystkich wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro;
- dołączenie Unii Europejskiej do Medical Device Single Audit Program jako pełnoprawny członek.

Postulaty Izby POLMED dotyczące ogółu systemu ochrony zdrowia

W przeciągu ostatnich lat dynamiczny rozwój technologii cyfrowych oraz starzejące się społeczeństwo stały się kluczowymi czynnikami wpływającymi na efektywność i dostępność usług medycznych. Odpowiednie rozwiązania w zakresie cyfrowej transformacji, profilaktyki zdrowotnej oraz adaptacji systemu do zmieniających się potrzeb demograficznych mają fundamentalne znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli.

W obliczu dynamicznego rozwoju technologii cyfrowych oraz starzejącego się społeczeństwa fundamentalnym zadaniem staje się stworzenie efektywnego ekosystemu, który nie tylko zaspokoi potrzeby zdrowotne obywateli, ale także umożliwi innowacje oraz wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań w opiece medycznej.

Poniżej prezentujemy najważniejsze priorytety, które powinny zostać uwzględnione w trakcie polskiej prezydencji.

Cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej

Pierwszym z priorytetów jest przeprowadzenie cyfrowej transformacji zarówno europejskiego, jak również naszego polskiego systemu opieki zdrowotnej. W dobie dynamicznie rozwijającej się technologii cyfrowej kluczowe jest stworzenie sprzyjających warunków dla dalszej cyfryzacji sektora zdrowia. Ułatwi to dostęp do innowacyjnych rozwiązań diagnostycznych i terapeutycznych, a także przyczyni się do efektywniejszego i bardziej spersonalizowanego leczenia pacjentów.

W ocenie Izby POLMED podczas polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej decydenci powinni skupić się na:

- tworzeniu w Europie (i Polsce) jak najlepszego środowiska dla technologii medycznych wykorzystujących sztuczną inteligencję, aby wspierać innowacje i szybki dostęp pacjentów do bezpiecznych i skutecznych wyrobów medycznych opartych na tej technologii;
- inwestowaniu w cyfrowe kompetencje zdrowotne, aby umożliwić obywatelom, pacjentom i pracownikom służby zdrowia korzystanie z cyfrowych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej. Niestety w branży często mimo wypracowania cyfrowych rozwiązań zarówno pacjenci, jak i pracownicy służby zdrowia są niechętni do korzystania z nich z uwagi na brak wiedzy lub doświadczenia;
- opracowaniu prawdziwego jednolitego rynku cyfrowego zdrowia i danych zdrowotnych, ujednolicenie podejścia krajów UE do identyfikacji, uwierzytelniania, cyberbezpieczeństwa i interoperacyjności cyfrowych technologii medycznych.

Kluczowe dla realizacji ww. postulatów będą procedowane obecnie na poziomie europejskim akty prawne, m.in. rozporządzenie ws. Europejskiej Przestrzeni Danych o Zdrowiu (EHDS), a także przygotowanie wytycznych do aktów, które zostały niedawno uchwalone, a nie zaczęły jeszcze w pełni obowiązywać, jak np. AI Act, czy Data Act.

Konieczne jest zapewnienie, że ww. akty będą spójne z regulacjami dotyczącymi wyrobów medycznych, tj. rozporządzenia 2017/746 (MDR) i 2017/745 (IVDR) i w zakresie wymagań oceny zgodności będą się pokrywały. W celu dalszego procedowania deklarujemy chęć współpracy i dzielenia się ekspertyzą.

Promowanie profilaktyki zdrowotnej

Zdrowie publiczne zyskuje na znaczeniu zwłaszcza w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Priorytetem powinno być zatem wspieranie działań profilaktycznych i edukacyjnych mających na celu promowanie zdrowego trybu życia. Inwestycje w profilaktykę i wczesną diagnostykę są kluczowe dla zredukowania przyszłych wydatków na leczenie chorób przewlekłych i związanych z wiekiem.

Opieka zdrowotna w kontekście zmian demograficznych

Polska, podobnie jak wiele krajów Unii Europejskiej, stoi przed wyzwaniem demograficznymi, które mają bezpośredni wpływ na system ochrony zdrowia. Priorytetem powinna być stabilność i dostępność wyrobów medycznych, co jest niezbędne dla zapewnienia wysokiej jakości życia i opieki zdrowotnej dla wszystkich grup wiekowych, w szczególności dla osób starszych, które nie powinny być postrzegane jako obciążenie dla społeczeństwa.

Inne zmiany regulacyjne

Niezależnie od przedstawionych w poprzednich punktach postulatów Izba POLMED zwraca uwagę na konieczność szerszego spojrzenia na system ochrony zdrowia i wprowadzenie również innych zmian poprawiających jego funkcjonowanie. W opinii Izby POLMED polska prezydencja powinna skupić się w tym zakresie przede wszystkim na:

- problemie opóźnień w płatnościach w transakcjach handlowych;
- zrównoważonym rozwoju;
- bezpieczeństwie wyrobowym Unii Europejskiej.

Szersze rozwinięcie tych postulatów przedstawiamy poniżej.

Zwalczanie opóźnień w płatnościach w transakcjach handlowych

Jednym z największych problemów dla rynku wyrobów medycznych w Polsce (a także w wielu państwach UE) są nieterminowe płatności przez szpitale, a przede wszystkim szpitale publiczne. W ocenie branży konieczne jest wprowadzenie szerszych zmian w przepisach dotyczących opóźnień w płatnościach w transakcjach handlowych (obecnie dyrektywa (UE) 2011/7/UE w sprawie zwalczania opóźnień w płatnościach w transakcjach handlowych) ze szczególnym uwzględnieniem opóźnień w płatności przez instytucje finansowane z budżetu państwa. Brak wprowadzenia odpowiednich zmian i utrzymanie się obecnej sytuacji prowadzi do wykluczenia z rynku małych i średnich przedsiębiorców, którzy nie mają kapitału, aby przez wiele miesięcy kredytować działalność podmiotów leczniczych.

Dyrektywa w sprawie opóźnień w płatnościach jest obecnie poddawana przeglądowi i Izba popiera włączenie do projektowanych przepisów odpowiednich zabezpieczeń regulacyjnych w celu uwzględnienia wpływu opóźnień w płatnościach na sektor wyrobów medycznych, w szczególności w zakresie małych i średnich przedsiębiorstw.

Jeśli ta zmiana legislacyjna zostanie przyjęta do końca 2024 r., bardzo istotne jest to, aby polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej współpracowała z Komisją Europejską w monitorowaniu, czy przyjęte środki są w pełni i szybko wdrażane na szczeblu krajowym. Będzie to miało kluczowe znaczenie dla wspierania konkurencyjności branży technologii medycznych, w szczególności w zakresie małych i średnich przedsiębiorstw.

Zrównoważony rozwój

Europejski Zielony Ład to nowa strategia wzrostu UE, której celem jest przekształcenie UE w bardziej sprawiedliwe i zamożne społeczeństwo z nowoczesną, zasobooszczędną i konkurencyjną gospodarką, bez emisji netto gazów cieplarnianych do połowy wieku. Holistyczne podejście do zrównoważonego rozwoju w sektorze opieki zdrowotnej oznacza ciągłą poprawę wydajności przy jednoczesnym utrzymaniu najwyższych standardów zdrowia i bezpieczeństwa, aby zaspokoić potrzeby pacjentów w zakresie opieki zdrowotnej.

W ocenie Izby POLMED Unia Europejska w zakresie zrównoważonego rozwoju branży wyrobów medycznych powinna się skupić na:

- wspieraniu współpracy i partnerstwa wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej w celu napędzania zmian systemowych i ciągłej poprawy społecznej, ekologicznej i ekonomicznej wydajności systemów opieki zdrowotnej;
- wykorzystaniu obecnych trendów legislacyjnych w zakresie ekologii i cyfryzacji w celu zwiększenia ogólnej wydajności systemu i wyników w zakresie zrównoważonego rozwoju;
- upewnieniu się, że przyszłe przepisy są spójne z sektorowymi wymogami regulacyjnymi i zwiększają zrównoważony rozwój technologii medycznych biorąc pod uwagę cykl życia danego sprzętu;
- opracowaniu realistycznych ścieżek legislacyjnych, które zapewnią producentom wyrobów medycznych, w tym ich łańcuchom dostaw, wystarczającą ilość czasu na dostosowanie się do przepisów, tak aby pacjenci i lekarze mogli polegać na nieprzerwanym dostępie do technologii medycznych;
- prawdziwej harmonizacji przepisów w celu wzmocnienia europejskiego rynku wewnętrznego, który jest najsilniejszym atutem UE i katalizatorem zarówno wysokiego poziomu ochrony środowiska, jak i konkurencyjnego przemysłu technologii medycznych.

Podsumowanie

Przedstawiony zbiór postulatów stanowi wyraz wspólnych aspiracji i potrzeb naszej branży w obliczu dynamicznie zmieniających się warunków gospodarczych i licznych wyzwań z jakimi każdego roku przychodzi nam się mierzyć. Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej to unikalna szansa, którą musimy wykorzystać, aby sprostać tym wyzwaniom i zabezpieczyć stabilny rozwój naszej gospodarki.

W obliczu kryzysów, które dotyczą zarówno Polskę, jak i całą Unię Europejską, nie możemy pozwolić sobie na zmarnowanie tej wyjątkowej okazji. Prezydencja Polski w Radzie UE to moment, w którym możemy realnie wpłynąć na kształtowanie przyszłości europejskiej polityki gospodarczej, z korzyścią dla naszych przedsiębiorców i obywateli. Zaproponowane przez Izbę POLMED postulaty na polską prezydencję oparte są nie tylko na merytorycznej sile, ale również na realności wdrożenia. Dlatego też tak ważne jest wsłuchanie się w głos ekspertów, którzy znają problemy branży dzięki swojej codziennej pracy.

Izba POLMED apeluje o pełne zaangażowanie się w realizację przedstawionych postulatów, które są odpowiedzią na aktualne wyzwania i mają na celu zapewnienie trwałego rozwoju oraz stabilności naszej branży i całej gospodarki. Wierzimy, że wspólnymi siłami możemy nie tylko przezwyciężyć obecne trudności, ale również stworzyć fundamenty dla przyszłych sukcesów.

Naczelna Izba Lekarska

dr hab. n. med. Magda Wiśniewska

przewodnicząca Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej

Skuteczna walka z epidemią choroby otyłościowej i cukrzycy typu 2.

Otyłość określa się jako pandemię ze względu na liczbę osób dotkniętych chorobą i na szybkość jej rozprzestrzeniania. Według danych CBOS choruje na nią aż 21 proc. dorosłych Polaków, a ponad połowa populacji polskiej ma nadmierną masę ciała. Na świecie otyłość rozpoznaje się u ponad 1 mld osób, a ponad jedna trzecia światowej populacji jest obecnie klasyfikowana jako osoby z nadmierną masą ciała. 59 proc. dorosłych Europejczyków i prawie 30 proc. dzieci ma dziś nadwagę lub otyłość. Niestety Polska przoduje w liczbie otyłości wśród dzieci i młodzieży. Większość młodych ludzi nie wyrasta z problemu otyłości, a czterech na pięciu otyłych nastolatków będzie miało problemy z nadmierną masą ciała w wieku dorosłym. Wskaźniki nadwagi i otyłości w UE nadal rosną, a żadne z państw członkowskich nie jest obecnie na dobrej drodze do osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest powstrzymanie wzrostu epidemii otyłości.

Co szczególnie ważne, jest to jedyna choroba, w której leczy się jej powikłania, a nie przyczyny. Otyłość jest przyczyną ponad 200 innych schorzeń i chorób – występuje u prawie 90 proc. chorych na cukrzycę typu 2., 35 proc. z chorobą niedokrwienną serca, 55 proc. z chorobą nadciśnieniową, dodatkowo jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju chorób nowotworowych.

W Unii Europejskiej 1 na 13 zgonów rocznie jest spowodowany nadmierną masą ciała. Koszt bezpośredni związany z otyłością oceniono w Europie na powyżej 7 proc. całkowitych kosztów opieki zdrowotnej, co jest porównywalne z kosztami związanymi z nowotworami. Uzasadnia to podjęcie intensywniejszych działań prewencyjnych, jak i strategii leczenia indywidualnego i wdrożenia efektywnego postępowania populacyjnego. Działania te powinny być multidyscyplinarne i obejmować zarówno profilaktykę, jak i nowoczesne leczenie choroby otyłościowej, oparte na modyfikacji stylu życia, wsparciu psychologicznym oraz farmakoterapii i chirurgii bariatrycznej.

Cukrzyca typu 2. zaś to pierwsza niezakaźna epidemia XXI w. W Polsce choruje na nią ponad 3 mln ludzi. Szacuje się, że w Europejskim Regionie WHO 74 mln dorosłych (11,9 proc. mężczyzn i 10,9 proc. kobiet) oraz ok. 300 tys. dzieci i nastolatków choruje na cukrzycę. Liczba zgonów z powodu cukrzycy rośnie i przewiduje się, że podwoi się między 2005 a 2030 r.

Cukrzyca jest złożoną i wieloczynnikową chorobą, co wynika z jej powiązania z innymi schorzeniami i ze wszystkimi poziomami opieki. Jeśli cukrzyca nie zostanie odpowiednio wcześniej zdiagnozowana i skutecznie kontrolowana, mogą wystąpić jej powikłania głównie naczyniowe, takie jak choroby sercowo-naczyniowe (zawały serca, udary niedokrwienne OUN, niewydolność serca), przewlekła choroba nerek, retinopatia czy neuropatia cukrzycowa, stopa cukrzycowa.

We wszystkich państwach członkowskich UE cukrzyca odpowiada za ok. 9 proc. wydatków na opiekę zdrowotną (26), a nawet 75 proc. tych kosztów może być związanych z powikłaniami,

którym można zapobiec. Profilaktyka skuteczniej niż jakiegokolwiek leczenie zmniejsza zachorowalność, częstość występowania i powikłania niektórych typów cukrzycy, a także stanowi najbardziej opłacalną długoterminową strategię zwalczania cukrzycy. Profilaktyka i leczenie tej choroby oraz zarządzanie nią może być miernikiem jakości, skuteczności, wydajności i odporności systemu opieki zdrowotnej. Skuteczne leczenie cukrzycy i opieka nad chorymi prowadzi również do lepszych wyników w przypadku innych chorób niezakaźnych oraz innych schorzeń.

Istnieje pilna potrzeba działań skupionych na profilaktyce i przeciwdziałaniu cukrzycy typu 2. z jednej strony, a z drugiej na odpowiednio wczesnym rozpoznawaniu tej choroby w celu uniknięcia rozwojowi powikłań. Konieczne jest też zapewnienie równego dostępu do bezpiecznych, skutecznych i przystępnych cenowo terapii w UE.

Leczenie zaburzeń psychicznych

Badanie Eurobarometr wykazało, problemy psychiczne społeczeństwa to rosnące obciążenie gospodarcze i społeczne. Wg tego badania aż 46 proc. społeczeństwa EU doświadczyło zaburzeń psychicznych w 2024 r. (przede wszystkim nastroje depresyjne lub zaburzenia lękowe), a tylko co drugi obywatel EU zgłosił się po pomoc. Już przed pandemią Covid-19 problemy ze zdrowiem psychicznym miał co szósty mieszkaniec UE, co generowało koszty (leczenie i absencja chorobowa) w wysokości 4 proc. PKB. Szacuje się, że całkowity koszt problemów ze zdrowiem psychicznym w 27 państwach UE i w Wielkiej Brytanii to ponad 4 proc. PKB, czyli ponad 600 mld euro. Prawie co drugi młody Europejczyk deklaruje, że jego potrzeby w zakresie ochrony zdrowia psychicznego nie są w pełni zaspokojone, a w szeregu państw UE odsetek młodych osób, które zgłaszały objawy depresji, wzrósł ponaddwukrotnie w czasie pandemii. W związku z tym potrzebne są dalsze inwestycje w reformy opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego i systemów opieki zdrowotnej, w tym w pracowników służby zdrowia w tym sektorze, oraz przełamanie stygmatyzacji i dyskryminacji związanej ze zdrowiem psychicznym.

NPOZP na lata 2017–2022 cele zmiany systemowe przedstawił następująco: deinstytucjonalizacja, ścieżka pacjenta w systemie ochrony zdrowia psychicznego z optymalnym wykorzystaniem kadr medycznych, wzrost dostępności do usług ambulatoryjnych, rozwój świadczeń środowiskowych z obowiązkiem współpracy ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym, szkolenie kadr. Utworzono trzypoziomowy system wsparcia dla dzieci i młodzieży w Polsce. Podstawę tworzy I poziom referencyjny, czyli ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. II poziom referencyjny to centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (poradnia i oddział dzienny) oraz III poziom referencyjny, czyli ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. Do chwili obecnej jej na terenie kraju działa ponad 500 ośrodków I poziomu referencyjnego, novum w systemie. Powstały nowe zawody w psychiatrii dzieci – terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży i nowa specjalizacja w ochronie zdrowia – z psychoterapii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej dzieci i młodzieży. Kontynuacja to współpraca międzysektorowa oraz profilaktyka.

Profilaktyka próchnicy i chorób przyzębia

Choroby jamy ustnej to najbardziej rozpowszechnione problemy zdrowotne, których koszt leczenia w UE stanowi 5-10 proc. wydatków na zdrowie publiczne i jest czwartym najdroższym do leczenia obszarem chorób. Stanom zapalnym dziąseł i próchnicy zębów można łatwo i całkowicie zapobiegać. Profilaktyka powinna obejmować:

- właściwą higienę jamy ustnej,
- miejscowe stosowanie związków fluoru,
- dietę – ograniczenie spożycia węglowodanów,
- ograniczenie palenia tytoniu,
- ograniczenie spożywania alkoholu,
- systematyczne wizyty kontrolne u lekarza dentysty.

Takie zmiany w trybie życia nie tylko łagodzą i zapobiegają chorobom jamy ustnej, ale także otyłości, cukrzycy, chorobom serca, nowotworom i udarom, których związek z chorobami stomatologicznymi został wielokrotnie potwierdzony badaniami klinicznymi.

Należałoby położyć nacisk na szeroką edukację zdrowotną w zakresie higieny jamy ustnej i właściwych nawyków dietetycznych, skierowaną do określonych grup wiekowych społeczeństwa i nacelowaną na ich potrzeby.

Działania zmierzające do dostosowania się do zmieniającej się sytuacji demograficznej, czyli starzenie się społeczeństwa Polski i Europy

Skuteczna walka z chorobami nowotworowymi

Rak jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów po chorobach sercowo-naczyniowych. Jednak dzięki innowacyjnym metodom leczenia i lepszemu dostępowi do opieki zdrowotnej, wiele osób w Europie po zdiagnozowaniu raka żyje dziś dłużej. W 2020 r. w UE 1,2 mln osób zmarło na raka, a wykryto prawie 3 mln nowych przypadków. W Europie mieszka mniej niż 10 proc. światowej populacji, ale odnotowuje się tu 25 proc. wszystkich przypadków zachorowań na raka. Różnice w przeżywalności chorych na raka pomiędzy państwami członkowskimi UE przekraczają 25 proc., a prawie 75 proc. wszystkich zdiagnozowanych nowotworów w UE dotyczy osób w wieku 60 lat lub starszych. Już co trzeci obywatel UE doświadczy choroby nowotworowej. Szacuje się, że prawie 40 proc. zachorowań na raka w UE można zapobiec. Dlatego walka z nowotworami jest już jednym z głównych priorytetów UE w dziedzinie zdrowia. Europejski plan walki z rakiem wspiera działania państw członkowskich zmierzające do zapobiegania nowotworom i zapewnienia wysokiej jakości życia pacjentom chorym na raka, osobom wyleczonym z chorób nowotworowych oraz ich rodzinom i opiekunom. Plan skupia się na kilku najważniejszych obszarach, w których UE może wnieść największą wartość dodaną.

Są to:

- profilaktyka,
- wczesne wykrywanie,
- diagnostyka i leczenie,
- jakość życia osób chorych na raka i wyleczonych z chorób nowotworowych.

Odwrócenie piramidy świadczeń w systemie opieki zdrowotnej z przeniesieniem wielu świadczeń do niższych szczebli opieki zdrowotnej

Takie działania są racjonalne, podniosą dostępność opieki zdrowotnej i zmniejszą koszty. Konieczne jest zwiększanie możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w warunkach POZ i AOS.

Rozwój kompetencji pozamedycznych personelu medycznego sprzyjających jakości i efektywności udzielania świadczeń

Problem walki z nietrzymaniem moczu w starzejącym się społeczeństwie

Nietrzymanie moczu to poważny problem zdrowotny, który dotyka dużą część populacji Europy. Ma to znaczący wpływ nie tylko na pacjentów i ich bliskich, ale także na krajowe systemy opieki zdrowotnej, gospodarkę, środowisko i społeczeństwo. Biuro Polityczne EAU zainicjowało nową ogólnoeuropejską kampanię zatytułowaną An Urge to Act, której celem jest osiągnięcie znaczących zmian w polityce UE dotyczącej nietrzymania moczu. Problemy z trzymaniem moczu są powszechnym problemem, którego konsekwencje są odczuwalne u wszystkich płci, niezależnie od wieku i pochodzenia społeczno-ekonomicznego. Często są wynikiem innego schorzenia lub skutkiem ubocznym leczenia, są wyniszczające i często przewlekłe oraz mogą mieć poważny negatywny wpływ na jakość życia pacjentów. Konsekwencje fizyczne, psychospołeczne i ekonomiczne dla pacjentów i ich opiekunów są powszechne. Chociaż istnieją metody mające na celu zapobieganie, kontrolowanie, a nawet leczenie nietrzymania moczu, interwencje te nie są obecnie wdrażane w pełnym zakresie. W ten sposób wielu pacjentów znosi niepotrzebne cierpienie. Ponadto powiązane z nietrzymaniem moczu koszty opieki zdrowotnej, straty w produktywności

społeczeństwa, obniżona jakość życia i problemy ekologiczne wynikające z utylizacji produktów do leczenia nietrzymania moczu nakładają znaczne obciążenia na jednostki, rodziny i społeczeństwo. Pracownicy służby zdrowia i opiekunowie nieformalni wkładają wiele wysiłku w ramach istniejących ograniczeń różnych europejskich systemów opieki zdrowotnej. Obecnie systemy ochrony zdrowia nie są jeszcze w pełni przystosowane do wspierania opieki nad osobami z nietrzymaniem moczu.

Polityka i przepisy w całej Europie oraz w poszczególnych państwach członkowskich UE muszą nadawać priorytet opiece nad osobami chorymi na nietrzymanie moczu, szczególnie ze względu na jej powszechność i szeroką dostępność rozwiązań. Jeśli nie zostaną podjęte żadne działania mające na celu wsparcie zdrowia związanego z trzymaniem moczu, problemy z trzymaniem moczu staną się jednym z głównych problemów zdrowotnych w Europie. Nadszedł czas, aby podjąć pilne działania i stawić czoła wyzwaniom związanym ze zdrowiem związanym z wstrzemięźliwością.

Badania europejskie na temat ekonomicznego ciężaru nietrzymania moczu pokazały, że koszt opieki nad pacjentami z tym problemem w UE w 2023 r. osiągnął ok. 69,1 mld euro. Koszty te obejmują wpływ nietrzymania moczu na zdrowie samych pacjentów, koszty konsultacji medycznych i produktów higienicznych, absencję w pracy związaną z tą dolegliwością, przyjęcia do domu opieki, w domu opieki domowej i wpływ opieki nad nietrzymaniem moczu na środowisko. Jeśli nie zostaną podjęte żadne działania w tej kwestii, to obciążenie gospodarcze może wzrosnąć o 25 proc. w 2030 r. do 86,7 mld euro. To obciążenie finansowe staje się znacznie wyższe przy wliczaniu kosztów utylizacji nierozkładających się środków higienicznych używanych w nietrzymaniu moczu.

Prehabilitacja przed zabiegami planowymi

Prehabilitacja to kompleksowe przygotowanie do zabiegu operacyjnego czy długotrwałego leczenia np. onkologicznego. Podstawą prehabilitacji jest doprowadzenie pacjenta do optymalnego możliwego stanu zdrowia, który pozwoli nie tylko na dobrą tolerancję zabiegu chirurgicznego, ale też uniknięcie powikłań i szybki powrót do zdrowia.

Prehabilitacja opiera się na czterech podstawowych elementach:

- eliminacji nałogów, przede wszystkim palenia papierosów (palenie papierosów to nie tylko czynnik ryzyka szeregu poważnych chorób, ale również istotne zagrożenie wystąpieniem powikłań, takich jak zapalenie płuc, zakażenie rany pooperacyjnej czy nawet zgonu);
- przygotowania żywieniowego, szczególnie ważnego u chorych wyniszczonych i niedożywionych. Operowanie chorego z ciężkim niedożywieniem do znaczące zwiększenie wszystkich powikłań. Najczęściej dotyczy to chorych onkologicznych. Odpowiednie przygotowanie żywieniowe dotyczyć jednak powinno znacznie większej grupy pacjentów;
- odpowiednio dobranych ćwiczeń, które mają na celu poprawę ogólnej wydolności organizmu. Wdrożenie odpowiednich ćwiczeń, nawet w niewielkim zakresie wspomaga procesy anaboliczne, a więc pomagające przywrócić utraconą masę ciała czy wspomóc gojenie. Szczególną rolę odgrywają ćwiczenia fizyczne u pacjentów otyłych przygotowywanych do zabiegów planowych (endoprotezy, operacje przepuklin, chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna, chirurgia bariatryczna itd.);
- wsparcie psychologiczne, które jest szczególnie ważne u chorych onkologicznych. Ma ono na celu nie tylko lepsze zrozumienie istoty leczenia, ale również redukcję strachu, który zazwyczaj towarzyszy leczeniu operacyjnemu czy onkologicznemu. To bardzo ważny element wsparcia, albowiem lęk i stres to czynniki nie tylko pogarszające samopoczucie chorego i jego tzw. jakość życia, ale również istotnie wpływające na wyniki leczenia, także onkologicznego.

