„Liczymy się z naszym zdrowiem”

Debata Medycznej Racji Stanu
w ramach kampanii
„Siła Kobiet” pod patronatem Moniki Wielichowskiej, wicemarszałek Sejmu

18 grudnia 2025 r., w godz. 11:00 – 15:30
Pałac Staszica (siedziba PAN), Sala Okrągłego Stołu ul. Nowy Świat 72 w Warszawie

Informacja prasowa

Debaty Medycznej Racji Stanu to przestrzeń do dialogu między przedstawicielami administracji publicznej, środowiskiem medycznym, organizacji pacjentów, która pozwoli wypracować skuteczne rozwiązania, wnioski i rekomendacje, mające szansę przyczynić się do realnych zmiany w systemie ochrony zdrowia. Kluczowe obszary dyskusji w trakcie debaty Medycznej Racji Stanu pt. „Liczymy się z naszym zdrowiem” 18 grudnia 2025 roku, to:

- Zdrowie jako wyzwanie społeczne i finansowe dla Polski i UE
- Demografia, finanse, zdrowie – suma wyzwań
- Profilaktyka – zarządzanie zdrowiem w trosce o kondycję społeczeństwa i publicznych finansów
- Innowacyjność w medycynie a racjonalizacja wydatków na zdrowie

Założyciele Medycznej Racji Stanu z satysfakcją i zadowoleniem odnotowują wzrost znaczenia wagi i wyzwań w zakresie zdrowia w dyskursie publicznym w 2025 roku – od debat Medycznej Racji Stanu, licznych konferencji naukowych, spotkań w Sejmie i Senacie, po „Szczyt Medyczny Bezpieczny Pacjent” zorganizowany przez Premiera Donalda Tuska 4 grudnia 2025 roku i „Szczyt Zdrowotny” zwołany przez Prezydenta Karola Nawrockiego w Pałacu Prezydenckim 5 grudnia 2025 roku.

4 grudnia 2025 roku, o wyzwaniach i rozwiązaniach w ochronie zdrowia podczas „Szczytu Medycznego Bezpieczny Pacjent” dyskutowali przedstawiciele organizacji pacjenckich, samorządów terytorialnych i zawodowych, jednostek podległych ministerstwu zdrowia, dyrektorzy szpitali oraz przedstawiciele rządu. Uczestnicy szczytu rozmawiali o sytuacji w systemie ochrony zdrowia w ostatnich latach i pomysłach na rozwój i reformę ochrony zdrowia, a także na poprawę bezpieczeństwa pacjentów.

Otwierając spotkanie, Premier Donald Tusk podkreślał, że dobra organizacja systemu ochrony zdrowia to przede wszystkim brak konfliktu interesów między lekarzem, a pacjentem. Prezes Rady Ministrów podkreślał też, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest nie tylko wypłacalny, ale też jest i będzie rzetelnym płatnikiem w zakresie umów i nadwykonań nielimitowanych. Te płatności będą zrealizowane, ponieważ wszyscy jesteśmy zainteresowani, żeby tych świadczeń było jak najwięcej, bo to oznacza lepszy dostęp do ochrony zdrowia dla pacjenta Jednocześnie rząd co roku znacząco zwiększa nakłady

na ochronę zdrowia, a w ostatnich dwóch latach nakłady na ten cel zwiększyły się o 52 mld zł, czyli z poziomu 185 mld zł do 237 mld zł. Plan wydatków na 2026 rok jest jeszcze wyższy i wynosi 248 mld zł. Co ważne, dzieje się to przy rekordowo niskiej inflacji. Kluczowe jest przy tym racjonalne szukanie sposobów, aby bardziej racjonalnie wydawać pieniądze w systemie. Jednocześnie tam, gdzie zdarzają się nieprawidłowości, należy precyzyjnie eliminować nadużycia. Jednocześnie Premier zapewnił, że nie jest planowane podniesienie składki zdrowotnej. Wynika z tego, że dofinansowanie deficytu składkowego NFZ będzie pokryte z budżetu państwa. Szef rządu poinformował, że dotychczasowy pilotaż dotyczący dobrego wyżywienia w szpitalach zostanie rozszerzony na wszystkie placówki. To, co było przedmiotem pilotażu, jeśli chodzi o wyżywienie w szpitalach, stanie się standardem, który będzie obowiązywał wszędzie, a nie tylko w wybranych miejscach.[1]

Minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda podkreślała, że wszyscy powinni wykazać, że potrafią mądrze wykorzystywać środki publiczne dla dobra pacjentów. Minister zdrowia wskazała, że resort ma trzy główne priorytety: zdrowy szpital – bezpieczny pacjent, zdrowe serce - zdrowy mózg oraz cyfryzację ochrony zdrowia. W ramach programu in vitro urodziło się już ponad 7 tys. dzieci, zwiększono dostęp do leczenia endometriozy, poszerzono program profilaktyki raka szyjki macicy o dwa nowoczesne badania: test HPV HR oraz cytologię na podłożu płynnym (LBC) oraz dynamicznie rośnie liczna znieczuleń przy porodzie. W ochronie zdrowia ważna jest refundacja leków, w ramach której przeznaczono 25,5 mld zł ze środków publicznych. Równie istotne w polityce zdrowotnej jest szerzenie świadomości profilaktycznej. Program Moje Zdrowie odnotował ponad 2 miliony zgłoszeń w zaledwie 6 miesięcy. Nastąpiło to dzięki podmiotom zaangażowanym w szerzenie profilaktyki, edukowanie i zachęcanie pacjentów. 18 mld zł z KPO przeznaczono na onkologię, opiekę długoterminową, kardiologię i cyfryzację. Te inwestycje mają poprawić infrastrukturę szpitali, dostęp do nowoczesnego sprzętu i technologii. Wzmacniane jest cyberbezpieczeństwo oraz udostępniane są nowe rozwiązania np. centralna e-rejestracja. Starzejące się społeczeństwo wymaga dostosowania systemu zdrowia, szczególnie na poziomie gmin i powiatów, czyli najbliżej miejsca zamieszkania pacjentów. Dzięki inwestycjom w kształcenie i ustawie o minimalnym wynagrodzeniu rośnie liczba medyków. Z Funduszu Medycznego przewidziano 1 mld zł na optymalizację struktury szpitali.

Minister Finansów i Gospodarki Andrzej Domański zaznaczył, że w 2025 roku na zdrowie państwo przeznaczy 237 miliardów złotych, czyli ponad dwukrotny wzrost środków w ciągu ostatnich czterech lat. W 2026 r. na zdrowie przeznaczone zostanie 248 mld zł z publicznych środków. W 2023 roku wpływy ze składki zdrowotnej wyniosły 141 mld zł, w 2025 roku - 173 mld zł, a w 2026 roku przewiduje się wpływ na poziomie 184 mld zł. Rosnące wpływy ze składki zdrowotnej są możliwe dzięki coraz lepszej gospodarce i rynkowi pracy. NFZ otrzymał w ostatnim czasie dodatkowe środki. Po decyzji Ministra Finansów 3,44 mld zł, po decyzji Ministra Zdrowia 400 mln zł, obligacje o wartości 922 mln zł oraz 3,6 mld z Funduszu Medycznego. Należy jednak wspólnie pracować nad tym, aby efektywność wydawania tych środków była jak najwyższa. Wicemarszałkini Sejmu RP Monika Wielichowska podkreślała, jak ważna zarówno dla pacjentów jak i dla rozwoju państwa jest profilaktyka. Dyrektor Wojskowego Instytutu Wojskowego gen. prof. Grzegorz Gielerak przedstawił stan zabezpieczenia systemu ochrony zdrowia w sytuacji zagrożenia dla państwa.[2]

---

[1] Premier na szczycie medycznym: Pacjent na pierwszym miejscu. KPRM https://www.gov.pl/web/premier/premier-na-szczycie-medycznym-pacjent-na-pierwszym-miejscu

[2] O wyzwaniach i rozwiązaniach w ochronie zdrowia podczas Szczytu Medycznego Bezpieczny Pacjent. Ministerstwo Zdrowia. 04.12.2025 https://www.gov.pl/web/zdrowie/o-wyzwaniach-i-rozwiazaniach-w-ochronie-zdrowia-podczas-szczytu-medycznego-bezpieczny-pacjent

W Pałacu Prezydenckim 5 grudnia 2025 roku odbył się „Szczyt Zdrowotny" zwołany przez Prezydenta Karola Nawrockiego, jako odpowiedź głowy państwa na postulaty zgłaszane przez środowiska medyczne w związku z pogarszającą się sytuacją w ochronie zdrowia. Wśród głównych problemów zgłaszanych Prezydentowi wymieniano przede wszystkim niedofinansowanie i brak spójnej strategii reformy służby zdrowia w Polsce. Prezydent RP wsłuchał się w głos środowiska medycznego i po spotkaniu z prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej Łukaszem Jankowskim, które odbyło się w połowie listopada zdecydował o zorganizowaniu szczytu z udziałem przedstawicieli wszystkich grup zajmujących się ochroną zdrowia w Polsce. Zaproszenia zostały skierowane do przedstawicieli wszystkich grup zajmujących się ochroną zdrowia: zawodów medycznych (m.in. ratowników medycznych, diagnostów, fizjoterapeutów, lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz aptekarzy), związków zawodowych, pracodawców, Rzecznika Praw Pacjenta, administracji, w tym do Minister Zdrowia, a także do członków Rady Zdrowia przy Prezydencie RP.

