



Minister Zdrowia

DLG.050.182.2025.MGL
Warszawa, 09 grudnia 2025

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
w odpowiedzi na interpelację nr 13156 w sprawie sytuacji polskiej kardiologii i kardiologii, przekazaną przez Panią Katarzynę Matusik-Lipiec Posłana Sejm RP i grupę Posłów na Sejm RP, a także w ślad za prolongatą terminu udzielenia odpowiedzi przekazaną do Marszałka Sejmu RP pismem z dnia 18 listopada 2025 r., uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia prowadzi kompleksowe działania mające na celu poprawę organizacji i jakości opieki kardiologicznej i kardiologicznej w Polsce. Działania te realizowane są w ramach zintegrowanego podejścia, które łączy stabilne finansowanie, rozwój infrastruktury, premiowanie jakości leczenia oraz planowanie strategiczne z udziałem ekspertów.

Odnosząc się do pytania cyt. „Czy Ministerstwo Zdrowia planuje zwiększyć nakłady finansowe na kardiologię i kardiologię, w tym szczególnie na zabiegi ratujące życie?”, przedstawiam dane zaprezentowane w Tabeli 1, która obrazuje zmiany w wydatkach na świadczenia kardiologiczne i kardiologiczne w podziale na zakresy w latach 2023 – 2024 oraz w okresie I–VII 2025 r.

Tabela 1. Wydatki na świadczenia kardiologiczne i kardiologiczne w podziale na zakresy w latach 2023–2024 oraz w okresie I–VII 2025 r. (liczba produktów i wartość finansowania).

Grupa zakresów	2023		2024		I-VII 2025	
	liczba produktów	wartość	liczba produktów	wartość	liczba produktów	wartość
AOS kardiologia	58 986	6 238 358	68 300	7 868 013	43 201	4 577 660
AOS kardiologia	6 880 177	1 102 094 344	7 338 278	1 275 012 912	4 435 105	725 266 197
Leczenie szpitalne - Kardiologia	63 989	669 498 848	64 150	712 762 336	36 607	401 156 230
Leczenie szpitalne - Kardiologia	669 925	6 880 919 734	698 943	7 776 047 658	417 462	4 673 591 407

<i>Leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe</i>	318 680	675 923 458	472 369	865 107 223	300 832	495 861 325
<i>Leczenie szpitalne - świadczenia wyskospecjalistyczne</i>	360 980	1 523 613 202	399 513	1 817 215 034	99 502	645 165 215
<i>Rehabilitacja lecznicza</i>	298 796	249 422 869	326 568	276 224 299	191 397	143 671 444
<i>Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie</i>	992	959 707	21 078	10 711 024	18 247	4 779 436
Suma końcowa	8 652 525	11 108 670 521	9 389 199	12 740 948 499	5 542 353	7 094 068 914

Jednocześnie uprzejmie informuję, że na przestrzeni ostatnich pięciu lat do katalogu leczenia szpitalnego wprowadzono następujące nowe świadczenia gwarantowane w zakresie kardiologii i kardiologii, które decyzją Ministra Zdrowia zostały zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane:

- wszczepienie przezcewnikowe bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej,
- przezcewnikowa naprawa niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa,
- monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR): u chorych po kryptogennym udarze mózgu oraz po nawracających utratkach przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić pomimo rozszerzonej diagnostyki,
- mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa (LVAD).

Wskazać należy, że nakłady finansowe na kardiologię i kardiologię stale rosną, co ma związek między innymi z wprowadzeniem rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W latach 2023 - 2025 Narodowy Fundusz Zdrowia zaimplementował do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poniższe rekomendacje Prezesa AOTMiT:

- nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej bip AOTMiT,
- nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej bip AOTMiT,
- nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej bip AOTMiT.

Powyższe rekomendacje dotyczą właśnie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i związane są ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ponadto, w dniu 22 września 2025 r. został opublikowany raport AOTMiT dot. ablacji zaburzeń rytmu serca, który objął następujące produkty rozliczeniowe:

- E43 Ablacja zaburzeń rytmu,
- E46 Ablacja (prosta) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D,
- E47 Ablacja (złożona) zaburzeń rytmu z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D,
- E48 Ablacja migotania przedsionków – izolacja żył płucnych.

