



Minister  
Zdrowia

---

ZPN.050.8.2026.AP  
Warszawa, 12 marca 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 15326 Poseł Moniki Wielichowskiej i grupy posłów w sprawie planów wdrożenia rekomendacji Senatu RP wypracowanych w ramach Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

### **I. Wspólne czynniki ryzyka chorób onkologicznych i kardiologicznych, zależne od stylu życia**

#### **Ad. 1**

Tekst jest poprawny pod względem merytorycznym i spójny logicznie, jednak wymaga drobnych korekt językowych i stylistycznych, aby w pełni odpowiadał standardom stylu urzędowego (m.in. doprecyzowanie składni, poprawa interpunkcji oraz ujednoczenie skrótów i nazw własnych).

Poniżej przedstawiam poprawioną wersję.

---

#### **Poprawiona wersja:**

Ministerstwo Zdrowia uznaje profilaktykę wspólną dla chorób onkologicznych oraz chorób układu krążenia za jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Do podejmowania działań w tym zakresie zobowiązują dokumenty strategiczne przyjęte przez Radę Ministrów: *Krajowy Plan Transformacji*, *Narodowa Strategia Onkologiczna* oraz *Narodowy Program Chorób Układu Krążenia*. Wspólne czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu, nadwaga i otyłość, niska aktywność fizyczna, niewłaściwa dieta oraz spożywanie alkoholu,

stanowią podstawę działań komunikacyjnych resortu. Strategia Ministerstwa opiera się na maksymalizacji efektu synergii między realizowanymi programami, co umożliwia budowanie spójnej świadomości społecznej w zakresie zdrowego stylu życia.

W odniesieniu do kwestii formalnej integracji kampanii wyjaśniam, że działania profilaktyczne są finansowane z dwóch odrębnych programów strategicznych: *Narodowej Strategii Onkologicznej* (NSO) oraz *Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia* (NPChUK). Ze względu na obowiązującą dyscyplinę budżetową oraz konieczność precyzyjnego rozliczania środków zgodnie z przeznaczeniem każdego z programów, kampanie te realizowane są jako odrębne projekty.

Pomimo formalnego rozdzielenia źródeł finansowania, Ministerstwo planuje równoległą i komplementarną realizację obu kampanii. Oznacza to, że działania będą ściśle skoordynowane pod względem czasu i tematyki, aby zapewnić obywatelom spójny i wzajemnie wzmacniający się przekaz o charakterze edukacyjnym.

W bieżącym roku planowane jest ogłoszenie postępowań przetargowych na opracowanie nowych materiałów kampanijnych. Ich celem będzie nowoczesna edukacja w zakresie profilaktyki pierwotnej, koncentrująca się na eliminacji czynników ryzyka wspólnych dla chorób onkologicznych i chorób układu krążenia.

Podsumowując, choć kampanie są formalnie prowadzone niezależnie, ich wymiar edukacyjny pozostaje w pełni zintegrowany. Takie podejście zwiększa skuteczność działań informacyjnych i umożliwia kompleksowe przekazywanie społeczeństwu wiedzy na temat metod prewencji najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych.

## **Ad. 2**

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia podjęło systemowe prace nad opracowaniem nowej strategii komunikacji dla działań edukacyjno-promocyjnych resortu oraz jednostek mu podległych. Głównym założeniem tego procesu jest zapewnienie spójności kluczowych przekazów merytorycznych oraz skuteczniejsza koordynacja strategiczna kampanii zdrowotnych, co pozwoli na wzmocnienie ich wpływu na postawy i zachowania zdrowotne obywateli, przy jednoczesnym zachowaniu niezbędnej specyfiki dotarcia do zróżnicowanych grup docelowych.

W tym kontekście obecnie funkcjonująca marka parasolowa „*Planuję Długie Życie*” zostanie poddana procesowi ewolucji i rebrandingu, aby jeszcze skuteczniej integrować działania finansowane z różnych źródeł, takich jak *Narodowa Strategia Onkologiczna* oraz *Narodowy Program Chorób Układu Krążenia*.

Dzięki nowemu podejściu strategicznemu, pomimo proceduralnego rozdzielenia kampanii oraz angażowania różnych wykonawców do ich realizacji, przekaz kierowany do społeczeństwa będzie oparty na wspólnych fundamentach merytorycznych, obejmujących kluczowe czynniki ryzyka i nawyki prozdrowotne. Rozwiązanie to umożliwi lepszą koordynację działań promocyjnych oraz zwiększy efektywność wydatkowania środków publicznych poprzez ograniczenie rozproszenia komunikatów.

Proponowana w interpelacji formuła zintegrowanego przekazu jest w pełni zbieżna z kierunkiem prac nad nową strategią komunikacji, której celem jest budowa trwałej i czytelnej świadomości zdrowotnej Polaków pod wspólnym, silnym szyldem komunikacyjnym.

### **Ad. 3**

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia już prowadzi i konsekwentnie wzmacnia interdyscyplinarną współpracę pomiędzy różnymi dziedzinami medycyny przy okazji aktualizacji i projektowaniu nowych profilaktycznych programów zdrowotnych ujętych w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

Dla przykładu prace nad uzupełnieniem Programu profilaktyki rak szyjki macicy o dwa nowoczesne badania test HPV HR i cytologię na podłożu płynnym (LBC) (program w nowej formule ruszył od lipca 2025 r.) prowadzone były przy udziale ekspertów reprezentujących różne specjalności kliniczne: z dziedziny ginekologii, onkologii klinicznej, patomorfologii celem zapewnienia kompleksowego ujęcia problemów zdrowotnych.

Obecnie prowadzone są także prace nad wprowadzeniem nowego programu w profilaktyce raka płuca opartego na niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK). Projekt opracowywany jest przy udziale ekspertów z zakresu chorób płuc, torakochirurgii, radiologii i diagnostyki obrazowej, pulmonologii co ma na celu zapewnienie kompleksowego charakteru i wysokiego standardu merytoryczny planowanej interwencji. Projekt został poddany konsultacjom publicznym.

W procesie zmian czy przygotowania programów zdrowotnych resort stosuje mechanizmy konsultacji publicznych, umożliwiając zgłaszanie uwag m.in. przez środowiska medyczne, konsultantów krajowych różnych dziedzin medycyny. Umożliwia to włączanie różnych perspektyw klinicznych i organizacyjnych, a tym samym wzmacnia interdyscyplinarność już na etapie wprowadzania zmian czy projektowania programów zdrowotnych .

### **Ad. 4**

Choroby nowotworowe oraz choroby układu krążenia należą do najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce. Ich rozwój jest w dużej mierze związany ze wspólnymi czynnikami ryzyka

wynikającymi ze stylu życia, takimi jak nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, zaburzenia snu, stres czy narażenie środowiskowe. W odpowiedzi na to wyzwanie Ministerstwo Zdrowia realizuje dwa strategiczne programy rządowe:

- Narodową Strategię Onkologiczną (NSO) 2020–2030 – program wieloletni wyznaczający kierunki rozwoju onkologii (m.in. inwestycje w kadry, edukację i styl życia, prewencję wtórną, naukę/innowacje, system opieki);
- Narodowy Program Chorób Układu Krążenia (NPChUK) 2022–2032 – kompleksowa strategia kardiologiczna koncentrująca działania w pięciu obszarach (kadry; edukacja, profilaktyka i styl życia; pacjent; nauka i innowacje; system opieki).