Na początku swojego wystąpienia Prezydent RP poinformował o podpisaniu ustawy z dnia 21 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prezydent wskazał, że podpisał ustawę o Funduszu Medycznym, bo „dzięki inicjatywie prezydenckiej z Funduszu Medycznego będzie można finansować terapię chorób rzadkich, a także przygotowanie naszej ochrony zdrowia na czas kryzysu i umożliwić przekazanie pieniędzy na budowę Centrum Obsługi Pacjenta". Karol Nawrocki zaznaczył, że „ochrona zdrowia to nie jest przestrzeń do politycznych trików i chwytów". Wyraził nadzieję, że dzisiejsze wydarzenie przyniesie konkretne propozycje rozwiązań. Prezydent podziękował wszystkim obecnym za przyjęcie zaproszenia do Pałacu Prezydenckiego. W wystąpieniu podsumowującym „Szczyt Zdrowotny" Prezydent RP podziękował uczestnikom za merytoryczną i ważną dyskusję. Dialog jest największą wartością, a wiedza wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia gwarancją właściwych zmian systemowych, którymi trzeb się zająć w sposób konstruktywny. Karol Nawrocki zapowiedział, że po Szczycie Zdrowotnym w Pałacu Prezydenckim zostaną wysłane do rządu odpowiednie rekomendacje. Kancelaria Prezydenta będzie takie zmiany inspirowała, z pełną determinacją i odwagą. W połowie listopada Prezydent Karol Nawrocki przedstawił projekt nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym w związku z brakami w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia sięgającymi w tym roku 20 miliardów złotych. Zgodnie z propozycją głowy państwa budżet NFZ miałby zostać zasilony środkami z Funduszu Medycznego w kwocie ponad 3,5 miliarda zł. Te środki wciąż pozostają niewykorzystane z powodu złego gospodarowania finansami przez poprzednią Minister Zdrowia, dlatego Prezydent zaproponował, aby w związku z trudną sytuacją w służbie zdrowia przesunąć fundusze na leczenie małych pacjentów. Oprócz możliwości sfinansowania w całości kosztów leczenia dzieci, prezydencki projekt ustawy wprowadza trzy nowe zadania dla Funduszu: subfundusz chorób rzadkich u dzieci, który zapewniłby stałe finansowanie dla leczenia pacjentów do ukończenia 18. roku życia, dla których obecnie najczęstszym sposobem zdobycia środków na opłacenie diagnostyki oraz leczenia jest prowadzenie zbiórek publicznych; subfundusz infrastruktury bezpieczeństwa, który będzie finansował inwestycje pozwalające na ciągłość i bezpieczeństwo systemu ochrony zdrowia w warunkach kryzysowych, w tym działań wojennych; utworzenie Centrum Obsługi Pacjenta – zapowiadane przez Prezydenta Karola Nawrockiego jeszcze w czasie kampanii wyborczej, które byłoby sfinansowanie i utrzymywane ze środków Funduszu, a jego celem byłoby zorganizowanie równego dostępu do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.[3] Przed

[3] Szczyt Zdrowotny w Pałacu Prezydenckim. Kancelaria Prezydenta RP 5.12.2025 https://www.prezydent.pl/aktualnosci/wydarzenia/szczyt-zdrowotny,111507

rozpoczęciem Szczytu Zdrowotnego, odbyła się uroczystość gremium doradczego przy Prezydencie RP w sprawach związanych z ochroną zdrowia - Rady Zdrowia.[4]

Poniżej przedstawiono wybrane zagadnienia rosnącego znaczenia dostępu do skutecznych terapii w aspekcie pomiaru efektów zdrowotnych i kosztów całościowych w polskim systemie ochrony zdrowia.

Leczenie niepłodności, jako jeden z kluczowych priorytetów zdrowotnych państwa

Niepowodzenia rozrodu stanowią poważny problem medyczny, społeczny i demograficzny. Zgodnie z definicją wskazaną przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO), niepłodność kobieca (ICD-10: N97 / ICD-11: GA31) jest chorobą układu rozrodczego definiowaną jako niemożność uzyskania ciąży klinicznej po co najmniej 12 miesiącach regularnego stosunku bez zabezpieczenia. Niepłodność męska (ICD-10: N46 / ICD-11: GB04) definiowana jest jako dowolne zaburzenie układu rozrodczego, charakteryzujące się obecnością dysfunkcji wydalania nasienia lub nieprawidłowym poziomem plemników w nasieniu.

Przyczyny niepłodności u kobiet to w szczególności: nieprawidłowości w funkcjonowaniu jajników (zaburzenia powstawania komórki jajowej – zaburzenia owulacji); nieprawidłowości w funkcjonowaniu jajowodów (niedrożność jajowodów, dysfunkcje, zrosty), patologie macicy (polipy, mięśniaki, zrosty, wady budowy); endometrioza; zaburzenia genetyczne i nieprawidłowości immunologiczne. Czynnikami wpływającymi na płodność u kobiet są również: cukrzyca, choroby tarczycy, późny wiek starania się o dziecko (płodność kobiet ulega stałemu obniżaniu po ukończeniu 35. roku życia), infekcje przenoszone droga płciową (między innymi: chlamydia, mykoplasma, ureaplasma, kiła), leczenie onkologiczne, przebyte operacje brzuszne, obniżenie nastroju i depresja, zaburzenia seksualne (zaburzenia związane z bolesnością genitalno-miedniczą i penetracją).

Przyczyny niepłodności u mężczyzn to w szczególności: choroby jąder (wodniak jądra, żylaki powrózka nasiennego, wnętrostwo, nowotwór jąder, nieczynność jąder, urazy lub uszkodzenia jąder); brak plemników w nasieniu lub niska jakość nasienia (obniżona liczba plemników w nasieniu, nieprawidłowa budowa plemników, nieprawidłowa ruchliwość lub brak ruchliwości plemników); dysfunkcje seksualne (zaburzenia erekcji, zaburzenia wytrysku nasienia, występujące u mężczyzn m.in. ze spodziectwem, schorzeniami neurologicznymi, sercowo-naczyniowymi, metabolicznymi, endokrynologicznymi, psychicznymi lub psychologicznymi). Przyczyną niepłodności męskiej mogą być również choroby ogólnoustrojowe, np. zaburzenia pracy tarczycy, niedoczynność przysadki mózgowej, hiperprolaktynemia, niedorozwój gonad, przewlekłe zapalenie nerek, choroby wątroby, a także przewlekły stres.

W niektórych przypadkach niepłodność może mieć charakter jatrogenny. Dotyczy to np. leczenia chorób autoimmunologicznych, jednak najczęściej jest to problem dotykający osoby leczone onkologicznie. W populacji osób leczonych onkologicznie uszkodzenie zdolności prokreacyjnych może nastąpić zarówno w drodze zniszczenia narządów płciowych przez chorobę, jak też być konsekwencją zastosowanego leczenia. Wdrożenie pewnych procedur terapeutycznych, w szczególności chemioterapii i radioterapii, wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie całego układu rozrodczego i hormonalnego, prowadząc do znacznego lub całkowitego upośledzenia płodności. Wpływ leczenia onkologicznego na płodność zależy od czynników takich jak: wiek pacjenta, rodzaj, typ i lokalizacja nowotworu, rodzaj i dawka zastosowanego leczenia, wielkość obszaru napromieniania, lokalizacja oraz

[4] Prezydent RP powołał Radę Zdrowia. Kancelaria Prezydenta RP https://www.prezydent.pl/aktualnosci/wydarzenia/prezydent-rp-powolal-rade-zdrowia,111531

rozległość zabiegu operacyjnego, a także od czasu, który upłynął od zakończonej terapii onkologicznej. Aby zabezpieczyć płodność przed destrukcyjnym wpływem leczenia, należy zachować materiał rozrodczy pacjenta onkologicznego. U kobiet proponuje się w tym przypadku zamrożenie oocytów, natomiast u mężczyzn zamrożenie nasienia.

Kwestia pobrania i witryfikacji tkanki jajnika nie została uregulowana prawnie. Ustawa z 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności reguluje jedynie kwestie przechowywania komórek rozrodczych i zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków. Jednocześnie ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2023 r. poz. 1185) wyłącza pobieranie i przeszczepianie komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części. W związku z tym, pomimo skuteczności pobierania, kriokonserwacji i przeszczepiania tkanki jajnikowej, nie została ona uwzględniona w Programie.

Rodzicielstwo jest niezwykle istotnym elementem roli społecznej, czynnikiem rozwoju oraz sposobem samorealizacji. Może być jednym z czynników osiągnięcia szczęścia i sukcesu życiowego. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że rośnie liczba par, które nie mogą doczekać się potomstwa. Konieczne jest zatem podjęcie działań mających na celu ograniczenie negatywnych skutków tego zjawiska, szczególnie w sytuacji niskiego przyrostu naturalnego.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 60-80 mln par na świecie dotkniętych jest stale lub okresowo problemem niepłodności. Przyjmuje się, że w krajach wysoko rozwiniętych problem bezdzietności związany jest głównie z niepłodnością, a problem niepłodności dotyczy 10-16% par w wieku rozrodczym. W Rzeczpospolitej Polskiej z niepłodnością mierzy się 1-1,5 mln par. Co najmniej połowa z nich korzysta z pomocy podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ", a około 60% wymaga specjalistycznego postępowania lekarskiego. Z ogólnej liczby niepłodnych par wymagających leczenia jedynie 50 % decyduje się na rozpoczęcie postępowania terapeutycznego, a około 12 % z nich podejmuje je w danym roku. Z tej liczby około 2 % może wymagać zapłodnienia pozaustrojowego. Biorąc pod uwagę powyższe, zakłada się, że zapotrzebowanie na leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego może się kształtować się na poziomie 23-25 tysięcy cykli rocznie u około 15 tysięcy par.

Pary dotknięte niepłodnością znacznie częściej mają zaburzone relacje społeczne, w porównaniu do rodzin posiadających dzieci, zwiększa się u nich ryzyko rozpadu związku, partnerzy są bardziej narażeni na depresję oraz inne zaburzenia psychiczne, co przekłada się również na relacje w życiu zawodowym. Ze względu na swoją skalę i konsekwencje jest to poważny problem nie tylko w wymiarze indywidualnym, ale także ogólnospołecznym, demograficznym oraz wpływającym na wskaźniki makroekonomiczne kraju. Zachorowanie na nowotwór oraz leczenie onkologiczne (zwłaszcza radioterapia i chemioterapia) mogą powodować upośledzenie funkcji rozrodczych i zaburzenia układu płciowego, a w skrajnych przypadkach prowadzić do trwałej niepłodności.