Patient Blood Management ze szczególnym uwzględnieniem anemii okołozabiegowej oraz telemonitorowanie chorych podwyższonego ryzyka sercowego po zabiegach chirurgicznych/ortopedycznych w warunkach domowych (co generuje krótszy pobyt w szpitalu).

Polska Federacja Szpitali

prof. nadzw. Jarosław J. Fedorowski

prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, wiceprzewodniczący Korporacji „Zdrowe Zdrowie” Pracodawców RP

Wizją Polskiej Federacji Szpitali (PFSz) jest zrównoważony system ochrony zdrowia ponad podziałami. Jedną z głównych aktywności PFSz jest promocja dobrych praktyk w ochronie zdrowia, w tym szczególnie w zakresie zarządzania i organizacji. Dzięki reprezentatywności PFSz, która integruje szpitale wszystkich modeli własnościowych, wszystkich poziomów zabezpieczenia w systemie PSZ oraz szpitale pozostające poza PSZ – zarówno z kontraktem NFZ, jak i bez kontraktu, szpitale prowadzące AOS, POZ, ZOL, szpitale rehabilitacyjne, a także podmioty lecznicze niebędące szpitalami (np. publiczne i niepubliczne ośrodki i sieci opieki ambulatoryjnej), mamy wyjątkowy mandat do zabierania głosu w sprawach kluczowych dla systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. Jesteśmy także członkiem największej organizacji pracodawców w naszym kraju, jaką jest związek Pracodawcy RP, gdzie mamy możliwość dyskusji o organizacji całego sektora usług, w tym także oczekiwań konsumentów wobec naszego sektora.

Mandat PFSz istotnie wzmacnia fakt aktywnego członkostwa w międzynarodowych organizacjach szpitali i ochrony zdrowia, które od lat propagują najwyższe standardy opieki medycznej poprzez wymianę doświadczeń wiodących szpitali i organizacji ochrony zdrowia, zarówno na poziomie europejskim, jak i światowym. Należymy bowiem do czołowej europejskiej organizacji podmiotów leczniczych pn. Europejska Federacja Szpitali i Ochrony Zdrowia HOPE, www.hope.be, z siedzibą w Brukseli, oraz do jedynej globalnej organizacji szpitali pn. Światowa Federacja Szpitali IHF, www.ihf-fih.org, z siedzibą w Genewie. Na forum tych organizacji, m.in. podczas europejskich, jak i światowych kongresów (kongresy HOPE AGORA, Światowe Kongresy Szpitali IHF) mamy jako przedstawiciel polskich szpitali możliwość wymiany doświadczeń, także w obszarze organizacji i reform w opiece zdrowotnej w innych krajach. Europejskie i globalne lekcje mają oczywiście i powinny mieć lokalne zastosowania.

PFSz uczestniczy w dialogu społecznym dotyczącym systemu ochrony zdrowia na poziomie krajowym, Unii Europejskiej i globalnym.

Reforma szpitali i systemu ochrony zdrowia w Polsce jako przykład dla innych krajów UE: propozycje Polskiej Federacji Szpitali

Uważamy, że zasadniczym celem zmian mają być korzyści dla pacjenta, ale nie tylko wynikające z dobrze działającego systemu szpitalnictwa, co dobrze działającego całego systemu opieki zdrowotnej. Proponujemy więc, aby uwzględnić także inne elementy systemu, w tym szczególnie ich współpracę w dostarczaniu wartości dla pacjentów w całym cyklu leczenia oraz poprzez utrzymywanie obywateli w jak najlepszym zdrowiu. Dobrym i całkiem nienowym pomysłem jest dążenie do tzw. odwrócenia piramidy świadczeń poprzez przesunięcie części procedur dotychczas wykonywanych w szpitalach do lecznictwa ambulatoryjnego, pod warunkiem zachowania bezpieczeństwa medycznego.

Promowanie racjonalnej konsolidacji zasobów (szpitalnych, ambulatoryjnych) jest jednym z kluczowych pomysłów Polskiej Federacji Szpitali na reformę systemu ochrony zdrowia, proponujemy jednak model polegający na tworzeniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia konkurujących o wynik leczenia pacjentów. Zgadza się, że przeprowadzona w 2017 r. reforma szpitalnictwa w Polsce nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Uważamy jednak, że głównie dlatego, że poziomy zabezpieczenia określone na podstawie posiadanych zasobów przez zakwalifikowane do sieci PSZ szpitale nie zostały następnie przekształcone w stopnie referencyjności szpitali. Nie określono wtedy dostatecznie zasad współpracy szpitali będących na różnym poziomie zabezpieczenia oraz nie wdrożono mechanizmów sprzyjających takiej współpracy. Dlatego też proponujemy wprowadzenie stopni referencyjnych szpitali, a w kolejnym kroku – premiowania podmiotów leczniczych zawierających porozumienia o współpracy między sobą (np. w formie

konsorcjów) na rzecz zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami i wartości dla pacjentów wynikającej z jak najlepszego leczenia oraz profilaktyki.

Dodatkowo część szpitali ma kłopot ze spełnianiem kryteriów bezpieczeństwa w związku z niedostateczną liczbą pacjentów i idącą za tym niedostateczną liczbą procedur, np. porodów. W różnych regionach mamy różną sytuację, demograficzną, jak i geograficzną. Specyficzną sytuację mają szpitale w powiatach okalających duże miasta, specyficzną – w powiatach przygranicznych czy też w znacznej odległości od większych miast.

Polska Federacja Szpitali od lat propaguje wykonywanie operacji i zabiegów w trybie odpowiednim do stanu chorobowego pacjenta oraz zasobów podmiotu leczniczego, w tym szczególnie w trybie tzw. chirurgii jednego dnia.

Podstawowym zadaniem każdego szpitala jest przede wszystkim uzyskiwanie jak najlepszych wyników leczenia pacjentów. W ekonomice medycyny kluczowe jest pojęcie kosztowej efektywności, której wiodącym elementem są technologie medyczne. Co do zasady, analizy w tym obszarze rozpoczynają się od analizy technologii medycznej. Dlatego też plany restrukturyzacyjne powinny w pierwszej kolejności dotyczyć szpitali osiągających niedostateczne wyniki leczenia (tzw. strata medyczna), a w każdym przypadku analizy i restrukturyzacji gospodarki finansowej szpitala (strata finansowa) należy najpierw sporządzić raport i ewentualny program naprawczy działalności medycznej (lecniczej), a następnie odnieść się i dokonać korelacji w stosunku do sytuacji finansowej. Każdy szpital ze stratą netto finansową (albo ze stratą ze sprzedaży) powinien być najpierw oceniany pod kątem wyników leczenia.

Propozycja Polskiej Federacji Szpitali zakłada wprowadzenie czterech stopni referencyjności szpitali ogólnych w obecnym systemie PSZ, obejmującą także obszar pomocy doraźnej i medycyny ratunkowej. Ponadto proponuje finansowo stymulowane podstawowe zabezpieczenie pacjentów „poza godzinami” przez POZ. W drugim etapie proponujemy stworzenie systemu zachęt do nawiązywania współpracy przez szpitale, AOS, POZ i ZOL. Następnie proponujemy stworzenie ram do powstawania organizacji koordynowanej ochrony zdrowia w modelu konsorcjów złożonych ze współpracujących ze sobą podmiotów leczniczych, także podmiotów, które nie znajdują się w PSZ. Docelowo organizacje KOZ powinny być finansowane w związku z osiąganymi wynikami zdrowotnymi populacji pod ich opieką i w ten sposób konkurować ze sobą. Tylko taki model wprowadzić może pozytywną konkurencję w systemie ochrony zdrowia – konkurencję o wartość dla pacjenta (tzw. wartość dodana), zamiast konkurencji o cenę świadczenia (tzw. wartość zerowa). Dochodzenie do modelu opartego na wartości dla pacjenta powinno być etapowe. W docelowym modelu promowanie chirurgii jednego dnia przez ustawodawcę nie będzie potrzebne, gdyż organizacje KOZ wynagradzane za wynik leczenia będą co do zasady zmotywowane, aby każdy zabieg wykonywać w odpowiednim trybie.

Modelem docelowym powinna być opieka zdrowotna oparta na wartości dla pacjenta. Natomiast docelowym modelem wewnętrznej organizacji szpitali ogólnych powinien być model oparty o oddziały (obszary terapii) definiowane wg. stopnia natężenia opieki (terapii) lekarsko-pielęgniarskiej: terapia intensywna, terapia progresywna, terapia ostra, terapia podostra (rehabilitacja), terapia przewlekła (opieka długoterminowa). Oczywiście model ten nie może być stosowany dogmatycznie i musi uwzględniać określoną specyfikę (np. położnictwo, medycyna ratunkowa czy psychiatria).

Organizacje KOZ powinny być jak najszerzej akredytowane przez niezależne instytucje akredytacyjne, jednakże uprzednio autoryzowane do działania w Polsce przez MZ albo lepiej – krajową radę ds. akredytacji podmiotów leczniczych, co postulowała PFSz w trakcie konsultacji ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjentów.

Propozycje europejskie

W wymiarze UE Polska Federacja Szpitali proponuje wzmocnienie współpracy państw członkowskich w obszarze ochrony zdrowia, w tym szczególnie wspólną strategię w zakresie cyberbezpieczeństwa i bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli UE. Polska Federacja Szpitali postuluje jak najszybsze uwzględnienie kosztów działań szpitali w obszarze zrównoważonego rozwoju w wycenie

świadczeń zdrowotnych, zarówno na forum krajowym, jak i wspólnotowym. Sugerujemy także promocję działań na rzecz dobrostanu psychicznego społeczeństw UE, w tym szczególnie dobrostanu kadry medycznej.

Sugerujemy też, aby jednym z priorytetów było jak najszerze włączanie organizacji pozarządowych sektora ochrony zdrowia, w tym szczególnie krajowych organizacji pracodawców szpitali do dialogu społecznego w obszarze ochrony zdrowia. Proponujemy docenienie głosu europejskich organizacji pozarządowych sektora ochrony zdrowia, jak np. European Hospital and Healthcare Federation HOPE na forum Rady Unii Europejskiej, Parlamentu Europejskiego oraz Komisji UE. Warty wsparcia jest unikatowy na skalę światową program wymiany menedżerów ochrony zdrowia pod nazwą: HOPE Exchange Programme.

Pracodawcy Medycyny Prywatnej

**Beata Plewka, Sylwia Rozbicka, Anna Bogucka,
Dominika Pluskota-Bugajny, Agnieszka Skowrońska,
Karolina Kryszkiewicz, Marta Warzocha-Szkupińska,
Agnieszka Motyl**

Rola opieki farmaceutycznej w profilaktyce zdrowotnej i zapewnianiu bezpieczeństwa farmakoterapii

Raport OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) i Komisji Europejskiej „Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle” wskazuje na wiele czynników, które wymagają podjęcia zdecydowanych działań w celu dostosowania systemów opieki zdrowotnej w krajach europejskich do rosnących potrzeb zdrowotnych i wymagań społeczeństw. Wyznaczono dwa priorytety: promowanie zdrowej długowieczności oraz zajęcie się niedoborami personelu medycznego. U podstawy tych wniosków leżą takie zmiany, jak wzrost udziału liczby osób w wieku powyżej 65 lat z 16 proc. do 21 proc. i prognozą do 30 proc. w 2050 r., niedostateczna liczba lekarzy rodzinnych oraz wzrost liczby chorych na choroby przewlekłe (60 proc. osób w wieku powyżej 65 lat cierpi na przynajmniej jedną taką chorobę). Pokrywa się to z raportami WHO, wg których choroby przewlekłe są jedną z głównych przyczyn przedwczesnych śmierci. Wg WHO sama cukrzyca typu 2. do 2030 r. dotknie ponad 640 mln osób na całym świecie, przy czym szybki przyrost zachorowań pozwala mówić o tej chorobie jako pandemii XXI wieku.

Bazując na wspomnianym raporcie można wyróżnić kilka obszarów, w których farmaceuci mogą odegrać kluczową rolę przy relatywnie niskich kosztach.

1. **Edukacja zdrowotna** nakierowana na wyeliminowanie czynników ryzyka chorób przewlekłych, takich jak stosowanie używek czy zredukowanie liczby osób otyłych. Farmaceuta jako jeden z najłatwiej dostępnych przedstawicieli zawodów medycznych może zostać włączony do programów profilaktycznych, mających na celu edukację zdrowotną czy udzielanie pomocy w rzuceniu palenia.
2. Poprawienie **wskaźników wyszczepienia**, które są bardzo nierówne w poszczególnych państwach UE. Przykładowo wskaźnik wyszczepienia przeciwko grypie jest w Europie nadal poniżej celu, niezbędnego do uzyskania odporności zbiorowiskowej, przy czym są kraje, gdzie wynosi on poniżej 20 proc. Dalsze skoordynowane na poziomie europejskim działania, mające na celu włączanie aptek ogólnodostępnych do programu szczepień osób dorosłych, są szansą na poprawę tych wskaźników i skuteczną prewencję chorób zakaźnych.
3. **Prewencja i lepsza kontrola chorób przewlekłych**, która może odbywać się w aptekach ogólnodostępnych na wielu płaszczyznach: edukacyjnej, badań przesiewowych czy świadczeń farmaceutycznych takich jak Nowy lek lub przegląd lekowy. Oczekiwany efekt, to profilaktyka rozwoju chorób przewlekłych, ich wczesne wykrywanie oraz poprawa compliance i adherence w farmakoterapii (rozumiane jako przestrzeganie zaleceń lekarskich i aktywne zaangażowanie

pacjenta w proces leczenia). Przykładowo wytyczne GINA (Global Initiative for Asthma) wskazują na potencjalną rolę farmaceuty w zespole terapeutycznym opiekującym się pacjentem chorym na astmę w zakresie edukacji dotyczącej technik inhalacji czy identyfikowaniu pacjentów słabo przestrzegających zaleceń, poprzez monitorowanie dokumentacji wydawania leków. Dodatkowo eksperci GINA rekomendują włączenie farmaceutów w proces regularnego monitorowania choroby u kobiet w ciąży, przy ścisłej współpracy z lekarzem.

Tego typu praktyki pozwalają na zredukowanie liczby chorych na choroby przewlekłe, ograniczeniu liczby hospitalizacji związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich, interakcjami lekowymi lub ich działaniami niepożądanymi. Analizy kosztowe w USA wykazały, że 1 dol. na opiekę farmaceutyczną przyniósł 4 dol. oszczędności w kosztach opieki zdrowotnej. Z kolei polskie analizy pokazują, że brak przestrzegania zaleceń lekarskich, nierozpoczęcie leczenia lub nieprawidłowe stosowanie leków (brak adherencji terapeutycznej) to dodatkowe koszty (porad lekarskich, badań diagnostycznych, leków i hospitalizacji) szacowane na ok. 6 mld zł rocznie.

Zadaniem, które w trakcie polskiej prezydencji w UE wydaje się kluczowe do rozszerzenia zakresu kompetencji farmaceutów w Europie, to szeroko pojęta promocja opieki farmaceutycznej, poprzez budowanie świadomości na jej temat na poziomie rządów, ale też społeczeństw. Istotne jest także włączenie usług farmaceutycznych do systemów ochrony zdrowia wraz z zagwarantowaniem jej finansowania ze środków publicznych.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – kluczowe wyzwania i rekomendacje

Jednym z kluczowych wyzwań wobec dzieci i młodzieży jest kwestia przemocy zarówno fizycznej, psychicznej, seksualnej, jak i w formie zaniedbań. Raport: „Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023” opublikowany przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę uwidocznił problem – aż 79 proc. dzieci i nastolatków doświadczyło w swoim życiu przemocy lub zaniedbania. Największy odsetek stanowiła przemoc rówieśnicza (66 proc.), dalsza w kolejności była to przemoc ze strony bliskich dorosłych (32 proc.), potem wykorzystanie seksualne bez kontaktu fizycznego (26 proc.) oraz zaniedbanie emocjonalne (23 proc.). Prezentowane wyniki, ale też sytuacje, o których słyszemy w mediach czy widzimy na naszych „podwórkach”, pokazują nam, jak wielkim wyzwaniem jest umiejętność reagowania i zapobiegania sytuacjom przemocowym. Ważnym zagadnieniem w kontekście przemocy i korzystania małoletnich z mediów społecznościowych jest również cyberprzemoc, która niewątpliwie wymaga uwagi rodziców i szkół. Dane w raporcie z badania „Nastolatki 3.0” z 2020 r. pokazują, że 23 proc. dzieci deklaruje, że zna to zjawisko z autopsji, a tylko część rodziców (10 proc.) zdaje sobie z tego sprawę. Brak wiedzy dorosłych o negatywnych doświadczeniach w środowisku online może być wynikiem niskiej świadomości na temat cyberzagrożeń lub braku własnych doświadczeń związanych z agresją elektroniczną (wyłącznie ok. 7 proc. dorosłych wskazuje na takie doświadczenie). Jest to też związane z niezgłaszaniem przez nastolatki osobom dorosłym swoich cyfrowych problemów. Niewątpliwie kontakt z negatywnymi treściami i brutalnym językiem w mediach społecznościowych wpływa na kryzysy psychiczne młodych osób, w tym podejmowanie prób samobójczych. Należy zwrócić uwagę, że mamy wysoką liczbę prób samobójczych wśród dziewcząt – wg danych Komendy Głównej Policji w 2024 r. liczba prób samobójczych wśród dziewcząt z 2054 zgłoszonych przypadków aż 1599 dotyczyło właśnie ich.

Dlatego też myśląc o rekomendacjach, popieramy inicjatywę szkoleń z zakresu zdrowia psychicznego dla nauczycieli, która jest wdrażana od 2024 r. w ramach projektu EU-PROMENS. Szkoła jest miejscem, w którym dzieci spędzają większość części dnia, w związku z czym nauczyciele są szczególną grupą, która powinna posiadać kompetencje w postaci reagowania na objawy kryzysu, przemocy rówieśniczej i zaniedbań, a przede wszystkim wrażliwość na doświadczanie krzywdy przez dzieci. Nierzadko spotykamy w szkołach sytuacje, w których sprawca przemocy nie ponosi żadnych konsekwencji, tym samym takim działaniem lub jego brakiem, pokazujemy dzieciom, że nie mają wpływu na trudne sytuacje. Ponadto zalecamy objęcie szkół i przedszkoli programem rozwijającym kompetencje emocjonalno-społeczne. Uznanie promowania zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jako priorytetu będzie miało znaczącą rolę w kształtowaniu umiejętności

społecznych i rozwijaniu inteligencji emocjonalnej, a tym samym profilaktykę kryzysów psychicznych małych dzieci. Szczególną uwagę należy zwrócić również na profilaktykę samobójstw. Pomimo braku skokowego wzrostu w 2024 r. nadal stanowi wysoki i alarmujący wskaźnik. Zauważamy również, że dobrym kierunkiem jest praca w środowisku małego dziecka, którą zapewniają m.in. Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej NFZ.

Sport i aktywność fizyczna jako jeden z fundamentów profilaktyki zdrowotnej

W Europie od lat maleje liczba urodzeń i społeczeństwo się starzeje (odsetek ludzi w wieku 65 lat i starszych wynosił ponad 21 proc. w 2023 r., a do 2050 r. osiągnie prawie 30 proc.)²⁶⁹. Wydłuża się też życie statystycznego obywatela Starego Kontynentu (średnio przekracza 20 lat po 65. roku życia). Jednocześnie ponad 40 proc. osób w wieku 65 lat i starszych boryka się z co najmniej dwiema chorobami przewlekłymi. Często z niepełnosprawnością. Zwiększa się również liczba ludzi z nadmierną masą ciała, zwłaszcza wśród tych o niższym statusie ekonomicznym. Otyłość, będąca czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych, jest największa wśród osób starszych (20 proc. w grupie wiekowej 65-74 lata). Przybywa osób z problemami psychicznymi – także wśród młodych. To wszystko sprawia, że rośnie zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej, ale równocześnie zmniejsza się populacja Europejczyków w wieku produkcyjnym, którzy mogliby je świadczyć. W obliczu tych zmian, aby mieszkańcy UE mogli żyć dłużej w dobrym zdrowiu, konieczne jest przeformułowanie opieki zdrowotnej: od modelu reaktywnego (leczenia) do proaktywnego, który stawia na kompleksową profilaktykę. Jednym z jej filarów – oprócz zdrowej diety, unikania używek i regularnych badań – jest aktywność fizyczna²⁷⁰.

Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie a realia jej uprawiania

Pozytywny wpływ ruchu na zdrowie nie podlega dyskusji. Ruch może zastąpić niejedyn lek, ale żaden lek nie zastąpi ruchu. Regularna aktywność fizyczna skutecznie zapobiega rozwojowi wielu chorób, w tym cywilizacyjnych. U osób z nadwagą, chorobami o podłożu metabolicznym (np. cukrzycą) czy schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego może zahamować ich rozwój i znacząco poprawić stan zdrowia: zarówno fizycznego, jak i psychicznego i społecznego²⁷¹.

WHO dla utrzymania zdrowia zaleca tygodniowo 150–300 minut wysiłku fizycznego o umiarkowanej intensywności lub 75-150 minut o dużej intensywności²⁷². Im więcej, tym lepiej. Statystyki jednak pokazują, że zaledwie ułamek społeczeństwa spełnia te zalecenia. W Europie robi to średnio jedynie 15 proc. osób²⁷³. Mniej aktywne są kobiety i ludzie starsi²⁷⁴. W 2021 r. było 1,1 mln zgonów (21 proc.) było spowodowanych paleniem, nadmiernym spożyciem alkoholu i wysoką masą ciała, za którą odpowiedzialny jest m.in. brak ruchu. W Polsce tylko 28 proc. dorosłych uprawia jakąś formę aktywności ruchowej w czasie wolnym, a zaledwie 10 proc. robi to systematycznie²⁷⁵. Jednocześnie wśród osób w wieku 20 lat i więcej 53 proc. kobiet i 68 proc. mężczyzn ma nadwagę, a 23 proc. kobiet i 25 proc. mężczyzn jest otyłych²⁷⁶. Do zaleceń WHO nie stosuje się aż 74 proc. ludzi.

Regularny ruch wspiera również zdrowie psychiczne. Ludzie aktywni fizycznie cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym, wyższą satysfakcją z życia i większym poczuciem własnej wartości²⁷⁷. W Polsce, gdzie 67 proc. pracowników odczuwa stres co najmniej raz w tygodniu, a jedna na siedem osób (15 proc.) stresuje się codziennie, 31 proc. badanych deklaruje, że ruch poprawia samopoczucie

269 [Health at a Glance: Europe 2024 | OECD](#)

270 Styl życia jest jednym z głównych czynników wpływających na zdrowie i odpowiada za 30–50 proc. ryzyka zdrowotnego.

271 Zdrowie definiujemy tak jak WHO: [Constitution of the World Health Organization](#)

272 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

273 [Health at a Glance: Europe 2024 | OECD](#)

274 Raport WHO Off Track 2030

275 Poziom aktywności fizycznej Polaków 2023. Raport z badania ilościowego dla Ministerstwa Sportu i Turystyki.

276 Dane NFZ 2022 r.

277 The impact of sports participation on mental health and social outcomes in adults: a systematic review and the ‘Mental Health through Sport’ conceptual model | Systematic Reviews | Full Text (biomedcentral.com)

i pozwala odpocząć, a u dla 24 proc. jest formą rozładowywania stresu. Aktywność sprzyja także zdrowiu społecznemu. Coraz popularniejsze treningi w grupie zwiększają motywację do aktywności i pozwalają budować relacje społeczne. W 2024 r. ogółem 58 proc. osób nawiązało w grupie fitness nowe znajomości (wśród osób z generacji Z odsetek jest wyższy: 66 proc.), a dla odpowiednio 48 proc. i 55 proc. trenujących kontakty towarzyskie były głównym powodem, dla którego dołączali oni do grup fitness²⁷⁸. Widać tendencję, że ludzie wolą ćwiczyć w towarzystwie innych. 40 proc. „zetek” chce w 2025 r. więcej trenować z przyjaciółmi. Coraz większego znaczenia nabiera społeczny aspekt aktywności fizycznej. Jeśli ludzie będą mogli uprawiać ją w mniejszej czy większej grupie, będą to robić chętniej i częściej, a to z pewnością przyczyni się do utrzymania i odzyskiwania zdrowia.

Aktywność fizyczna jako element profilaktyki a CSR

W obliczu wspomnianych zmian demograficznych, które będą wymagały wysokich wydatków i będą miały ogromny wpływ na gospodarkę państw Unii Europejskiej, dbanie o profilaktykę zdrowotną przez sport staje się konieczne. Odpowiedzialność za nią warto jednak powierzyć również biznesowi i pracodawcom. Mogą zapewniać zatrudnionym aktywny wypoczynek po pracy, ale również udział w programach sportowych wspierających zdrowie i służących jego poprawie.

