



Minister  
Zdrowia

---

OKUK.050.6.2025.AF  
Warszawa, 26 listopada 2025

**Pan**  
**Włodzimierz Czarzasty**  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację nr 13336 z 5 listopada 2025 r. Pani Poseł Małgorzaty Pępek w sprawie poprawy jakości opieki nad pacjentami z wielochorobowością w kontekście wyników raportu Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków uprzejmie przedstawiam poniższe informacje.

Na wstępie pragnę podkreślić, że Minister Zdrowia prowadzi kompleksowe działania mające na celu poprawę jakości opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi, w tym z wielochorobowością, poprzez rozwój opieki koordynowanej, wdrażanie nowych modeli organizacji świadczeń oraz stopniowe usuwanie barier w dostępie do leczenia, w szczególności w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

**1. Zapoznanie się Ministerstwa Zdrowia z raportem „Leczenie i opieka nad pacjentem z wielochorobowością”**

Ministerstwo Zdrowia (MZ) zapoznało się z treścią raportu „Leczenie i opieka nad pacjentem z wielochorobowością” oraz wynikami badań przeprowadzonych wśród pacjentów z wielochorobowością. Dokument ten stanowi dla resortu cenne uzupełnienie danych pochodzących z systemu informacji w ochronie zdrowia, analiz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz badań naukowych.

Raport został przekazany do właściwych komórek organizacyjnych MZ i zostanie wykorzystany w analizach dotyczących dalszego rozwoju opieki koordynowanej i modeli kompleksowej opieki specjalistycznej. Wnioski przedstawione przez organizacje pacjentów są spójne z dotychczasową diagnozą sytuacji i potwierdzają konieczność kontynuowania działań ukierunkowanych na poprawę jakości opieki, lepszą koordynację świadczeń oraz wzmocnienie wsparcia edukacyjnego i psychologicznego dla pacjentów z wielochorobowością.

## **2. Działania Ministerstwa Zdrowia na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentami z wielochorobowością, w szczególności podniesienia świadomości na temat opieki koordynowanej.**

Podstawowym narzędziem służącym poprawie jakości opieki nad pacjentami z wielochorobowością jest rozwijany model opieki koordynowanej, w szczególności w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). W ramach opieki koordynowanej lekarz POZ współpracuje z lekarzami specjalistami, pielęgniarką, dietetykiem oraz koordynatorem, a pacjent otrzymuje m.in.:

- pogłębioną ocenę stanu zdrowia (porada kompleksowa),
- Indywidualny Plan Opieki Medycznej obejmujący wiele rozpoznań,
- rozszerzony katalog badań diagnostycznych dostępnych na poziomie POZ,
- porady edukacyjne i dietetyczne,
- wsparcie koordynatora w organizacji badań i wizyt.

Model ten jest szczególnie ukierunkowany na pacjentów z chorobami przewlekłymi z takich obszarów jak: diabetologia, kardiologia, nefrologia, pulmonologia czy endokrynologia, a rozwiązania organizacyjne pozwalają na jednoczesne objęcie pacjenta więcej niż jedną ścieżką opieki. Odpowiada to potrzebom osób z wielochorobowością, u których niezbędne jest podejście holistyczne, a nie skupione na pojedynczej jednostce chorobowej.

Liczba poradni POZ realizujących opiekę koordynowaną systematycznie rośnie, co umożliwi stopniowe zwiększanie dostępności tego modelu opieki dla kolejnych pacjentów.

W celu podniesienia świadomości pacjentów i opiekunów na temat opieki koordynowanej Ministerstwo Zdrowia, we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Centrum e-Zdrowia, podejmuje działania informacyjne i edukacyjne, w szczególności poprzez:

- materiały na portalach informacyjnych (w tym pacjent.gov.pl oraz w serwisach NFZ),
- ulotki i plakaty w placówkach POZ,
- działania edukacyjne w ramach kampanii profilaktycznych i projektów takich jak „Akademia NFZ”.