W NPChUK przewidziano uporządkowanie organizacji opieki poprzez wprowadzenie jednolitych standardów postępowania, koordynacji ścieżki pacjenta oraz systemów monitorowania jakości. Wdrożenie i rozwój Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) stanowi element realizacji NPChUK. Program określa zadania zmierzające do pełnego wdrożenia sieci, jej monitorowania oraz rozwoju standardów diagnostyczno-organizacyjnych. KSK koordynuje opiekę kardiologiczną na trzech poziomach, wprowadza jednolite standardy i wspiera identyfikację pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Centralnym elementem działań profilaktycznych jest styl życia, który stanowi wspólny mianownik ryzyka dla onkologii, kardiologii, a także chorób naczyniowo-neurologicznych. W ramach programów (NSO i NPChUK) realizowana jest kampania „Planuje Długie Życie”, której celem jest m.in.:

- zwiększenie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki nowotworów i chorób układu krążenia,
- kształtowanie prozdrowotnych postaw,
- zachęcanie do regularnych badań przesiewowych,
- ograniczenie ryzyk behawioralnych – w szczególności palenia, nadużywania alkoholu, braku ruchu czy niewłaściwej diety.

Ponadto, w ramach NPChUK promowana jest ogólnopolska koncepcja „10 dla Serca”, porządkująca kluczowe obszary stylu życia wpływające na zdrowie sercowo-naczyniowe: optymalne ciśnienie tętnicze, prawidłowy poziom cholesterolu, optymalną glikemię, odpowiednią masę ciała, zdrowe odżywianie, niepalenie tytoniu, niepicie alkoholu, zdrowy sen, redukcję stresu oraz regularną aktywność fizyczną. W oparciu o wskazaną koncepcję opracowano i udostępnioną w mojejKP ankietę, która umożliwia:

- ocenę indywidualnego ryzyka chorób układu krążenia,

- analizę 10 kluczowych obszarów stylu życia,
- wskazanie działań, które pacjent może podjąć samodzielnie,
- wskazanie, kiedy należy skontaktować się z POZ lub kardiologiem,
- dostęp do materiałów edukacyjnych i zaleceń.

Ankieta stanowi jedno z najważniejszych cyfrowych narzędzi profilaktycznych uruchomionych w ostatnich latach, wspierających nie tylko działania NPCChUK, ale również zintegrowaną profilaktykę obejmującą styl życia jako podstawowy czynnik ryzyka wielu chorób, w tym nowotworów i chorób naczyniowo-neurologicznych (więcej: <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/10-dla-serca-nowe-narzedzie-w-aplikacji-mojeikp>).

Uzupełnieniem do prowadzonych kampanii i udostępnianych narzędzi cyfrowych jest powstanie dedykowanego portalu edukacyjnego, który stanowi źródło rzetelnej wiedzy oraz narzędzie do walki z dezinformacją:

- Narodowy Portal Kardiologiczny - w fazie projektowania; po uruchomieniu będzie pełnił funkcję centralnego źródła wiedzy o profilaktyce chorób układu krążenia i konsolidował treści edukacyjne w logice „10 dla Serca”.

#### **Ad. 5**

Należy zaznaczyć, że stosownie do postanowień art. 3b ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, może określić, w drodze rozporządzenia:

1. rodzaje artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazana,
2. sposób umieszczania w programach przekazów handlowych dotyczących tych artykułów, tak aby przekazy te nie towarzyszyły audycjom dla dzieci - dążąc do zachęcenia nadawców do przeciwdziałania promowaniu niezdrowego odżywiania wśród dzieci oraz uwzględniając charakter programów, ich wpływ na kształtowanie opinii publicznej i oddziaływanie na interesy odbiorców, bez nakładania nieuzasadnionych obowiązków na nadawców.

Dotychczas KRRiT nie skorzystała z ww. uprawnień. Co istotne, planuje się, aby kwestia ograniczenia presji marketingu skierowanego do dzieci została uwzględniona w nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia, która zacznie obowiązywać od 2027 r.

- a) **ujednoczenia standardów żywienia w instytucjach publicznych, takich jak szkoły i szpitale,**

W dniu 16 lutego 2026 r. Minister Zdrowia podpisał tzw. rozporządzenie „sklepikowe”.<sup>1</sup> Nowe przepisy wejdą w życie 1 września 2026 r.

Jednostki systemu oświaty są miejscem, w którym dzieci spędzają znaczną część dnia, dlatego zapewnienie im wartościowych posiłków i dostępu do żywności o wysokiej wartości odżywczej ma fundamentalne znaczenie dla ich zdrowia.

Nowe rozporządzenie zastępuje dotychczasową regulację z 26 lipca 2016 r. i ma na celu wzmocnienie ochrony zdrowia dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Nowe przepisy mają ograniczyć dostęp do wysoko przetworzonej żywności o niskiej wartości odżywczej i jednocześnie zachęcić placówki do promowania zdrowych nawyków żywieniowych od najmłodszych lat z uwzględnieniem zasad diety planetarnej. To przełomowa zmiana dla stołówek – od września roślinny obiad bazujący na strączkach stanie się stałym elementem szkolnego menu. To część szerszych działań resortu, które mają przeciwdziałać głównym przyczynom utraty zdrowia wśród Polaków.

Niezależnie od powyższego należy wspomnieć, że obecnie, pod kierownictwem Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, prowadzone są zaawansowane prace nad ustawą o zmianie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (<https://legislacja.gov.pl/projekt/12398651>). Projekt ustawy przewiduje delegację ustawową do wydania rozporządzenia regulującego wymagania dotyczące żywności i żywienia oferowanych w instytucjach opieki nad dziećmi w wieku do lat 3. Zaproponowano również fakultatywną delegację dla Ministra Zdrowia do wydania aktu wykonawczego określającego wymagania żywieniowe oraz grupy środków spożywczych stosowane przy prowadzeniu żywienia zbiorowego w żłobkach i klubach dziecięcych dla dzieci ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi, w tym będących na dietach eliminacyjnych. W przedmiotowym projekcie zaproponowano także, aby żłobek, klub dziecięcy i punkt opieki dziennej zapewniały przebywającym w nim dzieciom nieograniczony dostęp do wody.

Kwestia określenia standardów żywienia w szpitalach znajduje się w kompetencjach Departamentu Analiz i Strategii.

