



ZDROWIE W CENTRUM – MIĘDZYRESORTOWA ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Wspólna konferencja Ministry ds. Społeczeństwa Obywatelskiego
i Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

25 czerwca 2025

KANCELARIA PREZESA RADY MINISTRÓW



Minister do spraw
Społeczeństwa Obywatelskiego



Instytut Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej

Raport podsumowujący

Raport pt. „Zdrowie w centrum – międzyresortowa odpowiedzialność”. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Warszawa. Czerwiec 2025

Raport jest udokumentowaniem ogólnopolskiej narady pt. „Zdrowie w centrum – międzyresortowa odpowiedzialność”, która odbyła się w dniu 25 czerwca 2025 roku w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Redakcja: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Paneliści w kolejności alfabetycznej:

1. Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
2. dr Anna Baumann-Popczyk, Dyrektor Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych, Główny Inspektor Sanitarny
3. Jakub Bińkowski, Członek Zarządu Związku Przedsiębiorców i Pracodawców
4. dr Leszek Borkowski, farmakolog kliniczny, Założyciel Fundacji Razem W Chorobie
5. Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta
6. dr Sławomir Dudek, Instytut Finansów Publicznych
7. Dariusz Dziełak, Dyrektor Biura Partnerstwa Publicznego i Innowacji w Narodowym Funduszu Zdrowia
8. Joanna Frączak-Kazana, Wiceprzewodnicząca Prezydium Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta
9. dr Anna Gołębicka, ekspert Centrum im. Adama Smitha
10. lek. Sebastian Goncerz, Przewodniczący Porozumienia Rezydentów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
11. dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego
12. dr Jakub Gierczyński, European Health Network
13. Igor Grzesiak, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
14. Agnieszka Grzybowska-Zalewska, Doradca Prezesa Pracodawców RP
15. prof. Zbigniew Izdebski, Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Zielonogórski, Collegium Medicum
16. Urszula Jaworska, Fundacja Urszuli Jaworskiej
17. Arkadiusz Grądkowski, Prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED
18. Ewa Kalbarczyk, zastępca Dyrektora Narodowego Instytutu Wolności
19. Magdalena Kołodziej, Wiceprzewodnicząca Rady Organizacji Pacjentów przy
20. dr Klaudiusz Komor, Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
21. Wojciech Konieczny, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
22. prof. Iwona Kowalska-Bobko, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
23. dr Jakub Kraszewski, Prezes Polskiej Unii Szpitali Klinicznych
24. ks. dr Arkadiusz Nowak, Przewodniczący Rady Pacjentów przy Ministrze Zdrowia, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
25. Marzena Okła-Drewnowicz, Ministra do spraw Polityki Senioralnej
26. dr Monika Pintal-Ślimak, Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych
27. prof. Marta Podhorecka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
28. Patrycja Rzucidło-Zajac, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
29. prof. Elżbieta Skorupska, Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów
30. Karol Poznański, Rzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
31. Marta Pawłowska, Partnerstwo „Stop Otyłości”
32. Adriana Porowska, Ministra ds. Społeczeństwa Obywatelskiego
33. dr Artur Prusaczyk, IFIC Polska
34. Aleksandra Rudnicka, Społeczny Rzecznik Osób Objętych Opieką Paliatywną oraz Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS
35. Katarzyna Skrętowska-Szysko, Dyrektor Zespołu Zdrowia, Rzecznik Praw Dziecka
36. red. Wojciech Szeląg, Telewizja Polska
37. Jakub Szulc, Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
38. Dariusz Szuszwedyk, Prezes Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej
39. Urszula Szybowicz, Dyrektor Operacyjna Polskiej Federacji Szpitali
40. dr Marek Tomków, Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej
41. dr Andrzej Tytuła, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
42. prof. Tomasz Zdrojewski, Komitet Zdrowia Publicznego PAN
43. dr Tomasz Zieliński, Wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego

Spis treści

Wstęp	3
Wprowadzenie do debaty	4
Adriana Porowska, Ministra do spraw Społeczeństwa Obywatelskiego, Przewodnicząca Komitetu do spraw Pożytku Publicznego	4
Wojciech Konieczny, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	5
ks. dr Arkadiusz Nowak, Przewodniczący Rady Pacjentów przy Ministrze Zdrowia	7
dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego.....	8
Tezy do dyskusji.....	10
Przebieg narady.....	12
Blok I: Zdrowie publiczne we wszystkich politykach	12
Blok II. Efektywna opieka zdrowotna warunkiem odporności państwa	16
Blok III - Opieka długoterminowa to nie margines systemu, ale jeden z jego fundamentów	20
Tezy do społecznej umowy zdrowotnej – 2025	24
Zdrowie we wszystkich politykach	24
Efektywna opieka zdrowotna jest warunkiem odporności państwa	25
Opieka długoterminowa to nie margines systemu, ale jeden z jego fundamentów	25
Bibliografia.....	26

Wstęp

W dniu 25 czerwca 2025 roku w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów odbyła się **narada o zdrowiu pt. „Zdrowie w centrum – międzyresortowa odpowiedzialność”**.

Organizatorami spotkania byli Pani Adriana Porowska, Ministra do spraw Społeczeństwa Obywatelskiego, Przewodnicząca Komitetu do spraw Pożytku Publicznego, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów (Departament Społeczeństwa Obywatelskiego) oraz ks. dr Arkadiusz Nowak, Prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Konferencję moderował Redaktor Wojciech Szelaąg.

Celem spotkania było stworzenie fundamentu społecznej umowy na rzecz ochrony zdrowia, opartej na wspólnym języku korzyści, zaufaniu do polityki zdrowotnej i orientacji na dobrostan. Zakłada to, nie tylko poprawę dostępu do skutecznego leczenia, ale również długofalową strategię życia obywateli w dobrym zdrowiu. W centrum dyskusji znalazła się potrzeba systemowego podejścia do zdrowia jako priorytetu państwa. Narada skupiła się na miejscu zdrowia w politykach publicznych, potrzebie współpracy międzyresortowej oraz mechanizmach, które pozwolą traktować zdrowie jako kluczowy filar zrównoważonego rozwoju kraju. Jej celem jest wspólna refleksja oraz zbliżenie stanowisk wokół idei państwa zorientowanego na zdrowie i stworzenia fundamentów społecznej umowy zdrowotnej.

Konwencja spotkania zakładała otwartą naradę ekspercko-obywatelską o ochronie zdrowia, która miała stworzyć ramę do zawarcia społecznego konsensusu na rzecz inwestycji w zdrowie. W spotkaniu uczestniczyli interesariusze systemowi, reprezentujący administrację publiczną oraz przedstawiciele sektora ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych. Uczestnicy konferencji, oprócz wystąpień stacjonarnych, mieli także **możliwość zadawania pytań, przesyłania komentarzy oraz propozycji** dla „Tez do społecznej umowy zdrowotnej 2025” na adres: zdrowie@ippep.pl. Dodatkowo wśród uczestników spotkania została przeprowadzona **ankieta online**, której wyniki zostaną opracowane i opublikowane. **Transmisja z debaty** znajduje się pod linkiem: <https://www.youtube.com/live/ixe5pFO2SVs?si=qKajZD-UqJSQleOj>

Wprowadzenie do debaty

Adriana Porowska, Ministra do spraw Społeczeństwa

Obywatelskiego, Przewodnicząca Komitetu do spraw Pożytku Publicznego

Witam Państwa na ogólnopolskiej naradzie ekspercko-obywatelskiej pt. „Zdrowie w centrum – międzyresortowa odpowiedzialność”. To spotkanie przedstawicieli administracji rządowej, ekspertów, środowiska pacjentów oraz organizacji społecznych. Celem spotkania jest stworzenie fundamentu społecznej umowy na rzecz ochrony zdrowia, opartej na wspólnym języku korzyści, zaufaniu do polityki zdrowotnej i orientacji na dobrostan – nie tylko poprawę dostępu do skutecznego leczenia, ale długofalową strategię życia obywateli w dobrym zdrowiu. W centrum rozmowy znajdzie się potrzeba systemowego podejścia do zdrowia jako priorytetu państwa. Debata skupi się na miejscu zdrowia w politykach publicznych, potrzebie współpracy międzyresortowej oraz mechanizmach, które pozwolą traktować zdrowie jako kluczowy filar zrównoważonego rozwoju kraju. Intencją spotkania jest uzgodnienie, jak zbudować państwo rzeczywiście zorientowane na zdrowie obywateli, a także jak zapoczątkować długofalową, międzysektorową strategię zdrowotną – taką, która wzmacnia zdrowie, promuje profilaktykę i wspiera dobrostan.

Jako Przewodnicząca Komitetu do spraw Pożytku Publicznego, organu administracji rządowej właściwego w sprawach pożytku publicznego i wolontariatu, pragnę pobudzić wszystkie organizacje pozarządowe do aktywności na rzecz wspólnego dobra, jakim jest zdrowie i dobrostan społeczny. Osobiście jestem doświadczoną pracowniczką socjalną, od wielu lat zaangażowaną w pomoc osobom wykluczonym i uchodźcom. Przez wiele lat byłam prezeską Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej. Prowadziłam schronisko oraz mieszkania treningowe dla osób w kryzysie bezdomności i uchodźców wojennych z Ukrainy. Od dwóch dekad współpracuję z organizacjami pozarządowymi, administracją samorządową i rządową – m.in. jako współprzewodnicząca Komisji Ekspertów ds. Przeciwdziałania Bezdomności przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, członkini Rady Społecznej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich czy przewodnicząca Branżowej Komisji Dialogu Społecznego ds. Bezdomności przy prezydencie m.st. Warszawy. Jako wiceprezydentka m.st. Warszawy odpowiadałam za sprawy społeczne, komunikację społeczną oraz współpracę z organizacjami pozarządowymi.