Nowotwory złośliwe są jednym z istotnych czynników zagrażających zdrowiu prokreacyjnemu. Według prognoz opartych na Krajowym Rejestrze Nowotworów w najbliższych latach liczba zachorowań w każdej kategorii wiekowej, populacyjnej i terytorialnej będzie wzrastała. Ogólny wskaźnik płodności kobiet odnosi się do liczby urodzeń żywych w danym roku przypadającej na 1 000 kobiet w wieku rozrodczym między 15. a 49. rokiem życia. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego współczynnik płodności dla całego kraju w 2021 r. wyniósł 37,54/1 000 kobiet natomiast w 2022 r. wyniósł on 35,05/1000 kobiet. W 2021 r. w ramach świadczeń POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanej dalej „AOS", wykonano odpowiednio 3 757 oraz 43 tys. porad z powodu niepłodności. Szczególną uwagę należy także zwrócić na fakt, że ich liczba, zarówno w POZ, jak i AOS,

jest zdecydowanie wyższa w przypadku kobiet niż u mężczyzn we wszystkich uwzględnionych grupach wiekowych.

Od 1 czerwca 2024 roku pary, które mierzą się z problemem niepłodności, mają równy dostęp do in vitro w ramach programu polityki zdrowotnej pt. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028".[5] Ministerstwo Zdrowia dąży do tego, aby wszyscy, którzy chcą mieć dzieci, bez względu na stan zdrowia, mogli być rodzicami. Rządowy program potrwa do 31 grudnia 2028 r. Przeznaczono na niego 500 mln zł w każdym roku. Łącznie to 2,5 mld zł. Program finansuje całą procedurę in vitro. Refundowana jest kwalifikacja par, obowiązkowe badania oraz wszystkie części procedury in vitro, które są potrzebne do jej skutecznego i bezpiecznego przeprowadzenia. To bardzo hojny program wsparcia leczenia niepłodności na tle Europy. Większość krajów nie zapewnia pacjentom możliwości skorzystania z takiej liczby cykli, ani nie finansuje dawstwa oocytów. Program po raz pierwszy zabezpiecza płodność pacjentów z chorobą onkologiczną. Daje pełne dofinansowanie tych procedur medycznych – dla kobiet i mężczyzn.[6]

Program obejmie pary: ze stwierdzoną lub nieskutecznie leczoną niepłodnością w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem do programu, które są w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu, także te, które mają kriokonserwowane i przechowywane zarodki, w ramach wcześniej realizowanych procedur.

Z bezpłatnego in vitro będą mogły skorzystać: kobiety do 42. roku życia – jeśli korzystają z własnych komórek jajowych lub dawstwa nasienia, kobiety do 45. roku życia – jeśli korzystają z dawstwa oocytów lub zarodka, mężczyźni do 55. roku życia. Przyczyna niepłodności może leżeć po stronie jednego z pacjentów lub obydwojga z nich. Sposób leczenia zależy od przyczyny niepłodności i tego, czy para korzysta z własnych lub obcych komórek rozrodczych.

Program jest tak skonstruowany, aby lekarz mógł go dostosować do Waszych indywidualnych potrzeb. To zwiększa szansę na ciążę. Zapewnia do 6 indywidualnych procedur wspomaganego rozrodu w różnych wariantach: do 4 cykli zapłodnienia z własnymi komórkami rozrodczymi lub dawstwem nasienia; do 2 cykli zapłodnienia z oocytami od dawczyń – z możliwością zapłodnienia 6 komórek rozrodczych w jednym cyklu; do 6 cykli z dawstwem zarodków. W trakcie leczenia metodą in vitro zapładnia się komórki jajowe uzyskane w wyniku stymulacji hormonalnej. Zgodnie z ustawą o leczeniu niepłodności podczas jednej procedury można zapłodnić 6 komórek jajowych. To ograniczenie zapobiega tworzeniu nadliczbowych zarodków. Więcej komórek jajowych można zapłodnić, gdy: kobieta ukończyła 35 lat; są wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością; wcześniejsze leczenie metodą zapłodnienia pozaustrojowego było dwukrotnie nieskuteczne. W wyniku zapłodnienia powstają zarodki, z których jeden transferowany jest do macicy. Pozostałe zarodki są kriokonserwowane i przechowywane – do wykorzystania podczas kolejnego zabiegu.

Leczenie onkologiczne może negatywnie wpłynąć na płodność. Program daje możliwość zabezpieczenia onkopłodności zarówno kobietom, jak i mężczyznom. Niepłodność może być spowodowana nie tylko chorobą, która niszczy narządy płciowe, ale też zastosowanym leczeniem.

[5] Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028. MZ Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028 - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl

[6] Program wsparcia in vitro. MZ https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro

Niektóre procedury terapeutyczne – szczególnie chemioterapia i radioterapia – zaburzają działanie układu rozrodczego i hormonalnego. Powodują znaczne lub całkowite upośledzenie płodności. Ochrona płodności polega pobierane i przechowywane gamet– przed lub w trakcie leczenia onkologicznego. U kobiet zamrażane są oocyty, a u mężczyzn – nasienie. Kryteria wieku w programie: kobiety – od okresu dojrzewania do 40. roku życia, a mężczyźni – od okresu dojrzewania do 45. roku życia.

W ramach programu leczenia niepłodności pary mają zapewnioną opiekę psychologiczną. Zmierzenie się z problemem zaburzeń płodności jest dla wielu pacjentów dużym wyzwaniem. Diagnostyce i leczeniu towarzyszą często obawy i trudne emocje, dlatego ważne jest profesjonalne wsparcie pary w całym procesie leczenia. Para, która decyduje się na leczenie z wykorzystaniem cudzych komórek rozrodczych lub zarodków, musi uzyskać zaświadczenia od psychologa, że: są świadomi, co to oznacza i są gotowi na skorzystanie z komórek rozrodczych i zarodków pochodzących od dawców. Liczba konsultacji psychologicznych nie jest limitowana. O liczbie wizyt psychologicznych decyduje zarówno para, jak i psycholog.

W 2025 roku MZ rozdysponował nieco około 600 mln PLN na realizację programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028". Dzięki programowi do in vitro zakwalifikowanych zostało 41 333 par, uzyskano 22 135 ciąż i urodziło się 8 095 dzieci (4 060 dziewczynek, 4 035 chłopców) przeprowadzono 10 235 kriotransferów zarodków (z zarodków utworzonych przed wejściem w życie programu, 1 522 osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności w ramach programu, a 1 367 osób zamroziło gamety w ramach zabezpieczenia płodności. Wynika z tego, że doczekaliśmy się programu, który realnie wspiera pacjentów i pozwala spełniać największe marzenia. Programu, którym możemy chwalić się w całej Europie.

Niezaspokojona potrzeba medyczna w drugiej linii leczenia szpiczaka plazmocytowego

Szpiczak plazmocytowy to trzeci najczęstszy nowotwór krwi na świecie i jest uznawany za chorobę, którą można leczyć, ale nie całkowicie wyleczyć – większość pacjentów doświadcza nawrotów [7]. Rocznie diagnozuje się ponad 180 tys. nowych przypadków na całym świecie[8]. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na szpiczaka plazmocytowego w Polsce wzrosła w latach 1999-2022 ponad dwukrotnie do poziomu niespełna dwóch tysięcy rocznie (1986). W analogicznym okresie wrosła również śmiertelność z tego powodu. W 1999 r. odnotowano 762 zgony, podczas gdy w 2022 r. liczba ta osiągnęła poziom 1 311[9]. Głównym powodem wzrostu liczby zachorowań są czynniki demograficzne. Ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem. Najczęściej chorobę rozpoznaje się w grupie osób ze średnią wieku około 69 lat. Rzadko diagnozuje się go u pacjentów poniżej 40. roku życia[10]. Chociaż zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem, choroba dotyka również młodsze osoby, które często są aktywne zawodowo i mają obowiązki rodzinne. Wpływ choroby i jej leczenia na wydajność w pracy, pełnienie ról opiekuńczych oraz obciążenie finansowe są

[7] Sung H, Ferlay J, Siegel R, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660.

[8] Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Multiple Myeloma fact sheet. Available at: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/35-multiple-myeloma-fact-sheet.pdf. Accessed 5 March 2025.

[10] Kazandjian D. *Multiple myeloma epidemiology and survival: A unique malignancy.* Semin Oncol. 2016;43(6):676–681. doi: 10.1053/j.seminoncol.2016.11.004

znaczące[11]. Ryzyko wystąpienia szpiczaka plazmocytowego jest około 1,2–1,5-krotnie większe u mężczyzn[12]. Szpiczak plazmocytowy to choroba, dla której nie ma skutecznych rozwiązań profilaktycznych. Istotnym czynnikiem rokowniczym jest wczesne wykrycie choroby, które pozwala na wdrożenie skutecznego i bezpiecznego leczenia.

Niezaspokojona potrzeba medyczna w drugiej linii leczenia. Niemal wszyscy pacjenci doświadczają nawrotu choroby po początkowym leczeniu, w związku z tym istnieje potrzeba skutecznych opcji leczenia już od pierwszego nawrotu choroby. Obecnie brakuje leku, który wydłuży remisję i czas przeżycia, oferując wyższą skuteczność niż dotychczasowy standard leczenia. Dłuższe przeżycie do nawrotu to mniej skutków choroby jak częste infekcje bardzo niebezpieczne dla pacjentów, złamania, które wymagają hospitalizacji i rehabilitacji.

Worasydenib w monoterapii glejaków

Glejaki rozlane występujące u osób dorosłych są najczęstszymi pierwotnymi złośliwymi guzami mózgu u dorosłych, a kluczową rolę w ich patogenezie, diagnostyce i rokowaniu odgrywa obecność mutacji IDH, której odkrycie oraz zrozumienie roli w procesie nowotworzenia glejaka były przełomowe. Mutacje IDH są uznawane za mutacje kierujące, które zachodzą na wczesnym etapie onkogenezy i mogą sprzyjać nabywaniu dalszych mutacji prowadzących do zezłośliwienia komórek. Zahamowanie mutacji IDH na wczesnym etapie onkogenezy może wydłużyć czas do nabywania kolejnych mutacji i w rezultacie zezłośliwienia komórek. Glejaki są wyjątkowo trudnymi do leczenia nowotworami, przede wszystkim ze względu na ich infiltracyjny charakter wzrostu. Zmienione nowotworowo komórki glejowe rozprzestrzeniają się wzdłuż zdrowych tkanek mózgu, co utrudnia ich całkowite usunięcie chirurgiczne. W praktyce nie można mówić o całościowej resekcji, ponieważ komórki nowotworowe mogą znajdować się nawet w odległych częściach mózgu. Dodatkowo anatomia mózgu, a szczególnie bariera krew-mózg, stanowi poważne wyzwanie, utrudniając dostarczanie leków do guza, co ogranicza skuteczność terapii. Glejaki mogą występować w każdym wieku, choć najczęściej rozpoznaje się je w 5. i 6. dekadzie życia. Coraz częściej diagnozowane są także u młodszych pacjentów w wieku 20-55 lat, co znacząco wpływa na ich jakość życia oraz funkcjonowanie rodzinne, społeczne i psychiczne.