Jednym z przykładów włączenia sportu i aktywności fizycznej do profilaktyki jest program Zdrowa OdWaga prowadzony w Medicover w 2024 r. przez 12 miesięcy przy interdyscyplinarnej współpracy wielu specjalistów: lekarzy, trenerów i ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego. Uczestnicy programu (osoby z podwyższonym wynikiem BMI i dodatkowymi czynnikami ryzyka zdrowotnego) mieli zapewnione zintegrowane wsparcie na każdym etapie: od oceny stanu zdrowia, przez personalizację aktywności fizycznej, po ciągłe motywowanie: podczas ćwiczeń, webinarów i specjalnych sesji. Dzięki regularnym treningom w grupach pod okiem trenerów i według wytycznych WHO znacząco poprawili osiągnięcia w testach sprawności fizycznej i swoje parametry zdrowotne. Uzyskali lepsze rezultaty w teście wytrzymałościowym Coopera (średnio o 33 proc.) i znacząco obniżyli ryzyka zdrowotne: o 18 proc. spadła wartość wskaźnika insulinooporności, o 13 proc. wskaźnika ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, o ponad 7 proc. wskaźnika zaokrąglenia ciała. W grupie uczestników zmniejszyły się również dolegliwości związane z bólami pleców (spadek o 68 proc.). Efekty programu okazały się dużo korzystniejsze niż spadek wagi czy poprawa sylwetki, gdyż zmniejszyło się zagrożenie poważnymi chorobami metabolicznymi (m.in. cukrzycą oraz kadriologicznymi). Co więcej, pozytywne wyniki były widoczne już po kilku miesiącach: po pół roku treningów wyniki testu Coopera poprawiły się o 28 proc., ból pleców zmalał o 1,31 pkt., trzewna tkanka tłuszczowa zmniejszyła się o 6 proc., a wskaźnik BRI o 4,6 proc.²⁷⁹. Wśród uczestników wzrosły także: zadowolenie ze stanu zdrowia – o 15,5 proc. i satysfakcja z wydolności w życiu codziennym – aż o 27,2 proc.²⁸⁰. Dzięki zmniejszeniu ryzyka zdrowotnego (HeartScore2) oraz poprawie subiektywnej oceny jakości zdrowia można mówić o przedłużeniu się o ponad rok perspektywnego czasu życia w lepszym zdrowiu (tzw. Quality-Adjusted Life Years, QALY). A o dłuższe życie w lepszym zdrowiu chodzi wszystkim obywatelom UE. Upowszechnienie uczestnictwa w programie Zdrowa OdWaga mogłoby przyczynić się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, ograniczyć rozwój chorób cywilizacyjnych i przedwczesną śmiertelność.

FitSchool

FitSchool to innowacyjny program edukacyjno-zdrowotny, który integruje aktywność fizyczną z codziennym życiem szkolnym dzieci i młodzieży. Jego celem jest przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym, poprawa kondycji psychofizycznej uczniów oraz kształtowanie zdrowych nawyków ruchowych już od najmłodszych lat. Program ten realizuje założenia priorytetu profilaktyki zdrowotnej Polskiej Prezydencji w UE, oferując kompleksowe rozwiązania promujące zdrowie poprzez ruch.

278 Strava Year In Sport Trend Report 2024

279 Effects of a Six-Month Physical Activity Program on Health Risk Factors and Body Composition Among Overweight and Obese Middle-Aged Adults. Healthcare 2024

280 Ocena na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF; dostęp <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/polish-whoqol-bref>

Wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dzieci i młodzież w wieku 5-17 lat powinny podejmować co najmniej 60 minut umiarkowanej lub intensywnej aktywności fizycznej dziennie, aby wspierać prawidłowy rozwój fizyczny, zdrowie psychiczne oraz funkcje poznawcze. Niestety, w wielu krajach, w tym w Polsce, poziom aktywności fizycznej dzieci spada, co prowadzi do wzrostu ryzyka otyłości i innych chorób cywilizacyjnych. FitSchool odpowiada na te wyzwania, dostarczając rozwiązania wspierające ruch w codziennym życiu uczniów i promując aktywność fizyczną jako integralny element edukacji.

FitSchool jest również narzędziem edukacji zdrowotnej, w którym aktywność fizyczna staje się częścią procesu nauczania. Dzięki włączeniu elementów ruchu do codziennego programu zajęć szkolnych uczniowie nie tylko poprawiają swoją sprawność, ale także lepiej przyswajają wiedzę i zwiększają swoją koncentrację. Integracja edukacji zdrowotnej z aktywnością fizyczną to kluczowy aspekt nowoczesnej pedagogiki, który pozwala na holistyczne podejście do zdrowia uczniów.

Dodatkowo FitSchool promuje inkluzywność poprzez umożliwienie uczestnictwa wszystkim uczniom, niezależnie od ich poziomu sprawności fizycznej, warunków społecznych czy barier ekonomicznych. Program wspiera różnorodność i równość dostępu do aktywności fizycznej, zapewniając każdej szkole bezpłatne materiały edukacyjne i treningowe. Taka strategia wpisuje się w cele zrównoważonego rozwoju (ESG), szczególnie w obszarze zdrowia i dobrostanu (SDG 3) oraz wysokiej jakości edukacji (SDG 4).

FitSchool działa pod patronatem Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Sportu i Turystyki oraz Ośrodka Rozwoju Edukacji i jest obecny w ponad 1900 szkołach i przedszkolach w Polsce, a także w Rumunii i Szwecji, a jego zasięg dynamicznie rośnie. Program opiera się na dostosowanych do wieku i możliwości uczniów aktywnościach ruchowych, które można łatwo wpleść w harmonogram szkolny. Kluczowe elementy to:

- **Krótkie interaktywne śródlekcyjne przerwy ruchowe** – wzbogacające proces nauki i poprawiające koncentrację.
- **Treningi ośmio- i 30-minutowe** – angażujące dzieci do regularnego ruchu.
- **Lekcje z dietetykiem** – edukujące dzieci na temat zdrowego odżywiania.
- **Treningi uważności (mindfulness)** – wspierające zdrowie psychiczne uczniów.
- **Szkolenia dla nauczycieli** – podnoszące kompetencje w zakresie prowadzenia zajęć ruchowych i motywowania uczniów do aktywności.

Regularna aktywność fizyczna wśród dzieci i młodzieży jest kluczowa dla redukcji ryzyka otyłości, cukrzycy typu 2. oraz chorób sercowo-naczyniowych. FitSchool łączy profilaktykę z nowoczesnym podejściem do edukacji, co wpisuje się w europejskie cele promowania zdrowego stylu życia i przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym.

Elektroniczny System Medycyny Szkolnej

Choroby cywilizacyjne, takie jak otyłość, cukrzyca typu 2., nadciśnienie czy zaburzenia psychiczne, są rosnącym wyzwaniem w Europie. Wczesne wykrywanie zagrożeń i skuteczna komunikacja między uczniami, rodzicami, pielęgniarkami szkolnymi i lekarzami to klucz do ich zapobiegania. W erze cyfryzacji niezbędne stają się innowacyjne narzędzia, które usprawnią zarządzanie badaniami przesiewowymi i przepływem danych. Elektroniczny System Medycyny Szkolnej (ESMS) odpowiada na te potrzeby, wspierając diagnostykę, analizę i agregację danych z badań bilansowych uczniów, co zwiększa skuteczność działań profilaktycznych.

Główne wyzwania w profilaktyce zdrowia:

- Brak digitalizacji badań przesiewowych, co utrudnia monitorowanie wyników i tworzenie strategii zdrowotnych.
- Brak interpretacji wyników badań oraz wskazówek dla rodziców dotyczących działań prozdrowotnych.
- Brak przepływu informacji między pielęgniarką szkolną, rodzicem a lekarzem, co opóźnia działania profilaktyczne i terapeutyczne.

- Brak agregacji danych na poziomie lokalnym i krajowym, co uniemożliwia planowanie skutecznej polityki zdrowotnej.

Rozwiązanie: ESMS to system wspierający badania bilansowe i przesiewowe uczniów. Umożliwia:

- Automatyczne wprowadzanie i analizę danych, takich jak wzrost, masa ciała, BMI, ciśnienie krwi czy wyniki przesiewowe.
- Przesyłanie wyników w czasie rzeczywistym do rodziców, opiekunów i opcjonalnie do Internetowego Konta Pacjenta (IKP), co pozwala na szybkie działania.
- Tworzenie zanonimizowanych baz danych epidemiologicznych, użytecznych dla programów lokalnych i krajowych.

Korzyści ESMS:

- Ułatwia szybki przepływ informacji i wspiera wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych.
- Zapewnia rodzicom i opiekunom konkretne wskazówki dotyczące dalszych działań.
- Dostarcza rzetelne dane epidemiologiczne, wspierając skuteczne planowanie polityki zdrowotnej.
- Wspomaga profilaktykę chorób cywilizacyjnych dzięki systematycznym badaniom przesiewowym.

ESMS integruje środowisko szkolne, rodzinne i medyczne, poprawiając zdrowie dzieci i młodzieży. W dłuższej perspektywie zmniejsza koszty leczenia chorób przewlekłych i buduje zdrowsze społeczeństwo.

Rola diety w profilaktyce zdrowotnej

Przestrzeganie zasad zdrowego odżywiania powinno być podstawowym elementem profilaktyki zdrowotnej. Wprowadzenie odpowiednich nawyków żywieniowych nie tylko wspiera codzienne funkcjonowanie organizmu, ale może również istotnie przyczynić się do zminimalizowania ryzyka rozwoju chorób przewlekłych. Wg GUS²⁸¹ w 2023 r., jak i w poprzednich latach, główną przyczyną zgonów w Polsce były choroby sercowo-naczyniowe (36,97 proc. zgonów), następnie nowotwory (26,7 proc. zgonów). Ryzyko obydwu powyższych schorzeń może być skutecznie zredukowane poprzez wprowadzenie zdrowszej diety.

Dieta śródziemnomorska

Jednym z najzdrowszych wzorców żywieniowych jest dieta śródziemnomorska. Wyniki przeglądu systematycznego z 2023 r. pokazały, że wyższe przestrzeganie diety śródziemnomorskiej wiązało się z niższym ryzykiem ogólnej śmiertelności, zarówno w ogólnej populacji, jak i wśród pacjentów z wcześniejszymi chorobami sercowo-naczyniowymi. Ponadto badania sugerują, że przestrzeganie wzorca diety śródziemnomorskiej prawdopodobnie zmniejsza ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, takich jak zawały serca, różne rodzaje choroby wieńcowej, udary i śmiertelność sercowo-naczyniową²⁸².

Przegląd systematyczny z metaanalizą z 2021 r. wskazywał, że wysoki stopień przestrzegania diety śródziemnomorskiej wiązał się z niższym ryzykiem śmiertelności z powodu nowotworów w ogólnej populacji, a także z niższym ryzykiem śmiertelności z powodu innych przyczyn wśród osób, które przeżyły chorobę nowotworową²⁸³. Do podobnych wniosków doszli autorzy wcześniejszej analizy, podkreślając, że zaobserwowane korzystne efekty były głównie wynikiem wyższego spożycia owoców, warzyw i produktów pełnoziarnistych²⁸⁴.

Dieta śródziemnomorska opiera się na spożyciu dużej ilości warzyw i owoców, produktów pełnoziarnistych, produktów strączkowych, zdrowych tłuszczów (np. oliwa z oliwek), ryb i owoców morza, a ogranicza spożycie czerwonego mięsa i przetworzonych produktów.

281 https://analizy.mz.gov.pl/app/mpz_2020_epidem_nfz_gus

282 *Nutrients*. 2023 Jul 28;15(15):3356. doi: 10.3390/nu15153356

283 *Eur J Nutr*. 2021 Apr; 60(3):1561–1586. doi: 10.1007/s00394-020-02346-6.

284 *Nutrients*. 2017 Sep 26;9(10):1063. doi: 10.3390/nu9101063.

W Polsce podstawowe zalecenia żywieniowe są ujęte w formie Zdrowego Talerza, narzędzia graficznego, nawiązującego do diety śródziemnomorskiej, które ma na celu pomoc w prawidłowym konstruowaniu diety. Zgodnie z zaleceniami, warzywa i owoce powinny stanowić połowę talerza, a minimalne dzienne spożycie powinno wynosić 400 g.

Niestety, dane GUS z 2023 r. pokazują, że Polacy nie spełniają tego kryterium. Średnie spożycie warzyw i owoców jest niższe, co może mieć negatywne skutki zdrowotne. Zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat podstawowych zaleceń żywieniowych jest kluczowe w poprawie ogólnego stanu zdrowia Polaków. Dodatkowo edukacja w zakresie zasad diety śródziemnomorskiej mogłaby pomóc w zmniejszeniu zachorowań na wiele chorób przewlekłych, będących dużym wyzwaniem zdrowotnym w Polsce.

MediDieta szerzy edukację na temat zasad zdrowego żywienia. Oferując gotowe posiłki oparte na diecie śródziemnomorskiej może być realnym wsparciem w promowaniu zdrowego stylu życia i zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym.

Priorytety opieki zdrowotnej

Proponujemy, aby w ramach agendy zdrowotnej Unii Europejskiej z inicjatywy prezydencji Polskiej podjęte zostały działania mające na celu opracowanie i wdrożenie ramowego systemu zunifikowanych wskaźników jakości opieki zdrowotnej. System ten powinien obejmować kluczowe obszary opieki zdrowotnej, takie jak:

- **Efektywność leczenia.** Wskaźniki odnoszące się do wyników leczenia w kluczowych obszarach terapeutycznych (np. choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, choroby przewlekłe), wskaźniki przeżywalności, wskaźniki rehospitalizacji.

Dotyczy to również obszaru ambulatoryjnego, dla którego brak jest w Polsce obowiązujących wskaźników jakości medycznej. Proponujemy w szczególności wprowadzenie wskaźników wyrównania chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze i cukrzyca oraz wskaźnika preskrypcji antybiotyków w infekcjach dróg oddechowych. Ochrona antybiotyków ma kluczowe znaczenie w kontekście narastającej antybiotykooporności drobnoustrojów.

Warunkiem niezbędnym do osiągnięcia celów leczenia jest ścisła współpraca pacjenta i przestrzeganie przez niego zaleceń medycznych, również tych dotyczących zmiany szkodliwych nawyków i wprowadzenia prozdrowotnych zmian w stylu życia. Pomocne w skutecznym oddziaływaniu na pacjenta i zwiększeniu „compliance” może być zastosowanie konkretnej techniki rozmowy z pacjentem takiej jak wywiad motywujący. Jest to narzędzie o udowodnionej skuteczności, warte szerokiego wdrożenia do codziennej praktyki wszystkich profesjonalistów medycznych.

- **Bezpieczeństwo pacjenta.** Wskaźniki dotyczące zdarzeń niepożądanych, infekcji szpitalnych, bezpieczeństwa farmakoterapii. Proces identyfikacji, zgłaszania i analizy zdarzeń niepożądanych powinien dotyczyć nie tylko placówek szpitalnych, ale również obejmować opiekę ambulatoryjną. W całym systemie opieki należy wprowadzać narzędzia pozwalające unikać polipragmazji i niebezpiecznych interakcji lekowych.
- **Dostępność i terminowość opieki.** Wskaźniki czasu oczekiwania na wizyty specjalistyczne, procedury diagnostyczne i lecznicze, dostęp do opieki podstawowej.
- **Orientacja na pacjenta.** Wskaźniki satysfakcji pacjentów z opieki, komunikacja z pacjentem, poszanowanie praw pacjenta.

W tym obszarze proponujemy wprowadzenie wskaźników PROM (patient reported outcome measures), czyli standaryzowanych, zwalidowanych narzędzi ankietowych, które oceniają wyniki zdrowotne zgłaszane przez pacjentów w takich obszarach, jak ogólny stan zdrowia i jakość życia, a także w odniesieniu do konkretnych objawów, zdolności funkcjonalnych oraz zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

- **Efektywność kosztowa.** Wskaźniki efektywności wykorzystania środków publicznych na opiekę zdrowotną, koszty leczenia w relacji do wyników.

Opracowanie tych wskaźników powinno odbywać się w oparciu o współpracę ekspertów z różnych krajów członkowskich, przy uwzględnieniu najlepszych praktyk międzynarodowych oraz rekomendacji organizacji takich jak OECD i WHO. Kluczowe jest, aby wskaźniki były mierzalne, obiektywne, porównywalne i praktyczne w zastosowaniu.

Po opracowaniu zestawu wskaźników niezbędne będzie wdrożenie systemu raportowania i monitorowania na poziomie unijnym, który pozwoli na regularne gromadzenie danych od państw członkowskich. Dane te powinny być publicznie dostępne i analizowane, aby umożliwić benchmarking i identyfikację obszarów wymagających poprawy w poszczególnych krajach.

Konfederacja Lewiatan

Kacper Olejniczak

dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia i Sektora Life Sciences, Konfederacja Lewiatan

Naszym zdaniem kluczowe obszary prac polskiej prezydencji obejmują:

- rewizję Pakietu Farmaceutycznego,
- potencjalny instrument prawny dot. wzmocnienia bezpieczeństwa lekowego w UE.

Poniżej chcielibyśmy przedstawić nasze rekomendacje w tych obszarach.

Jeśli chodzi o Pakiet Farmaceutyczny i głosy mówiące o spadku konkurencyjności. Spadek globalnej konkurencyjności europejskiego sektora farmaceutycznego w zakresie badań i rozwoju nie jest powiązany z erozją własności intelektualnej, ponieważ od lat 90. UE konsekwentnie zwiększała zachęty regulacyjne i monopole w zakresie własności intelektualnej. Każda nowa ochrona praw własności intelektualnej lub ochrona regulacyjna (patenty na produkty w ramach TRIPS, SPC, najdłuższe na świecie wyłączności regulacyjne i rynkowe, wyłączność na produkty sieroce, wyłączność pediatryczna i przedłużenie SPC) zostały wprowadzone w określonym celu, jakim jest uczynienie Europy światowym liderem w zakresie innowacji badawczo-rozwojowych.

Jednak to wzmocnienie zabezpieczeń monopolistycznych dokładnie odpowiada względnemu spadkowi badań i rozwoju w Europie w porównaniu z Chinami i USA. Pokazuje to, że twierdzenie, że „więcej monopolu prowadzi do większej liczby badań i rozwoju” jest fałszywe. Co gorsza, te środki monopolistyczne bezpośrednio przyczyniły się do przenoszenia produkcji leków poza Europę, chociaż pochwalamy wysiłki UE mające na celu skorygowanie tego za pomocą reform.

Natomiast środki polityczne, które pobudziły konkurencję ze strony sektora leków równoważnych (generycznych) w pełni spełniły pokładane w nich nadzieje. Przepisy dotyczące leków równoważnych (generycznych) pobudziły bardzo potrzebną konkurencję, podwoiły dostęp do leków w Europie i zmniejszyły presję na budżety opieki zdrowotnej. Zasady dla leków biologicznych równoważnych uczyniły Europę światowym liderem w tej technologii i przyczyniły się do znacznych inwestycji w produkcję leków biologicznych w UE.

Dlatego konieczne jest, aby strategia farmaceutyczna dla Europy w dalszym ciągu wspierała sektor leków równoważnych i biosimilarów gwarantujący bezpieczeństwo lekowe Europy.

W ocenie skutków prawodawstwa farmaceutycznego podkreślono, że „trudno ustalić bezpośredni związek między zachętami UE a konkurencyjnością UE, ponieważ chociaż zachęty zwiększają atrakcyjność rynków UE, nie wpływają one na pochodzenie geograficzne leków. Ok. 20 proc. nowych leków dopuszczonych do obrotu w UE pochodzi z UE, pozostałe pochodzą głównie z USA, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii i Japonii, które w równym stopniu kwalifikują się do wszystkich zachęt UE. Podobnie innowacyjne przedsiębiorstwa z siedzibą w UE mogą skorzystać z zachęt gdzie indziej, jeśli będą tam sprzedawać swoje produkty. W czerwcu 2016 r. Rada zwróciła się do Komisji o przeprowadzenie opartej na dowodach analizy wpływu mechanizmów zachęt, zwłaszcza SPC. Zlecono dwa badania. Jeden z Instytutu Maxa Plancka kwestionuje, czy dostępność ochrony patentowej lub SPC wpływa na decyzje przedsiębiorstw dotyczące lokalizacji obiektów badawczych w tej czy innej jurysdykcji, podkreślając, że inne czynniki mają prawdopodobnie

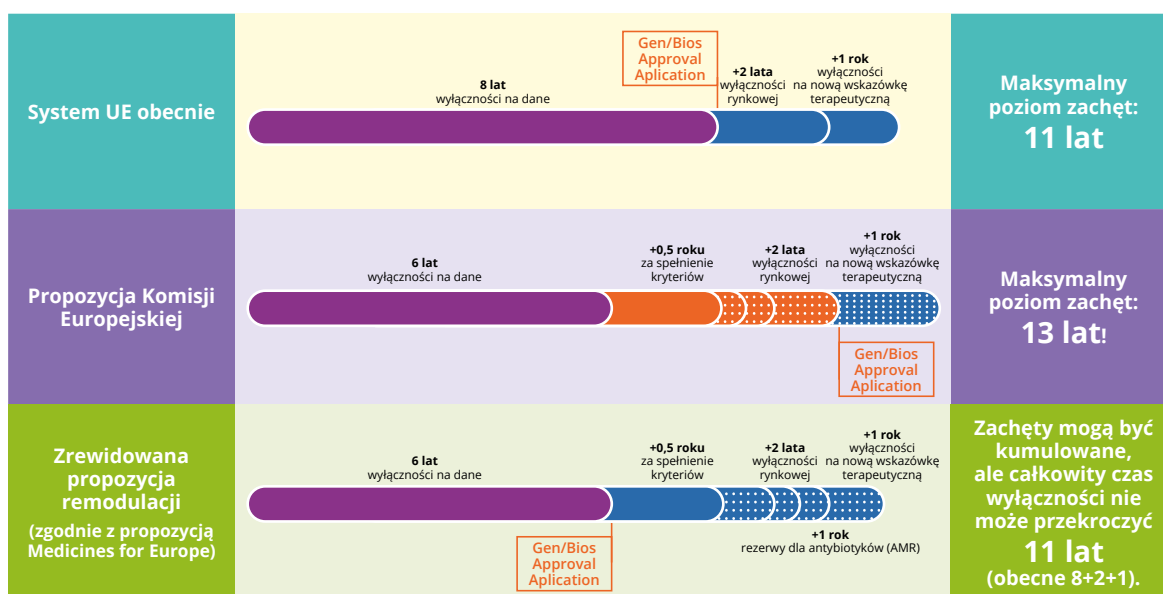
większe znaczenie. W drugim badaniu Copenhagen Economics argumentowano, że SPC mogą odegrać rolę w przyciąganiu innowacji do Europy, wskazując, że podatki, edukacja i inne czynniki są prawdopodobnie ważniejsze w tym względzie.”

Okresy wyłączności regulacyjnej i vouchera na wyłączność

Pakiet farmaceutyczny zmienia zasady przyznawania firmom tzw. wyłączności regulacyjnej, tzn. czasowej ochrony podmiotów, które wprowadziły dany lek jako pierwszy, przed konkurencją rynkową. Skutkiem zmian ma być wydłużenie maksymalnej ochrony – i tak już dłuższej niż np. w Stanach Zjednoczonych – z obecnych 11 do 13 lat.

Remodulacja wyłączności regulacyjnych w UE

Dane o efektywności w rzeczywistych warunkach (RWE)
Wprowadzenie leku w ciągu 2 lat we wszystkich państwach członkowskich UE
Ocena technologii medycznych (HTA)



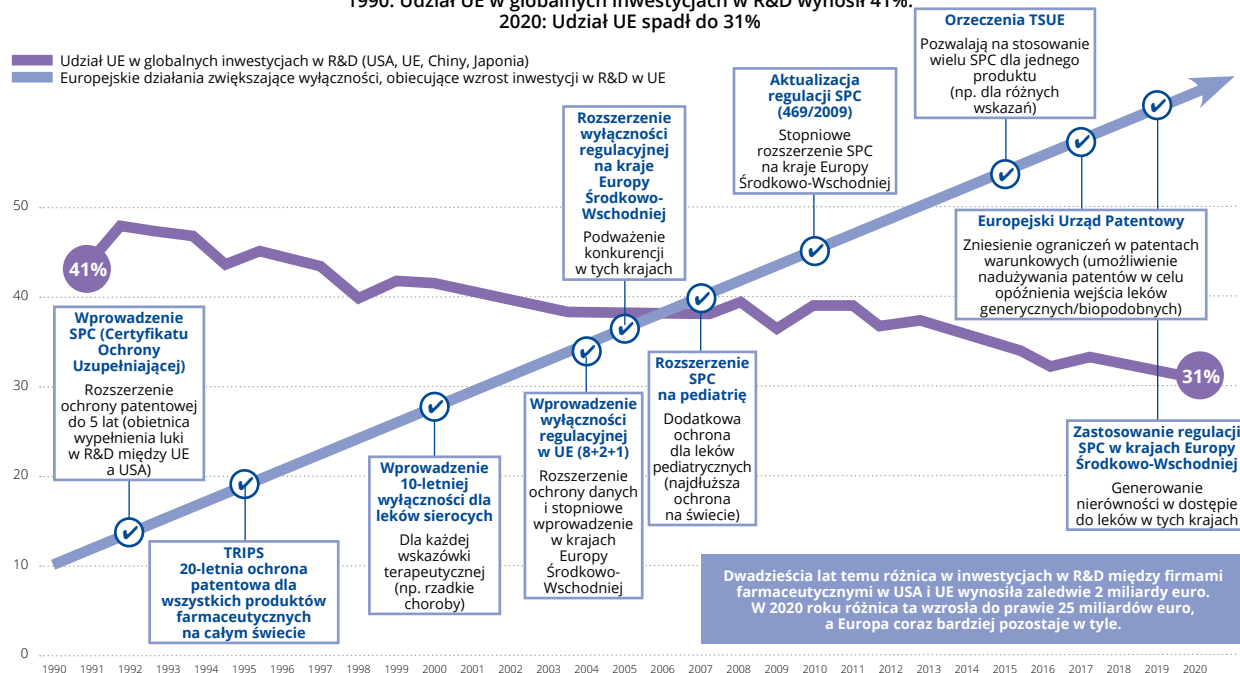
System ochrony regulacyjnej jest uzupełniany przez:
Wyłączności dla leków sierocych
Patenty (20 lat)
Certyfikaty ochrony uzupełniającej (SPC) (do +5,5 roku)

Tymczasem brak jest dowodów na korelację pomiędzy wydłużaniem ochrony opartej na wyłączności a poziomem innowacyjności – dane na temat kierunków importu do Unii Europejskiej innowacyjnych leków (USA, Szwajcaria, Wielka Brytania, Japonia) świadczą o czymś przeciwnym.

Kluczowe wydarzenia

Spadek inwestycji w badania i rozwój (R&D) w Europie vs. Europejskie działania zwiększające wyłączności

1990: Udział UE w globalnych inwestycjach w R&D wynosił 41%.
2020: Udział UE spadł do 31%



Źródła:

Raport CRA: „Factors affecting the location of biopharmaceutical investments and implications for European policy options” (październik 2022).

Dane dotyczące wyłączności: Medicines for Europe.

Dane dotyczące R&D: EFPIA.