#### **b) wprowadzenia czytelnego, frontowego oznakowania żywności?**

W państwach członkowskich UE funkcjonują (przyjęte przez niektóre państwa w ramach przepisów krajowych i dobrowolne dla przedsiębiorców) systemy znakowania żywności informujące o jej wartości odżywczej z przodu opakowania - FOPNL. W związku z ich różną

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie MZ z dnia 16 lutego 2026 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego w tych jednostkach (Dz. U. poz. 197)

formą (obecnie w UE funkcjonuje sześć systemów), Komisja Europejska w 2020 r. uruchomiła prace nad harmonizacją tego obszaru. Celem harmonizacji miało być ustalenie jednego systemu FOPNL w UE, który ułatwiłby konsumentom dokonywanie zdrowszych wyborów żywieniowych i w rezultacie wpływał na zmniejszenie występowania chorób dietozależnych. W trakcie prac resort zdrowia prezentował neutralne stanowisko dot. poszczególnych systemów FOPNL. Wynikało ono przede wszystkim z oczekiwania na zapowiadane przez Komisję Europejską opracowanie oceny skutków przyjęcia zharmonizowanego systemu FOPNL oraz plan opracowania przez Komisję propozycji rozwiązań legislacyjnych w tym zakresie. Dotychczas najwięcej państw członkowskich przyjęło (oficjalnie jako krajowy) kolorystyczny system Nutri-Score opracowany przez Francuski Instytut ds. Zdrowia. System ten wzbudza jednak dużo kontrowersji, m.in. pojawiają się wątpliwości co do jego zgodności z zasadami zdrowego odżywiania oraz wprowadzania w błąd konsumentów. W maju 2025 r. Komisja Europejska poinformowała o zawieszeniu prac w ww. obszarze z uwagi na złożoność tematu oraz skrajną polaryzację opinii państw członkowskich w tym zakresie.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że tematyka uproszczonego znakowania żywności wartością odżywczą jest przedmiotem badań od wielu lat w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Już w 2017 r. Narodowy Instytut Zdrowia publicznego PZH-PIB realizował zadanie pn. *Badanie nad opracowaniem i wprowadzeniem systemu przyjaznego etykietowania żywności prostym przekazem dotyczącym zawartości poszczególnych składników odżywczych w żywności z wykorzystaniem wiedzy o wypracowanych dotychczas rozwiązaniach*. W 2022 r. Instytut przeprowadził *Badanie systemów znakowania żywności wartością odżywczą z przodu opakowania z uwzględnieniem zwyczajów zakupowych związanych z czytaniem etykiet oraz znakowania żywności*. Natomiast w latach 2024-2025 prowadzone było *Badanie wpływu czynników oddziałujących na dokonywanie świadomych wyborów żywieniowych, z uwzględnieniem informacji o wartości odżywczej żywności*. Z prowadzonych dotychczas badań wynika, że:

- przy wyborze produktów Polacy zwracają uwagę głównie na: cenę, datę przydatności do spożycia, jakość produktu, skład, wielkość opakowania, markę,
- dla znaczącej części badanych Polaków informacje o wartości odżywczej produktu podawane w formie tabeli wpływają w średnim (41 %) lub znaczącym (25 %) stopniu na decyzje zakupowe,
- dodatkowe systemy informowania o wartości odżywczej z przodu opakowania (FOPNL) nie odgrywają decydującej roli w wyborach zakupowych większości Polaków, choć są doceniane przez najbardziej świadomych konsumentów.

## Ad. 6

Aktualne działania antynikotynowe podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia koncentrują się na wsparciu leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny. Przykładem takich działań jest obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 7 kwietnia 2023 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (raport AOTMiT w załączeniu). Przedstawione w obwieszczeniu taryfy są wyższe od wcześniejszych o 40–285%. W dniu 15 czerwca 2023 r. Narodowy Fundusz Zdrowia, na podstawie ww. obwieszczenia AOTMiT, dokonał analogicznej aktualizacji wyceny omawianych świadczeń.

Jednym z ważniejszych elementów wpływających na redukcję ekspozycji populacji na nikotynę jest podejmowanie działań zmierzających do zmniejszenia liczby osób palących wyroby tytoniowe. Mając powyższe na uwadze, należy zaznaczyć, że w 2025 r. miały miejsce dwie nowelizacje ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

W dniu 2 kwietnia 2025 r. opublikowano ustawę z dnia 21 lutego 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, która realizuje ważny interes publiczny, wynikający z przepisów dyrektywy delegowanej Komisji Europejskiej 2022/2100/UE, jakim jest ochrona zdrowia obywateli. Przedmiotowa ustawa wprowadza zakaz nadawania aromatu charakterystycznego podgrzewanym wyrobom tytoniowym.

Ponadto należy zaznaczyć, że w dniu 20 czerwca 2025 r. w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej została ogłoszona ustawa z dnia 21 maja 2025 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. poz. 799). Przepisy tej ustawy wprowadziły m.in.: zakaz sprzedaży woreczków nikotynowych osobom do lat 18, zakaz ich sprzedaży na terenie podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jednostek organizacyjnych systemu oświaty, o których mowa w przepisach o systemie oświaty, oraz zakaz sprzedaży na terenie obiektów sportowo-rekreacyjnych, jak również w automatach i systemach samoobsługowych, a także uregulowały maksymalne dopuszczalne stężenie nikotyny. Rynek woreczków nikotynowych nie był wcześniej uregulowany, co stanowiło bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia konsumentów, dlatego niezbędne było jego pilne uregulowanie.

Obecnie trwają prace nad kolejną nowelizacją ww. ustawy, wynikające z pilnej potrzeby ograniczenia zjawiska używania jednorazowych papierosów elektronicznych przez osoby młode. Wyroby te stanowią wyraźne zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności młodego pokolenia i osób niepalących, co powoduje konieczność wprowadzenia całkowitego zakazu wprowadzania do obrotu jednorazowych papierosów elektronicznych.

Aktualnie na rynku są dostępne również inne wyroby z nikotyną, które nie zostały objęte przepisami dyrektywy 2014/40/UE. Tego rodzaju wyroby powinny być wprowadzane do sprzedaży jedynie w reżimie farmaceutycznym, poprzedzonym pozytywnym procesem oceny dokumentacji rejestracyjnej, charakteryzującej ich właściwości farmakodynamiczne i farmakokinetyczne oraz potwierdzającej ich skuteczność i bezpieczeństwo stosowania.

Aktualnie istnieją wystarczające możliwości terapeutyczne, pomagające złagodzić lub wyeliminować fizjologiczne i psychiczne skutki przerwania (zaprzestania) palenia tytoniu. Obecnie produkty o udowodnionej skuteczności terapeutycznej, pomagające w wychodzeniu z nałogu palenia wyrobów tytoniowych, są sprzedawane z przeznaczeniem do tzw. „nikotynowej terapii zastępczej”.

#### **Ad. 7**

W rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (UD 147), zwanym dalej „rządowym projektem ustawy”, zaproponowano rozwiązania wychodzące naprzeciw niebezpiecznym praktykom związanym z promocją i reklamą napojów alkoholowych, przy jednoczesnym zaostrzeniu przepisu karnego penalizującego prowadzenie nielegalnej reklamy lub promocji napojów alkoholowych. Podkreślić należy przede wszystkim, że w projekcie ustawy zaproponowano wprowadzenie całkowitego zakazu reklamy napojów alkoholowych.

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje wprowadzanie zakazów lub kompleksowego ograniczenia dotyczących reklamy, sponsorowania i promocji alkoholu jako skutecznych i opłacalnych środków do osiągnięcia korzyści dla zdrowia publicznego i pomoże chronić dzieci, młodzież i abstynentów przed presją rozpoczęcia spożywania alkoholu<sup>2</sup>.

W rządowym projekcie ustawy zaproponowano także zmianę mającą na celu m.in. zwrócenie uwagi na problem nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych przez zaostrzenie sankcji karnej, którą zagrożone jest prowadzenie reklamy i promocji niezgodnie z przepisami ustawy. Obecnie przestępstwo to zagrożone jest grzywną w wysokości od 10 000 do 500 000 złotych. W projekcie ustawy zaproponowano podniesienie minimalnej oraz maksymalnej wysokości kary grzywny od 20 000 do 750 000 zł oraz uzupełnienie katalogu kar o ograniczenie wolności, z możliwością zastosowania obu kar łącznie.