Pragnę stwierdzić, że w ramach kończącej się polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej, urząd Ministra ds. Społeczeństwa Obywatelskiego zorganizował trzy międzynarodowe konferencje. Wzięliśmy udział w Civil Society Week w Brukseli i przygotowaliśmy międzynarodową ekspertyzę, dotyczącą kompetencji związanych ze wzmacnianiem i koordynacją organizacji społeczeństwa obywatelskiego w państwach UE. Nasi przedstawiciele brali aktywny udział w spotkaniach grup odpowiedzialnych za budowanie międzynarodowego bezpieczeństwa. Debata na poziomie UE o potencjale i rolach społeczeństwa obywatelskiego i jego organizacji w procesach budowania gotowości na zjawiska kryzysowe spotkała się z dużym zainteresowaniem i licznym udziałem w wydarzeniach przedstawicieli instytucji administracji publicznej, samorządów, organizacji, ekspertów. Podkreślano rolę społeczeństwa obywatelskiego i kwestię jego finansowania zarówno w ramach UE Strategii Gotowości i Europejskiej Tarczy Demokracji. Ważne, aby uwzględnić perspektywę organizacji społeczeństwa obywatelskiego podczas wdrażania tych aktów UE oraz w pracach nad budżetem UE na lata 2028-2034. W Polsce

to się udało! Z inicjatywy mojego urzędu został poszerzony zakres zaangażowania organizacji pozarządowych w realizację nowego „Programu obrony cywilnej i ochrony ludności na lata 2025-2026” oraz zapewniono finansowanie organizacji społecznych realizujących zadania np. w obszarach porządku i bezpieczeństwa publicznego, ratownictwa, edukacji i ochrony ludności. Ponadto uruchomiony został nowy program „Moc Małych Społeczności” wdrażany przez Narodowy Instytut Wolności - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego.

Szanowni Państwo, wierzę, że zdrowie powinno być jednym z kluczowych priorytetów państwa – nie tylko w kontekście leczenia, ale przede wszystkim budowania dobrostanu i długofalowej strategii na rzecz jakości życia nas wszystkich. Jako Ministra do spraw Społeczeństwa Obywatelskiego apeluję o stworzenia społecznej umowy na rzecz zdrowia, wzmocnienia współpracy między resortami, oraz traktowania zdrowia jako filaru zrównoważonego rozwoju kraju. Mam nadzieję, że nasze dzisiejsze spotkanie stanie się początkiem wspólnej drogi ku zmianom, których oczekuje społeczeństwo. Dziękuję wszystkim za przyjęcie zaproszenia do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów - przedstawicielom administracji, ekspertom, ekonomistom, organizacjom pozarządowym i reprezentantom systemu ochrony zdrowia. Szczególne podziękowania kieruję do Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz ks. dra Arkadiusza Nowaka za inicjatywę i współpracę przy tym wydarzeniu. Dziękuję również Pani Marzenie Okła-Drewnowicz, Minister ds. Polityki Senioralnej oraz Panu Wojciechowi Koniecznemu, Senatorowi Rzeczypospolitej Polskiej i Wiceministrowi Zdrowia za obecność, ważne głosy i cenne spostrzeżenia.

Wojciech Konieczny, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ustawa o zdrowiu publicznym reguluje zasady realizacji polityki zdrowotnej w Polsce, określając zadania, podmioty odpowiedzialne, oraz zasady finansowania działań z zakresu zdrowia publicznego¹. Ustawa określa, co rozumie się przez zdrowie publiczne, wskazując na konieczność podejmowania działań w obszarach takich jak monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i uzależnieniom, oraz działania w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji. Ustawa nakłada na organy władzy publicznej i państwowe jednostki organizacyjne obowiązek współpracy z Ministrem Zdrowia w zakresie zdrowia publicznego.

W kwietniu 2025 r. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym, przedłożony przez Minister Zdrowia. Chodzi o przeprowadzenie notyfikacji przepisów ustawy o zdrowiu publicznym, na poziomie Światowej Organizacji Handlu (WTO) oraz Komisji Europejskiej. Chodzi o zakaz sprzedaży napojów energetycznych dla dzieci i młodzieży do 18 lat oraz obowiązek etykietowania tych produktów². 11 czerwca 2025 r. Senat przyjął nowelizację ustawy antytytoniowej, która wprowadza zakaz sprzedaży e-papierosów bez nikotyny i woreczków nikotynowych dla dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia. Zakazuje też ich sprzedaży przez Internet i w automatach oraz reklamy i promocji. Opakowania tych produktów będą musiały być oznakowane jako szkodliwe dla zdrowia. Dodatkowo e-papierosów bez nikotyny nie będzie można używać w miejscach publicznych (np. w szkołach, restauracjach,

¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20150001916>

² Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym. Ministerstwo Zdrowia

<https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-zdrowiu-publicznym2>

na przystankach i placach zabaw) – taki zakaz obowiązuje już dla e-papierosów z nikotyną. Zwiększy się też nadzór nad składem płynów do e-papierosów bez nikotyny i woreczków nikotynowych - będą musiały być dostosowane do wymogów ustawy (nie będą mogły zawierać substancji o właściwościach rakotwórczych), a informacje na ich temat będą zgłaszane do Biura do spraw Substancji Chemicznych co najmniej 6 miesięcy przed planowanym wprowadzeniem do sprzedaży. Woreczki nikotynowe zostaną uznane za wyroby powiązane i zdefiniowane jako produkty do użytku doustnego, które zawierają nikotynę (bez tytoniu) i są porcjowane w woreczkach. Maksymalna zawartość nikotyny, którą zawierają, zostanie ograniczona do 20 mg/g³.

Od maja 2025 roku działa program „Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej”⁴. To kompleksowy program profilaktyczny skierowany do wszystkich osób powyżej 20 roku życia. Szacuje się, że z programu może skorzystać około 30 milionów osób. Na badania można się zapisywać przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP) lub bezpośrednio w placówce Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Program ma na celu kształtowanie postaw prozdrowotnych w społeczeństwie. Bilans zdrowia jest punktem wyjścia do regularnych badań, szybkiego rozpoznania choroby oraz edukacji zdrowotnej. Osoby w wieku 20-49 lat mogą wykonać badania profilaktyczne bilansowe raz na 5 lat. Pacjenci powyżej 49 roku życia otrzymają dostęp do badań bilansowych raz na 3 lata. W czerwcu 2025 roku już ponad 260 tys. pacjentów w całej Polsce wypełniło ankiety kwalifikujące do programu profilaktycznego "Moje Zdrowie". Z tego blisko połowę przychodnie umówiły już na badania, bądź przebadaly.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym NPZ sporządza się na okres nie krótszy niż 5 lat. Celem strategicznym NPZ na lata 2021-2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia było jednym z głównych założeń ustawy o zdrowiu publicznym, która weszła w życie 3 grudnia 2015 r. NPZ na lata 2021-2025 jest w dużej mierze kontynuacją Programu realizowanego w latach 2016-2020. Cele operacyjne Programu obejmują: profilaktykę nadwagi i otyłości, profilaktykę uzależnień, promocję zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne oraz wyzwania demograficzne⁵. W Ministerstwie Zdrowia przygotowujemy kolejną edycję Narodowego Programu Zdrowia na lata 2026-2030. Pragniemy, aby działania w zakresie zdrowia Polaków były interdyscyplinarne i międzyresortowe oraz wyrównywały nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej i wskaźniki zdrowotne UE-27.

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

³ Wdrażamy kolejne przepisy chroniące dzieci przed nikotyną i uzależniającymi nawykami. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrazamy-kolejne-przepisy-chroniace-dzieci-przed-nikotyna-i-uzalezniajacymi-nawykami>

⁴ Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/moje-zdrowie-bilans-zdrowia-osoby-doroslej/>

⁵ Narodowy Program Zdrowia na lata 2021 – 2025. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/mswia/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021--2025>

promocja zdrowia i profilaktyka chorób oraz bezpieczeństwo lekowe⁶. Według Ministerstwa Zdrowia, jednym z największych sukcesów polskiej prezydencji w 2025 roku jest fakt, że Rada Unii Europejskiej przyjęła stanowisko w sprawie największej od dwóch dekad reformy prawa farmaceutycznego (tzw. pakietu farmaceutycznego). Pakiet to realne wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego i gwarancja lepszego dostępu do potrzebnych leków dla wszystkich obywateli Unii Europejskiej. Łączy on troskę o rozwój i konkurencyjność unijnego przemysłu farmaceutycznego z jednoznacznym postawieniem w centrum uwagi pacjenta. Uchwalono także projekt aktu w sprawie leków krytycznych, co ma gwarantować zapewnienie dostępu do leków w sytuacjach kryzysowych. Przyjęte zostały również konkluzje dotyczące zdrowia psychicznego młodzieży. Stwierdzono, że profilaktyka to inwestycja, a nie koszt. Wezwano do rozpoczęcia dyskusji nad nowelizacją dyrektywy tytoniowej, bo od ostatniej reformy minęło dziesięć lat, a w tym czasie pojawiły się nowe, groźne dla młodzieży produkty. Zwrócono także uwagę na kwestie cyberbezpieczeństwa i stwierdzono, że kraje wspólnoty europejskiej muszą wziąć na siebie odpowiedzialność za ochronę danych pacjentów i bezpieczeństwo infrastruktury zdrowotnej⁷.

ks. dr Arkadiusz Nowak, Przewodniczący Rady Pacjentów przy Ministrze Zdrowia

Aby zrozumieć postawy pacjentów, w 2024 r. we współpracy Ośrodka Badań Socjomedycznych oraz Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej przygotowaliśmy raport „Polki i Polacy, a choroby i zdrowie”⁸. Pragnęliśmy poznać obawy dotyczące chorób oraz postawy zdrowotne Polaków. Wynika z niego, że największym źródłem obaw Polek i Polaków jest choroba nowotworowa, udary mózgu oraz choroba Alzheimera. W dalszej kolejności boimy się zachorowania na depresję oraz otyłości, a zdecydowanie najmniej chorób zakaźnych tj. HIV, grypy oraz COVID-19. W związku z chorobą badani najbardziej obawiają się niepełnosprawności, utraty dochodów oraz uzależnienia od innych. W związku z chorobą boimy się także śmierci oraz samotności. W wyniku analizy zaobserwowano, że istnieje bardzo zróżnicowany poziom strachu związany z chorobami uznanymi przez WHO za aktualne zagrożenia dla globalnego zdrowia, a jednocześnie, biorąc pod uwagę faktory demograficzne, takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, dochód i wykształcenie, zauważono niedostateczną ilość podejmowanych działań profilaktycznych, które mogą uchronić przed zachorowaniem na te choroby. Ten paradoksalny wynik badania sugeruje, że pomimo stosunkowo dużych obaw przed chorobami, Polki i Polacy mają trudności w przekładaniu strachu na konkretne, prozdrowotne decyzje i zachowania.