Ponadto proponowane nowe zasady przyznawania ochrony są tak niejasne, że wprowadzają niepewność co do tego, kiedy w konkretnym przypadku możliwa będzie sprzedaż leku konkurencyjnego. Nie można zapominać, że przygotowanie produktu generycznego wymaga przeprowadzenia prac badawczo-rozwojowych i badań klinicznych (badań biorównoważności) oraz przygotowania dokumentacji rejestracyjnej. Wytwórca produktów generycznych musi z kilkuletnim wyprzedzeniem wiedzieć, kiedy będzie mógł złożyć wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, tak by odpowiednio rozplanować w czasie prowadzone prace. W przypadku, gdy w toku tych prac nagle okaże się, że wyłączność danych została przedłużona, może się okazać, że część przeprowadzonych badań czy przygotowanych dokumentów, które spełniały wymagania przewidziane prawem w dniu, w którym upływał sześciomiesięczny okres wyłączności danych, nie będzie ich spełniać w dniu, w którym upłynął przedłużony okres wyłączności danych. Ponadto w czasie trwania wyłączności danych w UE, producenci generyków mogą rejestrować produkty lecznicze za granicą i tam je zbywać. Jednakże w wielu krajach warunkiem uzyskania dopuszczenia do obrotu jest posiadanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w państwie wytwórcy. Tym samym wydłużanie wyłączności danych zmniejsza konkurencyjność producentów z Unii Europejskiej w stosunku do producentów z Indii, Chin, czy USA. Tam nie obowiązują bowiem tak długie terminy wyłączności danych jak w Unii Europejskiej. Dlatego też ewentualne dalsze dodatkowe okresy ochronne powinny być przyznawane wyłącznie w zakresie wyłączności rynkowej, a nie wyłączności danych.

Dodatkowo pakiet farmaceutyczny przewiduje instytucję przenoszalnego vouchera na wyłączność (TEV, transferrable exclusivity voucher). Firma wprowadzająca na rynek nowy lek przeciwbakteryjny otrzyma prawo 12-miesięcznej wyłączności, które może wykorzystać dla innego leku lub sprzedać osobie trzeciej. Zaproponowana konstrukcja, choć miałaby zachęcać do prac badawczo-rozwojowych nad nowymi antybiotykami, w rzeczywistości może otworzyć przestrzeń dla nadużyć i antykonkurencyjnych zachowań. Warto rozważyć inne metody wsparcia rozwoju antybiotyków jakie zostały zaproponowane chociażby w Szwecji czy w Wielkiej Brytanii tj. roczny program gwarancji przychodów wydaje się skutecznym narzędziem, które może zachęcić

twórców antybiotyków do inwestowania w badania i rozwój poprzez zapewnienie gwarantowanych przychodów. Modele szwedzkie i brytyjskie pokazują, że wdrożenie gwarancji dochodów jest praktycznym i wykonalnym rozwiązaniem, które zostało przetestowane i przyniosło pozytywne rezultaty.

Nawet europejskie stowarzyszenie leków monopolistycznych EFPIA nie wskazuje kwestii własności intelektualnej (IP) jako koniecznych do relokacji produkcji.

Rzeczywiście, własność intelektualna (IP) nie jest nawet wymieniana wśród czynników stymulujących lokalizację inwestycji w R&D w raporcie CRA przygotowanym dla EFPIA

Podsumowanie czynników wpływających na lokalizację inwestycji biofarmaceutycznych

Jakie są najważniejsze czynniki decydujące o lokalizacji inwestycji?

 Badania	 Badania kliniczne	 Produkcja IMP	 Produkcja komercyjna
Istniejąca infrastruktura R&D.	Lokalizacja wiodących szpitali i specjalistów	Istniejąca infrastruktura produkcji IMP	Istniejąca infrastruktura produkcyjna.
Dostęp do wysoko wykwalifikowanego personelu badawczego	Środowisko regulacyjne	Dostęp do wysoko wykwalifikowanego personelu	Koszty (praca, produkcja, podatki)
Połączony i innowacyjny ekosystem badawczy	Strategiczne względy handlowe	Współlokalizacja z badaniami w późnej fazie	Dostęp do wysoko wykwalifikowanego personelu

Źródła:

Raport CRA: „Factors affecting the location of biopharmaceutical investments and implications for European policy priorities” (październik 2022) – przygotowany dla EFPIA.

Pacjenci • Jakość • Wartość • Zrównoważony rozwój • Partnerstwo

A każdy rok opóźnienia konkurencji to wymierne straty dla pacjentów i narodowych płatników, a jeden rok to strata rzędu przynajmniej setek milionów euro.

Dodatkowe koszty obliczone przez Medicines for Europe dla niektórych przełomowych molekuł ostatnich lat, uwzględniając 1 dodatkowy rok wyłączności

Adalimumab (Humira®)	Trastuzumab (Herceptin®)	Rytuksymab (MabThera®)
Zastosowanie: Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów, łuszczycowego zapalenia stawów, zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.	Zastosowanie: Leczenie raka piersi i raka żołądka.	Zastosowanie: Leczenie niektórych chorób autoimmunologicznych i nowotworów, takich jak chłoniak nieziarniczy, przewlekła białaczka limfocytowa, reumatoidalne zapalenie stawów.
Straty oszczędności: 1 mld € rocznie	Straty oszczędności: 600 mln € rocznie	Straty oszczędności: 333 mln € rocznie
Koszty w 2018 roku: 3,8 mld euro	Koszty w 2018 roku: 1,6 mld euro	Koszty w 2018 roku: 965 mln euro.
Koszty w 2019 roku po wejściu leków biopodobnych: 2,8 mld euro	Koszty w 2019 roku po wejściu leków biopodobnych: 1 mld euro	Koszty w 2019 roku po wejściu leków biopodobnych: 632 mln euro

Mając na uwadze powyższe apelujemy o:

- ustanowienie maksymalnego jednolitego okresu wyłączności danych wynoszącego sześć lat oraz wyłączności rynkowej w wymiarze podstawowym dwóch lat, przy czym wyłączność rynkowa mogłaby być rozszerzana o dodatkowe okresy stanowiące zachęty obecnie przewidziane w projekcie dyrektywy, niemniej jednak łączny czas trwania ochrony rejestracyjnej nie powinien być dłuższy niż obecnie obowiązujące okresy, tj. maksymalnie 11 lat;
- o wyraźne wskazanie w przepisach, w przypadku gdy wydłużenie wyłączności danych albo wyłączności rynkowej miałyby być zależne od zapewnienia dostępności produktu leczniczego na rynku dla pacjentów, że taka dostępność oznacza nie tylko wprowadzenie produktu leczniczego na rynek i zapewnienie dostaw pokrywających zapotrzebowanie pacjentów, ale także uzyskanie refundacji dla tego produktu leczniczego, ewentualnie dostaw produktu leczniczego na rynek UE lub wycofanie wniosku o refundację w którymkolwiek z państw członkowskich powinno skutkować odebraniem przyznanej wyłączności;
- rezygnację z instytucji TEV i zastąpienie jej schematem gwarantowanego rocznego przychodu (Annual Revenue Guarantee Scheme – wypracowanym przez EU-Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare-Associated Infections, EU-JAMRAI), który wynagradza innowacje, jednocześnie promując odpowiedzialną konsumpcję antybiotyków.

Zmiany w zakresie ochrony środowiska

Popierając kierunkowe wszelkie działania zmierzające do poprawy stanu środowiska naturalnego, należy podkreślić, że już obecnie europejski przemysł farmaceutyczny musi spełnić najwyższe standardy środowiskowe. Poza zmianami w pakiecie farmaceutycznym obecnie toczą się zaawansowane prace legislacyjne w Parlamencie Europejskim i Radzie w zakresie chociażby ścieków komunalnych, które wpłyną w istotny sposób na europejski przemysł farmaceutyczny produkujący leki równoważne (generyczne i biologiczne równoważne) co przełoży się na wzrost kosztów wytwarzania tych leków. Mając to na uwadze, należy zważyć również perspektywę, aby słuszne cele i założenia nie stały się barierą konkurencyjną i nie doprowadziły do wyeliminowania tej części branży farmaceutycznej z Europy. Szczególnie ma to znaczenie z uwagi na braki leków podstawowych w Europie i konkurencję azjatycką która z jednej strony jest dotowana finansowo przez swoje rządy, a z drugiej nie podlega tak rygorystycznym przepisom.

Wpływ na konkurencyjność i MŚP

W przypadku MŚP w ocenie skutków stwierdzono:

- „Jeśli chodzi o wpływ na konkurencyjność, proponowane zachęty nie uwzględniają rozróżnienia geograficznego, w równym stopniu zapewniają ochronę regulacyjną produktów opracowanych w UE lub gdziekolwiek na świecie, co zapewnia równe warunki działania dla przedsiębiorstw z siedzibą w UE i z krajów trzecich. Chociaż ramy regulacyjne UE są atrakcyjne dla R&D, konkurencyjność zależy również od wielu innych czynników, m.in. system podatkowy i zachęt; dostępne dotacje, pożyczki i inne źródła finansowania (np. Akcelerator Europejskiej Rady ds. Innowacji); pula talentów; bliskość najlepszych środowisk akademickich; infrastruktury do badań klinicznych; wielkość rynku; bezpieczeństwo łańcuchów dostaw; korzystne decyzje refundacyjne”.
- „Podobnie zachęty dla UMN przyniosłyby korzyść MŚP, które na ogół są skłonne dokonywać inwestycji na wczesnym etapie w obszarach wysokiego ryzyka, zwiększając wartość ich aktywów, nawet jeśli zostaną przejęte przez dużą firmę farmaceutyczną na późnym etapie rozwoju. MŚP korzystają już ze zwolnień i obniżek z opłat za procedury regulacyjne, a dzięki nowym środkom horyzontalnym MŚP będą korzystać ze zoptymalizowanego wsparcia naukowego z większym prawdopodobieństwem pomyślnego uzyskania zezwolenia. Ogólnie rzecz biorąc, wraz ze wzrostem inwestycji w badania i rozwój w dziedzinie biofarmaceutyki oraz rosnącym udziałem MŚP wśród R&D, MŚP z branży biofarmaceutycznej w UE i poza nią miałyby doskonałe perspektywy na przyszłość”.

Komisja Europejska z jednej strony mówi o skrócenie okresów wyłączności leków, ale z drugiej zaproponowane przepisy de facto otwierają cały wachlarz możliwości ich przedłużania. Maksymalny okres wyłączności na rynku dla leku – oczywiście poza 20-letnią ochroną patentową – wg nowej projektowanej dyrektywy i rozporządzenia ma wynosić 13 lat, a dziś jest to 11 lat.

Ponadto Komisja Europejska zaproponowała również tzw. pakiet IP – obecnie równolegle procedowanym w Radzie i Parlamencie Europejskim, w którym firmy monopolistyczne uzyskują możliwość wprowadzenia jedną europejską procedurą, SPC we wszystkich krajach UE. Dziś muszą ubiegać się o to państwo po państwie. I mimo że w pakiecie farmaceutycznym wprowadzane są regulacje skracające procedury rejestracyjne, wprowadzony na początku lat 90. XX w.

SPC mający rekompensować długość procesu rejestracji – nie zostaje skrócony.

Poza tym jest wiele projektów, które są dedykowane dla rozwoju badań nad nowymi lekami, jak chociażby wsparcie ich unijnymi funduszami – mechanizmy IPCEI czy inicjatywami publiczno – prywatnymi największymi na świecie – Innovative Medicines Initiative, a teraz Innovative Health Initiative, w których połowa funduszy pochodzi od wszystkich obywateli UE, a połowa z firm monopolistycznych reprezentowanych przez COCIR, EFPIA / Vaccines Europe, EuropaBio, MedTech Europe, a budżet całkowity budżet IHI na lata 2021–2027 wynosi 2,4 mld euro.

To wszystko – mimo krytycznych głosów ze strony firm monopolistycznych – wskazuje na otwartość i wsparcie UE w tym zakresie. Warto, aby wsparcie otrzymywał też przemysł produkujący leki konkurujące na rynku ceną, bo to właśnie ich brakuje w aptekach. A w tym obszarze fundusze unijne nie są już tak szczodre.

Z pewnością nie należy okresu monopolu przedłużać, bo europejscy pacjenci dłużej będą czekać na pojawienie się konkurencji cenowej na rynku leków, a płatnicy narodowi, w tym nasz NFZ, zmuszeni zostaną do ponoszenia wyższych kosztów refundacyjnych. Każdy dzień opóźnienie konkurencji to wielomilionowe starty dla budżetów ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o strategiczną autonomię UE istotnym zagadnieniem, którym powinna zająć się Rada UE pod przewodnictwem Polski jest odbudowa bezpieczeństwa lekowego Europy i państw członkowskich w tym przywrócenia produkcji API i leków gotowych w Europie. Temat jest kluczowy z kilku powodów – wpisuje się jednocześnie w cele gospodarki polskiej i europejskiej, a także wzmacnia zdrowie publiczne na poziomie krajowym i unijnym.

Pandemia Covid-19 oraz agresji Rosji na Ukrainę pokazały, że uzależnienie dostępu do leków w UE od globalnych łańcuchów dostaw jest rozwiązaniem zbyt ryzykownym, ponieważ ich zerwanie może nastąpić dość gwałtownie, z tygodnia na tydzień. Obecnie 80 proc. substancji czynnych wykorzystywanych w produkcji leków w UE pochodzi z Indii i Chin. Dalsza zależność produkcyjna może stanowić zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa europejskich oraz polskich pacjentów. Dlatego konieczne jest objęcie przywództwa w tym temacie w celu zagwarantowania strategicznej autonomii Unii Europejskiej w oparciu o zdolności produkcyjne poszczególnych państw członkowskich.

Niedobory leków są problemem zdrowia publicznego w całej Europie. Na szczęście instytucje unijne mają tego świadomość. Komisja Europejska podnosiła ten problem w Strategii Farmaceutycznej, Parlament Europejski przyjął rezolucję o braku leków, natomiast Rada Europejska zwróciła uwagę na odbudowę produkcji leków w deklaracji wersalskiej. W maju przyszła prezydencja belgijska przy wsparciu 18 państw członkowskich, w tym Polski, wezwała Komisję Europejską do pilnych zmian legislacyjnych wspierających produkcję API w Europie. 24 października Komisja Europejska wydała komunikat w sprawie dostępności leków.

Jak widać temat ten jest obecny w dyskusjach na poziomie unijnym, jest on istotny dla wszystkich państw członkowskich z punktu widzenia zdrowia publicznego, ale także z punktu widzenia gospodarczego. Polska posiada przemysł farmaceutyczny i tradycje w tym obszarze. Moglibyśmy rozwinąć krajowy przemysł, tak żeby stanowił on zabezpieczenie dostępności lekowej dla całego obszaru Europy Środkowej. Jednak wzmocnienie produkcji API jest procesem generującym tak

olbrzymie koszty, że żadne przedsiębiorstwo bez wsparcia państwowego czy unijnego nie jest w stanie tego zrobić. Jest to proces ponadpaństwowy i tak też powinien być zarządzany.

Dlatego konieczne jest również stworzenie dedykowanego europejskiego aktu legislacyjnego zawierającego zachęty finansowe i regulacyjne do utrzymania i przenoszenia produkcji API i leków gotowych do Europy. Polska prezydencja mogłaby urzeczywistnić deklarowane kierunki strategiczne wszystkich instytucji europejskich.

Związek Przedsiębiorców i Pracodawców

Aleksandra Sienkiewicz

dyrektor Forum Zdrowia, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców

Polska prezydencja to szczególny czas dla Polski. Objęcie przewodnictwa 1 stycznia 2025 r. oznacza, że oczy całej Europy będą przez pierwsze pół roku zwrócone na nas. Wśród wielu priorytetów w ochronie zdrowia wymienianych od miesięcy w ramach przygotowań na szczególną uwagę zasługują cztery z nich **bezpieczeństwo lekowe, promocja i profilaktyka zdrowia, cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej oraz zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży**. Jako Związek Przedsiębiorców i Pracodawców jesteśmy przekonani, że każdy z nich jest niezwykle ważny oraz dotyczy zagadnień istotnych z perspektywy całego społeczeństwa Polski.

Polska prezydencja powinna aktywnie działać na rzecz realizacji strategicznych kierunków w obszarze ochrony zdrowia, zapewniając stabilność i przewidywalność regulacji oraz wspierając innowacyjność i rozwój sektora farmaceutycznego. Poprawa promocji zdrowych stylów życia i zapobieganie kluczowym czynnikiem ryzyka mogłaby zmniejszyć występowanie chorób niezakaźnych nawet o 70 proc., co powinno być priorytetem w polityce zdrowotnej w Europie. Cyfryzacja jest kluczowym elementem odbudowy systemów zdrowotnych po pandemii i wzmocnienia odporności Europy. Mimo ogólnego postępu cyfryzacja ochrony zdrowia w UE była wolniejsza z powodu rygorystycznych regulacji i ryzyka związanego z danymi zdrowotnymi. UE powinna wspierać współpracę między krajami członkowskimi w zakresie digitalizacji zdrowia, harmonizując standardy technologiczne, promując e-recepty i przeciwdziałając dezinformacji, co poprawi dostępność i jakość opieki zdrowotnej. Cała Europa, w tym Polska, zmaga się z brakami surowców, rosnącymi kosztami produkcji, problemami logistycznymi i konkurencją z rynkami azjatyckimi. Istnieje potrzeba aktualizacji regulacji farmaceutycznych, w celu dostosowania ich do współczesnych realiów i zwiększenia atrakcyjności rynku europejskiego dla producentów. Powrót produkcji API i gotowych leków do Europy wiąże się z wysokimi kosztami, dlatego niezbędne jest wsparcie finansowe ze strony państw i UE. Można to osiągnąć poprzez przyjazny system prawno-podatkowy, dotacje, granty i preferencje. Szczególny nacisk powinien być położony na regulacje wspierające funkcjonowanie firm farmaceutycznych, zwłaszcza produkujących leki generyczne, co zwiększa dostępność i obniża koszty farmakoterapii.

W obliczu licznych zagrożeń zdrowotnych istotna jest mocna promocja profilaktyki zdrowia i współodpowiedzialności pacjenta za leczenie (adherence). Każdy powinien wiedzieć, że jeśli nie będzie dbał o swoje zdrowie od najwcześniejszych lat, może w następnej kolejności stać się pacjentem, może nawet w efekcie tej choroby nie być dalej zdolny do wykonywania pracy zawodowej, a co za tym idzie nie budować PKB, a pobierać świadczenia socjalne. To wszystko razem wpływa na koszt dla państwa, swojego pracodawcy i zmniejszenie budżetu domowego. Odpowiedzialne podejście do swojego zdrowia poprzez jak najwcześniejszą profilaktykę, dzięki której możemy unikać wielu możliwych do uniknięcia chorób. Należy pokazać pacjentom, aby się ruszali, odpowiednio odżywiali, tak aby zrobić wszystko, co możemy w kierunku przeciwdziałania chorobom możliwym do uniknięcia. Dbanie o siebie pod kątem zdrowia pozwala na przyszłość ograniczyć koszty pośrednie i bezpośrednie, czyli prezenteizm i absenteizm. A jeśli już jesteśmy pacjentem, to niezwykle istotny jest fakt przestrzegania zasad terapii, dostosowanie się do zaleceń lekarskich oraz podjęcie zaleconych terapii. Zdrowe społeczeństwo to zdrowa gospodarka.

Choroby niezakaźne odpowiadają za niemal 90 proc. wszystkich zgonów w Europejskim Regionie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Znaczna część tego obciążenia chorobami jest możliwa do zapobieżenia i w dużej mierze zależy od czynników ryzyka, takich jak: używanie tytoniu, szkodliwe spożycie alkoholu, niezdrowe odżywianie, brak aktywności fizycznej, zanieczyszczenie powietrza oraz ekspozycja na czynniki rakotwórcze i promieniowanie. Promowanie zdrowych stylów życia, w połączeniu z działaniami zapobiegającymi i przeciwdziałającymi kluczowym czynnikiem ryzyka chorób niezakaźnych, ma potencjał zmniejszenia ich występowania nawet o 70 proc.²⁸⁵. Dlatego działania mające na celu eliminację tych czynników ryzyka poprzez zapobieganie i promocję zdrowia, a także adresowanie podstawowych determinantów społeczno-ekonomicznych tych chorób, powinny nadal stanowić priorytet w polityce zdrowotnej w Europie.

Choroby niezakaźne nie tylko stanowią ciężkie obciążenie dla ogólnego zdrowia i dobrobytu populacji, ale również negatywnie wpływają na nasze gospodarki, obciążają pracę naszych kadr medycznych i stanowią nierównomierny ciężar dla systemów zdrowotnych, które w wielu krajach europejskich są znacząco niedostatecznie obsadzone i pozbawione wystarczających inwestycji. Osoby cierpiące na towarzyszące schorzenia są również bardziej dotknięte w czasie kryzysów zdrowia publicznego. Są one bardziej podatne na zachorowanie na choroby zakaźne i doświadczają osłabionej reakcji immunologicznej, w tym większego ryzyka ciężkiej choroby związanej z chorobami zakaźnymi, takimi jak Covid-19. Dlatego też uzasadnienie inwestycji w eliminację czynników ryzyka chorób niezakaźnych jest jasne: generują one wysokie koszty opieki zdrowotnej i farmaceutycznej we wszystkich krajach, a także prowadzą do znaczących wydatków społecznych, takich jak utrata produktywności.

Dodatkowo, wraz ze starzejącymi się populacjami w Europie, koszty opieki zdrowotnej mają tendencję do wzrostu. Zwrot z inwestycji w zapobieganie jest dobrze znany, jednakże udział inwestycji w zapobieganie w stosunku do ogólnych wydatków na opiekę zdrowotną pozostaje znacznie niski, stanowiąc zaledwie 3 proc. ogólnych wydatków na zdrowie w UE²⁸⁶.

Natomiast dostrzegalne w państwach członkowskich skupienie systemu ochrony zdrowia wokół działań naprawczych, czyli podejmowanych w przypadku występowania choroby, powoduje postrzeganie ochrony zdrowia głównie jako kosztu. Tymczasem dobrze funkcjonująca ochrona – a nie tylko naprawa zdrowia, jest niezbędna do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, w tym wzrostu PKB. Drogą do tego jest m.in. edukacja zdrowotna oraz profilaktyka. Są to działania, które pozwalają ograniczyć przyszłe koszty, zwiększać produktywność, dobrobyt i jakość życia społeczeństwa. Celem działań w ochronie zdrowia powinno być zapewnienie dobrostanu psychicznego i fizycznego obywateli, który wprost przejawia się na poziom aktywności zawodowej i długość życia w zdrowiu. Konieczne jest zatem przede wszystkim wielowymiarowe wspieranie postaw prozdrowotnych.

Zaniedbywanym przez lata obszarem była opieka psychologiczna i psychiatryczna – szacuje się, że w 2019 r. jedna na sześć osób miała problem ze zdrowiem psychicznym, zarówno w UE, jak i w szerszym regionie europejskim WHO. Liczba ta wzrosła o ok. 25 proc. w wyniku pandemii Covid-19, a dostęp do opieki psychiatrycznej stanowi kluczowy problem w wielu państwach członkowskich. Chociaż większość krajów posiada polityki mające na celu poprawę zdrowia psychicznego populacji, w ich realizacji wciąż występują wyzwania. Do tych wyzwań należą: rosnący niedobór pracowników służby zdrowia i opieki oraz potrzeba silniejszych i liczniejszych programów zapobiegających problemom zdrowia psychicznego oraz promujących dobrostan. Ponadto osoby z doświadczeniem problemów zdrowia psychicznego muszą być bardziej zaangażowane w tworzenie tych programów, aby zapewnić, że państwa rozwijają je zgodnie z ich potrzebami.

285 Pan American Health Organization (PAHO) Healthy Aging and Non-Communicable Diseases, n.d.https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9979:healthy-aging-noncommunicable-diseases&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0

286 Eurostat. Preventive health care expenditure statistics. Database. 2023.[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics#:~:text=Highlights&text=EU proc.20 Member proc.20States proc.20spent proc.20of proc.20the proc.20 Covid proc.2019 proc.20crisis.&text=Preventive proc.20 health proc.20care proc.20expenditure proc.20in,0.37 proc.20 of proc.20GDP proc.20in proc.202020](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics#:~:text=Highlights&text=EU%20Member%20States%20spent%20of%20the%20Covid%2019%20crisis.&text=Preventive%20health%20care%20expenditure%20in,0.37%20of%20GDP%20in%202020)

Brak odpowiedniej edukacji i dostępu do pomocy nie tylko generuje wysokie koszty dla systemu ochrony zdrowia, ale także ma istotny wpływ na koszty ponoszone przez przedsiębiorców, kondycję finansową systemów zabezpieczenia społecznego oraz całą gospodarkę. Dane za 2022 r. wyraźnie pokazują, że liczba zwolnień lekarskich wystawionych z powodu zaburzeń psychicznych i zachowań wyniosła w samej Polsce 1,29 mln, co przekłada się na aż 23,8 mln dni absencji chorobowej pracowników. Wzrostowa tendencja w tym obszarze jest niepokojąca, a brak dostępu do porad w zakresie zdrowia psychicznego oraz długie oczekiwanie na pomoc tylko pogłębiają ten problem.

Niezwykle ważnym priorytetem jest transformacja cyfrowa. Rozwój technologii cyfrowych jest silnie wspierany przez Unię Europejską w ciągu ostatniej dekady: decydenci UE uczynili transformację cyfrową priorytetem politycznym i stworzyli cały pakiet legislacji, aby wspierać tę przemianę. Niemniej, cyfryzacja w obszarze ochrony zdrowia była wolniejsza niż w innych sektorach, co można przypisywać rygorystycznemu środowisku regulacyjnemu, które leży u podstaw świadczeń opieki zdrowotnej, charakterowi ryzyk związanych z awarią technologii oraz wrażliwości związanej z obsługą danych osobowych dotyczących zdrowia.