Ponadto, przepis ten proponuje się uzupełnić o naruszenie przepisów dotyczących zakazu reklamy i promocji produktów i usług, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo lub jest tożsame z oznaczeniem napoju

---

<sup>2</sup> <https://www.who.int/initiatives/SAFER/beer-advertising>.

alkoholowego lub innym symbolem obiektywnie odnoszącym się do napoju alkoholowego oraz dotyczących zakazu reklamy i promocji przedsiębiorców oraz innych podmiotów, które w swoim wizerunku reklamowym wykorzystują nazwę, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie związane z napojem alkoholowym, jego producentem lub dystrybutorem, tj.: przepisów określonych w art. 13<sup>1</sup> ust. 3–4 ustawy. W obecnym stanie prawnym istnieje luka polegająca na braku sankcji za naruszenie ww. zakazów. Oznacza to, że reklamowane są np. piwa bezalkoholowe, które są tożsame z oznaczeniem napoju alkoholowego. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, składając zawiadomienia na reklamę piwa bezalkoholowego do prokuratury, otrzymywało odmowy wszczęcia dochodzenia z uwagi, że piwo bezalkoholowe nie jest napojem alkoholowym oraz że przepis karny nie przewiduje sankcji za taką reklamę.

Rządowy projekt ustawy został skierowany do konsultacji publicznych w dniu 12 marca 2025 r. z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag, oraz ponownie, w dniu 10 października 2025 r., z 21-dniowym terminem zgłaszania uwag. Obecnie trwają prace związane z analizą zgłoszonych uwag.

Niezależnie od powyższego uprzejmie informuję, że zakaz reklamy napojów alkoholowych został uwzględniony również w procedowanych obecnie:

- poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 2007),
- poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o radiofonii i telewizji (druk nr 2010),

- których pierwsze czytanie odbyło się w dniu 23 stycznia 2025 r. Dalsze prace prowadzone będą w ramach powołanej podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia ww. poselskich projektów ustaw.

## **II. Zdrowie dzieci i młodzieży – edukacja, badania przesiewowe, bilans zdrowia dziecka, Szczepienia**

Profilaktyka i edukacja zdrowotna jest istotnym elementem kompleksowej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Opieka ta jest realizowana na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę, położną oraz pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania (lub higienistkę szkolną), przy uwzględnieniu zróżnicowania wiekowego dziecka. Edukacja zdrowotna polega na udzielaniu dzieciom i ich rodzicom (w tym również kobietom w okresie ciąży porodu i połogu w kontekście zdrowia noworodka i niemowlęcia) wskazówek na temat zdrowego stylu życia: właściwego odżywiania, aktywności fizycznej, kształtowania prawidłowych nawyków higienicznych.

Zagwarantowanie przez państwo powszechnej i nieodpłatnej opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży ma na celu zwiększenie potencjału zdrowotnego młodego pokolenia przez wczesne diagnozowanie problemów zdrowotnych i możliwość wczesnej interwencji leczniczej i naprawczej. W grupie dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej z modułem edukacji zdrowotnej, skierowanej do dzieci i ich rodziców (opiekunów), są realizowane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Rozporządzenie określa zakres i terminy wykonywania u dzieci i młodzieży wizyt patronażowych (u noworodka i niemowlęcia), testów przesiewowych oraz okresowych profilaktycznych badań lekarskich z oceną rozwoju fizycznego dziecka (pomiary wysokości, masy ciała oraz określenie współczynnika BMI).

Świadczenia, o których mowa, są wykonywane w następujących okresach życia dziecka:

1. dzieci młodsze – w 1 roku życia (w 1-2 tygodniu życia, 3 tygodniu życia, w 2-6 miesiącu życia - w terminach obowiązkowych szczepień ochronnych; w 9 i 12 miesiącu życia), w wieku 2 lat, 4 lat, 5 lat;
2. dzieci starsze – w wieku 6 (lub 7 lat), 10 lat, 12 lat, 13 lat, 16 lat, 18 (do ukończenia 19 r.ż.).

Zakres bilansu zdrowia oraz badań przesiewowych określony w przepisach jest każdorazowo definiowany we współpracy z ekspertami w dziedzinie pediatrii i medycyny rodzinnej, konsultantami krajowymi we właściwych dziedzinach medycyny, lekarskimi i pielęgniarskimi towarzystwami naukowymi oraz pediatrycznymi instytutami naukowymi.

Standardy profilaktycznej opieki zdrowotnej określone w rozporządzeniu są jednolite dla wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z NFZ. Podstawą regulacji prawnych w tym zakresie były opracowane i wystandaryzowane przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie wytyczne dla profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (0-19 lat). Instytut publikuje podręczniki dla lekarzy i pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, pomocne w realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz wyniki badań nad zdrowiem dzieci i młodzieży. Publikacje te są dostępne online na stronie: <https://imid.med.pl/pl/do-pobrania>.

W podręcznikach określony jest rodzaj wyposażenia i sprzęt niezbędny do przeprowadzania testów przesiewowych czyli prostych metod oceny zdrowia w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń. Dodatni wynik testu przesiewowego nie jest równoznaczny z postawieniem rozpoznania zaburzenia czy choroby. Wskazuje on wyłącznie prawdopodobieństwo występowania problemu zdrowotnego. W przypadku

jakichkolwiek wątpliwości pielęgniarka powtarza test przesiewowy (np. następnego dnia), a w dalszej kolejności weryfikuje go lekarz, pod opieką którego pozostaje uczeń.

#### **Ad. 1**

Narodowy Program Zdrowia u swoich podstaw oddziałuje na całą populację, na każdym etapie życia i w różnych środowiskach funkcjonowania (dom, szkoła, społeczność lokalna, system ochrony zdrowia).

Jednocześnie poszczególne działania w ramach NPZ są kierowane do konkretnych grup szczególnie narażonych na ryzyka zdrowotne – i w tej grupie naturalnie znajdują się dzieci i młodzież, ze względu na znaczenie wczesnych interwencji oraz wpływ rozwojowy.

Ukierunkowanie programu na całą populację ma pełne uzasadnienie w idei zdrowia publicznego, ponieważ pozwala prowadzić zarówno interwencje bezpośrednie – np. adresowane do dzieci – jak i pośrednie, realizowane wobec rodziców, opiekunów czy nauczycieli, co wzmacnia efekt zdrowotny na każdym etapie życia i w każdym środowisku funkcjonowania.

#### **Ad. 2**

Obecnie wdrażana jest cyfryzacja dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Od 1 września 2027 r. prowadzenie dokumentacji w postaci cyfrowej będzie już obowiązkowe dla wszystkich pielęgniarek i higienistek szkolnych. Celem tego procesu jest ułatwienie codziennej pracy osób sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, usprawnienie współpracy pielęgniarki lub higienistki szkolnej z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz docelowo z rodzicami ucznia, ponieważ przygotowywane jest rozwiązanie umożliwiające rodzicom zapoznanie się z wynikami testów przesiewowych oraz badań bilansowych za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta. Docelowo wdrożenie cyfryzacji umożliwi gromadzenie wystandaryzowanych informacji o stanie zdrowia uczniów i wykorzystywanie ich do planowania działań w obszarze zdrowia publicznego.

