

Profilaktyka długo czekała na swój moment. Czy właśnie nadszedł?

Czy uważa Pan, że potrzebna jest nam Narodowa Strategia Profilaktyki?

Uważam, że profilaktyka zasługuje na szczególne miejsce w systemie ochrony zdrowia i zawsze potrzebuje koordynacji, wizjonerskiego i długofalowego myślenia opartego na dowodach naukowych. Możemy zamknąć to umownie w koncepcji niezależnej strategii, która będzie integrować, koordynować i nadawać realny priorytet wykonalności konkretnym działaniom. Mam tu na myśli przede wszystkim profilaktykę chorób cywilizacyjnych ogółem. Istnieje kilka obszarów, które w mojej ocenie – a także zgodnie z dostępną literaturą – wymagają szczególnej troski. Są to przede wszystkim prewencja tytoniowa i antynikotynowa, konsumpcja alkoholu, otyłość, brak aktywności fizycznej, szczepienia przeciwko HPV, jak również niski udział w badaniach przesiewowych – czyli newralgiczne czynniki ryzyka dostrzeżone już w założeniach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO). Duża część z tych obszarów dotyczy nie tylko ryzyka występowania nowotworów złośliwych, ale również m.in. chorób układu krążenia. Na pewno jednym z bardziej spektakularnych przykładów efektów NSO w tym kontekście jest wprowadzenie podatku cukrowego od wysokosłodzonych napojów, przekładającego się na prewencję grupy chorób cywili-

O tym, co już udało się osiągnąć, jakie zmiany są dziś w zasięgu ręki oraz czy rok 2026, czyli Rok Profilaktyki ustanowiony przez Sejm RP, może rzeczywiście okazać się momentem zwrotnym dla prewencji nowotworów, rozmawiamy z **dr. hab. n. med. Pawłem Koczkodajem**, profesorem w Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie, kierownikiem Pracowni Prewencji Pierwotnej i Polityki Zdrowotnej.

zacyjnych – choroby otyłościowej, nowotworów złośliwych oraz chorób układu krążenia.

Patrząc na profilaktykę jako całość, uważam też, że jednym z największych wyzwań jest akceptacja faktu, że efekty skutecznych działań profilaktycznych są odłożone w czasie, często widoczne dopiero po wielu latach lub nawet dekadach. Z perspektywy decydentów naturalne jest oczekiwanie szybkich rezultatów inwestycji. Tymczasem profilaktyka wymaga cierpliwości, stabilności i ponadpolitycznego konsensusu, niezależnego od zmieniających się uwarunkowań instytucjonalnych. Medycyna naprawcza pozostaje oczywiście szalenie istotna dla zdro-

wia jednostki i populacji, jednak bez efektywnego „gatekeepera” w postaci efektywnej profilaktyki, będziemy obserwować narastanie dysproporcji między leczeniem a zapobieganiem. Według danych OECD w Polsce na profilaktykę przeznaczaliśmy w 2023 roku jedynie 1,7 proc. wydatków na zdrowie (średnia UE: 4 proc.), podczas gdy więcej funduszy trafia na administrację systemu ochrony zdrowia i inne techniczne wydatki (5,6 proc.). Z kolei zdecydowana większość finansowania kierowana jest na medycynę interwencyjną – leczenie szpitalne (37,2 proc.) i ambulatoryjne (30,5 proc.). Pokazuje to, że system ochrony zdrowia koncentrował się dotychczas głównie



na reagowaniu na chorobę, a nie na jej zapobieganiu.

Gdyby miał Pan dziś zaprojektować profilaktykę nowotworową w Polsce od zera, co byłoby jej priorytetem?

To bardzo złożone pytanie, ale z pewnością skupiłbym się na działaniach w obszarach związanych z modyfikowalnymi czynnikami ryzyka, niosącymi największe obciążenie dla zdrowia populacji. Uważam, że pomimo dużego postępu w polityce antytytoniowej w Polsce, nadal jest to obszar wymagający szczególnej troski. Ciężko jest wskazać inny, modyfikowalny czynnik chorobotwórczy, o tak dewastującym wpływie na zdrowie, jak dym tytoniowy. Według danych Komisji Europejskiej, mimo wyraźnych postępów osiągniętych w ostatnich latach, odsetek palących w Unii Europejskiej pozostaje nadal wysoki. Po tytoń sięga 26 proc. ogółu populacji oraz aż 29 proc. młodych Europejczyków w wieku 15-24 lata. W Polsce, według danych The Tobacco Atlas, odsetek osób dorosłych, które codziennie sięgają po papierosy kształtuje się na poziomie ok. 17 proc. (grupa wiekowa 15+, rok 2025).