Przez ostatnie trzy dekady standard terapii opierał się na neurochirurgicznym zabiegu operacyjnym jako pierwszym kroku, a następnie, w zależności od oceny czynników ryzyka nawrotu (wiek pacjenta, stopień usunięcia guza, jego rozmiar, podtyp histologiczny czy obecność deficytów neurologicznych przed operacją), na bacznej obserwacji lub zastosowaniu radio-/chemioterapii. Standard leczenia glejaków nie zmieniał się, ponieważ nie wprowadzono żadnej nowej terapii. W drugiej połowie września Europejska Agencja leków (EMA), zarejestrowała pierwszą od ponad dwóch dekad nową terapię w leczeniu glejaków i jednocześnie pierwszą ukierunkowaną molekularnie terapię (worasydenib), która wyznacza nowy standard terapii pacjentów z glejakiem 2. stopnia z mutacją IDH. Jest to innowacyjna terapia, która skutecznie przekracza barierę krew-mózg, co pozwala na efektywne zmniejszenie szybkości wzrostu nowotworu oraz znaczące wydłużenie przeżycia wolnego od progresji choroby. Terapia ta pozwala również na zachowanie jakości życia chorego, co ma ogromne znaczenie dla pacjentów. Worasydenib posiada status terapii przełomowej (breakthrough therapy) nadawany przez FDA i jest obecnie rekomendowany przez wytyczne amerykańskie NCCN, a także ASCO-SNO. Worasydenib w monoterapii jest wskazany w leczeniu gwiaździaka lub skąpodrzewiaka stopnia 2., z

[11] Costa LJ, Brill IK, Omel J, Godby K, Kumar SK, Brown EE. *Evaluating the impact of multiple myeloma on work and productivity: patient perspectives.* Blood Cancer J. 2020;10(4):35. doi:10.1038/s41408-020-0301-3.

[12] „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych". Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej, tom 2, nr 2.9, 2020.

mutacją IDH1 R132 lub IDH2 R172, bez istotnego wzmocnienia kontrastowego u dorosłych i młodzieży w wieku 12 lat i starszej, o masie ciała wynoszącej co najmniej 40 kg, u których przeprowadzono jedynie interwencję chirurgiczną i którzy nie wymagają natychmiastowej radioterapii ani chemioterapii.[13]

Nowoczesne leczenie profilaktyczne dla chorych na migrenę przewlekłą

Migrena to choroba neurologiczna, która dotyka 41 milionów ludzi w Europie; jest na drugim miejscu wśród przyczyn niepełnosprawności na świecie, a na pierwszym wśród młodych kobiet.[14] Może mieć poważny, wyniszczający wpływ na życie pacjentów, szczególnie w przypadku osób z migreną przewlekłą, doświadczających bólu głowy przez co najmniej 15 dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące, w tym przez co najmniej 8 dni w miesiącu ból głowy spełnia kryteria bólu migrenowego.[15]

Migrena to nie wymówka ani „zwykły" ból głowy – to poważna choroba neurologiczna, która w znacznym stopniu obniża jakość życia pacjentów, zmniejszając produktywność społeczną, rodzinną i zawodową. Oprócz bólu głowy pacjentom towarzyszą inne, czasem nie mniej uciążliwe niż sam ból głowy, objawy, jak nudności i/lub wymioty, nadwrażliwość na światło czy dźwięk. Choroba jest wyzwaniem nie tylko dla zmagających się z nią osób i ich bliskich, ale także dla zdrowia publicznego – szacuje się, że jest drugą najważniejszą przyczyną lat życia w niepełnosprawności na świecie i Europie zachodniej. [16,17] Chorobę możemy podzielić na dwa najważniejsze typy:

1. Migrena epizodyczna, czyli taka w której napady bólu głowy, spełniającego kryteria migreny pojawiają się do 14 dni w miesiącu, przy co najmniej 3-miesięcznej obserwacji.
2. Migrena przewlekła, w której ból głowy pojawia się co najmniej 15 dni w miesiącu, przy co najmniej 3-miesięcznej obserwacji, a dodatkowo co najmniej 8 dni są takimi, w których ból głowy występuje z innymi objawami i spełnione są kryteria rozpoznania migreny.

W zależności od rodzaju migreny lekarz ustala możliwości leczenia pacjenta – w każdym jednak przypadku celem terapii jest zmniejszenie częstotliwości i nasilenia bólu głowy, łagodzenie objawów, zmniejszenie niepełnosprawności związanej z bólem, a także zapobieganie progresji choroby. Farmakologiczna terapia migreny obejmuje leczenie doraźne i profilaktyczne - przy wyborze terapii lekarz powinien wziąć pod uwagę m.in. charakterystykę napadu migreny, dotychczasowe leczenie, wiek pacjenta czy choroby współistniejące.[18] Kluczem do doboru odpowiedniej terapii jest szybka diagnoza i nauczenie się rozróżniania objawów migreny od mniej intensywnego bólu głowy.

---

[13] https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/voranigo-epar-product-information_pl.pdf

[14] Migraine in the EU: Bringing women out of the shadows - materiał dostępny na stronie: https://www.emhalliance.org/wp-content/uploads/Women-M-Policy-Paper-FINAL23MARCH.pdf [stan na marzec 2024 r.]

[15] European Migraine Headache Alliance. What is headache? - materiał dostępny na stronie: https://www.emhalliance.org/headache [stan na marzec 2024 r.] The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition - materiał dostępny na stronie https://ichd-3.org/1-migraine/1-3-chronic-migraine/ [stan na maj 2024 r.]

[16] Raport „Społeczne znaczenie migreny z perspektywy zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia". Opracowanie: Zakład Analiz Ekonomicznych i Systemowych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2019.

[17] Steiner TJ, et al. Migraine is the first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? J Headache Pain 2018;19:17. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the GBD 2016. Lancet 2017;390:1211–1259.

[18] Stępień A i wsp. Rozpoznawanie i leczenie migreny 2024 – aktualizacja rekomendacji – opracowanie Grupy Ekspertów Sekcji Bólu Głowy Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Badania Bólu Ból 2024, Tom 25, Nr 1, s. 9–33– fragment tabeli XVIII Referencje dotyczące leczenia napadu migreny na podstawie kryteriów EBM.

Leczenie profilaktyczne migreny, zgodnie z Międzynarodowymi rekomendacjami (2024), powinno być rozpoczęte, gdy występuje jeden lub więcej z poniższych warunków[19]:

a) 4 lub więcej dni z bólem głowy miesięcznie;
b) migrena wpływa na życie osobiste, społeczne i zawodowe zgodnie z osobistą percepcją pacjenta;
c) zoptymalizowane leczenie doraźne jest nieskuteczne w łagodzeniu migreny;
d) w leczeniu napadów migreny często stosowane są leki przeciwmigrenowe.

Leczenie profilaktyczne w Polsce jest dostępne zarówno komercyjnie, jak i refundowane w ramach programu lekowego. O włączeniu leków profilaktycznych decyduje lekarz w porozumieniu z pacjentem. Preferencje pacjenta są ważne ponieważ, jak w każdej chorobie przewlekłej, powinien być przestrzegany zalecany schemat dawkowania leków. Pacjent musi więc zaakceptować zarówno drogę podania leku jak i częstość podawania kolejnych dawek. Są dostępne leki profilaktyczne, które wymagają przyjmowania codziennie, co drugi dzień, raz w miesiącu a nawet co trzy miesiące. Każdy pacjent ma możliwość dogodnego dla siebie wyboru również w aspekcie sposobu podania leku np. doustnie lub w postaci iniekcji.

Każdy pacjent chorujący na migrenę powinien prowadzić dzienniczek bólów głowy. Dzięki temu możliwe jest monitorowanie przebiegu choroby i efektów jej leczenia. Dzienniczki mogą być prowadzone w postaci papierowej (do pobrania np. na portalu www.migrena.pl), ale coraz częściej pacjenci korzystają z wersji elektronicznych (np. aplikacja mobilna Kompas Migreny). Wypełniony dzienniczek powinien być prezentowany lekarzowi na każdej wizycie.

Dostępne w Polsce od 01.07.022 r. leczenie w ramach programu lekowego[20] dla chorych na migrenę przewlekłą, pozwala na stosowanie nowoczesnego leczenia profilaktycznego. Możliwość leczenia refundowanego, które w znaczącym stopniu może wpłynąć na komfort życia została przyznana pacjentom, którzy zmagają się z najcięższym typem migreny. Jednak należy pamiętać, że zgodnie z zasadami określonymi w programie, czas leczenia jest ograniczony, co oznacza, że pacjenci, którzy odnoszą korzyść z leczenia rozpoczętego w ramach programu lekowego, po upływie czasu określonego w programie, pomimo że ich stan się pogorszy, bo migrena zacznie nawracać ponownie zostaną bez leczenia.