Koronawirus (SARS-CoV-2) zmusił pacjentów, profesjonalistów medycznych i instytucje do reorganizacji niemal wszystkich istniejących ścieżek opieki, aby zarządzać pandemią. Ponieważ praktyki medyczne i szpitale ograniczały wizyty osobiste do niezbędnych konsultacji, telekonsultacje i telemedycyna stały się nowym standardem opieki w wielu krajach europejskich, mimo że dla aż 84 proc. pacjentów stanowiło to pierwsze doświadczenie wirtualnej opieki²⁸⁷. Pandemia również ujawniła słabości zarówno sektorów zdrowia, jak i cyfrowych w Europie – zależność od produktów i technologii spoza Europy prowadziła do wąskich gardeł w dostawach oraz niedoborów leków i sprzętu.

Dziś ten nowy impuls dla cyfryzacji może odegrać kluczową rolę w przyspieszeniu odbudowy systemów zdrowotnych po pandemii Covid-19 oraz wzmocnieniu odporności Europy na uniknięcie przyszłych kryzysów. Patrząc poza pandemię i jej konsekwencje, obecny moment może być historyczną szansą, aby w końcu uczynić technologie cyfrowe integralną częścią publicznych usług zdrowotnych, które mogłyby w ten sposób jednocześnie stać się bardziej sprawiedliwe i dostępne dla wszystkich obywateli Europy, oferując jednocześnie większą personalizację i wartość dla indywidualnego pacjenta.

Jednak w Unii Europejskiej wciąż istnieją znaczne różnice w dostępie do usług, a finansowanie opieki zdrowotnej przez państwa członkowskie, mierzone jako procent PKB, również jest zróżnicowane. Wskazuje to na konieczność zastosowania lokalnego podejścia przy wdrażaniu cyfrowych rozwiązań w sektorze zdrowia, ponieważ poziomy gotowości cyfrowej w krajach UE są nierówne. Rozszerzone wykorzystanie mobilnej opieki zdrowotnej (mHealth) poza programami pilotażowymi i jej integracja z inicjatywami klinicznymi oraz zdrowia publicznego będzie stanowić duże wyzwanie, zwłaszcza w krajach o ograniczonych zasobach ekonomicznych.

Z technologicznego punktu widzenia kluczowe jest stworzenie niezawodnej infrastruktury publicznej w państwach członkowskich, która umożliwi płynną integrację mobilnej opieki zdrowotnej z rutynowymi działaniami zdrowotnymi. Te innowacyjne rozwiązania cyfrowe powinny być częścią „zintegrowanych usług zdrowotnych”, które są definiowane jako „usługi zdrowotne zarządzane i dostarczane w taki sposób, aby ludzie otrzymywali ciągłość promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, zarządzania chorobami, rehabilitacji i opieki paliatywnej, skoordynowane na różnych poziomach i miejscach opieki, zarówno w ramach sektora zdrowia, jak i poza nim, zgodnie z ich potrzebami przez całe życie”.

Unia Europejska powinna wspierać państwa członkowskie w transformacji cyfrowej w obszarze zdrowia, zwłaszcza poprzez promowanie współpracy z innymi krajami UE w zakresie digitalizacji zdrowia. Powinno to obejmować wymianę najlepszych praktyk, wspólne projekty badawcze, a zwłaszcza harmonizację standardów technologicznych, pozwalających na np. międzypaństwowe

realizowanie e-recept we wszystkich państwach członkowskich. Konieczne jest też wprowadzenie odpowiednich programów informacyjnych, przeciwdziałających dezinformacji dotyczącej zdrowia i zwiększających przejrzystość w komunikacji dotyczącej zdrowia publicznego, co pozwoli na zaangażowanie większego odsetka populacji do korzystania z zalet digitalizacji części procesów zdrowotnych.

Technologie cyfrowe mogą poprawić dostęp obywateli do opieki zdrowotnej i przynieść postęp w kwestiach zdrowotnych, zwłaszcza w sytuacji, gdy opieka zdrowotna staje się bardziej spersonalizowana. Chociaż nowoczesne technologie nie są w stanie w pełni rozwiązać wszystkich wyzwań związanych z opieką zdrowotną, mogą dodać znaczną wartość, szczególnie tam, gdzie brakuje skutecznych i dostępnych rozwiązań. Istnieje jednak wiele przeszkód w cyfryzacji systemu opieki zdrowotnej, w tym opór ze strony pracowników służby zdrowia i pacjentów. Najważniejsze jest zrozumienie, co jest wymagane, aby przyspieszyć cyfryzację opieki zdrowotnej, oprócz podstawowej potrzeby rozwoju społeczeństwa informacyjnego.

Odbudowa bezpieczeństwa lekowego w Europie i państwach członkowskich w tym przywrócenia produkcji API i leków gotowych w Europie. Wydarzenia ostatnich lat związane z pandemią Covid-19 oraz militarną agresją Rosji na Ukrainę pokazały, jak krytyczne jest bezpieczeństwo lekowe, szczególnie w obliczu kryzysu i uwydatniły konieczność uniezależnienia Europy od produkcji API w krajach Dalekiego Wschodu. Dalsza zależność produkcyjna może stanowić zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa europejskich oraz polskich pacjentów. Konieczność przywrócenia produkcji API i leków gotowych do Europy jest strategicznym celem wszystkich instytucji europejskich, wyrażonych w dokumentach kierunkowych, takich jak: opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego z grudnia 2023 r.; deklaracja wersalska Rady z dn. 11 marca 2022 r.; rezolucja Parlamentu Europejskiego o brakach leków z 17 września 2020 r.; strategia farmaceutyczna Komisji Europejskiej z dn. 25 listopada 2020 r.

Warto podkreślić, że ulokowanie całego procesu wytwarzania leku w kraju, włącznie z produkcją API, wiąże się ze znacznymi kosztami (budowa nowej infrastruktury, wyszkolenie kadr, ochrona środowiska itp.), dlatego niezbędne jest wsparcie finansowe ze strony państwa i UE. Może się to odbywać pośrednio, poprzez budowanie przyjaznego dla rozwoju przedsiębiorstw systemu prawnopodatkowego lub bezpośrednio, poprzez dotacje, granty czy preferencje. Warto zauważyć, że w przypadku polskich przedsiębiorców są oni skoncentrowani głównie na produkcji leków generycznych, co przekłada się na zwiększenie dostępności i obniżenie kosztów farmakoterapii. Dlatego należy położyć szczególny nacisk na tworzenie regulacji umożliwiających sprawne funkcjonowanie firm, gwarantujących stabilność, przewidywalność i zwrot z inwestycji. Niektóre z wprowadzanych obecnie rozwiązań będą wymagały w przyszłości dalszego pogłębienia.

Poniżej przykładowe propozycje z zakresu refundacji rejestracji:

1. Całkowite zwolnienie z ustawowego paybacku w przypadku leku wytwarzanego w Polsce i/lub z substancji wytwarzanej w Polsce.
2. Pierwszeństwo w tworzeniu wykazów, w szczególności bezpłatnych leków dla leku wytwarzanego w Polsce i/lub z substancji wytwarzanej w Polsce.
3. Zagwarantowanie możliwości uzyskania porównywalnych warunków objęcia refundacją dla leków wytwarzanych w Polsce i/lub z substancji wytwarzanej w Polsce.
4. Skrócenie okresu wyłączności danych/wyłączności rynkowej leków oryginalnych.
5. Eliminowanie luk regulacyjnych sprzyjających nadużywaniu prawa do wyłączności i negatywnych powiązań patentowych opóźniających wprowadzanie do obrotu odpowiedników.

Konieczne jest objęcie przywództwa w ww. temacie w celu zagwarantowania strategicznej autonomii Unii Europejskiej w oparciu o zdolności produkcyjne poszczególnych państw członkowskich. Konieczne jest stworzenie dedykowanego europejskiego aktu legislacyjnego zawierającego zachęty finansowe i regulacyjne do utrzymania i przenoszenia produkcji API i leków gotowych do Europy. Polska prezydencja mogłaby urzeczywistnić deklarowane kierunki strategiczne wszystkich instytucji europejskich.

Federacja Pacjentów Polskich

Stanisław Maćkowiak

prezes Federacji Pacjentów Polskich, prezes Krajowego Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN

Sytuacja chorych na choroby rzadkie w Polsce na tle Unii Europejskiej w aspekcie potrzeby uchwalenia Europejskiego Planu Działania dla Chorób Rzadkich

Od 1 stycznia 2025 r. Polska objęła półroczne przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej w ramach trio: Polska, Dania i Cypr. Ministerstwo Zdrowia zdefiniowało priorytety zdrowotne polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. jako: cyfrowa transformacja opieki zdrowotnej, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, promocja profilaktyki oraz bezpieczeństwo lekowe. Biorąc pod uwagę dokonania w zakresie chorób rzadkich w Polsce w ostatnich latach, Polska powinna w trakcie swojej prezydencji propagować i wspierać także optymalizację opieki w chorobach rzadkich. Warto przypomnieć, że prezydencje Francji, Czech, Szwecji, Hiszpanii, Belgii i Węgier aktywnie propagowały wyzwania i optymalizację opieki dla pacjentów z chorobami rzadkimi. Stella Kyriakides, Komisarz ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa żywności, podkreślała wielokrotnie, że „Walka z chorobami rzadkimi to nie tylko kwestia opieki zdrowotnej, ale także odzwierciedlenie wartości i solidarności w Unii Europejskiej” oraz że „Mamy obowiązek wspierać ludzi cierpiących na rzadkie choroby, a także ich rodziny. Nasze wysiłki będą w dalszym ciągu odmieniać rzeczywistość wszystkich potrzebujących osób”.²⁸⁸

Przypomnijmy, że choroba jest uważana za rzadką, jeśli choruje na nią mniej niż 5 osób na 10 tys. mieszkańców. Zidentyfikowano ponad 10 tys. chorób rzadkich. 80 proc. chorób rzadkich jest uwarunkowanych genetycznie. W Unii Europejskiej na choroby rzadkie choruje ok. 36 mln ludzi, co stanowi 8 proc. z ok. 450 mln obywateli.²⁸⁹

W ostatnich kilku latach sytuacja chorych na choroby rzadkie w Polsce uległa wymiernej poprawie. Uchwalono drugą edycję Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025, powołano Radę ds. Chorób Rzadkich, a w Sejmie aktywnie działa Zespół Parlamentarny ds. Chorób Rzadkich. Obecnie funkcjonują 44 ośrodki kliniczne, będące członkami Europejskich Sieti Referencyjnych (ERN). W latach 2021–styczeń 2025 zrefundowano publicznie 157 nowych cząsteczko-wskazań w zakresie leków stosowanych w terapii chorób rzadkich, na 494 nowych cząsteczko-wskazań leków ogółem. Wynika z tego, że aż 32 proc. nowych refundacji lekowych dotyczyło chorób rzadkich. W Polsce funkcjonuje również szeroki program Badań Przesiewowych Noworodków obejmujący 30 jednostek chorobowych na poziomie krajowym. Dzięki przesiewowi krajowemu w kierunku SMA oraz refundacji publicznej wszystkich trzech terapii, Polska może się pochwalić, jednym z najlepszych na świecie modelem diagnostyki i terapii rdzeniowego zaniku mięśni (SMA), w którym leczonych jest ponad 1 tys. pacjentów.

Droga Polski do poprawy sytuacji w zakresie diagnostyki i leczenia chorób rzadkich była trudna i długa. Chciałbym Państwu pokrótce przypomnieć drogę, jaką razem przeszliśmy, optymalizując opiekę nad pacjentami z chorobami rzadkimi i ich rodzinami w ostatnich 40 latach na świecie, Europie i w Polsce. Pierwszym działaniem, które było pochyleniem się nad chorobami rzadkimi był Orphan Drug Act z 1983 r. w Stanach Zjednoczonych, podpisany przez prezydenta Ronalda Reagana. To był pierwszy moment, kiedy na świecie zauważono problem pacjentów z chorobami rzadkimi. W dniu 16 grudnia 1999 r. opublikowane zostało Rozporządzenie nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej – zaznacza, że pacjenci cierpiący na rzadkie

288 RareDiseases – UE potrzebuje strategii, która pomoże 36 milionom ludzi w Europie. Dostępne: <https://www.eesc.europa.eu/pl/news-media/eesc-info/112023/articles/114044>

289 EU research on rare diseases. Eurostat 2023. Źródło: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/research-area/health/rare-diseases_en

stany chorobowe powinni być uprawnieni do takiej samej jakości leczenia jak inni pacjenci.²⁹⁰ W dniu 11 listopada 2008 r. został opublikowany Komunikat Komisji Europejskiej do Parlamentu Europejskiego, Rady Unii Europejskiej, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów na temat: Rzadkie Choroby, wyzwania stojące przed Europą.²⁹¹ W dniu 8 czerwca 2009 r. wydano Zalecenie Rady Unii Europejskiej w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób (2009/C151/02), które rekomendowało państwom członkowskim ustanowienie i realizację planów dotyczących rzadkich chorób w celu zapewnienia pacjentom cierpiącym na rzadkie choroby dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości, w tym diagnostyki, leczenia, rehabilitacji osób i dostępu do leków sierocych. Zalecano przyjęcie do 2013 r. europejskiego schematu planu narodowego wypracowanego przez Projekt EUROPLAN, wg rekomendacji Komisji Europejskiej.²⁹² W dniu 10 lipca 2020 r. opublikowano Rezolucję Parlamentu Europejskiego wzywającą do opracowania unijnego planu działania w zakresie chorób rzadkich i zaniedbanych.²⁹³ W 2021 r. opublikowano z inicjatywy Parlamentu Europejskiego raport pt. „Rare2030. Foresight in rare diseases policy” zawierający m.in. rekomendacje dotyczące zintegrowania europejskiego i narodowych planów działania w zakresie chorób rzadkich.²⁹⁴

W Polsce, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych i zapisem: „11) poprawa diagnostyki i leczenia chorób rzadkich” choroby rzadkie są traktowane priorytetowo.²⁹⁵ Przełożyło się to na uchwalenie operacyjnego Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2021–2023, który zakładał zmiany w sześciu kluczowych obszarach: Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich; Diagnostyka chorób rzadkich, w tym dostęp do nowoczesnych metod diagnostycznych z wykorzystaniem wielkoskalowych badań genomowych; Dostęp do leków i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego w chorobach rzadkich; Polski Rejestr Chorób Rzadkich; Paszport pacjenta z chorobą rzadką oraz Platforma informacyjna Choroby Rzadkie. Budżet alokowany na realizację Planu wynosił ok. 130 mln zł.²⁹⁶ W maju 2022 r. minister zdrowia powołał Radę do spraw Chorób Rzadkich, której zadaniem było wsparcie merytoryczne realizacji Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2021–2023.²⁹⁷

W 2021 r. trio Francja, Czechy i Szwecja zadeklarowało, że w czasie swoich prezydencji w Radzie Unii Europejskiej stworzą platformę dyskusji podporządkowanej celowi politycznego priorytetu dla chorób rzadkich. Na konferencji w Pradze w dniach 25-26 października 2022 r. sformułowano wezwanie do działania i propozycja stworzenia skoordynowanego Europejskiego Planu Działania dla Chorób Rzadkich (European Action Plan for Rare Diseases).²⁹⁸ Z okazji Światowego Dnia Chorób Rzadkich w dniu 28 lutego 2023 r. 48 europarlamentarzystów skierowało apel do przewodniczącej Komisji Europejskiej Ursuli von der Leyen wzywając Komisję Europejską do jak najszybszego uchwalenia Europejskiego Planu Działania dla Chorób Rzadkich.²⁹⁹

290 Regulation (EC) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. Dostępne: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2000/141/oj>

291 Rare diseases: Europe's challenges. Dostępne: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/summary/rare-diseases-europe-s-challenges.html>

292 Council Recommendation of 8 June 2009 on an action in the field of rare diseases (2009/C 151/02). Dostępne: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0007:0010:EN:PDF>

293 Tackling rare diseases. Challenges, opportunities and gaps for action on rare diseases in the European Union. Komisja Europejska 2020 Dostępne: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/754210/IPOL_STU\(2024\)754210_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/754210/IPOL_STU(2024)754210_EN.pdf)

294 Rare2030. Foresight in rare diseases policy. Dostępne: <https://www.rare2030.eu/>

295 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210002144>

296 Uchwała nr 110 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich. M.P. 2021 poz. 883 Dostępne: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20210000883>

297 Rada do spraw Chorób Rzadkich w ramach Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2021–2023. Dostępne: <https://chorobyrzadkie.gov.pl/pl/zespol-portalu/rada-do-spraw-chorob-rzadkich>

298 Czech Presidency's Call to Action from the Expert Conference on Rare Diseases. Dostępne: <https://www.eurordis.org/publications/czech-presidencys-call-to-action-from-the-expert-conference-on-rare-diseases/>

299 MEPs call on Commission President to deliver overdue strategy on rare diseases February 2023. Eurordis. Dostępne: <https://www.eurordis.org/meps-call-on-commission-president/>

W dniu 23 października 2024 r. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny w stanowisku pt. „Leaving No One Behind: European Commitment to Tackling Rare Diseases” wezwał Komisję Europejską do opublikowania Planu Działania w zakresie Chorób Rzadkich, zawierającego jasno określone i możliwe do osiągnięcia cele.³⁰⁰ Na konferencji podsumowującej węgierską prezydencję pt. „For an EU commitment to tackling rare diseases” Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny po raz kolejny zaapelował o jak najszybsze uchwalenie Europejskiego Planu Działania dla Chorób Rzadkich.³⁰¹

W dniu 13 sierpnia 2024 r. Rada Ministrów przyjęła Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025.³⁰² Ma on na celu kontynuację prac nad wprowadzeniem kompleksowych rozwiązań oraz usprawnieniem systemu opieki zdrowotnej nad chorymi na choroby rzadkie, których implementację rozpoczął Plan dla Chorób Rzadkich realizowany w latach 2021–2023. Zaproponowane w dokumencie działania na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi, zaplanowano do realizacji na lata 2024–2025, a ich celem jest kontynuacja prac nad sześcioma podstawowymi obszarami:

1. Obszar I – powołanie Ośrodków Eksperymentalnych Chorób Rzadkich (OECR) oraz analiza wprowadzonych dla nich produktów rozliczeniowych.
2. Obszar II – poprawa dostępu do badań diagnostycznych wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu chorób rzadkich.
3. Obszar III – poprawa dostępu do leków i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego w chorobach rzadkich.
4. Obszar IV – Polski Rejestr Chorób Rzadkich (PRCR);
5. Obszar V – Karta Pacjenta z Chorobą Rzadką.
6. Obszar VI – prowadzenie Platformy informacyjnej Choroby Rzadkiej <https://chorobyrazdkie.gov.pl> oraz rozwój i szerzenie wiedzy o chorobach rzadkich.

W dniu 29 listopada 2024 r. została powołana przez Ministra Zdrowia Rada ds. Chorób Rzadkich, która ma na celu realizację Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025.³⁰³

Obecnie system ochrony zdrowia w Polsce niesie pomoc pacjentom z chorobami rzadkimi w sposób niekompletny i rozproszony. Pracujemy nad tym, aby pomoc chorym na choroby rzadkie w Polsce była świadczona kompleksowo. Zależy nam, aby systemowa pomoc została zdefiniowana i przyjęta do realizacji w najwyższej formie prawnej – w formie ustawy, której wykonanie będzie raportowane w corocznym sprawozdaniu w Sejmie. Ustawa ta obejmie swoim zakresem świadczenia dla chorych na choroby rzadkie w zakresie ochrony zdrowia, edukacji, pracy i opieki społecznej. Pragniemy, aby każdy pacjent z chorobą rzadką znał ścieżkę, którą będzie podążał w systemie ochrony zdrowia, systemie edukacji, pracy oraz systemie opieki społecznej. Pacjenci z chorobami rzadkimi nie oczekują specjalnego, priorytetowego traktowania. Chcą otrzymać szansę na świadczenia i traktowanie 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, ponieważ poszczególni pacjenci z chorobami rzadkimi nie mają praktycznie żadnej siły przebicia. Z politycznego czy

300 EESC calls for European flagship initiative for health and action plan on rare diseases. Leaving No One Behind: European Commitment to Tackling Rare Diseases. EESC 2024. Dostępne: <https://www.eesc.europa.eu/pl/news-media/press-releases/eesc-calls-european-flagship-initiative-health-and-action-plan-rare-diseases>

301 For an EU commitment to tackling rare diseases. EESC 2024. Dostępne: <https://www.eesc.europa.eu/en/agenda/our-events/events/eu-commitment-tackling-rare-diseases>

302 Rada Ministrów przyjęła Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-plan-dla-chorob-rzadkich-na-lata-2024-2025>

303 Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2024 r. uchylające zarządzenie w sprawie powołania Rady do spraw Chorób Rzadkich. Dostępne: <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2024/119/>

nawet społecznego punktu widzenia często nawet jedna jednostka chorobowa w tym obszarze jest niezauważalna. Krajowe Forum ORPHAN jest związkiem stowarzyszeń reprezentującym dziesiątki chorób rzadkich i ultraradkich poprzez swoich członków – stowarzyszenia pacjenckie oraz fundacje działające na rzecz pacjentów. Jesteśmy tam, gdzie podejmowane są decyzje dotyczące osób żyjących z chorobą rzadką, a nasze działania ukierunkowane są na szeroko pojętą poprawę jakości życia pacjentów z chorobami rzadkimi w Polsce.

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.³⁰⁴ W styczniu 2025 r. Krajowe Forum ORPHAN zrzeszało 79 organizacji pacjentów z chorobami rzadkimi.³⁰⁵ Działania Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN skupiają się wokół nadrzędnego celu jakim jest szeroko rozumiana poprawa jakości życia ponad 3 mln 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. Krajowe Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN organizuje cykliczne konferencje, warsztaty, szkolenia dla pacjentów oraz debaty w kierunku optymalizacji opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi i ich rodzinami w Polsce. KFO co roku uczestniczy w obchodach Światowego Dnia Chorób Rzadkich, organizując konferencję, na którą zapraszani są najwięksi eksperci w temacie chorób rzadkich tj lekarze, diagnostycy, prawnicy, przedstawiciele rządu, parlamentu, producenci leków, diagnostyki i wyrobów medycznych, przedstawiciele pacjentów i sami pacjenci. Uroczystość obywa się zawsze ostatniego dnia lutego. Krajowe Forum ORPHAN regularnie uczestniczy w obradach Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich, reprezentując głos pacjentów z chorobami rzadkimi. Krajowe Forum ORPHAN jest członkiem międzynarodowej parasolowej organizacji pacjenckiej EURORDIS-Rare Diseases Europe.³⁰⁶ To pozarządowy sojusz organizacji pacjentów i osób prywatnych działających w dziedzinie chorób rzadkich, promujący badania nad rzadkimi chorobami i komercyjny rozwój leków sierocych. Celem EURORDIS jest poprawa jakości życia wszystkich osób cierpiących na rzadkie choroby w Europie. Krajowe Forum Orphan jest również członkiem Federacji Pacjentów Polskich (FPP), biorąc udział w obradach Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia³⁰⁷ oraz Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.³⁰⁸

W tym miejscu należy przypomnieć, że od czterech lat w Polsce, z inicjatywy Krajowego Forum Orphan jest prowadzony Audyt Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN. Audyt jest corocznym, przekrojowym i kompleksowym badaniem rzeczywistych potrzeb pacjentów z chorobami rzadkimi i ich rodzin. Polska należy do nielicznych krajów w Unii Europejskiej, gdzie prowadzony jest cykliczny i przekrojowy audyt potrzeb pacjentów z chorobami rzadkimi. Audyt Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN został zainicjowany w 2021 r. Ostatni Audyt KFO został przeprowadzony w 2024 i jest czwartym badaniem potrzeb pacjentów. Poprzednie raporty są opublikowane i dostępne na stronie Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN.³⁰⁹ W 2021 r. partycypowało w badaniu 35 organizacji pacjenckich (73 proc. z 48 członków KFO), w 2022 r. wzięło udział 36 organizacji pacjenckich (72 proc. z 50 członków KFO), w 2023 r. uzyskano odpowiedzi od 47 (81 proc.) z 58 organizacji

304 Krajowe Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN Dostępne: <http://rzadkiechoroby.org/o-kfo/>

305 Krajowe Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN. Członkowie Dostępne: <http://rzadkiechoroby.org/czlonkowie/>

306 EURORDIS–Rare Diseases Europe Dostępne: <https://www.eurordis.org/>

307 Rada Organizacji Pacjentów. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-organizacji-pacjentow>

308 Rada Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/rpp/rada-organizacji-pacjentow>

309 Raport pt. AUDYT KRAJOWEGO FORUM ORPHAN 2024. Potrzeby pacjentów z chorobami rzadkimi w zakresie dostępu do technologii medycznych i optymalizacji opieki w Polsce. Gierczyński J., Maćkowiak S. Krajowe Forum na rzecz terapii chorób rzadkich – ORPHAN. Warszawa, Sierpień 2024 <http://rzadkiechoroby.org/audyt/>

członkowskich, a w 2024 r. partycypowały w badaniu 54 organizacje (70 proc. z 77 współpracujących z KFO). Na podkreślenie zasługuje prawie dwukrotny wzrost liczby organizacji współpracujących z KFO w 2024 r. vs. 2021 r. – z 48 organizacji w 2021 r. do 77 organizacji w 2024 r. Poniżej przedstawiono najważniejsze wyniki Audytu KFO 2024:

- 100 proc. organizacji pacjenckich, tj. 54 podmiotów oceniło Audyt Krajowego Forum ORPHAN jako bardzo dobre narzędzie badania potrzeb pacjentów z chorobami rzadkimi.
- 15 proc. respondentów, tj. 8 organizacji pacjenckich wskazało na traktowanie w sposób priorytetowy sytuacji osób z chorobami rzadkimi w ostatnim r.. Natomiast pozostałe 85 proc. organizacji pacjenckich objętych badaniem, tj. 46 organizacji wskazuje, że potrzeby osób z chorobami rzadkimi w Polsce nie są traktowane priorytetowo.
- Wg 28 proc. organizacji, tj. 15 organizacji pacjenckich sytuacjach osób chorych na choroby rzadkie uległa poprawie od momentu wejścia w życie Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2021–2023. Natomiast 39 organizacji stanowiących 72 proc. objętych badaniem wskazało, że sytuacja ta nie uległa poprawie.
- Wg 26 proc. organizacji pacjenckich biorących udział w badaniu, tj. 14 organizacji pacjenckich nastąpiła poprawa sytuacji osób chorych na choroby rzadkie po wejście w życie Funduszu Medycznego. Natomiast 40 organizacji pacjenckich, stanowiących 74 proc. wskazało, że sytuacja osób chorych na choroby rzadkie nie poprawiła się.
- Wg wszystkich organizacji pacjenckich choroby rzadkie powinny być jednym z priorytetów w zakresie zdrowia polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej od stycznia do czerwca 2025 r. – 100 proc. organizacji pacjenckich wskazało taką potrzebę.
- 61 proc. organizacji pacjenckich wskazało, że zna taki ośrodek ekspercki, a liczba tych organizacji wynosiła 33. Natomiast pozostałe 39 proc., tj. 21 organizacji pacjenckich wskazało, że nie zna takiego ośrodka eksperckiego.
- 70 proc. respondentów, tj. 38 organizacji pacjenckich wskazało, że zna platformę informacyjną o chorobach rzadkich. Z kolei 30 proc., tj. 16 organizacji pacjenckich udzieliło odpowiedzi, że nie zna takiej platformy.
- 91 proc. organizacji pacjenckich wskazało na potrzebę zmian w zakresie opieki socjalnej, w tym zwiększenie liczby godzin pracy i obowiązków asystenta osoby z niepełnosprawnością, wprowadzenie opieki wytchnieniowej dla rodzin, udzielenie wsparcia finansowego dla rodzin pacjentów w trudnej sytuacji materialnej, udzielenie wsparcia psychologicznego dla pacjentów i ich rodzin.
- 91 proc. organizacji pacjenckich wskazało na potrzebę zmian w zakresie edukacji. Potrzeby zmian wskazywano w ujęciu oświaty – dostosowanie szkół do uczenia osób z niepełnosprawnościami, asystent osoby z niepełnosprawnościami w szkołach, dostosowanie metod uczenia do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz zmiana kwalifikacji do nauczania, w tym możliwość ustawowa podania leków ratujących życie przez personel placówki edukacyjnej. Równoległe w zakresie edukacji zwracano uwagę na konieczność edukacji lekarzy orzeczników o specyfice chorób rzadkich, w tym edukacji personelu medycznego – lekarzy specjalistów, lekarzy POZ, pielęgniarek, a nawet ratowników medycznych i pracowników SOR.
- 89 proc. organizacji pacjenckich wskazało na konieczność poprawy dostępu refundacyjnego do diagnostyki, w tym w szczególności dostępu do badań genetycznych, badań dla noworodków czy możliwości przeprowadzania cyklicznych badań monitorujących postęp choroby.
- 87 proc. organizacji pacjenckich wskazało na potrzebę wprowadzenia usprawnień i optymalizacji modelu opieki nad chorymi na choroby rzadkie w Polsce, a szczególnie wprowadzenie opieki koordynowanej i kompleksowej, w tym ośrodków referencyjnych i powołania wielodyscyplinarnych zespołów w tych ośrodkach.
- 74 proc. organizacji pacjenckich wskazało na potrzeby w zakresie poprawy dostępu refundacyjnego do 62 nowych cząsteczko–wskazań technologii lekowych.
- 52 proc. organizacji pacjenckich wskazało na potrzeby w zakresie poprawy dostępu refundacyjnego do wyrobów medycznych dla 25 wskazań klinicznych.