Na pewno drugim, bardzo istotnym obszarem, który w kluczowy sposób decyduje o umieralności nowotworowej, jest udział w badaniach przesiewo-

Dr HAB. N. MED. PAWEŁ KOCZKODAJ,
profesor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, kierownik Pracowni Prewencji Pierwotnej i Polityki Zdrowotnej. Ekspert w zakresie zdrowia publicznego i prewencji nowotworów, członek Rady Zdrowia przy Prezydencie RP, stypendysta programu Fulbrighta-Schumana, z doświadczeniem naukowym i badawczym w wiodących ośrodkach międzynarodowych w USA i Europie. Od lat zaangażowany w rozwój i promocję profilaktyki nowotworów oraz działań opartych na dowodach naukowych w obszarze zdrowia populacyjnego.

wych. Tutaj w dużej mierze oparłbym zwiększenie uczestnictwa na docieraniu z przekazem do ludzi tam, gdzie oni funkcjonują na co dzień. Mam tu na myśli m.in. środowisko pracy, nacisk na obowiązkową edukację zdrowotną w procesie kształcenia, informacje w formalnej korespondencji, którą i tak już otrzymujemy (np. z ZUS-u), a także zdecydowanie mocniejsze wykorzystanie Internetowego Konta Pacjenta – IKP w działaniach profilaktycznych. Z pewnością bardzo mocno zaangażowałbym profilaktyków – nowy zawód medyczny w Polsce, czyli osoby po studiach na kierunku zdrowie publiczne, które mogą być ogromnym wsparciem w odciążeniu kadry medycznej zajmującej się leczeniem. Bezdyskusyjnym elementem, który w mojej opinii powinien powrócić w tym kontekście, są zaproszenia na badania przesiewowe, nawet wyłącznie w formie elektronicznej.

Czy mówiąc o IKP ma Pan na myśli wysyłkę zaproszeń na badania w formie SMS-ów?

Uważam, że tzw. wiadomości push, lub SMS-y w dobie postępującej cyfryzacji są doskonałym rozwiązaniem, jeśli chodzi o zaproszenia na badania przesiewowe i nie tylko. Jestem bardzo daleki od stwierdzenia, że w profilaktyce nic nie zmienia się na lepsze, bo tak nie jest. Istnieje wiele bardzo dobrych narzędzi profilaktycznych, dostępnych bezpłatnie dla obywateli, których wykorzystanie mogłoby się zdecydowanie poprawić się z pomocą IKP. Mam tu na myśli np. Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej online NIZP-PZH, Ogólnopolską Telefoniczną Poradnię Pomocy Palącym działającą przy Narodowym Instytucie Onkologii, Narodowy Portal Onkologiczny itd. Mamy do wykorzystania w tym kontekście świetne, funkcjonujące już narzędzie w postaci IKP – sięgnijmy po ten tzw. nisko wiszący owoc.

Które kraje Europy mają najlepsze programy w profilaktyce chorób nowotworowych i dzięki jakim działaniom udało im

się osiągnąć sukces, czyli dużą zgłaszalność na badania przesiewowe? Czy były to właśnie zaproszenia?

Jako dobre, europejskie przykłady można wskazać np. Norwegię, Danię czy nieco bliższą nam Słowenię. Ich wspólnym mianownikiem nie jest pojedyncze rozwiązanie, lecz wysoki poziom koordynacji całego procesu skringowego, w którym zaproszenia stanowią kluczowy, ale nie jedyny element. Dowody naukowe i analizy jednoznacznie pokazują, że imienne zaproszenia z wyznaczonym terminem badania i wsparte przypomnieniami, znacząco zwiększają zgłaszalność. Jednak najwyższe frekwencje osiągają te kraje, które połączyły zaproszenia z centralnym zarządzaniem programem, jednolitymi standardami jakości oraz przyjazną logistyką, m.in. łatwa zmiana terminu, szybkie wyniki, dostępność mobilnych pracowni.

Szczególnie wyraźnie widać to w Słowenii, gdzie konsekwentnie stosowane zaproszenia są osadzone w silnym systemie organizacyjnym i informatycznym. Kluczową rolę odgrywają tam rejestry profilaktyczne, które umożliwiają monitorowanie historii zaproszeń, realnego udziału w badaniach, wykrycie interwałowych efektów zdrowotnych. Agregacja danych o udziale w przesiewach pozwala nie tylko rzetelnie oceniać skuteczność programu, ale też kierować dodatkowe działania do grup, które nie odpowiadają na zaproszenia i mają najgorsze rokowanie.

Doświadczenia tych krajów dowodzą, że zaproszenia są warunkiem koniecznym wysokiej zgłaszalności, ale dopiero dobrze skoordynowany, centralnie zarządzany system, oparty na rejestrach i analizie danych, przekłada się na trwałe sukces programów profilaktyki nowotworowej.

Czy powinniśmy się wzorować na tych liderach, czy jednak trzeba brać pod uwagę specyfikę naszego społeczeństwa?

Zdecydowanie warto wzorować się na europejskich liderach, takich jak Norwegia, Dania czy Słowenia, ale nie

poprzez proste kopiowanie ich rozwiązań. Ich doświadczenia pokazują raczej kierunek myślenia, a nie gotowy szablon do bezpośredniego wdrożenia. Każde społeczeństwo ma własną specyfikę. Inną historię kontaktu z systemem ochrony zdrowia, inny poziom zaufania do instytucji publicznych, inne bariery organizacyjne i kulturowe. To oznacza, że nawet najlepiej zaprojektowane narzędzie, takie jak imienne zaproszenie z wyznaczonym terminem, nie zadziała optymalnie, jeśli nie będzie osadzone w realiach lokalnych. Kluczowe jest więc adaptowanie sprawdzonych mechanizmów, a nie ich bezrefleksyjne przenoszenie.

Z doświadczeń liderów płynie jednak uniwersalna lekcja – skuteczna profilaktyka wymaga centralnej koordynacji, jasnego podziału odpowiedzialności oraz wiarygodnych danych. Bez krajowych rejestrów profilaktycznych i agregacji informacji o udziale w badaniach przesiewowych nie da się ani rzetelnie ocenić efektów, ani skutecznie docierać do grup, które z programów nie korzystają. Dopiero połączenie zaproszeń, koordynacji i danych – dostosowanych do specyfiki naszego społeczeństwa, daje realną szansę na trwałą poprawę zgłaszalności i efektów zdrowotnych. W onkologii wiele mówi się o współpracy i wymianie doświadczeń między ośrodkami i widać na co dzień pozytywne rezultaty tego podejścia. Liczę, że tak samo będzie z profilaktyką. Prezydencja w Radzie UE otworzyła nam szerzej drzwi do międzynarodowej współpracy w tym zakresie. Wierzę, że na efekty nie przyjdzie nam długo czekać.

Czy uniwersalne programy przesiewowe mają jeszcze sens, a może przyszłość należy do profilaktyki bardziej spersonalizowanej?

To nie jest dziś pytanie „albo-albo”. Populacyjne programy przesiewowe wciąż mają sens i jeszcze długo będą fundamentem profilaktyki wtórnej, ale ich skuteczność będzie rosła tylko wtedy, gdy zaczniemy je uzupełniać elementami personalizacji.

Jakie wskaźniki najlepiej pokazują skuteczność profilaktyki? Zgłaszalność, wykrywalność wczesnych stadiów nowotworów czy może spadek śmiertelności?

Spadek śmiertelności pozostaje ostatecznym i najważniejszym celem profilaktyki, ale jest jednocześnie najtrudniejszym wskaźnikiem do oceny. Wymaga czasu, dobrych rejestrów, stabilnych programów i uwzględnienia wielu czynników zakłócających, takich jak postęp leczenia czy zmiany demograficzne. Dlatego nie nadaje się do bieżącego zarządzania programem, choć najlepiej pokazuje jego długofalowy sens. W praktyce skuteczna ocena profilaktyki powinna opierać się na łańcuchu wskaźników. Najpierw zgłaszalność, potem struktura stadiów wykrycia, a na końcu, analizowana w dłuższym horyzoncie śmiertelność. To właśnie takie podejście, wsparte rzetelną agregacją danych i rejestrami, pozwala odróżnić program, który tylko dobrze wygląda w statystykach, od programu, który realnie ratuje życie.

Po jakim czasie od wprowadzenia programu profilaktycznego można realnie oceniać jego efekty?

Jeżeli przyjmijemy koncepcję tzw. „quick buys” WHO, czyli perspektywę działań o szybkim i mierzalnym efekcie zdrowotnym, to odpowiedź brzmi: efekty programów profilaktycznych można oceniać znacznie szybciej, niż często się zakłada, ale pod warunkiem, że patrzemy na właściwe wskaźniki. W 2025 roku, w „The Lancet Regional Health – Europe” ukazał się na ten temat bardzo ciekawy artykuł, dowodzący, że w przypadku wielu interwencji zdrowotnych mierzalne rezultaty na poziomie populacyjnym pojawiają się w ciągu maksymalnie pięciu lat, a w niektórych przypadkach nawet niemal od razu.

Dobrym przykładem jest profilaktyka raka szyjki macicy. Szczepienia przeciw HPV oraz przesiew HPV DNA pozwalają szybko ocenić skuteczność programu poprzez wzrost odsetka

Skuteczna profilaktyka wymaga centralnej koordynacji, jasnego podziału odpowiedzialności oraz wiarygodnych danych. Bez krajowych rejestrów profilaktycznych i agregacji informacji o udziale w badaniach przesiewowych nie da się ani rzetelnie ocenić efektów, ani skutecznie docierać do grup, które z programów nie korzystają.

zaszczepionych dziewcząt, chłopców i kobiet objętych badaniami. Te efekty są widoczne praktycznie od momentu wdrożenia. Z drugiej strony artykuł jasno podkreśla, że nie wszystkie działania dają tak szybkie rezultaty. Klasykne kampanie medialne i edukacyjne należą do interwencji, których wpływ na zachowania zdrowotne i twarde wskaźniki populacyjne pojawia się bardzo wolno, często nawet dopiero po siedmiu latach lub dłużej, a bywa, że pozostaje trudny do jednoznacznego udowodnienia.

Czy uważa Pan, że w programie *Moje Zdrowie* powinny się znaleźć jakieś badania, które służyłyby profilaktyce nowotworowej?

Jestem orędownikiem reklamy onkologicznych badań przesiewowych we wszelkich możliwych miejscach. Zdaję sobie sprawę, że zamieszczanie zbyt dużej ilości informacji może być odstraszające, jednak minimalna interwencja, polegająca na zamieszczeniu informacji, jakie badania można wykonać i gdzie szukać szczegółowych informacji na ten temat wydaje się zasadna.

Niemniej ważna jest edukacja. Z lekcjami o zdrowiu niestety nie wyszło. Jak zatem przekonać dzieci i młodzież, że styl życia naprawdę przekłada się na zdrowie w przyszłości?

Nie byłbym w tej kwestii aż tak surowy. Środowisko medyczne – i nie tylko

– walczyło o usankcjonowanie lekcji o zdrowiu przez wiele lat. W końcu się udało. Oczywiście, zarówno ja, jak i wielu ekspertów życzyliby sobie, aby edukacja zdrowotna była obowiązkowa, co mam nadzieję w końcu się wydarzy. Trzeba jednak podkreślić, że został wykonany długo oczekiwany krok, po którym mam nadzieję nastąpią kolejne.

Jeśli chodzi o przekonywanie najmłodszych do zdrowego stylu życia, nic nie działa tak dobrze jak przykład płynący od osób dorosłych – ich rodziców, nauczycieli i opiekunów. Trudno przekonać młodych do zdrowych wyborów, jeśli szkoła, przestrzeń publiczna i media społecznościowe wysyłają sprzeczne sygnały. To, co jedzą w szkolnym sklepiku, jak wygląda oferta sportowa po lekcjach, jakie wzorce promują influencerzy – to wszystko edukuje silniej niż jakakolwiek prezentacja w klasie, czy pogadanka.

Skuteczna edukacja zdrowotna musi być doświadczeniem, a nie teorią. Młodzi ludzie znacznie lepiej reagują, gdy widzą bezpośredni związek stylu życia z tym, co dla nich ważne tu i teraz – sprawnością, wyglądem, energią, koncentracją, nastrojem, wynikami w sporcie czy nawet jakością snu. Jeśli zdrowie pokazuje się jako coś, co wpływa na codzienne funkcjonowanie, a nie jako odległy „obowiązek dorosłych”, przekaz zaczyna działać.

Na koniec wróćmy do tezy postawionej na początku

rozmowy. Czy uważa Pan, że profilaktyka długo czekała na swój moment, ale w końcu on nadszedł?

Profilaktyka rzeczywiście niejednokrotnie była postrzegana jak dobra idea na przyszłość – ważna, słuszna, ale odkładana na później, bo jej efekty wydawały się zbyt odległe i trudne do pokazania w liczbach. Dzisiaj powiedziałbym, że otworzyło się okno możliwości. Mamy wiedzę, narzędzia i argumenty. Teraz kluczowe pytanie brzmi, czy potrafimy je wykorzystać konsekwentnie, nie w formie jednorazowych projektów, ale jako trwałe, dobrze zarządzany element polityki zdrowotnej. Jeśli tak, to profilaktyka rzeczywiście doczekała się swojego momentu.

Z perspektywy profilaktyki onkologicznej, zarówno działań prowadzonych przez ekspertów Narodowego Instytutu Onkologii, jak i prac realizowanych dziś na różnych poziomach państwa – widać wyraźnie, że profilaktyka przestaje być tematem pobocznym. Mamy za sobą polską prezydencję w Radzie Unii Europejskiej, w której profilaktyka była jednym z kluczowych priorytetów zdrowotnych. Zakończył się Rok Edukacji Zdrowotnej, zainicjowany przez Senat RP, a wraz z początkiem 2026 roku rozpoczęliśmy Rok Profilaktyki uchwalony przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. To ważny sygnał ciągłości i dojrzałości myślenia o zdrowiu publicznym – niezależnie od kalendarza politycznego i ponad bieżącymi sporami.

Rozmawiała: Iwona Kazimierska