Uzupełnieniem opieki koordynowanej w POZ są rozwiązania wprowadzane na poziomie opieki specjalistycznej, w szczególności w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz Krajowej Sieci Onkologicznej. Celem tych sieci jest zapewnienie pacjentom z chorobami układu krążenia oraz chorobami nowotworowymi szybkiej i uporządkowanej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, opartej na współpracy ośrodków o różnym stopniu referencyjności oraz pracy zespołów wielodyscyplinarnych. Elementy koordynacji obejmują m.in. standaryzację ścieżek postępowania, wyznaczenie ośrodków wiodących oraz monitorowanie jakości i wyników leczenia. Rozwiązania te są projektowane w sposób mający sprzyjać bardziej skoordynowanemu prowadzeniu pacjentów z wielochorobowością, w tym z równoczesnym występowaniem chorób sercowo-naczyniowych, nowotworowych i innych schorzeń przewlekłych, a także tworzą ramy organizacyjne dla lepszego powiązania opieki specjalistycznej z opieką koordynowaną realizowaną w POZ.

### **3. Wpływ chorób przewlekłych na zdrowie psychiczne pacjentów oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego w świetle wyników raportu**

W odniesieniu do kwestii wpływu chorób przewlekłych na zdrowie psychiczne pacjentów, w tym faktu, że zgodnie z raportem 77% badanych wskazało na negatywny wpływ choroby na zdrowie psychiczne, a ponad 1/3 doświadczyła stygmatyzacji, należy zgodzić się co do konieczności zapewnienia niezbędnego wsparcia psychologicznego.

Należy podkreślić, że kluczowym zadaniem w obszarze opieki psychiatrycznej jest wyrównanie dostępu do świadczeń zdrowotnych, szczególnie w zakresie opieki udzielanej w środowisku życia (miejscu zamieszkania, pracy, edukacji) osób potrzebujących.

Obecnie w Polsce funkcjonuje 117 centrów zdrowia psychicznego, które obejmują działaniem ponad 50 % dorosłej populacji. Centrum zdrowia psychicznego to miejsce, w którym można uzyskać natychmiastową, bezpłatną pomoc w zakresie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Pomoc można uzyskać przez całą dobę, bez konieczności posiadania skierowania lub wcześniejszego umawiania wizyty.

W obliczu ryzyka wystąpienia kryzysu psychicznego, w związku z diagnozą i leczeniem chorób przewlekłych, szczególne znaczenie ma dostępność pomocy psychologicznej m.in. w ramach Centrum Wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie psychicznym, gdzie pomoc jest dostępna całodobowo, bezpłatnie, telefonicznie pod numerem 800 70 2222, a także online: przez czat, wideorozmowę czy e-mail. W określone dni i godziny, zgodnie z obowiązującym grafikiem, możliwe jest uzyskanie porady i pomocy udzielanej przez specjalistów, w tym: psychiatrę, prawnika, pracownika socjalnego, terapeutę uzależnień, asystenta zdrowienia oraz seksuologa.

W 2024 r. 1,25% zgłoszeń do ww. Centrum Wsparcia dotyczyło problemów zdrowotnych o charakterze somatycznym, które często współwystępują z trudnościami psychicznymi (choroby psychosomatyczne, przewlekłe choroby somatyczne, zaburzenia bólowe), co potwierdza potrzebę traktowania opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi w sposób uwzględniający zarówno aspekty somatyczne, jak i psychiczne.

### **4. Działania Ministerstwa Zdrowia na rzecz ograniczenia barier ekonomicznych w dostępie do leczenia oraz poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów.**

Opiekę medyczną nad pacjentami w miejscu ich zamieszkania sprawują lekarze POZ, natomiast w sytuacji, gdy zaistnieje konieczność dalszych badań i konsultacji specjalistycznych, diagnostyka i leczenie prowadzone są w ramach AOS albo leczenia szpitalnego (LSZ).

Zarówno w ramach AOS jak i LSZ, Minister Zdrowia określił minimalne warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach. Wszystkie świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno- terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej i obejmują:

- 1) świadczenia scharakteryzowane procedurami medycznymi i rozpoznaniem chorobowymi, w tym rozpoznaniem opisanymi numerami ORPHA, w przypadku chorób rzadkich,
- 1) badania diagnostyczne oraz leki lub wyroby medyczne, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń gwarantowanych,

- 2) świadczenia w chemioterapii,
- 3) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych.

Ponadto, zgodnie z art. 2 ust. 1 oraz art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.), wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Świadczenia te obejmują w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich oraz wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich.

Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Najlepsze strategie postępowania u pacjentów z określonymi problemami zdrowotnymi są odzwierciedlone w zaleceniach postępowania diagnostyczno-leczniczego, opracowywanych w formie dokumentów podsumowujących i oceniających dostępne dane naukowe. Wytyczne te mają wspierać lekarzy w podejmowaniu decyzji w codziennej praktyce, jednak ostateczne decyzje dotyczące indywidualnych pacjentów podejmuje lekarz (lub lekarze) odpowiedzialny za leczenie, po konsultacji z pacjentem lub w razie potrzeby, jego opiekunem.