Innowacyjne leczenie cukrzycy typu 2

Leki z grupy analogów GLP-1 (semaglutyd i dulaglutyd) ze względu na swoją wysoką skuteczność i korzystny profil bezpieczeństwa stanowiły w ostatnich latach uznany standard nowoczesnego leczenia cukrzycy typu 2. Lek tirzepatyd stanowi nową generację nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych, jako pierwszy i jedyny lek o takim mechanizmie działania – agonista receptora GIP oraz GLP-1, wykazał wyższą skuteczność niż analogi GLP-1 w zakresie kontroli glikemii, większą redukcję masy ciała, a w wyższych dawkach (10-15 mg) powodował poprawę profilu lipidowego oraz redukcję ciśnienia tętniczego krwi w porównaniu z dostępnymi w Polsce analogami GLP-1. Tirzepatyd wykazuje bezprecedensową skuteczność w osiąganiu normoglikemii, przewyższając inne dostępne terapie - ponad połowa pacjentów (50,9%) stosujących najwyższą dawkę tirzepatydu (15 mg) osiągnęła normoglikemię, czyli poziom hemoglobiny jak u człowiekabez cukrzycy, (HbA1c <5,7%), w porównaniu

[19] Pulledda F. at al. Cephalalgia 2024, Vol. 44(9) 1–31 DOI: 10.1177/03331024241269735
[20] Opis programu lekowego B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą (ICD-10: G43) dostępny online na: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 września 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 października 2025 r. - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl

do 19,7% stosujących semaglutyd w dawce 1 mg] (badanie SURPASS 2). Żaden inny lek hipoglikemizujący nie osiągał tak wysokiego odsetka pacjentów z normoglikemią. Pacjenci stosujący tirzepatyd w dawce 15 mg osiągnęli dwukrotnie wyższą redukcję masy ciała niż pacjenci stosujący semaglutyd w dawce 1 mg (-12,4 kg vs -6,2 kg) (badanie SURPASS 2). Redukcję masy ciała o co najmniej 15% osiągnęło prawie 40% pacjentów stosujących tirzepatyd 15 mg (39,9%), w porównaniu do 8,7% pacjentów stosujących semaglutydu 1 mg. Co istotne, efekt ten był obserwowany przy jednoczesnej lepszej kontroli glikemii i większym odsetku pacjentów osiągających normoglikemię.

Co szczególnie ważne, korzyści kliniczne ze stosowania tirzepatydu wykraczają daleko poza pozytywny wpływ na glikemię, masę ciała, ciśnienie krwi czy profil lipidowy -tirzepatyd ma udowodnione działanie kardioprotekcyjne, objawiające się redukcją ryzyka udarów, zawałów i zgonów sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą typu 2 i wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym (badanie SURPASS-CVOT). Zgodnie z wytycznymi, u pacjentów z cukrzycą typu 2 i współistniejącą otyłością, preferowane jest leczenie z wykorzystaniem agonisty receptora GLP-1 lub podwójnego agonisty receptorów GIP/GLP-1. Tym samym leki te powinny być dostępne u pacjentów w takich samych kryteriach refundacyjnych. Nie ma uzasadnienia klinicznego dla zawężania kryteriów refundacji tirzepatydu wobec agonitów GLP-1, tj semaglutydu i dulaglutydu.

Od 1 września 2022 r. semaglutyd jest refundowany we wskazaniu: „Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu).” Semaglutyd, który pełni rolę agonisty receptora GLP-1 selektywnie wiąże się z receptorem GLP-1 aktywując go, podobnie jak natywny GLP-1. GLP-1 to fizjologiczny hormon o wielorakim działaniu w zakresie regulowania apetytu i stężenia glukozy oraz czynności układu sercowo-naczyniowego. Jego wpływ na stężenie glukozy i apetyt jest związany z receptorami GLP-1 znajdującymi się w trzustce i mózgu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym.

Wg wyników badania SUSTAIN 5 wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 w grupach SEM 0,5 mg i 1 mg stosowanych razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano statystycznie istotną większą redukcję poziomu hemoglobiny glikowanej: HbA1c, stężenia glukozy na czczo w osoczu: FPG, stężenia glukozy w osoczu wg samodzielnego pomiaru: SMPG, masy ciała, wskaźnika BMI i obwodu talii oraz większą redukcję skoków glikemii po posiłku w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS. W grupie SEM 1 mg stosowanym razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano również statystycznie istotny większy wzrost częstości rytmu serca i statystycznie istotną większą redukcję wartości ciśnienia skurczowego (SBP) w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS.

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu choroby otyłościowej

Otyłość (ICD-10: E66) jest przewlekłą chorobą, nie ustępującą samoistnie, z tendencją do nawrotów. Chorobę otyłościową oraz stopień jej nasilenia rozpoznaje się najczęściej w oparciu o ocenę wskaźnika BMI, definiowanego jako iloraz masy ciała (kg) i wzrostu (m) podniesionego do kwadratu. Wg klasyfikacji WHO nadwagę i otyłość definiują poniższe zakresy: 25,0 kg/m2-29,9 kg/m2 – nadwaga, >30 kg/m2 – otyłość. Otyłość została sklasyfikowana przez WHO jako przewlekła choroba metaboliczna, która nieleczona prowadzi do ponad 200 powikłań, takich jak choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca typu 2, nowotwory, czy schorzenia układu kostno-stawowego.

W Polsce 65,6% obywateli ma nadwagę, a 29,8% choruje na otyłość. Przy BMI powyżej 40 kg/m² ryzyko śmierci wzrasta aż 4-krotnie. W 2019 roku choroba otyłościowa była piątą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, odpowiadając za ponad 5 milionów zgonów. W Polsce otyłość jest 4 przyczyną zgonów, odpowiadając w 2019 roku za 57 tys. zgonów. Koszty globalne: Otyłość generuje globalne koszty rzędu 2 bilionów dolarów rocznie, co stanowi około 2,8% światowego PKB. Są to zarówno wydatki na leczenie powikłań, jak i koszty wynikające z utraconej produktywności. Tylko w 2019 r. koszty przedwczesnych zgonów z powodu nadmiernej masy ciała wynosiły 9,8 mld USD, a szacuje się, że do 2060 r. wzrosną do poziomu 63,7 mld USD. Wydatki związane z otyłością w Polsce wynoszą około 3 miliardów złotych rocznie, obciążając zarówno system opieki zdrowotnej, jak i pacjentów. Otyłość negatywnie wpływa także na gospodarkę poprzez zwiększoną absencję chorobową i obniżenie efektywności pracy. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej nad osobami z chorobą otyłościową, mogą być nawet o 44% wyższe, niż nad osobami z prawidłową wagą. Koszty opieki zdrowotnej związanej z choroba otyłościową w Polsce już w 2016 r. przekroczyły 3,4 mld USD, natomiast OECD podaje, że w 2019 r. 6% wydatków na ochronę zdrowia dotyczyło pacjentów z nadwagą i otyłością, co odpowiada kwocie 96,1 USD na każdego mieszkańca Polski.

Do momentu rejestracji semaglutydu i tirzepatydu redukcja masy ciała u pacjentów z chorobą otyłościową dotychczas była możliwa jedynie na drodze chirurgii bariatrycznej. Semaglutyd w dawce 2,4 mg od marca dostępny w Polsce w leczeniu otyłości i nadwagi z co najmniej jednym współistniejącym schorzeniem związanym z nieprawidłową masą ciała to stosowany raz w tygodniu analog ludzkiego glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1). W badaniach klinicznych wykazano, że leczenie tirzepatydem wiąże się z istotną i trwałą redukcją masy ciała w porównaniu z placebo.

Adherencja, czyli właściwe stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich, jest kluczowym czynnikiem sukcesu w leczeniu przewlekłych schorzeń. W przypadku leczenia otyłości z użyciem agonistów receptora GLP-1+GIP, niska adherencja stanowi poważne wyzwanie, które może negować potencjalne korzyści kliniczne i ekonomiczne terapii. Adherencja do leczenia analogami GLP-1 i GLP-1+GIP w chorobie otyłościowej obejmuje nie tylko regularne przyjmowanie leku, ale także utrzymywanie zdrowego stylu życia, w tym odpowiedniej diety i aktywności fizycznej.

Niska adherencja prowadzi do:

- Zmniejszonej skuteczności klinicznej: Pacjenci nie osiągają oczekiwanej redukcji masy ciała, a w konsekwencji nie doświadczają poprawy parametrów metabolicznych (np. ciśnienia krwi, poziomu glukozy).
- Wyższego ryzyka powrotu do wagi wyjściowej: Nieregularne stosowanie leku może prowadzić do przerw w terapii, co z kolei zwiększa ryzyko ponownego przybrania na wadze.
- Nieefektywnego wykorzystania zasobów: Leki z grupy GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP są kosztowne. Brak adherencji oznacza, że wydatki na leczenie nie przekładają się na korzyści zdrowotne, co stanowi obciążenie zarówno dla pacjentów, jak i systemów opieki zdrowotnej.

Zrozumienie przyczyn nieprzestrzegania zaleceń jest kluczowe do opracowania skutecznych interwencji.

Najczęstsze bariery to:

- Działania niepożądane ze strony przewodu pokarmowego, takie jak nudności, wymioty, biegunka czy zaparcia, są najczęstszym powodem przerywania leczenia, zwłaszcza w początkowej fazie terapii.
- Brak wsparcia i edukacji: Niewystarczająca wiedza na temat mechanizmu działania leku, oczekiwanych efektów i sposobów radzenia sobie z działaniami niepożądanymi może prowadzić do niepewności i w rezultacie do przerwania terapii. Dlatego tak ważna jest edukacja przez lekarza.
- Wysokie koszty terapii: Koszt leków GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP jest barierą finansową dla wielu pacjentów. Brak refundacji lub jej niski poziom może uniemożliwić długoterminowe stosowanie leku.
- Brak natychmiastowych efektów: Pacjenci, którzy nie widzą szybkiej utraty wagi, mogą czuć się zniechęceni i stracić motywację do kontynuacji leczenia.

Znaczenie ciągłości leczenia, bo terapia otyłości jako proces długoterminowy. Otyłość jest chorobą przewlekłą nie ustępującą samoistnie, z tendencją do nawrotów. Należy zaplanować program kompleksowej terapii pacjenta, w kontekście, jak długo powinno być prowadzone leczenie farmakologiczne. Analogi GLP-1 i GLP-1+GIP działają na mechanizmy biologiczne regulujące apetyt i metabolizm. Dlatego, podobnie jak w przypadku leczenia nadciśnienia czy cukrzycy, terapia musi być kontynuowana, aby utrzymać osiągnięte efekty. Przerwanie leczenia często prowadzi do powrotu do wagi wyjściowej. Jest to zgodne z biologiczną kompensacją, gdzie organizm dąży do powrotu do wcześniejszego "punktu ustawienia wagi" (set point).