#### **Ad. 3**

Trwają prace nad projektem ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz niektórych innych ustaw. Zasadniczym celem nowelizacji jest rozszerzenie uprawnień umożliwiających sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, aby powstrzymać zmniejszającą się liczbę pielęgniarek szkolnych i zapewnić uczniom dostępność tej opieki. W projekcie ustawy proponuje się ponadto doprecyzowanie kwestii,

które w okresie stosowania ustawy powodowały trudności interpretacyjne, w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej w szkołach.

#### **Ad. 4**

Włączanie szkół do działań z zakresu zdrowia publicznego staje się coraz bardziej naturalnym kierunkiem, ponieważ to właśnie środowisko edukacyjne ma wyjątkowy potencjał kształtowania postaw zdrowotnych od najmłodszych lat. Coraz częściej podkreśla się znaczenie edukacji zdrowotnej, promowania aktywności fizycznej czy wspierania dobrostanu psychicznego uczniów, co może harmonijnie wpisywać się w lokalne strategie i plany transformacji zdrowia. Ważną rolę odgrywa tu ustawa o zdrowiu publicznym oraz Narodowy Program Zdrowia – dokumenty, które zakładają, że profilaktyka powinna oddziaływać na człowieka wielotorowo, obejmując zarówno środowisko nauki, jak i miejsca pracy czy społeczności lokalne. Dzięki takiemu podejściu działania realizowane w szkołach nie funkcjonują jako odosobnione inicjatywy, lecz stają się częścią szerszego, spójnego systemu wspierania zdrowia, który wzmacnia świadomość i codzienne wybory dzieci i młodzieży, a w dłuższej perspektywie – zdrowie całego społeczeństwa.

Należy także wspomnieć o realizowanym przez Państwową Inspekcję Sanitarną we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności Ogólnopolskim Programie Edukacyjnym „Trzymaj Formę!” – jest to program propagujący zdrowy styl życia, promujący zbilansowane odżywianie oraz aktywnością fizyczną.

Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki.

Działania podejmowane podczas realizacji programu zmierzają do zwiększenia świadomości uczestników programu dotyczącej wpływu żywienia i aktywności fizycznej na zdrowie.

Zainteresowane programem szkoły otrzymują nieodpłatnie zestaw materiałów dydaktycznych przeznaczonych dla nauczycieli. Gwarantują one szybki dostęp do niezbędnej w realizacji programu wiedzy, która w zwykłym programie nauczania obejmuje kilka różnych przedmiotów realizowanych w różnym czasie.

W programie mogą uczestniczyć wszystkie publiczne i niepubliczne szkoły podstawowe (klasy V-VIII). Pracownicy Pionu Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Państwowej Inspekcji Sanitarnej pełnią funkcję lokalnych koordynatorów programu i aktywnie wspierają szkoły w jego realizacji.

#### **Ad. 5**

Należy podzielić opinię, która rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia, wskazując, że szkoła powinna być miejscem kształtowania zachowań prozdrowotnych i edukacji zdrowotnej. Idea ta znalazła odzwierciedlenie w ustawie o opiece zdrowotnej nad uczniami, której inicjatorem w 2019 r. był Minister Zdrowia. Ten akt prawny daje podstawę współpracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania (lub higienistki szkolnej) z dyrektorem szkoły, nauczycielami, pedagogiem szkolny, organem prowadzącym szkołę oraz rodzicami ucznia. Zauważenia wymaga, że pielęgniarka nie jest pracownikiem szkoły, a jedynie na terenie szkoły, w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej, który udostępnia organ prowadzący szkołę, udziela uczniom świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Współpraca pielęgniarki z pracownikami oświaty polega na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz rozpoznanych czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna doradza dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole. Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka przedstawia zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów na posiedzeniach rady **pedagogicznej, z zachowaniem prawa do tajemnicy o stanie zdrowia uczniów.**

#### **Ad. 6**

W odniesieniu do postulowanej poprawy warunków środowiskowych w szkołach (zanieczyszczenia powietrza, hałasu), pracownicy ochrony zdrowia pełnią funkcję doradczo-konsultacyjną dla dyrektora szkoły i organu prowadzącego szkołę. Działania w zakresie zapewnienia uczniom i pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków nauki i pracy w szkole i w jej otoczeniu pozostają bowiem w wyłącznej kompetencji dyrektora szkoły i organu prowadzącego szkołę, którym dla szkół publicznych pozostają władze samorządowe gminy, powiatu i województwa.

### **III. Zdrowie komunikacyjne i zmysły – wzrok, słuch, mowa**

#### **Ad. 1,2,3,4,5,6**

Ministerstwo Zdrowia z dużą uwagą obserwuje inicjatywy i rekomendacje dotyczące zdrowia dzieci i młodzieży, w tym te związane z obszarem zdrowia komunikacyjnego – wzroku, słuchu oraz wpływu środowiska cyfrowego na funkcjonowanie młodych osób. Zagadnienia te są analizowane w szerszym kontekście działań na rzecz profilaktyki, edukacji zdrowotnej oraz usprawniania organizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego oraz instytucjami, takimi jak Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Ministerstwo monitoruje dostępne dowody naukowe, rozwiązania technologiczne oraz dobre praktyki, które mogą stanowić wsparcie dla rozwoju programów polityki zdrowotnej adresowanych do dzieci i młodzieży. Dotyczy to zarówno nowoczesnych narzędzi wspierających badania przesiewowe, jak i modeli opieki nad dziećmi z nieprawidłowymi wynikami badań.

Zagadnienia związane z usprawnianiem ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak również kwestie organizacyjne i kompetencyjne, podlegają analizie w kontekście istniejących rozwiązań systemowych oraz priorytetów krajowych polityk zdrowotnych. Jednocześnie tematyka higieny cyfrowej – obejmująca m.in. zasady bezpiecznego korzystania z urządzeń ekranowych, organizację warunków pracy i nauki oraz materiały edukacyjne – jest jednym z obszarów zagospodarowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia, który wyznacza kierunki działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki.

Ministerstwo wspiera inicjatywy służące wymianie wiedzy, rozwijaniu świadomości społecznej i upowszechnianiu dobrych praktyk dotyczących zdrowia dzieci i młodzieży, w tym odnoszących się do znaczenia funkcjonowania zmysłów dla procesu edukacyjnego i rozwoju społecznego. Przegląd kompetencji zawodów medycznych i pokrewnych odbywa się w ramach bieżących prac analitycznych dotyczących potrzeb systemu ochrony zdrowia.

Mając na uwadze standard kształcenia na kierunku lekarskim, należy zauważyć, że w zakresie umiejętności absolwent potrafi:

- komunikować się z pacjentem i jego rodziną w atmosferze zaufania, z uwzględnieniem potrzeb pacjenta, oraz przekazać niekorzystne informacje, stosując zasady profesjonalnej komunikacji;
- dostosować sposób komunikacji werbalnej do potrzeb pacjenta, wyrażając się w sposób zrozumiały i unikając żargonu medycznego;
- przekazywać pacjentowi informacje, dostosowując ich ilość i treść do potrzeb i możliwości pacjenta, oraz uzupełniać informacje werbalne modelami i informacją pisemną, w tym wykresami i instrukcjami oraz odpowiednio je stosować;
- podejmować wspólnie z pacjentem decyzje diagnostyczno-terapeutyczne (oceniać stopień zaangażowania pacjenta, jego potrzeby i możliwości w tym zakresie, zachęcać pacjenta do brania aktywnego udziału w procesie podejmowania decyzji, omawiać zalety, wady, spodziewane rezultaty i konsekwencje wynikające z decyzji) i uzyskiwać świadomą zgodę pacjenta.
- W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

- postawy społeczne wobec choroby, niepełnosprawności i starości oraz specyficzne oddziaływanie stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji;
- pojęcie niepełnosprawności.