Drugi sztandarowy projekt badawczy Krajowego Forum ORPHAN to Audyt Kliniczny. Ma on pokazać perspektywę klinicystów, która razem z perspektywą pacjentów wyrażoną w Audycie Krajowego Forum ORPHAN 2024 przedstawi pełny obraz potrzeb i kierunków optymalizacji opieki nad chorymi na choroby rzadkie w Polsce na tle Unii Europejskiej. Metodologia Audytu Klinicznego Krajowego Forum ORPHAN 2024, opierała się w pierwszym kroku, na przygotowaniu kluczowych i aktualnych informacji z zakresu trzech obszarów Planu dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025: Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich (OECR), diagnostyki oraz zarejestrowanych i refundowanych leków sierocych w Unii Europejskiej i w Polsce. Drugim krokiem było przeprowadzenie badania jakościowego wśród wybranych ekspertów klinicznych zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich w poszczególnych dziedzinach medycyny. Przygotowane materiały będą podstawą merytoryczną do organizacji cyklu warsztatów uzgodnieniowych w styczniu 2025 r. zakończonych prezentacją finalnego raportu w lutym 2025 r. oraz na konferencji w ramach polskiej prezydencji w dniach 10-11 kwietnia 2025 r.

Zapraszam wszystkich do współpracy na rzecz poprawy opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi i ich rodzinami w ramach prac Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich ORPHAN oraz EURORDIS-Rare Diseases Europe. Nasze wspólne dokonania w zakresie poprawy sytuacji chorych na choroby rzadkie w Unii Europejskiej powinny wesprzeć uchwalenie Europejskiego Planu Działania dla Chorób Rzadkich.

Rodzice dla Klimatu

Kamila Kadzidłowska

współzałożycielka i wiceprezeska zarządu Fundacji Rodzice dla Klimatu

Zdrowie, przyszłość i bezpieczeństwo najmłodszych pokoleń to priorytety, które zajmują centralne miejsce w działaniach Rodziców dla Klimatu. Podobnie jak rzesze rodziców w Polsce, Europie i na całym świecie, z rosnącym niepokojem obserwujemy, jak wielkie piętno na życiu i zdrowiu młodych odciska nawarstwienie się kryzysów (pandemii, konfliktów zbrojnych, kryzysu klimatycznego, energetycznego, ekologicznego, gospodarczego i humanitarnego), w cieniu których przyszło im dorastać. I choć kryzysy te są spuścizną decyzji polityczno-gospodarczych starszych i najbardziej wpływowych, to właśnie najmłodszy i najsłabszy poniosą ich najdotkliwsze konsekwencje.

Polska obejmuje prezydencję w Radzie UE w szczególnie trudnym momencie polikryzysów, który stawia Unię Europejską przed koniecznością podejmowania strategicznych i odważnych decyzji. Pomimo nacisków wynikających z sytuacji geopolitycznej, troska o zdrowie, przyszłość i bezpieczeństwa najmłodszego pokolenia powinna pozostać centralnym punktem agendy politycznej. Od kondycji młodego pokolenia – dziś tak bardzo nadwyrężonej – zależy bowiem przyszłość Unii Europejskiej jako społeczności odpornej na kryzysy i zdolnej do zrównoważonego rozwoju.

Jako niezależny ruch społeczny i fundacja zasiadająca w Radzie Organizacji Pozarządowych ds. polskiej prezydencji w Radzie UE, przedstawiamy dziewięć rekomendacji, które w sposób kompleksowy odpowiadają na współczesne wyzwania zdrowotne dzieci i młodzieży. Propozycje te obejmują m.in. prawo do życia w czystym środowisku, poprawę jakości powietrza, ochronę zdrowia psychicznego, dostęp do zdrowej żywności, do przyrody, edukacji zdrowotnej oraz walkę z dezinformacją i nieuczciwymi praktykami marketingowymi. Nasze postulaty opierają się na idei zrównoważonego rozwoju, integrując działania zdrowotne z edukacją klimatyczną i środowiskową.

Proponowane działania, zgodnie z zasadą „lepiej zapobiegać niż leczyć”, koncentrują się na eliminacji szkodliwych czynników środowiskowych oraz budowaniu odporności dzieci wobec wyzwań zdrowotnych, klimatycznych i cywilizacyjnych. Liczymy na to, że Polska prezydencja dopisze je do swojej agendy unijnej nadając im wymiar strategiczny i długofalowy.

Priorytet ochrony zdrowia dzieci. Inicjatywa EU4KidsHealth

Zdrowie dzieci, będące fundamentem przyszłości społeczeństw europejskich, znajduje się w alarmującej kondycji, dlatego działania naprawcze w tym zakresie muszą stać w centrum odpowiedzialnych decyzji politycznych. Polska ma wyjątkową okazję, aby podczas swojej prezydencji w Radzie UE stać się liderem w zakresie ochrony zdrowia dzieci. Wstępując w roli organizatora prac legislacyjnych UE może zainicjować opracowanie zasady **EU4KidsHealth** (UE dla zdrowia dzieci), która **zobowiąże legislatorów do oceny wpływu regulacji prawnych na zdrowie najmłodszych oraz do korekty przepisów, które obecnie przyczyniają się do kryzysu zdrowotnego w UE**. Taka inicjatywa wspierałaby tworzenie polityk uwzględniających zrównoważony rozwój, zdrowie publiczne oraz edukację prozdrowotną dzieci i młodzieży.

Postulat: Inicjatywa EU4KidsHealth (UE dla zdrowia dzieci) powinna zostać zainicjowana przez Polskę i stać się kluczowym elementem europejskiej profilaktyki zdrowotnej, gwarantując, że wszelkie dylematy legislacyjne będą rozstrzygane z priorytetowym uwzględnieniem zdrowia dzieci.

Umieszczenie zdrowia dzieci w centrum polityki unijnej przyniesie nie tylko bezpośrednie korzyści w postaci poprawy zdrowia najmłodszych, ale także przyczyni się do zmniejszenia kosztów społecznych i zdrowotnych związanych z leczeniem chorób cywilizacyjnych.

Polityka klimatyczna UE narzędziem profilaktyki zdrowotnej

Oddychanie, jedzenie i sen to podstawowe potrzeby biologiczne, których zaspokojenie warunkuje ludzkie życie. Tym, co determinuje jego jakość, a zarazem stanowi fundament naszego zdrowia i dobrostanu, są **dostęp do czystego powietrza** (zanieczyszczenie powietrza jest jednym z głównych czynników ryzyka dla zdrowia, powodując choroby układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, astmę, alergie, zaburzenia odporności, nowotwory, problemy neurologiczne i zdrowia psychicznego), **pełnowartościowa dieta** (dieta oparta na zróżnicowanych, naturalnych i minimalnie przetworzonych produktach spożywczych, bogata w warzywa, owoce, rośliny strączkowe, zdrowe tłuszcze, białka i pełnowartościowe produkty zbożowe pozytywnie wpływa na funkcjonowanie organizmu i zapobiega otyłości, cukrzycy typu 2., nadciśnieniu, miażdżycy, chroni przed niedoborami pokarmowymi, wzmacnia odporność oraz zdrowie psychiczne), **zrównoważony styl życia** (regularna aktywność fizyczna na świeżym powietrzu, higiena cyfrowa oraz unikanie używek mają bezpośredni wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne wszystkich pokoleń), **przyjazne środowisko** (brak dostępu do czystej wody, gleby skażone pestycydami i metalami ciężkimi, a także negatywne skutki zmian klimatu, tj. fale upałów, powodzie i pożary mają bezpośredni negatywny wpływ na zdrowie i życie mieszkańców) oraz **kontakt z przyrodą** (bliskość natury wspomaga zdrowie psychiczne i odporność całego organizmu, redukuje stres, poprawia jakość życia i zdolność adaptacji do negatywnych skutków zmian klimatu, tj. upały).

Poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa w Polsce i Unii Europejskiej wymaga więc konsekwentnego wdrożenia regulacji, które dotyczą:

- **poprawy jakości powietrza** (implementacja dyrektyw dotyczących maksymalnych dopuszczalnych poziomów zanieczyszczeń w powietrzu, takich jak pyły PM2.5, PM10 i tlenki azotu, które są szczególnie szkodliwe dla dzieci);
- **rozwoju transportu niskoemisyjnego i zrównoważonej mobilności** (promowanie elektromobilności, transportu publicznego, kolei oraz aktywnej mobilności, w tym jazdy na rowerze i chodzenia pieszo, co ma na celu ograniczenie zanieczyszczeń powietrza oraz poprawę jakości życia w aglomeracjach);
- **strategii „Od pola do stołu”** (promowanie zdrowej i zrównoważonej żywności poprzez wspieranie rolnictwa ekologicznego, zmniejszenie użycia pestycydów i antybiotyków w produkcji rolnej oraz ograniczenie strat i marnotrawstwa żywności);
- **ochrony bioróżnorodności** (tworzenie i ochrona zielonych przestrzeni miejskich, zwiększenie obszarów leśnych oraz ochrona ekosystemów);

- **redukcji emisji gazów cieplarnianych** (działania na rzecz neutralności klimatycznej, w tym wsparcie dla odnawialnych źródeł energii oraz efektywności energetycznej budynków, co zmniejsza narażenie na szkodliwe skutki smogu i zmiany klimatu).

Postulat: Polska prezydencja w Radzie UE powinna uznać realizację polityk klimatycznych za priorytet w kontekście bezpieczeństwa zdrowotnego dzieci i młodzieży, podkreślając fundamentalną rolę strategii Europejskiego Zielonego Ładu dla profilaktyki chorób cywilizacyjnych i budowy odporności społecznej wobec wyzwań przyszłości.

Niewdrażanie polityk klimatycznych zawartych w strategii Europejskiego Zielonego Ładu prowadzi do wysokich kosztów zdrowotnych i społecznych podważając fundamenty bezpieczeństwa UE.

Czyste Powietrze. Transpozycja dyrektywy o Jakości Powietrza (AAQD) z myślą o grupach najbardziej narażonych

Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) **zanieczyszczenie powietrza jest największym środowiskowym zagrożeniem dla zdrowia w UE**³¹⁰. W Polsce, która wciąż jest liderem w niechlubnym rankingu europejskich miast z najbardziej zanieczyszczonym powietrzem, prowadzi ono do przedwczesnej śmierci ponad 41 tys. osób rocznie i potrzeby hospitalizacji pacjentów generując około 130 mld zł w kosztach zdrowotnych.

Badania naukowe³¹¹ wskazują, że wdychanie powietrza o wysokim poziomie zanieczyszczeń, których głównymi źródłami są spalanie węgla i drewna w domowych systemach grzewczych oraz emisje z transportu drogowego, może być porównywalne do wypalenia kilku papierosów dziennie. W zbliżony sposób zwiększa ono ryzyko **chorób układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, nerwowego i nowotworów**, wywierając szczególnie destrukcyjny wpływ na zdrowie dzieci, począwszy od okresu prenatalnego. Przenikając przez barierę łożyskową, szkodliwe substancje mogą **zakłócać rozwój płodu**, prowadząc także do niskiej masy urodzeniowej, wad wrodzonych oraz zwiększonego ryzyka przedwczesnych porodów. Smog na dalszym etapie rozwoju dzieci, nie tylko **osłabia odporność**, co czyni je bardziej podatnymi na **infekcje i choroby przewlekłe**, lecz także **uszkadza mózg, upośledza funkcje poznawcze i wzmacnia częstotliwość występowania zaburzeń neurorozwojowych**³¹².

Co ważne, nie ma progowej ilości toksyn zawartych w smogu, które byłyby neutralne dla zdrowia, chociaż jego skutki nie dla wszystkich są odczuwalne w ten sam sposób. Do grup najbardziej narażonych na negatywne skutki smogu należą seniorzy, chorzy na przewlekłe schorzenia układu sercowo-naczyniowego lub/i oddechowego, kobiety w ciąży oraz dzieci. **Fundamentalną rolę w ochronie zdrowia tych grup odgrywa niezwłoczne wdrożenie Dyrektywy o Jakości Powietrza (AAQD), obligującej państwa członkowskie do spełnienia norm jakości powietrza zgodnych z wytycznymi WHO.** Dyrektywa ta dotyczy ustanowienia maksymalnych dopuszczalnych poziomów stężeń zanieczyszczeń powietrza, takich jak pyły zawieszone (PM2.5, PM10), tlenki azotu (NOx), dwutlenek siarki (SO₂) i ozon, oraz wymaga od państw członkowskich tworzenia i realizacji planów ochrony powietrza w przypadku przekroczenia tych norm. Gwarantuje także dostęp do wymiaru sprawiedliwości pacjentom cierpiącym z powodu schorzeń powodowanych fatalną jakością powietrza. Taki mechanizm pozwoli na motywowanie władz lokalnych do ambitnych działań w tym zakresie, zapewniając, że **interesy pacjentów są priorytetem.**

Postulat: Polska prezydencja powinna podjąć międzynarodową i międzyresortową współpracę na rzecz wypracowania jak najlepszych przepisów transponujących Dyrektywę o Jakości Powietrza (AAQD) do prawodawstwa krajowego, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony zdrowia dzieci, seniorów i osób przewlekłe chorych.

310 Za: Sprawozdanie Specjalne Europejskiego Trybunału Obrachunkowego, https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/air-quality-23-2018/pl/?utm_source=chatgpt.com

311 Przykład badań: *Air pollution can accelerate lung disease as much as a pack a day of cigarettes*, University of Washington, 2019, <https://www.washington.edu/news/2019/08/13/air-pollution-can-accelerate-lung-disease-as-much-as-a-pack-a-day-of-cigarettes/>

312 Jak smog wpływa na mózgi dzieci? IOŚ-BIP, 2023, <https://ios.edu.pl/informacje-prasowe/jak-smog-wplywa-na-mozgi-dzieci/>

Międzyresortowe działania na rzecz wdrożenia AAQD to m.in.:

- **edukacja społeczna** o źródłach zanieczyszczeń powietrza i ich wpływie na zdrowie;
- **kształcenie i doszkalanie kadry medycznej** z zakresu zdrowia środowiskowego ze szczególnym naciskiem na diagnozowanie, leczenie i profilaktykę chorób związanych z zanieczyszczeniem powietrza;
- **wsparcie pacjentów w dostępie do wymiaru sprawiedliwości**;
- **rozbudowa stacji monitorujących jakość powietrza**, zwłaszcza w pobliżu publicznych placówek oświatowych i zdrowotnych;
- **wsparcie dla tworzenia zielonych stref buforowych** wolnych od zanieczyszczeń powietrza wokół szkół i placówek zdrowotnych;
- **zainicjowanie procedury szczegółowych ocen oddziaływania na zdrowie** inwestycji generujących wzrost zanieczyszczeń powietrza.

Polska prezydencja może także zainicjować międzynarodową wymianę doświadczeń i dobrych praktyk związanych z krajowymi politykami na rzecz poprawy jakości powietrza.

Zdrowa żywność i strategia „Od pola do stołu” jako element strategii profilaktyki nowotworowej i chorób cywilizacyjnych

Nieprawidłowa dieta jest jednym z głównych czynników przyczyniających się do wzrostu zachorowalności na choroby cywilizacyjne i nowotworowe, szczególnie wśród dzieci. Konsekwencją niewłaściwego odżywiania zarówno w Polsce, jak w wielu innych krajach UE, jest nie tylko narastająca **epidemia otyłości, wzrost zaburzeń neurorozwojowych, cukrzycy typu 2., nadciśnienia tętniczego, próchnicy zębów, niedoborów witamin i minerałów, a także antybiotykooporności i nowotworów.**

W „dziecięcym menu” serwowanym najmłodszym już od wieku przedszkolnego, znajdują się bardzo niewielkie ilości warzyw przy nadmiernej ilości przetworzonego mięsa, w tym parówek i wędlin. Jak potwierdza Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC), takie produkty zwiększają ryzyko zachorowania na **nowotwory, szczególnie jelita grubego i żołądka**³¹³. Kancerogeny wpływ na zdrowie człowieka mają też toksyczne substancje chemiczne stosowane w produkcji żywności, takie jak pestycydy czy glifosat, które mogą zakłócać funkcjonowanie układu hormonalnego. Istotnym problemem jest również masowa produkcja mięsa w warunkach przemysłowych, która wiąże się z nadmiernym stosowaniem antybiotyków w hodowli zwierząt. WHO alarmuje, że **rosnąca antybiotykooporność** napędzana m.in. przez użycie antybiotyków w przemyśle spożywczym, stanowi jedno z największych współczesnych zagrożeń dla zdrowia publicznego. Ograniczenie tych praktyk jest więc kluczowe nie tylko dla budowy bardziej zrównoważonych systemów żywnościowych, lecz także w celu skutecznej ochrony zdrowia publicznego.

Pomimo rosnącej świadomości na temat potrzeby zmiany nawyków żywieniowych, wdrażanie zrównoważonej diety napotyka istotne trudności. Do głównych wyzwań należy ograniczona oferta i dostępność zdrowej żywności w porównaniu z bardzo bogatą ofertą i łatwym dostępem do produktów wysoko przetworzonych, bogatych w cukry, tłuszcze trans i sól. Wysokie ceny produktów ekologicznych oraz problemy z dostępem do świeżych warzyw i owoców dodatkowo utrudniają wprowadzenie zdrowych nawyków żywieniowych. Sytuację pogarsza szeroka promocja niezdrowej żywności, szczególnie w reklamach skierowanych do dzieci, a także jej obecność w szkołach, automatach z przekąskami oraz pobliskich sklepach.

„Przepisem” na rozwiązanie powyższych problemów jest wdrożenie strategii „Od pola do stołu”, która promuje zrównoważoną produkcję żywności, ograniczenie stosowania pestycydów i antybiotyków oraz rozwój krótkich łańcuchów dostaw, sprzyjając zwiększeniu dostępności zdrowej i pełnowartościowej żywności dla dzieci oraz ich rodzin. Jest nim także upowszechnienie **diety planetarnej** – modelu żywienia opracowanego przez Komisję EAT-Lancet, który opiera się

313 Więcej: Spożycie mięsa a ryzyko nowotworów, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/spozycie-miessa-a-ryzyko-nowotworow/?utm_source=chatgpt.com

na ograniczeniu spożycia mięsa i produktów wysoko przetworzonych na rzecz roślin strączkowych, owoców, warzyw, orzechów oraz pełnoziarnistych produktów zbożowych.

Postulat: W ramach profilaktyki chorób nowotworowych i dietozależnych należy zainicjować współpracę na rzecz wdrażania strategii „Od pola do stołu”, kładąc szczególny nacisk na zwiększenie dostępności zdrowej żywności oraz szeroką promocję diety planetarnej jako podstawy zrównoważonego modelu żywienia.

Postulowane działania w tym zakresie to:

- **współpraca z Komisją Europejską** w celu przyspieszenia realizacji celów ograniczenia stosowania pestycydów i antybiotyków w rolnictwie oraz promowania produkcji ekologicznej;
- **inicjatywy na rzecz eliminacji szkodliwych substancji w żywności i opakowaniach**, w tym pestycydów, konserwantów i tworzyw sztucznych mających kontakt z żywnością;
- **ograniczenie promocji i dostępności produktów wysoko przetworzonych** w placówkach edukacyjnych i automatach z przekąskami oraz w reklamach skierowanych do dzieci;
- **wprowadzenie diety planetarnej** do menu placówek edukacyjnych i zdrowotnych, uwzględniającej zwiększenie udziału produktów roślinnych oraz ograniczenie spożycia mięsa i produktów wysoko przetworzonych;
- **wsparcie krótkich łańcuchów dostaw i lokalnych producentów żywności ekologicznej**, poprzez wprowadzenie zielonych zamówień publicznych w instytucjach publicznych;
- **edukacja społeczna** dzieci, rodziców i nauczycieli na temat korzyści zrównoważonej diety oraz jej wpływu na zdrowie i środowisko;
- **rozwijanie poradnictwa żywieniowego**, w tym szkolenia personelu medycznego i intendentów w zakresie doradztwa dietetycznego i profilaktyki chorób dietozależnych.
- **ograniczenie subsydiowania masowej produkcji niezdrowej żywności mięsnej i mlecznej**, na rzecz wspierania zrównoważonego rolnictwa oraz zdrowych alternatyw żywieniowych;
- **wsparcie badań naukowych** dotyczących wpływu diety i czynników środowiskowych na zdrowie, szczególnie w kontekście chorób cywilizacyjnych i nowotworowych.

Realizacja tych działań nie tylko przyczyni się do poprawy zdrowia publicznego, ale także wspomaga ochronę środowiska naturalnego oraz ułatwi rozwój lokalnego rolnictwa ekologicznego w krajach UE.

„Zielone recepty” na kryzys zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Kryzys zdrowia psychicznego jest jednym z najpoważniejszych wyzwań UE. Problemy takie jak **depresja, lęki i trudności poznawcze** są coraz bardziej powszechne wśród najmłodszych pokoleń. Na ich eskalację wpływają narastające zmiany klimatu, pandemia, kryzys bezpieczeństwa wywołany wojną, stres cywilizacyjny i urbanizacja, a także deficyt relacji społecznych i kontaktu z naturą. Jednocześnie nadmierne korzystanie z urządzeń cyfrowych, uzależnienie od mediów społecznościowych, narażenie na szkodliwe treści, hejt oraz dezinformację potęgują problemy psychiczne, negatywnie wpływając na kondycję i rozwój emocjonalny najmłodszych. I choć **zagrożenia cyfrowe** znajdują się już na radarze działań prezydencji, brakuje należytej uwagi dla jednego z głównych źródeł problemów psychicznych młodego pokolenia, jakim jest **deficyt kontaktu z przyrodą**.

W szybkim tempie współczesnego świata pełnego nowych technologii łatwo zapomnieć o fundamentalnej roli, jaką natura odgrywa w zdrowiu i samopoczuciu każdego człowieka. Kontakt z nią nie tylko **regeneruje ciało**, ale również odgrywa kluczową rolę w **prawidłowym neurorozwoju, wspierając kreatywność, zdolności poznawcze i odporność psychiczną dzieci**. Badania opublikowane w „Journal of Environmental Psychology”³¹⁴ potwierdzają, że przebywanie wśród zieleni znacząco **obniża poziom stresu, poprawia nastrój**, a nawet **zmniejsza odczucia bólu**. Dodatkowo najnowsze wyniki polskiego projektu badawczego NeuroSmog wskazują na istotny

314 *Stress recovery during exposure to natural and urban environments*, Journal of Environmental Psychology, 1991, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272494405801847?via=ihub>

wpływ bliskości terenów zielonych na **zmniejszenie objawów ADHD, problemów behawioralnych oraz poprawę ogólnego dobrostanu dzieci**³¹⁵. Obecność przyrody w życiu codziennym sprzyja także aktywności fizycznej i **wzmacnianiu więzi społecznych**, co jest szczególnie istotne w kontekście ich zdrowia psychicznego.