W raporcie z 2024 roku, pt. „Pacjent w polskim systemie zdrowia” pokazaliśmy stan polskiego systemu ochrony zdrowia oparty na opinii kilkudziesięciu polskich organizacji pacjenckich⁹. Zdecydowana większość organizacji oceniła system ochrony zdrowia w Polsce jako przeciętny, przy czym istnieje również znaczący odsetek ocen negatywnych, wskazujących na konieczność

⁶ Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

⁷ Rada EPSCO podsumowała priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-epsco-podsumowala-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>

⁸ Tomasz Sobierajski, Patrycja Rzucidło-Zajac, Postawy zdrowotne Polaków - Raport Health Insight, Ośrodek Badań Socjomedycznych, Uniwersytet Warszawski. Warszawa 2024 <https://ippez.prowly.com/291723-raport-polki-i-polacy-a-choroby-i-zdrowie>

⁹ Jakub Gierczyński, Arkadiusz Nowak, Igor Grzesiak, Patrycja Rzucidło-Zajac. Raport Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia. IPPEZ 2024 <https://ippez.pl/wp-content/uploads/2024/02/Pacjent-w-polskim-systemie-ochrony-zdrowia-2024.pdf>

istotnych zmian, z perspektywy organizacji pacjentów. Według zebranych opinii najbardziej palącymi problemami wymienianymi przez organizacje są kolejki do świadczeń zdrowotnych, braki kadrowe oraz nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Dodatkowo, wymienia się także wyzwania związane z dostępem do opieki specjalistycznej oraz problem finansowania. Warto podkreślić, że organizacje pacjentów wskazują na pilną potrzebę edukacji zdrowotnej. Jednym z głównych wniosków płynących z raportu jest potrzeba kompleksowej reformy systemu, uwzględniającej zarówno poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, jak i zapewnienie lepszych warunków pracy dla personelu medycznego. Kluczową rolę w procesie reformy odgrywać będzie współpraca z organizacjami pacjenckimi, które posiadają bezcenną wiedzę na temat potrzeb i oczekiwań pacjentów.

Wobec wyzwań stojących przed polskim systemem ochrony zdrowia, konieczne jest podejmowanie skutecznych działań, które mają na celu poprawę jakości i dostępności świadczeń medycznych dla wszystkich obywateli. Dopiero w ten sposób będziemy mogli mówić o prawdziwej poprawie sytuacji zdrowotnej społeczeństwa.

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego

Zdrowie obywateli jest nie tylko kwestią indywidualnego dobrostanu, ale również kluczowym czynnikiem wpływającym na wydajność pracy, stabilność systemu ubezpieczeń społecznych oraz ogólną konkurencyjność gospodarki. Inicjatywa koncentruje się na promowaniu inwestycji w ochronę zdrowia jako strategicznego priorytetu państwa oraz zmianie postrzegania wydatków zdrowotnych – z kosztu na długofalową inwestycję w kapitał ludzki i rozwój kraju. Zdrowie nie jest kosztem, lecz inwestycją – w kapitał ludzki, konkurencyjność gospodarki i bezpieczeństwo narodowe. Zdrowe społeczeństwo jest bardziej produktywne, co prowadzi do wzrostu PKB i długoterminowej stabilności gospodarczej. Mniejsze obciążenie systemu opieki zdrowotnej skutkuje niższymi kosztami leczenia chorób przewlekłych oraz redukcją absencji chorobowej wśród pracowników. Inwestycje w zdrowie obywateli przekłada się na większą wydajność siły roboczej, dłuższą aktywność zawodową oraz poprawę jakości życia obywateli.

Według najnowszego raportu przygotowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP-PZH), pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” ogólny stan zdrowia ludności w Polsce wyrażony oczekiwaną długością życia nie poprawia się w znaczący sposób, a samoocena stanu zdrowia przez Polaków ulega pogorszeniu¹⁰. Przeciętna długość trwania życia mężczyzn i kobiet jest dalej krótsza o kilka lat od średniej unijnej. Aż 70% przyczyn zgonów odpowiadających za utracone potencjalne lata życia stanowiły choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory. Standaryzowane współczynniki zgonów osób poniżej 75 lat z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz które można skutecznie leczyć oraz utracone lata życia skorygowane o niepełnosprawność (DALY) dla chorób niezakaźnych były wyższe w Polsce, w porównaniu do średniej Unii Europejskiej. W Polsce, 46,5% kobiet i 39,8% mężczyzn deklaruje długotrwałe obciążenie problemami zdrowotnymi. To wzrost o około 50% w porównaniu do 2018 r. Przykładowo, wyniki badania przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w lutym 2025 r. wskazują, że zbyt wysoką masę ciała (według ich deklaracji) ma 55,8% mieszkańców Polski w wieku 20 lat lub więcej, zaś 13,9%

¹⁰ Bogdan Wojtyniak, Anna Smaga. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. 2025. NIZP-PZH 2025. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosc-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>

cierpi na otyłość. Co więcej, wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży stanowi obecnie jedno z największych wyzwań zdrowia publicznego.

Na przestrzeni lat obserwowany jest stały wzrost wydatków całkowitych na ochronę zdrowia, jednak odsetek produktu krajowego brutto (PKB) przeznaczanego na ochronę zdrowia w Polsce pozostaje wciąż na stosunkowo niskim poziomie na tle innych państw europejskich (6,7% w 2022 r.), przy średniej unijnej wynoszącej 9,9% PKB. Odsetek osób w dużym stopniu lub wyłącznie korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie jest znaczący i waha się między 24,6% u mężczyzn i 22,5% u kobiet. Struktura wydatków publicznych i prywatnych pozostaje praktycznie niezmienna od lat – ok. 70% stanowią wydatki publiczne, a 30% prywatne. W 2022 r. w wydatkach na ochronę zdrowia według funkcji, aż 35% stanowiły świadczenia szpitalne, 31% opieka ambulatoryjna i 8% opieka długoterminowa. Niepokojącym jest fakt braku wzrostu wydatków na profilaktykę, które od lat oscylują wokół 2%, a w ostatnich latach utrzymuje się tendencja spadkowa.

Przypomnijmy, że determinanty zdrowia, to w 40% czynniki socjoekonomiczne, w 30% - czynniki behawioralne, w 20% - system opieki zdrowotnej i w 10% - uwarunkowania genetyczne. Dlatego, wracając do przykładu otyłości, na wzrost wartości zdrowotnej polskiej populacji największy wpływ będzie miało skuteczne zmniejszenie czynników ryzyka rozwoju otyłości i jej konsekwencji. Dotychczasowa koncentracja na diagnostyce i leczeniu powikłań otyłości nie rozwiązuje źródła problemu. Stosując działania zachowawcze, zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu, eskalujemy zjawiska, które rzutują na zdrowie wszystkich generacji polskiego społeczeństwa dzisiaj i w przyszłości. 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 Polsce¹¹. Interesariusze systemowi, to obywatele, pacjenci, personel medyczny, świadczeniodawcy, podmioty edukacyjne, pracodawcy, płatnicy (publiczni i prywatni), władza publiczna (centralna i samorządowa) oraz organizacje pozarządowe (NGO). To kluczowi interesariusze wpływają na promowanie, odtwarzanie i utrzymanie zdrowia społeczeństwa.

Architektura systemu ochrony zdrowia powinna opierać się na trzech filarach: zdrowie publiczne (zapobieganie), opieka zdrowotna (leczenie) i opieka długoterminowa (opiekowanie się). W ramach tych kluczowych obszarów zalecane są ewaluacja i monitorowanie oraz centralna koordynacja i oddolne działanie:

1. **Zdrowie publiczne (Zapobieganie).** Za koordynację działań powinien być odpowiedzialny Minister ds. zdrowia publicznego. Finansowanie powinno być prowadzone poprzez Fundusz zdrowia publicznego (podatki od produktów szkodzących zdrowiu). Kluczowymi zasadami działania powinny być: „zdrowie we wszystkich politykach”, międzyresortowe i międzysektorowe działanie na rzecz kapitału zdrowia, powszechna i nowoczesna promocja zdrowia oraz rozwój innowacji na rzecz zdrowia.
2. **Opieka zdrowotna (Leczenie).** Za koordynację działań powinien być odpowiedzialny Minister właściwy ds. zdrowia. Finansowanie powinno być prowadzone poprzez powszechne ubezpieczenie zdrowotne, komplementarne ubezpieczenia zdrowotne, współpłacenie. Kluczowymi zasadami działania powinny być: równość, powszechność,

¹¹ M. Gałązka-Sobotka (red.) i in., Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do stworzenia planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce, Uczelnia Łazarskiego. 2024 <https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/otylosc-skala-zjawiska-i-konsekwencje-zalozenia-do-stworzenia-planu-strategicznego-redukcji-otylosci-w-polsce/>

solidarność, koordynacja i kompleksowość, monitorowanie jakości, płacenie za efekt, konkurencyjność, niwelowanie nierówności oraz innowacyjność.

3. **Opieka długoterminowa (Opiekowanie się).** Za koordynację działań powinien być odpowiedzialny Minister właściwy ds. zdrowia. Finansowanie powinno być prowadzone poprzez powszechne ubezpieczenie opiekuńcze. Kluczowymi zasadami działania powinny być: centralna koordynacja, oddolne działanie (kluczowa rola jednostek samorządu terytorialnego - JTS), równość, powszechność, solidarność, monitorowanie jakości, niwelowanie nierówności, zachowanie zdolności do samodzielności oraz innowacyjność.

Tezy do dyskusji

Tytułem wsparcia merytorycznego debaty oraz sformułowania tez do społecznej umowy zdrowotnej 2025, przygotowano tezy w oparciu o aktualne dane z domeny publicznej. Poniżej najważniejsze z nich:

1. **Zdrowie stanowi najwyższą wartość w hierarchii życiowych priorytetów w polskim społeczeństwie**

- Ponad połowa Polaków uznaje utrzymanie dobrego zdrowia, obok szczęścia rodzinnego, za jedno z najistotniejszych aspektów w życiu (CBOS, 2019, CBOS, 2020).