Dodatkowo w zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:

- 1) nawiązania i utrzymania głębokiego oraz pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;
- 2) kierowania się dobrem pacjenta;
- 3) przestrzegania tajemnicy lekarskiej i praw pacjenta;
- 4) podejmowania działań wobec pacjenta w oparciu o zasady etyczne, ze świadomością społecznych uwarunkowań i ograniczeń wynikających z choroby;
- 5) dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;
- 6) propagowania zachowań prozdrowotnych;
- 7) korzystania z obiektywnych źródeł informacji;
- 8) formułowania wniosków z własnych pomiarów lub obserwacji;
- 9) wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym;
- 10) formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej;
- 11) przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.

W przypadku kierunku lekarsko-dentystycznego, w zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:

- 1) nawiązania i utrzymania głębokiego oraz pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;
- 2) kierowania się dobrem pacjenta;
- 3) przestrzegania tajemnicy lekarskiej i praw pacjenta;
- 4) podejmowania działań wobec pacjenta w oparciu o zasady etyczne, ze świadomością społecznych uwarunkowań i ograniczeń wynikających z choroby;
- 5) dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń, dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;

- 6) propagowania zachowań prozdrowotnych;
- 7) korzystania z obiektywnych źródeł informacji;
- 8) formułowania wniosków z własnych pomiarów lub obserwacji;
- 9) wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, oraz w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym;
- 10) formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej;
- 11) przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.

W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

- komunikować się z pacjentem i jego rodziną w atmosferze zaufania, z uwzględnieniem potrzeb pacjenta, stosując zasady profesjonalnej komunikacji;
- komunikować się w zespole i dzielić się wiedzą.

Dodatkowo w zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie m. in.:

- pojęcie empatii oraz zwroty i zachowania służące jej wyrażaniu;
- specyfikę i rolę komunikacji werbalnej (świadome konstruowanie komunikatów) i niewerbalnej (np. mimika, gesty, zarządzanie ciszą i przestrzenią);
- rolę rodziny pacjenta w procesie chorowania (rozpoznanie choroby, adaptacja do choroby, wyleczenie) oraz sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych (postęp choroby, proces umierania, żałoba);
- zasady motywowania pacjenta do zachowań prozdrowotnych i zachowania człowieka sprzyjające zachowaniu zdrowia;
- zasady funkcjonowania interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

W zakresie umiejętności absolwent potrafi m. in.:

- dostosować sposób komunikacji werbalnej do potrzeb pacjenta, wyrażając się w sposób zrozumiały i unikając żargonu medycznego;
- rozpoznawać i analizować sytuacje trudne i wyzwania związane z komunikowaniem się, w tym płacz, silne emocje, lęk, przerywanie wypowiedzi, kwestie kłopotliwe i drażliwe, milczenie, wycofanie, zachowania agresywne i roszczeniowe, oraz radzić sobie z nimi w sposób konstruktywny;
- nawiązać z pacjentem i jego rodziną kontakt służący budowaniu właściwej relacji;

- spojrzeć na sytuację z perspektywy pacjenta, budując odpowiedni kontekst rozmowy i używając metody elicytacji, a następnie uwzględnić ją w budowaniu komunikatów werbalnych;
- rozpoznawać własne emocje i kierować nimi w relacjach z innymi osobami w celu efektywnego wykonywania pracy mimo własnych reakcji emocjonalnych;
- opisywać i krytycznie oceniać własne zachowanie oraz sposób komunikowania się, uwzględniając możliwość alternatywnego zachowania.

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że na kierunku lekarskim oraz lekarsko-dentystycznym dostępne są treści w zakresie zdrowia komunikacyjnego już na etapie studiów.

Dodatkowo, Departament pragnie zwrócić również uwagę, iż standardy kształcenia przygotowujące do wykonywania zawodów farmaceuty, fizjoterapeuty, diagnostów laboratoryjnych i ratowników medycznych zawierają ogólne efekty kształcenia dotyczące współpracy w zespole i komunikowania się.

W zakresie wiedzy absolwenci ww. kierunków studiów znają i rozumieją zasady komunikowania się z pacjentem i jego rodziną w atmosferze zaufania, z uwzględnieniem potrzeb pacjenta i jego praw oraz komunikowania się ze współpracownikami w zespole i dzielić się wiedzą.

Programy studiów przygotowujących do wykonywania ww. zawodów obejmują zajęcia lub grupy zajęć umożliwiające osiągnięcie efektów uczenia się związanych ze współpracą w zespole oraz z komunikowaniem się.

Natomiast pielęgniarki w ramach kształcenia przeddyplomowego realizują treści kształcenia m.in. z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, komunikacji z pacjentem u którego występują bariery komunikacyjne i jego rodziną, opieki pielęgniarskiej nad osobą zdrową, chorą, niepełnosprawną i umierającą, realizacji świadczeń zapobiegawczych oraz kwalifikacji i wykonywania szczepień.

Położne natomiast w trakcie kształcenia przeddyplomowego realizują treści z zakresu m.in. promocji zdrowia i profilaktyki, postępowania w opiece okołoporodowej nad pacjentką w różnym stanie zdrowia, w tym nad pacjentką z niepełnosprawnością, analizy relacji położna-pacjentka i wskazywania na bariery w komunikacji międzykulturowej, organizowania i podejmowania współpracy z członkami zespołu interdyscyplinarnego w zakresie opieki nad kobietą i jej rodziną w przypadku choroby przewlekłej, niepełnosprawności i choroby o złym rokowaniu.

#### **IV. Zawody medyczne i zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia – edukacja zdrowotna i profilaktyka**

---

## **Ad. 1,2,3,4,5**

Ministerstwo Zdrowia z dużą uwagą podchodzi do rozwoju rozwiązań wzmacniających profilaktykę zdrowotną oraz działania z zakresu zdrowia publicznego. W tym kontekście analizowane są różne modele angażowania profesjonalistów medycznych – w tym farmaceutów – w działania edukacyjne, monitorowanie stosowania farmakoterapii oraz wsparcie procesu adherencji pacjentów. Zagadnienia te są elementem szerszej dyskusji dotyczącej roli farmaceuty w systemie oraz możliwych kierunków rozwijania usług świadczonych w aptekach.

W Ministerstwie trwają również prace analityczne dotyczące rozwoju opieki farmaceutycznej, w tym potencjalnych rozwiązań pilotażowych oraz ich odniesienia do obowiązujących przepisów i priorytetów zdrowotnych. Równoległe prowadzone są analizy dotyczące możliwego uporządkowania i doprecyzowania kompetencji profilaktycznych poszczególnych zawodów medycznych, w tym zasad organizacji i finansowania działań związanych z edukacją zdrowotną, profilaktyką i wczesnym wykrywaniem chorób.

W obszarze rozwoju kadr medycznych i niemedycznych znaczącą rolę mają odgrywać szkolenia podyplomowe, w szczególności w zakresie komunikacji z pacjentem, edukacji zdrowotnej, wspierania adherencji oraz identyfikacji zagrożeń środowiskowych. Zagadnienia te są przedmiotem współpracy z instytucjami odpowiedzialnymi za kształcenie oraz rozwój kompetencji zawodowych.

Jednym z elementów prac resortu jest także wzmocnienie roli specjalistów zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia. W przygotowywanej nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym dużą wagę przywiązuje się do zwiększenia efektywności działań oraz jeszcze szerszego włączenia kadr zdrowia publicznego zarówno w planowanie, jak i realizację interwencji lokalnych i ogólnokrajowych. Obejmuje to m.in. prace nad określeniem sposobów lepszego wykorzystania kompetencji absolwentów zdrowia publicznego, w tym w obszarach koordynacji działań profilaktycznych oraz wykorzystania danych zdrowotnych.

Ministerstwo monitoruje ponadto doświadczenia międzynarodowe i dobre praktyki dotyczące współpracy między zawodami medycznymi w obszarze profilaktyki oraz opieki nad pacjentem, co stanowi istotny element planowania dalszych kierunków rozwoju systemu.

Ponadto uprzejmie informuję, iż wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na:

- 1) sprawowaniu opieki farmaceutycznej;

- 2) udzielaniu usług farmaceutycznych;
- 3) wykonywaniu zadań zawodowych i czynności określonych w ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

W ramach opieki farmaceutycznej, farmaceuta udziela świadczeń zdrowotnych i współpracuje z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych oraz czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii.

W zakresie pytania dotyczącego planów w kwestii określenie jednolitego „zakresu kompetencji profilaktycznych” dla poszczególnych zawodów medycznych wraz z zasadami ich finansowania i rozliczania, informuję, iż mając na uwadze standard kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystyczny, należy stwierdzić, że dostępne są w nim treści z „zakresu kompetencji profilaktycznych”. Ze względu na olbrzymie zróżnicowanie specjalizacji lekarskich i obszarów kompetencji poszczególnych lekarzy specjalistów nie wydaje się by koncepcja jednolitego „zakresu kompetencji profilaktycznych” była w tym kontekście uzasadniona merytorycznie – w szczególności dla tej grupy zawodowej.

Ponadto, należy zauważyć, iż standardy kształcenia przygotowujące do wykonywania zawodów farmaceuty, fizjoterapeuty, diagnostów laboratoryjnych i ratowników medycznych również zawierają treści z „zakresu kompetencji profilaktycznych”.

Ponadto, w zakresie pytania dotyczącego działań przewidzianych w zakresie rozwoju szkoleń podyplomowych z edukacji zdrowotnej, komunikacji medycznej, adherencji oraz zagrożeń środowiskowych, uprzejmie informuję, iż powyższe zagadnienia dostępne są już na poziomie szkolenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy-dentystów.

Jednocześnie należy zauważyć, że lekarz, lekarz dentysta przed przyznaniem pełnego prawa wykonywania zawodu jest zobowiązany do realizacji obowiązkowego stażu podyplomowego, na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2023 poz. 377).

Należy również dodać, że dalsze kształcenie lekarzy, lekarzy dentystów odbywa się w szczególności poprzez szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny.

Dodatkowo, uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37) lekarz, lekarz dentysta 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. Powyższe koresponduje z art. 18 tej ustawy mówiącym, że lekarz, lekarz dentysta ma prawo i obowiązek

doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia, w tym samokształcenia, co ma zapewnić bieżącą aktualizację przez niego wiedzy medycznej. Kodeks Etyki Lekarskiej zawierający zasady etyki lekarskiej obowiązujące w Europie i w wielu innych krajach na świecie między innymi mówi, że dla wypełniania swoich zadań lekarz zachowuje swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i aktualną wiedzą medyczną. Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych pacjentowi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Należy zauważyć, że Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (dalej: CMKP) organizuje kursy doskonalące w ramach FERS1 dla lekarzy. w 2026 roku zorganizowane zostaną kursy praktyczne pt. „Pacjent z niepełnosprawnością w gabinecie Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej” dla lekarzy w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej.

Dodatkowo należy wskazać, że CMKP rozpoczęło proces aktualizacji wszystkich programów specjalizacji, który zakończy się w drugiej połowie przyszłego roku. Wynika on z ustawowego obowiązku przeglądu i aktualizacji programów szkolenia specjalizacyjnego nie rzadziej niż raz na 5 lat. Należy się spodziewać że zagadnienia edukacji zdrowotnej, komunikacji medycznej, adherencji oraz zagrożeń środowiskowych zostaną w tym procesie odpowiednio uwzględnione. Przegląd i aktualizacja są przygotowywane przez zespoły ekspertów powoływanych przez dyrektora CMKP.

Dodatkowo, w zakresie pytania dotyczącego wzmocnienia pozycji absolwentów zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia, w tym poprzez wyznaczenie ścieżek zatrudnienia w instytucjach publicznych jako koordynatorów profilaktyki i danych zdrowotnych, uprzejmie informuję, iż ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1730) został uregulowany zawód profilaktyka. Zgodnie z załącznikiem do ww. ustawy do wykonywania zawodu profilaktyka niezbędne jest posiadanie następującego wykształcenia:

- 1) rozpoczęcie po dniu 30 września 2012 r. studiów w zakresie zdrowia publicznego i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera lub
- 2) rozpoczęcie przed dniem 1 października 2012 r. studiów na kierunku (specjalności) zdrowie publiczne i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera.

Zaznaczenia również wymaga, że osoby wykonujące zawód profilaktyka zostały uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz.

1427, z późn. zm.) przy realizacji świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Ponadto, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. poz. 1515) uwzględnia stanowiska pracy: młodszego asystenta zdrowia publicznego, asystenta zdrowia publicznego i starszego asystenta zdrowia publicznego. Zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia na stanowisku młodszego asystenta zdrowia publicznego może być zatrudniona osoba posiadająca tytuł zawodowy licencjata na kierunku zdrowie publiczne. Natomiast stanowisko asystenta zdrowia publicznego i starszego asystenta zdrowia publicznego może zajmować osoba posiadająca tytuł zawodowy magistra na kierunku zdrowie publiczne lub tytuł zawodowy magistra i tytuł specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego, przy czym w przypadku stanowiska starszego asystenta zdrowia publicznego wymagane jest również posiadanie 5 - letniego doświadczenia zawodowego.

Jednocześnie informuję, że obecnie procedowana jest również nowelizacja ww. rozporządzenia uwzględniająca wprowadzenie stanowisk dla profilaktyków (czyli absolwentów kierunku zdrowie publiczne), w której przewidziano 5 stanowisk dla ww. osób: profilaktyk, starszy profilaktyk, młodszy asystent – profilaktyk, asystent – profilaktyk oraz starszy asystent – profilaktyk. w związku z tym, że zgodnie z ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych wykształcenie wymagane do wykonywania zawodu profilaktyka to ukończenie studiów i lub II stopnia w zakresie zdrowia publicznego, nowe stanowiska profilaktyk, starszy profilaktyk, młodszy asystent – profilaktyk, asystent – profilaktyk oraz starszy asystent – profilaktyk zastępują dotychczasowe stanowiska przeznaczone dla absolwentów studiów w zakresie zdrowia publicznego, tj.: młodszy asystent zdrowia publicznego, asystent zdrowia publicznego i starszy asystent zdrowia publicznego. Zatem ww. projekt przewiduje więcej niż dotychczas możliwości awansu stanowiskowego absolwentów zdrowia publicznego w ww. podmiotach leczniczych.