Dodatkowo, w Planie Taryfikacji AOTMiT na rok 2026 uwzględniono świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w których istotny koszt stanowi wyrób medyczny. Wstępnie w obszarze kardiologii zidentyfikowano dwie grupy świadczeń, w zależności od charakteru klinicznego, które zostaną szczegółowo przeanalizowane w procesie taryfikacji w przyszłym roku:

- procedury z zakresu elektroterapii serca (E31, E31G, E32, E33, E34, E34G, E36, E43-E48),
- świadczenia wysokospecjalistyczne w tym między innymi TAVI oraz wszczepienia LVAD, które mogą być realizowane zarówno przez kardiologię, jak i kardiochirurgię.

Ponadto, mając na uwadze prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia (ChUK) oraz wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności oraz poważnych konsekwencji społecznych, Rzeczpospolita Polska, jako jeden z nielicznych krajów w Europie, wprowadziła program wieloletni pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (NPChUK). Celem Programu NPChUK jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia. Program ten przewiduje coroczne środki budżetowe w wysokości do 270 mln zł, z elastycznym podziałem na obszary inwestycyjne:

- I. Inwestycje w kadry poprzez rozwój systemu kształcenia personelu medycznego, aby zapewnić wysoką jakość opieki kardiologicznej.
- II. Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia poprzez zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki chorób układu krążenia oraz promowanie zdrowych nawyków.
- III. Inwestycje w pacjenta poprzez zwiększenie dostępności badań przesiewowych oraz poprawa ich jakości, aby wcześniej wykrywać choroby układu krążenia.
- IV. Inwestycje w naukę i innowacje poprzez wsparcie badań naukowych w kardiologii oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych.
- V. Inwestycje w system opieki kardiologicznej poprzez optymalizację procesu leczenia, wdrożenie jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych oraz doposażenie placówek medycznych w nowoczesny sprzęt.

Wśród kluczowych zadań NPChUK należy wskazać na opracowanie i wdrożenie Krajowej Sieci Kardiologicznej. Wdrażane na podstawie ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej rozwiązanie stanowi systemowy model organizacji opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, oparty na zasadach koordynacji, kompleksowości i ciągłości leczenia. Jej celem jest zapewnienie pacjentowi szybkiej diagnozy, skutecznego leczenia oraz stałego nadzoru specjalistycznego, niezależnie od miejsca zamieszkania. Sieć tworzą ośrodki kardiologiczne trzech poziomów referencyjnych (OK I, OK II i OK III), współpracujące między sobą oraz z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, co umożliwi płynne kierowanie pacjenta pomiędzy poszczególnymi etapami diagnostyki i terapii.

Przepisy uwzględnione w ustawie o KSK przewidują wzrost finansowania świadczeń z zakresu kardiologii i kardiochirurgii. Finansowanie KSK opiera się na zasadzie powiązania

wysokości środków przekazywanych podmiotom leczniczym z jakością i skutecznością udzielanych świadczeń. Kluczowym elementem tego mechanizmu jest ocena jakości opieki kardiologicznej, dokonywana na podstawie mierzalnych wskaźników klinicznych i organizacyjnych.

Na podstawie wyników tej oceny zastosowanie będą miały współczynniki korygujące, które pozwalają na premiowanie ośrodków osiągających wysoką jakość leczenia oraz efektywność organizacyjną. Takie rozwiązanie ma na celu nie tylko racjonalne wykorzystanie środków publicznych, ale również motywowanie podmiotów leczniczych do ciągłego doskonalenia jakości opieki, wdrażania innowacyjnych rozwiązań i zapewnienia pacjentom najwyższego standardu leczenia w ramach spójnego, ogólnopolskiego systemu kardiologicznego. Wdrożenie wskaźników jakości opieki kardiologicznych przewiduje się w 2026 r.

