

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:
PREWENCJA CHORÓB NIEZAKAŹNYCH W POLSCE
– Polskie Zdrowie 2.0

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Piotr Dobrowolski

Paweł Koczkodaj

Aleksandra Lewandowska

Aleksander Prejbisz

Daniel Śliż (red.)

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:
„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”

Policy Brief nr II.7
wersja preprint

Warszawa, marzec 2026 r.

POLICY BRIEF

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby niezakaźne, nazywane również chorobami cywilizacyjnymi, przewlekłymi oraz zależnymi od stylu życia (*noncommunicable diseases – NCD's*), mają zazwyczaj długi czas trwania i są wynikiem kombinacji wielu czynników, w tym głównie behawioralnych, w mniejszym stopniu środowiskowych, ale także genetycznych i fizjologicznych. Do chorób niezakaźnych zalicza się choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, przewlekłe choroby układu oddechowego i chorobę otyłościową, a także jej bezpośrednie powikłanie cukrzycę typu 2. WHO wskazuje na główne – wspólne – czynniki zwiększające ryzyko zachorowania i ryzyko zgonu z powodu chorób niezakaźnych, do których należą: używanie tytoniu, konsumpcja alkoholu, nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej oraz zanieczyszczenie powietrza [1].

Należy przytoczyć alarmujące dane epidemiologiczne dotyczące Polski:

- w 2023 r. choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe stanowiły przyczynę 61% zgonów w Polsce [2];
- standaryzowane współczynniki zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia są dla Polski wyższe niż w przeciętnym kraju UE o (rok 2021):
 - 135 zgonów / 100 tys. ludności (+67%) w przypadku zgonów z powodu przyczyn, którym można zapobiegać;
 - 53 zgonów / 100 tys. ludności (+57%) z powodu przyczyn, które można leczyć [3];
- od 2015 r. nastąpiło w Polsce zahamowanie obniżania się współczynnika zgonów na 100 tys. ludności z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia, którym można zapobiegać oraz które można skutecznie leczyć [4], dotyczy to zgonów zarówno z powodu chorób układu krążenia, jak i z powodu nowotworów;
- średnie wydatki na profilaktykę w 2022 r. w krajach UE wynosiły 202 EUR na mieszkańca, w Polsce 22 EUR [5].

Dane epidemiologiczne dotyczące Polski wskazują, że podjęcie działań profilaktycznych oraz prewencja chorób niezakaźnych stanowią kluczowy element dla zmniejszenia liczby zgonów z powodu chorób niezakaźnych i wydłużenia życia do długości obserwowanej w pozostałych krajach Unii Europejskiej.

Najważniejsze działania można ująć w dziesięciu punktach przedstawionych w tabeli. Każdy z punktów został opisany w dalszej części dokumentu.

1.	Opracowanie krótkoterminowej, średnioterminowej i długoterminowej polityki zdrowotnej dla Polski
2.	Podjęcie decyzji w zakresie polityk zdrowotnych na podstawie zasad <i>evidence based public health</i> oraz zwiększenie wpływu wybranych narodowych jednostek na podejmowanie kluczowych decyzji w zakresie zdrowia publicznego
3.	Centralizacja oraz integracja działań państwa w obszarze prewencji chorób niezakaźnych w zakresie onkologii, kardiologii i psychiatrii
4.	Projektowanie działań promujących zdrowy styl życia z uwzględnieniem regularnej ewaluacji ich efektywności oraz wdrażanie programów naprawczych, pozwalających na ciągłe doskonalenie i skuteczne realizowanie założonych celów
5.	Ustanowienie działań na rzecz prewencji tytoniowej i nikotynowej jako jeden z głównych priorytetów polityki zdrowotnej państwa – pokolenie wolne od dymu tytoniowego
6.	Opracowanie i implementacja narodowej strategii przeciwdziałania i leczenia otyłości – alokacja finansowa z podatku cukrowego
7.	Zmniejszenie wpływu alkoholu na zdrowie populacji – ograniczanie reklamy i promocji alkoholu, polityka fiskalna, wprowadzenie ostrzeżeń tekstowych i obrazkowych na opakowaniach z alkoholem
8.	Poprawa dostępności do opieki psychiatrycznej oraz systematyczne podnoszenie jakości świadczeń dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w celu zapewnienia wczesnej diagnozy, skutecznej terapii oraz kompleksowego wsparcia rozwojowego
9.	Wzmacnianie roli szczepień ochronnych poprzez budowanie świadomości społecznej na temat istotnej roli szczepień – edukacja zdrowotna i aktywne przeciwstawianie się dezinformacji
10.	Intensyfikacja działań na rzecz poprawy udziału w onkologicznych badaniach przesiewowych – przywrócenie zaproszeń na badania, włączenie badań przesiewowych do pakietu badań medycyny pracy

Wiele krajów europejskich ma przed sobą podobne wyzwania jak Polska, a część z nich skutecznie wdraża rozwiązania na problemy zdrowia publicznego. Jednym z takich przykładów jest Szwecja. Zarówno w Polsce, jak i w Szwecji choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe odpowiadają za większość zgonów. Policy brief wskazuje na wspólne, modyfikowalne czynniki ryzyka (palenie tytoniu, alkohol, otyłość, brak aktywności fizycznej), co odpowiada szwedzkiemu modelowi *common risk factors approach*, konsekwentnie rozwijanemu przez Folkhälsomyndigheten. Różnica pomiędzy krajami ujawnia się jednak nie na poziomie diagnozy, lecz skuteczności przełożenia wiedzy na praktykę. W Szwecji prewencja chorób niezakaźnych jest integralną częścią polityki publicznej, realizowaną w duchu zasady *health in all policies*, podczas gdy w Polsce działania profilaktyczne pozostają niedofinansowane, fragmentaryczne i słabo skoordynowane.

Omawiane w niniejszym dokumencie problemy były już przedmiotem szczegółowych opracowań w opublikowanych przez Komitet Zdrowia Publicznego PAN rekomendacjach w ramach projektu „Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”, zwłaszcza w module II: Zdrowie publiczne.

II.2a Osłabienie polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu i konsekwencje zdrowotne / Kinga Janik-Koncewicz i Witold A. Zatoński

II.2b Alkohol na przełomie wieków / Jacek Moskalewicz i Bogdan Wojtyniak

II.3 Redukcja używania tytoniu i innych produktów zawierających nikotynę, szczególnie wśród młodego pokolenia Polaków / Małgorzata Balwicka-Szczyrba, Łukasz Balwicki, Wojciech Hanke, Marta Miller, Anna Tyrańska-Fobke

II.5 Budowanie zaufania do szczepień ochronnych / Tomasz Grzyb, Mariusz Gujski, Dariusz Jemielniak, Jarosław Pinkas, Urszula Religioni

Wobec alarmujących danych epidemiologicznych, na przestrzeni lat, podejmowano wiele prób przeciwstawienia się rosnącemu obciążeniu chorobami cywilizacyjnymi, zależnymi od stylu życia. W tym miejscu należy wspomnieć o strategicznych inicjatywach, takich jak:

- Europejski Plan Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan) – będący inicjatywą Komisji Europejskiej, która ma na celu zmniejszenie obciążenia chorobami nowotworowymi populacji krajów członkowskich Unii Europejskiej. Planowane jest również powstanie Europejskiego Planu Zdrowia Układu Sercowo-Naczyniowego.
- Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) – program wieloletni na lata 2020-2030 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej onkologii, zgodne i komplementarne do rozwiązań zaproponowanych w Europejskim Planie Walki z Rakiem. Strategia została przyjęta przez Radę Ministrów 4 lutego 2020 r. NSO zakłada szereg kompleksowych działań mających na celu zmniejszenie zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce. W NSO zidentyfikowano 4 główne obszary, wymagające inwestycji i intensyfikacji działań. Są to: prewencja pierwotna – styl życia; prewencja wtórna; nauka i innowacje; system opieki onkologicznej.
- Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK) – program wieloletni na lata 2022-2032 wprowadzający kompleksowe zmiany w polskiej kardiologii i dziedzinach pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia. NPChUK został przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2022 r. NPChUK zakłada szereg kompleksowych działań mających na celu zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce. W NPChUK zidentyfikowano 5 głównych obszarów wymagających inwestycji i działań. Są to: kardy; edukacja, profilaktyka i styl życia; pacjent; nauka i innowacje; system opieki kardiologicznej.
- SMS – Program Szansa dla Młodego Serca – SMS został przygotowany w celu zwiększenia wiedzy i świadomości zdrowotnej dzieci oraz młodzieży – zwłaszcza w zakresie prewencji chorób sercowo-naczyniowych. Służą temu innowacyjne zajęcia edukacyjne dla uczniów piątych klas szkół podstawowych, realizowane przez specjalnie w tym celu przeszkolonych nauczycieli.
- Polska prezydencja w Unii Europejskiej – Jednym z kluczowych priorytetów polskiej prezydencji w obszarze zdrowia była kwestia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem wyzwań wynikających z życia w erze cyfrowej. Polska podkreślała znaczenie wczesnej profilaktyki, edukacji cyfrowej oraz wspierania młodych w bezpiecznym korzystaniu z nowych technologii. Istotnym elementem było także wpisanie zdrowia psychicznego do europejskiej agendy zdrowotnej oraz zwrócenie uwagi na konieczność przeciwdziałania kryzysowi zdrowia psychicznego wśród młodych ludzi po pandemii COVID-19. Równolegle Polska akcentowała potrzebę wzmocnienia systemów ochrony zdrowia poprzez cyfryzację, ułatwiającą dostęp do usług, poprawę koordynacji opieki oraz wprowadzenie innowacyjnych narzędzi wspierających diagnostykę i terapię.

1. Opracowanie krótkoterminowej, średnioterminowej i długoterminowej polityki zdrowotnej dla Polski

Zdrowie publiczne jest jednym z kluczowych filarów rozwoju społecznego i gospodarczego. Skuteczna polityka zdrowotna wymaga planowania w horyzoncie krótkoterminowym (1-3 lata), średnioterminowym (4-10 lat) oraz długoterminowym (10+ lat). Takie podejście pozwala na elastyczne reagowanie na bieżące wyzwania, realizację celów strategicznych oraz zapewnienie trwałości systemu ochrony zdrowia.

Obecnie Polska stoi przed wieloma wyzwaniami, takimi jak starzenie się społeczeństwa, wzrost obciążenia chorobami przewlekłymi, ograniczona dostępność świadczeń zdrowotnych, a także mierzy się z problemami związanymi migracją oraz nierównościami w zdrowiu. Wprowadzenie kompleksowej polityki zdrowotnej umożliwi efektywne zarządzanie systemem ochrony zdrowia, poprawę zdrowia obywateli oraz zmniejszenie kosztów związanych z leczeniem chorób.

Obecnie polska polityka zdrowotna boryka się z kilkoma kluczowymi problemami:

- Brak spójnej wizji długoterminowej – dotychczasowe strategie są fragmentaryczne i skupiają się głównie na rozwiązywaniu bieżących problemów.
- Ograniczona koordynacja działań – brak współpracy między resortami i poziomami administracji publicznej.
- Niewystarczające inwestycje w profilaktykę i zdrowie publiczne – większość środków jest przeznaczana na leczenie zamiast na zapobieganie.
- Słaba adaptacja do zmieniających się wyzwań, takich jak pandemia, cyfryzacja czy zmiany demograficzne.

Rekomendowane cele dla poszczególnych horyzontów czasowych

Krótkoterminowe cele (1-3 lata)

- Wzmocnienie systemu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):
 - zwiększenie dostępności lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek,
 - rozszerzenie zakresu usług POZ o elementy profilaktyki i edukacji zdrowotnej.
- Poprawa dostępności do świadczeń i ich jakości:
 - wyrównanie nierówności w zdrowiu,
 - redukcja czasu oczekiwania na kluczowe usługi zdrowotne (np. diagnostykę onkologiczną),
 - wprowadzenie działań na rzecz lepszego wykorzystania telemedycyny,
 - wprowadzanie jakościowych wskaźników wykonywanych świadczeń w ochronie zdrowia, połączone z lepszą gratyfikacją finansową (model *pay for performance*).

- Realizacja pilnych programów edukacyjnych:
 - kampanie społeczne dotyczące konieczności wprowadzania zmian stylu życia i modyfikacji wszystkich głównych czynników ryzyka nowotworów i chorób układu krążenia.
- Realizacja pilnych programów profilaktycznych:
 - wprowadzanie programów badań profilaktycznych, które opierają się na zasadach – szeroka dostępność, wysoka zgłaszalność, rozsądny i oparty na dowodach zakres badań, których wynikiem jest podjęcie konkretnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych.
- Reagowanie na pandemię i inne zagrożenia zdrowotne:
 - utrzymanie rezerw sprzętu medycznego i przygotowanie kadr na ewentualne kryzysy.

Średnioterminowe cele (4-10 lat)

- Rozwój infrastruktury zdrowotnej:
 - modernizacja szpitali i placówek POZ, szczególnie na obszarach wiejskich,
 - zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy, pielęgniarek i specjalistów, a także poprawa jakości szkolenia w odniesieniu do profilaktyki chorób układu krążenia i nowotworów.
- Budowa systemu monitorowania zdrowia:
 - stworzenie centralnego rejestru zdrowotnego do monitorowania wskaźników zdrowia publicznego oraz efektywności programów zdrowotnych.
- Wzmocnienie profilaktyki:
 - stałe programy badań przesiewowych (np. w kierunku nowotworów, chorób serca),
 - zwiększenie budżetu na działania prewencyjne wśród dzieci i młodzieży,
 - prowadzenie kampanii społecznych dotyczących zapobiegania chorobom niezakaźnych opartych na badaniach potrzeb edukacyjnych i celowanych do konkretnych grup społecznych.
- Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia:
 - rozszerzenie zastosowania e-zdrowia, takich jak e-recepty, e-skierowania czy elektroniczne dokumentacje medyczne.
- Integracja polityk zdrowotnych z innymi sektorami:
 - zdrowie we wszystkich politykach – uwzględnianie kwestii zdrowotnych w działaniach związanych z edukacją, transportem czy ochroną środowiska.

Długoterminowe cele (10+ lat)

- Stworzenie zrównoważonego systemu finansowania ochrony zdrowia:
 - wprowadzenie mechanizmów zwiększających udział profilaktyki w budżecie zdrowotnym,
 - poprawa efektywności wydatków zdrowotnych.

- Redukcja nierówności w zdrowiu:
 - eliminacja różnic w dostępie do usług zdrowotnych między regionami i grupami społecznymi.
- Przystosowanie systemu ochrony zdrowia do starzejącego się społeczeństwa:
 - rozwój opieki geriatrycznej i długoterminowej,
 - promowanie aktywnego starzenia i zdrowego życia w starszym wieku.
- Zwiększenie odporności systemu na przyszłe wyzwania:
 - przygotowanie systemu na zmiany klimatyczne, pandemie oraz nowe technologie medyczne.

Przewidywane korzyści z wdrożenia rekomendacji:

- Poprawa wskaźników zdrowia publicznego:
 - zmniejszenie liczby chorób przewlekłych i umieralności dzięki lepszej profilaktyce i opiece zdrowotnej.
- Efekty ekonomiczne:
 - redukcja kosztów leczenia poprzez inwestycje w profilaktykę i infrastrukturę zdrowotną.
- Większa spójność systemu:
 - skuteczniejsze zarządzanie ochroną zdrowia na wszystkich poziomach administracji.
- Budowa zaufania społecznego:
 - transparentne i długofalowe działania w ochronie zdrowia przyczynią się do zwiększenia zaufania obywateli do instytucji państwowych.

2. Podejmowanie decyzji w zakresie polityk zdrowotnych na podstawie zasad *evidence based public health* oraz zwiększenie wpływu wybranych narodowych jednostek na podejmowanie kluczowych decyzji w zakresie zdrowia publicznego

Promocja zdrowego stylu życia jest podstawowym elementem strategii zdrowia publicznego, mającym na celu ograniczenie występowania chorób niezakaźnych oraz poprawę jakości życia obywateli. Kluczem do sukcesu takich działań jest nie tylko ich odpowiednie zaprojektowanie, ale także zapewnienie mechanizmów monitorowania i doskonalenia. Brak systematycznej oceny i wprowadzania usprawnień często prowadzi do marnotrawienia zasobów i niewystarczających efektów. Dlatego wdrożenie podejścia opartego na regularnej ewaluacji i działaniach naprawczych jest niezbędne do osiągnięcia długotrwałych korzyści społecznych i ekonomicznych.

Obecne działania promujące zdrowy styl życia w Polsce borykają się z wieloma wyzwaniami:

- brak mierzalnych celów i wskaźników sukcesu – trudno ocenić, czy programy osiągają zamierzone rezultaty;
-

- niewystarczająca ewaluacja – programy często nie są poddawane regularnej ocenie, co uniemożliwia identyfikację ich słabych stron;
- ograniczona elastyczność działań – brak mechanizmów umożliwiających szybkie wprowadzanie poprawek ogranicza ich efektywność;
- brak koordynacji – prowadzone akcje są rozdrobnione, zagadnienia podejmowane w akcjach wybierane są na ogół uznaniowo, wiele obszarów prewencji jest pomijana, ilość przeważa nad jakością.

Rekomendacje:

- Ustalanie mierzalnych celów i wskaźników efektywności
 - każdy program powinien mieć jasno określone cele, takie jak zmniejszenie liczby osób otyłych o określony procent czy wzrost aktywności fizycznej wśród określonych grup wiekowych;
 - przykładowe wskaźniki: liczba uczestników programów, zmiany w wynikach badań zdrowotnych, poziom świadomości społecznej.
- Wdrożenie systematycznej ewaluacji
 - ewaluacja programów powinna być przeprowadzana regularnie, np. raz w roku, w oparciu o dane zbierane od uczestników oraz wskaźniki zdrowotne;
 - wykorzystanie zarówno metod ilościowych (np. ankiety, statystyki zdrowotne), jak i jakościowych (np. wywiady z uczestnikami).
- Działania naprawcze
 - na podstawie wyników ewaluacji należy wdrażać programy naprawcze, takie jak zmiana strategii komunikacji, dostosowanie działań do specyfiki lokalnych społeczności czy wprowadzenie nowych technologii wspierających zdrowie.
- Budowa zintegrowanego systemu monitorowania
 - wprowadzenie platformy cyfrowej do gromadzenia danych na temat realizacji programów, co umożliwi ich monitorowanie w czasie rzeczywistym i ułatwi analizę efektów.
- Edukacja kadry i promocja innowacyjnych rozwiązań
 - organizowanie szkoleń dla osób realizujących programy w zakresie planowania, ewaluacji i wprowadzania usprawnień;
 - promowanie wykorzystania nowoczesnych technologii, takich jak aplikacje zdrowotne, które wspierają monitorowanie postępów uczestników.

Korzyści wdrożenia rekomendacji:

- Zwiększenie efektywności działań zdrowotnych
 - programy będą bardziej skutecznie realizowały swoje cele, dostosowując się do potrzeb społeczeństwa.
- Optymalne wykorzystanie zasobów
 - dzięki regularnej ewaluacji możliwe będzie skoncentrowanie środków na najbardziej efektywnych inicjatywach.

- Budowa zaufania społecznego
 - transparentne działania oparte na dowodach naukowych zwiększą zaufanie obywateli do inicjatyw zdrowotnych.
- Długoterminowa poprawa zdrowia publicznego
 - skuteczniejsze programy przełożą się na zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne i poprawę jakości życia społeczeństwa.

3. Centralizacja oraz integracja działań państwa w obszarze prewencji chorób niezakaźnych w zakresie onkologii, kardiologii i psychiatrii

Centralizacja działań państwa w zakresie prewencji chorób niezakaźnych, szczególnie w obszarze onkologii i kardiologii oraz psychiatrii, jest kluczowym krokiem w poprawie skuteczności i spójności działań na rzecz zdrowia publicznego. Choroby nowotworowe i układu krążenia są głównymi przyczynami zgonów w Polsce, a ich profilaktyka wymaga strategicznego zarządzania, skutecznego wykorzystania zasobów oraz ścisłej współpracy między różnymi szczeblami administracji publicznej. Zaburzenia psychiczne stanowią obecnie jedną z najszybciej narastających grup problemów zdrowotnych, a dynamiczny wzrost zachorowań obserwuje się nie tylko wśród dorosłych, lecz także w populacji dzieci i młodzieży. Zjawisko to rodzi poważne konsekwencje społeczne i edukacyjne, podkreślając potrzebę wczesnej diagnozy, skutecznej profilaktyki oraz dostępu do specjalistycznej opieki psychiatrycznej i psychologicznej. Centralizacja umożliwi lepszą koordynację działań, eliminację powielania obowiązków oraz bardziej efektywne zarządzanie programami zdrowotnymi.

W ramach centralizacji kluczową rolę powinno odgrywać Ministerstwo Zdrowia oraz wyspecjalizowane instytucje, które powinny być odpowiedzialne za opracowywanie i wdrażanie ogólnokrajowych strategii prewencyjnych, w tym programów profilaktyki pierwotnej, takich jak kampanie edukacyjne, oraz wtórnej, obejmującej regularne badania przesiewowe i diagnostykę wczesnych stadiów chorób.

Integracja działań na poziomie ogólnokrajowym i lokalnym

Centralizacja powinna iść w parze z integracją działań na różnych poziomach – od ogólnokrajowego po lokalny, przy jednoczesnym zapewnieniu stałego finansowania i planowania programów wieloletnich. Na poziomie krajowym kluczowe jest opracowanie jednolitych standardów i wytycznych dla programów prewencyjnych oraz stworzenie centralnego systemu monitorowania ich efektów. Na poziomie lokalnym należy wzmocnić rolę samorządów i regionalnych instytucji ochrony zdrowia w realizacji tych programów, dostosowując je do specyfiki lokalnych potrzeb, włączając programy dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni, a także grup społecznych o zwiększonym ryzyku zdrowotnym.

Integracja działań wymaga również lepszej współpracy między sektorem publicznym, prywatnym oraz organizacjami pozarządowymi. Na przykład ogólnokrajowe programy badań

przesiewowych w kierunku raka piersi czy chorób układu krążenia mogą być realizowane przez sieć placówek publicznych i prywatnych, co zwiększy ich dostępność dla mieszkańców zarówno dużych miast, jak i obszarów wiejskich. Dodatkowo, niezbędne jest zadbanie o dostosowanie komunikacji do specyfiki danej grupy odbiorców (np. komunikacja rówieśnicza skierowana do młodzieży). Bardzo ważne jest uwzględnienie podnoszenia kompetencji wychowawczych i działań edukacyjnych dla rodziców, aby docierać z przekazem do najmłodszych grup społecznych. Konieczne jest, oprócz szerokich kampanii społecznych, prowadzenie programów adresowanych do różnych grup pracowników ochrony zdrowia, środowisk medialnych i opiniotwórczych, aby zapewnić spójność przekazywanych informacji edukacyjnych oraz przeciwdziałać szerzeniu się infodemii. Ponadto należy w pierwszej kolejności zająć się kreowaniem prawidłowych postaw zdrowotnych wśród samych pracowników ochrony zdrowia dla zwiększenia zaufania społecznego do proponowanych działań profilaktycznych. Przykładowo, zachęcanie do szczepienia przez osobę, która sama się nie szczepi, albo zachęcanie do rzucenia palenia przez osobę, która pali papierosy, jest nieskuteczne.

Kluczowe elementy centralizacji i integracji

- Jednolite wytyczne i standardy: opracowanie ogólnokrajowych wytycznych dla prewencji onkologicznej i kardiologicznej, które będą spójne z międzynarodowymi standardami, np. zaleceniami WHO czy Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.
- Centralne rejestry i systemy monitorowania: stworzenie rejestrów krajowych dla chorób onkologicznych i kardiologicznych, które pozwolą na lepsze monitorowanie trendów epidemiologicznych, efektywności programów prewencyjnych oraz identyfikację obszarów wymagających interwencji.
- Zintegrowane kampanie edukacyjne: organizacja ogólnopolskich kampanii promujących zdrowy styl życia, w tym aktywność fizyczną, zdrową dietę oraz ograniczanie używek, takich jak alkohol i papierosy. Ważne jest, aby te kampanie były zintegrowane z działaniami lokalnymi i dostosowane do specyfiki odbiorców.
- Dostępność badań przesiewowych: centralizacja powinna zapewnić równy dostęp do badań profilaktycznych dla wszystkich obywateli, niezależnie od miejsca zamieszkania. W tym celu konieczne jest rozwijanie mobilnych jednostek diagnostycznych oraz wspieranie placówek ochrony zdrowia w regionach o ograniczonym dostępie do usług medycznych.
- Finansowanie i alokacja zasobów: centralizacja powinna również obejmować efektywne zarządzanie finansami, w tym finansowanie programów prewencyjnych w sposób proporcjonalny do potrzeb regionalnych oraz zapewnienie odpowiedniego poziomu kadr medycznych.

Efekty centralizacji i integracji działań

Dzięki centralizacji i integracji działań państwa w zakresie prewencji chorób niezakaźnych możliwe jest osiągnięcie znaczącej poprawy w zakresie zdrowia publicznego. Spójne działania, odpowiednio skoordynowane i dostosowane do lokalnych potrzeb, mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów z powodu nowotworów i chorób układu krążenia.

Jednocześnie wzrosła świadomość społeczna na temat czynników ryzyka oraz korzyści płynących z profilaktyki. Efektem końcowym będzie nie tylko poprawa jakości życia Polaków, ale także zmniejszenie kosztów leczenia tych chorób, co odciąży system ochrony zdrowia.

Integracja działań obejmuje również zwrócenie uwagi na wszystkie główne czynniki ryzyka chorób układu krążenia i nowotworów. Takie podejście zaprezentowano w 2010 r. w Stanach Zjednoczonych wprowadzając koncepcję „Zdrowej 7 Życia”, a następnie „Zdrowej 8 Życia”. W ramach działań podejmowanych w Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia, uwzględniając warunki polskie, zaproponowano koncepcję „10 dla serca”, czyli wyodrębnienie 10 obszarów, które muszą być utrzymywane w jak najlepszym zdrowiu, co pozwoli na zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia, a co za tym idzie także chorób nowotworowych, gdyż to są wspólne czynniki. Należy podkreślić, że nie ma prewencji bez oddziaływania na wszystkie czynniki ryzyka. Przekaz obejmuje zwrócenie uwagi na poszczególne obszary, ale również na konieczność wczesnego oddziaływania w ich obrębie.

Wprowadzenie „10 dla serca” ma na celu nie tylko zwiększenie świadomości na temat profilaktyki chorób serca i chorób nowotworowych, ale przede wszystkim zachęcenie odbiorców do aktywnego podejmowania konkretnych działań na rzecz swojego zdrowia.

Koncepcja ta ma za zadanie dostarczyć odbiorcom jasne i proste wskazówki dotyczące działań, które mogą podjąć w swoim codziennym życiu, aby „zadbać o zdrowie serca”. Założeniem jest, że każdy może dostosować te zalecenia do swoich indywidualnych potrzeb i możliwości, co sprawia, że profilaktyka jest bardziej dostępna i skuteczna. Ponadto koncepcja zakłada, że nie wolno ograniczać się tylko do jednego z obszarów, ale konieczny jest optymalny poziom wszystkich dziesięciu. Koncepcja podkreśla również, że każdy z nas jest odpowiedzialny za swoje zdrowie sercowo-naczyniowe ale też, że każdy z nas sam na nie wpływa – większość obszarów 10 dla serca zależy od nas i jest następstwem naszego stylu życia.

Obszary wyodrębnione w 10 dla serca to:

1. Optymalne ciśnienie tętnicze
2. Optymalne stężenie cholesterolu
3. Optymalne stężenie glukozy
4. Prawidłowa waga
5. Niepalenie tytoniu
6. Zdrowe żywienie
7. Dużo ruchu
8. Niepicie alkoholu
9. Zdrowy sen
10. Mało stresu



Wyodrębnienie tych 10 obszarów oraz zaproponowanie pozytywnego, zachęcającego do działań przekazu stanowi nie tylko podstawę integracji podejmowanych działań

profilaktycznych i kampanii społecznych, ale stanowi również przykład działań edukacyjnych opartych na nowoczesnym, pozytywnym przekazie.

Przykładem działań mających na celu monitorowanie zmian częstości czynników ryzyka chorób układu krążenia i nowotworów są działania podejmowane w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia:

- Badanie epidemiologiczne WOBASZ 3 – klasyczne badanie epidemiologiczne oparte na ocenie losowej, reprezentatywnej próbie populacji;
- Ankieta 10 dla serca – nowoczesne podejście do oceny czynników ryzyka – uruchomiona w lipcu 2025 r. aplikacja, będącą częścią aplikacji mojeIKP, dostępna dla każdego dorosłego Polaka, która pozwala na samodzielną ocenę nasilenia ryzyka poszczególnych obszarów 10 dla serca (element edukacyjny i motywacyjny). Gromadzenie danych w aplikacji pozwala na śledzenie zmian czynników ryzyka chorób układu krążenia i nowotworowych w czasie rzeczywistym zarówno w obrębie populacji jak również ich zmian u poszczególnych osób na przestrzeni czasu (ocena co rok).

4. Projektowanie działań promujących zdrowy styl życia z uwzględnieniem regularnej ewaluacji ich efektywności oraz wdrażanie programów naprawczych, pozwalających na ciągłe doskonalenie i skuteczne realizowanie założonych celów

W Polsce wiele inicjatyw promujących zdrowy styl życia nie spełnia swojego potencjału ze względu na:

- brak systematycznej ewaluacji efektywności działań – wiele programów nie posiada mierzalnych wskaźników sukcesu;
- niedostateczną adaptację na podstawie danych – brakuje mechanizmów pozwalających na wprowadzanie usprawnień na podstawie wyników ewaluacji;
- niezintegrowane podejście – działania często są realizowane ad hoc, bez spójności i długoterminowego planowania.

Rekomendacje:

- Zdefiniowanie wskaźników efektywności
 - w każdym programie promującym zdrowy styl życia powinny zostać jasno określone wskaźniki pozwalające ocenić jego skuteczność, takie jak zmniejszenie wskaźnika otyłości, wzrost poziomu aktywności fizycznej czy liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych.
 - Regularna ewaluacja programów
 - programy powinny być monitorowane w określonych odstępach czasu (np. co roku lub co dwa lata), z wykorzystaniem metod ilościowych i jakościowych;
-

- należy prowadzić ewaluację zarówno procesu (np. czy programy były realizowane zgodnie z założeniami), jak i wyników (np. zmiana zachowań zdrowotnych).
- Wdrażanie programów naprawczych
 - wyniki ewaluacji powinny stanowić podstawę do opracowania i wdrażania programów naprawczych, takich jak modyfikacja treści działań, zwiększenie budżetu na promocję czy lepsze dostosowanie działań do potrzeb grup docelowych.
- Inwestycja w technologie i dane
 - wykorzystanie cyfrowych narzędzi, takich jak aplikacje monitorujące zachowania zdrowotne, pozwoli na zbieranie danych w czasie rzeczywistym i szybsze reagowanie na pojawiające się wyzwania.
- Współpraca międzysektorowa
 - skuteczna realizacja działań wymaga współpracy sektora zdrowia, edukacji, mediów oraz lokalnych samorządów, co pozwoli na bardziej kompleksowe podejście.

Korzyści wynikające z wdrożenia rekomendacji

- Lepsze rezultaty działań zdrowotnych
 - dostosowanie działań do potrzeb i realiów społecznych zwiększy ich skuteczność w zmienianiu zachowań zdrowotnych Polaków.
- Efektywniejsze wykorzystanie zasobów
 - mechanizmy ewaluacji pomogą skoncentrować środki na najbardziej skutecznych działaniach, eliminując te o niewielkim wpływie.
- Budowanie zaufania publicznego
 - transparentność i opieranie działań na dowodach naukowych zwiększy zaufanie społeczne do programów promujących zdrowy styl życia.

5. Ustanowienie działań na rzecz prewencji tytoniowej i nikotynowej jako jeden z głównych priorytetów polityki zdrowotnej państwa – pokolenie wolne od dymu tytoniowego

Kontekst i znaczenie

W literaturze naukowej trudno jest znaleźć inny lepiej opisany i zbadany modyfikowalny czynnik chorobotwórczy niż dym tytoniowy. Jego heterogeny skład obejmuje ponad 9 tys. różnych związków i pierwiastków chemicznych, z czego około 80 z nich ma silnie rakotwórczy charakter [6]. Narażenie na dym tytoniowy – zarówno czynne, jak i bierne – to jeden z najsilniejszych i najczęstszych kancerogenów. Szacuje się, że w Polsce dym tytoniowy odpowiada za 2/3 wszystkich zgonów nowotworowych [7]. W tym kontekście prowadzenie działań dążących do

eliminacji omawianego czynnika ryzyka pozostaje kwestią kluczową dla zdrowia polskiej populacji. Państwa takie jak Nowa Zelandia, niektóre obszary USA oraz Australii przyjęły strategię dotyczącą pokolenia wolnego od tytoniu, która zakłada stopniowe eliminowanie z rynku wyrobów tytoniowych w celu ochrony zdrowia populacji, w szczególności najmłodszej. Podobne założenie znalazło swoje miejsce również w opisanym wcześniej Europejskim Planie Walki z Rakiem – Komisja Europejska zakłada, że do 2040 r. mniej niż 5% populacji Unii Europejskiej będzie używało tytoniu, w porównaniu do obecnych 25%. Badanie opublikowane w 2024 r. przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem na łamach „The Lancet Public Health” wskazuje, że zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom urodzonym między rokiem 2006 a 2010 mógłby zapobiec 1,2 mln zgonów z powodu raka płuca do 2095 r. w 185 krajach świata [8].

W kontekście krajowej konsumpcji tytoniu oraz używania nowych wyrobów nikotynowych (tytoń podgrzewany, e-papierosy), szczególny niepokój budzi duże zainteresowanie ww. wyrobami wśród dzieci i młodzieży – co wymaga pilnych działań ze strony decydentów zdrowotnych w Polsce. Według najnowszych danych pochodzących z badania Global Youth Tobacco Survey, przeprowadzonego w 2022 r. przez Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie w kooperacji z WHO Europe oraz Centers for Disease Control and Prevention (CDC) w USA, wśród młodzieży szkolnej w wieku 13-15 lat papierosy tradycyjne pali obecnie ponad 12% dziewcząt oraz ponad 11% chłopców. Co więcej, wyjątkową popularnością cieszą się: tytoń podgrzewany – odpowiednio 10,4% dziewcząt oraz blisko 10% chłopców, a także e-papierosy – ponad 23% użytkowników wśród dziewcząt oraz 21% wśród chłopców. Wbrew powszechnie powielanym opiniom używanie nowych wyrobów nikotynowych nie pozostaje obojętne dla zdrowia, w szczególności w przypadku dzieci i młodzieży. Często wyroby te mogą stanowić wstęp do używania papierosów tradycyjnych [9], co z kolei może znacząco zmniejszyć lub całkowicie zatrzymać skuteczność działań na rzecz budowania pokoleń wolnych od tytoniu. Biorąc pod uwagę katastrofalne skutki zdrowotne, będące wypadkową zarówno narażenia na dym tytoniowy, jak również coraz większej popularności nowych wyrobów nikotynowych, bez wątpienia działania na rzecz ograniczania tego zjawiska powinny stanowić priorytet w agendzie działań polskiego ministra zdrowia.

Problemy

- Wysoka ekspozycja na dym tytoniowy i nowe wyroby nikotynowe:
 - duża liczba zgonów związanych z chorobami nowotworowymi spowodowanymi używaniem tytoniu,
 - wzrost popularności e-papierosów i tytoniu podgrzewanego wśród młodzieży,
 - brak skutecznych regulacji ograniczających dostępność nowych wyrobów nikotynowych dla osób niepełnoletnich.
- Nowe wyzwania zdrowotne:
 - używanie e-papierosów i tytoniu podgrzewanego nie pozostaje obojętne dla zdrowia, zwłaszcza w młodym wieku,

- wyroby nikotynowe mogą stanowić „bramę” do używania tradycyjnych papierosów.
- Brak spójnej strategii eliminacji tytoniu:
 - Polska nie posiada kompleksowej polityki zdrowotnej nakierowanej na redukcję używania tytoniu w perspektywie długoterminowej, wzorem strategii „pokolenie wolne od tytoniu” wprowadzonych w Nowej Zelandii, Australii czy niektórych obszarach USA.

Rekomendacje:

- Krótkoterminowe działania (1-3 lata):
 - stworzenie/rozbudowanie poradnictwa leczenia uzależnienia od tytoniu, które byłoby dostępne w każdym powiatowym mieście;
 - zaostrzenie regulacji dotyczących sprzedaży e-papierosów i tytoniu podgrzewanego, zwłaszcza dla osób niepełnoletnich;
 - prowadzenie ogólnopolskich kampanii edukacyjnych skierowanych do młodzieży, rodziców i nauczycieli na temat zagrożeń związanych z nowymi wyrobami nikotynowymi;
 - intensyfikacja kontroli przestrzegania zakazu sprzedaży wyrobów nikotynowych osobom poniżej 18 roku życia;
 - wprowadzenie całkowitego zakazu palenia tytoniu oraz używania e-papierosów i podgrzewaczy tytoniu we wszystkich miejscach publicznych i zakładach pracy;
 - wprowadzenie zakazu dodawania substancji aromatyczno-smakowych do wyrobów tytoniowych i nikotynowych, wprowadzenie jednolitych opakowań wszystkich wyrobów tytoniowych i nikotynowych oraz zapewnienie koordynacji, zarządzania i finansowania stosownie do potrzeb i nadchodzących wyzwań.
- Średnioterminowe działania (4-10 lat):
 - opracowanie strategii „pokolenie wolne od tytoniu” zakładającej stopniową eliminację wyrobów tytoniowych z rynku;
 - wprowadzenie zakazu sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom urodzonym po określonym roku (np. 2006), co pozwoli na sukcesywne ograniczenie liczby użytkowników tytoniu;
 - rozszerzenie programów badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów związanych z tytoniem.
- Długoterminowe działania (10+ lat):
 - stworzenie kompleksowej polityki zdrowotnej nakierowanej na redukcję używania tytoniu w perspektywie długoterminowej;
 - wdrażanie celu Europejskiego Planu Walki z Rakiem: zmniejszenie odsetka użytkowników tytoniu w Unii Europejskiej do mniej niż 5% do roku 2040;
 - rozwój inicjatyw wspierających rzucanie palenia, z wykorzystaniem nowych technologii, takich jak aplikacje mobilne czy cyfrowe poradnictwo zdrowotne.

Korzyści wdrożenia rekomendacji

- Poprawa zdrowia publicznego
 - znaczące zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów spowodowanych nowotworami oraz chorobami układu oddechowego i krążenia.
- Zmniejszenie kosztów systemu ochrony zdrowia
 - redukcja wydatków na leczenie chorób związanych z paleniem tytoniu i używaniem nowych wyrobów nikotynowych.
- Lepsza ochrona młodzieży
 - ograniczenie dostępu do wyrobów nikotynowych zmniejszy ryzyko uzależnienia i poprawi zdrowie młodego pokolenia.

6. Opracowanie i implementacja narodowej strategii przeciwdziałania i leczenia otyłości – alokacja finansowa z podatku cukrowego

Nadwaga i otyłość to jeden z najsilniejszych czynników ryzyka chorób nowotworowych. Szacuje się, że około 20% przypadków zachorowań związanych jest z nieprawidłową masą ciała. W tym kontekście wymienia się najczęściej nowotwory takie jak: rak endometrium, gruczolakorak przełyku, rak jelita grubego, rak piersi w wieku pomenopauzalnym, rak prostaty i nerki. Ponadto, istnieją dowody naukowe wskazujące również na zwiększone ryzyko nowotworów takich jak: czerniak, rak tarczycy, białaczka, chłoniak nieziarniczy, szpiczak mnogi [10].

W Polsce obserwuje się stały wzrost liczby osób zmagających się z nadwagą i otyłością. Zgodnie z danymi Eurostatu, niemal połowa dorosłych Polek (18+) ma nadwagę, a 20% z nich cierpi na otyłość. W przypadku dorosłych mężczyzn ok. 70% ma nadwagę, a 20% jest otyłych. Te wskaźniki przewyższają średnie wartości dla krajów UE, gdzie nadwagę stwierdza się u 46% kobiet i 60% mężczyzn, a otyłość u 16% kobiet i 17% mężczyzn [11]. Niestety, jednocześnie obserwuje się wyjątkowo wysoki poziom braku aktywności fizycznej Polek i Polaków, co stanowi samodzielne wyzwanie zdrowotne, ale również bardzo niekorzystny czynnik prognostyczny dotyczący dalszych zmian w odsetkach osób zmagających się w przyszłości z nadwagą i otyłością. Według danych pochodzących z badania Eurobarometer 2022 w Polsce 70% mężczyzn oraz 84% kobiet w wieku 15+ „nigdy” bądź „rzadko” ćwiczy, lub uprawia jakiegokolwiek sport. W przypadku częstotliwości podejmowania aktywności fizycznej poza sportem odpowiedzi „nigdy” bądź „rzadko” udzieliło odpowiednio 54% Polaków i 67% Polek [12].

Wobec alarmujących danych epidemiologicznych dotyczących samych zjawisk – nadwagi, otyłości i niskiej aktywności fizycznej, ale również ich konsekwencji dla zdrowia populacji kluczowym wydaje się podjęcie systemowych działań, które stanowiłyby kompleksową odpowiedź na omawiane wyzwania. Narodowa strategia przeciwdziałania i leczenia otyłości w swojej strukturze powinna zawierać komponenty dotyczące samego leczenia, ale także prewencji – aktywności fizycznej, wsparcia dietetycznego czy terapii behawioralnej [13]. Bardzo

istotną kwestią w prewencji nadwagi i otyłości pozostaje również tworzenie środowiska sprzyjającego utrzymaniu prawidłowej masy ciała – m.in. poprzez zwiększanie dostępności zdrowej, nieprzetworzonej żywności, przez ograniczenie zjawiska tzw. pustyni żywieniowych (*food deserts*) [14,15]. Jednym ze skuteczniejszych narzędzi polityki zdrowotnej w kontekście ograniczania spożycia niezdrowej żywności, stanowiącym jednocześnie potencjalne źródło finansowania działań ww. strategii, jest tzw. podatek cukrowy. Wprowadzony w 2021 r. podatek, mający na celu ograniczenie spożycia wysoko słodzonych napojów, przyczynił się do wpływów do budżetu państwa na poziomie: 1,5 mld PLN w 2021 r., następnie 1,6 mld w 2022 r. oraz 1,4 mld PLN w 2023 r. (do dnia 7 grudnia 2023 r.). Pomimo zakładanego wyższego pułapu wpływów – 2,7 mld PLN rocznie, pieniądze te mogłyby już w aktualnej ilości stanowić podstawę systematycznych, wieloletnich działań na rzecz ograniczania nadwagi i otyłości w postaci strategii. Obecnie środki stanowiące wpływy z podatku cukrowego nie są „znaczone” i nie stanowią oddzielnej subkategorii budżetowej, co rodzi wiele wątpliwości odnośnie do ich finalnego wykorzystania [16].

7. Zmniejszenie wpływu alkoholu na zdrowie populacji – ograniczanie reklamy i promocji alkoholu, polityka fiskalna, wprowadzenie ostrzeżeń tekstowych i obrazkowych na opakowaniach z alkoholem

Alkohol to substancja psychoaktywna o działaniu uzależniającym. Spożywanie alkoholu prowadzi do istotnych obciążeń zdrowotnych oraz poważnych konsekwencji społecznych i ekonomicznych. Konsumpcja alkoholu wiąże się także ze znacząco większym ryzykiem wystąpienia licznych problemów zdrowotnych, w tym zaburzeń psychicznych i behawioralnych, a także poważnych chorób niezakaźnych, w tym chorób układu krwionośnego czy nowotworów złośliwych.

Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC) już w 1988 r. uznała spożycie alkoholu za jeden z najistotniejszych czynników ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych. Liczne badania naukowe potwierdziły to stanowisko, wskazując na podwyższone ryzyko wystąpienia raka wargi, jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, jelita grubego, odbytnicy, wątroby, a także raka piersi u kobiet. Ponadto, część badań sugeruje, że alkohol może również przyczyniać się do rozwoju raka pęcherzyka żółciowego, prostaty, płuc, żołądka oraz czerniaka [17]. WHO wskazuje, że ryzyko rozwoju nowotworów złośliwych znacząco wzrasta wraz ze spożyciem alkoholu. Jednak najnowsze dostępne dane wskazują, że połowa wszystkich nowotworów przypisywanych spożyciu alkoholu w Regionie Europejskim WHO jest powodowana przez tzw. lekkie i umiarkowane spożycie alkoholu, co oznacza w praktyce mniej niż 1,5 l wina, mniej niż 3,5 l piwa lub mniej niż 0,45 l mocnych alkoholi tygodniowo [18].

W Polsce w 2016 r. spożycie alkoholu było bezpośrednio powiązane z ponad 7 200 przypadkami nowotworów złośliwych. Wśród kobiet zanotowano 2 599 takich zachorowań, co odpowiadało 3,4% wszystkich przypadków nowotworów, natomiast u mężczyzn liczba ta wyniosła 4 653

przypadki, stanowiąc niemal 6% ogólnej liczby zachorowań. Badania wskazują, że w Polsce alkohol najczęściej przyczynia się do rozwoju nowotworów w obrębie wargi, jamy ustnej oraz gardła – tych przypadków odnotowano blisko 2 500. Konsumpcja alkoholu znacząco wpływała także na występowanie raka piersi u kobiet, powodując ponad 1 700 zachorowań [19].

Ponadto, z powodu używania alkoholu tylko w roku 2022 w Polsce odnotowano 6 599 zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby. Należy też nadmienić, iż według szacunków WHO używanie alkoholu jest przyczyną ok. 30 000 zgonów.

Zgodnie z aktualnym stanowiskiem WHO – nie ma bezpiecznej dla zdrowia ilości alkoholu.

W tym kontekście prowadzenie skutecznych działań mających na celu zmniejszenie atrakcyjności alkoholu, a także ograniczenia jego obecności w przestrzeni publicznej wydaje się jednym z najbardziej palących wyzwań dla sektora zdrowia publicznego. Podobnie jak w przypadku tytoniu polityka fiskalna odgrywa w tym miejscu największą rolę – podnoszenie podatku akcyzowego na alkohol ogranicza jego konsumpcję [20]. Istotną kwestią pozostaje również monitoring rynku reklamy i promocji napojów alkoholowych w celu weryfikacji przestrzegania obowiązującego prawa (m.in. wielopaki, alkoholizowane wyroby spożywcze – np. lody itp.). Maksymalne ograniczenie promowania alkoholu, z punktu widzenia zdrowia populacji, jest jak najbardziej uzasadnione i pożądane. Z drugiej zaś strony, coraz więcej dowodów naukowych wskazuje na skuteczność ostrzeżeń tekstowych i/lub obrazkowych (wzorowanych na tych, które pojawiają się na wyrobach tytoniowych) w zniechęcaniu do sięgania po alkohol. Szczególną siłą prewencyjną wykazują ostrzeżenia dotyczące konsumpcji alkoholu i zwiększonego ryzyka chorób nowotworowych [21,22]. Bez wątplenia są to rozwiązania, których implementację w najbliższym czasie należy rozważyć w Polsce.

8. Poprawa dostępności do opieki psychiatrycznej oraz systematyczne podnoszenie jakości świadczeń dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w celu zapewnienia wczesnej diagnozy, skutecznej terapii oraz kompleksowego wsparcia rozwojowego

Psychiatria, a szczególnie psychiatria dziecięca, to sektory polskiej opieki zdrowotnej, które wymagają szczególnej uwagi. Z jednej strony dysponujemy infrastrukturą, która przez ostatnie lata nie była szczególnie rozwijana, a z drugiej strony sytuacja polityczna na świecie i w Polsce, media społecznościowe, a także inne wyzwania nowoczesnego świata przyczyniają się do zwiększenia zapadalności na zaburzenia psychiczne.

Wzmocnienie systemu opieki psychiatrycznej i psychologicznej

Zwiększenie liczby specjalistów: należy podjąć pilne działania na rzecz zwiększenia liczby psychiatrów dziecięcych, psychologów klinicznych, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży w publicznej służbie zdrowia; w tym celu rekomenduje się

zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych oraz wprowadzenie zachęt finansowych, które zniechęcą specjalistów do przechodzenia do sektora prywatnego.

Poprawa dostępności opieki: należy wdrażać rozwiązania, które skrócą czas oczekiwania na wizyty ambulatoryjne, sięgający obecnie w skrajnych przypadkach dwóch lat; zaleca się także dalsze tworzenie i wzmacnianie sieci ośrodków na I poziomie referencyjnym, szczególnie w regionach, gdzie brakuje specjalistów.

Usprawnienie współpracy między poziomami opieki: należy zoptymalizować przepływ pacjentów między różnymi poziomami opieki, aby pacjenci z ośrodków pierwszego poziomu, którzy potrzebują konsultacji lekarskiej, nie musieli być kierowani na izbę przyjęć.

Współpraca międzyresortowa: należy wzmocnić współpracę między placówkami opieki zdrowotnej a placówkami oświaty, wymiarem sprawiedliwości oraz opieką społeczną.

Edukacja i profilaktyka w szkole i w domu

Walka ze stresem szkolnym: należy wprowadzić zmiany w systemie edukacji, które zmniejszą stres związany z nauką i sprawdzianami, ponieważ jest to kluczowy problem wskazywany przez dzieci i młodzież (71% wskazań).

Zakaz używania telefonów w szkołach: zakaz ten może znacząco poprawić koncentrację uczniów na zajęciach, co przekłada się na lepsze wyniki w nauce. Ponadto, ograniczenie dostępu do smartfonów sprzyja bardziej autentycznym interakcjom społecznym na przerwach oraz redukuje ryzyko cyberprzemocy i uzależnienia od mediów społecznościowych.

Edukacja na temat praw dziecka: należy wznowić działania informacyjne dotyczące praw dziecka, ponieważ świadomość na ich temat spadła od 2019 r., a szkoła jako główne źródło informacji straciła na znaczeniu; należy także wprowadzić mechanizmy, które poprawią przestrzeganie praw dziecka w placówkach edukacyjnych i w rodzinach.

Przeciwdziałanie przemocy: należy wprowadzić programy edukacyjne i interwencyjne mające na celu przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej i przemocy słownej ze strony dorosłych, która jest odczuwalnym i narastającym problemem.

Budowanie poczucia wpływu: należy zachęcać i wspierać zaangażowanie uczniów w życie szkoły, aby młodzi ludzie czuli, że ich zdanie ma znaczenie, a ich udział w życiu społecznym jest atrakcyjny.

Bezpieczeństwo w Internecie i przeciwdziałanie zagrożeniom cyfrowym

Zwiększenie świadomości zagrożeń w sieci: należy podnieść świadomość na temat zagrożeń w Internecie, takich jak mowa nienawiści, dezinformacja oraz patostreamy, które są poważnym problemem dla młodych ludzi.

Ograniczenie dostępu do szkodliwych treści: należy podjąć działania prawne i technologiczne w celu ograniczenia dostępu nieletnich do treści przeznaczonych dla dorosłych, w tym materiałów o charakterze erotycznym i pornograficznym, które są powszechnie dostępne na urządzeniach mobilnych.

Walka z CSAM: należy rozwinąć i wdrożyć mechanizmy przeciwdziałania tworzeniu oraz rozpowszechnianiu materiałów CSAM (*child sexual abuse material*), mając na względzie fakt, że ich liczba gwałtownie rośnie, a za ich tworzenie coraz częściej odpowiadają same dzieci, często w wieku 7-10 lat.

Edukacja cyfrowa: należy wprowadzić obowiązkowe programy edukacji cyfrowej, które nauczą młodych ludzi odpowiedzialnego korzystania z Internetu i mediów społecznościowych oraz rozpoznawania wiarygodnych źródeł informacji.

Wsparcie dla rodziców i nauczycieli: należy dostarczyć rodzicom i nauczycielom narzędzia oraz wiedzę, które umożliwią im skuteczne wspieranie dzieci i młodzieży w bezpiecznym poruszaniu się w świecie cyfrowym.

9. Wzmacnianie roli szczepień ochronnych poprzez budowanie świadomości społecznej na temat istotnej roli szczepień – edukacja zdrowotna i aktywne przeciwstawianie się dezinformacji

Z jednej strony oczywistym jest stwierdzenie, że szczepienia są nieodzownym czynnikiem ochrony zdrowia publicznego. Z drugiej zaś odsetek osób wykonujących szczepienia zalecane w Polsce pozostaje na dalece niezadowalającym poziomie. Doskonałym przykładem, budzącym także szczególną uwagę w kontekście chorób nowotworowych, jest szczepienie przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV. Od czerwca 2023 r. w Polsce funkcjonuje program bezpłatnych szczepień przeciwko HPV, który skierowany jest do dziewcząt i chłopców w wieku 9-14 lat (dwie dawki szczepionki w odstępie od 6 do 12 miesięcy) [23]. Jednakże odsetek uczestnictwa w tym programie jest niski i oscyluje według ostatnich dostępnych danych w granicach około 20% [24]. Tymczasem szacuje się, że w Polsce w latach 1999-2020 można byłoby zapobiec ponad 90 tys., a nawet 114 tys. przypadków nowotworów HPV-zależnych (rak szyjki macicy, rak odbytu, nowotwory głowy i szyi), gdyby wszyscy mieszkańcy Polski zostali wcześniej zaszczepieni przeciwko HPV, odpowiednio szczepionką dwu- lub dziewięciowalentną. Co więcej, uzyskanie pożądanego efektu populacyjnego szczepień wymaga wieloletnich, stabilnych działań polityki zdrowotnej państwa oraz wysokiego uczestnictwa populacji uprawnionej. Przy spełnieniu tych założeń pierwsze efekty programu szczepień przeciwko wirusowi HPV, w odniesieniu wyłącznie do raka szyjki macicy, powinny zacząć uwidaczniać się około 2033 r. [25].

Badanie sondażowe dotyczące postaw Polek i Polaków względem prewencji chorób nowotworowych, przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, dowodzi na przykładzie szczepienia przeciwko HPV oraz HBV (wirus zapalenia wątroby typu B – WZWB), jak wielka praca pozostaje do wykonania w przypadku edukacji na temat potrzeby wykonywania szczepień ochronnych. Wśród respondentów biorących udział w badaniu zaledwie 2,2% łączyło szczepienie przeciwko HPV i HBV z ochroną przeciwnowotworową. Wśród powodów

dotyczących niekorzystania z ww. szczepień ochronnych jako główny powód podawano „brak odczuwania takiej potrzeby” – ponad 95% ankietowanych zarówno w przypadku HPV, jak i HPV. Ze szczepień przeciwko HPV skorzystało zaledwie 5,4% badanych [26].

Ze względu na powyższe dane niezbędna jest intensyfikacja działań edukacyjnych na temat szczepień jako jednego z największych osiągnięć medycyny – w szczególności w obliczu nasilających się działań ruchów antyszczepionkowych. Zdecydowane reakcje zarówno agend naukowych, jak i mediów oraz odpowiednich organów państwa na dezinformację dotyczącą szczepień są kluczowe dla zwiększania liczby uczestników w programach szczepień, co w przypadku wirusa brodawczaka ludzkiego dotyczy także eliminacji nowotworów HPV-zależnych w Polsce.

10. Intensyfikacja działań na rzecz zwiększenia liczby uczestników w onkologicznych badaniach przesiewowych – przywrócenie zaproszeń na badania, włączenie badań przesiewowych do pakietu badań medycyny pracy

Niski udział w onkologicznych badaniach przesiewowych postrzegany jest jako jeden z głównych czynników przyczyniających się do podwyższonej umieralności na nowotwory złośliwe [27]. W Polsce od lat obserwowany odsetek uczestnictwa populacji uprawnionych w programach badań przesiewowych oceniany jest jako niski lub bardzo niski. Analizując dane pochodzące wyłącznie od publicznego płatnika (NFZ), na przykładzie mammografii i cytologii obserwujemy stały malejący trend uczestnictwa. W przypadku mammografii na koniec grudnia 2016 r. odsetek uprawnionych, którzy brali udział w badaniach, wyniósł blisko 41%, natomiast w grudniu 2023 r. – 26,5%. Dla cytologii udział wynosił odpowiednio 20,5% oraz ponad 11% na koniec grudnia 2016 i 2023 r. Szacuje się, że dla osiągnięcia pożądanego efektu populacyjnego konieczny jest udział w badaniach przesiewowych min. 70% uprawnionych osób [28].

W Polsce od 2017 r. nie prowadzi się wysyłki zaproszeń na onkologiczne badania przesiewowe. Tymczasem z danych literaturowych wynika, że zaproszenia, a także rekomendacja lekarza dotycząca konieczności wykonania badania przesiewowego to jedne z najsilniejszych czynników zwiększających udział w badaniach przesiewowych.

Zaproszenia – w formie dopasowanej do odbiorcy (list / SMS / inna forma elektroniczna) – spersonalizowane, a także powtarzane i wysyłane wyłącznie do osób, które nie zgłaszają się na badania, przynoszą oczekiwane rezultaty. Przykładem w tym zakresie może być Dania, gdzie ogólny udział w programie badań mammograficznych wzrósł z 73,1% do 83,1% od pierwszej do ostatniej (piątej) rundy zaproszeń [29]. Innym przykładem jest Norwegia, gdzie wykazano dużą skuteczność prowadzenia zorganizowanego skryningu z użyciem zaproszeń w redukcji umieralności na raka piersi. Liczne badania, na które powołują się autorzy, wykazały redukcję umieralności nawet o około 20% wśród zaproszonych kobiet [30]. Ponadto, badania sondażowe, a także dane literaturowe wskazują, że zalecenie lekarza (niezależnie od jego

specjalizacji) dotyczące konieczności wykonania badania również w znaczący, pozytywny sposób wpływa na prawdopodobieństwo jego wykonania. W tym kontekście zarówno włączenie skriningów onkologicznych do pakietu badań medycyny pracy, jak i przywrócenie zaproszeń w nowej odsłonie mogą okazać się nieocenionym wsparciem w dążeniu do zwiększenia liczby uczestników badań w populacji uprawnionych do skriningów [31,32].

Bibliografia

1. WHO. *Noncommunicable diseases*. [Online] 15.03.2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. GUS. *Rocznik demograficzny 2024*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2024.
3. Eurostat. *Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex*. [Online] 15.03.2026. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en
4. Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł, [red.]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – PIB, 2022.
5. Eurostat. *Health care expenditure by function*. [Online] 15.03.2026. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hc_custom_11404685/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=5bbfd49f-1e8d-4fa4-9900-232ef1542175
6. Li Yupeng i Hecht Stephen S. Carcinogenic components of tobacco and tobacco smoke: a 2022 update. *Food Chem Toxicol*. 2022, t. 165, art. nr 113179.
7. Mańczuk Marta i in. Time trends in tobacco-attributable cancer mortality in Poland – direct estimation method. *Nowotwory J Oncol*. 2017, t. 67, nr 4, s. 227-235.
8. Rey Brandariz Julia i in. Estimated impact of a tobacco-elimination strategy on lung-cancer mortality in 185 countries: a population-based birth-cohort simulation study. *Lancet Public Health*. 2024, t. 9, nr 10, s. e745-e754.
9. Chaffee Benjamin W i Cheng Jing. Tobacco product initiation is correlated with cross-product changes in tobacco harm perception and susceptibility: Longitudinal analysis of the Population Assessment of Tobacco and Health youth cohort. *Prev Med*. 2018, t. 114, s. 72-78.
10. De Pergola Giovanni i Silvestris Franco. Obesity as a major risk factor for cancer. *J Obes*. 2013, art. nr 291546.
11. Eurostat. *Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level*. [Online] 15.03.2026. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1e/default/table?lang=en
12. Eurobarometer. *Sport and physical activity*. [Online] 15.03.2026. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2668>
13. Pati Sukanya i in. Obesity and cancer: a current overview of epidemiology, pathogenesis, outcomes, and management. *Cancers (Basel)*. 2023, t. 15, nr 2, art. nr 485.
14. Anderson Annie S i in. European Code against Cancer 4th Edition: obesity, body fatness and cancer. *Cancer Epidemiol*. 2015, t. 39, supl. 1, s. S34-S45.
15. Cruz-Piedrahita Catalina, Martinez-Carranza Francisco-Javier i Delgado-Serrano Maria M. A multidimensional approach to understanding food deserts in vulnerable contexts. *Sustainability*. 2024, t. 16, nr 3, art. nr 1136.
16. Koczkodaj Paweł i Michalek Irmina M. Sugar tax in Poland – bittersweet lessons three years after implementation. *J Cancer Policy*. 2024, t. 41, art. nr 100483.

17. Testino Gianni. The burden of cancer attributable to alcohol consumption. *Maedica (Bucur)*. 2011, t. 6, nr 4, s. 313-320.
18. WHO. *No level of alcohol consumption is safe for our health*. [Online] 15.03.2026. <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>
19. Koczkodaj Paweł i in. Estimated cancer burden attributable to the alcohol consumption in Poland in 2016. *Nowotwory J Oncol*. 2019, t. 69, nr 5/6, s. 179-181.
20. Manthey Jakob i in. The impact of raising alcohol taxes on government tax revenue: insights from five European countries. *Appl Health Econ Health Policy*. 2024, t. 22, nr 3, s. 363-374.
21. Gallopel-Morvan Karine i in. Impact of text-only versus large text-and-picture alcohol warning formats: a functional magnetic resonance imaging study in French young male drinkers. *Alcohol Clin Exp Res (Hoboken)*. 2024, t. 48, nr 8, s. 1610-1620.
22. Correia Daniela i in. Effect of alcohol health warning labels on knowledge related to the ill effects of alcohol on cancer risk and their public perceptions in 14 European countries: an online survey experiment. *Lancet Public Health*. 2024, t. 9, nr 7, s. e470-e480.
23. Ministerstwo Zdrowia. *Szczepienia przeciw HPV*. [Online] 15.02.2026. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/hpv>
24. Polska Agencja Prasowa. *Mała popularność szczepień przeciw HPV – skorzystało z nich tylko 20 proc. docelowej populacji*. [Online] 15.03.2026. <https://www.pap.pl/mediaroom/mala-popularnosc-szczepien-przeciw-hpv-skorzystalo-z-nich-tylko-20-proc-docelowej>
25. Michałek Irmina i in. *Powszechny program szczepień przeciw HPV. Przewidywane skutki zdrowotne dla populacji oraz dla systemu ochrony zdrowia w Polsce*. Wyd. 2. Warszawa: Agencja Badań Medycznych Wydział Nauki i Ewaluacji, 2024. [Online] 15.03.2026 <https://abm.gov.pl/pl/aktualnosc/2546,Powszechny-program-szczepien-przeciw-HPV-przewidywane-skutki-zdrowotne-dla-popul.html>
26. Ministerstwo Zdrowia. *Wykonanie badania postaw zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej, z uwzględnieniem obszaru badań przesiewowych, w populacji Polski powyżej 18 roku życia. Raport końcowy*. Gdańsk: EU-Consult, 2022. [Online] 15.03.2026. <https://planujedlugiezycie.pl/postawy-zdrowotne-polakow-w-zakresie-profilaktyki-nowotworowej/>
27. Koczkodaj Paweł i in. SARS-CoV-2 as a new possible long-lasting determining factor impacting cancer death numbers. Based on the example of breast, colorectal and cervical cancer in Poland. *Nowotwory J Oncol*. 2021, t. 71, nr 1, s. 42-46.
28. Koczkodaj Paweł i Michalek Irmina M. Cancer screenings in Poland. A call to the new government and health minister for informed leadership. *Eur J Cancer*. 2024, t. 198, art. nr 113526.
29. Pett Lindsay i in. Participation and adherence to mammography screening in the Capital Region of Denmark: the importance of age over time. *PLoS One*. 2023, t. 18, nr 1, art. nr e0280790.
30. Sebuødegård Sofie, Botteri Edoardo i Hofvind Solveig. Breast cancer mortality after implementation of organized population-based breast cancer screening in Norway. *J Natl Cancer Inst*. 2020, t. 112, nr 8, s. 839-846.
31. Koczkodaj Paweł i in. Are wellness visits a possible and effective cure for the increasing cancer burden in Poland? Example of women's preventive services in the U.S. *Cancers (Basel)*. 2022, t. 14, nr 17, art. nr 4296.
32. Duffy Stephen W i in. Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services. *J Med Screen*. 2017, t. 24, nr 3, s. 127-145.