Opracowanie zaleceń postępowania diagnostyczno- leczniczego w różnych dziedzinach medycyny pozostaje w wyłącznej kompetencji ekspertów zrzeszonych w stowarzyszeniach będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym. Zalecenia postępowania mogą być opracowywane jako dokumenty krajowe albo w drodze adaptacji do polskich warunków zaleceń międzynarodowych. W przypadku zaleceń postępowania diagnostyczno- leczniczego w diabetologii, właściwym do ich opracowania lub adaptacji jest Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD).<sup>1</sup>

Należy jednocześnie podkreślić, że zgodnie z § 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.) świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

Zarówno Ministerstwo Zdrowia jak Narodowy Fundusz Zdrowia systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. W celu poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych w ramach AOS poprzez motywowanie świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, w bieżącym roku wprowadzona została, zarządzeniem nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 roku<sup>2</sup>, modyfikacja zasad finansowania świadczeń w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawców poziomu udziału procentowego świadczeń specjalistycznych

---

<sup>1</sup> <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd>

<sup>2</sup> Zarządzenie nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

pierwszorazowych. Nowe zasady finansowania będą miały zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 listopada 2025 r., przy czym pierwsza ocena spełniania parametrów określonych w wyżej wskazanym zarządzeniu obejmie świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 30 września 2025 roku.

Ponadto, z dniem 1 stycznia 2024 r. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad projektem Odwróconej Piramidy Świadczeń (OPS). W ramach projektu prowadzone są między innymi prace nad budową pakietów diagnostycznych w ramach AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady. Pozwolą one na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy POZ i AOS oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach. Wdrożenie pakietów diagnostyczno-terapeutycznych dodatkowo powinno przyczynić się do skrócenia czasu oczekiwania na pierwszą wizytę.

Aktualnie w ramach projektu OPS trwają prace prowadzone z udziałem ekspertów w różnych dziedzinach medycyny, w tym także z zakresu diabetologii, którzy nie tylko przedstawiają listy świadczeń/procedur medycznych związanych z diagnostyką i leczeniem w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, celem wyeliminowania bodźców do ich realizacji w warunkach szpitalnych, ale także opracowują i przekazują do Ministerstwa Zdrowia karty świadczeń opieki zdrowotnej (KŚOZ) zawierające m.in. opisy świadczeń, kryteria kwalifikacji do świadczenia, opis i szacowaną wielkość populacji, proponowane warunki realizacji, zasady finansowania i szacowane koszty zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego w AOS/POZ, dowody naukowe i bibliografię potwierdzające zasadność zakwalifikowania danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego lub wprowadzenia zmiany dotychczasowych warunków realizacji tych świadczeń. KŚOZ są na bieżąco poddawane analizie i ocenie pod względem merytorycznym w trakcie prowadzonych konsultacji wewnętrznych w MZ i NFZ, a następnie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która przygotowuje rekomendacje dla Ministra Zdrowia mające na celu umożliwienie zaimplementowania nowych rozwiązań naprawczych do systemu opieki zdrowotnej.

Ponadto, jednym z istotnych celów działań prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia jest zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne poprzez m.in. rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w poprawie dostępności do świadczeń i ich jakości. Wspomniane powyżej rozwiązania będą dotyczyły pacjentów z różnymi schorzeniami, także z wielochorobowością. Dodatkowo na podstawie dokumentu pn. „Krajowy Plan Transformacji na lata 2022 – 2026. Aktualizacja”, który był konsultowany w Ministerstwie Zdrowia, wśród najważniejszych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej wskazano działania związane z opracowaniem nowych standardów w AOS i realizacji projektów podnoszących dostępność placówek w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Działania te będą prowadzone stopniowo, głównie z myślą o osobach ze szczególnymi potrzebami, w tym osobach z niepełnosprawnościami, chorobami przewlekłymi oraz seniorach, którym łatwiej będzie korzystać z bardziej dostępnych podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w ramach AOS w różnych zakresach świadczeń.