Kluczowe aspekty ciągłości terapii:

- Mechanizm działania: Leki GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP nie leczą otyłości, ale kontrolują ją poprzez zmniejszanie apetytu i zwiększanie uczucia sytości. Efekty te utrzymują się, dopóki lek jest przyjmowany
- Badania wskazują, że część pacjentów po przerwaniu terapii wielu pacjentów odzyskuje utracone kilogramy. Utrzymanie wagi wymaga ciągłej interwencji, zarówno farmakologicznej, jak i behawioralnej.
- Długoterminowe korzyści zdrowotne: Ciągłe leczenie prowadzi do trwałej poprawy zdrowotnej, redukując ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 i innych powikłań otyłości.

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia otyłości wskazują, że:

- Planując program kompleksowej terapii, należy uwzględniać przyczyny rozwoju otyłości, stopień jej zaawansowania, współistnienie związanych z nią chorób oraz stopień zaangażowania chorego w proces leczenia. Cel kliniczny leczenia chorych na otyłość, opisany procentowym spadkiem wyjściowej masy ciała, powinien prowadzić do osiągnięcia – celu terapeutycznego, czyli zapobiegania powikłaniom choroby.
- Czas trwania farmakologicznego leczenia otyłości należy dostosować do wyznaczonych celów i planowanego tempa zmniejszania masy ciała.
- Leczenie powinno trwać optymalnie ≥12 miesięcy i należy je dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta, w tym wyznaczonych celów leczenia i planowanego tempa redukcji masy ciała.

- Część pacjentów chorujących na otyłość wymaga stosowania przewlekłej terapii. Farmakoterapię należy stosować tak długo, jak tylko jest potrzebna, skuteczna i dobrze tolerowana, ponieważ otyłość jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samoistnego ustępowania, za to z tendencjami do nawrotów. Zbyt wczesne przerwanie leczenia może utrudnić utrzymanie uzyskanych efektów, zwłaszcza u pacjentów z długoletnią chorobą.

Strategie poprawy adherencji w terapii otyłości:

1. Przed rozpoczęciem leczenia:
    - Lekarz powinien szczegółowo omówić oczekiwania, potencjalne działania niepożądane i konieczność długoterminowego stosowania leku.
    - Należy szczegółowo omówić przewlekły charakter otyłości oraz konieczność długoterminowej terapii.
    - Pacjent musi rozumieć, że leczenie otyłości działa na te samych zasadach co terapia nadciśnienia czy cukrzycy.
2. W trakcie terapii:
    - Regularne wizyty kontrolne pozwalają na monitorowanie postępów, zarządzaniem działaniami niepożądanymi oraz odpowiedzi na pytania pacjenta.
    - Stopniowe zwiększanie dawki (miareczkowanie): Rozpoczęcie terapii od niskiej dawki i dostosowywanie jej eskalacji co celów klinicznych przy zminimalizowaniu ryzyka wystąpienia działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego.
    - Porady dietetyczne: Udzielenie pacjentom wskazówek dotyczących modyfikacji diety (np. unikanie tłustych, ciężkostrawnych potraw).
    - Pacjenci z chorobą otyłościową powinni mieć zapewniony dostęp do leczenia nieograniczonego w czasie tak jak to ma miejsce np. w cukrzycy, astmie czy epilepsji.
    - Aplikacje przypominające o dawce, pozwalające na monitorowanie masy ciała i aktywności fizycznej, a także dostarczające edukacyjnych materiałów, mogą zwiększyć zaangażowanie pacjentów.

Podsumowanie: Odpowiednia adherencja do leczenia GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP jest kluczowa w terapii otyłości. Zrozumienie przyczyn, takich jak działania niepożądane, koszty czy brak wsparcia, jest pierwszym krokiem do stworzenia skutecznych interwencji. Niezbędne jest zapewnienie refundowanego, ciągłego leczenia oraz uświadomienie pacjentom, że otyłość jest chorobą przewlekłą, a ciągłość leczenia ma kluczowe znaczenie dla utrzymania efektów. Poprawa adherencji poprzez edukację, zarządzanie działaniami niepożądanymi i programy wsparcia może znacząco zwiększyć szanse pacjentów na osiągnięcie długotrwałej redukcji masy ciała i poprawę stanu zdrowia.

Dialog międzysektorowy pt. Stop epidemii otyłości w Polsce oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce

Obecnie około 2,6 miliarda ludzi na świecie, czyli 38% populacji, jest otyła lub ma nadwagę, a z raportu opublikowanego przez Our World in Data wynika, że ponad 4,5 miliona ludzi na świecie umiera przedwcześnie z powodu otyłości. W Polsce nadmierną masę ciała ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet, natomiast otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet. Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet (wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020). Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę

zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów, podwyższając ryzyko zgonu.

Zgodnie z wynikami kontroli Najwyższej Izby Kontroli, w Polsce na otyłość choruje już ponad 9 milionów osób. Choroba oraz jej powikłania mogą znacząco skrócić życie Polaków – wg szacunków OECD średnio o 3 lata i 10 miesięcy. Nadwaga i otyłość mają i będą miały nie tylko poważne konsekwencje zdrowotne, ale także społeczno-ekonomiczne. Według szacunków OECD w ciągu 30 lat z powodu chorób wywołanych otyłością Polska straci ok. 108 mld zł (4,1% PKB), tj. średnio ok. 3,6 mld zł rocznie (ok. 0,14% PKB). Najwyższa Izba Kontroli wskazuje z kolei, że w 2022 r. koszty bezpośrednie związane z otyłością mogły stanowić ponad 9 mld zł, a pośrednie prawie 27 mld zł – przy całkowitych wydatkach NFZ na ochronę zdrowia w wysokości 133,6 mld zł. W czerwcu 2024 r. rozpoczął się projekt dialogu międzysektorowego pt. STOP EPIDEMII OTYŁOŚCI W POLSCE zainicjowany przez Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości oraz Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. W dniu 11 czerwca 2024 r. odbyła się konferencja prasowa poświęcona premierze raportu prezentującego propozycję założeń do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce. Raport i dyskusje ekspertów mają odpowiedzieć na pytania: Czy jest możliwe zatrzymanie epidemii otyłości w Polsce? Jak kształtować ekosystem społeczny, by sprzyjał budowaniu postaw prozdrowotnych i prewencji otyłości? Jak tworzyć współpracę międzysektorową na poziomie centralnym i lokalnym, by zbudować trwałe mechanizmy prewencji otyłości o zasięgu ogólnokrajowym? oraz Jak wzmacniać system publicznej ochrony zdrowia w obszarze monitoringu, diagnostyki i kompleksowego leczenia choroby otyłościowej?.[21] W czasie konferencji odbyła się pierwsza w Polsce wielosektorowa merytoryczna debata z udziałem nie tylko klinicystów, naukowców, przedstawicieli resortów: zdrowia, edukacji, sportu, finansów i rolnictwa, ale także parlamentarzystów, przedstawiciela Rzecznika Praw Dziecka, organizacji pacjenckich, stowarzyszeń biznesowych oraz mediów. Autorzy założeń do strategii redukcji otyłości rekomendują, by dokument zyskał rangę planu krajowego, koordynowanego przez Kancelarię Premiera Rady Ministrów. Wskazują na konieczność wdrożenia skoordynowanych działań na poziomie centralnym oraz na poziomie samorządów terytorialnych, we wszystkich środowiskach życia i rozwoju człowieka: od rodziny, przez placówki edukacyjne i miejsca pracy, w mediach i miejscach rekreacji, na opakowaniach produktów spożywczych, w sklepach i obiektach sportowych, na wydarzeniach kulturalnych i w środkach masowego przekazu. Konieczna jest ewolucja, wdrażana konsekwentnie, w formie dostosowanej do każdej grupy wiekowej. By wskazać skuteczne zalecenia dla Polski, autorzy raportu dokonali benchmarku najlepszych praktyk różnych krajów. Wybrano 13 krajów (Polska, Czechy, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Kanada, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Węgry, Włochy, Wielka Brytania) i przyjrzano się ich działaniom na rzecz redukcji otyłości. Co konkretnie brano pod uwagę? Cztery domeny: problemy zdrowotne (odsetek osób z otyłością w różnych przedziałach wiekowych), politykę zdrowotną, diagnostykę i leczenie i mechanizmy finansowania. W raporcie wskazano również, że najlepsze światowe strategie profilaktyki otyłości – funkcjonujące w modelu całościowego systemowego podejścia do otyłości (Whole System Approach to obesity, WSA) skupiają swoje rozwiązania w trzech głównych obszarach: strategiczna wielosektorowość, zakorzenienie w lokalnych społecznościach oraz „cywilizacyjne przejście" w stylu życia. Fundamentalne znaczenie ma wyznaczenie mapy drogowej działań w horyzoncie nawet 30 lat. Kolejnym priorytetem powinno być zbudowanie partnerstwa międzysektorowego, które pozwoliłoby na efektywną współpracę między różnymi resortami administracji publicznej a sektorem nauki, przedsiębiorstwami i sektorem

[21] https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/

społecznym. Działania powinny obejmować profilaktykę otyłości oraz diagnostykę i leczenie choroby otyłościowej. Z uwagi na krytyczne znaczenie rozwoju otyłości w populacji dzieci i młodzieży rekomendowane jest, by w pierwszej dekadzie działania w obszarze profilaktyki pierwotnej skupić na grupie osób do 18. r.ż. Natomiast jeśli chodzi o skuteczną diagnostykę, leczenie otyłości i profilaktykę wtórną od początku wdrożenia strategii, tymi działaniami powinny być objęte wszystkie grupy wiekowe.[22]

Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR)

Najnowsze badania naukowe sugerują, że leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość. Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40. schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, zapobiegając im, łagodząc ich objawy oraz prowadząc do ustąpienia choroby. U wielu pacjentów po zabiegu obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością. W odpowiedzi na powyższe doniesienia, wprowadzono w Polsce program pilotażowy KOS-BAR, który wszedł w życie 1 stycznia 2022 r.[23] Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.[24] Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z kwietnia 2024 r. program pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.[25]

KOS-BAR to unikalny na skalę światową program kompleksowej opieki zdrowotnej opartej na wartości (VBHC), dedykowany chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (JGP F14). Jego wyjątkowość polega m.in. na długoterminowej kontroli i wsparciu pacjentów oraz płaceniu za efekt zdrowotny. Dodatkowo, KOS-BAR został całkowicie sfinansowany z podatku cukrowego. Do programu mogą zostać zakwalifikowani pacjenci o:

1) BMI ≥ 40 kg/m2 w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
2) BMI 35-40 kg/m2, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością.