Niestety, w ciągu ostatnich dwóch dekad czas spędzany przez dzieci na aktywności w przyrodzie zmniejszył się o ponad 50 proc., podczas gdy średni czas spędzony przed ekranami wzrósł do ponad siedem godzin dziennie. Taki trend wynika nie tylko z atrakcyjności cyfrowego świata, lecz także z nieprzemysłanego rozwoju urbanistycznego, który odebrał dzieciom przestrzeń do swobodnej zabawy i odpoczynku. Współczesne środowisko miejskie, pełne parkingów, centrów handlowych i monotonnego planowania zieleni, często nie sprzyja aktywności na świeżym powietrzu, zwłaszcza w dobie zmian klimatu. Badania podkreślają również, że jakość terenów zielonych – np. obecność różnorodnej roślinności, dostęp do cienia i możliwość bezpiecznej eksploracji – ma kluczowe znaczenie dla korzyści zdrowotnych.

Skutecznym narzędziem poprawy kondycji psychicznej jest **Zielona opieka, czyli świadczenie usług zdrowotnych i społecznych, które opierają się na kontakcie z naturą**. Integracja terapii opartych na przyrodzie z systemami opieki zdrowotnej, „**zielone recepty**” (zalecenia spędzania czasu wśród przyrody przy równoczesnym detoksie od urządzeń cyfrowych), a także **tworzenie zielonych przestrzeni miejskich oraz rewitalizacja terenów wokół szkół i przedszkoli**, przyczyniają się do budowy bardziej odpornych i zdrowych społeczeństw.

Zielona opieka oraz wsparcie emocjonalne, edukacja o działaniach proekologicznych i promowanie aktywności w naturze to także doskonałe remedium na **lęk klimatyczny** (czyli obawę o przyszłość w obliczu zmian klimatu), który coraz częściej dotyka młodych i bagatelizowany może się przerodzić w depresję.

Postulat: Polska prezydencja powinna zainicjować współpracę ukierunkowaną na integrację Zielonej opieki – podejścia wykorzystującego kontakt z naturą jako kluczowe narzędzie profilaktyki oraz terapii problemów zdrowia psychicznego – z krajowymi systemami opieki zdrowotnej.

Kluczowe działania w tym zakresie to:

- **wprowadzenie „zielonych recept”** jako elementu profilaktyki zdrowotnej i leczenia problemów psychicznych w krajowych systemach opieki zdrowotnej;
- **promowanie terapii opartych na przyrodzie** w placówkach medycznych i edukacyjnych, w tym w ramach programów zdrowotnych finansowanych ze środków unijnych;
- **wzmocnienie międzynarodowej współpracy na rzecz wymiany dobrych praktyk** w zakresie Zielonej opieki i terapii opartych na naturze;
- **tworzenie i rewitalizację terenów zielonych w miastach**, szczególnie wokół szkół, przedszkoli, domów opieki i szpitali;
- **budowa infrastruktury promującej aktywność fizyczną i kontakt z naturą**, np. ogrodów społecznych czy parków sensorycznych;
- **edukacja zdrowotna** na temat korzyści z aktywnego kontaktu z naturą.

Systemowe wdrożenie terapii opartych na przyrodzie, zielonych recept oraz rewitalizacja przestrzeni zielonych przyniosą długofalowe korzyści zdrowotne i społeczne, jednocześnie wzmacniając europejską odporność na wyzwania klimatyczne.

Przeciwdziałanie dezinformacji i nieuczciwym praktykom marketingowym zagrażającym bezpieczeństwu zdrowotnemu

Zjawisko zmasowanej dezinformacji, która zaburza percepcję realnych zagrożeń oraz osłabia zaufanie do nauki i instytucji publicznych, jest poważnym wyzwaniem dla bezpieczeństwa UE. Eksperci wskazują, że zarówno fałszywe narracje dotyczące zmiany klimatu (m.in. podważanie

315 Nurturing attention through nature, Environmental Research, 2024, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013935124019315?via=ihub>

konsensusu naukowego w sprawie jej antropogenicznego), jak i te dotyczące zdrowia (np. pandemii Covid-19, bezpieczeństwa szczepionek i skuteczności leków) mają wspólne cechy i źródła³¹⁶. Jest to dezinformacja prorosyjska (rozumiana jako przekazy rosyjskie lub dystrybuowane na zlecenie służb Federacji Rosyjskiej), która stanowi element strategicznej i zaplanowanej kampanii wojny kognitywnej wobec państw NATO i UE³¹⁷.

Mechanizmy tych dezinformacji bazują na prostych, emocjonalnych przekazach, które mają wywołać strach, nieufność i poczucie zagrożenia. Przykładem takich narracji jest przedstawianie regulacji środowiskowych jako „zielonego totalitaryzmu” lub „ideologii”, a także jako rzekomego zagrożenia dla miejsc pracy i wzrostu gospodarczego. W obszarze zdrowia są to fałszywe twierdzenia o szkodliwości szczepionek, promowanie pseudonaukowych metod leczenia czy podważanie istnienia pandemii Covid-19. Tego typu treści trafiają do mediów społecznościowych, gdzie są amplifikowane przez zautomatyzowane sieci botów i wykorzystywane do manipulacji opinią publiczną. Efektem tych działań jest pogłębienie podziałów społecznych, które utrudniają podejmowanie spójnych działań politycznych, zarówno na poziomie krajowym, jak i unijnym, skutecznie osłabiając realizację kluczowych polityk klimatycznych, których sednem jest uniezależnienie Europy od importu paliw kopalnych z Rosji.

Problem zachwiania zaufania do polityk prozdrowotnych i klimatycznych jest dodatkowo nasilany przez podmioty gospodarcze powszechnie stosujące nieuczciwy marketing, w tym greenwashing. Praktyka ta polega na wprowadzaniu konsumentów w błąd poprzez przypisywanie produktom fałszywych cech ekologicznych. W rezultacie wiele produktów szkodliwych dla zdrowia – takich jak wysoko przetworzona żywność, słodycze, napoje czy przekąski – jest promowanych jako nieszkodliwe lub wręcz korzystne. Działania takie nie tylko wprowadzają konsumentów w błąd, ale również przyczyniają się do wzrostu kosztów zdrowotnych.

Dzieci jako grupa szczególnie podatna na wpływ manipulacji marketingowej i dezinformacji, wymagają szczególnej ochrony. Walka z tymi zjawiskami jest kluczowym elementem strategii na rzecz budowy zdrowych, odpornych i świadomych społeczeństw. Konieczne są skoordynowane działania na poziomie unijnym i krajowym, takie jak m.in. wspieranie **implementacji Dyrektywy Antygreenwashingowej (2024/), Dyrektywy o Audiowizualnych Usługach Medialnych (AVMSD), Aktu o usługach cyfrowych (DSA) czy Dyrektywy Green Claims**. Kluczową rolę do odegrania w tym procesie mają **szkoły oraz media, zwłaszcza publiczne**, których misją powinna być m.in. edukacja zdrowotna i klimatyczna.

Postulat: Polska prezydencja powinna zainicjować międzyrządową i międzyresortową współpracę na rzecz ochrony dzieci przed zagrożeniami cyfrowymi, w tym dezinformacją i greenwashingiem.

Kluczowe działania w tym zakresie to:

- **wspieranie implementacji Dyrektywy antygreenwashingowej (2024/825 z 28 lutego 2024), Dyrektywy o audiowizualnych usługach medialnych (AVMSD) oraz Aktów o usługach cyfrowych (DSA)**, w celu ograniczenia dostępu dzieci do treści szkodliwych i przeciwdziałania dezinformacji;
- **surowe regulacje wobec firm technologicznych (tzw. Big Techów)**, które projektują swoje produkty w sposób uzależniający, z uwzględnieniem ich odpowiedzialności za wpływ na dzieci;
- **surowe regulacje wobec mediów – tradycyjnych oraz cyfrowych**, które są narzędziem dezinformacji oraz greenwashingu;
- **wsparcie Dyrektywy Green Claims** w celu promowania transparentnych i weryfikowalnych standardów deklaracji ekologicznych;

316 Raport NATO *Climate Change and Security Impact Assessment*, 2024, https://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/2024/7/pdf/240709-Climate-Security-Impact.pdf

317 Raport Zespołu ds. Dezinformacji, 2025, <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/raport-zespołu-ds-dezinformacji-komisji-ds-badania-wplywow-rosyjskich-i-bialoruskich>

- **zakaz reklamowania produktów szkodliwych dla zdrowia** – dobnie jak w przypadku wyrobów tytoniowych, należy wprowadzić zakaz reklamowania wysoko przetworzonej żywności, napojów słodzonych i produktów zawierających toksyczne substancje. Warto przypomnieć tu art. 16B polskiej ustawy o RRiT z 1991 r., która zakazuje takich reklam, lecz jej przepisy nie są egzekwowane;
- **ostrzeżenia zdrowotne na opakowaniach** – wprowadzenie widocznych i zrozumiałych dla dzieci ostrzeżeń na produktach zawierających nadmiar cukru, tłuszczów trans lub soli, wzorem rozwiązań stosowanych w wyrobach tytoniowych;
- **edukacja konsumentka i kampanie społeczne** mające na celu podnoszenie świadomości na temat dezinformacji oraz greenwashingu,

Wprowadzenie i skuteczne egzekwowanie zaproponowanych regulacji do prawa krajowego pozwoli na ograniczenie szkodliwego wpływu manipulacji marketingowej i dezinformacji na zdrowie publiczne w UE.

Zdrowie środowiskowe jako fundament edukacji zdrowotnej i kształcenia kadr medycznych

Pomimo alarmujących danych dotyczących wpływu czynników środowiskowych na zdrowie publiczne, temat ten w wielu krajach UE, w tym w Polsce, wciąż nie jest traktowany z należytą rangą nawet przez pracowników systemu opieki zdrowotnej. Wyniki badań prof. Tadeusza M. Zielonki z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wskazują³¹⁸, że aż 70 proc. lekarzy specjalistów w Polsce uważa swoją wiedzę na temat smogu za niewystarczającą, co skutkuje brakiem rozmów z pacjentami na temat czynników, których wyeliminowanie mogłoby skutecznie wspomóc proces leczenia. W gabinetach lekarskich brakuje też informacji na temat zagrożeń wynikających z konsumpcji przetworzonej żywności, antybiotykooporności czy nadużywania urządzeń cyfrowych.

Lekarze przeprowadzając wywiad z pacjentami wciąż za rzadko pytają o codzienne nawyki żywieniowe i o środowisko życia (np. zamieszkanie w okolicy ruchliwych ulic czy kopcuchów) nie informując, że toksyny zawarte w powietrzu i żywności mogą powodować przewlekłe, niekiedy nieodwracalne, problemy zdrowotne. Zwłaszcza kobiety ciężarne i/lub planujące ciążę powinny być o tym informowane, by świadomie dokonywać wyboru nie tylko diety, lecz także na miejscu pracy lub zamieszkania. Te zaniedbania w edukacji środowiskowej mają także wpływ na podatność pacjentów, a niekiedy też osób medycznych, na dezinformację zdrowotną i klimatyczną. Aby skutecznie przeciwdziałać tym wyzwaniom, konieczne jest **wprowadzenie i/lub rozwinięcie kształcenia podyplomowego lekarzy oraz innych specjalistów ochrony zdrowia**, które obejmowałoby obowiązkowe moduły na temat wpływu zanieczyszczeń powietrza i zmieniającego się klimatu na zdrowie publiczne, diagnozowanie i leczenie chorób klimatozależnych i wektorowych, profilaktykę żywieniową i walkę z antybiotykoopornością, a także medycynę stylu życia.

Bardzo ważnym krokiem w kierunku przygotowania społeczeństwa do świadomego dbania o zdrowie publiczne jest Polska inicjatywa rządowa, dążąca do **wprowadzenie przedmiotu edukacja zdrowotna do szkolnej podstawy programowej**. Program edukacji zdrowotnej obejmuje kluczowe zagadnienia dotyczące zdrowia środowiskowego, takie jak wpływ jakości powietrza i zmian klimatu na zdrowie człowieka, znaczenie zdrowej diety, aktywności fizycznej, higiena cyfrowa i konsekwencje nadużywania urządzeń elektronicznych. Pomimo iż temat *edukacji zdrowotnej* w szkołach jest krytykowany przez niektóre środowiska polityczne, istotne jest działanie na rzecz odpolitycznienia tej kwestii, ponieważ zdrowie dzieci powinno być traktowane jako ponadpartyjny priorytet.

W tym kontekście kluczową rolę powinny odegrać **media publiczne**, których ustawowy obowiązek wspierania edukacji obywatelskiej i zdrowotnej jest często zaniedbywany. Polskie i unijne media publiczne powinny rzetelnie informować o wpływie środowiska na zdrowie, promować

318 Badania przeprowadzono w 2017 r. na próbie 500 lekarzy specjalistów o średniej wieku 55 lat. Więcej: *70 procent lekarzy uważa swoją wiedzę o smogu za niewystarczającą*. Dr Zielonka: „Zaskakująca jest skala problemu, Smoglab, 2021, <https://smoglab.pl/70-procent-lekarzy-uwaza-swoja-wiedze-o-smogu-za-niewystarczajaca-doktor-tadeusz-zielonka-zaskakujaca-jest-skala-problemu/>

postawy prozdrowotne oraz zachęcać do działań prewencyjnych. W popularyzację wiedzy o zdrowiu powinni być zaangażowani profesjonaliści medyczni jako świadomi propagatorzy działań profilaktycznych. W ramach działań edukacyjnych lekarze mogliby również doradzać w zakresie profilaktyki, np. rekomendując unikanie ekspozycji na smog w szczególnie zanieczyszczonych okresach.

Postulat: Polska prezydencja powinna zainicjować działania na rzecz upowszechniania wiedzy o zdrowiu środowiskowym, czynnikach ryzyka chorób cywilizacyjnych i nowotworowych oraz skutecznych metodach ich profilaktyki, w celu budowania świadomych i odpornych społeczności.

Kluczowe działania powinny obejmować:

- **wprowadzenie przedmiotu *edukacja zdrowotna*** jako obowiązkowego elementu programu nauczania w szkołach, zarówno w Polsce, jak i w krajach UE;
- **integracja zdrowia środowiskowego z programami kształcenia kadr medycznych** poprzez uwzględnienie modułów dotyczących wpływu środowiska na zdrowie w programach studiów oraz szkoleniach specjalistycznych;
- **włączenie edukacji zdrowotnej do misji mediów publicznych**, zarówno na szczeblu krajowym jak i unijnym, w celu podniesienia świadomości społecznej na temat wpływu czynników środowiskowych na zdrowie;
- **promowanie międzyresortowych kampanii społecznych** zwiększających świadomość na temat zagrożeń wynikających z zanieczyszczenia powietrza, złej diety, deficytu ruchu oraz nadmiernego korzystania z urządzeń cyfrowych.
- **wdrożenie unijnych programów edukacyjnych łączących zdrowie publiczne z tematyką środowiskową.**

Edukacja zdrowotna i świadomość wpływu środowiska na zdrowie publiczne jest kluczowa dla podejmowania odpowiedzialnych decyzji zdrowotnych oraz skutecznego przeciwdziałania zagrożeniom wynikającym z czynników środowiskowych i cywilizacyjnych.

Szkoły miejscem kompleksowej profilaktyki na miarę wyzwań XXI w. Przegląd i implementacja najskuteczniejszych programów europejskich

W obliczu rosnących i wielowymiarowych problemów zdrowotnych dotyczących dzieci i młodzieży, należy podjąć działania na rzecz implementacji kompleksowych programów profilaktyki zdrowotnej adresowanych do młodego pokolenia. Punktem wyjścia tych działań powinien być **przegląd najlepszych europejskich praktyk profilaktycznych realizowanych w szkołach**, które odgrywają szczególną – pełniąc funkcję edukacyjną wobec uczniów i równocześnie oddziałując na całe społeczności lokalne. Na szczególną uwagę zasługują tu programy wdrażane w krajach skandynawskich zgodnie z ideą **NordicHealth**, która odzwierciedla holistyczne podejście do zdrowia, łącząc działania edukacyjne, środowiskowe i zdrowotne, w trosce zarówno o dobrostan jednostki, jak i lokalnych społeczności.

Wieloma dobrymi przykładami może pochwalić się Dania, która w celu ochrony dzieci przed smogiem, spalinami i hałasem tworzy wokół szkół zielone strefy, promując przy tym aktywność fizyczną i kontakt z naturą. Rozwiązanie to wspiera zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne uczniów, jednocześnie poprawiając ich koncentrację i wyniki edukacyjne. W Szwecji natomiast poprawiono jakość powietrza w szkołach poprzez nowoczesne systemy wentylacyjne oraz ograniczenie ruchu samochodowego w ich otoczeniu, co znacząco zmniejsza występowanie astmy, alergii i infekcji dróg oddechowych. Na szczególną uwagę zasługuje także fiński program integrujący zdrowe żywienie, aktywność fizyczną oraz higienę cyfrową jako elementy obowiązkowego programu szkolnego. Regularne zajęcia ruchowe oraz edukacja na temat zdrowego korzystania z technologii pomagają przeciwdziałać uzależnieniom cyfrowym i wspierać zdrowe nawyki.

Kraje zachodnie także mają się czym pochwalić. Francja wprowadziła regulację 50 proc. ekologicznej żywności w stołówkach, która zobowiązuje szkoły do zapewnienia połowy posiłków

z ekologicznych i lokalnych źródeł. Program ten wspiera lokalne rolnictwo, a jednocześnie przyczynia się do redukcji otyłości i poprawy jakości żywienia dzieci. Inicjatywy niemieckie i holenderskie koncentrujące się na walce z otyłością wśród dzieci i młodzieży, pokazują, jak zintegrowane działania edukacyjne mogą skutecznie wpływać na zdrowie młodych pokoleń. W strefach przyszkolnych coraz częściej wdrażane są także takie rozwiązania, jak monitoring jakości powietrza, ograniczanie prędkości do 30 km/h oraz tzw. **szkolne ulice** (Streets4Kids) zamykane dla ruchu samochodowego w godzinach przywożenia i odbierania dzieci. Wzory takich programów możliwych do implementacji w różnych częściach UE – w zależności od wyzwań i uwarunkowań lokalnych – mogłyby stanowić przykład integracji działań edukacyjnych i środowiskowych na rzecz poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego.

Postulat: Polska prezydencja powinna zainicjować europejski przegląd najlepszych praktyk profilaktycznych z myślą o zdrowiu dzieci i młodzieży oraz opracować katalog działań rekomendowanych na poziomie społeczności lokalnych.

Kluczowe elementy szkolnych programów profilaktycznych z myślą o zdrowiu uczniów, to:

- **bezpieczna ulica i okolica szkoły** – propozycje działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa ruchu w pobliżu szkół, w tym strefy wolne od samochodów;
- **szkolne ulice** – strefy zamykane dla ruchu samochodowego w godzinach przywożenia i odbierania dzieci w celu poprawy bezpieczeństwa, ochrony przed smogiem i hałasem;
- **monitoring jakości powietrza w i wokół placówek oświatowych** sprzężony z systemem komunikacji i edukacji zarówno dzieci, jak i dorosłych;
- **tworzenie i rewitalizację terenów zielonych wokół szkół** w celu zapewnienia dzieciom dostępu do wysokiej jakości zielonych przestrzeni, które wspierają aktywność fizyczną, kontakt z naturą i zdrowie psychiczne;
- **promowanie inwestycji przyjaznych środowisku** takich jak infrastruktura rowerowa, place zabaw, tereny zielone czy obiekty sportowe, które wspierają zdrowy rozwój dzieci i poprawiają warunki nauki.
- **zdrowe posiłki i nawyki żywieniowe** – edukacja żywieniowa i wprowadzenie zdrowszych standardów żywienia w stołówkach szkolnych, w tym diety planetarnej;
- **dieta planetarna i lokalne zamówienia publiczne** w celu zapewnienia uczniom dostępu do świeżych i zdrowych produktów i wsparcia lokalnego rolnictwa;
- **odpowiedzialne gospodarowanie zasobami i odpadami** – programy efektywnego zarządzania zasobami, w tym ograniczanie marnowania energii i żywności;
- **promocja aktywnej mobilności (pieszej lub rowerowej)** adresowana zarówno do uczniów, jak i do rodziców, kadry szkolnej i społeczności lokalnej;
- **higiena cyfrowa**
- **edukacja** na temat problemów zdrowotnych i środowiskowych.

Wdrażanie tych rozwiązań sprzyja budowie odporności młodych pokoleń, a także zdrowszych i bardziej świadomych społeczności lokalnych, przyczyniając się do ograniczania kosztów związanych z chorobami cywilizacyjnymi.

Koalicja na rzecz zdrowia dzieci. Strategiczne partnerstwo z Danią i Cypr

Osiągnięcie realnych postępów w zakresie poprawy zdrowia dzieci w UE wymaga zbudowania koalicji zaangażowanych w ten cel państw. Polska prezydencja w Radzie UE ma wyjątkową okazję, by zainicjować ten proces zapraszając do współpracy kraje obejmujące prezydencję w następnych miesiącach, takie jak Dania i Cypr.

Szczególną uwagę należy zwrócić na partnerstwo z Danią, która od lat wyznacza wysokie standardy w zakresie integracji polityk zdrowotnych i środowiskowych, rozwijając nowoczesne systemy ochrony zdrowia oraz zdrowe i świadome społeczeństwo. Partnerstwo z Danią mogłoby obejmować wspólne działania na rzecz promowania najlepszych praktyk w obszarach, o których mowa w poprzednich postulatach, implementacja Dyrektywy o Jakości Powietrza, przegląd

szkolnych programów profilaktycznych, promocja diety planetarnej, przeciwdziałanie greenwashingowi i dezinformacji zdrowotnej. Wspólne działania oparte na najlepszych praktykach z Danii mogą stać się fundamentem nowoczesnej strategii UE na rzecz zdrowia dzieci.

Podobnie ważne jest włączenie Cypru, który – mimo swojej specyfiki geograficznej – może odegrać kluczową rolę w rozwijaniu polityk zrównoważonych na obszarach wrażliwych na zmiany klimatu w trosce o ochronę zdrowia, przyszłości i bezpieczeństwa najmłodszego pokolenia. Współpraca między Polską, Danią a Cyprzem zapewniłaby kompleksowe podejście do wyzwań zdrowotnych i środowiskowych, obejmujące różnorodne warunki klimatyczne, społeczne i gospodarcze w Unii Europejskiej.

Postulat: Polska prezydencja powinna zainicjować koalicję na rzecz zdrowia dzieci, w której strategiczne partnerstwo z Danią i Cyprzem stanie się fundamentem integracji polityk zdrowotnych i klimatycznych, budując odporniejsze i zdrowsze społeczeństwa UE.

Koalicja ta powinna nie tylko poprawić zdrowie dzieci w Europie, ale również przyczynić się do integracji polityk zdrowotnych i klimatycznych, zwiększając odporność społeczeństw na współczesne wyzwania.

Na koniec przypomnijmy, że programy i rozwiązania służące profilaktyce chorób cywilizacyjnych są nierozdzielnie związane z politykami klimatycznymi. I choć koncentrujemy się głównie na zdrowiu najmłodszego pokolenia, pragniemy podkreślić, że to co dobre dla dzieci – czyste powietrze, zdrowa żywność, dostęp do natury i edukacja – służy również całemu społeczeństwu, poprawiając jakość życia i wzmacniając fundamenty zrównoważonego rozwoju. Działania zaproponowane przez nas w dużej mierze mogą być także elementem profilaktyki senioralnej, ponieważ to osoby starsze, oprócz dzieci i kobiet w ciąży, są grupą szczególnie narażoną na choroby cywilizacyjne i środowiskowe.

Wdrożenie zaproponowanych rekomendacji wymaga jednak wyjścia poza dotychczasowe schematy oraz działań międzyresortowych, które zintegrowałyby politykę zdrowotną, środowiskową i edukacyjną w spójny i długofalowy sposób. **Apelujemy o odważne i strategiczne decyzje, w których bez względu na sytuację geopolityczną, priorytet zdrowia, przyszłości i bezpieczeństwa dzieci będzie zajmować centralne miejsce.** Polityka zdrowia publicznego, zwłaszcza w obliczu współczesnych wyzwań, nie może być postrzegana przez pryzmat ideologicznych podziałów – musi być traktowana jako priorytet ponadpartyjny, skierowany na dobro przyszłych pokoleń. Wierzymy, że polska prezydencja wspierana przez środowiska eksperckie oraz sektor pozarządowy, może stać się impulsem do przełomowych działań na skalę europejską w tym zakresie.

„Ziemi nie dziedziczymy po naszych rodzicach, pożyczamy ją od naszych dzieci.” – ta myśl Antoine’a de Saint-Exupéry’ego powinna przyświecać wszystkim naszym działaniom.

Stowarzyszenie Kobiety w Centrum

Wiesława Rybicka-Bogusz

prezesa regionu Mazowsze Stowarzyszenia Kobiety w Centrum

Stowarzyszenie Kobiety w Centrum jest krajową organizacją społeczną, która skupia się na wspieraniu i wzmacnianiu roli kobiet w różnych aspektach życia społecznego, politycznego, gospodarczego i zdrowotnego. Powstało z inicjatywy kobiet, które dostrzegły potrzebę działania na rzecz równości, profilaktyki zdrowotnej oraz rozwoju społeczności lokalnych. Obecnie strukturę stanowi 16 regionów, w tym największy region Mazowsze. Prezeską stowarzyszenia jest Magdalena Sobkowiak-Czarnecka.

Członkinie Stowarzyszenia to:

1. **Liderki społeczności lokalnych:** kobiety aktywnie działają w swoich społecznościach, podejmując inicjatywy mające na celu poprawę jakości życia mieszkańców oraz wspieranie kobiet w realizacji ich celów.

- 2. Ekspertki w różnych dziedzinach:** kobiety reprezentujące różne zawody i specjalizacje, takie jak edukacja, medycyna, biznes, prawo, kultura czy administracja publiczna. Dzięki temu mogą one oferować kompleksowe wsparcie i podejmować działania w szerokim zakresie tematycznym.
- 3. Ambasadorki zmian społecznych:** promują ideę solidarności kobiet, budowania ich potencjału i włączania ich w procesy decyzyjne na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym.

Stowarzyszenie jest nie tylko liderem w działaniach społecznych i profilaktycznych, ale także przestrzenią, w której każda kobieta może znaleźć wsparcie, rozwijać swoje umiejętności i aktywnie uczestniczyć w życiu publicznym. Dzięki swoim działaniom Kobiety w Centrum zmieniają życie wielu kobiet na lepsze, inspirując je do działania i walki o swoje prawa.

Najważniejsze inicjatywy i projekty

Profilaktyka raka piersi

Stowarzyszenie organizuje wydarzenia, takie jak Różowy Marsz, badania mammograficzne w mamobusach czy warsztaty dotyczące samobadania piersi. Edukuje na temat zdrowia kobiet poprzez prelekcje, kampanie w mediach społecznościowych i dystrybucję materiałów edukacyjnych.

Zdrowa Polka w Europie

Projekt ten ma na celu podniesienie świadomości o zdrowiu kobiet w kontekście europejskim. Stowarzyszenie promuje dobre praktyki, które mogą być wprowadzone w Polsce podczas przewodnictwa w Radzie UE.

Wsparcie kobiet w polityce i biznesie

Stowarzyszenie realizuje program mentoringowy dla kobiet chcących rozwijać karierę zawodową lub zaangażować się w życie publiczne. Organizuje także panele dyskusyjne z udziałem ekspertek w różnych dziedzinach.

Działania na rzecz równouprawnienia

Stowarzyszenie prowadzi warsztaty dotyczące praw kobiet, równych szans w zatrudnieniu oraz godzenia życia zawodowego z rodzinnym. Wspiera kobiety w budowaniu pewności siebie i asertywności.

Wsparcie dla kobiet w trudnej sytuacji życiowej

Stowarzyszenie współpracuje z ośrodkami pomocy społecznej, organizuje zbiórki dla kobiet potrzebujących wsparcia materialnego czy finansowego oraz prowadzi działania interwencyjne w sytuacjach kryzysowych, takich jak przemoc domowa.

Regionalna Akademia Liderok

Regionalna Akademia Liderok to szandarowy program wzmacniający rolę kobiet jako liderok w swoich społecznościach. Projekt kładzie nacisk na rozwijanie umiejętności przywódczych, społecznych i organizacyjnych, a także na inspirowanie uczestniczek do podejmowania nowych wyzwań.

W ramach Akademii organizowane są warsztaty i szkolenia, mentoring oraz networking. Najbardziej zaangażowane uczestniczki otrzymują wyróżnienia i możliwość udziału w dalszych projektach ogólnopolskich i międzynarodowych. Akademia pomogła już setkom kobiet stać się liderkami w swoich regionach, angażując się w działania na rzecz edukacji, zdrowia, ekologii i równouprawnienia.

Jak Kobiety w Centrum mogą wpisać się w polskie przewodnictwo w Radzie UE?

Rola lidera w profilaktyce zdrowotnej

Polska, dzięki działalności Stowarzyszenia, może zaproponować utworzenie wspólnego unijnego standardu w profilaktyce raka piersi. Można zainicjować projekt, w którym każde państwo członkowskie zadeklaruje działania na rzecz poprawy dostępności do badań przesiewowych w swojej populacji.

Promocja edukacji i współpracy

Organizacja międzynarodowej konferencji z udziałem ekspertów, ambasaderek zdrowia, edukatorów zdrowotnych, profilaktyków oraz przedstawicieli rządów, by podzielić się dobrymi praktykami i wypracować wspólne rozwiązania.

Zaproponowanie działań legislacyjnych

Wprowadzenie rezolucji Rady UE na temat równouprawnienia w dostępie do badań przesiewowych oraz wsparcia kobiet zmagających się z rakiem piersi.

Główne obszary działalności Stowarzyszenia

Profilaktyka zdrowotna i edukacja zdrowotna

Stowarzyszenie aktywnie promuje profilaktykę zdrowotną, szczególnie w zakresie raka piersi i raka szyjki macicy. Organizuje kampanie edukacyjne, wydarzenia plenerowe, warsztaty i konferencje, które zwiększają świadomość kobiet na temat konieczności badań profilaktycznych. Wspiera także kobiety po diagnozie, oferując im pomoc psychologiczną i informacje o dostępnych terapiach.

Wzmacnianie pozycji kobiet

Stowarzyszenie prowadzi szkolenia i warsztaty dla kobiet, które chcą rozwijać swoje umiejętności zawodowe i społeczne. Promuje równość płci oraz walczy z dyskryminacją w miejscu pracy i życiu publicznym. Wspiera również kobiety w trudnej sytuacji życiowej, w tym ofiary przemocy domowej czy samotne matki.

Aktywność społeczna i obywatelska

Stowarzyszenie angażuje kobiety w działania obywatelskie, takie jak konsultacje społeczne, uczestnictwo w lokalnych projektach i współpraca z władzami samorządowymi. Promuje także udział kobiet w polityce i ich obecność w strukturach decyzyjnych.

Rozwój lokalnych społeczności

Kobiety w Centrum współpracują z organizacjami lokalnymi i samorządami w celu realizacji projektów skierowanych do społeczności lokalnych. Tworzą sieci wsparcia dla kobiet w małych miejscowościach i na obszarach wiejskich.

Współpraca międzynarodowa

Stowarzyszenie nawiązuje kontakty z podobnymi organizacjami w Europie i na świecie, wymieniając się doświadczeniami i dobrymi praktykami. Działa na rzecz wprowadzania europejskich standardów w obszarze profilaktyki zdrowotnej i praw kobiet.

Wartości Stowarzyszenia Kobiety w Centrum

Stowarzyszenie kieruje się wartościami takimi jak solidarność, równość, edukacja i rozwój oraz zaangażowanie. Wzajemne wsparcie kobiet, niezależnie od ich wieku, miejsca zamieszkania czy doświadczeń życiowych, jest fundamentem jego działalności. Promuje równe szanse dla kobiet i mężczyzn w każdym aspekcie życia, stawia na edukację jako klucz do rozwoju osobistego i społecznego oraz aktywnie działa na rzecz lokalnych społeczności, wprowadzając realne zmiany w polityce i gospodarce.

Fundacja GrowSPACE

Dominik Kuc

członek zarządu Fundacji GrowSPACE

Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej. Rekomendacje w obszarze ochrony zdrowia – system oczami młodego pacjenta

Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej 2025 to doskonała okazja, aby przedstawić priorytety młodego pokolenia w obszarze zdrowia. Jako Fundacja GrowSPACE monitorujemy potrzeby najmłodszych pacjentów i pacjentek a także odpowiedzi systemowych na wyzwania pokolenia Z i pokolenia alfa. Polska prezydencja powinna więc postawić na podmiotowość, wzmocnienie zdrowia psychicznego a także ciągłych działań na rzecz dobrostanu młodych ludzi.

Młodzi pacjenci oraz młode pacjentki to osoby, które opieka zdrowia psychicznego powinna adekwatnie wspierać. Jak jednak wygląda ten system oczami młodych ludzi? Jakie działania powinny być podjęte, aby system działał dla młodych ludzi? Oto najważniejsze wyzwania i rekomendacje.

Wybrane wyzwania funkcjonowania w systemie

Podstawowymi wyzwaniami młodych ludzi w systemie ochrony zdrowia psychicznego jest brak wczesnego reagowania oraz zagubienie, powodujące opóźnienie docierania adekwatnej pomocy. To właśnie elementy, które szczególnie powinny przyświecać projektowanym rozwiązaniom i rekomendacjom w czasie Polskiej prezydencji.

Przede wszystkim, rolę szkoły powinno być współdziałanie z systemem ochrony zdrowia, w taki sposób, aby monitorować, wykrywać i reagować już na bardzo wczesnym etapie. Koordynacja systemów edukacji i zdrowia jest kluczowa do budowy tzw. **poziomu zero**. Poziomem zero nazywa się wszystkie działania, które mają miejsca jeszcze zanim młody człowiek trafi do systemu ochrony zdrowia, a więc są to wszystkie działania profilaktyczne, psychoedukacyjne i monitorujące stan zdrowia psychicznego. Ich miejscem powinny być właśnie szkoły, ponieważ poziomem zero powinno być objęte jak najwięcej osób. Do wczesnych działań można wykorzystać rolę psychologów i psycholożek szkolnych, ale pierwszej pomocy emocjonalnej czy wykrycia pierwszych symptomów może dokonać nawet wychowawca czy wychowawczyni w klasie. Warto zwrócić uwagę na działania monitorujące – nie tylko samopoczucie jednostkowe, ale także poziom dobrostanu grupy, klasy, społeczności szkolnej. W sierpniu 2024 r. **Fundacja GrowSPACE** opublikowała raport pokazujący, że wciąż 308 gmin w Polsce nie miało ani jednego psychologa szkolnego (dane na bazie dostępu do informacji publicznej, zebrane z samorządów i arkuszy organizacyjnych szkół). Zatrudnienie wzrosło o 3 pp. w stosunku do r. 2023, lecz nadal braki wynoszą 23 proc. wakatów w skali kraju. Nadal jest więc wiele do zrobienia w zakresie budowania trwałego poziomu zero. Ponadto, z jednej strony widać wyzwania ilościowe, a z drugiej strony nakreślają się wyzwania związane z jakością udzielanej pomocy. Z pomocą mogą przyjść chociażby standardy pracy specjalistów i specjalistek, do których należą na przykład: możliwość superwizji, osobny gabinet psychologiczny w szkole czy sprawczość w gronie pedagogicznym.

Inną sprawą jest wciąż powszechne zjawisko **wtórnej stygmatyzacji** osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego. Wtórna stygmatyzacja to dodatkowe obciążenie dla osób, które znajdują się w i tak już ciężkiej sytuacji. Dotyka ona dzieci i młodzież już od młodych lat, gdy mogą spotkać się z wytykaniem palcami w drodze do gabinetu psychologa szkolnego lub niezrozumieniem swoich indywidualnych problemów. Zgodnie z badaniami prowadzonymi w ramach kampanii **Wyprostuj Spojrzenie** aż 25 proc. respondentów i respondentek była świadkami sytuacji, w których źle potraktowano osoby z zaburzeniami, a osobiste doświadczenia tego typu miało 4 proc. badanych. Przejawy wtórnej stygmatyzacji to np. wykluczenie z grupy, okazywanie braku szacunku, bagatelizowanie zdania czy opinii młodej osoby. Szczególnie trudnym momentem jest pobyt na oddziale dziennym lub stacjonarnym. Ryzykiem wtórnej stygmatyzacji są objęte **dzieci i młodzież wracające do systemu** edukacji, ponieważ wówczas są szczególnie narażone

na wyśmiewanie, odrzucenie czy wykluczenie z uwagi na swój pobyt. Jednocześnie jest to moment wywierania sporej presji w przypadku wystawiania ocen, zaliczania zaległych sprawdzianów czy testowania wiedzy po dłuższej nieobecności. Jest to jednocześnie przykład sytuacji, która daje duży potencjał do współdziałania systemu ochrony zdrowia z systemem edukacji. Zapewnione dla młodych ludzi powinno być płynne przejście między placówką medyczną a placówką oświatową.

Wtórna stygmatyzacja jest podszyta szczególnym zjawiskiem występowania **stereotypów** wokół zdrowia psychicznego w psychiatrii dzieci i młodzieży. Wciąż od wczesnych lat, młodzi ludzie słyszą w klasie o tym, że pójdą do psychologa za karę. Słyszą, że jeśli mają depresję, to wystarczy pójść pobiegać. A jeśli ktoś dostaje ataku paniki, to powinien się „ogarnąć” i skupić na nauce. Stereotypy przekazywane w młodym wieku sprawiają, że pojawia się bariera przed szukaniem pomocy, pojawia się też bagatelizowanie problemów czy wyzwań na tle zdrowia psychicznego na wczesnym etapie. Zgodnie z danymi Krajowej Konsultantki ds. Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Aleksandry Lewandowskiej aż 70 proc. dzieci i młodzieży w kryzysie to osoby, którym pomoc powinna być udzielona za pomocą oddziaływań psychospołecznych. Jedynie ok. 10 proc. wymaga hospitalizacji. Oznacza to, że sporo pracy jest do wykonania na etapie wczesnego reagowania i działania społecznego wśród samych młodych ludzi i w ich środowisku.

Rekomendacje i priorytety polskiej prezydencji w Radzie UE

Już od stycznia 2025 r. Polska objęła przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej. Fundamentem działań naszego kraju będzie bezpieczeństwo w wielu aspektach. Główne priorytety zdrowotne to zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, szeroko rozumiane zdrowie publiczne, profilaktyka, cyfryzacja opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo lekowe. Szczególnie ważne jest to, że **zdrowie psychiczne wreszcie staje się jedną z kluczowych kwestii i priorytetów na agendzie Unii Europejskiej**. Jako Fundacja GrowSPACE przedstawiamy kilka kluczowych rekomendacji dotyczących ochrony zdrowia w kontekście priorytetów polskiej prezydencji w Radzie UE 2025, szczególnie w tym właśnie obszarze. Warto dodać, że są to kwestie i tematy konieczne do zaadresowania w przyszłości na poziomie unijnym, jako swoisty kompas na kolejne lata.

Rekomendacje z perspektywy Fundacji GrowSPACE to wszystkie obszary wynikające z pracy bezpośredniej i psychoedukacyjnej z młodym pokoleniem. Są one poruszane w oparciu o przedstawione wyzwania młodych pacjentów i pacjentek.

Do najważniejszych rekomendacji dla polskiej prezydencji należą zatem:

- **Wzmocnienie profilaktyki i poziomu zero.** Z perspektywy przeciwdziałania kryzysom zdrowia psychicznego kluczowa jest powszechna psychoedukacja. To właśnie ona stanowi barierę, dzięki której wielu trudnych przypadków będzie można uniknąć. Edukacja zdrowotna powinna być elementem obowiązkowym w szkołach, nie tylko w Polsce, ale w całej Unii Europejskiej. Wiedza o zdrowiu powinna być podawana rzetelnie i w sposób dostosowany do wieku uczniów i uczennic.
- **Destygmatyzacja zdrowia psychicznego. Przeciwdziałanie społecznym wyzwaniom.** W tym obszarze polska prezydencja powinna być skupiona na działaniach mających na celu wesprzeć osoby w kryzysie, ale i prowadzić kampanie społeczne skierowane do ogółu społeczeństwa. Ich celem powinno być podnoszenie świadomości o zdrowiu psychicznym, wadze wsparcia oraz przeciwdziałanie stereotypom.
- **Zwiększanie dostępności opieki psychologicznej i psychiatrycznej.** Młodzi pacjenci i pacjentki powinni mieć dostęp do opieki ambulatoryjnej. Najbardziej efektywna pomoc dla młodego człowieka to taka, która jest obecna już w jego środowisku. Polska prezydencja powinna więc skupić się na wyrównywaniu dostępności do opieki między wielkimi miastami oraz mniejszymi ośrodkami miejskimi czy wsiami. Zazwyczaj w tych ostatnich rejonach jest ona znacznie ograniczona. W wielu krajach Unii Europejskiej, wciąż mamy do czynienia z odpływem specjalistów i specjalistek do rynku prywatnego oraz do większych miast. Jednocześnie zwiększanie dostępu do opieki powinno odbywać się na kilku różnych płaszczyznach – dostępie do psychologa szkolnego, dostępie do konsultacji psychiatrycznych czy wreszcie regulacji zawodu psychologa.

- **Standardy bezpieczeństwa psychologicznego w sieci.** Dla młodych ludzi pokolenia Z oraz pokolenia alfa świat wirtualny oraz świat realny to jedna rzeczywistość. W zakresie zdrowia psychicznego obserwowana jest redefinicja podstawowych pojęć. Relacje międzyludzkie, kontakt z rówieśnikami, nawiązywanie relacji – to tylko niektóre obszary, które dziś przeniosły się do sieci. W internecie można jednak napotkać także na nowe formy przemocy, dostęp do brutalnych i nieodpowiednich treści, uzależnienie od telefonów komórkowych czy dezinformację. Polska prezydencja wzmiankuje jako jeden z priorytetów cyfryzację opieki zdrowotnej. Powinna więc doprowadzić do tworzenia na poziomie unijnym standardów bezpieczeństwa psychologicznego dzieci i młodzieży w sieci. Jest to związane nie tylko z politykami dotyczącymi telefonów komórkowych w szkołach, ale także szeroko rozumianym wpływem świata wirtualnego na zdrowie młodych ludzi.
- **Współpraca między systemem zdrowia a systemem oświaty.** Z omówionych wyżej wyzwań młodych ludzi wynika jasno, że bez współpracy zdrowia i edukacji nie będzie efektywnego systemu pomocy. To właśnie szkoła jest we wszystkich krajach UE podstawowym miejscem, które powinno zapewnić pierwszą linię informacji o wsparciu dla młodego pokolenia, w tym o działaniach profilaktycznych. Współpraca między systemami musi mieć miejsce na poziomie konkretnych jednostek, ale i na poziomie resortów. To zagadnienie jest kluczowe dla priorytetów polskiej prezydencji, ponieważ ochrona zdrowia psychicznego jest kwestią interdyscyplinarną, w której obowiązki są podzielone na kilka ministerstw.

Podsumowanie

Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej 2025 to niewątpliwie kluczowa okazja do podniesienia kwestii podmiotowości młodych ludzi w systemie ochrony zdrowia. Fundacja GrowSPACE zbiera najważniejsze wyzwania i rekomendacje dla priorytetów prezydencji naszego kraju. Głównym wyzwaniem jest brak wczesnego reagowania na kryzysy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Jest to spowodowane brakami w budowie poziomu zero czy aspektami społecznymi – stygmatyzacją i stereotypami na tle zdrowia psychicznego. Do najważniejszych rozwiązań zaliczamy więc wzmocnienie profilaktyki i edukacji, współpracę systemów ochrony zdrowia oraz systemu edukacji, zwiększanie dostępności pomocy czy wreszcie standardy bezpieczeństwa psychologicznego dzieci i młodzieży online.

Podsumowanie i wnioski

prof. dr hab. n. med. Boleśław Samoliński

przewodniczący Podzespołu ds. priorytetów w obszarze zdrowia polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej 2011, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

W zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego każdy obywatel Polski i Unii Europejskiej ma prawo do zachowania zdrowia, czyli równego dostępu do opieki zdrowotnej.

Lech Wałęsa

Polska może stać się liderem w kształtowaniu rozwiązań, które będą miały realny wpływ na życie Europejsek i Europejczyków. Dzięki odpowiedzialnemu wykorzystaniu tej szansy Polska przyczyni się do budowy silniejszej, zdrowszej i bezpieczniejszej Europy.

Magdalena Sobkowiak-Czarnecka

Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej jest kluczowym momentem dla przyszłości Unii Europejskiej (UE), szczególnie w kontekście bezpieczeństwa zdrowotnego. Nasza rola jako państwa członkowskiego polega na wzmocnieniu pozycji ochrony zdrowia w UE oraz na poprawie stanu zdrowia i jakości życia obywateli Unii.

Małgorzata Bogusz

To cytaty Lecha Wałęsy, Magdaleny Sobkowiak i Małgorzaty Bogusz z pierwszych stron Białej Księgi pt. „Polska prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. Rekomendacje w obszarze ochrony zdrowia”. Wskazują one w jak istotnym momencie odbywa się nasza prezydencja i jak ważne jest w niej zdrowie.

Pojawiły się nowe czynniki ryzyka dla naszego europejskiego bezpieczeństwa: agresja Rosji i pandemia. Zburzyły spokój i stabilny rozwój. Dołączyły do istotnego problemu, jakim są choroby cywilizacyjne – znane czynniki warunkujące życie w zdrowiu i oczekiwaną długość życia na naszym kontynencie i w Polsce. Nowe i stare są teraz w całości ważnym wyzwaniem nie tylko dla bezpieczeństwa każdego obywatela, ale i wielu środowisk, narodów i całej europejskiej społeczności.

Wydłużenie życia jest wielką zdobyczą ludzkości. Szczególnie dobrze widoczną w krajach Unii Europejskiej. Jednak liczy się jakość i bezpieczeństwo wieku podeszłego, zależne od organizacji państwa, w tym systemów ochrony zdrowia i potencjału ekonomicznego, ale przede wszystkim od zastępowalności pokoleń. To kolejne wielkie wyzwanie. Jeżeli połączyć niski wskaźnik urodzeń, rosnącą procentowo i liczebnie populację w wieku poprodukcyjnym oraz nowe zjawiska, jakimi są czynniki ryzyka, zarówno te stare i znane, jak styl życia (sposób żywienia i aktywność fizyczna), alkohol, papierosy, jak i nowe zjawiska, niezwykle istotnie wpływające na perspektywy zdrowia populacyjnego: zmiany klimatyczne, rosnące lawino problemy zdrowia psychicznego, niewiara w zdobycze medycyny wyrażane „fake newsami” mocno obecnymi w mediach społecznościowych, to owo bezpieczeństwo zdrowotne Europy nadal jest wielkim wyzwaniem.

Dlatego, choć w Polskiej Prezydencji w Radzie Unii Europejskiej priorytetem nadrzędnym jest bezpieczeństwo Europy jako wyzwanie na agresję Rosji w Ukrainie i potencjalne zagrożenia dla innych państw, szczególnie Europy Środkowo-Wschodniej, to musi ono również uwzględniać bezpieczeństwo zdrowotne. Potrzebny jest nam zdrowy potencjał ludzki zdolny do podejmowania nowych wyzwań i rozwiązywania narastających problemów ekonomicznych i międzynarodowych. Zdolny do innowacji, które napędzają zmiany na świecie, w tym również w systemach ochrony zdrowia. Nasza rola jako państwa członkowskiego będzie polegać na wzmocnieniu pozycji ochrony zdrowia w UE oraz poprawie stanu zdrowia i jakości życia obywateli Unii, m.in. przez budowanie i wykorzystanie nowych technologii, a szczególnie sztucznej inteligencji.

Sprostanie tym zdaniom zależne jest również od zdrowia, bowiem zdrowe państwo oparte jest na zdrowym obywatelu. Bez zdrowia naszych europejskich społeczności nie będzie dobrej perspektywy dla rozwoju i rozwiązywania nowych problemów i odpowiadania na nowe wyzwania. Zdrowe państwo zdrowiem swoich obywateli zbuduje rozwój gospodarczy, niezbędny także dla rozwoju systemu ochrony zdrowia. To ważne z organizacyjnego, finansowego i politycznego punktu widzenia sprzężenie zwrotne, dające dobrą perspektywę dla europejskich narodów i życia ich obywateli w poczuciu dobrostanu.

O tym, jak ważna jest profilaktyka zdrowotna i dbanie o zdrowie, piszą wszyscy uczestnicy debat w ramach trwającej już dwa lata sesji „Droga do Prezydencji”. Piszą o tym autorzy niniejszej Białej Księgi. Piszą i mówią o tym politycy. To nowa jakość. Walka o zapobieganie chorobom do tej pory była bowiem domeną specjalistów zdrowia publicznego, teraz jej rolę coraz wyraźniej widzą klinicyści, liczni profesjonalści ochrony zdrowia i przedstawiciele narodów we władzach Unii, państw członkowskich, a nawet lokalnych społeczności. Pokreślenia warte jest bardzo ważny i trochę już zapomniany slogan, iż **zdrowie jest dobrem narodowym i podlega szczególnej ochronie państwa**, a także drugi, z okresu pierwszej prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej – **starość zaczyna się w dzieciństwie**. Dlatego w obecnej prezydencji Polska podejmuje jedno z najważniejszych problemów: innowacje w zdrowiu, wyrażane priorytetem e-zdrowie, profilaktykę zdrowotną opartą na powszechnej edukacji od najmłodszych lat, i zdrowie psychiczne jako warunek prawidłowego rozwoju społeczeństw Europy.

Do bardzo istotnych priorytetów unijnych realizowanych w czasie naszej prezydencji należy dołączyć bezpieczeństwo lekowe. Unia Europejska dokonała w minionym czasie, w oparciu o nowe, m.in. pandemiczne doświadczenia, zmiany stosunku do zdrowia. Nie jest już dzisiaj ono delegowane do polityk poszczególnych krajów unijnych, lecz staje się coraz bardziej dobrem, które winno być zarządzane również przez władze w Unii Europejskiej, zarówno na poziomie Komisji Europejskiej, jak i Parlamentu Europejskiego. Piszą o tym polscy przedstawiciele w tych organach, ale także polscy politycy, których rozdziały możemy przeczytać w tym niezwykłym, kompleksowym opracowaniu, które Państwu przedkładamy.

Wszyscy zaangażowani w tę pracę i wszyscy obserwujący to zaangażowanie są wdzięczni wysiłkowi podjętemu, aby polska prezydencja w Unii Europejskiej pozostawiła trały ślad dając nowe otwarcie dla polityki zdrowotnej na naszym kontynencie. Szczególne podziękowania kieruję do Instytutu Rozwoju Spraw Społecznych, który podjął wysiłek zbudowania dwuletniej debaty, będącej podstawą do opracowania, które Państwo teraz dostajecie do rąk. Postarajmy się wszyscy, aby żyło ono dalej w politykach zdrowotnych Unii i krajów unijnych, ale przede wszystkim w naszej rodzimej Polsce.

Bolesław Samoliński

Biała Księga stanowi podsumowanie cyklu debat i konferencji pod nazwą „Droga do Prezydencji” w okresie 2023–2025, które zostały objęte patronatem:



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



pod patronatem Parlamentu Europejskiego

Wybory europejskie 6-9 czerwca 2024



Europejski Komitet
Ekonomiczno-Społeczny



WARSZAWSKI
UNIWERSYTET
MEDYCZNY



Komitet
Zdrowia Publicznego



Komitet
Nauk
Klinicznych



LWI
Fundacja
INSTYTUT
LECHA WAŁĘSY

THINKTANK



RODZICE
DLA KLIMATU