2. **Polacy żyją krócej niż statystyczny Europejczyk**

- Najnowsze dane Eurostatu za 2023 rok pokazują, że średnia długość życia w Unii Europejskiej wzrosła do 81,4 roku. W Polsce w 2023 roku średnia oczekiwana długość życia wyniosła 78,4 lat. Długość życia polskich mężczyzn wynosiła 74,6 lat (EU=78,7 lat), a kobiet - 82,1 lata (EU=84,0 lat).
- Według Eurostatu w 2022 roku, długość życia w zdrowiu polskich mężczyzn wynosiła 60,8 lat (EU=62,4), a kobiet - 64,1 lat (EU=62,8). Życie w zdrowiu to jeden z parametrów branych pod uwagę przy ocenie jakości życia w danych kraju, a wydłużenie tego okresu powinno być jednym z głównych celów polityki zdrowotnej, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństw¹².
- Zgony możliwe do uniknięcia (avoidable), to suma zgonów spowodowanych chorobami, którym można zapobiec (preventable) albo wyleczyć (treatable). Według Eurostat, w 2022 r. wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia wyniósł dla Polski 383,7/100 tys. mieszkańców, przy średniej dla Unii Europejskiej – 257,8/100 tys. (Szwecja odnotowała najlepszy wskaźnik - 169,3/100 tys., a Litwa najgorszy – 543,2/100 tys.). Wskaźnik zgonów, którym można zapobiec wyniósł dla Polski 243,7/100 tys. mieszkańców, przy średniej dla Unii Europejskiej – 168,1/100 tys. (Szwecja odnotowała najlepszy wskaźnik - 110,2/100 tys., a Litwa najgorszy – 342,6/100 tys.). Wskaźnik zgonów spowodowanych chorobami, które można wyleczyć wynosił dla Polski 140,0/100 tys. mieszkańców, przy średniej dla

¹² Mortality and life expectancy statistics. Eurostat. 2025 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics

Unii Europejskiej – 89,7/100 tys. (Szwecja odnotowała najlepszy wskaźnik - 59,2/100 tys., a Litwa najgorszy - 200,7/100 tys.)¹³.

3. System ochrony zdrowia w Polsce od dekad jest niedofinansowany

- Według Eurostat, Polska wydawała na zdrowie w 2022 r. 6,4% produktu krajowego brutto (PKB), przy średniej EU=10,4% PKB. Odpowiadało to 1 960 Euro PPP (parytetu siły nabywczej) na głowę mieszkańca Polski rocznie, przy średniej EU - 3 685 Euro PPP. Czechy wydawały na zdrowie w 2022 r. 2 908 Euro PPP na głowę mieszkańca oraz 8,8% PKB¹⁴.
- Publiczne wydatki na ochronę zdrowia będą nieuchronnie rosły. W coraz mniejszym stopniu będą finansowane ze składek zdrowotnych, a w coraz większym stopniu z innych podatków. Konieczne jest wypracowanie nowoczesnego, zwiększającego efektywność modelu finansowania ochrony zdrowia, uwzględniającego konieczność inwestycji w zdrowie publiczne, opiekę zdrowotną oraz opiekę długoterminową.
- **Polska ochrona zdrowia jest nie tylko niedofinansowana, ale także źle zorientowana (na chorobę, a nie na zdrowie)**
 - Poziom wydatków na ochronę zdrowia, zarówno w odniesieniu do PKB, jak i *per capita* oraz ich alokacja nie idą w parze jakością mierzoną dobrostanem zdrowotnym ludności.
 - Konsekwencją niedostatecznej koncentracji polskiej ochrony zdrowia na profilaktyce oraz problemy z dostępnością do skutecznego leczenia jest wysoka liczba zgonów możliwych do uniknięcia.

4. Zdrowie potrzebuje szerokiego wsparcia państwa, sięgającego szerzej niż tylko kompetencje jednego resortu (Ministerstwo Zdrowia)

- Dobrostan zdrowotny społeczeństwa determinowany jest działaniami wielu ministerstw, których spójność powinna wynikać z długoterminowej strategii rozwoju kraju, której kluczową wartością jest zdrowie.

5. Zdrowie może być motorem rozwoju społecznego i gospodarczego

- W obliczu rosnących wyzwań demograficznych, finansowych i systemowych rośnie potrzeba redefinicji podejścia do ochrony zdrowia – nie jako wydatku, lecz jako długofalowej inwestycji w kapitał zdrowia.
- W EU coraz częściej mówi się o konieczności poprawy produktywności i wzrostu gospodarczego, tymczasem, jeśli długość życia w zdrowiu spada w okolicy 55 lat, to oznacza to, iż duża liczba osób jest niezdolna do pracy. Jeśli 50- i 60-latkowie nie mogą pracować ze względu na swój stan zdrowia, to oznacza to ogromną utratę produktywności

¹³ Preventable and treatable mortality statistics. Eurostat. 2025 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics

¹⁴ Healthcare expenditure statistics – overview. Eurostat. 2025 <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=655271>

Przebieg narady

W ramach debaty okrągłego stołu odbyły się wystąpienia i wypowiedzi zaproszonych panelistów, reprezentujących interesariuszy systemowych. Z racji na ograniczenia czasowe konferencji pozostali uczestnicy zostali poproszeni o przesłanie komentarzy i wniosków drogą mailową na adres: zdrowie@ippez.pl.

Deбата okrągłego stołu pt. „Zdrowie w centrum – międzyresortowa odpowiedzialność. Tezy do społecznej umowy zdrowotnej 2025” odbyła się w formule trzech bloków tematycznych, w ramach których miały miejsce wystąpienia i wypowiedzi zaproszonych panelistów, reprezentujących interesariuszy systemowych:

- Blok I: Zdrowie publiczne we wszystkich politykach
- Blok II: Efektywna opieka zdrowotna warunkiem odporności państwa
- Blok III: Opieka długoterminowa to nie margines systemu, ale jeden z jego fundamentów

Blok I: Zdrowie publiczne we wszystkich politykach

Celem debaty było określenie roli zdrowia publicznego jako kluczowego filaru polityki państwa zorientowanego na dobrostan obywateli. Uczestnicy wspólnie zastanowili się, jak wzmocnić działania w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia i przeciwdziałania nierównościom zdrowotnym, by nie tylko ograniczać skutki chorób, ale realnie budować kapitał zdrowia polskiego społeczeństwa. Debatę miała także na celu zidentyfikowanie barier, które dziś ograniczają skuteczność zdrowia publicznego – w zakresie finansowania, koordynacji między instytucjami, czy społecznego zrozumienia jego roli – oraz wypracowanie konkretnych rekomendacji do wdrożenia w perspektywie 2 i 5 lat. W centrum dyskusji znalazło się pytanie: Jak zbudować państwo, które aktywnie wspiera życie w zdrowiu – zamiast reagować na skutki chorób?

Wprowadzeniem do panelu była prezentacja prof. Iwony Kowalskiej-Bobko, w której podkreślono:

- Zdrowie publiczne koncentruje się na zdrowiu zbiorowym, nie tracąc z pola widzenia dobrostanu jednostek.
- Zdrowie publiczne to monitorowanie i ocena stanu zdrowia, promocja zdrowia i zarządzanie polityką zdrowotną.
- Europejskie Biuro WHO kładzie specjalny nacisk na budowanie potencjału systemów zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście wyrównywania nierówności zdrowotnych.
- Rekomendowane jest lepsze koordynowanie działań w zakresie zdrowia publicznego w Polsce. Zgodnie z koncepcją „Zdrowie we wszystkich politykach” koordynacja działań w ramach zdrowia publicznego powinna być umiejscowiona poza resortem zdrowia, aby realnie wpłynąć na ocenę skutków regulacji, uwzględniając obszar zdrowia publicznego.
- Konieczna jest nowelizacja ustawy o zdrowiu publicznym i wskazanie nowej architektury systemu zdrowia publicznego.
- Kraje Unii Europejskiej finansują zdrowie publiczne ze specjalnego budżetu, do którego wpływają dochody z podatków od cukru, alkoholu i tytoniu.

- System finansowania zdrowia publicznego w Polsce jest nieadekwatny do potrzeb i opiera się na finansowaniu działań przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ i samorządy terytorialne. Nowością jest podatek cukrowy obowiązujący od 2021 r., który dostarcza rocznie do NFZ ok. 1,5 mld zł.
- Powinien być powołany odrębny fundusz na zdrowie publiczne, w którym zostaną alokowane adekwatne do potrzeb środki na finansowanie profilaktyki, promocji zdrowia, badań i monitoringu.

Wypowiedzi panelistów:

- Katarzyna Skrętowska-Szysko, Dyrektor Zespołu Zdrowia, Rzecznik Praw Dziecka
 - W Polsce brakuje koordynacji pomiędzy systemem ochrony zdrowia, opieki społecznej i edukacji. Widać to m. in. w braku kompleksowości działań profilaktycznych w zakresie spożycia alkoholu oraz tytoniu i nikotyny. Brak koordynacji jest szczególnie widoczny w zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży. Zmiany legislacyjne nie są konsultowane ze wszystkimi resortami, co w przypadku zmiany prawa w zakresie postępowania z nieletnimi i ich wsparcia bardzo niekorzystnie wpłynęło na system stacjonarnej opieki psychiatrycznej.
 - Problemem jest podejmowanie decyzji przez polityków bez uzyskania społecznego konsensusu wszystkich interesariuszy systemowych. Przykładem jest zagadnienie edukacji zdrowotnej, gdzie ze znakomitego projektu zrobiono rozwiązanie nie wychodzące naprzeciw rzeczywistym potrzebom dzieci i młodzieży.
 - Młodzi ludzie są świadomi swojego zdrowia i chcą brać za nie odpowiedzialność. Zdrowie zaczyna się od najmłodszych lat i dlatego powinniśmy kierować nasze działania do szkół.
- prof. Zbigniew Izdebski, Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Zielonogórski, Collegium Medicum
 - Edukacja zdrowotna jest problemem międzyresortowym. Pomimo, że edukacja zdrowotna została wprowadzona do szkół jako przedmiot nieobowiązkowy, to jest to bardzo duże osiągnięcie rządu, że ten przedmiot został wprowadzony.
 - Należy się teraz zastanowić, jak najlepiej wspierać ta inicjatywę. W perspektywie dwóch lat ważna jest organizacja kształcenia podyplomowego w tym zakresie dla edukatorów, a w perspektywie pięciu lat działania ośrodków badawczych w zakresie monitorowania efektów i doprowadzenie do tego, aby edukacja zdrowotna stała się przedmiotem obowiązkowym.
- prof. Tomasz Zdrojewski, Komitet Zdrowia Publicznego PAN
 - Podejmowanie kluczowych decyzji z zakresu polityki zdrowotnej wymaga praktycznych analiz i opracowań dotyczących zdrowia publicznego w kraju. W ramach projektu Polskie Zdrowie 2.0, Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk opracował we współpracy z wieloma ekspertami 19 ekspertyz (policy briefs) dotyczących wybranych aspektów systemu zdrowia w Polsce.
 - Nowoczesne państwo zorientowane na zdrowie powinno edukować zdrowotnie dzieci i społeczeństwo oraz promować zdrowie w sposób systematyczny, systemowy, kompleksowy i wielosektorowy. Powinno prowadzić nowoczesną prewencję chorób zakaźnych na zasadzie polityki zdrowotnej opartej

na faktach, zawsze z analizami kosztowo-efektywnymi. W zakresie lat w zdrowiu osiągane są wskaźniki, co najmniej na poziomie średniej europejskiej oraz ciągle redukowanie nierówności w zdrowiu.