Równocześnie, w ramach Krajowego Planu Odbudowy, przewidziano łącznie 2,65 mld zł na modernizację infrastruktury szpitalnej w obszarze kardiologii. Środki te wspierają rozwój ośrodków zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Kardiologicznej w zakresie realizacji inwestycji dotyczących m.in. pracowni hemodynamiki, oddziałów kardiologii, ośrodków rehabilitacji oraz wdrażanie nowoczesnych technologii medycznych.

W odpowiedzi na pytanie cyt.: „Czy rozważane jest rozszerzenie listy refundowanych leków kardiologicznych, w szczególności tych stosowanych w przewlekłym leczeniu chorób serca?”, należy wskazać, że na przełomie ostatnich dwóch lat (2024-2025) poczyniono istotne nakłady finansowe i organizacyjne w celu rozszerzenia dostępu do leków kardiologicznych:

- utworzono nowy program lekowy B.162 leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10: E85, I42.1) w którym prowadzone jest leczenie dwóch jednostek chorobowych innowacyjnymi substancjami czynnymi: *tafamidisem* w części I programu: leczenie kardiomiopatii w przebiegu amyloidozy transtyretynowej (ICD-10: E85) oraz *mavakamtenem* w części II programu: leczenie przerostowej kardiomiopatii zawężającej (ICD-10: I42.1);
- rozszerzono kryteria kwalifikacji do programu lekowego B.101 leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25) w populacji dorosłych pacjentów z bardzo wysokim i ekstremalnym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego oraz dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną, co dotyczy leków zawierających substancje czynne: *inklisiran*, *alirokumab*, *ewolokumab*;
- rozszerzono wskazania refundacyjne dla leków w dostępności aptecznej z substancjami czynnymi *dapagliflozyna*, *empagliflozyna*, *ezetymib*, *ezetymib+atorwastatyna*;
- objęto refundacją *rywaroksaban* w dawce 2,5mg w zakresie profilaktyki zdarzeń zakrzepowych na podłożu miażdżycowym (CAD/PCAD);
- rozszerzono wykaz o nowe leki złożone (*single pill combination* – SPC) stosowane w terapii nadciśnienia tętniczego tj. *telmisartan + amlodypina + hydrochlorotiazyd* oraz *walsartan + indapamid*.

Ponadto, opublikowano i wdrożono pierwszą listę leków o ugruntowanej skuteczności klinicznej, wskazując kardiologię jako pierwszy, priorytetowy obszar do podjęcia działań w celu rozszerzenia dostępu do leków refundowanych.

Pierwsza lista leków o ugruntowanej skuteczności na podstawie art. 30a ust. 5 ustawy o refundacji¹, obejmująca 14 technologii lekowych we wskazaniach kardiologicznych, została opublikowana 11 października 2024 r. w komunikacie Ministra Zdrowia w sprawie

¹ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.).

pierwszej listy leków o ugruntowanej skuteczności². W konsekwencji wpłynięcia do Ministra Zdrowia licznych wniosków dla terapii wymienionych w ramach listy kardiologicznych leków o ugruntowanej skuteczności w pierwszej połowie 2025 r. refundacją zostało objętych 9 nowych terapii rekomendowanych w leczeniu chorób kardiologicznych.

Tabela 2. Wykaz substancji czynnych oraz leków wprowadzonych do refundacji z listy leków o ugruntowanej skuteczności w kardiologii.

<i>Substancja czynna</i>	<i>Wskazanie refundacyjne</i>
<i>dabigatran</i>	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa \geq II wg NYHA)
<i>eplerenon</i>	Niewydolność mięśnia sercowego
<i>flekainid</i>	Zaburzenia rytmu serca
<i>klonidyna</i>	Nadciśnienie tętnicze
<i>metylodopa</i>	Nadciśnienie tętnicze w ciąży
<i>riwaroxaban</i>	Profilaktyka udaru i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca
<i>torasemid</i>	Niewydolność mięśnia sercowego
<i>trimetazydyna</i>	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane
<i>zofenopril</i>	Nadciśnienie tętnicze

Odpowiadając na pytanie cyt.: „Jakie działania planuje Ministerstwo, aby skrócić czas oczekiwania pacjentów na wizyty u specjalistów oraz zwiększyć dostęp do nowoczesnych metod diagnostyki i terapii?”, wskazać należy, że w ramach NPCHUK i KSK realizowana jest kompleksowa reforma organizacyjna i finansowa w obszarze kardiologii, w tym również kardiologii interwencyjnej, której celem jest zwiększenie dostępności do procedur wyskospecjalistycznych, takich jak TAVI, czy LVAD.