Dodatkowo informuję, że w ramach powołanego w Ministerstwie Zdrowia Zespołu do spraw kompetencji zawodów medycznych dokonano m.in. analizy wykorzystania uprawnień poszczególnych zawodów medycznych, w tym profilaktyka w określonych obszarach świadczeń gwarantowanych i przygotowano propozycję pełniejszego wykorzystania ww. uprawnień tych osób.

W związku z powyższym w resorcie zdrowia podjęto szereg działań zmierzających do wzmocnienia roli profilaktyków w systemie ochrony zdrowia.

## **V. Dane o stanie zdrowia populacji i nowy Narodowy Program Zdrowia**

### **Ad. 1,2,5**

Dostrzegając potrzebę wzmocnienia systemu zdrowia publicznego w Polsce, uchwałą z dnia 8 października 2024 r., Rada do spraw Zdrowia Publicznego powołała Zespół roboczy do spraw nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym. Zespół w ramach swojej pracy zidentyfikował następujące potrzeby systemowe:

- podniesienie rangi zdrowia publicznego na tle międzyresortowym i usprawnienie koordynacji na poziomie centralnym;
- usprawnienie koordynacji i zarządzania na poziomie lokalnym i regionalnym;
- ustalenie definicji zdrowia publicznego oraz priorytetów profilaktyki;
- usprawnienie i uporządkowanie systemu finansowania zadań;
- usprawnienie i uporządkowanie systemu sprawozdawczego zadań.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają intensywne prace nad przygotowaniem projektu nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym odpowiadającej na zidentyfikowane potrzeby.

### **Ad. 3**

Ministerstwo Zdrowia pozostaje w stałym dialogu i współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, zarówno na poziomie lokalnym, jak i regionalnym. Różnorodne badania naukowe, analizy, dokumenty strategiczne oraz raporty – w tym takie jak wyniki projektu „Białystok PLUS” – są przez Ministerstwo systematycznie monitorowane i wykorzystywane przy określaniu kierunków działań oraz priorytetów zdrowotnych.

W procesie kształtowania polityki zdrowotnej szczególną rolę odgrywają obecnie działania profilaktyczne, realizowane m.in. w ramach Subfunduszu Rozwoju Profilaktyki. Priorytetem Ministerstwa jest wzmocnianie rozwiązań opartych na dowodach naukowych oraz najlepszych praktykach, w tym tych, które mogą stanowić wsparcie dla samorządów w opracowywaniu i wdrażaniu lokalnych polityk prozdrowotnych.

Jednocześnie samorzady – jako podmioty odpowiedzialne za identyfikację lokalnych potrzeb zdrowotnych – mają możliwość realizacji programów polityki zdrowotnej, które są opiniowane w oparciu o rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Mechanizm ten umożliwi wdrażanie skutecznych i efektywnych interwencji zdrowotnych w skali lokalnej, w tym również takich, które mogą wykorzystywać wnioski i doświadczenia płynące z badań populacyjnych.

Ministerstwo Zdrowia wspiera inicjatywy służące wymianie doświadczeń pomiędzy samorządami, w tym dotyczące wdrażania programów profilaktycznych i analizowanych modeli opieki zdrowotnej. Każda inicjatywa mająca na celu rozwój i upowszechnianie

dobrych praktyk – również w oparciu o wyniki badań takich jak „Białystok PLUS” – może stanowić wartościowy element szerszej prowadzonej współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego.

#### **Ad. 4**

Nowy Narodowy Program Zdrowia będzie oparty na aktualnych danych epidemiologicznych oraz analizie skuteczności dotychczasowych działań, co już dziś wynika z prac nad nową edycją programu i z podejścia opartego na wnioskach z obecnego NPZ.

Resort, przygotowując kolejny program, analizuje efektywność realizowanych interwencji oraz identyfikuje te obszary, które przynoszą największe korzyści zdrowotne dla populacji.

Przy opracowywaniu nowego NPZ czerpiemy również z Map Potrzeb Zdrowotnych, które dostarczają szczegółowych analiz epidemiologicznych, demograficznych i prognoz obciążenia chorobami, a także z Krajowymi Planami Transformacji, w których określono mierzalne cele, rezultaty i wskaźniki jakościowe dla działań zdrowotnych w całym kraju. Dzięki temu nowy NPZ będzie miał jasno zdefiniowane wskaźniki efektów, precyzyjne cele i mechanizmy systematycznej ewaluacji.

W efekcie kolejna edycja programu będzie w pełni odpowiadała aktualnym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa, skoncentruje się na efektywności interwencji, a jej realizacja będzie oparta na regularnym monitorowaniu postępów oraz korektach wynikających z oceny efektów działań.

#### **Ad. 6**

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania ukierunkowane na rozwój otwartego dostępu do danych wytwarzanych ze środków publicznych, tak aby mogły one być wykorzystywane zarówno przez instytucje państwowe, jak i środowisko naukowe oraz ekspertów zajmujących się zdrowiem publicznym. Jednym z kluczowych narzędzi w tym obszarze jest system Profibaza, który pełni funkcję centralnego repozytorium danych dotyczących realizacji zadań zdrowia publicznego. System gromadzi informacje sprawozdawcze od jednostek administracji rządowej i samorządowej, umożliwiając ich dalsze przetwarzanie, analizę i tworzenie zestawień, a także udostępnianie surowych danych. Dzięki temu Profibaza wzmacnia transparentność działań zdrowia publicznego i stanowi stabilne zaplecze analityczne dla kolejnych edycji Narodowego Programu Zdrowia.

Równocześnie resort rozwija i udostępnia zasoby Map Potrzeb Zdrowotnych, które są jednym z najważniejszych źródeł danych epidemiologicznych, demograficznych i prognostycznych w Polsce. Ich regularna aktualizacja i udostępnianie w formie narzędzia analitycznego online pozwala na bieżące monitorowanie zmian zdrowotnych w kraju oraz wspiera prowadzenie badań naukowych i analiz eksperckich. Zawarte w mapach dane są

wykorzystywane zarówno do planowania działań profilaktycznych, jak i do oceny efektywności realizowanych programów zdrowotnych.

Działania te wpisują się w szerszą strategię otwierania danych zdrowotnych i budowania spójnego, nowoczesnego systemu informacji w ochronie zdrowia. Celem jest, aby wszystkie dane powstające w ramach zadań finansowanych publicznie były nie tylko porządkowane i standaryzowane, lecz także w jak najszerszym zakresie udostępniane w formie umożliwiającej wykorzystanie ich w analizach naukowych, planowaniu polityk publicznych oraz monitorowaniu efektów działań zdrowotnych. Dzięki narzędziom takim jak Profibaza i Mapy Potrzeb Zdrowotnych możliwe jest tworzenie przejrzystego, wspólnego repozytorium wiedzy, które wzmacnia jakość decyzji podejmowanych w zdrowiu publicznym i podnosi poziom merytorycznego wsparcia dla instytucji, ekspertów i badaczy.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Katarzyna Kęcka  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/