KOS-BAR realizowany jest w czterech modułach:

1) I moduł – diagnostyka, leczenie przedoperacyjne i rehabilitacja przedoperacyjna, która trwa od 3 do 6 miesięcy od rozpoczęcia diagnostyki. Ten etap obejmuje także opiekę

[22]Puls Medycyny https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-najlepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813

[23] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001622

[24] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2023.153.0001052,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-zmieniajace-rozporzadzenie-w-sprawie-programu-pilotazowego-w-zakresie-kompleksowej-opieki-specjalistycznej-nad-swiadczeniobiorcami-leczonymi-z-powodu-otylosci-olbrzymie.html

[25]Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. 17.04.2024 https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12384209/katalog/13053386#13053386

diabetologiczną
czy psychologiczną.

2) II moduł – leczenie zabiegowe/operacja bariatryczna
3) III moduł – rehabilitacja lecznicza
4) IV moduł – bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie).

Obecnie program jest realizowany w 19-stu ośrodkach w całej Polsce. Szacowane koszty programu pilotażowego z uwagi na wydłużenie programu pilotażowego wyniosą 194 731 772,92 zł (w tym szacowany koszt samego przedłużenia programu wynosi 67 270 975,92 zł). Na wysokość kosztów programu pilotażowego mają wpływ: czas realizacji trwania pilotażu (4 lata i 7 miesięcy) oraz populacja objęta pilotażem (około 10 750 pacjentów). Program KOS-BAR powinien być uzupełniony o farmakoterapię otyłości.

Rozszerzanie refundacji szczepień dla dorosłych- szanse i bariery systemowe

Rozszerzenie refundacji szczepień dla dorosłych to ważny krok, ale aby realnie poprawić wyszczepialność w Polsce, konieczne są dalsze zmiany systemowe: uproszczenie procedur, digitalizacja i pełne włączenie szczepień dorosłych do polityki zdrowotnej państwa.

Co się wydarzyło?

- rozszerzenia refundacji szczepień dla osób w wieku ≥65 lat oraz dorosłych pacjentów z chorobami przewlekłymi,
- zniesienia opłat za wykonywanie (obecnie już 11) szczepień ochronnych dla dorosłych w aptekach ogólnodostępnych,
- rozszerzenia kompetencji pielęgniarek i farmaceutów w zakresie realizacji szczepień.

To istotny krok w kierunku zwiększenia dostępności profilaktyki, odciążenia POZ oraz ograniczenia liczby zachorowań i kosztów leczenia chorób zakaźnych.

Dlaczego to ważne?

- Polska społeczeństwo się starzeje, a liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi rośnie.
- Szczepienia dorosłych są jednym z kluczowych narzędzi nowoczesnej profilaktyki zdrowotnej.
- Lepsza wyszczepialność oznacza mniejsze obciążenie systemu ochrony zdrowia i budżetu państwa.

Jakie bariery nadal istnieją?

Pomimo pozytywnych zmian, pełne wykorzystanie nowych możliwości ograniczają m.in.:

- brak dostępności szczepień refundowanych w placówkach POZ,
- skomplikowana ścieżka pacjenta do szczepienia,
- brak narzędzi umożliwiających farmaceutom weryfikację uprawnień do refundacji (np. przy współchorobowościach),
- różnorodne i niejednolite modele finansowania szczepień.

Adherencja ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia

W przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi (np. cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia psychiczne), istotne znaczenie dla skuteczności leczenia ma adherencja, czyli przestrzeganie zasad terapii, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz akceptacja uzgodnionych terapii.

Adherencja terapeutyczna (ang. adherence), definiowana jako stopień, w jakim pacjent stosuje się do zaleceń dotyczących farmakoterapii i innych interwencji zdrowotnych, stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnej medycyny. Jest to kluczowe dla skuteczności terapii i dobrego stanu zdrowia pacjenta. Warto odróżnić adherencję od terminu "compliance" (z ang. compliance), który dotyczy

jedynie przestrzegania zaleceń lekarskich, zwłaszcza przyjmowania leków. Adherencja jest pojęciem szerszym, obejmującym również zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, jego motywację i świadomość celu terapii.

Brak adherencji stanowi cichy kryzys zdrowotny w Europie i Polsce oraz jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnej medycyny. Według danych WHO i OECD, w krajach rozwiniętych nawet 30–50% pacjentów z chorobami przewlekłymi nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami lekarza, a w psychiatrii odsetek ten sięga nawet 70–80%, szczególnie w przypadku schizofrenii, depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej. W populacji Polski szacuje, że wśród osób po 65 roku życia, 50 proc. mężczyzn i 60 proc. kobiet zgłasza, że cierpi na wiele chorób przewlekłych, a odsetek ten jest jednym z najwyższych wśród krajów Unii Europejskiej. W Polsce problem może dotyczyć ponad 7 mln osób, biorąc pod uwagę populację chorych przewlekle: z nadciśnieniem (ok. 10 mln), cukrzycą (ponad 3 mln), chorobami serca, POChP i zaburzeniami psychicznymi. Nieprzyjmowanie leków lub ich niewłaściwe stosowanie prowadzi do nasilenia objawów, wzrostu liczby zaostrzeń, pilnych hospitalizacji, utraty produktywności oraz niepełnosprawności, a także przedwczesnych zgonów. Szacunki Komisji Europejskiej i ekspertów wskazują, że brak adherencji generuje rocznie nawet 125 miliardów euro strat w UE i powoduje około 200 tys. przedwczesnych zgonów. W Polsce koszty związane z *non-adherence* szacuje się na około 6 mld zł rocznie.

Z perspektywy Unii Europejskiej rekomenduje się, by adherencja została włączona do głównych dokumentów strategicznych, takich jak: Europe's Beating Cancer Plan, EU4Health, EU Non-Communicable Diseases Initiative oraz European Health Data Space, wraz ze standaryzacją wskaźników adherencji w ramach raportowania zdrowotnego. Tylko takie podejście pozwoli skutecznie podnieść jakość opieki, zmniejszyć obciążenie systemów ochrony zdrowia i realnie poprawić stan zdrowia obywateli UE.

Problem ma charakter wielowymiarowy i dotyczy większości chorób przewlekłych. Szacuje się, że 50–60% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), czy schorzeniami psychiatrycznymi (np. depresja, schizofrenia) nie stosuje się konsekwentnie do zaleceń terapeutycznych. W przypadku chorób układu krążenia, które pozostają główną przyczyną zgonów w Polsce i w całej Unii Europejskiej, skutki braku a*dherence* są szczególnie dramatyczne. Wysoka śmiertelność poudarowa i pozawałowa jest w dużej mierze konsekwencją przerwania lub nieregularnego stosowania leczenia. Dane wskazują, że co dziesiąty pacjent po zawale serca umiera w ciągu roku od wypisu ze szpitala, a około 50% pacjentów z nadciśnieniem przerywa terapię w ciągu pierwszych 12 miesięcy od diagnozy.

Brak *adherence* wiąże się nie tylko ze zwiększoną śmiertelnością, lecz także z rosnącą liczbą hospitalizacji, powikłań, absencji w pracy oraz obciążeniem ekonomicznym systemu ochrony zdrowia. Badania wykazują, że interwencje ukierunkowane na poprawę *adherence* – takie jak stosowanie technologii cyfrowych (np. aplikacje zdrowotne, systemy powiadomień o e-recepcie), angażowanie farmaceutów w proces koncyliacji lekowej, czy edukacja pacjentów i profesjonalistów – pozwalają istotnie ograniczyć te negatywne konsekwencje.

W odpowiedzi na skalę problemu powołano w Polsce Parlamentarny Zespół ds. Adherencji. Zespół ten, działający pod przewodnictwem Pani Senator Beaty Małeckiej-Libery, ma charakter interdyscyplinarny i koncentruje się na opracowaniu rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych sprzyjających poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W ramach jego prac utworzono trzy podzespoły: ds. edukacji zdrowotnej, ds. integracji dokumentacji medycznej oraz ds. roli farmaceutów. Ich zadaniem jest

przygotowanie propozycji systemowych działań, które umożliwią skuteczniejszą profilaktykę wtórną i redukcję strat zdrowotnych oraz ekonomicznych związanych z *non-adherence*.

Eksperci rekomendują kompleksowe działania systemowe w zakresie poprawy adherencji:

1. Wdrożenie opieki farmaceutycznej i przeglądów lekowych – szczególnie w populacji pacjentów 65+ i z wielolekowością.
2. Zwiększenie roli e-zdrowia – przypomnienia o lekach (SMS, aplikacje).
3. Edukacja pacjentów i lekarzy (także studentów) – kampanie społeczne, materiały edukacyjne i szkolenia z komunikacji medycznej.
4. Stałe monitorowanie poziomu adherencji – wbudowane w system e-recepty i raportowanie do NFZ.
5. Wsparcie psychologiczne i interwencje behawioralne – szczególnie u pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi.
6. Rozszerzenie dostępu do terapii długodziałających .
7. Zmiana paradygmatu wyceny świadczeń – nie tylko wycena za ilość przyjętych pacjentów, ale także jakość realizowanego świadczenia.

Adherencja to nie tylko kwestia indywidualnych wyborów pacjentów, to sprawa zdrowia publicznego, efektywności kosztowej systemu i jakości życia milionów obywateli. W obliczu starzejącego się społeczeństwa, czas na podjęcie kompleksowych i zdecydowanych działań w zakresie poprawy poziomu adherencji w Polsce.

Adherencja jest kluczowym czynnikiem w terapii schorzeń układu krążenia, które są odpowiedzialne za ponad 35% wszystkich zgonów w Polsce. Wymagają one szczególnej uwagi w kontekście zagadnienia adherencji, ponieważ nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich w przypadku tych schorzeń może prowadzić do poważnych konsekwencji, takich jak zawał serca, udar mózgu czy niewydolność serca. Długoterminowe terapie farmakologiczne, choć skuteczne, wymagają od pacjentów wytrwałości i dyscypliny w ich stosowaniu, co często stanowi wyzwanie, szczególnie w przypadku braku objawów chorobowych. Adherencja najczęściej dotyczy systematycznego przyjmowania leków i przestrzegania zaleceń dotyczących diety i aktywności fizycznej, a także monitorowania kluczowych parametrów zdrowotnych (np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi). Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi układu krążenia, którzy z uwagi na stan własnego zdrowia codziennie powinni przestrzegać zaleceń dotyczących postępowania terapeutycznego. Brak przestrzegania zaleceń terapeutycznych może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, zaostrzenia choroby przewlekłej, hospitalizacji, a w niektórych przypadkach nawet zgonu.