W ramach KSK planowane jest utworzenie Centrów Doskonałości Kardiologicznej (CDK) – wyspecjalizowanych jednostek o najwyższym poziomie referencyjnym (OK III), które będą koncentrować się na realizacji najbardziej zaawansowanych procedur interwencyjnych i zabiegowych. Centra te zapewnią równomierny dostęp pacjentów z całego kraju do innowacyjnych metod leczenia, jednocześnie pełniąc funkcję ośrodków szkoleniowych i eksperckich w zakresie kardiologii.

Integralnym elementem systemu są również koordynatorzy opieki kardiologicznej działający w ośrodkach II i III poziomu referencyjnego. Ich zadaniem jest prowadzenie pacjenta przez wszystkie etapy leczenia – od diagnostyki, przez leczenie interwencyjne, aż po rehabilitację i kontrolę po zabiegu. Takie podejście zapewnia ciągłość i spójność opieki oraz pozwala uniknąć dublowania badań i wydłużania ścieżki pacjenta.

W celu poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez motywowanie świadczeniodawców do podwyższania udziału świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, w bieżącym roku wprowadzona została, zarządzeniem nr 23/2025/DSOZ Prezesa NFZ, modyfikacja zasad finansowania świadczeń w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawców poziomu udziału procentowego świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych. Nowe zasady finansowania będą miały zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 listopada

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-pierwszej-listy-lekow-o-ugruntowanej-skuteczności>.

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. W celu zapewnienia większego dostępu do poradni w specjalnościach, charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne, wdrażane są m.in. narzędzia ułatwiające zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt. Ponadto, zaplanowane są także działania zwiększające dostęp do poradni specjalistycznych poprzez poprawę jakości diagnostyki i leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz wyrównywanie różnic w dostępności. Służyć temu będzie wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie AOS w ponadregionalnych podmiotach leczniczych, dla których organem założycielskim lub prowadzącym jest minister lub wojewoda.

Ponadto, w dniu 1 stycznia 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które wprowadziło zmiany w warunkach realizacji badania tomografii komputerowej (TK) tętnic wieńcowych wykorzystywanego do diagnostyki chorób naczyń wieńcowych oraz innych patologii serca i śródpiersia. Usunięte zostały dotychczas obowiązujące kryteria kwalifikacji do badania TK tętnic wieńcowych w celu zwiększenia dostępności do nieinwazyjnego badania obrazowego, które pozwala na ocenę anatomii krążenia wieńcowego oraz zapewnia wysoką skuteczność w rozpoznawaniu zwężeń tętnic wieńcowych oraz anomalii ich rozwoju.

Kluczowym narzędziem w procesie leczenia jest e-KOK, która umożliwia bieżące monitorowanie postępów terapii, dokumentowanie wykonanych procedur i ocenę przestrzegania zaleceń przez pacjenta (adherencji). e-KOK będzie integrować dane z różnych poziomów opieki – od lekarza POZ po ośrodki interwencyjne – wspierając zarówno proces decyzyjny lekarzy, jak i zarządzanie jakością w całym systemie. Jak wspomniano powyżej, system finansowania w ramach KSK będzie uwzględniał ocenę jakości udzielanych świadczeń, w tym skuteczność leczenia, czas oczekiwania na procedury oraz dostępność do terapii interwencyjnych. Ośrodki osiągające wysokie wskaźniki jakościowe i organizacyjne będą mogły korzystać ze współczynników korygujących, które stanowią formę premiowania za efektywność i kompleksowość opieki.

Od 1 stycznia 2026 r. uruchomiony zostanie także system centralnej e-rejestracji, który zintegruje dostępność wizyt i świadczeń kardiologicznych w skali kraju. System ten pozwoli pacjentom szybko znaleźć najbliższy termin konsultacji lub zabiegu, zwiększając przejrzystość i równy dostęp do świadczeń w całej Polsce. Jednocześnie, dzięki zaangażowaniu koordynatorów kardiologicznych, umożliwi efektywne zarządzanie ruchem pacjentów między poziomami referencyjnymi KSK, tak aby pacjent wymagający procedur interwencyjnych (np. TAVI czy implantacji LVAD) był kierowany do ośrodka dysponującego odpowiednimi możliwościami i krótszym czasem oczekiwania. Połączenie organizacji opartej na KSK, funkcjonowania Centrów Doskonałości Kardiologicznej, cyfrowych narzędzi (e-KOK, e-rejestracja) oraz mechanizmów oceny jakości i koordynacji opieki tworzy spójny system, który realnie zwiększa dostępność do nowoczesnych procedur kardiologii interwencyjnej. Dzięki temu pacjent uzyskuje szybszy, bardziej zindywidualizowany i bezpieczny dostęp do leczenia, a system ochrony zdrowia zyskuje narzędzia do skutecznego monitorowania jakości i efektywności świadczeń.

Odpowiadając na pytanie cyt.: „Czy resort zamierza rozszerzyć i wzmocnić programy profilaktyki chorób sercowo - naczyniowych oraz edukacji społeczeństwa w zakresie zdrowego stylu życia?”, uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia wdraża i wspiera szereg działań profilaktycznych oraz edukacyjnych, których celem jest ograniczenie zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia. Działania te są realizowane w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, a także poprzez

działania uzupełniające, obejmujące kampanie społeczne, programy bilansowe, badania populacyjne oraz narzędzia cyfrowe wspierające profilaktykę i edukację zdrowotną.

Poniżej zostały wymienione główne działania wspierające profilaktykę i edukację w zakresie chorób sercowo-naczyniowych:

- Koncepcja „10 dla Serca” – ogólnopolska inicjatywa edukacyjna opracowana przez Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy we współpracy z Ministrem Zdrowia. Wskazuje ona dziesięć obszarów, które powinny być utrzymywane w możliwie najlepszym stanie, aby zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych;
- Program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK), który obejmuje zarówno badania określające ryzyko wystąpienia choroby układu krążenia: stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu glukozy, dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (BMI) jak i edukację zdrowotną;
- Program „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, obejmujący m.in. pełny lipidogram, ocenę stylu życia i czynniki ryzyka, a także indywidualne zalecenia dostępne w aplikacji moje IKP lub Internetowego Konta Pacjenta (IKP). Celem programu stworzenie Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ), w którym planowane są odpowiednie interwencje prozdrowotne;
- Rozszerzony bilans 6-latką, który uwzględnia badania przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej, umożliwiając wczesne wykrycie ryzyka chorób serca już u najmłodszych;
- W ramach NPChUK powstaje portal kardiologia.gov.pl, który będzie pełnił funkcję nowoczesnego narzędzia edukacyjnego. Portal będzie zawierał informacje o profilaktyce, kompleksowej opiece kardiologicznej, ścieżce leczenia oraz kompendium wiedzy o chorobach układu krążenia;
- Minister Zdrowia wspiera realizację ogólnopolskich badań populacyjnych (np. Wobasz III I Wobasz Dzieci), które dostarczają aktualnych danych epidemiologicznych, wspierają ocenę skuteczności działań profilaktycznych i umożliwiają planowanie interwencji zdrowotnych już od najmłodszych lat.

Celem wymienionych działań jest nie tylko zwiększenie świadomości społecznej, ale także realne ograniczenie liczby incydentów sercowo - naczyniowych poprzez wczesne wykrywanie zagrożeń i promowanie zdrowych nawyków w różnych grupach wiekowych. Resort zdrowia konsekwentnie zwiększa nakłady na kardiologię i kardiochirurgię, rozszerza dostęp do refundowanych leków, wdraża mechanizmy skracające czas oczekiwania na świadczenia oraz intensyfikuje działania profilaktyczne i edukacyjne.

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