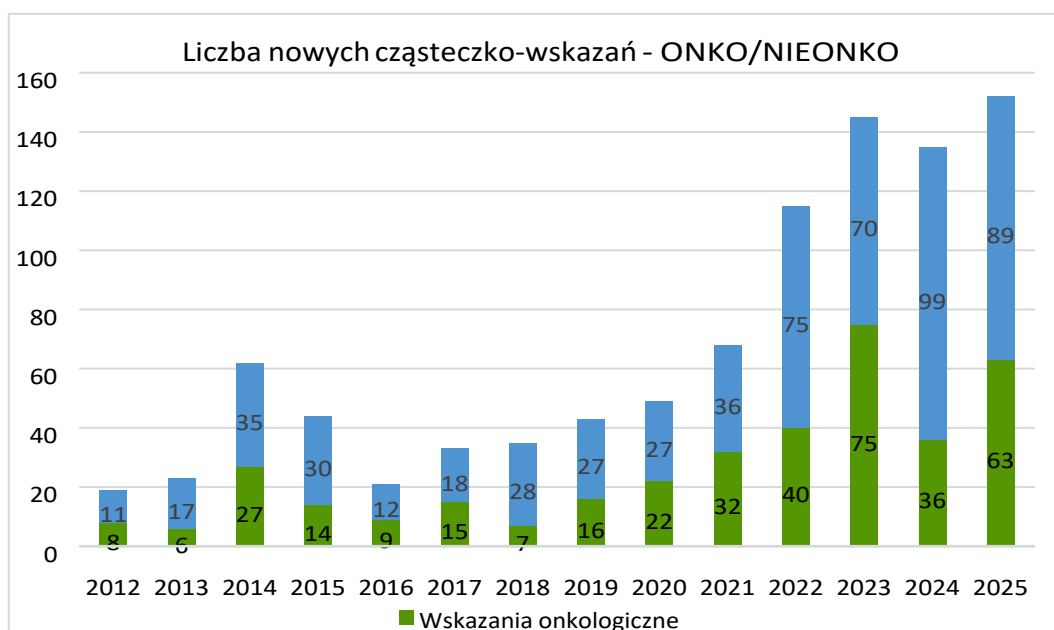
Dodatkowo, rozwiązania wdrażane w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz Krajowej Sieci Onkologicznej, opisane w odpowiedzi na pytanie nr 2, poprzez uporządkowanie ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych i ograniczanie dublowania badań oraz niezasadnych hospitalizacji mogą przyczyniać się również do zmniejszenia części kosztów pośrednich ponoszonych przez pacjentów oraz ułatwiać realizację zaleceń lekarskich, w szczególności u osób z wielochorobowością

W uzupełnieniu do powyższych działań o charakterze organizacyjnym należy wskazać rozwiązania, które w sposób bezpośredni przyczyniają się do ograniczania barier ekonomicznych po stronie pacjentów oraz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Uzupełniająco do powyższego należy wskazać, że leki to jedna ze stref w systemie ochrony zdrowia, która stanowi inwestycję w zdrowie i dłuższe życie polskich pacjentów. Zapewnienie bezpiecznych i skutecznych leków, dostępnych w odpowiednim miejscu i czasie stanowi filar poprawy zdrowia pacjenta.

Ostatnie lata stanowiły przełom w liczbie nowych terapii obejmowanych refundacją. Ministerstwo Zdrowia nieustająco rozwija listę leków refundowanych, a każde obwieszczenie przynosi dobre wiadomości dla pacjentów oczekujących na refundację produktów w schorzeniu, na które cierpią. Zwiększająca się liczba nowych objęć jest obserwowana szczególnie od 2019 r., gdzie wyraźnie zauważalny jest wzrost obejmowania refundacją wskazań onkologicznych oraz dotyczących chorób rzadkich.

- do historii przeszedł rok 2023, w którym refundacją objęto aż 145 innowacyjnych terapii (w tym 75 onkologicznych),
- kontynuacja tego trendu w roku 2024 przyniosła 135 nowych cząsteczkowskazań,
- od początku istnienia ustawy refundacyjnej najwięcej możliwości w dostępie do innowacyjnych terapii zaoferowano polskim pacjentom w 2025 r – 152 terapie.



Niezaprzeczalny wydaje się fakt, iż resort zdrowia przykłada bardzo dużo uwagi do problemu osób chorych na choroby onkologiczne oraz choroby rzadkie. Zdecydowana większość nowych cząsteczkowskazań dotyczy terapii najdroższymi substancjami czynnymi, bo w zakresie programów lekowych.

Dodatkowo należy mieć na względzie, iż osobom po ukończeniu 65 roku życia (S) oraz przed ukończeniem 18 roku życia (DZ), a także kobietom w ciąży i połogu (C), po spełnieniu kryteriów zawartych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, przysługują dostęp do zaopatrzenia w bezpłatne leki. Lista produktów znajduje się w wykazie leków w załącznikach D1, D2 oraz E, do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Na moment udzielania odpowiedzi w ramach obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2025 r., w załączniku A1- obejmujące leki refundowane dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym, w przypadku wykazu D2, odnoszącego się do bezpłatnych leków dla pacjentów po ukończeniu 65 roku życia dostępnych jest ok. 95 % względem wszystkich leków refundowanych w ramach refundacji aptecznej. W przypadku wykazu leków z załącznika D1 tj. wykaz leków dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia lista leków dostępnych nieodpłatnie jest mniejsza wynosi blisko 69 %. W oparciu o dane sprawozdawcze NFZ, w odniesieniu do kosztów finansowania leków w ramach omawianych programów leków bezpłatnych, najwyższy koszt wygenerował program dla pacjentów powyżej 65 roku życia. Dodatkowa kwota refundacji wynikająca z pokrywania dopłat pacjentów w ramach bezpłatnego wydania leków za rok 2024 wyniosła prawie 2,8 mld zł. W przypadku pozostałych programów, kwota dodatkowych wydatków dla pacjentów poniżej 18 roku życia wyniosła ponad 216 mln zł, a finansowanie leków bezpłatnych w okresie ciąży i połogu osiągnęło kwoty niespełna 16 mln zł. Ponadto, na podstawie cyklicznie raportowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych widoczne są coroczne tendencję wzrostowe, w związku z powyższym na obecny 2025 rok z dużym prawdopodobieństwem przewidziany jest wzrost kosztów finansowania przez płatnika publicznego dostępu pacjentów do darmowych leków.

Mając na względzie powyższe, Minister zauważa, iż w przypadku wielu zawartych na wykazie refundacyjnym terapii, bariera ekonomiczna nabycia przez pacjenta potrzebnej terapii jest niewielka, a w wielu przypadkach nie istnieje, tj. leki apteczne z zerową dopłatą pacjenta (część leków o odpłatności „bezpłatny do limitu”), leki apteczne nabywane z uprawnieniami dodatkowymi, leki finansowane w programach lekowych i chemioterapii. Jednocześnie należy mieć na względzie ograniczenia finansowe istniejące w każdym systemie refundacyjnym, co uniemożliwia refundację wszystkich dostępnych na rynku terapii bez ograniczeń oraz limitów.

Ponadto rozwój opieki koordynowanej w POZ oraz upowszechnienie narzędzi e-zdrowia, takich jak Internetowe Konto Pacjenta i jego funkcje umożliwiające stały dostęp do informacji o wystawionych receptach, dawkowaniu i zaplanowanych wizytach, sprzyjają lepszemu przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez pacjentów, w tym osoby z wielochorobowością.

## 5. Poprawa sytuacji pacjentów z wielochorobowością na rynku pracy.

Zagadnienia dotyczące sytuacji osób przewlekle chorych na rynku pracy, w tym przeciwdziałania marginalizacji, rozwoju elastycznych form zatrudnienia oraz rozwiązań z zakresu rehabilitacji zawodowej, należą w pierwszej kolejności do kompetencji ministra właściwego do spraw pracy oraz innych resortów odpowiedzialnych za politykę rynku pracy i system zabezpieczenia społecznego.

Jednocześnie Minister Zdrowia, w ramach realizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego, odpowiada za kształtowanie polityki zdrowotnej sprzyjającej utrzymaniu możliwie najwyższego poziomu sprawności i samodzielności osób z chorobami przewlekłymi.

W ramach prac międzyresortowych i konsultacji publicznych Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie zwraca uwagę na konieczność uwzględniania potrzeb osób z chorobami przewlekłymi, w tym z wielochorobowością, przy projektowaniu rozwiązań w zakresie rynku pracy, orzecznictwa o niezdolności do pracy oraz programów rehabilitacji zawodowej. Minister Zdrowia jest gotów do dalszej współpracy z ministrem właściwym do spraw pracy oraz innymi resortami w zakresie wypracowywania rozwiązań, które ułatwią osobom z wielochorobowością utrzymanie aktywności zawodowej bądź powrót do pracy po okresie niezdolności do pracy.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Tomasz Maciejewski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/