- Od 30 lat, Ministerstwo Zdrowia jest *de facto* „ministerstwem choroby”.
- Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk proponuje od wielu lat inicjatywę Foresight Medyczny, czyli diagnozę przyszłości systemu ochrony zdrowia.
- dr Tomasz Zieliński, Wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego
 - Podstawowa opieka zdrowotna powinna pełnić fundamentalną rolę w systemie ochrony zdrowia. Szczególnie w aspekcie prewencji i profilaktyki, aby uniknąć rozwoju chorób.
 - Należy budować infrastrukturę, aby pacjenci mogli dotrzeć do placówki ochrony zdrowia, również z wykorzystaniem telemedycyny.
 - Zalecane jest wprowadzenie zawodu koronera, aby odciążyć lekarzy POZ z obowiązku stwierdzania zgonu.
 - Opieka koordynowana w POZ oraz bilans dorosłych „Moje Zdrowie” wymagają adekwatnego finansowania oraz zmniejszenia biurokracji.
 - W perspektywie dwóch lat należy zapobiec zamykaniu przychodni POZ na terenach wiejskich oraz rozwijać opiekę koordynowaną w POZ i program „Moje Zdrowie”
 - W perspektywie pięciu lat należy rozwijać profilaktykę zdrowotną poprzez wprowadzanie ulg podatkowych dla obywateli ją stosujących oraz premiowania POZ za jej prowadzenie.
- Jakub Bińkowski, Członek Zarządu Związku Przedsiębiorców i Pracodawców
 - Jeśli dobrze zdefiniuje się problem, to można osiągnąć konkretny cel dzięki woli politycznej, skoordynowanej polityce publicznej i konsensusowi społecznemu.
 - W zakresie zdrowia publicznego zalecane jest postawienie za cel, co możemy osiągnąć za 10-15 lat. Ministerstwo Zdrowia powinno być w stałym dialogu z Ministerstwem Rozwoju i Technologii, a sektor zdrowotny powinien mieć stałe, strategiczne miejsce w polityce państwa. Jeśli mamy problem otyłości dzieci i młodzieży, to postawmy sobie za cel, że tej otyłości w perspektywie wieloletniej nie będzie. Analogicznie z problemem dostępu młodych osób do opieki psychiatrycznej. Celem powinno być poprawienie dostępu do tej opieki.
 - Dwa obszary konieczne do zbudowania konsensusu społecznego to finansowanie opieki zdrowotnej oraz profilaktyka zdrowotna.
- Agnieszka Grzybowska-Zalewska, Doradca Prezesa Pracodawców RP
 - Zdrowe społeczeństwo to zdrowe państwo i rozwijająca się gospodarka.
 - Od wielu lat nakłady na zdrowie są postrzegane jako koszt, a nie jako inwestycja.
 - Powinniśmy analizować dane z systemu ochrony zdrowia i wyciągać z nich wnioski. Niewykorzystanym źródłem danych jest medycyna pracy.
 - Partnerstwo publiczno-prywatne może poprawić wykorzystanie wspólnych zasobów, aby zwiększyć efektywność działań, co przełoży się na wzrost produktywności społeczeństwa.
 - Rekomendowane jest stworzenie międzyresortowej rady ds. strategii w ochronie zdrowia.

- Ewa Kalbarczyk, zastępca Dyrektora Narodowego Instytutu Wolności (NIW)
 - Narodowy Instytut Wolności (NIW) - Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego wspiera organizacje pozarządowe poprzez programy dotacyjne i Akademię NIW, oferującą szkolenia i warsztaty. Działania NIW skupiają się na wzmacnianiu społeczeństwa obywatelskiego i rozwoju sektora NGO, a także na promowaniu aktywności społecznej i postaw obywatelskich.
 - NIW prowadzi programy takie jak Rządowy Program Wsparcia Organizacji Pozarządowych (MMS), który jest skierowany do organizacji pozarządowych, w tym do grup nieformalnych, działających na poziomie lokalnym i NOWEFIO - program kontynuujący wsparcie dla organizacji pozarządowych, z naciskiem na promocję aktywności społecznej i obywatelskiej. Program Akademia NIW, to organizacja szkoleń i warsztatów dla NGO, mających na celu rozwój ich kompetencji i wiedzy. Program "Moc Małych Społeczności" ma na celu wzmocnienie lokalnych organizacji działających na obszarach wiejskich i w małych miastach. NIW monitoruje i ocenia projekty realizowane w ramach programów dotacyjnych, co pozwala na doskonalenie ich działania.
 - Kluczowa jest dobra współpraca organizacji pozarządowych z samorządem terytorialnym.
- Marta Pawłowska, Partnerstwo „Stop Otyłości”
 - Państwo zorientowane na zdrowie publiczne, to państwo, które nie boi się wzmocnienia pozycji swoich obywateli, jako aktywnych uczestników w procesach decyzyjnych dotyczących ich własnego zdrowia oraz zdrowia publicznego. Takie państwo tworzy strategię długofalową oraz mechanizmy koordynacji.
 - Strategia „Stop Otyłości” to wielosektorowa inicjatywa mająca na celu redukcję otyłości w Polsce. Działa na rzecz podniesienia świadomości społecznej na temat otyłości, wdrażania edukacji zdrowotnej, promowania zdrowego stylu życia oraz poprawy dostępu do zdrowej żywności. Współpraca między sektorem publicznym, prywatnym i społecznym jest kluczowa dla skuteczności strategii.
 - Strategia „Stop Otyłości” ma na celu stworzenie w Polsce ekosystemu, który sprzyja redukcji otyłości na wszystkich poziomach – od profilaktyki po leczenie. Jest to kompleksowe i długoterminowe działanie, które wymaga zaangażowania wielu podmiotów i szerokiego poparcia społecznego.
 - Główne założenia strategii „Stop Otyłości” to: zwiększenie świadomości społecznej poprzez edukację społeczeństwa na temat otyłości jako choroby, jej konsekwencji zdrowotnych i sposobów zapobiegania. To wprowadzenie edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej do szkół i przedszkoli, a także promowanie zdrowych nawyków w miejscu pracy i w środowisku lokalnym. Pragniemy promować zdrowy styl życia poprzez zachęcanie do regularnej aktywności fizycznej, spożywania zdrowej żywności (dużo warzyw i owoców oraz produktów pełnowartościowych), unikania siedzącego trybu życia oraz kontrolowania wielkości porcji. To także działania na rzecz upowszechniania zdrowej żywności, w tym ograniczenie reklam niezdrowych produktów spożywczych i napojów. To tworzenie programów profilaktycznych i interwencyjnych, w tym opracowywanie i wdrażanie programów skierowanych do osób z otyłością oraz programów redukcji masy ciała i wsparcia psychologicznego.

- W realizacji Strategii „Stop Otyłości” kluczowa jest współpraca międzysektorowa – szczególnie nawiązywanie i rozwijanie współpracy między sektorami publicznym, prywatnym i społecznym oraz regularne monitorowanie i ocena skuteczności podejmowanych działań, aby na bieżąco dostosowywać strategię do zmieniającej się sytuacji. Ważnym elementem strategii jest również zmiana języka, jakim mówimy o otyłości. Unikanie określeń stygmatyzujących i oceniania osób z otyłością, a zamiast tego używanie terminów obiektywnych i medycznych, jest kluczowe dla budowania empatii i wsparcia dla osób zmagających się z tą chorobą.
- Magdalena Kołodziej, Wiceprzewodnicząca Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia
 - Państwo zorientowane na zdrowie to państwo które patrzy długofalowo na ponoszone koszty i uzyskiwane efekty zdrowotne. Zdrowie musi być wpisane jako długofalowa strategia państwa. Należy również brać pod uwagę, ile będzie państwo kosztować konsekwencja czegoś, czego nie zrobimy.
 - Kluczowe w tym procesie jest budowanie kompetencji zdrowotnych obywateli poprzez edukację zdrowotną od najmłodszych lat. Liczymy, że przedmiot wiedza o zdrowiu w szkołach będzie rozwijany i docelowo obowiązkowy. Tylko w ten sposób zmienimy postawy społeczne wobec zdrowia w rodzinach i społeczeństwie. Ważne jest promowanie postaw zdrowotnych także poprzez działania lokalne. Może to nastąpić poprzez dotarcie do konkretnych grup społecznych za pomocą różnych form komunikacji. Inaczej powinniśmy komunikować informacje na temat zdrowia do grup młodzieżowych, inaczej do środowisk wiejskich, inaczej do kobiet i mężczyzn, a inaczej do profesjonalistów medycznych czy organizacji pacjentów.
 - Liczymy na wsparcie finansowe organizacji pozarządowych, w tym organizacji pacjentów w działaniach lokalnych w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki. To jest postulat na najbliższe miesiące i lata.
 - Należy inwestować w opiekę w warunkach domowych i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), aby pacjent i jego rodzina byli objęci kompleksową i koordynowaną opieką najbliższego miejsca zamieszkania.

Blok II. Efektywna opieka zdrowotna warunkiem odporności państwa

Celem dyskusji było wspólne zdefiniowanie, jak powinna wyglądać nowoczesna, skuteczna i przyjazna pacjentom opieka zdrowotna w państwie zorientowanym na zdrowie, a nie na chorobę. Dyskusja miała doprowadzić do wskazania konkretnych rekomendacji, które mogą stać się elementem społecznej umowy na rzecz zdrowia, obejmującej perspektywę krótko- (24 miesiące) i średnioterminową (5 lat). Debata uwzględniła potrzeby pacjentów, możliwości systemowe, ograniczenia kadrowe i finansowe oraz konieczność koordynacji i wzrostu innowacyjności systemu. Podczas dyskusji próbowano odpowiedzieć na pytanie: Jak zapewnić opiekę zdrowotną, która nie tylko skutecznie diagnozuje i leczy, ale realnie wspiera utrzymanie zdrowia, dobrostan i godność życia obywateli? Dyskusja była moderowana wokół kluczowej tezy: Inwestycje w bezpieczeństwo zdrowotne są warunkiem odporności państwa. W dyskusji szukano konkretnych rekomendacji do przyszłej umowy społecznej w zakresie opieki zdrowotnej. Próbowano udzielić odpowiedzi na pytania: Jakie zmiany systemowe, organizacyjne i finansowe są konieczne, by uczynić opiekę bardziej dostępną, przewidywalną i spójną? Jak zadbać o ciągłość

opieki, nie tylko jej fragmentaryczne epizody? Jakie działania można zrealizować w perspektywie 24 miesięcy i 5 lat?

Wprowadzeniem do panelu była prezentacja dra Sławomira Dudka z Instytutu Finansów Publicznych, w której podkreślono:

- Polska zajmuje siódme miejsce na 27 krajów Unii Europejskiej w rankingu wydatków publicznych ogółem oraz 19 miejsce w rankingu wydatków publicznych na zdrowie, jako odsetek produktu krajowego brutto (PKB).
- Rosnące wydatki publiczne na armię, zdrowie, wybory, demografię i transformację energetyczną (model szwedzki) konfrontowane są z politycznymi obietnicami obniżenia podatków (model irlandzki).
- Według raportu pt. „Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce” z czerwca 2024 r., system ochrony zdrowia w latach 2025-2027 wymaga dofinansowania na poziomie od 92,5 mld zł do 158,9 mld zł. Decyzje podejmowane w ostatnich dwóch latach doprowadziły do niemal całkowitej likwidacji rezerw finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, a zobowiązania wynikające przede wszystkim ze wzrostu płac w ochronie zdrowia mają trwałe i rosnące skutki¹⁵. Potwierdza to aktualny raport pt. „Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu”¹⁶.
- Pomimo wzrostu wydatków publicznych na zdrowie w ostatnich latach (z 4,4% PKB w 2018 r. do 5,9% PKB w 2024 r.) zaufanie obywateli do tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w Polsce, spada (z 30% w 2018 r. do 27% w 2023 r.). Na podkreślenie zasługuje, że w Belgii, zaufanie to wynosi ok. 85%, w Niderlandach – ok. 70%, a w Czechach – ok. 65%¹⁷. W rankingu niskiego odsetka zadowolenia obywateli z systemu ochrony zdrowia Polska plasuje się na poziomie ok. 27%, w porównaniu do Szwecji i Czech – na poziomie ok. 65%.
- Brak zaufania społeczeństwa i zadowolenia pacjentów z usług świadczonych przez publiczny system ochrony zdrowia przekształca się w przekonanie, że system ochrony zdrowia jest niewydolny, świadczy usługi niskiej jakości, co prowadzi do niechęci społeczeństwa i polityków do zwiększonej kontrybucji i/lub zmiany struktury wydatków publicznych. Dlatego w Polsce od dekad obserwujemy relatywnie niski poziom nakładów publicznych na zdrowie, co prowadzi do pogłębiającej się niewydolności publicznego systemu ochrony zdrowia. Obserwujemy więc, typowe błędne koło decyzyjne.

Wypowiedzi panelistów:

- Jakub Szulc, Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia
 - Pacjenci oczekują wysokiej jakości usług zdrowotnych.
 - Nie mamy w Polsce systemu informowania opinii publicznej, jak działa system ochrony zdrowia.

¹⁵ Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Bernard Waśko, Wojciech Wiśniewski. Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027. Instytut Finansów Publicznych, Federacja Przedsiębiorców Polskich, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Czerwiec 2024. Dostępne:

<https://www.pzh.gov.pl/raport-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-perspektywa-2025-2027/>

¹⁶ Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Wojciech Wiśniewski. Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu. Instytut Finansów Publicznych. Federacja Przedsiębiorców Polskich. Luty 2025. Dostępne: https://federaciaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2025/02/Finanse-ochrony-zdrowia-pod-scislym-nadzorem-procedury-nadmiernego-deficytu_Raport_IFP_FPP.pdf

¹⁷ OECD Trust Survey Data. 2023 <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-trust-survey-data.html>

- Dalej pokutuje przekonanie, że najlepsza opieka medyczna jest w szpitalu, więc tworzą się kolejki, pomimo nielimitowanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS).
 - Rekomendowany jest wzrost edukacji zdrowotnej oraz wprowadzenie koordynatora opieki, na wzór koordynatorów opieki w Krajowej Sieci Onkologicznej.
- dr Klaudiusz Komor, Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
 - Zdrowie nie jest priorytetem rządu.
 - Rekomendowane jest zadbanie o kadry medyczne, w tym wprowadzenie klauzuli wyższego dobra oraz zmniejszenie biurokracji.
- dr n. med. Andrzej Tytuła, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
 - Biurokracja jest destrukcyjna dla kadr medycznych.
 - W Polsce nie wykorzystuje się potencjału pielęgniarek (np. brakuje porady pielęgniarskiej w AOS).
- dr n. med. i n. o zdr. Marek Tomków, Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej
 - Farmaceuci nie są przewidziani w żadnym programie profilaktycznym – jedynym wyjątkiem jest program "dzień po", w ramach którego farmaceuci w aptekach mogą wystawiać recepty farmaceutyczne na antykoncepcję awaryjną (tzw. tabletkę "dzień po") dla kobiet od 15. roku życia. Pilotaż rozpoczął się 1 maja 2024 roku i potrwa do 30 czerwca 2026 roku.
 - Farmaceuci nie są wykorzystywani w przeglądach lekowych.
 - Farmaceuci mogą przeprowadzać szczepienia ochronne dla dorosłych (18+) przeciwko 26 chorobom zakaźnym, w tym przeciw grypie, pneumokokom, HPV, wściekliznie i wielu innym (również szczepienia związane z medycyną podróży).
 - Postulowane jest wykorzystanie potencjału farmaceutów poprzez możliwość wykonywania większej liczby świadczeń w ok. 11 tys. aptek otwartych.
- dr n. med. Monika Pintal-Ślimak, Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych
 - Kompetencje diagnostów laboratoryjnych nie są w pełni wykorzystane.
 - Rekomendowana jest odbudowa zaufania społecznego do kadr medycznych oraz współpraca z organizacjami pacjentów.
- dr hab. Elżbieta Skorupska, Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów
 - Należy w pełni wykorzystać potencjał fizjoterapeutów.
 - Nowa klasyfikacja ICD11 stwarza nowe możliwości dla fizjoterapeutów.
 - Opieka koordynowana powinna zagwarantować pacjentowi bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty (np. 90% pacjentów z bólem pleców powinno być leczonych przez fizjoterapeutów).
- lek. Sebastian Goncerz, Przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
 - Kluczowa jest jakość i bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez kadry medyczne.
 - Rekomendowany jest nadzór nad procesem kształcenia lekarzy, zarówno przez uczelnie medyczne jak i ośrodki kliniczne, w procesie uzyskiwania specjalizacji.
- Karol Poznański, Rzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

- W ostatnich trzech dekadach wzrosła długość oczekiwanego życia Polaków o osiem lat, jednak Polak żyje w zdrowiu tylko 60 lat, a Polka ok. 63 lata.
- Przez edukację zdrowotną, profilaktykę i skuteczne leczenie można ograniczyć liczbę rent i absencji chorobowych.
- Działania w zakresie zdrowia publicznego wymagają środków, strategii i czasu. Można to porównać do tankowca i motorówki na morzu. Tankowiec jest symbolem działań wobec całego społeczeństwa, a motorówka symbolizuje obywatela. Motorówka może od razu zmienić kurs, tak jak obywatel rzucić palenie, zacząć aktywność fizyczną, czy wykonać badania profilaktyczne. Natomiast, zanim kurs zmieni tankowiec, upłynie więcej czasu. Dlatego działania w zakresie zdrowia publicznego w skali całego społeczeństwa powinny być długofalowe i zacząć się już w przedszkolu.
- Jakub Kraszewski, Prezes Polskiej Unii Szpitali Klinicznych
 - Pogłębia się kryzys zaufania do publicznego systemu ochrony zdrowia.
 - Usztywnienie systemu płac może skłaniać kadry medyczne do ucieczki z publicznego systemu do sektora prywatnego.
 - Wyzwaniem jest poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia oraz wzrost dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych.
- Urszula Szybowicz, Dyrektor Operacyjna Polskiej Federacji Szpitali
 - Opieka zdrowotna powinna współpracować z opieką społeczną poprzez m.in. stworzenie Regionalnych Centrów Dobrostanu.
 - Rekomendowana jest implementacja standardów opieki w każdym ośrodku klinicznym, monitorowanie kryteriów jakościowych oraz ambulatoryzacja świadczeń.
 - Kluczowym warunkiem poprawy jakości i efektów jest praca w wielodyscyplinarnych zespołach.
 - Powinien powstać ogólnopolski system monitorowania wyników uzyskiwanych przez pacjentów (Patient Reported Outcomes, PRO), w tym wyników klinicznych (PROM) oraz doświadczeń pacjentów w systemie (PREM).
 - Rekomendowane jest jak najszybsze wprowadzenie Cyfrowego Paszportu Zdrowotnego pacjentów.
- dr Artur Prusaczyk, IFIC Polska
 - System ochrony zdrowia w Polsce wymaga silnego przywództwa i lidera zmian.
 - Kluczowe jest zarządzanie danymi i komunikacja.
 - Zarządzanie finansami systemu ochrony zdrowia nie jest tożsame z zarządzaniem systemem.
 - Problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak postawienia diagnozy problemów i brak wprowadzania skutecznych działań naprawczych.
 - Wyzwaniem jest alokacja i rozwój kadr medycznych i pomocniczych (koordynatorzy opieki).
- Joanna Frączak-Kazana, Wiceprzewodnicząca Prezydium Rady Organizacji Pacjentów przy RPP
 - Dla pacjenta najważniejsza jest jakość świadczeń zdrowotnych, poprzez praktyczną realizację aktualnych standardów terapeutycznych w każdym ośrodku klinicznym.

- Kluczowa jest koordynacja opieki realizowana przez profesjonalnych koordynatorów (od 2017 r. wprowadzono koordynatorów opieki onkologicznej, a od 2025 r. koordynatorów w każdej placówce Krajowej Sieci Onkologicznej).
- Rekomendowane jest powstanie i wdrożenie krajowej platformy informatycznej do pomiaru jakości.

Blok III - Opieka długoterminowa to nie margines systemu, ale jeden z jego fundamentów

Celem debaty było wskazanie kierunków zmian niezbędnych do stworzenia spójnego, przewidywalnego i godnego systemu opieki długoterminowej, odpowiadającego na dynamicznie rosnące potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Uczestnicy podjęli próbę określenia, jak przejść od aktualnego modelu świadczeń do nowoczesnego systemu, który realnie wspiera osoby niesamodzielne i ich opiekunów. Debata miała na celu zidentyfikowanie obszarów wymagających pilnych działań legislacyjnych, organizacyjnych i finansowych, a także wypracowanie konkretnych rekomendacji – zarówno w perspektywie 24 miesięcy, jak i 5 lat. W centrum rozmowy znalazło się pytanie: Jak zbudować system opieki długoterminowej, który nie zostawia nikogo bez wsparcia i stanowi integralną część polityki zdrowotnej oraz społecznej państwa? Dyskusja moderowana wokół kluczowej tezy: „Opieka długoterminowa to nie margines systemu – to jeden z jego fundamentów”. Jakie mechanizmy są niezbędne, by opieka długoterminowa była dostępna, godna i zintegrowana z innymi sektorami? Jak zapewnić ciągłość opieki, koordynację usług i wsparcie dla opiekunów? Jakie działania można zrealizować w perspektywie 24 miesięcy i 5 lat?

We wprowadzeniu do dyskusji panelowej, prof. Marta Podhorecka z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu stwierdziła:

- Średnia długość życia Polaków będzie rosła. W 2025 roku wynosi 82,2 lata dla kobiet i 74,6 lat dla mężczyzn, w 2030 roku estymowana długość życia będzie wynosić 83,1 lata dla kobiet i 75,6 lat dla mężczyzn, a w 2050 roku – odpowiednio 85,0 lat i 78,0 lat.
- W 2025 roku populacja osób powyżej 60 r.ż. wynosiła 9,9 mln (26% ogółu populacji). Estymowana populacja osób powyżej 60 r.ż. w 2030 r. – 10,3 mln osób (28% ogółu populacji), a w 2050 – 12,4 mln osób (36% ogółu populacji).
- Kluczowe wyzwania w organizacji opieki długoterminowej, to:
 - Brak spójności systemowej (Rozproszenie odpowiedzialności między sektorami i poziomami administracji. Brak koordynacji opieki i jednego lidera strategicznego, co prowadzi do fragmentacji usług i nieefektywnego wykorzystania zasobów)
 - Luka informacyjna (Brak aktualnych i pełnych danych o osobach niesamodzielnych i opiekunach. System nie zapewnia monitorowania jakości i efektów opieki – co utrudnia zarządzanie, planowanie i finansowanie).
 - Nierówności w dostępie i jakości (Znaczące różnice terytorialne – od opieki domowej po usługi dzienne i placówki stacjonarne. Brak ogólnopolskich standardów jakości, definicji kompetencji oraz narzędzi oceny świadczeniodawców).
 - Niedostateczny rozwój usług środowiskowych (Niewystarczająca dostępność usług w miejscu zamieszkania, dziennej, rehabilitacyjnej i wytchnieniowej. Usługi

zbyt daleko od miejsca zamieszkania pacjenta, co utrudnia korzystanie z nich. Rehabilitacja i opieka poszpitalna nie są spójnie zintegrowane z systemem wsparcia długoterminowego).

- Proponowane rozwiązania systemowe:
 - Ramy systemowe (Wydzielenie opieki długoterminowej jako niezależnego filaru ochrony zdrowia. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu opiekuńczym - model solidarnościowy). Organizacja i koordynacja przez samorządy, finansowanie według algorytmu potrzeb).
 - Rozbudowa opieki środowiskowej (Wzmocnienie opieki domowej, dziennych domów opieki oraz usług towarzyszących. Systemowy rozwój usług opieki wytchnieniowej, asystencji i wsparcia funkcjonalnego blisko miejsca zamieszkania).
 - Kompleksowe wsparcie dla opiekunów rodzinnych (Programy szkoleń, poradnictwa, edukacji i grup samopomocowych. Wprowadzenie mechanizmów finansowego wsparcia).
 - Integracja opieki poszpitalnej i długoterminowej (Gwarancja płynnych przejść między szpitalem a opieką środowiskową. Rehabilitacja i opieka pielęgnacyjna jako element ciągłej ścieżki pacjenta).
 - Technologie i innowacje w opiece (Rozwój teleopieki i zdalnego monitoringu stanu zdrowia. Wykorzystanie algorytmów AI do predykcji ryzyka niesamodzielności, zarządzania zasobami i optymalizacji ścieżek opieki. Cyfrowe platformy koordynacji opieki – łączenie usług, danych i osób wspierających).

Wypowiedzi panelistów:

- Marzena Okła-Drewnowicz, Ministra ds. Polityki Senioralnej
 - Fundamentem powodzenia polityki senioralnej jest nie tylko dobre spojrzenie na potrzeby seniorów, ale też współpraca z samorządami terytorialnymi i partnerami społecznymi, bo one są najbliżej seniora.
 - Powołanie Międzyresortowego Zespołu ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi jest wyrazem wspólnego zaangażowania w poprawę jakości życia osób starszych poprzez współpracę resortów zdrowia, rodziny i polityki senioralnej.
 - Opieka długoterminowa jest jednym z „kamieni milowych” Krajowego Planu Odbudowy.
 - W interesie społeczeństwa jest organizacja przez państwo usług opiekuńczych w taki sposób, żeby osoby aktywne zawodowo w sytuacji, kiedy chcą pracować, nie były zmuszone do rezygnacji z pracy, by zająć się bliskimi seniorami.
 - Od 1 stycznia 2026 roku będzie finansowany przez rząd „bon senioralny”. Bon senioralny to nowe świadczenie, którego celem jest sfinansowanie usługi wsparcia o charakterze opiekuńczym w miejscu zamieszkania seniora. Maksymalna wartość bonu senioralnego to 2 150 zł, a pomoc gminy skierowana jest do seniorów w wieku 75+ i ich pracujących rodzin.
 - Seniorzy w swojej codzienności zderzają się z samotnością, dlatego należy wspierać nowe formy aktywności seniorów.
- Arkadiusz Grądkowski, Prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED

- W 2050 roku 30% polskiej populacji będzie w wieku emerytalnym, a dodatkowo populacja Polski będzie się zmniejszać. Ponadto, kadra medyczna się starzeje – średni wiek lekarza i pielęgniarki to 55 lat.
- W zaopiekowaniu się pacjentem seniorem pomagają technologie z zakresu wyrobów medycznych. W Polsce bardzo dobrze działa System wspierania w wyroby medyczne, który opiera się głównie na refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz na możliwości dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Pacjenci mogą otrzymać dofinansowanie do zakupu wyrobów medycznych, takich jak wózki inwalidzkie, protezy, ortezy, wyroby chłonne, czy sprzęt stomijny i cewniki, na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza lub inną uprawnioną osobę. Nie działa natomiast system informacji i pacjenci nie wiedzą, co im się należy i co im może pomóc. Należy więc wprowadzić system koordynacji informacji do pacjenta.
- System opieki domowej powinien być zmodernizowany o wykorzystanie nowych technologii, takich jak rozwiązania robotyczne, systemy podnośników liniowych, czujników do monitorowania, w tym opasek telemedycznych. W Polsce nie ma jasnej ścieżki legislacyjnej do włączania takich technologii do koszyka świadczeń gwarantowanych. Przydatność tych technologii sprawdza się już w kanale dystrybucji bezpośredniej, kiedy polskie rodziny zakupują te wyroby ze środków własnych.
- dr n. o zdr. Anna Baumann-Popczyk, Dyrektor Departamentu Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych, Główny Inspektor Sanitarny
 - Państwowa Inspekcja Sanitarna towarzyszy obywatelowi od urodzenia, aż do wieku podeszłego. W zakresie opieki długoterminowej są to kontrole sanitarno-epidemiologiczne w placówkach opieki, w których jest ona sprawowana. Jest to tym bardziej ważne, że z racji na wiek, wielochorobowość oraz skupisko, w którym przebywają te osoby, są one szczególnie podatne na choroby zakaźne.
 - Dlatego, w tym kontekście, bardzo ważne jest zabezpieczenie szczepień ochronnych w tej populacji pacjentów. Obecnie istnieje szereg barier systemowych, bo osoby przebywające w placówkach opieki długoterminowej są to zwykle osoby niesamodzielne, które wymagają dotarcia i zapewnienia szczepienia w miejscu ich pobytu. Muszą pojawić się nowe regulacje prawne, które by to umożliwiały. Brakuje również procedur i dobrych praktyk, na wzór przygotowanych przez GIS i Ministerstwo Rodziny procedur w okresie pandemii COVID-19.
 - Informacja o zasadności szczepień w grupie seniorów powinna trafić do ich rodzin i opiekunów oraz do lekarzy POZ. Szczególnie, że wielu seniorów jest wykluczonych cyfrowo i nie jest w stanie znaleźć informacji o zasadności szczepień.
- Jakub Adamski, Dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta
 - Osoby starsze potrzebują przewodnika po systemie opieki zdrowotnej i opieki socjalnej. Większość zgłoszeń do RPP dotyczy problemu, jak odnaleźć się w systemie ochrony zdrowia i systemie opieki społecznej, gdy występuje jakiś problem zdrowotny, czy opiekuńczy.

- Zadowolenie z usług opieki zdrowotnej jest wyższe u osób, które z niej korzystały, niż osób, które z niej nie korzystały. To pokazuje, jak ważna jest komunikacja o podejmowanych działaniach w systemie ochrony zdrowia oraz komunikacja do pacjenta przez personel medyczny i pomocniczy. W przypadku opieki długoterminowej te problemy się nasilają.
- W Polsce występuje nierówność w dostępie do opieki długoterminowej. Większe szanse na lepszą opiekę mają osoby o wyższym statusie majątkowym, często z większych miast, które mogą skorzystać z prywatnych usług. Dodatkowo istnieje w Polsce problem kulturowy oddawania osób starszych do domów opieki długoterminowych, często przy braku kompetencji i możliwości opieki przez rodziny w miejscu zamieszkania seniora. Przeciwnym modelem opieki jest model skandynawski, w którym standardem jest pobyt seniora w profesjonalnym domu opieki i cykliczne odwiedziny rodziny.
- Dariusz Dziełak, Dyrektor Biura Partnerstwa Publicznego i Innowacji w Narodowym Funduszu Zdrowia
 - Rosnąca oczekiwana długość życia obywateli to pozytywne zjawisko, które ma jednak konsekwencje zdrowotne. Po drugie, maleje liczba urodzeń, co spowoduje, że do 2060 roku populacja Polski zmaleje o siedem milionów. W Centralnym Wykazie Ubezpieczonych identyfikujemy trzeci trend, a mianowicie migrację ludności ze wsi do miast. W pięciu województwach, mających duże aglomeracje (mazowieckie, śląskie, pomorskie, wielkopolski i dolnośląskie) rośnie liczba ludności, kosztem obszarów wiejskich, w których często mieszkają sami seniorzy. Implikuje to problem zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej, a także opieki długoterminowej na tych terenach.
 - Opieka długoterminowa powinna mieć wyodrębnione źródło finansowania. Należy jak najszybciej wprowadzić Powszechne Ubezpieczenie Opiekuńcze, aby osiągnąć efekt za kilkanaście lat. Opieka długoterminowa nie powinna konkurować w budżecie NFZ z kardiologią, onkologią, czy innymi dziedzinami medycyny.
- dr Anna Gołębicka, ekspert Centrum im. Adama Smitha
 - W Polsce nie umiemy leczyć wielochorobowości, z powodu złej organizacji systemu ochrony zdrowia, który nie leczy holistycznie pacjenta w jednym miejscu udzielania świadczeń.
 - Zniknął w naszym kraju model rodziny wielopokoleniowej, mieszkającej pod jednym dachem. Młodzi ludzie wolą zaopiekować się psem lub kotem sąsiada, niż osobą starszą mieszkającą obok, czy w przyszłości rodzicami.
 - Brakuje opiekunów osób starszych, przy pogłębiającej się samotności seniorów, którzy często mieliby lepszą opiekę i towarzystwo w domach opieki. Jednocześnie dalej pokutuje negatywny obraz rodziny oddającej seniora do domu opieki.
 - Należy liczyć koszty związane z chorobą i opieką nad chorym całościowo, a nie traktować je jako osobne wydatki NFZ i ZUS.
 - Stwórzmy nowy system aktywizacji seniorów i ich partycypacji w społeczeństwie.
- Urszula Jaworska, Fundacja Urszuli Jaworskiej
 - W Polsce nie analizujemy potrzeb seniorów poprzez regularny dialog i badania, takie jak zrobiła Fundacja z Bankiem Światowym.

- Bardzo ważny jest aspekt opieki wytchnieniowej dla opiekunów nieformalnych (rodzin) oraz opiekunów seniorów.
- Należy zbudować instytucję opieki sąsiedzkiej przy wsparciu Kół Gospodyń Wiejskich i Straży Pożarnej.
- Należy uczyć dzieci i młodzież, jak opiekować się seniorami.
- Dariusz Szuszwedyk, Prezes Kamiliańskiej Misji Pomocy Społecznej
 - Koordynacja jest kluczowa w działaniach systemowych, w tym opiece długoterminowej. Obecnie opieka długoterminowa jest realizowana przez system ochrony zdrowotnej i opieki społecznej, a pomiędzy nimi nie ma koordynacji. Dalej jednak ok. 80% seniorów przebywa w domach, w których nie ma żadnych standardów i nadzoru opieki. Do tego dochodzą osoby w kryzysie bezdomności.
 - Aby poprawić sytuację powinien powstać zawód koordynatora opieki (przewodnika dla pacjenta) oraz model kontroli standardów opieki.
- Dr Leszek Borkowski, farmakolog kliniczny, Założyciel Fundacji Razem w Chorobie
 - Dyskutując o opiece nad seniorem, nie można zapomnieć o lekach. W Polsce nadużywane jest stosowanie leków, przy braku badania ich efektów.
- Aleksandra Rudnicka, Rzecznik Osób Objętych Opieką Paliatywną oraz Stowarzyszenia na Rzecz Walki z chorobami Nowotworowymi SANITAS. Członkini Rady Organizacji Pacjentów, Przewodnicząca AllCan Polska
 - Opieka paliatywna nie jest „opieką końca życia”, ale częścią opieki długoterminowej. Zajmuje się ona holistyczną opieką nad pacjentem
 - W Polsce brakuje hospicjów dla pacjentów onkohematologicznych oraz hospicjów dziennych.
 - Brakuje edukacji zdrowotnej społeczeństwa.

Tezy do społecznej umowy zdrowotnej – 2025

Zdrowie we wszystkich politykach

1. Nowoczesne państwo, to państwo zorientowane na zdrowie.
2. Długie życie w zdrowiu obywateli warunkuje rozwój społeczny i gospodarczy, dlatego wymaga strategicznego ułożenia jego ochrony w międzyresortowej polityce państwa i działaniach międzysektorowych.
3. Inwestowanie w zdrowie jako strategiczny składnik kapitału ludzkiego, powinno być uwzględnione w długoletnim planie finansowym rządu.
4. Inwestowanie w zdrowie wymaga zbudowania świadomości obywateli co do ich własnej roli w jego ochronie oraz osobistej kontrybucji w jego finansowaniu.
5. Budowa nowoczesnego zdrowia publicznego wymaga innowacyjnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych oraz profesjonalnej komunikacji społecznej.
6. Istnieje potrzeba wskazania instytucji centralnej odpowiedzialnej za zdrowie publiczne w Polsce np. Minister w KPRM ds. zdrowia publicznego, przy jednoczesnym wzmocnieniu roli samorządów w rozwoju prozdrowotnego środowiska życia obywateli.
7. Działania w obszarze zdrowia publicznego powinny być finansowane w ramach wyodrębnianego Subfunduszu Zdrowia Publicznego i alokowane według algorytmu

podziału środków przede wszystkim na działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego (JST).

Efektywna opieka zdrowotna jest warunkiem odporności państwa

8. Opieka zdrowotna może być źródłem dobrostanu, a nie źródłem kryzysu. Jej warunkiem jest dostarczanie społeczeństwu dowodów na poprawę dostępności i jakości oraz budowa zaufania do systemu publicznej opieki zdrowotnej.
9. Podstawą organizacji systemu opieki zdrowotnej powinny być standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz referencyjność świadczeniodawców.
10. Systemowe monitorowanie skuteczności usług zdrowotnych i doświadczeń pacjentów powinno być podstawą doskonalenia jakości opieki i wzmacniania orientacji na chorego i kapitał zdrowia a nie procedury i finanse.
11. Solidarna partycypacja w opiece zdrowotnej powinna iść w parze z solidarnym płaceniem składek na ubezpieczenia zdrowotne.
12. Warunkiem wzmocnienia wartości zdrowotnej jest kompleksowość i koordynacja zorientowane na profilaktykę i wczesną diagnostykę oraz nowoczesne leczenie.
13. Efektywności opieki zdrowotnej sprzyja regulowana konkurencyjność świadczeniodawców i płatników.

Opieka długoterminowa to nie margines systemu, ale jeden z jego fundamentów

14. Opieka długoterminowa powinna być odrębnym i równoważnym filarem systemu ochrony zdrowia, opartym na stabilnym modelu finansowania, który zapewni jej trwałość kadrową, finansową i jakościową.
15. Powszechne ubezpieczenie opiekuńcze stanowi niezbędny fundament dla budowy nowoczesnego i dostępnego systemu opieki długoterminowej.
16. Organizacja opieki długoterminowej powinna należeć do samorządów powiatowych i gminnych, przy czym realizacja tych zadań musi być oparta na przejrzystym algorytmie podziału środków finansowych przeznaczanych na ten cel.
17. System opieki długoterminowej musi uwzględniać narzędzia wsparcia dla opiekunów rodzinnych i zawodowych.

Bibliografia

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20150001916>
2. Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-zdrowiu-publicznym2>
3. Wdrażamy kolejne przepisy chroniące dzieci przed nikotyną i uzależniającymi nawykami. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrazamy-kolejne-przepisy-chroniace-dzieci-przed-nikotyna-i-uzalezniajacymi-nawykami>
1. Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/moje-zdrowie-bilans-zdrowia-osoby-doroslej/>
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021 – 2025. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/mswia/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021--2025>
3. Bezpieczeństwo, Europo! Priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/bezpieczenstwo-europo-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>
4. Rada EPSCO podsumowała priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia. Ministerstwo Zdrowia <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-epsco-podsumowala-priorytety-polskiej-prezydencji-w-obszarze-zdrowia>
5. Tomasz Sobierajski, Patrycja Rzucidło-Zajac, Postawy zdrowotne Polaków - Raport Health Insight,
6. Ośrodek Badań Socjomedycznych, Uniwersytet Warszawski. Warszawa 2024 <https://ippez.prowly.com/291723-raport-polki-i-polacy-a-choroby-i-zdrowie>
7. Jakub Gierczyński, Arkadiusz Nowak, Igor Grzesiak, Patrycja Rzucidło-Zajac. Raport Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia. IPPEZ 2024 <https://ippez.pl/wp-content/uploads/2024/02/Pacjent-w-polskim-systemie-ochrony-zdrowia-2024.pdf>
8. Bogdan Wojtyniak, Anna Smaga. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. 2025. NIZP-PZH 2025. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>
9. M. Gałązka-Sobotka (red.) i in., Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do stworzenia planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce, Uczelnia Łazarskiego. 2024 <https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/otylosc-skala-zjawiska-i-konsekwencje-zalozenia-do-stworzenia-planu-strategicznego-redukcji-otylosci-w-polsce/>
10. Mortality and life expectancy statistics. Eurostat. 2025 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics
11. Healthcare expenditure statistics – overview. Eurostat. 2025 <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=655271>
12. Preventable and treatable mortality statistics. Eurostat. 2025 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics
13. Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Bernard Waśko, Wojciech Wiśniewski. Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027. Instytut Finansów Publicznych, Federacja Przedsiębiorców Polskich, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Czerwiec 2024. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/raport-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-perspektywa-2025-2027/>
14. Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Wojciech Wiśniewski. Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu. Instytut Finansów Publicznych. Federacja Przedsiębiorców Polskich. Luty 2025 Dostępne: https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2025/02/Finanse-ochrony-zdrowia-pod-scislym-nadzorem-procedury-nadmiernego-deficytu_Raport_IFP_FPP.pdf
15. OECD Trust Survey Data. 2023 <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-trust-survey-data.html>