Adherencja w nadciśnieniu tętniczym to przestrzeganie przez pacjenta zaleceń terapeutycznych, obejmujących regularne przyjmowanie leków, stosowanie odpowiedniej diety (np. z ograniczeniem soli i tłuszczów, bogatej w warzywa i owoce) oraz aktywność fizyczną. Kluczowa dla sukcesu leczenia jest współpraca z lekarzem i świadomość, że adherencja ma realny wpływ na zdrowie, zapobiegając powikłaniom, takim jak zawał serca czy udar mózgu. Wyniki badań wskazują, że u mniej niż 50% pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia terapia jest skuteczna. Jednocześnie zwiększa się liczba dowodów wskazujących, że za tę sytuacje w istotnym stopniu (obok inercji terapeutycznej lekarzy w stosowaniu najnowszych zaleceń i intensyfikacji leczenia) odpowiada nieprzestrzeganie przez pacjenta zaleceń lekarskich. Dokładny pomiar *adherence* służy dwóm celom. Po pierwsze, ważne jest, aby motywować pacjentów do dalszego przestrzegania zaleceń. Po drugie, jest to również ważne przy określaniu skuteczności przepisanego leczenia. Wczesne rozpoznanie braku przestrzegania zaleceń

może zmniejszyć liczbę kosztownych badań i procedur (w tym leczenie interwencyjne) i uniknięcia przepisywania niepotrzebnych leków. W wytycznych ESH podsumowano interwencje, które mogą poprawić przestrzeganie zaleceń przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, odnosząc się do tych z poziomu lekarza, pacjenta, leczenia farmakologicznego oraz systemu opieki zdrowotnej.

Interwencje z poziomu lekarza obejmują: dostarczanie informacji na temat ryzyka nadciśnienia tętniczego i korzyści leczenia, a także uzgadnianie strategii leczenia w celu osiągnięcia i utrzymania prawidłowego ciśnienia tętniczego; upodmiotowienie pacjenta; otwartość na informacje zwrotne na temat ulepszeń organizacyjnych i klinicznych; ocenę i rozwiązywanie indywidualnych barier w adherence oraz współpracę z innymi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej, zwłaszcza pielęgniarkami i farmaceutami w zakresie edukacji, konsultacji farmakologicznej, nauki poprawnej samokontroli itd. Interwencje z poziomu pacjenta obejmują: samokontrolę ciśnienia tętniczego (w tym telemonitoring); spotkania grupowe; instruktaż połączony ze strategiami motywacyjnymi; korzystanie z przypomnień (w tym z użyciem nowych technologii); wsparcie rodzinne, społeczne lub pielęgniarskie oraz zapewnienie leków w miejscu pracy. Interwencje z poziomu leczenia farmakologicznego obejmują: uproszczenie schematu lekowego, w tym stosowanie preparatów złożonych oraz opakowanie ułatwiające przypomnienia o niezażyciu leków (np. związane dniami tygodnia). Interwencje z poziomu organizacji systemu opieki zdrowotnej obejmują: wspieranie rozwoju systemów monitorowania efektywności leczenia (wizyta telefoniczna, wizyty domowe, telemonitoring domowego ciśnienia tętniczego, aplikacje mobilne); wsparcie finansowe współpracy między świadczeniodawcami (np. farmaceutami i pielęgniarkami); refundacja preparatów złożonych (wciąż jedynie częściowo dostępna w Polsce) oraz rozwój krajowych baz danych, w tym danych o receptach, dostępnych dla lekarzy i farmaceutów.

Ocena przestrzegania zaleceń powinna być zawsze prowadzona bez obciążania pacjenta winą i powinna sprzyjać otwartej dyskusji w celu zidentyfikowania konkretnych barier ograniczających zdolność pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Należy znaleźć zindywidualizowane rozwiązania, zachęcać pacjentów do przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie. Przestrzeganie przez pacjenta terapii można poprawić kilkoma interwencjami. Najbardziej przydatne interwencje to te, które łączą przyjmowanie leków z odpowiednimi nawykami, udzielają pacjentom informacji zwrotnych na temat przestrzegania zaleceń oraz samokontroli ciśnienia tętniczego, używanie pudełek na pigułki i innych specjalnych opakowań oraz stosowanie wywiadów motywacyjnych. Zwiększenie współpracy wśród świadczeniodawców z udziałem farmaceutów i pielęgniarek polepsza przestrzeganie zaleceń lekarskich. Stosowanie wielu interwencji jednocześnie lepiej wpływa na *adherence*, ponieważ wielkość indywidualnego efektu każdej interwencji jest na ogół niestety niewielka. Najnowsze dane sugerują, że przestrzeganie zasad leczenia można również poprawić dzięki wykorzystaniu telemetrii i aplikacji mobilnych do przekazywania zarejestrowanych danych domowych oraz utrzymywania kontaktu między pacjentami a lekarzami.

Kluczowe znaczenie w poprawie adherencji w terapii nadciśnienia tętniczego ma wybór odpowiedniego schematu leczenia. Można to osiągnąć poprzez: odpowiednie, szybkie interwencje przy wystąpieniu objawów ubocznych leczenia; stosowanie leków długo działających, które wymagają podawania dawki raz na dobę; unikanie złożonych schematów dawkowania; stosowanie preparatów złożonych, gdy tylko jest to możliwe oraz uwzględnienie wpływu leczenia na budżet pacjenta.

Eksperci Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego przedstawili w 2025 roku "Apel o poparcie działań na rzecz poprawy przestrzegania

zaleceń terapeutycznych", skierowany do decydentów, organizacji pacjenckich i profesjonalistów medycznych, podkreślając, że poprawa w obszarze stosowania zaleceń terapeutycznych wymaga działań na wielu poziomach – od zmian systemowych po codzienną pracę lekarzy i farmaceutów, aktywne zaangażowanie w proces terapeutyczny pacjentów Podniesienie stopnia stosowania zaleceń terapeutycznych to inwestycja w zdrowie, dłuższe i lepsze życie pacjentów, a także w bardziej zrównoważony system ochrony zdrowia. To szansa na zmniejszenie liczby powikłań, poprawę jakości życia milionów ludzi i ograniczenie wydatków na leczenie skutków braku przestrzegania zaleceń terapeutycznych.[26] Międzynarodowe Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego ustanowiło dzień 27 marca, Dniem Adherence. Polska może czerpać z dobrych praktyk krajów europejskich takich jak Portugalia czy Słowacja, które dzięki systemowym działaniom podnoszącym stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych znacząco zredukowały częstość powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawały i udary. Te doświadczenia mogłyby stanowić punkt wyjścia dyskusji różnych środowisk: lekarzy, farmaceutów, pacjentów, decydentów i być inspiracją dla wypracowania rozwiązań systemowych możliwych do wdrożenia w naszym kraju.

Zaburzenia psychiczne jako narastający problemem zdrowotny. Pokazują to dane epidemiologiczne dotyczące najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w Polsce, w tym depresji, zaburzeń afektywnych dwubiegunowo i schizofrenii. Rosną koszty pośrednie, w tym utracone produktywność oraz koszty społeczne zaburzeń psychicznych. Wpływ braku adherencji w leczeniu psychiatrycznym manifestuje się obniżeniem efektywności terapii oraz wzrostu kosztów dla systemu opieki zdrowotnej. Należy niwelować bariery w leczeniu i poprawiać adherencję oraz mapować przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjentów psychiatrycznych.

Niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich jest jednym z głównych wyzwań w terapii zaburzeń psychicznych. Brak adherencji terapeutycznej może dotyczyć nawet blisko 60% chorych z depresją. Nieprzestrzeganie zaleceń zależy od szeregu czynników i jest zjawiskiem kompleksowym: może się odnosić do jednego lub kilku zaleceń, być ciągłe lub przerywane, intencjonalne lub nie. Brak adherencji prowadzi do licznych negatywnych konsekwencji, zarówno zdrowotnych, jak i społecznych. U pacjentów z depresją może zwiększać częstość hospitalizacji i ryzyko nawrotu objawów, a ponadto wiązać się z większym nasileniem depresji, rzadszym uzyskiwaniem odpowiedzi terapeutycznej i remisji oraz niższym poziomem funkcjonowania. Wydaje się, iż jedną z przyczyn niestosowania się do zaleceń są działania niepożądane leków. W grupie osób z zaburzeniami lękowymi niestosowanie się do zaleceń lekarskich także jest częstym zjawiskiem, zależnym od wielu zmiennych. Znajomość czynników negatywnie wpływających na adherencję wśród pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi oraz adekwatne interwencje mogą się przyczynić do poprawy wyników leczenia chorób i zaburzeń psychicznych.[27]

Farmakoterapia obok psychoterapii jest jedynym narzędziem skutecznej opieki nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. W ciągu ostatniej dekady podjęto jedynie kilkanaście decyzji refundacyjnych w zakresie nowych cząsteczko-wskazań leków stosowanych w psychiatrii. To pokazuje, jak mało nowych leków jest rejestrowanych w terapii zaburzeń psychicznych. Dlatego każdy nowy lek,

[26] Nowe rekomendacje ekspertów w obszarze adherence. Termedia. 2025 Dostępne: https://www.termedia.pl/mz/Nowe-rekomendacje-ekspertow-w-obszarze-adherence,59946.html

[27] Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi. Psychiatr Psychol Klin 2019, 19 (2), p. 177–187. DOI: 10.15557/PiPK.2019.0018 Dostepne: https://www.psychiatria.com.pl/artykul.php?a=854

rejestrowany w Unii Europejskiej powinien być jak najszybciej refundowany publicznie – także w zakresie wskazań pozarejestracyjnych.

KONTAKT:

Anna Jasińska – Rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl
Grażyna Mierzejewska - Ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

SPONSORZY I PARTNERZY: