



# RAPORT: LICZYMY SIĘ Z NASZYM ZDROWIEM

*Medyczna Racja Stanu jest think tankiem powstałym z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia.*



Warszawa  
18 grudnia 2025 r.

Raport Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem. Grudzień 2025 r.

ISBN: 978-83-979096-1-8

Redakcja naukowa: dr Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. prof. Marek Cierpień-Wolan, prezes Głównego Urzędu Statystycznego
2. prof. Agnieszka Chłoń-Domińczak, przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej
3. prof. Alicja Chybicka, Sejmowa Komisja Zdrowia, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich
4. prof. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM
5. Michał Dzięgielewski, pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
6. prof. Krzysztof Giannopoulos, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów
7. dr Agnieszka Gorgoń-Komor, Senatorka RP, Wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia
8. Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia
9. Anna Jasińska, założyciel i rzecznik Medycznej Racji Stanu
10. dr Adam Jarubas, przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego (SANT)
11. Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu, Ministerstwo Zdrowia
12. Urszula Koszutska, Parlamentarny Zespół ds. Demografii
13. prof. Paweł Kowal, przewodniczący Sejmowej Komisji Spraw Zagranicznych
14. prof. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE), kierownik Katedry i Zakładu Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego Wydziału Nauk o Zdrowiu Szczecińskiego Uniwersytetu Medycznego
15. prof. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, członek Rady ds. Chorób Rzadkich, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM w Poznaniu
16. prof. Artur Mamcarz, klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny
17. dr Andrzej Mądrala, wiceprzewodniczący RN Szpital MAVIT, Grupa LuX Med
18. dr Janusz Meder, założyciel Medycznej Racji Stanu, prezes Polskiej Unii Onkologii, przewodniczący Komisji Bioetycznej NIO-PIB
19. Grażyna Mierzejewska, ekspert Medycznej Racji Stanu
20. prof. Małgorzata Myśliwiec, kierownik Katedry Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Wydziału Lekarski, Gdański Uniwersytet Medyczny
21. prof. Krzysztof Narkiewicz, kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
22. Małgorzata Niemczyk, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. przeciwdziałania uzależnieniom, Parlamentarnego Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości oraz Sejmowej Komisji Sportu i Turystyki
23. prof. Lucyna Ostrowska, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości
24. Jolanta Piotrowska, wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii w Instytucie Matki i Dziecka
25. prof. Barbara Radecka, ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego i Uniwersytetu Opolskiego
26. prof. Konrad Rejdak, European Academy of Neurology, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UM w Lublinie
27. Iwona Schymalla, redaktor naczelna Medexpress.pl
28. prof. Robert Spaczyński, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy Ministerstwie Zdrowia
29. dr Michał Sutkowski, prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu
30. Leszek Stabrawa, specjalista w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia, Alphamed
31. prof. Jolanta Sykut-Cegielska, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii w Instytucie Matki i Dziecka
32. prof. Rafał Stec, kierownik Kliniki Onkologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
33. prof. Krzysztof Tomasiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
34. prof. Marta Waliszewska-Prosół, klinika Neurologii Uniwersyteckiego Centrum Neurologii i Neurochirurgii Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
35. Monika Wielichowska, wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
36. dr Piotr Wincianas, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrala Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
37. prof. Zbigniew Żuber, prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem. Grudzień 2025 r.*

## Spis treści

Medyczna Racja Stanu – misja i działania .....	3
Wprowadzenie do tematu: Liczymy się z naszym zdrowiem .....	3
Iwona Schymalla, redaktor naczelna Medexpress.pl .....	6
Anna Jasińska, rzecznik Medycznej Racji Stanu .....	6
Grażyna Mierzejewska, ekspert Medycznej Racji Stanu .....	7
Monika Wielichowska, wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej .....	8
dr Adam Jarubas, przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego (SANT) .....	8
prof. Artur Mamcarz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Holistycznej, klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, WUM .....	11
Michał Dzięgielewski, pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia .....	12
prof. Paweł Kowal, przewodniczący Sejmowej Komisji Spraw Zagranicznych .....	13
prof. Alicja Chybicka, Sejmowa Komisja Zdrowia, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich .....	14
prof. Rafał Stec, kierownik Kliniki Onkologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM .....	15
prof. Konrad Rejdak, European Academy of Neurology, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UM w Lublinie .....	16
dr Agnieszka Gorgoń- Komor, wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia .....	17
Jolanta Piotrowska, wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej .....	19
prof. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM .....	20
prof. Agnieszka Chłoń-Domińczak, przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej .....	22
Małgorzata Niemczyk, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. przeciwdziałania uzależnieniom, Parlamentarnego Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości oraz Sejmowej Komisji Sportu i Turystyki .....	23
prof. Marek Cierpień-Wolan, prezes Głównego Urzędu Statystycznego .....	24
prof. Marta Waliszewska-Prosół, Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Centrum Neurologii i Neurochirurgii Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu .....	26
Urszula Koszutska, Parlamentarny Zespół ds. Demografii .....	27
Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu, Ministerstwo Zdrowia .....	28
prof. Robert Spaczyński, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy Ministerstwie Zdrowia .....	30
prof. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy Ministerstwie Zdrowia .....	30

Leszek Stabrawa, specjalista w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia, Alphamed .....	31
dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, przewodniczący Komisji Bioetycznej NIO-PIB.....	33
prof. Małgorzata Myśliwiec, kierownik Katedry Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdański Uniwersytet Medyczny.....	34
prof. Lucyna Ostrowska, Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości .....	37
dr Andrzej Mądrala, wiceprzewodniczący RN Szpital MAVIT, Grupa LuX Med.....	38
dr Piotr Winciunas, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrala Zakładu Ubezpieczeń Społecznych .....	39
prof. Krzysztof Giannopoulos, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów .....	40
dr Michał Sutkowski, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce .....	41
prof. Zbigniew Żuber, prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.....	43
prof. Krzysztof Narkiewicz, kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny.....	44
prof. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, członek Rady ds. Chorób Rzadkich, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM w Poznaniu .....	45
prof. Jolanta Sykut-Cegielska, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii w Instytucie Matki i Dziecka .....	49
Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia .....	51
prof. Krzysztof Tomaszewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych .....	52
Załącznik. Stanowisko Medycznej Racji Stanu i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii w zakresie znaczenia leczenia niepłodności dla przyszłości Polski .....	54
Wnioski i rekomendacje .....	58
Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie pomiaru efektów zdrowotnych i kosztów całościowych w polskim systemie ochrony zdrowia w Polsce .....	59
Leczenie niepłodności jako jeden z kluczowych priorytetów zdrowotnych państwa .....	59
Niezaspokojona potrzeba medyczna w drugiej linii leczenia szpiczaka plazmocytozy.....	63
Worasydenib w monoterapii glejaków .....	63
Nowoczesne leczenie profilaktyczne dla chorych na migrenę przewlekłą .....	64
Innowacyjne leczenie cukrzycy typu 2 .....	66
Niezaspokojone potrzeby w leczeniu choroby otyłościowej.....	67
Dialog międzysektorowy pt. Stop epidemii otyłości w Polsce oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce .....	70

Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) ..... 72

*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? ..... 73

Adherencja ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia..... 73

Spotkania Medycznej Racji Stanu w porządku chronologicznym 2016-2025 r..... 78

## Medyczna Racja Stanu – misja i działania

Medyczna Racja Stanu (MRS) jest *think tankiem* powstałym w 2016 r. z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Założycielami Medycznej Racji Stanu są: Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego WUM, Mgr Anna Jasińska, Rzecznik Medycznej Racji Stanu, Dr hab. n. społ. Paweł Kowal, profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta, Dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Przewodniczący Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, Mgr Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu oraz Dr n. med. Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

W ramach działań Medycznej Racji Stanu powstało już ponad 60 raportów, dostępnych na stronie: <https://medycznaracjastanu.pl/>.

## Wprowadzenie do tematu: Liczymy się z naszym zdrowiem

Debaty Medycznej Racji Stanu to przestrzeń do dialogu między przedstawicielami administracji publicznej, środowiskiem medycznym, organizacją pacjentów, która pozwoli wypracować skuteczne rozwiązania, wnioski i rekomendacje, mające szansę przyczynić się do realnych zmian 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.<sup>1</sup> 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.

Minister Zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda podkreślała, że wszyscy powinni wykazać, że potrafią mądrze wykorzystywać środki publiczne dla dobra pacjentów. Wskazała również, 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 i edukowanie. 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 najbliższej miejsca zamieszkania pacjentów. Dzięki inwestycjom w

<sup>1</sup> Premier na szczycie medycznym: Pacjent na pierwszym miejscu. KPRM

<https://www.gov.pl/web/premier/premier-na-szczycie-medycznym-pacjent-na-pierwszym-miejscu>

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. Wicemarszałek 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 państwa.<sup>2</sup>

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: 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 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 trzeba się zająć w sposób konstruktywny. Karol Nawrocki

<sup>2</sup> 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>

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 zbiorzek 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 sfinansowane i utrzymywane ze środków Funduszu, a jego celem byłoby zorganizowanie równego dostępu do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.<sup>3</sup> Przed rozpoczęciem Szczytu Zdrowotnego, odbyła się uroczystość gremium doradczego przy Prezydencie RP w sprawach związanych z ochroną zdrowia - Rady Zdrowia.<sup>4</sup>

## Iwona Schymalla, redaktor naczelna Medexpress.pl

Witam wszystkich Państwa bardzo serdecznie na Medycznej Racji Stanu. W czasie dzisiejszej debaty mówić będziemy o tym, jakie wyzwania, głównie związane z demografią, są przed nami. Wyzwania, z którymi mierzy się cała Unia Europejska. Będziemy mówić o konkretnych rozwiązaniach, które powinny być jak najszybciej wdrożone. Debata pt. Liczymy się z naszym zdrowiem odbywa się w ramach kampanii Siła Kobiet.



## Anna Jasińska, rzecznik Medycznej Racji Stanu

Kryzys demograficzny i brak zastępowalności pokoleniowej to olbrzymie wyzwanie dla Polski i Europy. Będziemy mówić, jak zapobiegać otyłości i dwustu jej powikłaniom. Będziemy rozmawiać o chorobach mózgu, w tym o migrenie. Będziemy mówić o przełomach terapeutycznych, bo będąc rzecznikiem Polskiej Unii Onkologii od 30 lat mogę powiedzieć, że dostęp chorych do terapii się poprawia. Mamy w Polsce najlepszy program in vitro, w wyniku którego urodziło się osiem tysięcy dzieci. Patronatem honorowym naszą kampanię „Siła Kobiet” objęła Pani Marszałek Monika Wielichowska. Myślę, że z tą siłą kobiet zawalczymy, aby nasze



<sup>3</sup> Szczyt Zdrowotny w Pałacu Prezydenckim. Kancelaria Prezydenta RP 5.12.2025

<https://www.prezydent.pl/aktualnosci/wydarzenia/szczyt-zdrowotny,111507>

<sup>4</sup> Prezydent RP powołał Radę Zdrowia. Kancelaria Prezydenta RP

<https://www.prezydent.pl/aktualnosci/wydarzenia/prezydent-rp-powolal-rade-zdrowia,111531>

rozmowy na temat zdrowia, przełożyły się na poprawę dostępu profilaktyki i terapii. Byłam parę dni temu na Sejmowej Komisji ds. Mediów Publicznych i zadeklarowano na niej pełną gotowość Dyrekcji Programowej Telewizji Publicznej, żeby na jej antenach rozmawiać na temat profilaktyki i wyzwań dotyczących zdrowia Polaków.

Bardzo się cieszymy, że te debaty Medycznej Racji Stanu skupiają tak znakomitych uczestników, są słuchane, a raport dociera do decydentów. Mówiliśmy, że rozmowa w przestrzeni publicznej na temat np. „in vitro, jako daru rodzicielstwa”, jest szalenie istotna dla młodego pokolenia. Pamiętam spotkanie podczas Parlamentarnego zespołu ds. wyzwań demografii, gdzie cytowane były wyniki badań. Młode Polki mówiły, że „z partnerem mogą mieć psa, ale nie dziecko.” Młode pokolenie nie chce zaciągać długoterminowych zobowiązań. Myślę, że jeśli w przestrzeni publicznej będziemy pokazywać ludzi, którzy z determinacją walczą o dar rodzicielstwa, to również będzie to miało jakiś czynnik emocjonalnie sprawczy i pokaże wartość i sens rodzicielstwa.

Mamy trudną sytuację budżetową w ochronie zdrowia. Przypomnę Państwu, że w Polsce były zawsze pokusy wśród elit politycznych, żeby oszczędzać na zdrowiu. Medyczna Racja Stanu od lat stara się edukować, żeby takich pokus nie było. Kampania „Siła kobiet”, ma też pokazać kobietom, że w kryzysie budżetu domowego swojej rodziny nie należy prowadzić oszczędności na zdrowiu. Możemy dyskutować o racjonalizacji wydatków na zdrowie i optymalizacji systemu ochrony zdrowia, ale nie możemy zgadzać się na oszczędzanie na zdrowiu w wydatkach publicznych.

## Grażyna Mierzejewska, ekspert Medycznej Racji Stanu

W ostatnich miesiącach temat sytuacji w ochronie zdrowia wybrzmiewał w Pałacu Prezydenckim oraz w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. 13 listopada 2025 roku opublikowano raport pt. „Health at a Glance 2025” przygotowany przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD).<sup>5</sup> Raport zawiera kompleksowy zestaw wskaźników dotyczących zdrowia populacji i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w krajach członkowskich OECD, kluczowych partnerach i krajach kandydujących. Wskaźniki te obejmują stan zdrowia, czynniki pozamedyczne i czynniki ryzyka zdrowotnego, dostęp do opieki zdrowotnej i jej jakość, wydatki na zdrowie oraz zasoby systemu opieki zdrowotnej. Analiza opiera się na najnowszych porównywalnych oficjalnych statystykach krajowych i innych źródłach. Oprócz analizy poszczególnych wskaźników, rozdział przeglądowy podsumowuje porównawcze wyniki poszczególnych krajów i główne trendy. Niniejsze wydanie zawiera również rozdział tematyczny dotyczący płci i zdrowia. Raport przedstawia sytuację Polski na tle 38 krajów. Polska przeznaczająca ciągle zbyt małe wydatki na służbę zdrowia, w tym połowę mniej, tego co średnio inwestują kraje w profilaktykę. Również bardzo niepokojące są inne wskaźniki, takie jak wysoki poziom konsumpcji alkoholu, palenie papierosów i otyłość.



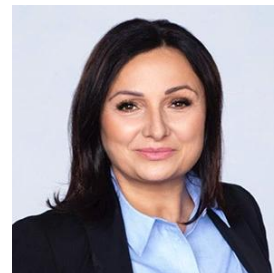
Chcę również zwrócić Państwa uwagę na Stanowisko Medycznej Racji Stanu i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii w zakresie znaczenia leczenia niepłodności dla przyszłości Polski (Załącznik). Są to wnioski i rekomendacje po Okrągłym Stole Ekspertów pt. „In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe”, który odbył się 27 listopada 2025 roku w Warszawie. Głównym

<sup>5</sup> Health at a Glance 2025. OECD. Dostępne: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_8f9e3f98-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html)

wnioskiem ze spotkania było stwierdzeniem, że przeciwdziałanie i leczenie niepłodności, która jest chorobą, a nie stygmatem, jest istotnym elementem Polskiej Racji Stanu, a niezamierzona bezdzietność stanowi poważny problem nie tylko medyczny, lecz także społeczny i demograficzny. Główna rekomendacja, to zwiększenie środków finansowych obecnie przyznawanych na realizację programu oraz edukacja społeczeństwa odnosząca się do daru rodzicielstwa, akcentująca postrzeganie posiadania dziecka jako spełnienie marzeń, a nie przeszkodę w ich realizacji.

## Monika Wielichowska, wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowni Państwo, serdecznie dziękuję za zaproszenie do udziału w debacie Medycznej Racji Stanu pod tytułem „Liczymy się z naszym zdrowiem”. Dziękuję za zaangażowanie na rzecz poprawy jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Z uwagi na trwające w tym czasie posiedzenie Sejmu nie będę mogła uczestniczyć w wydarzeniu, ale zapewniam, że tematyka spotkania, w tym podsumowanie działań w mijającym roku i planowanie kierunków na rok 2026, zwłaszcza w kwestii dostępności świadczeń zdrowotnych, program in vitro i wyzwań demograficznych, to są kwestie, które pozostają mi szczególnie bliskie i ważne. Życzę Państwu owocnych i inspirujących obrad oraz wszelkiej pomyślności w 2026 roku.



## dr Adam Jarubas, przewodniczący Komisji Zdrowia Publicznego (SANT)

Liczymy się z naszym zdrowiem to dyskusja o dokonaniach mijającego roku pod kątem rangi wyzwań zdrowia, których ciężar w równym stopniu odczuwamy w Polsce oraz innych krajach Unii Europejskiej. Konsekwencje gorszego stanu zdrowia dotyczą wrażliwych kwestii społecznych i ekonomicznych. Z tej perspektywy chciałbym dziś zwrócić Państwa uwagę na kwestię kondycji zdrowotnej naszych społeczności w kilku obszarach. Ten pierwszy to zdrowie i demografia. Dane Rządowej Rady Ludnościowej budzą uzasadniony niepokój o zastępowalność pokoleń w Polsce. Polska nie jest odosobnionym przykładem poważnego kryzysu demograficznego w Europie. Ten kryzys wymaga pilnych rozwiązań systemowych, w trosce o rosnącą liczbę seniorów i stan gospodarek krajów starszego kontekstu. Z jednej strony notujemy dramatycznie malejącą liczbę urodzeń, z drugiej ogromny postęp medycyny, pozwala życie ratować i wspierać. Dzięki medycynie możemy skutecznie ratować zagrożone ciężę, utrzymać przy życiu i zapewnić dobry stan zdrowia wcześniaków, a dzięki dostępności do metody in vitro nieść pomoc tym, którzy planują rodzicielstwo, ale mierzą się z problemem niepłodności. Od 1 czerwca 2024 roku w Polsce działa jeden z najlepiej opracowanych i skutecznie wdrażanych programów wspierania par doświadczających dysfunkcji płodności, finansujący całą procedurę in vitro. Dzięki niemu na świat przyszło już ponad 8 tysięcy dzieci. Program rządowy daje szanse w przypadku coraz częstszych diagnoz onkologicznych, poprzez zachowanie płodności i na poczęcie dziecka po zakończeniu terapii. Pomoc instytucjonalna rozumiana, jako realny dostęp do metody bez względu na miejsce zamieszkania, czy poziom zamożności leży w interesie przyszłych rodziców i gospodarek państw członkowskich.



Drugie, ze wspólnych wyzwań, to kliniczne i ekonomiczne konsekwencje otyłości. Stary kontynent staje się coraz cięższy. Rośnie liczba osób z nadwagą, otyłością, a nawet otyłością olbrzymią. Nadmiar kilogramów, to nie defekt estetyczny, ale choroba powodująca zagrożenie życia ponad 200 poważnymi schorzeniami. Na wojnie z chorobą otyłościową nie jesteśmy bezbronni. Dzięki postępowi nauki, coraz lepiej ją rozumiemy, poznajemy czynniki ryzyka, zagrożenia, powikłania, ale też możemy korzystać z nowoczesnej farmakoterapii i chirurgii bariatrycznej. Konsekwencja w podejmowaniu działań edukacyjnych, przy jednoczesnej determinacji we wprowadzaniu mechanizmów wspierających dostępność do skutecznych terapii, to wyraz troski o ogromną populację osób, które potrafimy już dzisiaj uchronić przed kaskadą zdrowotnych kryzysów. To także wyraz troski o stan finansów publicznych. Sukcesem w walce z otyłością będzie np. zmniejszanie ryzyka zachorowania na cukrzycę typu drugiego. Ostatnia dekada to czas lepszego rozumienia także specyfiki tej choroby oraz wykorzystania możliwości, jakie dają innowacyjne metody jej monitorowania i leczenia. Tu także konieczna jest systematyczna edukacja oraz systemowe gwarancje dostępności do kolejnych innowacyjnych rozwiązań terapeutycznych odmieniających los chorych i wspierających ich społeczną aktywność. W dniu 16 grudnia 2025 roku Komisja Europejska zaprezentowała Europejską Strategię Zdrowia Sercowo-Naczyniowego.<sup>6</sup> Wypracowanie przez Unię Europejską strategii w obszarze chorób sercowo-naczyniowych było jednym z postulatów wyborczych europejskich ludowców, w tym moim osobistym w kampanii wyborczej do Parlamentu Europejskiego, zapisanym między innymi w manifestie wyborczym Europejskiej Partii Ludowej. Uznaliśmy wtedy bowiem, że warto budować strategię zdrowia sercowo-naczyniowego na dorobku wdrażanej od 2021 roku pierwszej holistycznej strategii zdrowotnej Unii Europejskiej, to jest Europejskiego Planu Walki z Rakiem (Europe's Beating Cancer Plan), który jest realizacją naszych zapowiedzi z roku 2019.<sup>7</sup> Choroby sercowo-naczyniowe (CVD) są główną przyczyną zgonów i niepełnosprawności w Unii Europejskiej (UE), stanowiąc jedną trzecią wszystkich zgonów każdego roku i dotykając ponad 60 milionów osób. Do strat w ludziach dochodzą znaczne koszty ekonomiczne, szacowane na 282 miliardy euro rocznie w całej UE. Sprawia to, że CVD to nie tylko kryzys zdrowotny, ale także poważne wyzwanie społeczne i gospodarcze. W Komisji Zdrowia Publicznego Parlamentu Europejskiego Komisji SANT, której przewodnicze rozpoczęły się już prace nad stanowiskiem parlamentu w sprawie chorób sercowo-naczyniowych, które jednocześnie będzie recenzją nowej europejskiej strategii zawierającej rekomendacje dla Komisji i Państw Unii Europejskiej co do implementacji europejskiej strategii sercowo-naczyniowej i dalszych kroków w tym obszarze.

Trzecie z aktualnych wyzwań, o których zbyt rzadko mówimy, to choroby mózgu. W obszarze neurologii dobrą informacją jest ogromny postęp diagnostyczno-terapeutyczny, który dokonał się w ostatnich latach. Dziś chciałbym zwrócić uwagę na jego spektakularny wymiar dotyczący terapii jednego z najtrudniejszych wyzwań neuroonkologii. Mijający rok pozwolił przełamać naszą bezsilność wobec glejaka. We wrześniu 2025 roku EMA dopuściła do obrotu pierwszy lek na jedną z odmian tej groźnej choroby nowotworowej mózgu. To wspaniała informacja dla pacjentów i lekarzy, w których opinii w sukces pozwala spodziewać się poszerzenia skali możliwości terapeutycznych także w innych typach

<sup>6</sup> OECD (2025), The State of Cardiovascular Health in the European Union, OECD Publishing, Paris.

<https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>

<sup>7</sup> Europe's Beating Cancer Plan. [https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:8dec84ce-66df-11eb-aeb5-01aa75ed71a1.0019.02/DOC\\_1&format=PDF](https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:8dec84ce-66df-11eb-aeb5-01aa75ed71a1.0019.02/DOC_1&format=PDF)

glejaków. Wyzwania dysfunkcji mózgu to nie tylko najgroźniejsze odmiany nowotworów, ale też rosnące zagrożenia chorobami neurodegeneracyjnymi, a wśród nich chorobą Alzheimera, która od dawna stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań medycyny. Diagnozowana coraz częściej już nie tylko u seniorów, wymaga naszej szczególnej uważności w obszarze prac badawczych nad skutecznymi metodami interwencji medycznej, ale też przemyślanych rozwiązań systemowych związanych z opieką nad pacjentami. Bez odciążenia w funkcjach opiekuńczych rodzin pacjentów tracilibyśmy tak cenny w kryzysie demograficznym kapitał ich aktywności zawodowej. Miarą naszej empatii, ale też troski o aktywność społeczną pacjentów jest migrena przewlekła. Dzięki postępowi medycyny dysponujemy już skutecznymi metodami terapeutycznymi, pozwalającymi uwolnić pacjenta od bólu, który mając charakter nawrotowy, wyklucza ich z życia. W tej chorobie, jak w każdym kryzysie zdrowia, który manifestuje się silnym bólem, istotny jest czas interwencji, pozwalający uniknąć cierpienia i niezdolności do nauki, czy pracy. Liczymy się z naszym zdrowiem, gdy szybko udzielamy pomocy w cierpieniu, a mając taką możliwość na czas zapobiegamy jego nawrotom. To przede wszystkim kwestia empatii, ale i ekonomii uzasadniającej rozwiązania systemowe. W tym miejscu chciałbym zwrócić Państwa uwagę na zaplanowane przez nas w Komisji Zdrowia Publicznego SANT na 1 lutego 2026 roku wystąpienie publiczne poświęcone zdrowiu mózgu. Jak każde posiedzenie Komisji Parlamentu będzie można je śledzić także online we wszystkich językach Unii Europejskiej. A to wystąpienie publiczne będzie się wpisywało w pracę nad kolejnym raportem naszej Komisji Zdrowia Publicznego w sprawie kolejnej europejskiej strategii zdrowotnej, tym razem dla chorób neurologicznych. O to, jako Europejczycy ludowo apelowaliśmy w manifeście wyborczym z 2024 roku z Bukaresztu. W Komisji SANT podjęliśmy już decyzję, że po zakończeniu obecnie procedowanych sprawozdań w kolejnej rundzie przygotujemy raport z inicjatywy własnej SANT w tym właśnie obszarze. Wraz ze starzejącym się społeczeństwem wyzwania schorzeń neurologicznych rosną w kontekście dramatu rosnącej liczby chorych, jak i obciążeń dla bliskich opiekunów systemów opieki zdrowia, czy uszczerbku dla rynku pracy. Ta kwestia staje się priorytetowa dla wielu państw Unii Europejskiej. Jednocześnie pojawiają się sygnały z firm wdrażających innowacyjne terapie o możliwych przełomach w najbliższych latach, zmierzających do terapii adresujących przyczynę tych schorzeń, a nie tylko objawy. Mogę już też potwierdzić, że udało mi się ustalić z koordynatorami Komisji Zdrowia Publicznego SANT udział w tym wystąpieniu publicznym w Parlamencie Pana Profesora Mirosława Ząbka, światowego autorytetu w dziedzinie neurochirurgii, kierownika kliniki neurochirurgii w Mazowieckim Szpitalu Brudnowskim w Warszawie. Pan Profesor Mirosław Ząbek realizuje obecnie kluczowy projekt terapii genowej o wartości 25 milionów euro, będący jednocześnie pierwszym polskim projektem programu STEP Komisji Europejskiej. Terapia genowa polega na wprowadzeniu nowych, zdrowych genów do komórek mózgowych pacjenta lub modyfikacji istniejących w celu naprawy uszkodzonych fragmentów mózgu odpowiedzialnych za rozwój choroby Parkinsona i choroby Alzheimera. To może to być przełom w leczeniu tych chorób.

Podsumowując kończący się 2025 rok, rok polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej oraz rok coraz poważniejszych zagrożeń bezpieczeństwa Europy, tym głośniej apelujemy o priorytetowe traktowanie zdrowia obywateli Unii Europejskiej. To zdrowie zabezpieczy mądrze prowadzona od najmłodszych lat edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz zaufanie do sprawdzonych metod profilaktyki, jak szczepienia ochronne dla matek w ciąży, noworodków, dzieci, ich rodziców i dziadków. Apelujemy o współpracę ponad podziałami granic resortów oraz specjalizacji klinicznych na rzecz wspierania płodności par, które zabiegają o dar rodzicielstwa. Apelujemy o systemową dostępność do

efektów postępu nauk medycznych w obszarze profilaktyki, diagnostyki i terapii rozumianych, jako wyraz troski o pacjenta i gospodarki danego kraju. Dziękuję Państwu za możliwość zabrania głosu i życzę owocnej dyskusji, a korzystając z tej okazji składam życzenia wszystkiego najlepszego na Święta Bożego Narodzenia i cały nadchodzący 2026 rok.

## prof. Artur Mamcarz, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Holistycznej, klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, WUM



Jako prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Holistycznej<sup>8</sup> oraz członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny i Stylu Życia<sup>9</sup> deklaruję, że w swoich działaniach pragniemy połączyć funkcjonalnie i koncepcyjnie rozproszone dziedziny interny. Bo chociaż interna podzieliła się na wąskie specjalizacje, to pacjent, który przekracza drzwi gabinetów lekarzy, przychodni i oddziałów szpitalnych, ma wiele różnych problemów zdrowotnych. Dopiero wtedy, kiedy będziemy go traktowali kompleksowo, to przyniesie korzyść. Medycyna holistyczna powinna zająć się prewencją i profilaktyką, połączonych z elementami medycyny stylu życia. Cele naszych działań są spójne i wspólne. Kluczowe jest właściwe podejście do pewnych elementów stylu życia. To jest aktywność fizyczna, która może być kontrolowana, nadzorowana, a której efekty możemy oceniać. To jest właściwy model żywienia. To są również relacje między ludźmi oraz radzenie sobie z emocjami. Szczepienia ochronne są filarem medycyny stylu życia. Zarówno wtedy, kiedy działamy prewencyjnie, jak i wtedy, kiedy działamy w pewnym sensie terapeutycznie, bo zmieniamy ryzyko wystąpienia zaostrzeń przewlekłych chorób w kardiologii, w onkologii, w reumatologii. To właśnie wtedy, kiedy rozmawiamy kompleksowo, holistycznie, łączymy dyscypliny, działamy zarówno prewencyjnie, jak i terapeutycznie. Te działania są związane z obecnością w strukturach zarządczych tych dwóch towarzystw naukowych, diabetologów, neurologów, onkologów, seksuologów i kardiologów. Osoby, które zajmują się różnymi dyscyplinami medycyny powinny wspólnie wypracować kompleksową platformę opieki nad pacjentem w Polsce. Myślę, że każda konferencja, niezależnie od specjalności, jaką reprezentujemy, powinna obejmować dyskusję na temat tych filarów. Tylko wówczas osiągniemy sukcesy.

W trakcie obrad Medycznej Racji Stanu zawsze pojawiają się kwestie edukacji zdrowotnej. Edukacja zdrowotna powinna być obecna, usystematyzowana oraz ustrukturyzowana od najmłodszych lat. Dlatego wielokrotnie w czasie tych rozmów podkreślaliśmy, jak istotne jest kształcenie zdrowotne w profesjonalny i odpowiedzialny sposób dzieci oraz młodzieży w szkołach podstawowych i średnich. Znowu wracamy do tego i mam nadzieję, że tak się stanie, że „godzina dla zdrowia” czy „lekcja o zdrowiu” będzie obowiązkowa, bo dzięki tym zajęciom możemy edukować nie tylko dzieci, ale też poprzez nie także rodziców.

<sup>8</sup> <https://ptmh.pl/>

<sup>9</sup> <https://ptmsz.pl/>

## Michał Dzięgielewski, pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia



Demografia ma wpływ na kilka aspektów pracy Narodowego Funduszu Zdrowia i lokowanie ewentualnych wydatków. Kiedyś struktura demograficzna społeczeństwa przypominała „gruszkę”, która w swojej szerokiej podstawie miała dużą populację dzieci, a potem im wyżej, to struktura smukłała. Do tej struktury dopasowaliśmy bazę wszystkich świadczeń, czyli bazę oddziałów pediatrycznych, położniczych, internistycznych i całej reszty. Wg najnowszych danych GUS, struktura demograficzna Polski coraz bardziej zaczyna przypominać smukły kielich, który stoi na wąskiej podstawie i rozszerza się ku górze. I to jest jedna przyczyna konieczności zmiany struktury świadczeń, która powoduje, że dzisiejsza baza szpitalna nie będzie do utrzymania. Biorąc pod uwagę fakt, że dzieci rodzi się dwa razy mniej niż rodziło się kilka dekad wcześniej, to identyczna baza oddziałów położniczych, czy oddziałów pediatrycznych jest bazą nadmiarową. W Polsce i w Europie nie ma w tej chwili prostej zastępowalności pokoleń, a społeczeństwo się starzeje. Raport analizy kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia za ostatnie lata wykazał, że im człowiek starszy, tym te koszty są większe. Z danych wynika, że najwięcej średnio kosztuje leczenie pacjentów z grupy 75-79 lat. Średnia wartość refundacji leczenia mężczyzn jest nieznacznie wyższa niż kobiet, odpowiednio ponad 5,3 tys. zł i niemal 5,1 tys. zł. W grupie wiekowej 75-79 lat wartości te wynoszą odpowiednio: 13,63 tys. zł oraz 10,58 tys. zł<sup>10</sup>. Czyli, mimo ogólnego zmniejszenia populacji Polski przyrastać będzie populacja w tych rocznikach, w których koszty są coraz wyższe. Trzecia sprawa, to jest zmniejszanie się tej części społeczeństwa, które jest w wieku produkcyjnym, czyli które wypracowuje produkt krajowy brutto i utrzymuje resztę społeczeństwa. Dla NFZ, implikuje to zwiększone zapotrzebowanie na kadre, która będzie zajmować się pacjentami w wieku podeszłym. Nie jest tajemnicą, że osób zaangażowanych w sektor zdrowotny i opiekuńczy jest mniej, niż w krajach zachodnich. Te kraje, które przerobiły tę lekcję wcześniej mają nawet 10% ogólnej populacji zaangażowanej w usługi zdrowotne i opiekuńcze. Po czwarte, musimy pamiętać o tym, że najbardziej optymalnym modelem opieki jest model opieki domowej i tutaj należałoby dołożyć asystentów/opiekunów do pielęgniarek, które w tej chwili tę funkcję wykonują. Prowadzimy rozmowy na temat tego, żeby dołączyć opiekunów medycznych, bo to jest rosnąca grupa zawodowa, której tak naprawdę nie umiejscowiliśmy właściwie w systemie. Równolegle chcemy lepiej zagospodarować zespoły współpracujących ze sobą opiekunów, pielęgniarek, fizjoterapeutów i lekarzy.

<sup>10</sup> Ile kosztuje zdrowie? Nowe dane NFZ o wydatkach na refundację świadczeń i leków. NFZ 2025  
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/ile-kosztuje-zdrowie-nowe-dane-nfz-o-wydatkach-na-refundacje-swadczen-i-lekow,8866.html>

## prof. Paweł Kowal, przewodniczący Sejmowej Komisji Spraw Zagranicznych



Moją rolą jako współzałożyciela Medycznej Racji Stanu jest branie udziału w programowaniu tego, czym będziemy się zajmowali w przyszłości. Na pewno dzisiaj kluczowym tematem w Polsce jest demografia. Na to wyzwanie patrzę pod kątem zdrowotnym, społecznym i politycznym. Jeżeli chcemy utrzymać pozycję Polski na tak dużym terytorium w środku Europy, to musimy polepszyć wskaźniki demograficzne. Myślę, że gdybyśmy na poważnie usiedli nad tematami, które są ważne dla zdrowia Polaków, średnioterminowo i strategicznie, to nie ma ważniejszej sprawy od demografii. Każdy, kto się dzisiaj przyłoży do tego, żeby pokazać, jak na gruncie medycznym i społecznym wesprzeć demografię, to jest patriotą i zajmuje się tym, czym polski patriota powinien się teraz zajmować.

Drugim tematem, który z mojego punktu widzenia rzuca się w oczy, to wojna w Ukrainie. Osobiście nie wierzę w żaden układ pokojowy, a więc jako Polska będziemy nadal w specyficznej sytuacji, z której każdy aspekt będzie miał również skutki dla zdrowia publicznego. Będziemy również w takiej sytuacji, że duża liczba Ukraińców zostanie w Polsce i na Zachodzie, z czym związane są duże migracje ludnościowe przez terytorium Polski. Myślę, że można równie dobrze jak to, że Ukraińcy będą wracać na Ukrainę, przyjmując założenie, że część Ukraińców wyjedzie z Ukrainy, dlatego, że będą starali się łączyć rodziny, a poczucie niepewności będzie zakodowane w porozumieniu, które zostanie zawarte. Bo mogę to powiedzieć, myślę, jako politolog i polityk, który tym się zajmuje, to porozumienie, które będzie zawarte, będzie prawie na pewno miało zakodowane w sobie poczucie niepewności. To oznacza, że ci, którzy są zdrowi i w dobrej formie, będą chcieli wyjechać z Ukrainy. I to rodzi oczywiście konsekwencje dla naszej wschodniej granicy oraz dla przepływu ludności przez Polskę. To rodzi konsekwencje społeczne w odniesieniu do dużej grupy weteranów wojennych, bo będzie ich zapewne kilkaset tysięcy. W procesach dotyczących odbudowy Ukrainy, to wszyscy wpadli na oczywisty pomysł, że najlepiej robić „coś” dla weteranów. To „coś” dla weteranów będzie się składało z realnej pomocy na wielką skalę. To coś będzie dotyczyło dostarczenia pomocy medycznej i dostarczenia pomocy psychologicznej na dużą skalę. Będzie rodziło wyzwania dla medycyny jako takiej, czy systemu zdrowia jako takiego, ale także dla biznesów skupionych wokół medycyny.

Trzecim zagadnieniem jest budowanie pozycji Polski na arenie międzynarodowej, jeśli chodzi o dyplomację poprzez zdrowie. Coraz więcej osób powoli zaczyna się tym zajmować. Cieszę się, byliśmy w Polsce pionierami. Ostatnio został u mnie zamówiony wykład, przy okazji zjazdu neonatologicznego w Poznaniu, podczas którego mówiłem o naszych pracach z ostatnich lat. Mówiłem o tym, jak staraliśmy się naśladować *think tanki* zachodnie, które mają w swoich aktywnościach bardzo duży komponent dotyczący zdrowia jako narzędzia dyplomacji.

Czwartym elementem jest medycyna pola walki. Rozwinęła się na Ukrainie, ale w Polsce też mamy kilka osiągnięć w tym zakresie i myślę, że kiedyś moglibyśmy temu poświęcić posiedzenie Medycznej Racji Stanu, pokazując to jako potencjalny element naszej dyplomacji poprzez zdrowie. Myślę tutaj nie tylko o Zespole Pomocy Humanitarno-Medycznej (ZPHM), ale również o innych ośrodkach, które powstały. Chrońmy to nie tylko ze względów praktycznych, ale też jako narzędzie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

## prof. Alicja Chybicka, Sejmowa Komisja Zdrowia, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Chorób Rzadkich



Przyszłością medycyny są innowacyjne terapie, w tym terapie genowe i komórkowe. To są terapie, które warunkują przyszłość wielu pacjentów. Okazuje się, że dzięki wprowadzeniu w Polsce terapii CAR-T w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci, w 2023 roku zajęliśmy pierwsze miejsce w Europie, a w 2024 roku przeżycie dzieci w Polsce osiągnęło wynik najlepszy na świecie. Przypomnę, że terapia CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy) to zaawansowana, spersonalizowana immunoterapia genowo-komórkowa, która przeprogramowuje limfocyty T pacjenta do walki z nowotworami krwi i układu chłonnego, takimi jak białaczki i chłoniaki, poprzez modyfikację genetyczną w laboratorium, by zidentyfikowały i niszczyły komórki rakowe. Zastosowano terapię CAR-T u tych pacjentów, którzy stanowili niewielki odsetek, bo większość dzieci udawało się konwencjonalną terapią wyleczyć. Natomiast dla dzieci, które były skazane na śmierć, wprowadzenie terapii genowej było terapią ratującą życie. To, że amerykańscy partnerzy wybrali w pierwszej kolejności Przylądek Nadziei we Wrocławiu i inne ośrodki kliniczne w Polsce, jest wielkim osiągnięciem polskiej medycyny.

Mam zaszczyt prowadzić Parlamentarny Zespół ds. Chorób Rzadkich, gdzie podczas regularnych spotkań wybrzmiewają osiągnięcia i potrzeby terapeutyczne. Jesteśmy najlepsi w Europie, w zakresie diagnostyki i leczenia SMA. SMA (Spinal Muscular Atrophy), czyli rdzeniowy zanik mięśni, to rzadka, genetycznie uwarunkowana choroba neurodegeneracyjna powodująca postępujące osłabienie i zanik mięśni szkieletowych z powodu obumierania neuronów ruchowych rdzenia kręgowego, która może objawiać się w różnym wieku, od niemowlęctwa po dorosłość, i wymaga wczesnej diagnozy oraz leczenia, aby spowolnić postęp choroby. Po pierwsze, diagnoza SMA stawiana jest zaraz po urodzeniu, dlatego, że Polska posiada od 2022 roku program badań przesiewowych noworodków w zakresie tego schorzenia. Aktualnie, rządowy program badań przesiewowych noworodków na lata 2019-2026 pozwala na diagnostykę 30 chorób, a sześć nowych jest w tej chwili w fazie pilotażu wojewódzkiego. Dzięki wczesnej diagnostyce i dostępowi do wszystkich trzech nowoczesnych terapii leczonych jest większość pacjentów z SMA, czyli ok. 1,1 tys. osób. Podobnie jest z wieloma innymi chorobami rzadkimi, takimi jak mukowiscydoza, choroby metaboliczne, hematologiczne i alergiczne (HAE).

Toczy się wiele dyskusji na temat deficytu finansów NFZ. Zgadzam się z tym, że trzeba oglądać każdą złotówkę i oszczędzać tam, gdzie się da. Ale nie wolno oszczędzać kosztem chorego. Musimy leczyć naszych chorych najlepszymi dostępnymi metodami. I to jest mój apel na 2026 rok. Wiem, że jest wojna „za drzwiami”, że potrzebne są pieniądze na obronność i wydatki socjalne, ale nie ma cenniejszej rzeczy, jak życie i zdrowie człowieka. Dlatego deficyt finansów publicznych w systemie ochrony zdrowia nie może skutkować pogorszeniem dostępu do terapii polskich pacjentów. Jak Państwo wiecie, jestem również wiceprzewodniczącą Komisji Polityki Senioralnej w Sejmie RP. Pamiętajmy o tym, że polski senior potrzebuje dobrej opieki medycznej. To pokolenie naszych rodziców i dziadków stworzyło to, co my w tej chwili mamy, w związku z czym trzeba o nich zadbać pod kątem zdrowotnym i socjalnym.

## prof. Rafał Stec, kierownik Kliniki Onkologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM



W ciągu roku z powodu nowotworów umiera w Polsce ponad 100 tys. osób, a zachorowuje na nie ok. 170 tys. osób. Glejak jest chorobą nieuleczalną, która nawet jak jest łagodniejszą chorobą na początku, to z czasem przechodzi w bardziej agresywną formę. Pomimo zastosowania intensywnego leczenia, w tym chemioterapii, radioterapii i leczenia operacyjnego, do tej pory tej choroby nie udało się wyleczyć. Sensem innowacyjnej terapii jest to, żeby spowodować, że glejak stanie się chorobą przewlekłą. Czyli krótko mówiąc, my jej nie wyleczymy, ale możemy ją kontrolować, uzyskując bardzo dobrą jakość życia u naszych pacjentów. We wrześniu 2025 roku zarejestrowano w Unii Europejskiej worasydenib, który daje nowe możliwości terapii glejaka. Worasydenib, to lek przeciwnowotworowy stosowany w leczeniu nowotworów mózgu typu gwiaździak lub skąpodrzewiak u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat o masie ciała co najmniej 40 kg, którzy przeszli jedynie zabieg chirurgiczny i nie wymagają natychmiastowego leczenia innymi metodami, takimi jak radioterapia lub chemioterapia. Lek stosuje się w przypadku zasadniczo wolno rosnących guzów (stopień 2), o ile komórki nowotworowe wykazują określone zmiany (mutacje) w genach kodujących pewne białka, tzw. dehydrogenazę izocytrynianu 1 (IDH1) i dehydrogenazę izocytrynianu 2 (IDH2). W wyniku terapii worasydenibem u części pacjentów dochodzi do regresji choroby, a nawet długotrwałej remisji przy utrzymaniu jakości życia pacjenta. Wcześniej, ci pacjenci po niepełnej operacji musieli utrzymać radioterapię lub musieli mieć drugą interwencję chirurgiczną, ewentualnie wzmocnienie chemioterapią. Pogarszaliśmy jakość życia, czyli funkcje neurologiczne i psychiczne, poprzez co pacjent był wyalienowany ze społeczeństwa. Dla nas wypowiedzenie zdania prostego jest taką codziennością, przychodzi z łatwością, nie zastanawiamy się nad tym. A pacjent z glejakiem czasem nie jest w stanie prawidłowo ułożyć zdania, wyrazić o co mu chodzi. Te skutki uboczne interwencji medycznych powodują, że ten człowiek zamyka się w domu. Już nie mówiąc o tym, że nie pełnił ról społecznych, rodzinnych, zawodowych, czyli staje niejako na marginesie społeczeństwa.

Rozpoznanie glejaka stawiamy histopatologicznie, ale podtyp określamy molekularnie, czyli genetycznie, badamy geny i dzięki temu możemy precyzyjnie określić z jakim nowotworem mamy do czynienia. Worasydenib hamuje ten nieprawidłowy gen i wydłuża czas do kolejnej interwencji, czyli radioterapii, operacji. Nie jest to bardzo duża populacja, bo dotyczy chorych na glejaka o niskim stopniu złośliwości oraz potwierdzonym w badaniach molekularnych defektem genu dla dehydrogenazy izocytrynianowej. Worasydenib w postaci tabletek jest bardzo dobrze tolerowany przez chorego, ponieważ ma bardzo mało działań niepożądanych. Lek jest przyjmowany do momentu kiedy jeszcze działa, czyli może to być nawet kilka lat. W glejakach, pierwsza terapia ma już ponad trzydzieści lat. W innych nowotworach zalecenia kliniczne zmieniają się kilka razy w roku. Natomiast glejaki, rak trzustki i nowotwory dróg żółciowych, to są trzy „pięty achillesowe” współczesnej onkologii, gdzie tych terapii przełomowych nie było, a taka pojawiła się właśnie w glejakach mózgu.

## prof. Konrad Rejdak, European Academy of Neurology, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UM w Lublinie



Dziękuję Medycznej Racji Stanu, że neurologia wchodzi do agendy tak ważnych spotkań. Jest to wynik ciężkiej pracy naszego środowiska w ostatnich latach, dzięki temu przebiliśmy się do świadomości, że choroby neurologiczne są tak ogromnym problemem dla nas wszystkich. „Zdrowie Mózgu” w Unii Europejskiej to kluczowy obszar, obejmujący profilaktykę chorób neurologicznych i psychicznych, badania oraz promowanie zdrowego stylu życia w celu poprawy jakości życia i zmniejszenia obciążenia systemów opieki zdrowotnej. Jest to kluczowe ze względu na wysoki wskaźnik występowania zaburzeń neurologicznych w Europie. Europejska Akademia Neurologii (EAN) podkreśla znaczenie zdrowia mózgu jako niezwykle istotnego filaru budowy bezpiecznego i odpornego społeczeństwa Europy. W obliczu zwiększającej się liczby zaburzeń neurologicznych kompleksowe plany dotyczące chorób mózgu są niezbędne do rozwiązania problemów zdrowotnych, wspierania innowacji i zapewnienia dobrobytu społecznego. Grozi nam tsunami chorób mózgu. Jeśli nic się nie zmieni, wkrótce z powodu tego typu schorzeń będzie cierpieć 40 proc. mieszkańców Europy. Koszty leczenia chorób neurologicznych i neurodegeneracyjnych już dziś w krajach UE przekraczają 1,7 biliona euro. W 2023 r. w Polsce pod opieką neurologów pozostawało 6 mln osób, co stanowi 16 proc. społeczeństwa. W parze z tragiczną sytuacją nie idą nakłady na tę dziedzinę. Polska neurologia konsumuje tylko 6 proc. budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, co w liczbach bezwzględnych stanowi nieco ponad 9 mld zł. Począwszy od 2023 r., neurologia jest specjalizacją priorytetową. Przekłada się to na wzrost liczby chętnych ubiegających się o rezydenturę z neurologii. Na efekty trzeba będzie jednak poczekać. W Polsce konieczne jest przede wszystkim zbudowanie sieci neurologicznej i stworzenie referencyjności ośrodków. Aby to się stało, neurologię trzeba uznać za dziedzinę priorytetową w świadomości decydentów. System ochrony zdrowia żadnego z krajów nie będzie w stanie udźwignąć kosztów leczenia chorób neurologicznych, jeżeli nie postawimy na prewencję i edukację społeczeństwa. Aby wyjść z impasu, przedstawiciele EAN stworzyli Strategię Zdrowia Mózgu, która zakłada zbudowanie globalnego sojuszu na rzecz zdrowia mózgu, wspieranie badań naukowych, promowanie edukacji i podnoszenie społecznej świadomości w zakresie zdrowia mózgu.

Migrena to najdroższa choroba neurologiczna w ujęciu społecznym, bo dotyczy około 15% Polaków, w tym większości pacjentów w wieku produkcyjnym. Najczęstszą formą jest migrena epizodyczna, która może przejść w formę migreny przewlekłej, która dotyczy ok. 1% populacji. Migrena przewlekła to stan neurologiczny charakteryzujący się silnymi bólami głowy występującymi przez co najmniej 15 dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące (z czego co najmniej 8 dni spełnia kryteria migreny), co znacząco upośledza codzienne funkcjonowanie. Jej przyczyną może być: być stres, zaburzenia hormonalne, genetyka, a także nadużywanie leków przeciwbólowych. Leczenie obejmuje identyfikację czynników wyzwalających, leki doraźne, profilaktykę oraz terapie specjalistyczne, jak toksyna botulinowa, przeciwciała monoklonalne i gepanty. Pamiętajmy, że migrena nie jest chorobą na całe życie, tak jak choroby neurodegeneracyjne. Choroby neurodegeneracyjne to grupa postępujących schorzeń charakteryzujących się stopniową utratą i uszkodzeniem komórek nerwowych (neuronów) w mózgu i rdzeniu kręgowym, co prowadzi do zaburzeń funkcji motorycznych, poznawczych i w końcu do

niesamodzielności. Najbardziej znane przykłady to choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne (SLA), płasawica Huntingtona (HD) i rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Proces degeneracji jest nieodwracalny, ponieważ neurony nie mają zdolności regeneracji. W przypadku migreny możemy ją opanować poprzez stosowanie celowanych terapii. Obecnie w programie lekowym B.133. Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą (ICD-10: G43) finansowane są dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami: toksyna botulinowa typu A oraz przeciwciała monoklonalne blokujące białko CGRP (calcitonin gene-related peptide): eptinezumab, erenumab i fremanezumab. W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem) to: pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia; chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy; minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu (topiramatem, kwasem walproinowym i amitryptyliną) lub przeciwwskazanie do stosowania lub brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. Do dalszych kryteriów należą udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie po 3 pierwszych podaniach toksyny botulinowej (w dniu planowanego czwartego podania), definiowany jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej o mniej niż 50%) albo nawrót migreny przewlekłej stwierdzony w wyniku finalnej oceny leczenia toksyną botulinową (ocena dokonywana jest nie wcześniej niż po 12-16 tyg. od ostatniego podania leku, ale nie później niż 6 miesięcy) albo nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego albo przeciwwskazania do stosowania toksyny botulinowej. Dodatkowo jest warunek braku wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego; wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych Charakterystykach Produktu Leczniczego; pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Dlatego liczymy na zmiany w zapisach programu lekowego, pozwalające lekarzowi na dobranie terapii najlepszej dla pacjenta, bez wymogu jej liniowości.

## dr Agnieszka Gorgoń- Komor, wiceprzewodnicząca Senackiej Komisja Zdrowia

Przeciwdziałanie nadwadze i otyłości to jedno z najważniejszych wyzwań w medycynie. Dlatego od 22 maja 2024 roku zajęłam się tym problemem jako przewodnicząca Zespołu ds. Innowacji oraz przewodnicząca Zespołu ds. Kardiologii w Senacie RP. Zauważyłam, że my - lekarze bagatelizowaliśmy

otyłość jako czynnik ryzyka, z którym pacjent ma poradzić sobie sam. Zaczęłam studiować dane i wytyczne kliniczne w zakresie terapii otyłości. Zauważyłam, że lekarze często mówili pacjentowi z otyłością: „Proszę się odchudzić, czyli więcej się ruszać, mniej jeść i sobie z tym poradzić”. Tylko, że nasi



pacjenci sobie z tym nie radzili. W międzyczasie dokonał się postęp w zakresie rozwoju nowych technologii medycznych: chirurgii bariatrycznej i farmakoterapii.

Według najnowszego raportu Narodowego Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie na temat zdrowia ośmiolatek, co piąty chłopiec i co dziesiąta dziewczynka są otyli, 30% ma podwyższone ciśnienie krwi, prawie połowa ma podwyższony poziom cholesterolu, 99 procent polskich ośmiolatek śpi za krótko. Dodatkowo występuje nieprawidłowa higiena cyfrowa i zaburzone relacje, również w rodzinie. Współdziałanie tych czynników wraz z niedostateczną aktywnością fizyczną i nieprawidłową dietą, powoduje poważne wyzwanie dla poprawy zdrowia tej populacji. Wynika z tego, że największy wpływ na te złe statystyki ma niezdrowy tryb życia, a nie genetyka<sup>11</sup>. Dochodzi do tego fakt, że dzieci i młodzież widzą reklamy niezdrowej żywności w mediach i praktycznie na każdym rogu ulicy w Warszawie i w małym miasteczku. W moim mieście w Bielsku-Białej i tym się pochwalę, jest jedna szkoła, gdzie 100% dzieci chodzi na edukację zdrowotną. Ale działa się to za sprawą oddolnej inicjatywy, w której odegrały kluczową rolę rozmowy z dyrektorami i z rodzicami, że to jest bardzo ważna wiedza dla dzieci. Niestety w tej chwili mamy wokół edukacji zdrowotnej w szkołach spor ideologiczny i polityczny, a nie konsensus merytoryczny.

Spójrzmy zatem na czynniki ryzyka w najnowszym raporcie OECD „Health at a Glance 2025”<sup>12</sup>. Wskaźnik codziennego palenia w Polsce, wynoszący 17,1%, był wyższy niż średnia OECD wynosząca 14,8%. Spożycie alkoholu było wyższe niż średnia OECD i wyniosło 10,0 litrów na osobę w Polsce, w porównaniu z 8,5. Aż 40% dorosłych w Polsce nie podejmowało wystarczającej aktywności fizycznej, co jest wynikiem wyższym, niż średnia OECD wynosząca 30%. Wskaźnik deklarowanej otyłości w Polsce wyniósł 19%, podobnie jak średnia OECD wynosząca 19%. Polacy byli narażeni na 17,8 mikrogramów pyłu zawieszonego (PM2,5) na metr sześcienny, gdy średnia OECD wyniosła 11,2 mikrograma. Zły stan zdrowia raportowany przez pacjenta dotyczył 8% obywateli OECD, a w Polsce 10% populacji. Polska przeznaczająca obecnie na profilaktykę tylko 1,7% całości wydatków na opiekę zdrowotną, co stanowi mniej niż średnia OECD wynosząca 3,4%. Wynika z tego, że nie odrobiliśmy w Polsce zadania z profilaktyki i prewencji. Skoncentrowaliśmy się na innowacjach terapeutycznych i rozwoju nowych technik medycyny naprawczej. Zapominamy, że profilaktyka i prewencja, to jest inwestycja, a choroba to jest koszt. Musimy osiąść wiedzę i diagnozować, żeby wiedzieć, co z tym zrobić.

W Senacie odbyło się spotkanie w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego „Stop otyłości”, na którym został przedstawiony model rozwiązań legislacyjnych z Włoch<sup>13</sup>. Będziemy gościć przedstawicieli włoskiego parlamentu w Polsce, aby zapoznać się z ich doświadczeniami. Włosi powiedzieli, że operacyjnie Polska jest przygotowana, mamy świetnych ekspertów, ale nie mamy legislacji. Chcemy również, aby weszły nowe projekty profilaktyczne w ramach programu „Moje Zdrowie”, w którym uczestniczyło dużo osób między 20. a 30. rokiem życia. Uczulamy polityków, że

<sup>11</sup> Dzieci śpią za krótko, ruszają się za mało, ważą za dużo. Eksperci z IMiD obnażyli problem.

<https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Dzieci-spia-za-krotko-ruszaja-sie-za-malo-waza-za-duzo-Eksperci-z-IMiD-obnazyli-problem,278851,14.html>

<sup>12</sup> Health at a Glance 2025. OECD. Dostępne: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_8f9e3f98-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html)

<sup>13</sup> W Senacie okrążył stół na rzecz przeciwdziałania i leczenia otyłości. Senat RP. 2025

<https://www.senat.gov.pl/aktualnoscilista/art,16731,w-senacie-okragly-stol-na-rzecz-przeciwdzialania-i-leczenia-otylosci.html>

temat otyłości jest niebagatelny. Wejście do refundacji publicznej agonistów receptorów GLP-1, pomogło nie tylko leczyć cukrzycę typu 2, ale wpłynęło na redukcję otyłości poprzez zwiększenie wydzielania insuliny, zmniejszanie apetytu i spowalnianie opróżniania żołądka. Teraz powinniśmy wspólnie zastanowić się, jak poprawić dostęp refundacyjny do leków w terapii otyłości, szczególnie pacjentów z grup ryzyka. Wspieramy również rozwój chirurgii bariatrycznej w ramach programu kompleksowej opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie. Wprowadzenie programu KOS-BAR do koszyka świadczeń gwarantowanych od stycznia 2026 r. zagwarantuje chorym z otyłością olbrzymią dostęp do skutecznej terapii i kompleksowej opieki. W pilotażu KOS-BAR było leczonych ok. 13 tys. chorych<sup>14</sup>.

Naszym wspólnym sukcesem jest rozszerzenie zakresu świadczeń realizowanych w ramach bilansu zdrowia dzieci objętych rocznym obowiązkowym przygotowaniem przedszkolnym (tzw. bilans 6-latka) o badanie przesiewowe (lipidogram) w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej<sup>15</sup>. Wiemy, jak poważnym wyzwaniem dla Polski jest demografia, w tym niski wskaźnik dzietności i ujemny przyrost naturalny. Tym większym sukcesem jest wynik ok. 8 tys. urodzeń, dzięki rozpoczętemu w czerwcu 2024 roku rządowemu programowi polityki zdrowotnej pt. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji na lata 2024-2028”<sup>16</sup>.

Podsumowując, bezpieczeństwo zdrowotne Polaków jest kluczowe dla bezpieczeństwa kraju. Profilaktyka i edukacja zdrowotna są równie ważne, jak terapia. Czynniki ryzyka, takie jak otyłość, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, niska aktywność fizyczna i zanieczyszczenie powietrza wpływają na zły stan zdrowia Polaków. Musimy je redukować w sposób zaplanowany i długofalowy, w czym kluczową rolę odgrywa mądra legislacja.

## Jolanta Piotrowska, wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej

Zdrowie człowieka jest bardzo ważne w kontekście pracy Senackiej Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej. Jeśli w rodzinie jest choć jedna osoba z chorobą onkologiczną, kardiologiczną, z niepełnosprawnością lub ma problemy z uzależnieniem, to przekłada się to na funkcjonowanie wszystkich domowników. Dlatego jest bardzo ważne, żeby wspierać całe rodziny. Nie możemy chorego zostawiać samemu sobie bądź też jego najbliższemu, dlatego cały system powinien działać na rzecz pacjenta i jego otoczenia.



<sup>14</sup> KOS-BAR: Co dalej z kompleksową opieką nad chorymi na otyłość w Polsce? <https://onkokurier.pl/kos-bar-co-dalej-z-kompleksowa-opieka-nad-chorymi-na-otylosc-w-polsce/>

<sup>15</sup> Lipidogram – bilans 6-latka. <https://ptmr.info.pl/materialy-edukacyjne/lipidogram-bilans-6-latka/>

<sup>16</sup> Program Polityki Zdrowotnej. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji na lata 2024-2028. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie-nieplodnosci-obejmujace-procedury-medycznie-wspomaganej-prokreacji-w-tym-zapłodnienie-pozaustrójowe-prowadzone-w-osrodku-medycznie-wspomaganej-prokreacji-na-lata-2024-2028>

Budżet państwa składa się z trzech fundamentalnych zakresów, które się ze sobą łączą. Jeden dotyczy bezpieczeństwa militarnego, drugi zdrowotnego, a trzeci socjalnego. Jeśli chodzi o wsparcie rodziny to mamy w Polsce bardzo dużo programów. Jest to m. in. kompleksowa opieka nad dzieckiem do lat trzech czy program „800 plus”. Programy te generują olbrzymie koszty, które ponosi budżet państwa. Sam program „800 plus” kosztował nas w 2025 roku ok. 60 mld zł. Jednak jest to inwestycja w polską rodzinę i polskie dzieci. Program „Za Życiem” to rządowy program kompleksowego wsparcia dla kobiet w ciąży i rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi ma na celu wszechstronną pomoc dla tych rodzin, obejmując m.in. jednorazowe świadczenie finansowe, wczesną rehabilitację, opiekę wytchnieniową, wsparcie mieszkaniowe oraz bezpłatne wyroby medyczne. Program „Mama 4+” (Rodzicielskie Świadczenie Uzupełniające) to świadczenie przeznaczone dla matek (a w wyjątkowych sytuacjach dla ojców), które wychowały co najmniej czworo dzieci, zrezygnowały z pracy i nie mają prawa do emerytury lub renty lub ich świadczenia są niskie. Na program „In Vitro” budżet państwa przeznacza 600 milionów złotych rocznie, a dzięki niemu urodziło się do grudnia 2025 roku ok. 8 tys. dzieci. Zwiększamy również dofinansowanie funkcjonowania „telefonu zaufania” z dotychczasowych 10 mln zł rocznie, do 30 mln zł. Okazuje się, że Rzecznik Praw Dziecka po zorganizowaniu tego telefonu ma olbrzymią rzeszę młodych ludzi, którzy dzwonią po pomoc psychologiczną.

Chciałam zwrócić uwagę, że problem stanu zdrowia naszego społeczeństwa nie dotyczy tylko Ministerstwa Zdrowia. On dotyczy wszystkich ministerstw. Ministerstwo Klimatu i Środowiska działa w zakresie redukcji zanieczyszczenia powietrza. Przypomnę, że rocznie kilkadziesiąt tysięcy osób w Polsce umiera z powodu zanieczyszczonego powietrza. Ministerstwo Edukacji odpowiada za edukację zdrowotną od najmłodszych lat oraz szczepienie dzieci i młodzieży w szkołach. Ministerstwo Sportu promuje aktywny tryb życia. Ministerstwo Gospodarki jest beneficjentem faktu, że dobry stan zdrowia społeczeństwa przekłada się na rynek pracy i produktywność obywatelki. Ministerstwo Obrony Narodowej może rekrutować zdrowych obywateli do służby wojskowej.

Warto podkreślić, że stan zdrowia społeczeństwa w kontekście demograficznym jest potężnym problemem dla samorządów. Znam małe gminy, na przykład pięciotysięczne, gdzie rocznie rodzi się dziesięcioro dzieci. To jest po prostu zapaść demograficzna. Za kilkadziesiąt lat będzie dramatyczna sytuacja w takich regionach Polski. Potrzebujemy pilnych działań, żeby rozwiązać właśnie tego typu problemy.

## prof. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM

Bardzo dużym wyzwaniem w zakresie zdrowia Polaków jest nadmierne spożycie i uzależnienie od alkoholu. Osoby z upojeniem alkoholowym lub uzależnione od alkoholu to jedna czwarta pacjentów, którzy trafiają do szpitala. Wyciągamy ich wspólnym wysiłkiem z ostrego, ciężkiego stanu, natomiast nie ma ich, gdzie

leczyć dalej. W raporcie z 2021 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. (obecnie włączona do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom) podała, że z powodu wszystkich chorób od-alkoholowych w Polsce rocznie umiera około 35 tys. osób. Roczne koszty



społeczno-ekonomiczne spożywania alkoholu w raporcie oszacowano na 93 mld zł w 2020 roku.<sup>17</sup> Oprócz tego, że jako państwo nic z tym problemem nie robimy, a wręcz na tym zarabiamy, to alkohol jest reklamowany w mediach przez osoby o statusie celebrytów. Osobiście wystąpiłem do Izby Lekarskiej, żeby zabronić znanym aktorom reklamować piwo. Uważam, że jako Polacy przyzwyczailiśmy się do sytuacji, że policja łapie co weekend kilkaset osób pod wpływem alkoholu prowadzących samochody.

Następnym ważnym tematem jest opieka długoterminowa nad seniorami. Z perspektywy szpitala na Banacha i mojej kliniki widzimy nasilające się zjawisko przywożenia do nas osób w bardzo zaawansowanym wieku odwodnionych z różnymi zakażeniami. My tych seniorów wspólnym wysiłkiem „stawiamy na nogi”, jednak są to często osoby, które żyły do pewnego momentu same, a już dalej same żyć nie mogą, a rodzina nie jest w stanie zapewnić jakiegokolwiek opieki. Nie ma miejsca, gdzie możemy tych chorych przekazać, aby zapewnić im długoterminową opiekę.

Otyłość jest największym problemem, jeśli spojrzymy na skalę zjawiska, w zakresie systemu ochrony zdrowia. Przez lata nie działa się w tym zakresie nic. Jako lekarze, mówiliśmy otyłym pacjentom, aby jedli mniej, więcej się ruszali i zadbali o siebie. To było niewłaściwe i bezcelowe postępowanie. Bo każdy otyły wie, że ma więcej się ruszać, ale nie może. Tak jak każdy palacz wie, że palenie szkodzi, ale nie może przestać palić. To jest podobna kwestia takich nałogowych uzależnień w obu tych chorobach. Nadszedł jednak moment, gdy pojawił się samaglutyd i dulaglutyd, a następnie tirzepatyd, które to leki pozwalają nam skutecznie leczyć otyłość jako chorobę. Z badań naukowych wynika, że zarówno tirzepatyd, jak i semaglutyd oprócz terapii otyłości zmniejsza ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Czyli nie tylko zmniejszamy masę ciała, poprawiamy jakość życia, ale też redukujemy ryzyko sercowo-naczyniowe. Mój entuzjazm dla tych terapii wynika nie tylko z wiarygodnych danych klinicznych, lecz także ze świadectw pacjentów. Użyłem celowo trochę religijnego słowa „świadectwa”, ponieważ pacjenci, którzy zmniejszyli swoją masę ciała o 20-30 kg, deklarują, że zmieniło się w ich funkcjonowaniu wszystko na korzyść, tak jak w przypadku cudu. Przekonujemy jednak chorych, że nie wolno tego leczenia przerywać, bo wiele osób otyłych myśli, że jak już schudnie, to sobie lek odstawi i da radę. No nie da rady. Nie widziałem nikogo, kto by te leki odstawił i nie przytył. Po prostu, tak jest w mechanizmie otyłości. Te leki działają bardzo prosto, hamując ośrodek sytości i powodują, że pacjent ma mniejsze łaknienie. W przyszłym roku spodziewamy się leku doustnego, który nie będzie białkiem i nie będzie musiał być podawany podskórnie. Za półtora roku oczekujemy leku, który będzie działał na trzy receptory i osiągnie jeszcze większą skuteczność. Ministerstwo Zdrowia podchodzi do tematu refundacji tych terapii ostrożnie, bo widzi od razu dziesięć milionów otyłych pacjentów, co będzie brało te leki. Ale tak nie będzie. Zdecydowanie powinniśmy zacząć te leki czynić bardziej dostępnymi dla pacjentów, dzięki ich refundacji. Korzyści z tej inwestycji będą kolosalne, bo odnotujemy dużo mniej chorób, które wynikają z otyłości. Jednak skala takiej inwestycji wynika z kosztu leków, długości terapii i licznej populacji pacjentów. Mamy nadzieję, że w wyniku negocjacji cen tych terapii chorzy na otyłość otrzymają ich refundację szybciej niż później.

<sup>17</sup> Alkohol. Koszty nadmiernego spożywania idą w miliardy, wpływ z akcyzy pokrywa je w 25 proc. <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/zdrowie-publiczne/alkohol-koszty-nadmiernego-spozywania-ida-w-miliardy-wplyw-z-akcyzy-pokrywa-je-w-25-proc/>

## prof. Agnieszka Chłoń-Domińczak, przewodnicząca Rządowej Rady Ludnościowej



Rządowa Rada Ludnościowa opublikowała raport pt. "Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2023-2024", przyjęty przez Radę Ministrów na początku października 2025 roku. Dokonując diagnozy sytuacji demograficznej, autorzy skupili się na: zmianach płodności i form życia rodzinnego, zdrowiu i umieralności, migracjach międzynarodowych, migracjach wewnętrznych i przekształceniach w przestrzennym rozmieszczeniu ludności, procesach starzenia się populacji oraz sytuacji osób starszych, a także zmianach na rynku pracy. Jest to pierwszy raport opracowany przez Rządową Radę Ludnościową w nowym składzie, powołanym we wrześniu 2024 r. Skupia się na kluczowych kwestiach dotyczących zmiany demograficznej i jej konsekwencjach dla Polski oraz konstruktywnej reakcji na nie, która obejmuje zarówno oddziaływanie na procesy demograficzne jak i działania dostosowawcze.<sup>18</sup>

Powinniśmy patrzeć na sytuację demograficzną Polski, z perspektywy rosnącego udziału osób starszych w populacji, malejącego udziału dzieci i młodzieży oraz niskiej dzietności. Prognozy demograficzne bardzo wyraźnie pokazują, że liczba nowych urodzeń w Polsce będzie maleć. Wynika to z tego, że kobiet, które mogą mieć dzieci jest coraz mniej. Jeżeli chodzi o płodność, tworzenie rodzin, dzietność i zdrowie prokreacyjne jest konieczne wspieranie szeroko rozumianego zdrowia prokreacyjnego. Jako demografowie jesteśmy zachwyceni efektami rządowego programu „in vitro”, który rozpoczął się w czerwcu 2024 roku i będzie trwał do 2028 roku. To też uwzględnimy w kolejnym raporcie Rządowej Rady Ludnościowej. Nie dalej jak miesiąc temu, Komitet Nauk Demograficznych PAN zorganizował konferencję poświęconą zdrowiu prokreacyjnemu i uznał, że jest to ogromnie istotny temat.

Należy mówić także o tych procesach demograficznych, które związane są ze starzeniem ludności. To, że żyjemy coraz dłużej, implikuje, że osób starszych jest coraz więcej. Trudno traktować ten fakt jako złe zjawisko czy katastrofę. Dlatego jako demografowie staramy się nie mówić o tym, że mamy katastrofę, tylko że mamy określone procesy, które wywołują potrzebę odpowiedniej reakcji na nie. W zakresie wspierania osób starszych w bardzo różnych obszarach, na pewno kwestie związane z opieką długoterminową są kluczowe. Zapewnienie tej opieki, najpierw w miejscu zamieszkania, potem w instytucjach opieki długoterminowej, wtedy, kiedy już w miejscu zamieszkania się nie da, jest bardzo ważne. Zwrócę tutaj uwagę na działania związane z „bonem senioralnym” oraz Ustawą o opiece długookresowej, która ma za zadanie lepszą koordynację tych procesów, zarówno po stronie polityki społecznej, jak i polityki zdrowotnej.

Infrastruktura, obejmująca europejskie badania SHARE-ERIC (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) oraz GGP (Generations and Gender Programme), umożliwia prowadzenie badań porównawczych na najwyższym poziomie. Jako Szkoła Główna Handlowa (SGH) prowadzimy badanie GGS (Generations and Gender Survey) w Polsce funkcjonujące pod nazwą „Generacje i Rodziny”. Jest to badanie panelowe realizowane w edycjach obejmujących trzy fale, na dużej reprezentatywnej próbie, obejmującej osoby dorosłe w wieku 18-59. W krajach, gdzie nie są realizowane badania

<sup>18</sup> Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2023-2024. GUS 2025. <https://rrl.stat.gov.pl/wydarzenia/nowy-raport-rrl>

panelowe seniorów typu SHARE, nasze badanie może obejmować osoby do 79. roku życia. Tematyka badania obejmuje swoim zakresem: biografie rodzinne, pokolenia, społeczne role kobiet i mężczyzn, zachowania i plany dotyczące prokreacji, zdrowie i dobrostan oraz warunki życia i aktywności zawodowej.<sup>19</sup> Prowadzimy również od 2006 roku Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie” (z ang. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE), które jest przeprowadzane wśród osób w wieku 50 lat i więcej.<sup>20</sup> W badaniu zbierane są informacje na temat sytuacji życiowej uczestników – stanu zdrowia, relacji społecznych i rodzinnych, sytuacji materialnej i aktywności na rynku pracy. Badanie ma charakter panelowy, co oznacza, że od 2004 roku co dwa lata biorą w nim udział te same osoby. Długoterminowe śledzenie ich losów pozwala naukowcom dowiedzieć się, jakie zmiany zachodzą w ich życiu. Porównaliśmy wyniki, jeżeli chodzi o stan zdrowia Polaków 50+, na początku, kiedy rozpoczynaliśmy badanie w 2006 i w 2018 roku. Okazuje się, że w bardzo wielu obszarach jest lepiej, mamy mniej chorób przewlekłych, radzimy sobie lepiej, jeżeli chodzi o czynności życia codziennego, co jest też miarą, powiedzmy ogólnego stanu zdrowia uznawaną w demografii. Wzrósł jednak odsetek osób z otyłością, wzrósł odsetek osób palących papierosy w całej populacji 50+. Wynika z tego, że są te wyzwania zdrowotne, na które trzeba odpowiadać. Zwracamy uwagę także na kognitywne starzenie, czyli kwestie związane z różnymi typami demencji. W naszych badaniach demograficznych staramy się oceniać, jak to zjawisko wpływa na zdrowie Polaków. Mamy więc wiele punktów wspólnych, które pozwalają na to, żeby lepiej diagnozować zjawiska, rozumieć przyczyny i skutki tych procesów, a także odpowiadać na nie.

W zakresie finansów publicznych, wyzwaniem jest nie tylko kwestia adekwatnych do potrzeb wydatków na opiekę zdrowotną, ale także kwestia opieki długoterminowej. Dochodzi do tego kwestia stabilności systemów emerytalnych i zabezpieczenia społecznego.

## Małgorzata Niemczyk, przewodnicząca Parlamentarnej Zespołu ds. przeciwdziałania uzależnieniom, Parlamentarnej Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości oraz Sejmowej Komisji Sportu i Turystyki



Polska zmagą się z uzależnieniami od nikotyny, alkoholu, substancji psychoaktywnych, ale także od Internetu. Warto rozważyć podobne rozwiązanie, jakie wdrożyła Australia, blokując dostęp do mediów społecznościowych dla użytkowników poniżej 16 roku życia. Dlatego tak ważna jest mądra legislacja i zmiana prawa w naszym kraju w kierunku zachowań prozdrowotnych. Została podniesiona akcyza na papierosy, aby znacznie podwyższyć cenę jednorazowych papierosów i ograniczyć do nich dostęp, w szczególności do młodzieży. Niestety, największym problemem wciąż jest bardzo duża dostępność smakowych produktów. Nie mamy takich rozwiązań prawnych, jak w innych krajach, gdzie produkty nikotynowe są dostępne tylko w miejscach, które płacą koncesje za ich sprzedaż. W Polsce są one dostępne praktycznie wszędzie i nad tym bardzo ubolewam. Jest dużo wyrobów smakowych

<sup>19</sup> Badanie Generacje i Rodziny. <https://ggp.sgh.waw.pl/pl/badanie-generacje-i-rodziny>

<sup>20</sup> Portret pokolenia 50+. <https://share50plus.pl/>

jednorazowych, z nikotyną lub bez nikotyny, które są początkiem uzależnienia dla części uczniów z wyższych klas szkół podstawowych. Musimy ograniczyć dostępność tych produktów, bo młodzież chce z nich korzystać dlatego, że to im smakuje. Innym problemem są oczywiście kruczki producentów i dystrybutorów. Rynek reaguje bardzo szybko na wszelkie ustawowe definicje i potrafi praktycznie z dnia na dzień zmienić typ grzałki albo rozłożyć dany element na części. Dzięki temu zaczyna się to wymykać z uregulowań, które wprowadziliśmy. Cały czas potrzebujemy zdecydowanych działań i wyeliminowania tych jednorazowych produktów z handlu i obrotu. Możemy iść wzorem Belgii czy Francji, innych krajów i podwyższyć barierę dostępności i to by było chyba najprostsze w naszym kraju do zrealizowania.

Chcę się odnieść do spraw związanych z otyłością i aktywnością fizyczną. Kiedy zostawałam poślanką w 2011 roku budżet Ministerstwa Sportu wynosił powyżej 500 milionów. Dzisiaj ten budżet wynosi prawie 3,5 miliarda złotych. Tak więc widzimy, jak znacząco wzrósł przez ostatnie 25 lat. Ale my wciąż jesteśmy bardzo daleko za państwami Unii Europejskiej. W Polsce przeznaczamy na aktywność fizyczną ok. 0,5% PKB. W Holandii jest ponad 5 milionów osób ćwiczących, które są zarejestrowane w 28 tys. klubów sportowych. W Anglii jest 74 tys. klubów sportowych i 30 milionów osób z licencjami sportowymi. We Francji sport uprawia 17 milionów osób, w 195 tys. klubów sportowych. W Polsce mamy tylko 1,4 miliona osób uprawiających sport, które są zarejestrowane w 16 tys. klubów. Jest to dalej olbrzymia przepaść między nami, a innymi państwami Unii Europejskiej. Dodatkowo, mamy bardzo duże braki, jeśli chodzi o infrastrukturę sportową. Słowenia i Słowacja wprowadzają programy sportowe praktycznie już od przedszkola, a my ciągle nie możemy wprowadzić lekcji wychowania fizycznego w klasach 1-3 szkoły podstawowej ze specjalistami i ciągle mamy bardzo duże niedostatki w infrastrukturze sportowej. Bardzo często lekcja wychowania fizycznego odbywa się na połowie sali gimnastycznej, co w mojej ocenie jest dramatem, bo mamy przestrzeń około 100 metrów kwadratowych, na której połowie musi ćwiczyć 25 dzieci, z drugiej strony 25 dzieci i liczba szatni, przebieralni również nie jest wystarczająca. Mamy więc bardzo duże wyzwanie przed nami do zrealizowania, jeżeli chcemy wdrożyć skutecznie profilaktykę pierwotną nadwagi i otyłości, jaką jest regularna aktywność fizyczna. 80% społeczeństwa w Polsce nie rozumie, że otyłość to choroba, która powinien leczyć lekarz. W kontekście nadwagi i otyłości, musimy się bardzo uważnie przyjrzeć etykietowaniu produktów i tego, co trafia do sklepów, a później na nasz stół. Śmieciowe jedzenie i niskiej jakości, szkodliwe produkty generują konsekwencje i olbrzymi problem dla całego systemu zdrowia.

## prof. Marek Cierpiat-Wolan, prezes Głównego Urzędu Statystycznego

Kluczowym aspektem przekrojowych analiz i opartych o wiarygodną ewidencję wniosków i rekomendacji jest integracja danych. W Głównym Urzędzie Statystycznym analizujemy wnikliwie wszystkie karty zgonu, które lekarze pracujący w statystyce kodują. Dzięki temu mamy precyzyjne statystyki dotyczące przyczyn zgonów Polaków. GUS prowadzi również Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS), które dostarcza podstawowych informacji dotyczących kondycji zdrowotnej ludności, z uwzględnieniem długotrwałych problemów zdrowotnych (choroby przewlekłe, niepełnosprawność). Badanie realizowane jest cyklicznie w krajach UE i obejmuje takie aspekty jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz determinanty zdrowia. Wyniki badania umożliwiają poznanie aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności oraz jej uwarunkowań w



powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania. Celem badania EHIS jest dostarczanie danych statystycznych — w sposób zharmonizowany i o wysokim stopniu porównywalności między państwami członkowskimi UE — wspierających monitorowanie polityk zdrowotnych w zakresie włączenia społecznego i ochrony, nierówności w zakresie opieki zdrowotnej, zdrowego stylu życia i zdrowego starzenia się. W Polsce badanie EHIS przeprowadzane jest od 2009 roku, a jego celem jest uzyskanie szczegółowych danych na temat zdrowia obywateli. Zgromadzone informacje obejmują zarówno gospodarstwa domowe, jak i indywidualne osoby z tych gospodarstw. Badanie dostarcza danych dotyczących całego kraju oraz konkretnych regionów, w tym województw.<sup>21</sup>

Podam Państwu przykład czegoś, co jest unikalne w skali światowej. Po rozpoczęciu konfliktu w Ukrainie, zwróciła się do nas Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i wspólnie z nią szybko zorganizowaliśmy badanie, które prowadzimy w trybie ciągłym, integrując dane z badań próbkowych, z rejestrów administracyjnych i *big data*. Dostajemy codzienne informacje od jednego operatora telefonii komórkowej o przemieszczaniu się uchodźców, co jest kluczowe również z punktu widzenia przenoszenia chorób. Światowa Organizacja Zdrowia uświadomiła nam, że istnieje cała grupa chorób nieujawnionych, które można diagnozować przy pomocy integracji danych. Razem ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i Wysokim Komisarzem Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców (UNHCR) będziemy po raz trzeci prezentować wyniki tego badania monitorującego stan zdrowia uchodźców w trybie rzeczywistym na zgromadzeniu Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) w Nowym Jorku.<sup>22</sup>

Warto zadać sobie pytanie: Czy mamy w Polsce porządną system monitorowania danych na temat zdrowia? Nie mamy. Główny Urząd Statystyczny powinien pełnić rolę centrum informacyjnego, jeśli chodzi o zdrowie. Integracja danych jest kluczowa, także aby zidentyfikować nierówności w zdrowiu. Żeby zidentyfikować te nierówności, musimy zintegrować dane. Dzięki danym Eurostat, które GUS przekazuje w aspekcie danych z Polski, wiemy, że w 2023 roku oczekiwana długość życia statystycznego Polaka wyniosła 78,4 lat, gdy średnia unijna wyniosła 81,4 lat. Trzy lata różnicy. W przypadku mężczyzn ta różnica była wyższa, bo wynosiła 4,1 lat (74,6 lat w Polsce vs. 78,7 lat średnia UE), a w przypadku kobiet niższa – 1,9 lat (82,1 lat w Polsce vs. 84,0 lat średnia UE).<sup>23</sup> Aby podejmować odpowiedzialne decyzje i działania integracja danych jest „imperatywem kategorycznym”, mówiąc trochę „po kantowsku”. Wynotowałem sobie zagadnienia tematyczne, w których już dzisiaj możemy Państwu dostarczyć takich systematycznych informacji. Jeśli chodzi o wydatki na alkohol, to prowadzimy kwartalne badania budżetów gospodarstw domowych. Więc możemy te wydatki monitorować dosyć precyzyjnie. Dalej jednak mamy zbyt mało badań jakości życia. Aby porządnie zidentyfikować czynniki kancerogenne, trzeba mieć porządne dane dotyczące zanieczyszczenia powietrza, żywności, czy hałasu.

Podsumowując, mogę zobowiązać się do tego, żeby zaprezentować Państwu następnym razem to, co możemy wspólnie zrobić w zakresie integracji danych dla lekarzy i dla polityków, do podejmowania przez nich dobrych decyzji. W statystyce mówimy, że „dane – informacja – wiedza - mądrość”, to podstawa podejmowania właściwych decyzji.

<sup>21</sup> Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS). GUS. <https://badania-ankietowe.stat.gov.pl/kategoria/1/badanie/67>

<sup>22</sup> Refugee Health in Poland. GUS <https://healthofrefugees.stat.gov.pl/>

<sup>23</sup> Mortality and life expectancy statistics. Eurostat. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics)

## prof. Marta Waliszewska-Prosół, Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Centrum Neurologii i Neurochirurgii Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu



Jestem neurologiem i zajmuję się na co dzień pacjentami chorującymi na bóle głowy. Jestem także „migrenikiem”, a więc postaram się opowiedzieć o migrenie z perspektywy lekarza i pacjenta. Migrena jest chorobą neurologiczną, a nie dolegliwością, czy tylko bólem głowy. Migrena jest chorobą neurologiczną, jak padaczka, stwardnienie rozsiane, czy choroba Parkinsona. Badanie epidemiologiczne, które przeprowadził mój zespół, pokazuje, że na migrenę w Polsce choruje najprawdopodobniej ok. 6 milionów ludzi. Ta publikacja pojawi się w 2026 roku i pokazuje, jak wzrosła zachorowalność na tą chorobę w ostatnich latach. Migrena przewlekła to najcięższa postać migreny, a jednocześnie jej powikłanie, które charakteryzuje się bólami głowy występującymi przez 15 lub więcej dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące, z czego co najmniej 8 dni to dni z napadem migreny. Znacząco obniża ona jakość życia, prowadząc do absencji i prezenteizmu w pracy a także izolacji społecznej. Na migrenę przewlekłą choruje nawet pół miliona ludzi w Polsce. Migrena dotyczy przede wszystkim ludzi młodych. Zwykle mówimy dużo o seniorach i o dzieciach, natomiast mam takie wrażenie, że zapominamy o populacji ludzi młodych, mając trochę takie poczucie, że oni sobie jakoś poradzą, wezmą tabletkę i im przejdzie, pójdą do pracy i jakoś to będzie. Proszę Państwa, nic bardziej mylnego. Badanie kohortowe, które przeprowadziliśmy dwa lata temu, pokazało, że polscy migrenicy są najbardziej obciążeni chorobą w Europie i nawet 40% naszych pacjentów nadużywa leków przeciwbólowych. Gorsi od nas są tylko Chińczycy, patrząc na badania populacyjne oceniające jakość życia i nadużywanie leków. Nawet 40% polskich migreników nadużywa opioidów, które nie są w migrenie zalecane, a są dostępne w Polsce bez recepty. Może przy okazji kryzysu opioidowego warto nad tym problemem się pochylić. Moi pacjenci „rekordziści” przyjmują 700-800 tabletek przeciwbólowych miesięcznie. Jest to ogromne obciążenie dla podstawowej opieki zdrowotnej, dla lekarzy rodzinnych, którzy z tymi pacjentami muszą sobie jakoś radzić. Jest to obciążenie dla lekarzy psychiatrów, którzy leczą powikłania migreny przewlekłej, jakimi są depresja, zaburzenia lękowe i narastająca izolacja społeczna.

Mówiąc o demografii, może warto zastanowić się nad kobietami, które świadomie na posiadanie dzieci się nie decydują, ponieważ chorują na migrenę przewlekłą. Te kobiety, co najmniej przez 15 dni a nierzadko i częściej w miesiącu nadużywają leków przeciwbólowych, boją się zająć w ciążę, boją się mieć dzieci, bo nie wiedzą, jak sobie z tymi dziećmi poradzą. W moim wrocławskim ośrodku, na początku wdrażania programu lekowego B.133. Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą (ICD-10: G43) w 2022 roku, spośród pierwszych 100 pacjentów, którzy weszli do tego programu, po dwóch latach urodziło nam się dziesięcioro dzieci. To było 10 mam, które wcześniej nie decydowały się na macierzyństwo świadomie z uwagi na chorobę. Ja wiem, że to jest może niewielka statystyka, patrząc na statystykę ogólnopolską, ale może warto by się zastanowić nad tym, że te młode kobiety, które chorują na migrenę, a szczyt zachorowania obejmuje 25-35 rok życia, warto skutecznie leczyć, po to, żeby nie miały migreny przewlekłej i żeby mogły żyć normalnie, pracować i myśleć o prokreacji bez lęku. Nie jest prawdą, że migrena jest chorobą czasową. Jest to choroba przewlekła i choroba na całe życie. Nie jest prawdą również to, że po menopauzie migrena zanika samoistnie. Wręcz przeciwnie, po menopauzie, kiedy dochodzą inne choroby, takie jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, migrena u części pacjentek może się nasilić.

Na szczęście w zakresie leczenia migreny, dokonał się ogromny przełom, na który długo czekaliśmy. Mamy leki specyficzne, leki biologiczne, które potrafią u pacjentów z migreną przewlekłą, zredukować liczbę dni z migreną do zera lub do kilku dni. To są leki, które „migrenikom” przywracają życie, normalne funkcjonowanie, a jednocześnie są bezpieczne i dobrze tolerowane. Te leki są obecnie dostępne dla pacjentów z migreną przewlekłą w programie lekowym B.133. Są one refundowane pod restrykcyjnymi warunkami, co przekłada się na fakt, że program lekowy B.133 dla migreny przewlekłej jest mocno limitowany. Przewiduje on jedynie dwa roczne cykle leczenia, a biorąc pod uwagę to, że migrena jest chorobą przewlekłą nie ma to żadnego uzasadnienia merytorycznego, ponieważ my tych pacjentów z migreny nie wyleczymy. Zdecydowana większość pacjentów będzie wymagała leczenia do końca życia. I teraz wyobraźmy sobie migreników, którym zmieniliśmy jakość życia przez czas leczenia w programie lekowym i zabieramy im te leki, zgodnie z wymogami programu lekowego.

W Polsce żyje 6 milionów ludzi chorujących na migrenę, w tym 0,5 mln pacjentów z migreną przewlekłą. Gdybyśmy tych chorych zaczęli skutecznie leczyć, wówczas oni by pracowali, nie nadużywali zasobów opieki zdrowotnej i z biegiem lat nie rozwinęliby tych wszystkich powikłań. Mamy coraz więcej badań naukowych, które potwierdzają, że migrena zmienia strukturalnie i czynnościowo mózg. Im później pacjentów zaczniemy leczyć, tym szansa powodzenia na skuteczną terapię, nawet tymi najbardziej nowoczesnymi lekami, będzie mniejsza. Nie lecząc pacjentów sami wygenerujemy sobie w przyszłości jeszcze większe koszty leczenia tych chorych, którym już realnie nie będziemy potrafili pomóc. To oni będą stanowili ogromne obciążenie finansowe systemu. I do czasu, kiedy my tego jako społeczeństwo i jako przedstawiciele ochrony zdrowia nie zrozumiemy, sytuacja polskich pacjentów z migreną się nie poprawi. Pamiętajmy o uzależnieniu od leków przeciwbólowych. Mówimy o alkoholu, o narkotykach, a o uzależnieniu od leków nikt nie pamięta, bo ci ludzie najczęściej cierpią w ciszy. System leczenia uzależnień w naszym kraju nie działa i zdajemy sobie z tego doskonale sprawę. Więc proszę doliczyć do tego ogromnego problemu jeszcze około trzech milionów ludzi chorujących na przewlekłe bóle głowy, którzy nadużywają leków przeciwbólowych i którzy nie funkcjonują społecznie, zawodowo i rodzinie.

## Urszula Koszutska, Parlamentarny Zespół ds.

### Demografii

Gdy podjęłam pracę parlamentarną dwa lata temu, uznałam, że jednym z najważniejszych zadań i wyzwań są kwestie związane z dietnością. Program In Vitro na lata 2024-2028, to z mojej perspektywy jedyny program rządowy, który odniósł już sukces. Rozpoczął się w czerwcu 2024 roku i na świat przyszło 8 tys. dzieci, uzyskano 21 tys. ciąży. To jest znakomity i konkretny wynik. Dodatkowo, musimy spojrzeć na program In Vitro też z innej strony. Wiemy, że niepłodność jest chorobą cywilizacyjną, a osób, które będą chorowały na tę chorobę, zarówno kobiet i mężczyzn, będzie coraz więcej. W związku z tym uważamy razem z Ministerstwem Zdrowia, że to jest program uzasadniony zdrowotnie, społecznie i ekonomicznie, w związku z tym powinien być rozwijany. Już w roku 2025 zwiększyliśmy finansowanie tego programu o 600 mln złotych, zamiast zaplanowanych 500 mln zł. Wynikało to z bardzo dużego zainteresowania pacjentów i skończeniem się funduszy publicznych, w części z 58 ośrodków realizujących program już w połowie 2025 roku. Będziemy pracować intensywnie nad dalszym jego rozwojem, ponieważ widzimy, że jest on niezwykle ważny i potrzebny naszemu krajowi. Musimy pamiętać, że to jest program, który pozwala rodzicom na posiadanie potomstwa, a Polsce na urodzenie nowych obywateli. Wiemy, że jednym z zadań i celów życiowych, jeśli chodzi o rozwój indywidualny,



jest założenie związku i pojawienie się potomka. To jest wyzwanie, które dotyczy wielu Polaków i myślę, że wartość tego programu, to pomoc w spełnieniu tych pragnień, przy oczywiście zwiększeniu dzietności naszego kraju. Z mojej perspektywy jako psychologa, pomagamy ludziom odnaleźć się w ich życiowych rolach. Także bardzo się cieszymy, że Ministerstwo Zdrowia i rząd widzą tę wartość i potrzebę. Jestem przekonana, że będziemy nadal dbać o to, aby program In Vitro rozwijał się i był odpowiednio finansowany publicznie, co daje wyrównanie szans dla wszystkich obywateli na posiadanie upragnionego potomstwa.

Edukacja zdrowotna to szansa dla młodych ludzi, aby umieli dbać o swoje zdrowie. Edukacja zdrowotna w polskich szkołach ma wyposażyć młodych ludzi w wiedzę, ale także w umiejętności radzenia sobie z różnymi sytuacjami, które pozwolą im na podejmowanie ról życiowych i wyzwań, które staną przed nimi. Myślę, że nad tym musimy wszyscy pracować, aby edukacja zdrowotna była przedmiotem obowiązkowym w polskich szkołach. Wiedza na temat seksualności i płodności jest ważna dla młodej osoby, a często nie jest przekazywana w domu, a szkoła jest jedynym miejscem na odpowiedzialną i profesjonalną edukację w tym temacie. Chciałam również powiedzieć, że dzieci rodzą się z miłości. Dlatego musimy uczyć młodych ludzi nawiązywania dobrych i wartościowych relacji, bo obserwujemy, że pojawia się deficyt nawiązywania interakcji międzyludzkich. Ten deficyt dotyczy dłuższych relacji pomiędzy dwojgiem młodych osób. To zrozumienie jest potrzebne do tego, aby podejmować wiele wyzwań w dorosłości, w tym dotyczących planowanego i odpowiedzialnego poczęcia i urodzenia dziecka. Tutaj oczywiście pojawia się temat postaw kobiet w stosunku do decyzji o macierzyństwie. Na ostatniej Komisji Zdrowia zwróciłam się do Pana Ministra Tomasza Maciejewskiego z pytaniem, w jaki sposób chcemy informować młode kobiety i mężczyzn na temat tego, jak wygląda wsparcie przez system ochrony zdrowia tych kobiet, które myślą o urodzeniu dziecka. Bo polskie kobiety często nie mają tej wiedzy i nie wiedzą, czego mogą się spodziewać. Chcemy również zaprosić do tych rozmów Ministerstwo Edukacji oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ponieważ uważam, że to jest kwestia zintegrowania różnych działań w różnych ministerstwach, które pozwolą nam na współdziałanie i podejmowanie wyzwań właśnie w zakresie szeroko pojętej edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Edukacja zdrowotna jest niezbędna, a profilaktyka najważniejsza. Dlatego musimy na nie postawić od najmłodszych lat, zarówno w przedszkolach i w szkołach, bo już tam się zaczyna dbałość o zdrowie.

## Dagmara Korbasińska-Chwedczuk, dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu, Ministerstwo Zdrowia



Rządowy program polityki zdrowotnej pt. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” jest realizowany od czerwca 2024 roku<sup>24</sup>. Na koniec listopada 2025 r. w wyniku działania rządowego programu leczenia niepłodności metodą in vitro potwierdzono 22 135 ciąż klinicznych, urodziło się 8 095 dzieci (4 060 dziewczynek, 4 035 chłopców), 41 333 par zakwalifikowało się do

<sup>24</sup> Program Polityki Zdrowotnej. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie-nieplodnosci-obejmujace-procedury-medycznie-wspomaganej-prokreacji-w-tym-zapłodnienie-pozaustrójowe-prowadzone-w-osrodku-medycznie-wspomaganej-prokreacji-na-lata-2024-2028>

programu, 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.<sup>25</sup> Natomiast, gdy bierzemy pod uwagę czas trwania ciąży, to w tym programie pomiędzy rozpoczętymi działaniami, a skutkiem jest długi, dziewięciomiesięczny okres oczekiwania na efekt. Przejście przez jeden cykl leczenia w programie, daje szansę na urodzenie wielu dzieci, dlatego że w ramach jednego cyklu leczenia możemy uzyskać wiele zarodków. Bardzo trudne jest liczenie efektywności programu. W tej chwili, dzięki wsparciu Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, przygotowujemy się do szczegółowego podsumowania, wyliczenia efektywności tego programu. Mamy nadzieję, że uda nam się ująć całe spektrum i różnorodność efektów programu.

W Departamencie Równości w Zdrowiu w Ministerstwie Zdrowia skupiamy się równie nad działaniami, które powinny wydarzyć się przed procedurą in vitro. Problem niepłodności jest problemem pary, więc nasze działania muszą być kierowane zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn oraz do pary wspólnie. Aby osiągnąć skuteczność leczenia niepłodności oraz zwiększać dzietność w naszym kraju, w systemie ochrony zdrowia musimy zwiększać poczucie bezpieczeństwa tych par. W Ministerstwie Zdrowia działa Zespół do spraw. bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Prace Zespołu dotyczą zdrowia prokreacyjnego i opieki okołoporodowej, a w szczególności zagadnień związanych z opieką zdrowotną kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem, poszerzeniem badań prenatalnych, dostępnością znieczulenia zewnątrzoponowego w trakcie porodu, opieką laktacyjną, leczeniem niepłodności, monitorowaniem dostępu do antykoncepcji awaryjnej, edukacją seksualną oraz promocją szczepień przeciw HPV. Inne zagadnienia istotne dla zdrowia kobiet, którymi zajmuje się Zespół, to opieka nad kobietami dotkniętymi endometriozą, nietrzymanie moczu oraz zdrowie kobiet w czasie menopauzy<sup>26</sup>. Czekamy na wejście w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniającego dotychczas obowiązujący standard opieki okołoporodowej. Pierwsze rozporządzenie dotyczące standardu opieki okołoporodowej skupiało się nad opieką nad kobietą w ciąży przebiegającej fizjologicznie i miało przede wszystkim charakter profilaktyczny. To rozporządzenie zawiera dużo działań wspierających kobiety w ciążach powikłanych. Pragniemy rozwijać opiekę w środowisku kobiet, które nie powracają z dzieckiem do domu, ponieważ dziecko pozostaje nadal w szpitalu i opieki nad tym dzieckiem po powrocie do domu. Mamy nadzieję, że działania, które w Ministerstwie Zdrowia zostały podjęte redukcji bólu porodowego spowodują, że poczucie komfortu i bezpieczeństwa kobiet w podmiotach leczniczych będzie zdecydowanie większe i to spowoduje, że ich decyzja o macierzyństwie będzie łatwiejsza. Staramy się również ograniczyć „epidemię” cięć cesarskich, bo około połowa ciąż koń. To jest naprawdę czy się cesarskim cięciem. Panuje powszechne przekonanie, że jeżeli jest jakiś problem w trakcie ciąży, to jedynym rozwiązaniem jest cesarskie cięcie. To jest absolutnie daleko idącym uproszczeniem. Poród naturalny, to najlepiej zakończona ciąża z punktu widzenia zdrowia dziecka oraz zdrowia kobiety.

<sup>25</sup> <https://www.facebook.com/MZGOVPL>

<sup>26</sup> Zespół do spraw. bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet.

## prof. Robert Spaczyński, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy Ministerstwie Zdrowia



Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” charakteryzuje się innowacyjnością na skalę europejską. Specjaliści medycyny rozrodu są ginekologami-położnikami - jest to specjalizacja bardzo silnie zintegrowana. Każdy z nas potrafi odebrać poród oraz wykonać cięcie cesarskie. Na problem niepłodności należy spojrzeć nieco szerzej, na poziomie zdrowia kobiety. Najpierw dbamy o zdrowie reprodukcyjne, następnie prowadzimy leczenie niepłodności wg standardowego algorytmu, a w niewielkim odsetku par, które potrzebują zaawansowanej pomocy stosujemy procedury wspomaganego rozrodu. Stosowanie procedury in vitro nie odwróci trendów demograficznych, ale może wpłynąć znacząco na liczbę urodzeń. Pary, które pragną mieć potomstwo, uzyskują dzięki programowi ważne wsparcie.

Zdrowie kobiety, które zostało zaadresowane przez Ministerstwo Zdrowia przez ostatnie dwa lata jest niezwykle cenne. Mówimy o darmowych badaniach prenatalnych, szczepieniach w ciąży, opiece specjalistycznej okołoporodowej i przedporodowej w przypadku trudnych ciąży, a także programie leczenia bólu przy porodzie. Ból porodowy był jednym z czynników przyczyniających się do wzrostu liczby cięć cesarskich do poziomu ok. 52% porodów ogółem.

Zachowanie zdrowia prokreacyjnego wymaga niekiedy modyfikacji stylu życia zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, redukcji czynników ryzyka, takich jak otyłość i uzależnienia.

W naszej specjalizacji realizujemy obowiązkowy moduł szkoleniowy dotyczący metodologii badań i analizy statystycznej. Czynimy starania w kierunku pozyskania danych rejestrowych dotyczących leczenia niepłodności, gdyż program in vitro jest jednym z najłatwiejszych do oceny efektywności na podstawie danych, ile pieniędzy wydaliśmy na cykl oraz liczby ciąży klinicznych i żywych urodzeń.

W zakresie leczenia samotnych kobiet i par jedнопłciowych poruszamy się w ramach istniejących regulacji prawnych.

## prof. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, Rada ds. Leczenia Niepłodności przy Ministerstwie Zdrowia



Obecnie, w zakresie medycyny rozrodu potrafimy zrobić cuda.

Mamy kadre, która jest doskonale wykształcona, mamy wielu specjalistów z embriologii klinicznej i to również mających specjalizacje europejskie oraz ponad 140 lekarzy - specjalistów endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości. Kobieta, która nie ma szansy, aby zająć ciążę w sposób naturalny, może to zrobić dzięki medycynie rozrodu. Dlatego, wszyscy musimy budować odpowiednią wiedzę na temat rozrodczości, płodności i seksualności człowieka od najmłodszych lat. To powinien być element wyjęty z debaty ideologicznej w Polsce, ponieważ jest elementami Polskiej Racji Stanu. Dla przykładu krajem

w Europie, który wykonuje najwięcej cykli in vitro jest Federacja Rosyjska, która raportuje kilka razy więcej cykli leczenia niż Polska w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. W Izraelu rodzi się po in vitro prawie 10% dzieci, natomiast w Polsce do tej pory to ok. 2-3%. Myślę, że program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, który teraz realizujemy spowoduje, że będzie się rodzić tych dzieci około 5%. Innymi słowy, kompleksowa opieka nad kobietą i mężczyzną z problemami płodności powinna być sprawowana od najwcześniejszych etapów i wszystkimi metodami diagnostyczno-terapeutycznymi. Od prostej diagnostyki, do stosowania najbardziej specjalistycznych metod. Marzy mi się, aby procedura in vitro była zwykłą, rutynowo wykonywaną interwencją medyczną, bez wszystkich aspektów ideologicznych i limitów finansowych. Wg naszych szacunków, w Polsce żyje około 1,5 mln par z problemem niepłodności. Dlatego rocznie, powinno się wykonywać ok. 60-80 tys. cykli in vitro. Dodatkowo, spośród technik medycznie wspomaganą prokreacji, powinna być finansowana inseminacja domaciczna. Osoba trafiająca do ośrodka leczącego niepłodność powinna być kompleksowo leczona od początku do końca, wszystkimi dostępnymi metodami w zależności od wskazań, a finansowanie powinno odbywać się ze środków publicznych.

Doceniamy bardzo dobrą współpracę naszego środowiska z Ministerstwem Zdrowia. Czujemy, że jesteśmy partnerem jako środowisko naukowe oraz środowisko pacjentów i pacjentek. Środowisko pacjentów i pacjentek jest najważniejszym partnerem w dyskursie jak leczyć niepłodność, czym jest in vitro oraz jaką rolę pełni pacjent we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia niepłodności. Tylko nasza wspólna praca może spowodować sukces, jakim jest zajście w ciążę i urodzenie zdrowego dziecka. Nasze wyliczenia mówią o tym, że przy finansowaniu na poziomie, nie 600 mln zł wydawanych obecnie, ale 800 mln zł, w Polsce może się rodzić dodatkowo nawet ponad 15 tysięcy dzieci rocznie.

## Leszek Stabrawa, specjalista w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia, Alphamed

W publikacji pt. „Ostatnie zmiany w publicznym finansowaniu zapłodnienia in vitro w Polsce i ich przewidywane konsekwencje” przeanalizowano dane z pierwszych siedmiu miesięcy (czerwiec 2024 – grudzień 2024) programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji na lata 2024-2028”.<sup>27</sup> Prognozy do 2030 r. zostały skonstruowane przy użyciu modelowania epidemiologicznego, konserwatywnych założeń dotyczących wyników urodzeń i trzech ekonomicznych podejść do wyceny dla życia ludzkiego, z modelem bazowym wykorzystującym PKB na mieszkańca i oczekiwaną długość życia. Ekstrapolowane szacunki sugerują, że do 2030 r. zostanie przeprowadzonych ok. 499 060 procedur ART, w wyniku czego dojdzie do 97 533 ciąż i ok. 85 829 żywych urodzeń. Przewiduje się, że ART przyczyni się do co najmniej 5,3% wszystkich porodów w Polsce. Zwrot ekonomiczny z urodzeń związanych z ART, w oparciu o wariant bazowy, szacuje się na 69,2 mld PLN (17,3 mld USD) rocznie, wobec średniej inwestycji publicznej w wysokości 0,8 mld PLN (0,2 mld USD). Wynika z tego, że publiczne finansowanie procedur wspomaganego rozrodu stanowi wysoce opłacalną inwestycję demograficzną i gospodarczą w Polsce.



<sup>27</sup> Kurzawa, Rafał MD, PhDa,b; Stabrawa, Leszek MSc. Recent changes in public funding of in vitro fertilization in Poland and their expected implications. *Global Reproductive Health* 10(4):e0116, Winter 2025. | DOI: 10.1097/GRH.000000000000116 Dostępne:

[https://journals.lww.com/grh/fulltext/2025/09010/recent\\_changes\\_in\\_public\\_funding\\_of\\_in\\_vitro.3.aspx](https://journals.lww.com/grh/fulltext/2025/09010/recent_changes_in_public_funding_of_in_vitro.3.aspx)

Program wymaga elastycznych mechanizmów finansowania, poprawy infrastruktury danych i przestrzegania praktyk opartych na dowodach. ART należy uznać nie tylko za konieczność kliniczną, ale za strategiczny element krajowej polityki demograficznej. Bez dodatkowych środków różnica między potrzebami medycznymi a dostępnym finansowaniem może spowodować prognozowany niedobór 170 tys. procedur. Odpowiada to szacunkowemu rocznemu deficytowi w wysokości 249 mln PLN (62 mln USD) i skumulowanemu deficytowi w wysokości 1,5 mld PLN (375 mln USD) w stosunku do planowanego czasu trwania programu.

W naszych analizach, jako *benchmark* przyjęliśmy system hiszpański z uwagi na podobieństwo, jeżeli chodzi o sytuację demograficzną, ludnościową, ale także podejścia światopoglądowego. Rzecz, o której wiedzieliśmy już na początku, a potem tylko utwierdziliśmy się w tym, która różni nasz system z systemem hiszpańskim, to jest dojrzałość. To znaczy, hiszpański program leczenia niepłodności jest programem bardzo dojrzałym, dobrze skonstruowanym, usprawnianym i ulepszanym w oparciu o doświadczenia, które Hiszpanie mieli. Wynika z tego, że porównaliśmy się do bardzo dojrzałego, sprawnie działającego, uważam, że najlepiej w Europie działającego systemu leczenia płodności metodą *in vitro*, ale zrobiliśmy to w pewien sposób celowo. To znaczy, skoro jesteśmy w tej sytuacji, że program może być budowany, to trzeba mierzyć jak najwyżej. Można skorzystać z tych doświadczeń, a równocześnie wiemy, że osiągnięcie takich celów, takich pułapów jest absolutnie możliwe, bo skoro udaje się to w Hiszpanii, nie ma żadnego powodu, żeby nie udało się to w Polsce. Wobec czego przyjęliśmy taki wysoki *benchmark*, taką wysoką półkę, jeżeli chodzi o prognozowanie naszych efektów i na tej podstawie oszacowaliśmy, w jaki sposób będzie przebiegała liczba rozpoczętych cykli, potem liczba ciąż i liczba urodzeń dzieci w okresie funkcjonowania programu. Drugim elementem było wyliczenie, co tak naprawdę niesie ze sobą program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” z punktu widzenia finansowego. Jak już zastrzegłem na samym początku, to jest bardzo utylitarne podejście, ale traktowaliśmy urodzenia, jako zasób. Niezależnie od metody, którą wybraliśmy do oceny możliwości tego zasobu i jego wpływu na gospodarkę, okazuje się, że finanse, które są alokowane w program są inwestycją z fenomenalną stopą zwrotu. Fenomenalną, to znaczy zasoby finansowe, które generuje ten program są o co najmniej dwa rzędy wielkości wyższe, aniżeli środki, które są w ten program wkładane.

Jednym z wniosków naszych prac było to, że jest absolutnie konieczne, szczególnie z punktu widzenia publicznych środków, które są zaangażowane w cały ten proces, przygotowanie rejestru, który będzie prawidłowo zbierał dane. Rejestr będzie umożliwiał przygotowywanie takich prognoz, takich perspektyw, jakie tylko będą potrzebne, bo proszę pamiętać, myśmy zrobili tylko właściwie perspektywę społeczną i perspektywę, nazwijmy to, szeroko finansów publicznych. Perspektyw analizy takich danych, jak demograficznych, jak i finansowych jest wiele. Jest to perspektywa świadczeniodawcy, pacjenta, systemu ubezpieczeń zdrowotnych, czy społeczna. My zrobiliśmy analizę tylko taką, na jaką pozwalają dane, które otrzymaliśmy. Wniosek, który uważam, że powinien być wraz z rejestrem rozpatrywany, a mianowicie dynamiczna analiza zachowań, jeżeli chodzi o pacjentów i świadczeniodawców (ośrodki kliniczne). Innymi słowy, mówiąc najprościej, monitorowanie kolejek. Kolejka, jak to powiedział jeden z ekspertów w ochronie zdrowia, to jest technologia medyczna o udowodnionej szkodliwości. Jeżeli będziemy mieli pełną informację odnośnie zasobów systemu, czyli tego w jaki sposób są rozdysponowane środki w kontekście procedur wykonywanych, będziemy wiedzieć, jakie są kolejki, a to będzie implikować na analizę bazy ośrodków w kontekście funkcjonowania programu.

Kolejnym wnioskiem jest stwierdzenie, że w Polsce są niewykorzystane moce przerobowe ośrodków klinicznych. Innymi słowy tych pacjentek, które mogą być włączone do programu na podstawie tylko aktualnej bazy, jeżeli chodzi o świadczeniodawców, może być znacznie więcej. Ograniczeniem jest wyłącznie budżet programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację na lata 2024-2028”. Wskazujemy, że budżet programu powinien być zwiększony z tego względu, że istnieje na obecnych warunkach możliwość jego zużycia, a inwestycja, o czym powiedziałem już wcześniej, ma naprawdę fenomenalną stopę zwrotu. A więc to nie są pieniądze wydane na coś, co jest ważne społecznie, jest ważne ekonomicznie, ale jest tylko wydatkiem. Tutaj mówimy o absolutnie dobrze pojętej inwestycji.

## dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, przewodniczący Komisji Bioetycznej NIO-PIB



W kontekście dzisiejszej konferencji „Liczymy się z naszym zdrowiem”, przypomnę, że dziesięć lat temu, dokładnie taki sam tytuł nadaliśmy naszej pierwszej debacie Medycznej Racji Stanu. Bardzo dużo zmieniło się od tego momentu. Przede wszystkim mamy wielką satysfakcję z osiągniętej sprawczości, dzięki zapraszanym znakomitym i wybitnym ekspertom reprezentującym różne podmioty medyczne oraz pozamedyczne, łącznie z organizacjami pacjenckimi oraz dzięki systematycznym raportom publikowanym po każdej debacie, które potem trafiały na biurka parlamentarzystów, ministrów i innych najwyższych rangą w państwie urzędników.

Współczuję wspierającym nasze postulaty parlamentarzystom i empatycznym profesjonalnym decydom w różnych urzędach państwowych, że nie potrafili przebić się z tak oczywistą i ważną dla całego społeczeństwa sprawą, jak wprowadzenie powszechnej i ustawicznej edukacji w zakresie promocji zdrowia w szkołach, o którą Polska Unia Onkologii zabiega już od 30 lat. Aż dziw bierze, że decydom nie zależy, żeby mieć dobrze wychowane i uświadomione prozdrowotnie młode pokolenie, a w niedalekiej przyszłości całe społeczeństwo, które będzie umiało się troszczyć o swoje zdrowie. Społeczeństwo, które będzie współodpowiedzialne za swoje zdrowie i nie popełni takich błędów, jak starsze pokolenia. Żadne, nawet najwyższe nakłady finansowe nie wystarczą, żeby uzdrowić sytuację systemu ochrony zdrowia w Polsce, jeżeli nie zaczniemy od podstaw edukacji zdrowotnej „od przedszkola do seniora” z większym niż do tej pory aktywnym udziałem mediów publicznych centralnych i lokalnych.

W zakresie onkopłodności, już w latach 70. ubiegłego wieku współpracowaliśmy z klinikami ginekologiczno-położniczymi w Warszawie, lecząc młodych mężczyzn z powodu raka jądra, a kobiety z rozpoznaniem nowotworów ginekologicznych, potrafiliśmy zastosować takie metody leczenia, które nie pozbawiały płodności. Stosowaliśmy przy radioterapii indywidualnie konstruowane osłony i techniki radioterapeutyczne, które pozwalały zachować płodność zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Prowadziliśmy rozmowy z młodymi pacjentami i pacjentkami na temat możliwości, przed wdrożeniem leczenia onkologicznego, zdeponowania w krio-banku nasienia lub komórek jajowych, bo już wtedy były takie możliwości. Obecnie dzięki zachowanej onkopłodności po leczeniu nowotworów onkohematologicznych, persi i innych żyją setki urodzonych zdrowych dzieci, które dzisiaj są już osobami dorosłymi. Od kilku lat przy Polskim Towarzystwie Onkologii Klinicznej i Polskim Towarzystwie Onkologicznym istnieje sekcja onkopłodności, zajmująca się problematyką zachowania płodności po leczeniu onkologicznym. W całej Polsce, w dużych centrach onkologii bardzo troszczymy się o to, żeby

przekazywać odpowiednie informacje, umiejętnie rozmawiać z pacjentkami, pacjentkami i ich partnerami czy małżonkami, żeby już z góry można było określić, na ile możemy być pomocni w podjęciu właściwych decyzji w zakresie onkopłodności. Myślę, że bardzo dużo zrobiono w Polsce w tym zakresie. Coraz więcej ośrodków podejmuje tego typu działania. Mamy dobrze wyszkolonych lekarzy, którzy posiadają umiejętności odpowiedniego komunikowania się z osobami chorymi o różnych poglądach, o różnym stopniu wykształcenia. Te często niełatwe rozmowy doprowadzają do tego, że coraz więcej dzieci rodzi się, mimo, że u ich rodziców była choroba nowotworowa, było nawet przeprowadzone ciężkie i toksyczne leczenie. Tylko trzeba wiedzieć, w którym momencie, jakie leczenie można zastosować, żeby osiągnąć efekt końcowy, który sprowadza się do urodzenia zdrowego i dobrze rozwijającego się dziecka.

Na marginesie zagadnienia onkopłodności, jeszcze raz chcę podkreślić, że to jest tylko fragment „góry lodowej” z tych problemów, które poruszaliśmy. Bo jeżeli ciągle nasi decydenci nie widzą potrzeby dobrego zainwestowania w edukację zdrowotną, prewencję i profilaktykę, o co wielokrotnie zabiegamy przy różnych spotkaniach, to nie uzyskamy zmniejszenia liczby zachorowań i nie doprowadzimy do osiągnięcia lepszych wyników leczenia nie tylko w onkologii, lecz także w zakresie wszystkich chorób cywilizacyjnych. W tej chwili Dania i inne kraje skandynawskie poważnie myślą o tym, żeby w ciągu najbliższych kilkunastu lat doprowadzić do sytuacji, w której wydatki na prewencję, profilaktykę i edukację zdrowotną będą stanowić ok. 50% wszystkich wydatków na zdrowie. Jeżeli my nie zrozumiemy i nasi decydenci nie będą mieli odwagi, żeby właśnie ponad podziałami i poza polityką w sposób absolutnie rozsądny przeznaczyć odpowiednie środki wzorem krajów skandynawskich, to nasz system zdrowia tego dłużej nie wytrzyma. Ja już nie mówię o 50% wydatków na zdrowie publiczne, ale aktualnie przeznaczamy na ten cel jedynie 1,7% wydatków ogółem. Absolutnie musimy dążyć do tego, żeby wreszcie przede wszystkim zarządzać zdrowiem, a nie tylko chorobą.

**prof. Małgorzata Myśliwiec, kierownik  
Katedry Kliniki Pediatrii, Diabetologii i  
Endokrynologii Gdański Uniwersytet  
Medyczny**



Uważam, że na profilaktykę zdrowotną powinniśmy przeznaczać więcej funduszy, co najmniej na poziomie średniej unijnej, ponieważ zainwestowanie w profilaktykę przełoży się na prewencję rozwoju pełnoobjawowej choroby przewlekłej, jej powikłań, a także na zmniejszenie kosztów systemowych związanych z ich leczeniem. Dane publikacyjne i doświadczenia kliniczne jednoznacznie wskazują, że leczenie powikłań i późno rozpoznanych chorób kosztuje dużo więcej niż wczesna interwencja. Przykładem jest koszt leczenia osób z cukrzycą w Polsce, 75% wydatków związanych z cukrzycą to leczenie powikłań. Dlatego w pełni uzasadnione jest u osób z rozpoznaną chorobą przewlekłą zastosowanie najlepszych metod terapeutycznych (leki, wyroby medyczne), najlepszych urządzeń monitorujących efekty terapeutyczne oraz optymalizacja modelu opieki nad osobami z cukrzycą.

Istotnym elementem w systemie opieki zdrowotnej jest wczesne wykrywanie choroby, zastosowanie dostępnych metod terapeutycznych, spowolnienie lub nawet zatrzymanie jej rozwoju. Dobrym przykładem są badania przesiewowe w kierunku zaburzeń lipidowych i cukrzycy, na wczesnym etapie rozwoju, gdy przebieg kliniczny jest bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Badania epidemiologiczne

pokazują, że są one częstym problem zdrowotnym, bo występują w przypadku cukrzycy typu 1 i hipercholesterolemii rodzinnej z częstotliwością około 1:250.

W maju 2025 roku dzięki staraniom i inicjatywom licznych środowisk eksperckich, pacjenckich, w których aktywnie brałam udział udało się wprowadzić rozporządzenie Ministra Zdrowia rozszerzające świadczenie gwarantowane z zakresu podstawowej opieki w ramach bilansu 6-latka o lipidogram, które ma na celu zwiększenie wykrywalności zaburzeń lipidowych w populacji dziecięcej, zwłaszcza hipercholesterolemii rodzinnej. W przypadku wykrycia nieprawidłowości np. w zakresie poziomu cholesterolu  $LDL \geq 130$  mg/dl pacjent zostaje skierowany do ośrodków pediatrycznych lipidologicznych celem dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia. Obecnie kilkanaście poradni ośrodków diabetologiczno-endokrynologicznych w Polsce jest przygotowanych na przyjęcie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi. Wraz z moim Zespołem Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego zbudowaliśmy ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną zaburzeń lipidowych zaczynając od świadczeń w Podstawowej Opiece Zdrowotnej po specjalistyczne ośrodki lipidologiczne. Niewątpliwie dalszym krokiem jest wprowadzenie nazwy Poradni Lipidowej. Obecnie pacjenci przyjmowani są w ramach Poradni Diabetologicznej, Endokrynologicznej, a wizyty są rozliczane z kontraktu diabetologicznego, endokrynologicznego. W ramach prac w Ministerstwie Zdrowia w obszarze Odwróconej Piramidy Świadczeń zadbałam o stworzenie nowego świadczenia porady lipidowej. Bardzo ważnym elementem pracy tej poradni są konsultacje dietetyczne.

Wprowadzenie powszechnego badania przesiewowego w czasie bilansu 6-latka w kierunku zaburzeń lipidowych miało na celu zaadresowanie palącego problemu zdrowia publicznego, jakim jest niski poziom ich zdiagnozowania, w tym hipercholesterolemii rodzinnej, choroby która przed wprowadzeniem tych badań była rozpoznawana na poziomie 3-5%. Należy przypomnieć, że hipercholesterolemia rodzinna jest chorobą monogenową o autosomalnym dominującym sposobie dziedziczenia, co za tym idzie, jest przekazywana z pokolenia na pokolenie, a ryzyko odziedziczenia tej choroby od chorego rodzica wynosi u dziecka 50%. Stale podwyższony poziom cholesterolu LDL przyczynia się do zachodzenia już w okresie dzieciństwa wczesnego procesu miażdżycowego w sposób niemy klinicznie. Dzieci z heterozygotyczną postacią hipercholesterolemią rodzinną od urodzenia zmagają się z często nawet trzykrotnym podwyższonym poziomem LDL cholesterolu. W przypadku braku wdrożenia leczenia farmakologicznego statynami, które możemy zastosować u dzieci od 5 roku życia obserwuje się znacznie zwiększone ryzyko u nich przedwczesnej choroby wieńcowej już po 20 roku życia. Szacuje się, że u 50% nieleczonych mężczyzn i 20-30% nieleczonych kobiet z FH rozwija się śmiertelna choroba wieńcowa serca jeszcze przed 60 rokiem życia. W przypadku nietolerancji statyn lub brak osiągnięcia celu terapeutycznego mamy już w ręku inne narzędzia terapeutyczne, czyli leczenie w ramach programu lekowego B.101, którego byłam wraz z moim Zespołem autorem. Program wykorzystuje nowoczesne leki, takie jak inhibitory PCSK9 (alirokumab, ewolokumab).

Ponadto wdrożenie przedmiotowego rozwiązania w przypadku potwierdzenia diagnozy FH u dziecka umożliwia zdiagnozowanie innych chorych osób w jego rodzinie. Pragnę również mocno podkreślić, że z uwagi na wspomniany mechanizm dziedziczenia FH wraz z diagnozą dziecka uda się zidentyfikować co najmniej jednego chorego rodzica, nie wspominając o możliwości weryfikacji rodzeństwa i dalszej rodziny. W konsekwencji umożliwi to diagnozowanie dorosłych chorych, u których jeszcze nie wystąpiło zdarzenie sercowo-naczyniowe. Jest to bardzo istotne, ponieważ obecnie średni wiek pacjenta w Polsce, u którego diagnozowane jest FH wynosi 41 lat, rozpoznanie jest stawiane najczęściej dopiero po wystąpieniu u niego pierwszego zdarzenia sercowo-naczyniowego, najczęściej zawał mięśnia sercowego.

Należy dodać, że wykonanie lipidogramu w czasie bilansu 6-latków pozwoli na wykrycie innych zaburzeń lipidowych, w tym dyslipidemii wtórnej. Istnieją liczne choroby, czynniki, w tym leki, które mogą podwyższać poziomy cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu i triglicerydów, prowadząc czasem do stężeń podobnych jak w przypadku FH. Do przyczyn wtórnej hipercholesterolemii należą między innymi: niedoczynność tarczycy, zespół nerczycowy, cukrzyca, zespół Cushinga, porfiria, anoreksja i celiakia.

Chciałam mocno podkreślić, iż z pobranej krwi u dziecka w czasie bilansu 6-latka będzie można oznaczyć w przyszłości inne niż lipidogram parametry biochemiczne, immunologiczne, które pozwolą na wykrycie chorób, które przebiegają często bezobjawowo (stadium 1 i stadium 2 cukrzycy) lub skąpoobjawowo (celiakia) jak to już się dzieje w innych krajach Unii Europejskiej.

Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 1 oparte jest na ocenie przeciwciał przeciw komórkom  $\beta$  trzustki. Prowadzenie tych badań oraz monitorowanie osób w stadiach przedklinicznych przynosi istotne kliniczne, ekonomiczne i systemowe korzyści takie jak:

1. Redukcja częstości występowania kwasicy ketonowej w momencie rozpoznania klinicznie jawnej cukrzycy typu 1 z 45% do mniej niż 5%. Kwasica ketonowa stanowi nie tylko bezpośrednie zagrożenie życia dziecka z cukrzycą typu 1, ale może skutkować licznymi ostrymi powikłaniami, takimi jak obrzęk mózgu, udar niedokrwieny mózgu, w przyszłości zaburzeniami funkcji poznawczych.
2. Czas na przygotowanie dzieci i rodzin na przejście do terapii insulinowej.
3. Możliwość zastosowania leczenia biologicznego, która może spowolnić, a nawet zatrzymać rozwój pełnoobjawowej cukrzycy typu 1. Na dzień dzisiejszy jest możliwość zastosowania nowoczesnej terapii w stadium 1 cukrzycy typu 1 komórkami T regulatorowymi u dzieci (TREG), w ramach badań klinicznych, które prowadzimy w Klinice Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Pierwsza na świecie terapia komórkowa limfocytami T regulatorowymi do leczenia dzieci z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1 powstała w ścisłej współpracy naszej kliniki z Panem Prof. Piotrem Trzonkowskim.

W zakresie wyrobów medycznych stosowanych w cukrzycy mamy w tej chwili dwa postulaty do Ministra Zdrowia. Po pierwsze, refundacja pomp insulinowych po 26. roku życia. Obecnie w Polsce jest refundacja pomp insulinowych tylko do 26. roku życia. Widzimy, że ponad 80% naszych pacjentów rezygnuje z tych urządzeń po ukończeniu 26. roku życia z przyczyn finansowych. Druga prośba, to refundacja systemów ciągłego monitorowania glikemii (CGM) u każdego pacjenta, który jest na insulinoterapii. Monitorowanie glikemii u leczonych przez nas pacjentów jest gwarancją utrzymania efektu zdrowotnego oraz uniknięcia powikłań z powodu niewyrównanej cukrzycy. Wiemy z danych NFZ, że 75% budżetu wydawanego na cukrzycę to jest leczenie powikłań. Do Ministerstwa Zdrowia, z ramienia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii zostały skierowane dwie Karty Oceny Świadczenia Zdrowotnego w tym zakresie. Dzięki tym refundacjom nasi pacjenci będą żyć tak samo długo, jak zdrowi pacjenci. Przypomnę, że pacjenci z cukrzycą żyją średnio 12 lat krócej. Będą aktywni zawodowo, społecznie, rodzinnie, ale przede wszystkim zachowają wysoką jakość życia.

## prof. Lucyna Ostrowska, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości



W ciągu 2025 roku dużo się wydarzyło, jeśli chodzi o chorobę otyłościową. Dużo pod względem omawiania tego problemu, natomiast nieco mniej w zakresie skutecznych działań. Odniosę do danych epidemiologicznych i powiem, jaką mamy ocenę IPSOS, jeśli chodzi o świadomość choroby otyłościowej w Polsce. W ubiegłym roku ta świadomość sięgała 4% pacjentów z otyłością. W tej chwili IPSOS podaje, że jest to 69% pacjentów. Wynika z tego, że znacząco wzrosła edukacja na temat otyłości jako choroby. Świadomość, że otyłość to choroba, dotyczy więc większości naszych pacjentów. Ta świadomość wzrosła również wśród przedstawicieli sektora medycznego, czyli lekarzy i zespołów terapeutycznych, dietetyków, fizjoterapeutów, farmaceutów i psychologów. Wszyscy mówimy jednym głosem, że jest to choroba i że trzeba ją leczyć. Jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości bardzo się cieszymy, że bardzo dużo towarzystw naukowych podniosło problem choroby otyłościowej w swoich stanowiskach i wytycznych. Niemniej jednak nie zadziało się prawie nic, jeśli chodzi o refundację leczenia otyłości. Wg IPSOS, tylko 4% pacjentów z chorobą otyłościową jest skutecznie leczonych farmakologicznie, więc wzrosło to co prawda z 1-2% (względem lat ubiegłych), ale wciąż pozostali pacjenci nie mają dostępu do leczenia kompleksowego (niefarmakologicznego i farmakoterapii), ani zorganizowanej ścieżki terapeutycznej. Statystyczny Kowalski, który chciałby rozpocząć leczenie i uzyskać poradę dotyczącą choroby otyłościowej, tak naprawdę pyta, gdzie i do kogo ma się udać, bo wciąż nie wie. Cała odpowiedzialność za leczenie choroby otyłościowej spadła na lekarza rodzinnego. Tutaj w porozumieniu z Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej i Panią konsultant krajową Prof. Agnieszką Mastalerz-Migas, udało się przynajmniej część tych pacjentów z chorobą otyłościową przekierować do opieki koordynowanej w POZ (ale tylko tych mających już powikłania metaboliczne tj. cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe i sercowo-naczyniowe, nefrologiczne, endokrynologiczne czy pulmonologiczne). Wciąż nie ma ścieżki opieki koordynowanej w POZ dla pacjenta z chorobą otyłościową bez powikłań metabolicznych (mogących mieć powikłania mechaniczne, psychologiczne czy obciążeniowe). Dodatkowo niepokojące dane, które usłyszeliśmy w raporcie o zdrowiu, że liczba POZ w Polsce, które podjęły opiekę koordynowaną stanowi jedynie 50%, przy czym tylko 25% z nich podjęło pełną opiekę koordynowaną (pięćścieżkową). Natomiast pozostałe 25% POZ wybrało tylko dwie ścieżki opieki koordynowanej. Najczęściej jest to ścieżka diabetologiczna i kardiologiczna albo endokrynologiczna i kardiologiczna. Należałoby też dodać, że nadal nie jest to ścieżka ustalona tylko dla pacjenta z chorobą otyłościową, a jedynie stanowi możliwość przekierowania pacjenta z powikłaniem tej choroby do konkretnego specjalisty, a ten przy okazji ma zająć się leczeniem choroby przyczynowej (otyłości). Stąd idąc dalej - nie ma też ustalonej ścieżki wewnątrz opieki koordynowanej dla pacjentów z otyłością. Czyli ten pacjent ma szansę na otrzymanie od lekarza rodzinnego skierowania na konsultację u kardiologa, diabetologa czy endokrynologa, ale wciąż nie ma opieki kompleksowej, o którą cały czas zabiegamy, czyli nie ma opieki zespołu terapeutycznego leczącego chorobę otyłościową. W opiece koordynowanej udało się zakontraktować sześć porad dietetycznych i trzy porady edukacyjne, co można połączyć ze sobą i będzie to dziewięć porad dietetycznych, a to już dobry początek. Natomiast wciąż nie ma tam porad psychologicznych i fizjoterapeutycznych. Nadal niesatysfakcjonująca jest współpraca z chirurgami bariatrycznymi.

Przypomnę, że przypadków otyłości, która powinna być diagnozowana i kierowana do leczenia bariatrycznego jest 2,4% w naszym społeczeństwie, a jest to około 900 tysięcy do miliona osób, więc

jest to znacząca grupa. Zawieszony został program KOS-BAR (Program kompleksowej opieki medycznej dla chorych na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie), który przestał funkcjonować, jako program pilotażowy w marcu 2025 roku. Teraz mamy tylko tych pacjentów, których chirurdzy bariatrycy zdążyli zakwalifikować do programu i ci pacjenci są już po operacjach i są w obserwacji osiemnastomiesięcznej. Jesteśmy na etapie ewaluacji tego programu, ale to nie zmienia faktu, że mieliśmy obiecać, że ten program od stycznia 2026 roku będzie świadczeniem gwarantowanym. Teraz wiemy, że od stycznia 2026 roku to nie nastąpi, w związku z tym ta ścieżka również nie została przetarta i ustalona. Podsumowując, ścieżki pacjenta dorosłego z chorobą otyłościową wciąż nie ma. Liczymy na dobrą wolę lekarzy rodzinnych, że tę chorobę będą diagnozowali, a przynajmniej, że każdego pacjenta raz do roku zważą, zmierzają i o tej chorobie porozmawiają. Tak więc trochę się coś w tym temacie zmieniło, ale wciąż jesteśmy chyba na początku, jeśli chodzi o skuteczne leczenie tej choroby.

Jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości podjęliśmy starania o certyfikowany program umiejętności w zawodzie obesitologa. Znalazło to poparcie w Ministerstwie Zdrowia. W związku z tym złożyliśmy ten program i jesteśmy na etapie konsultacji. Również jako Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości certyfikujemy lekarzy na swojej platformie edukacyjnej. Certyfikujemy również ośrodki kompleksowego leczenia otyłości, które umieszczamy sukcesywnie na mapie Polski. Jeśli pacjent pyta, gdzie się udać, to mamy listę certyfikowanych lekarzy i listę certyfikowanych ośrodków. Rozpoczęliśmy również rozmowy z Departamentem Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia nad refundacją leków do leczenia choroby otyłościowej w populacji młodzieży i dorosłych<sup>28</sup>.

## dr Andrzej Mądrała, wiceprzewodniczący RN Szpital MAVIT, Grupa LuX Med



Zastanówmy się, jakie rozwiązania systemowe sprzyjają temu, żeby pracownik był jak najdłużej aktywny zawodowo i społecznie. Jakie znaczenie dla pracodawcy ma jak najszybszy powrót pracownika do pracy? Jak pracodawca może to wspierać? Przez wiele lat byłem wiceprezydentem Pracodawców RP do spraw zdrowia i zabiegałem, żeby cały prywatny sektor zdrowotny był traktowany w Polsce poważnie. W 2000 roku utworzyłem Centrum Medyczne Mavit Okulistyka w Warszawie. Z moich doświadczeń wynika, że zdrowy pracownik to jest coś bezcennego. I co zrobić, żeby ten pracownik rzeczywiście pracował i był zdrowy? Powołaliśmy grupę roboczą, która już od trzech miesięcy organizuje raz w miesiącu spotkanie z przedstawicielami zakładów pracy. Poprosiliśmy, żeby ten reprezentant był ekspertem i członkiem zarządu, bezpośrednio związanym z prezesem, z dyrektorem danego zakładu pracy oraz żeby miał wpływ na to, co dzieje się w danym zakładzie pracy. I rzeczywiście grupa ta jest już duża. Słyszymy od nich, że pieniądze, które wkładamy w profilaktykę zdrowotną dla pracowników, to są najlepsze inwestycje, jakie mogą być.

Bardzo ważne są działania świadomościowe, głównie medialne, aby dotrzeć do społeczeństwa i pokazać, jakie są możliwości edukacji i profilaktyki zdrowotnej. Chcemy o tym rozmawiać w lutym 2025 roku na spotkaniu z Dyrekcją Programową Telewizji Polskiej. Jest projekt, żeby powołać kanał Zdrowie. Kanał Senior już funkcjonuje, ale mało mówi o zdrowiu. A właśnie o to chodzi, żeby wpleść w te duże programy, seriale oraz inne formy tematy zdrowotne.

<sup>28</sup> Lista certyfikowanych ośrodków. PTLO 2025 [https://ptlo.org.pl/lista\\_certyfikowanych\\_osrodkow](https://ptlo.org.pl/lista_certyfikowanych_osrodkow)

## dr Piotr Winciunas, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrala Zakładu Ubezpieczeń Społecznych



Zakład Ubezpieczeń Społecznych ma wszystko policzone. Mamy bardzo dobrą bazę danych, z której możemy wyciągać różne wnioski. Widzimy już „pierwsze jaskółki” inwestycji w skuteczne leczenie przez NFZ. Refundacja nowoczesnych metod leczenia w cukrzycy i stwardnieniu rozsianym przez NFZ, przełożyła się na zmniejszenie wydatków, jakie ponosimy z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu rent i absencji chorobowych. W 2024 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły 57,4 mld zł i w porównaniu z 2023 r. wzrosły o ponad 8,2 mld zł, czyli o 16,7 proc. Kwota tych wydatków w omawianym roku stanowiła 1,6 proc. PKB i w stosunku do roku poprzedniego udział ten zwiększył się o 0,2 pkt proc. — wynika z najnowszych danych ZUS przedstawionych w raporcie pt. „Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2024 r.”<sup>29</sup> Te wydatki rok do roku wzrastają. Dodatkowo niezaplanowany ogromny wydatek z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych to była pandemia COVID-19. Nie znaleźliśmy takiej choroby, aby te wydatki w szczytowym okresie pandemii sięgnęły ponad 200 milionów złotych z tytułu samej absencji. Ja nie mówię o tej niezdolności długotrwałej, czyli że ktoś, kto zachorował na powikłania, stał się niezdolny do pracy, ale to też musimy ująć.

Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych ZUS opracowuje dane dotyczące charakterystyki wpływów do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Prognozy dotyczące tych wpływów do 2080 roku nie są korzystne. Zmieni się struktura osób, które aktywnie wpłacają składki do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, a liczba osób, które pobierają świadczenie już po wieku produkcyjnym się zwiększy. Zdajemy sobie sprawę, że każdy system emerytalny w krajach, w których jest problem z demografią jest systemem bardzo droгим. To jest system kosztowny, bo jak się wydłuża nam średnia długość życia, a jednocześnie mamy zmniejszenie wpłat do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z powodu mniejszej liczby pracujących, to budżet państwa musi do FUS dopłacić. Optymistycznym jest, że coraz więcej emerytów pracuje. To jest dobre, ale dopóki nie poprawimy trendów w demografii, w tym przede wszystkim spadku dzietności, to system FUS będzie wymagał zwiększonej wpłaty z budżetu. Trzeba pamiętać, że wpływy do ZUS, to są składki, ale one w większości przypadków są zaraz relokowane na wypłaty. Więc te pieniądze, które wpływają do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, to one *de facto* od razu są wypłacane. Aktualnie, osób, które aktywnie opłacają składkę, czyli czynnych zawodowo mamy około 15 milionów, a osób, które pobierają świadczenia emerytalne i rentowe z ZUS jest 9 milionów. Obecnie ta proporcja jeszcze nie jest taka zła, ale w naszych prognozach związanych z demografią pojawia się pesymistyczne scenariusze sugerują, że w perspektywie 2080 r. może to być nawet 1,2 osoby pracującej na 1 emeryta.

<sup>29</sup> <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swadczenia-z-ubezpieczen-spolecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

## prof. Krzysztof Giannopoulos, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów



W hematoonkologii obserwujemy dynamiczny postęp, jeśli chodzi o nowe terapie. W kontekście szpiczaka należy podkreślić, że postęp, który się dokonał w ostatnich latach jest ściśle związany z dostępnością do nowych leków. Dzięki temu pacjenci ze szpiczakiem plazmocytowym coraz dłużej żyją. Niedawno były to dwa - trzy lata, dzisiaj pięć, a nawet dziesięć lat. Oczywiście, jest to taka choroba, gdzie trzeba precyzyjnie planować kolejne linie leczenia. To bardzo skomplikowany proces, bo należy to robić z pewnym wyprzedzeniem. Razem z MZ i NFZ robiliśmy analizę pacjentów ze szpiczakiem włączonych do terapii po 2015 roku. Publikacja miała miejsce kilka lat temu. Teraz zajęliśmy się aktualizacją tego raportu, biorąc pod uwagę decyzje refundacyjne z ostatnich lat. I nie chcąc wyprzedzać publikacji, mogę powiedzieć, że widać ogromny postęp w kontekście przeżycia obu grup, zarówno grupy kwalifikującej się do przeszczepienia, jak również pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia. W tej drugiej grupie odnotowaliśmy nawet większy postęp, dlatego że tam nie możemy stosować najskuteczniejszego leczenia, czyli konsolidacji pierwszej linii leczenia przeszczepieniem. Wynika z tego, że pacjenci, którzy żyli wcześniej trzy lata, to teraz mediana ich przeżycia jest znacznie wydłużona. Naprawdę, to jest niesamowite osiągnięcie nowych możliwości farmakoterapii. Terapie czterolekowe, które są wprowadzane w pierwszej linii terapii szpiczak mogą nawet prowadzić do mediany czasu do progresji ok. 17 lat. Także to jest wręcz niesłychane, biorąc pod uwagę, że rozpoznanie pacjentów jest stawiane z medianą wieku 71 lat.

Natomiast odnośnie naszych potrzeb refundacyjnych, to one są związane z faktem, że rejestrują się coraz bardziej skuteczne nowe terapie. W kontekście pierwszej linii leczenia szpiczaka potrzeby refundacyjne będą dotyczyć dwóch schematów, które są w procesie refundacyjnym. Są to daratumumab w połączeniu z lenalidomidem i bortezomidem oraz deksametazonem. Są to różne schematy pod kątem dalszego leczenia, ale są to schematy czterolekowe dla pacjentów zarówno kwalifikujących się do przeszczepienia, jak i niekwalifikujących się do przeszczepienia. Czyli to jest to, o czym mówiliśmy parę lat temu i czego się spodziewaliśmy, że dojdzie do ujednoczenia schematów terapii. Wynika to z tego, że te nowe leki to nie są chemioterapeutyki, dlatego można stosować cztery leki bez kumulacji toksyczności nawet w starszych grupach pacjentów. Oczywiście procedura przeszczepowa będzie zabezpieczona dla młodszych pacjentów. Natomiast to, na co również czeka środowisko zajmujące się chorymi na szpiczaka, to jest refundacja technologii CAR-T. Ten proces refundacyjny dla pierwszej cząsteczki rozpoczął się dopiero w styczniu 2025 roku. To opóźnienie nie leży po stronie MZ, dlatego że firma dopiero wtedy złożyła wniosek refundacyjny. Jest to technologia komórkowa, gdzie potrzebne są odpowiednie miejsca do generacji komórek do leczenia pacjentów, czyli tak zwane „sloty do generacji terapii”. Liczymy na dołączenie do tych krajów, które mają szerszą dostępność do technologii CAR-T w szpiczaku. Mam nadzieję, że ta refundacja w 2026 roku będzie najważniejszym wydarzeniem, na które środowisko czekało bardzo długo. Natomiast musimy też mieć świadomość, że terapia CAR-T jest dla pacjentów w lepszym stanie sprawności. Wiek tutaj nie jest czynnikiem dyskwalifikującym, natomiast jest nim liczba chorób współistniejących. Jako, że populacja chorych na szpiczaka jest najczęściej tą starszą populacją, gdzie też mamy do czynienia z wielochorobowością, to wiemy, że nie wszyscy pacjenci się zakwalifikują do terapii CAR-T. Podejrzewam, że raczej mniejszość pacjentów otrzyma tę terapię. Tutaj bazuje na moich

doświadczeniach z zespołu kwalifikującego do terapii CAR-T w chłoniakach agresywnych i w ostrej białaczce limfoblastycznej. Dwa kolejne procesy refundacyjne są w toku. Pierwsza, to belantamab mafadotyny, czyli immunotoksyna połączona z dwoma schematami, czyli schemat bortezomid i deksametazon oraz schemat pomalidomid i deksametazon. Ten drugi, to w pełni doustny schemat, do którego dołączamy belantamab mafadotyny. Jak wspomniałem, jest to immunotoksyna skierowana na BCMA, czyli nowy cel terapii w szpiczaku. Przypomnę, że BCMA (antygen dojrzewania komórek B) to białko na komórkach szpiczaka, które stało się kluczowym celem dla nowoczesnych terapii, takich jak CAR-T i przeciwciała bispecyficzne, rewolucjonizując leczenie nawrotowego i opornego na leczenie szpiczaka plazmocytoowego poprzez precyzyjne namierzanie i niszczenie komórek nowotworowych. To jest szczególnie ważne, ponieważ u pacjentów po pierwszej linii leczenia, wyczerpują się cele terapeutyczne. Także w drugiej linii leczenia i w kolejnych nawrotach musimy szukać nowych celów dla nowoczesnych terapii. Tym celem jest BCMA, który jest zarówno celem do terapii CAR-T, jak i nowych terapii z belantamabem. Oba badania rejestracyjne pokazały ogromną skuteczność tego leku. W jednym wykazano wydłużenie całkowitego przeżycia, w drugim dwukrotnie większą skuteczność pod kątem czasu wolnego od progresji. Można powiedzieć idealna terapia. Ta terapie porównywano ze schematami trójlekowymi i to nie były jakimiś schematami, tylko naprawdę bardzo skutecznymi. Dlatego liczymy, że decyzje refundacyjne w 2026 roku będą również dotyczyły chorych na szpiczaka plazmocytoowego, żeby dalej obserwować korzyści kliniczne, które naprawdę są już teraz policzalne.

## dr Michał Sutkowski, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Podstawą zdrowia obywatelki jest edukacja i profilaktyka zdrowotna. W zakresie profilaktyki zdrowotnej, musimy w Polsce zadbać, aby pieniądze publiczne przeznaczone na ten cel się znalazły. Na profilaktykę zdrowotną Polska wydaje obecnie



ok. 24 euro rocznie na obywatela. Pasuje nas to na końcu tabeli, w porównaniu – Rumunia - ok. 24,5 euro, Bułgaria – 31 euro, Niemcy – 458 euro, Austria – 450 euro, Niemcy - 312 euro, czy Szwecja – 308 euro. Wynika z tego, że w Polsce na profilaktykę zdrowotną wydajemy dwadzieścia razy mniej niż liderzy unijni oraz dziesięć razy mniej, w porównaniu do średniej europejskiej. Według Eurostatu, w Polsce ok. 40% obywateli w ogóle nie korzysta z jakichkolwiek działań profilaktycznych. Mammografię maksymalnie wykonuje ok. 30% Polek, a w Niemczech - 80% kobiet, w Danii - 84% i w Szwecji - 82%. Wszystkie trzy poziomy profilaktyki: pierwotna, czyli nie zachoruj; wtórna, czyli jak już zachorujesz to szybko wyleczmy cię, ale potem zadbaj, aby znowu nie zachorować oraz trzeciorzędowa, czyli ta, żeby zahamować rozwój powikłań muszą się nakładać na trzy mechanizmy tej profilaktyki: uniwersalna, czyli w stosunku do wszystkich; selektywna, czyli dopasowana do grup ryzyka; wskaźnikowa, czyli do grup ryzyka, które już chorują. Nie dość że wydajemy zbyt mało na profilaktykę zdrowotną, to wydajemy te pieniądze bez sensu i oceny efektu.

Myślę, że możemy powiedzieć pod koniec 2025 roku, że szachownica symbolizująca system ochrony zdrowia, na której ustawione są figury oraz pionki, jest trochę lepiej ustawiona. Gra jest coraz lepsza. Nie wiem, czy to jest gambit hetmański, czy obrona sycylijska, ale na tej szachownicy radzimy sobie lepiej i zdajemy sobie z tego sprawę. Za te wszystkie udane posunięcia i ruchy należy podziękować Ministerstwu Zdrowia i Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Jednocześnie trzeba powiedzieć, że na tej szachownicy, stoi król, ale także pionki. To dla tych pionków powinniśmy przede wszystkim stworzyć system ochrony zdrowia. Jeżeli nie zrobimy całościowej reformy ochrony zdrowia, to będzie ona dla nielicznych chorych, a wielu będzie umierało w domach. Chcę powiedzieć, że całościowe myślenie o

tej potężnej szachownicy i ochrona tych pionków powinna być rzeczą podstawową. Nie może tego robić pilot, z całym szacunkiem dla Ministerstwa Zdrowia i nie może tego robić stewardessa. Nie mogą naprawiać samolotu w locie ci, którzy tym samolotem lecą. Ten samolot musi dobrze startować, lecieć i lądować.

Dlatego to, o czym mówimy w czasie debat Medycznej Racji Stanu od wielu lat, to potrzeba całościowej reformy ochrony zdrowia, poprzez powołania komisji ekspertów, jak zrobiono to w Holandii trzy dekady temu. W Polsce należy utworzyć komisję zajmującą się reformą systemu ochrony zdrowia, wzorowaną na holenderskiej Komisji Dekkera (Commissie Dekker), zwaną także Komisją do spraw Struktury i Finansowania Opieki Zdrowotnej. Została ona powołana w Holandii w latach 80. XX wieku przez ekonomistę dr Wisse Dekkera w celu zreformowania tamtejszego systemu ochrony zdrowia. Dzięki niej, Holandia wysforowała się na czoło europejskich systemów ochrony zdrowia. Kiedy powołano komisję, system ochrony zdrowia w Holandii przypominał ten funkcjonujący obecnie w Polsce, a więc był trochę w rozsypce. Członkowie Komisji Dekkera przez kilka lat analizowali najlepsze systemy opieki zdrowotnej na świecie, implementując następnie najlepsze rozwiązania w systemie holenderskim. W jej skład wchodził nie tylko lekarze, ale również prawnicy, ekonomiści, socjologowie i przedstawiciele organizacji pacjenckich. Sukces holenderskiej reformy zainspirował inne kraje, w tym kraje skandynawskie, Estonię i Czechy. Komisja Dekkera zaleciła przejście od systemu opartego na centralnym planowaniu do systemu bardziej zorientowanego na rynek, z większym naciskiem na konkurencję i wolność wyboru dla pacjentów. Po wprowadzeniu rozwiązań zaproponowanych przez komisję Holandia zaczęła plasować się na czele wszystkich rankingów jakości, efektywności i dostępności opieki zdrowotnej. Cechą charakterystyczną holenderskiego systemu opieki zdrowotnej jest powierzenie wiodącej roli podstawowej opiece zdrowotnej. Tamtejszy lekarz rodzinny pełni rolę koordynatora tzw. *gate keepera*, lekarza wpuszczającego do systemu (strażnika systemu). To on nadzoruje cały proces leczenia, stanowiąc punkt styku pacjenta z systemem. Jest to możliwe dzięki szerokim uprawnieniom diagnostycznym i terapeutycznym, jakie posiada. Nie bez znaczenia jest również rozmieszczenie gabinetów lekarzy pierwszego kontaktu. Te zlokalizowane są w taki sposób, aby każdy mieszkaniec mógł do nich dotrzeć w ciągu kilku, kilkunastu minut. Cała ta koncepcja pozwoliła znacznie lepiej zorganizować przebieg leczenia pacjenta oraz finalnie obniżyła jego koszty. Nie bez znaczenia są również szerokie kompetencje pozostałego personelu medycznego, który włączony jest w całościowy proces opieki nad pacjentem. Takie podejście sprawia, że holenderski pacjent czuje się bezpiecznie, a poruszanie po systemie nie sprawia mu trudności. Na uwagę zasługuje również fakt, że zaledwie 4 proc. porad holenderskich lekarzy rodzinnych, kończy się wystawieniem skierowania do lekarza specjalisty.<sup>30</sup>

Podsumowując, musimy myśleć odważnie, musimy myśleć inaczej, musimy oczywiście tym samolotem lecieć. Ten samolot nie może się rozbić. On się nie rozbija. NFZ nie zbankrutuje. Ale to nie może być też alibi do tego, żeby nie podejmować wysiłków. Wierzę w nas, wierzę w to, co mówimy, wierzę w to, że będzie lepiej, ale chciałbym, żeby w nas ekspertów uwierzyli też ci, którzy o tym kraju rządzą.

<sup>30</sup> Dr Sutkowski: w Polsce potrzebna jest reforma opieki zdrowotnej na wzór holenderski. Puls Medycyny. 2025 <https://pulsmedycyny.pl/system-ochrony-zdrowia/poz/lek-michal-sutkowski/>

## prof. Zbigniew Żuber, prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Wiemy, że innowacyjne leczenie w chorobach narządu ruchu, to jest inwestycja, a nie koszt. Dzięki danym NFZ i ZUS możemy oszacować, jakie zyski ma społeczeństwo, dzięki nowoczesnemu, dobremu leczeniu, a nie dzięki wysyłaniu pacjentów na zwolnienia chorobowe i renty.



Dzisiejsza debata odbywa się w ramach kampanii „Siła Kobiet” dlatego chciałbym oddać głęboki ukłon i uszanowanie wobec kobiet pracujących w ochronie zdrowia. W tej chwili zdecydowana większość pracowników ochrony zdrowia to kobiety i im należy się największy możliwy szacunek. Również, aż 80% ponad studentów to są kobiety, które zostaną lekarkami, pielęgniarkami, dietetyczkami i fizjoterapeutkami.

W ramach Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego stworzyliśmy platformę edukacyjną. Pragniemy ujednolicić wartości badań, które otrzymujemy, żeby nie było rozbieżności między Bałtykiem a Tatrami. To są podstawowe rzeczy, ale musimy na to zwrócić uwagę. Proszę zwrócić uwagę na to, że wycinkowe sukcesy mamy fantastyczne, ale jeżeli chodzi o profilaktykę zdrowotną pozostaje wiele do zrobienia. Dodatkowo w społeczeństwie pokutuje niewiara w szczepienia ochronne i wiara w suplementy diety, na które wydajemy w Polsce miliardy złotych. W tej chwili nie ma pacjentów, którzy by nie byli poddawani w zakresie diagnostyki, czy leczenia chorób narządu ruchu przedziwnym zabiegom, związanych z różnymi teoriami i to jest ogromny problem. To samo dotyczy chorób rzadkich, gdzie proces diagnostyczny wcale nie skrócił. Poprawa sytuacji nie polega na tym, że stworzymy jedno centrum referencyjne, do którego będziemy kierować pacjentów, tylko musimy podnieść świadomość edukacyjną lekarzy oraz społeczeństwa. Czyli wracamy do tego, co Medyczna Racja Stanu głosi już od nastu lat, czyli potrzeba „godzin dla zdrowia” w szkole. Myślę, że Medyczna Racja Stanu musi na siebie przyjąć kolejny obowiązek, czyli promocji profilaktyki zdrowotnej, szacunku dla pracy tych, którzy pracują w ochronie zdrowia oraz poprawy zdrowia społecznego, a nie tylko wybranych programów. Myślę, że to jest najważniejszy element, o jakim powinniśmy myśleć. Zgodnie z tym, co podaje ZUS, wszystko powinno być dokładnie wyliczone. Co się opłaca, a co się nie opłaca. Jesteśmy zbyt biedni jako społeczeństwo, żeby oszczędzać na zdrowiu. Mamy wydawać pieniądze racjonalnie, ale musimy poprawić stan zdrowia społeczeństwa.

## prof. Barbara Radecka, ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego i Uniwersytetu Opolskiego



Rok 2025 przyniósł sporo zmian w onkologii. Pojawiło się bardzo dużo nowych terapii do leczenia chorych na nowotwory lite i wiele leków zostało objętych refundacją ze środków publicznych. Obecnie w szeregu obszarów terapeutycznych, również tych najczęściej występujących nowotworów, takich jak rak piersi, rak płuca i rak prostaty, mamy w Polsce poziom refundacji na poziomie zaleceń europejskich i amerykańskich. Pracuję w zespole zajmującym się adaptacją zaleceń amerykańskich dotyczących raka piersi do warunków polskich i muszę pokreślić, że z każdą kolejną edycją jest coraz mniej leków w

amerykańskich zaleceniach nie objętych w Polsce refundacją. Ważnym ruchem ze strony Ministerstwa Zdrowia, dobrze odbieranym przez środowisko klinicystów jest przesuwanie niektórych terapii z programów lekowych do katalogu chemioterapii. To jest prawdziwa ulga, ponieważ leczenie pacjentów w programach lekowych jest związane z ogromem pracy administracyjnej, która jest dla lekarzy uciążliwa i w żaden sposób nie poprawia jakości opieki nad pacjentami. A więc jeżeli leki, zwłaszcza te, które znamy od kilku lat i szeroko stosujemy, mogą znaleźć się w katalogu chemioterapii, jest to prawdziwa ulga.

Każdy nowy rok przynosi postęp w leczeniu onkologicznym i pojawiają się nowe terapie, więc na pewno my, jako środowisko onkologów będziemy w kolejnych miesiącach występować z postulatami refundacji nowych leków i nowych wskazań w onkologii. Doceniamy również fakt, że procesy refundacyjne skracają z biegiem czasu. Głos środowiska klinicystów jest słyszany przez Ministerstwo Zdrowia. Trzeba jednak zaznaczyć, że proces refundacyjny jest złożony i wieloetapowy, a negocjacje cenowe pomiędzy producentem leku a Ministerstwem Zdrowia czasami długotrwałe, stąd nie każdy nowo zarejestrowany lek będzie od razu refundowany. Oceniam szereg zmian bardzo pozytywnie i cieszy mnie to, że polscy chorzy onkologicznie mogą mieć dostęp do szerokiej terapii.

Borykamy się z ogromnym niedoborem specjalistycznej kadry, głównie lekarskiej, ale także pielęgniarskiej w obszarze onkologii. Mam na myśli zarówno środowisko radioterapeutów, jak i onkologów klinicznych. Dążymy do tego, aby angażować środowiska studenckie i popularyzować tę bardzo trudną dziedzinę medycyny. Studenci też podkreślają, że onkologia jest bardzo szeroką dziedziną medycyny. Cieszymy się, że w jesiennej sesji specjalizacyjnej zgłosiło się dwukrotnie więcej kandydatów na onkologów klinicznych, niż w poprzednich sesjach i mamy nadzieję, że oni wytrwają w tej trudnej, wieloletniej specjalizacji i zasilą szeregi onkologów.

## prof. Krzysztof Narkiewicz, kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Tak naprawdę nie ma obszaru medycyny, gdzie adherencja nie byłaby dużym wyzwaniem. Przypomnę, że adherencja terapeutyczna to stopień, w jakim pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich, obejmujący nie tylko przyjmowanie leków, ale też zmiany stylu życia, diety i zaangażowanie w cały proces leczenia, z naciskiem na świadome partnerstwo z lekarzem, a nie bierne podporządkowanie się. Adherencja jest kluczowa dla skuteczności terapii chorób przewlekłych (np. cukrzyca, nadciśnienia) i wiąże się z lepszymi wynikami, choć często jest problemem. Nawet 50% pacjentów nie przestrzega zaleceń, co wpływa na gorsze rokowanie tych chorych i wyższe koszty systemowe.

Parlamentarny Zespół ds. Przestrzegania Zaleceń Terapeutycznych, któremu przewodniczy senator Beata Małecka-Libera został powołany w marcu 2025 roku. Spotkania Zespołu w 2025 roku poświęcone były wypracowaniu propozycji rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych służących poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych w Polsce. Podsumowanie działań w 2025 roku zaplanowano na 15 stycznia 2026 roku. Przygotowujemy również obchody Światowego Dnia Przestrzegania Zaleceń obchodzonego 27 marca każdego roku. Nasze prace skupiają się w trzech obszarach.



Pierwszy obszar działania, to kwestia szkolenia studentów, ale też szkolenia podyplomowego kadry medycznej. Chcemy edukować lekarzy i farmaceutów, jak komunikować się z chorymi, jak rozmawiać oraz jak ich motywować. Uruchamiany jest pierwszy kurs w CMKP, który nadzoruje merytorycznie prof. Piotr Jankowski. Od wiosny 2026 roku będą odbywać się dedykowane kursy, które wskażą rozwiązania, jak możemy pomóc naszym chorym. Uczelnie medyczne podjęły szereg działań. Od roku akademickiego 2026-2027 organizowane będą szkolenia dla studentów medycyny, farmacji oraz ratownictwa Wydziałów Nauk o Zdrowiu. Myślę, że jest bardzo ważne, żebyśmy mówili wspólnym językiem.

Drugi obszar, to wykorzystanie narzędzi elektronicznych. Obecnie trwają prace informatyczne i mamy nadzieję, że te narzędzia będą gotowe w kwietniu 2026 roku. Jesteśmy przekonani, że ich wprowadzenie zmieni zupełnie możliwości monitorowania i przestrzegania zaleceń przez pacjentów w gabinetach lekarza rodzinnego oraz lekarza specjalisty. Przestrzeganie adherencji będzie dużo łatwiejsze, jeżeli w obrębie tego narzędzia elektronicznego, które na co dzień wykorzystujemy w naszej pracy, będziemy mieli bardzo szczegółowy wgląd w stosowanie się do naszych zaleceń przez pacjenta. Ale nie chcielibyśmy, żeby to było jedynie narzędzie monitorujące i sprawdzające. Pragniemy, aby było to narzędzie wspomagające i przypominające o tym, że jest np. pora na wykupienie kolejnej recepty. Mamy już gotowe różnego rodzaju cyfrowe narzędzia edukacyjne w naszym kraju, które można byłoby lepiej wykorzystać. Mamy „Moje IKP”, które jest doskonałym narzędziem do monitorowania stanu własnego zdrowia. Spróbujemy teraz te wszystkie wysiłki spiąć i skoordynować, oczywiście wspólnie z lekarzami rodzinnymi. Wierzymy, że wiosna 2026 roku, to będzie moment przełomowy w zakresie adherencji w Polsce.

Trzeci obszar działania, w sumie najtrudniejszy z punktu widzenia legislacyjnego, to wsparcie adherencji ze strony farmaceutów. Wierzymy, że farmaceuci są chętni, mają wiedzę, mają narzędzia, żeby w aptekach właśnie bardzo wiele rzeczy się mogło wydarzyć. Potrzebne są jednak zmiany legislacyjne i pewnie ten trzeci obszar działania naszej Komisji będzie najtrudniejszy i najdłużej realizowany.

Głęboko wierzę, że nasze życie – lekarzy i pacjentów może stać się prostsze. Wyobraźmy sobie taką sytuację, kiedy każdy lekarz w Polsce miałby w bazie danych kompletne informacje na temat wszystkich rozpoznań chorego, zdarzeń medycznych, które się wydarzyły w ciągu ostatniego roku i informacje na temat przyjmowanych leków. Jeżeli byśmy w czasie wizyty nie musieli przepisywać z karteczek to, kiedy i jaki lekarz przypisał lek pacjentowi, albo jeżeli chory nie był w naszym systemie elektronicznym, w naszym szpitalu, to przepisywanie rozpoznań. Dzięki takim usprawnieniom pojawiłoby się więcej czasu na rozmowę z naszymi pacjentami.

## prof. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, członek Rady ds. Chorób Rzadkich, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM w Poznaniu

W moim wystąpieniu przedstawię Państwu podsumowanie 2025 roku oraz priorytety na 2026 rok w zakresie diagnostyki genetycznej i poradnictwa genetycznego w chorobach rzadkich oraz w hematologii i onkologii.

### Diagnostyka genetyczna i poradnictwo genetyczne w chorobach rzadkich



Aż 80% chorób rzadkich to choroby genetyczne, dlatego diagnostyka genetyczna jest podstawowa dla ustalenia rozpoznania przyczynowego i usunięcia jednego z największych problemów pacjentów z chorobami rzadkimi, jakim jest odyseja diagnostyczna. Większość chorób rzadkich to choroby jednogenowe o heterogennym podłożu molekularnym. Proste badania genetyczne, które od lat objęte są refundacją, tylko w niewielkim stopniu znajdują zastosowanie w diagnostyce chorób rzadkich, dlatego poprawa diagnostyki genetycznej zależy od wprowadzenia do diagnostyki genetycznej porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH) oraz sekwencjonowania następnej generacji (NGS) pod postacią paneli celowanych NGS oraz sekwencjonowania całego eksomu (WES) i jest to od początku jednym z najważniejszych obszarów Planu dla Chorób Rzadkich. Jest to zgodne z oczekiwaniami pacjentów i ich rodzin i w każdym kolejnym znakomitym Audycie KFO poprawa diagnostyki genetycznej ma wg pacjentów wysoki priorytet.

Rok 2025 był kolejnym rokiem prac nad udostępnieniem pacjentom z chorobami rzadkimi nowoczesnej diagnostyki genetycznej. Badanie aCGH jest od 1 stycznia 2025 objęte refundacją, jest to złoty standard w diagnostyce klasycznych aberracji chromosomowych i submikroskopowych zmian w chromosomach, badane, które zastępuje znacznie mniej skuteczne klasyczne badanie kariotypu. Badanie aCGH jest też często wstępem do sekwencjonowania całego eksomu (WES). Trwają prace nad WES (są zaawansowane) i rozpoczęto prace nad panelami celowanymi NGS. Ważną zmianą było wprowadzenie nowego świadczenia w OECR genetycznych, jest to wizyta „orphanowska”, w wycenie, której uwzględniono także czas pracy lekarza genetyka na opracowanie diagnozy i wydanie karty informacyjnej. Na razie tylko 3 poradnie genetyczne w Polsce mogą rozliczać wizytę orphanowską, czekamy na możliwość powołania nowych OECR genetycznych, wymaga to jednak zmian legislacyjnych.

Rok 2025 to drugi rok rozwoju medycznej genetyki molekularnej - nowej specjalizacji, włączającej w pełni biologów molekularnych i biotechnologów do diagnostyki genetycznej. Są oni, obok specjalistów laboratoryjnej genetyki medycznej, niezbędni dla rozwoju badań genetycznych w medycynie, w tym w diagnostyce chorób rzadkich. Obecnie mamy w Polsce 73 specjalistów medycznej genetyki molekularnej.

KK w dziedzinie genetyki klinicznej wraz z konsultantami wojewódzkimi przeprowadziła spis „z natury” genetyków klinicznych, aby ocenić zabezpieczenie kadrowe poradnictwa genetycznego w chorobach rzadkich i w onkologii. W marcu 2025 ukazał się „Raport: Genetyka kliniczna w Polsce – stan aktualny i proponowane działania zaradcze” oraz drugi Raport dotyczący genetyki klinicznej w onkologii. Ze spisu wynika, że w przeliczeniu na pełne etaty, na zabezpieczenie opieki genetycznej w chorobach rzadkich jest zaledwie 80 etatów. Czas oczekiwania na wizytę w poradniach genetycznych specjalizujących się w genetycznych chorobach rzadkich sięga 2-2,5 roku. Wskazuje to na konieczność szybkich i zdecydowanych zmian systemowych.

Diagnostykę genetyczną w Polsce czekają rewolucyjne zmiany. Od jesieni 2025 AOTMiT z powołanym w tym celu zespołem ekspertów opracowuje nowy koszyk świadczeń genetycznych, jest to okazja, żeby urealnić wycenę i poprawić logistykę badań genetycznych, a także wprowadzić nowe badania genetyczne na listę świadczeń gwarantowanych.

Rok 2026 to dalsze intensywne działania na rzecz poprawy opieki genetycznej. Czekają nas prawdziwa rewolucja w diagnostyce genetycznej. Cały koszyk badań genetycznych zostanie ułożony od nowa,

pracuje nad tym AOTMiT z udziałem ekspertów. Zniknie ryczałt na genetyczne ŚOK, w to miejsce będą poszczególne badania cytogenetyczne i molekularne, które są już objęte refundacją, do tego dojdą nowe badania – sekwencjonowanie całego eksomu i panele celowane NGS. Zaletą nowego koszyka świadczeń genetycznych jest to, że będzie można prowadzić analizę efektywności poszczególnych badań genetycznych, ich jakości, zasadności kierowania na diagnostykę genetyczną, ekonomiczny efekt wczesnej diagnostyki genetycznej. Jednak jest też ryzyko związane z tak radykalną zmianą – jeśli wycena badań genetycznych będzie za niska, laboratoria genetyczne będą upadały, diagnostyka genetyczna się załamie, a przetrwają laboratoria oferujące niską jakość badań genetycznych ze wszystkimi tego konsekwencjami. Ryczałt, mimo wszystkich wad, miał także ważną zaletę – pozwalał na dopłacanie do poradni genetycznej, która bez takiego wsparcia by się nie utrzymała. Teraz trzeba będzie podnieść wycenę wizyt w poradni genetycznej, inaczej zabraknie lekarzy, którzy potrafią zinterpretować złożony wynik wysokoprzepustowego badania genomowego w kontekście rodowodowo-klinicznym. Wobec faktu, że 80% chorób rzadkich to choroby genetyczne, specjalista genetyki klinicznej jest w systemie ochrony zdrowia wprost niezbędny.

Żeby jednak poprawić dostępność nowoczesnej diagnostyki genetycznej w chorobach rzadkich, konieczne jest jak najszybsze powołanie OECR genetycznych i klinicznych. Jest gotowy formularz aplikacji o status OECR genetycznego i jeśli tylko zostaną usunięte bariery legislacyjne, można oczekiwać zgłoszenia się ok 20-30 poradni genetycznych. Dla pacjentów oznacza to możliwość korzystania z wizyt „orphanowskich”, przyspieszenie uzyskiwania kodów ORPHA i diagnozy chorób rzadkich. Zostaną opublikowane szczegółowe Rekomendacje dotyczące diagnostyki genetycznej chorób dziedzicznych, w szczególności genetycznych chorób rzadkich, będzie to krok milowy w poprawie diagnostyki genetycznej.

Dostęp do diagnostyki genetycznej w chorobach rzadkich zależy nie tylko od poszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, ale także zabezpieczenia kadr do diagnostyki genetycznej i poradnictwa genetycznego. Planuje się uruchomienie szkolenia specjalizacyjnego z medycznej genetyki molekularnej i rozpoczęcie szkolenia specjalistów. Zdecydowanych zmian systemowych wymaga organizacja konsultacji genetycznych i poradnictwa genetycznego. Lekarz genetyk kliniczny powinien pracować w zespole z pielęgniarkami genetycznymi (ważna nowa specjalizacja w Pielęgniarstwie, o którą zabiegamy), które przejęłyby część kompetencji lekarza genetyka. Model taki się sprawdza na świecie i jest niezbędny wobec szybkiego rozwoju medycyny genomowej. Np. w USA jeden lekarz genetyk kliniczny pracuje z 4-6 pielęgniarkami genetycznymi i/lub doradcami genetycznymi.

W 2026 roku planuje się ukończenie Polskiego Rejestru Chorób Rzadkich (PRWWR). Konieczne jest także wyjaśnienie statusu Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR) i jego kontynuacji. Jest on ważny dla dzieci z wadami wrodzonymi (2-3% urodzeń) i ich rodziców. PRWWR, który jest od 2001 roku w EUROCAT i jest jego największym rejestrem, wiele razy udokumentował swoją przydatność dla systemu ochrony zdrowia w Polsce i UE.

We wszystkich podejmowanych działaniach, w centrum uwagi pozostaje zawsze pacjent i jego rodzina. Rok 2026 może być tym rokiem, kiedy pacjenci z chorobami rzadkimi i ich rodziny zaczną wreszcie odczuwać poprawę opieki genetycznej. Jednak, żeby to osiągnąć, zmiany w opiece genetycznej nie mogą ograniczyć się tylko do nowego koszyka świadczeń gwarantowanych, ale muszą być systemowe, z wprowadzeniem nowych specjalizacji i nowych zawodów medycznych.

## Diagnostyka genetyczna i poradnictwo genetyczne w hematoonkologii i onkologii

We współczesnej hematoonkologii i onkologii badania genetyczne są niezbędne do rozpoznania typu nowotworu, wskazania skutecznej terapii personalizowanej dobranej do defektu molekularnego, oceny czynników prognostycznych, monitorowania choroby resztkowej, a także – w niewielkim stopniu w hematoonkologii, a w większym stopniu w onkologii – identyfikacji nosicielstwa wariantów genetycznych germinalnych (dziedzicznych) odpowiedzialnych za wrodzoną silną predyspozycję do zachorowania na nowotwór złośliwy.

W hematoonkologii poziom diagnostyki genetycznej jest od lat wysoki i zgodny ze standardami międzynarodowymi. Są bardzo dobre laboratoria genetyczne wyspecjalizowane w diagnostyce genetycznej w hematoonkologii, a nad standardami badań genetycznych i szybkim przenoszeniem osiągnięć nauki do diagnostyki genetycznej czuwają dwie sekcje Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (PTGC; Przewodnicząca prof. Olga Haus): Sekcja Cytogenetyki Hematoonkologicznej (przew. prof. Olga Haus) oraz Sekcja Hematologii Molekularnej (przew. dr n.med. Magdalena Zawada).

W onkologii zapotrzebowanie na diagnostykę genetyczną szybko rośnie w związku z tym, że badania genetyczne komórek nowotworowych są coraz częściej niezbędne dla ustalenia rozpoznania (patologia molekularna), określenia rokowania oraz do wskazania możliwej terapii celowanej (badania predykcyjne). Nabiera znaczenia podejście onkoagnostyczne, czyli terapia celowana dobrane do defektu molekularnego, a nie do lokalizacji narządowej nowotworu. W niektórych nowotworach (m.in. rak płuca, rak jajnika) konieczne jest wprowadzenie kompleksowego profilowania genomowego. Ta część diagnostyki genetycznej w onkologii, która dotyczy badania zmian somatycznych, nie wymaga genetyka klinicznego. Natomiast w diagnostyce nowotworów dziedzicznych poradnictwo genetyczne jest niezbędne. Opieka genetyczna obejmuje badania w kierunku mutacji germinalnych nie tylko u chorych na nowotwór, ale także u zdrowych krewnych, u których zachodzi wysokie prawdopodobieństwo nosicielstwa patologicznego genu i związane z tym znacznie podwyższone ryzyko zachorowania na nowotwór. W obu przypadkach konieczny jest dalszy rozwój, objęcie badaniami genetycznymi wszystkich, u których są wskazania do takiej diagnostyki, dbałość o wysoką jakość badań genetycznych oraz o zabezpieczenie kadrowe. Należy dodać, że diagnostyka genetyczna jest ważnym obszarem w Narodowej Strategii Onkologicznej.

Rok 2025 był rokiem kontynuacji dotychczasowych i powoływania nowych inicjatyw, które związane były m.in. z poprawą diagnostyki genetycznej w onkologii. Działania kontynuowała Koalicja Diagnostyczno-Kliniczna pod kierunkiem prof. Mariusza Bidzińskiego, mająca za cel optymalizację leczenia nowotworów kobiecych. Z inicjatywy Prezes Ireny Rej powstało Forum Nowoczesnej Diagnostyki, które zajmuje się m.in. podniesieniem jakości badań genetycznych i poprawie dostępności do diagnostyki genetycznej w onkologii.

Aktualnie w Polsce potencjał diagnostyki genetycznej w onkologii nie jest w pełni wykorzystywany i co za tym idzie, pacjenci chorzy na nowotwory nie mogą w pełni korzystać z terapii celowanych. Przyczyny takiego stanu rzeczy są złożone. W Polsce są bardzo dobre laboratoria genetyczne wyspecjalizowane w diagnostyce genetycznej w onkologii, jednak konieczne są zmiany organizacyjne, ułatwiające zlecenie badań genetycznych w AOS, a także szerzenie wiedzy o znaczeniu diagnostyki genetycznej dla terapii celowanej. Czekamy na objęcie refundacją nowego świadczenia „kompleksowe profilowanie

genomowe”, to badanie ok 500 genów w komórkach nowotworowych w celu wykrycia zmian genetycznych wskazujących na to, jaka terapia celowana będzie skuteczna.

W 2026 roku zostanie wprowadzony zupełnie nowy system refundacji badań genetycznych. Dotyczy to głównie AOS, gdzie w miejsce ryczaftu ŚOK na „diagnostykę genetyczną” będą konkretne badania genetyczne. Zmiana będzie dotyczyła diagnostyki genetycznej u wszystkich grup pacjentów, także onkologicznych i hematoonkologicznych. Zaletą jest uproszczenie doboru badań genetycznych do sytuacji klinicznej i większa elastyczność w kierowaniu na badania genetyczne z ułatwieniem dodawania do koszyka świadczeń gwarantowanych nowych metod diagnostyki genetycznej, w miarę jak będą one opracowywane. Wzrośnie natomiast znaczenie rekomendacji klinicznych wytyczających ścieżkę diagnostyki genetycznej.

Dla rozwoju diagnostyki genetycznej niezbędne są wyszkolone kadry. Wielkim sukcesem było to, że w 2024 roku pojawili się pierwsi specjaliści medycznej genetyki molekularnej – nowej specjalizacji, włączającej w pełni biologów molekularnych i biotechnologów do diagnostyki genetycznej. Są oni, obok specjalistów laboratoryjnej genetyki medycznej, niezbędni dla rozwoju badań genetycznych w onkologii i hematoonkologii, a także w chorobach rzadkich.

O ile rysuje się dobre zabezpieczenie kadrowe diagnostyki genetycznej w onkologii i hematoonkologii, to sytuacja w poradnictwie genetycznym w onkologii jest dramatyczna. KK w dziedzinie genetyki klinicznej wraz z konsultantami wojewódzkimi przeprowadziła spis „z natury” genetyków klinicznych, aby ocenić zabezpieczenie kadrowe poradnictwa genetycznego w chorobach rzadkich i w onkologii. W marcu 2025 ukazał się „Raport: Genetyka kliniczna w Polsce – stan aktualny i proponowane działania zaradcze” oraz drugi raport dotyczący genetyki klinicznej w onkologii. Ze spisu wynika, że w przeliczeniu na pełne etaty, na zabezpieczenie opieki genetycznej w onkologii są zaledwie 24 etaty specjalistów genetyki klinicznej. Wskazuje to na konieczność szybkich i zdecydowanych zmian systemowych. Bez poprawy sytuacji kadrowej w genetyce klinicznej nie będzie możliwa identyfikacja rodzin wysokiego ryzyka genetycznego i objęcia badaniami profilaktycznymi nosicieli mutacji. Oprócz osobistej tragedii chorych i ich rodzin, takie zaniechanie pociągnie za sobą wielkie koszty dla systemu ochrony zdrowia.

## prof. Jolanta Sykut-Cegielska, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii metabolicznej, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii w Instytucie Matki i Dziecka

Zajmuję się wrodzonymi wadami metabolizmu, które są genetycznie uwarunkowane i spełniają definicję choroby rzadkiej. Wrodzone wady metabolizmu faktycznie stanowią, co najmniej jedną czwartą, a być może nawet jedną trzecią wszystkich chorób rzadkich. Jest to około trzy tysiące chorób z dziewięciu tysięcy aktualnie zidentyfikowanych chorób rzadkich ogółem. Ta liczba ciągle się zmienia, bo odkrywane są nowe choroby rzadkie. Myślę, że wczesna diagnostyka, to jest element profilaktyki. Badania przesiewowe noworodków to oczywiście profilaktyka wtórna, bo z powodu genetycznego uwarunkowania nie możemy mówić o profilaktyce pierwotnej. Staramy się rozwijać taką diagnostykę, która powinna zapewnić lepsze rokowanie, czyli zmodyfikować historię naturalną choroby. A wrodzone wady metabolizmu, to są najczęściej choroby wielonarządowe, które szybko progresują do zgonu albo



do nieodwracalnych powikłań, o ile pozostają nieleczone. Jeżeli zaczynamy leczyć pacjenta z chorobą na etapie jej progresji i powikłań, to już jest po prostu za późno. To nie powinien być cel nowoczesnej diagnostyki. Dlatego chcemy jak najwcześniej rozpoznawać choroby rzadkie, żeby móc je skutecznie leczyć. Dzięki temu, nie tylko pacjenci przeżywają, ale przeżywają w dobrym zdrowiu i czasami w ogóle nie widzą objawów choroby. To jest czasami trudne, bo jak tłumaczymy rodzicom, że dziecko ma chorobę rzadką i trzeba ją leczyć, to czasami rodzice nie dowierzają, bo nie widzą objawów tej choroby. Ale w rzeczywistości taki pacjent wymaga specjalnej diety, czy stosowania regularnie różnych leków.

Przesiew noworodkowy w Polsce zaczął się od badania w kierunku fenyloketonurii, potem kolejne choroby były włączane, a w tej chwili diagnozujemy na etapie przedobjawowym 30 różnych chorób, w tym aż 26 wrodzonych wad metabolizmu. Widzimy rozwój badań przesiewowych w naszym kraju, co zresztą jest tendencją ogólnoświatową. W ostatnim kwartale 2025 roku, dzięki akceptacji Ministerstwa Zdrowia mogliśmy rozpocząć badanie pilotażowe, które zaplanowane jest na dwa lata w kierunku sześciu chorób rzadkich, w tym czterech chorób lizosomalnych, galaktozemii oraz złożonego ciężkiego niedoboru odporności. To nie są choroby, które standardowo są w Europie są diagnozowane w skriningu noworodkowym. My podjęliśmy to wyzwanie, jako Instytut Matki i Dziecka. To jest faktycznie wyzwanie, zwłaszcza jeżeli chodzi o choroby lizosomalne, bo te przebiegają bardzo różnie. Tutaj nie jest już w tej chwili żadnym problemem podejrzewać chorobę i wykryć niedobór enzymu, który powoduje tę chorobę uwarunkowaną jeszcze wariantem patogennym w genie. Wyzwanie polega na postawieniu pewnej diagnozy tej choroby, bo badanie przesiewowe noworodków pozwala na podejrzenie choroby, ale nie pozwala na jej ostateczne rozpoznanie. Badanie przesiewowe noworodków to dużo więcej, niż pobranie kropli krwi. Ale faktycznie metoda w tej chwili pozwala na oznaczenie nie tylko enzymu i wariantu patogennego, ale również biomarkerów choroby. Dlatego już można wnioskować czasem o zaawansowaniu choroby właśnie na podstawie badań z suchej kropli krwi, co praktycznie nie jest nawet suchą kroplą, tylko pewnym malutkim dyskiem wyciętym z bibuły. Pomagają nam w tym możliwości zastosowania tandemowej spektrometrii mas. Dzięki takiemu postępowi w dziedzinie technologii diagnostycznych mamy szansę, na przykład posługując się różnymi multipleksowymi analizami diagnozować kilka chorób naraz, używając wysuszoną na bibule kroplę krwi. Ale faktycznie to, czym musimy się zająć, aby nie zaprzepaścić tej wczesnej diagnozy, to dobrze zweryfikować rozpoznanie, czyli potwierdzić chorobę albo ją wykluczyć. To wymaga wykonania szeregu bardzo specjalistycznych badań, które muszą być dobrze zinterpretowane po to, żebyśmy nie wykrywali takich chorób, które albo przebiegają bardzo łagodnie, albo faktycznie nie są chorobami. Mówi się o non-disease i coraz częściej chcemy uniknąć zjawiska medykalizacji. Niektóre kraje, czy regiony w różnych krajach europejskich podjęły przesiew bez rzetelnej weryfikacji tych wyników uzyskanych z przesiewu i wykrywają choroby, które nie są chorobami i nawet zaczynają je leczyć. To nie jest na pewno taka medycyna, którą chcielibyśmy wykonywać w Polsce. Mamy takie ambicje, żeby nasz polski program badań przesiewowych noworodków był modelowym programem dla Europy, bo w tej chwili tak jesteśmy postrzegani. To jednak wymaga wielu działań, również wykraczających poza sam program badań przesiewowych. Co jest rzadkością w Europie, polski program obejmuje poza wykryciem danego markera choroby, czyli podejrzeniem choroby, weryfikację, która czasami wymaga naprawdę wielu badań, w tym badań genetycznych, ale także regularną kontrolę stanu zdrowia pacjenta. I to jest dopiero opcja, która pozwala na sprawdzenie rzeczywistej efektywności wczesnego diagnozowania wrodzonych wad metabolizmu, ale żeby kontrola i monitorowanie stanu zdrowia pacjenta funkcjonowało, to muszą z kolei być sprawnie działające doświadczone ośrodki eksperckie w zakresie danych chorób rzadkich.

Mówi się dużo o „odysei diagnostycznej”, ale ta odyseja dotyczy ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych pacjenta z chorobą rzadką, a wrodzona wada metabolizmu jest faktycznie chorobą ultrarazadką. Dlatego opieka na tym pacjentem wymaga wiedzy i doświadczenia lekarza, wiedzy, którą trzeba cały czas aktualizować. Powinna być realizowana w ośrodkach referencyjnych i takie ośrodki referencyjne, certyfikowane w Europie mamy. Ja sama mam przyjemność pracować w Instytucie Matki i Dziecka i jesteśmy jednym z trzech metabolicznych europejskich ośrodków referencyjnych w Polsce. Populacja pacjentów z wrodzonymi wadami metabolicznymi wymaga powołania ośrodków eksperckich, które by zapewniały kompleksową, wielodyscyplinarną i koordynowaną opiekę, która w chorobach rzadkich absolutnie jest niezbędna. Dodatkowo ośrodki referencyjne powinny edukować lekarzy, którzy zajmują się dorosłymi pacjentami, bo te choroby dotyczą zarówno dzieci, jak i dorosłych. Nasze dzieci diagnozowane w okresie noworodkowym dożywają dorosłości i zakładają swoje rodziny. W związku z tym, trzeba pomóc na pewno w ciągłej opiece nad pacjentami dorosłymi w różnych sytuacjach. W Polsce mamy specjalizację z pediatrii metabolicznej już od ponad dziesięciu lat i prawie pięćdziesięciu specjalistów z tej dziedziny. Niektórzy mówią, że pediatria metaboliczna to wąska specjalizacja, a ja zawsze mówię, że szeroka, bo wymaga wiedzy w zasadzie z funkcjonowania każdego narządu, bo objawy wrodzonych wad metabolizmu występują ze wszystkich możliwych narządów.

## Dominika Janiszewska-Kajka, zastępca Dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia



Stały Komitet Rady Ministrów przedłużył „Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025” na 2026 rok. Oznacza to gwarancję i zapewnienie kontynuacji działań. W przyszłym tygodniu Rada Ministrów zbierze się, żeby uchwałą przypieczętować pozytywnie Plan dla Chorób Rzadkich, który w ostatnim czasie nabrał innego wymiaru, jeśli chodzi o znaczenie dla naszej polityki zdrowotnej w zakresie chorób rzadkich. Będziemy więc plan kontynuować w 2026 roku. Najważniejszą rzeczą jest wyodrębnienie ośrodków eksperckich chorób rzadkich (OECR). Ustawa, która będzie dawała podstawy do powołania tych ośrodków eksperckich jest procedowana, konsultacje publiczne się zakończyły i teraz rozpatrujemy uwagi. Na szczęście uwagi nie są krytyczne, żeby uniemożliwiły wejście w życie tego rozwiązania. Opracowujemy świadczenia dotyczące badań genetycznych w chorobach rzadkich we współpracy z Panią Profesor Anną Latos-Bieleńską, która jest konsultantem krajowym w dziedzinie genetyki klinicznej i *modus operandi* całej operacji uporządkowania genetyki. Myślę, że w przeciągu pierwszego kwartału 2026 roku te prace się zakończą.

W ramach moich działań w Ministerstwie Zdrowia zajmuję się koszykiem świadczeń gwarantowanych, pilotażami oraz różnymi rozwiązaniami, które w najbliższym czasie wejdą w życie. Jeśli chodzi o zgłaszalność, ale też dostępność na użytkowanie badań profilaktycznych, to w połowie 2025 roku weszło nowe badanie na COVID H1N2H i cytologia na podłożu płynnym. W konsultacjach jest niskodawkowa tomografia komputerowa w raku płuca, czyli bardzo oczekiwane badanie przesiewowe. Mamy około 22 tysiące zachorowań na raka płuca, więc taki przesiew jest bardzo ważny. Mamy w nim jasne kryteria kwalifikacji do badania. Chcemy, żeby pacjenci nie bali się tego badania i przychodzili, bo wcześniejsze wykrycie gwarantuje skuteczniejsze leczenie. Mamy ambitny plan, aby diagnostyka raka płuca nadążała za nowymi terapiami. Od 1 stycznia 2026 roku wchodzi w życie nowy standard żywienia we wszystkich szpitalach. Zostały opracowane nowe diety, nowe normy żywieniowe i co najważniejsze, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) kończy opracowywać nowy model finansowania. Prowadzi to na bazie pilotażu, który obejmował publiczne szpitale, które

były w pilotażu dobrego posiłku. Teraz to obejmie cały kraj, a będą to nie tylko jednostki publiczne, ale również te, które są prywatnymi szpitalami. Chcielibyśmy, żeby odpowiednia cena zrekompensowała dodatkowe koszty, które poniesie szpital. Pamiętajmy, że dobre żywienie jest elementem zdrowienia pacjenta. Jesteśmy drugim krajem na świecie, który wprowadził kompleksową opiekę nad pacjentką z endometriozą. Dzisiaj zakończyły się też rozmowy z naszymi ośrodkami eksperckimi, których jest osiem. Będziemy się opiekować pacjentkami również w czasie zachowawczego leczenia, które nie potrzebują operacji, ale które też z racji tego schorzenia wymagają dodatkowej opieki. Ważne jest to, że sieć ośrodków eksperckich leczenia endometriozy działa, pacjentki są zadowolone, bo mają bardzo profesjonalny zabieg wykonany przez doświadczone grono lekarzy. Pragniemy w 2026 roku wprowadzić „Lung Cancer Units”, czyli sieć wielodyscyplinarnych ośrodków narządowych dedykowanych wyłącznie pacjentom z rakiem płuca, które znacznie skrócą czas diagnostyki, zwiększą skuteczność leczenia oraz zapewnią kompleksową opiekę. Chcielibyśmy, żeby kompleksowa opieka nad pacjentem z otyłością olbrzymią (KOS-BAR) weszła na stałe do koszyka świadczeń gwarantowanych. Kończy się pilotaż neurofibromatozy, to jest kolejna rzecz, która też jest na stałe wejdzie do koszyka świadczeń gwarantowanych. Czeka na nas jeszcze praca nad odwróceniem piramidy świadczeń w trzech obszarach, to jest okulistyka, ortopedia i kardiologia. W zakresie rehabilitacji mamy przygotowany projekt rozporządzenia, który będzie skierowany do konsultacji publicznych. To jest rozporządzenie, które wychodzi naprzeciw oczekiwaniom fizjoterapeutów. Chcemy zapewnić większą dostępność do świadczeń z zakresu rehabilitacji.

## prof. Krzysztof Tomasiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych



Rok 2025 w dziedzinie chorób zakaźnych upłynął pod znakiem powrotu zapomnianych patogenów, co stanowi poważne ostrzeżenie dla systemu.

Choć odnotowaliśmy pozytywne kroki w medycynie profilaktycznej, to Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych wyraża obawę, że kluczowe wnioski z pandemii COVID-19 dotyczące wzmocnienia pionu zakaźnego w organizacji opieki zdrowotnej zostały zignorowane, co podważa długoterminowe bezpieczeństwo biologiczne kraju.

Jako lekarze specjaliści chorób zakaźnych pragniemy rozwijać szczepienia ochronne w Polsce. Z satysfakcją zauważam, że medycyna profilaktyczna zaczyna dochodzić do głosu. Bardzo dziękuję w tym aspekcie Ministerstwu Zdrowia i Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu za zaangażowanie, jeżeli chodzi o kwestie refundacji nowych szczepień ochronnych. Rok 2025 był rokiem, gdzie nowe szczepionki uzyskały uznanie w oczach osób odpowiedzialnych za organizację opieki zdrowotnej. Polscy pacjenci uzyskali refundację publiczną szczepionki przeciwko półpaścowi i przeciwko RSV z pełną lub częściową refundacją, a wcześniej otrzymali refundację szczepionki przeciwko pneumokokom. Teraz tylko trzeba dotrzeć do społeczeństwa z wiadomością o możliwości tych szczepień, zachęcić nieprzekonanych oraz stworzyć praktyczne rozwiązania skracające drogę do szczepienia. Do tego doszła kwestia poszerzenia listy szczepień, które mogą być realizowane przez farmaceutów w aptekach otwartych. Zgodnie z ogłoszeniem Ministra Zdrowia z 20 sierpnia 2025 r. w aptekach można wykonywać szczepienia ochronne, które są finansowane ze środków publicznych, w tym szczepienia przeciw COVID-19, przeciw grypie (w schemacie jednodawkowym, cyklicznie w sezonie jesienno-zimowym), przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM), przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, przeciw wirusowi HPV, przeciw pneumokokom, przeciw półpaścowi, przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR), przeciw

poliomyelitis, przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B i szczepienia przeciw zakażeniom wirusem RSV<sup>31</sup>. Bardzo dobrą decyzją Ministerstwa Zdrowia w 2025 roku było wprowadzenie możliwości oznaczania anty-HCV w ramach programu „Moje Zdrowie”. Jest to co prawda dopiero początek drogi w kierunku rozwiązania problemu zakażeń HCV i z pewnością nie wystarczy do pełnej ich eliminacji, ale stanowi pozytywny sygnał, który przyjmujemy z satysfakcją. Krokiem w dobrym kierunku jest również szersze stosowanie szybkich testów genetycznych oraz diagnostyki mikrobiologicznej.

Niestety, na tle tych pozytywów, pojawiają się poważne elementy negatywne, które budzą nasz niepokój i są związane z organizacją opieki zdrowotnej. Najważniejszym problemem jest niewyciągnięcie wniosków po pandemii COVID-19. Mimo sugestii i wniosków płynących ze strony Zespołu do spraw zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi, działającego przy Ministrze Zdrowia, widoczne jest niedostateczne uwzględnianie kwestii organizacyjnych. Dotyczy to przede wszystkim kluczowej sprawy wzmocnienia organizacji pionu zakaźnego. W tym momencie możemy powiedzieć, że bezpieczeństwo biologiczne kraju jest zagrożone. To zaniechanie stawia nas w niekorzystnej pozycji w obliczu powracających i nowych patogenów. Nie wystarczy tylko reagować na bieżące problemy epidemiologiczne. Musimy stworzyć trwałe ramy, które będą systemowo chronić ludność przed przyszłymi kryzysami infekcyjnymi. Na razie brakuje nam tego długofalowego spojrzenia, a to niestety budzi niepokój.

W imieniu grupy ekspertów, reprezentujących Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskie Towarzystwo Wakcynologii, Polskie Towarzystwo Reumatologiczne i konsultant krajowego w dziedzinie geriatrici pozwoliliśmy sobie skierować do Ministerstwa Zdrowia pismo. W liście wskazaliśmy na bardzo ważne, naszym zdaniem ograniczenia, które jeszcze, gdyby były pokonane, mogłyby poprowadzić do lepszego wykorzystania szczepień ochronnych. Nie mamy dalej dostępności szczepień refundowanych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Nie mamy narzędzi umożliwiających weryfikację przez farmaceutów uprawnień pacjenta do refundacji szczepień, jeżeli jest kryterium refundacji, w tym współchorobowość. Poza tym mamy różne modele finansowania szczepień, co na pewno nie ułatwia dystrybucji i dostępności szczepionek. Tutaj chodzi o to, aby ścieżka zaszczepienia się była dla pacjenta jak najprostsza. Postulujemy rozszerzenie dostępności szczepień refundowanych o pacjentów, którzy przybywają w szpitalach, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w stacjach dializ, wszędzie tam gdzie jest realizowana procedura terapeutyczna. Dobrze by było, gdyby w tych miejscach były realizowane kwestie profilaktyczne poprzez szczepienia ochronne. Wnioskujemy o uproszczenie procedury raportowania szczepień, w tym dalszej digitalizacji kart szczepień, bo to ma niezwykle ważne znaczenie. Postulujemy o automatycznym generowaniu skierowań na szczepienia populacyjne, dlatego, że wtedy łatwiej byłoby ominąć pewne etapy niepotrzebne dla pacjenta. Rekomendujemy stworzenie proaktywnej strategii szczepień dorosłych, bo wszystkie osiągnięcia, które wspominałem na początku, nie idą w parze ze świadomością społeczną i z możliwością wdrażania szczepień na dużą skalę. Szczególnie dotyczy to pacjentów w zaawansowanym wieku, z współchorobowością, czy z upośledzeniem odporności. Szczepienia powinny być dostępne refundacyjnie tam, gdzie chcemy zapobiegać infekcjom, które mogą wikłać przebieg leczenia, a czasami doprowadzać nawet do śmierci pacjentów leczonych kosztownymi terapiami, m. in. w programach lekowych.

<sup>31</sup> Zaszczep się u farmaceuty. <https://pacient.gov.pl/aktualnosc/zaszczep-sie-u-farmaceuty>

## Załącznik. Stanowisko Medycznej Racji Stanu i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii w zakresie znaczenia leczenia niepłodności dla przyszłości Polski

*Wnioski i rekomendacje po Okrągłym Stole Ekspertów pt. „In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe”, który odbył się 27 listopada 2025 roku w Warszawie*

### Wprowadzenie

Wg GUS, w końcu września 2025 r. liczba ludności Polski wyniosła ok. 37,4 mln osób, tj. o ok. 158 tys. mniej niż rok wcześniej oraz o ok. 113 tys. mniej niż w końcu ub. roku. Tempo ubytku rzeczywistego w okresie trzech kwartałów br. wyniosło ok. -0,30%, co oznacza, że na każde 10 tys. mieszkańców ubyło 30 osób (wobec 27 osób przed rokiem). Liczba zgonów osiągnęła 303 tys. (1 tys. więcej, w porównaniu z analogicznym okresem w 2024 roku), a liczba urodzeń żywych wyniosła 181 tys. (11 tys. mniej, w porównaniu z analogicznym okresem w 2024 roku)<sup>32</sup>. Prognozy GUS wykazują, że w 2060 r. liczba ludności rezydującej Polski wyniesie 32,9 miliona osób. W porównaniu ze stanem w 2022 r. oznacza to zmniejszenie liczby ludności o 4,8 miliona tj. o 12,7%. Oprócz ujemnego przyrostu naturalnego, będziemy obserwować dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku oraz zmniejszanie się liczebności kobiet w wieku rozrodczym. Osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły około 30% populacji, a ich liczba wzrośnie o 2,5 miliona w porównaniu z 2022 r. Z kolei kobiety w wieku prokreacyjnym w 2060 r. w będą stanowiły jedynie 71% stanu z 2022 r.<sup>33</sup>. Współczynnik dzietności w Polsce w 2024 r. spadł do rekordowo niskiego poziomu 1,099, kontynuując trend spadkowy z poprzedniego roku (1,158). Oznacza to, że na jedną kobietę przypada nieco ponad jedno dziecko, co plasuje Polskę wśród krajów o najniższej dzietności w Europie i na świecie. W 2024 roku liczba urodzeń spadła do najniższego od II wojny światowej poziomu około 252 tysięcy urodzeń, co potwierdza głęboki kryzys demograficzny<sup>34</sup>.

Wg Ministerstwa Zdrowia, w Polsce z niepłodnością mierzy się 1,2-1,5 mln par, z których około 4% może wymagać zapłodnienia pozaustrojowego. W czerwcu 2024 roku wszedł w życie Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji na lata 2024-2028” (zwany dalej Programem). Celem głównym Programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (oocytów lub nasienia) na przyszłość. Realizacji powyższego celu głównego służyć będą następujące cele szczegółowe: zapewnienie równego dostępu do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego,

<sup>32</sup> Sytuacja demograficzna Polski. Dane za okres styczeń–wrzesień 2025 r. (szacunki wstępne). GUS Dostępne:

<sup>33</sup> Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2023-2060. GUS Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-rezydujacej-dla-polski-na-lata-2023-2060-poziom-powiaty,12,1.html>

<sup>34</sup> Polska w liczbach. GUS. Dostępne:

[https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/17/1/polska\\_w\\_liczbach\\_2024\\_pl\\_pi.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/17/1/polska_w_liczbach_2024_pl_pi.pdf)

zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności, osiągnięcie poprawy trendów demograficznych oraz zapewnienie możliwości zabezpieczenia płodności na przyszłość u osób przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność. Program skierowany jest do par pozostających w związku małżeńskim lub pozostających we wspólnym pożyciu, ze wskazaniami do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, a także do pacjentów przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność.<sup>35</sup> Z bezpłatnego in vitro będą mogli 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<sup>36</sup>. Program realizuje obecnie 58 ośrodków w Polsce<sup>37</sup>. Na realizację Programu przeznaczono 500 mln zł w każdym roku, ale potrzeby pacjentów przewyższają te estymacje, o czym świadczą kolejki do większości ośrodków.

Przyjęcie przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) pozytywnego stanowiska wobec obywatelskiego projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach dla par z niepłodnością stało się kamieniem węgielnym dla Programu na lata 2024–2028. Program został wprowadzony po ośmiu latach od Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016, w wyniku realizacji którego urodziło się 22 365 dzieci. W listopadzie 2025 roku zostały opublikowane nowe standardy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników pt. Diagnostyka i Leczenie Niepłodności<sup>38</sup>. Rekomendacje te w oparciu o współczesną wiedzę medyczną systematycznie i praktycznie przedstawiają zasady diagnostyki i leczenia niepłodności, podkreślając bardzo istotną rolę zapłodnienia pozaustrojowego w tym procesie. Pierwsze, opublikowane estymacje dotyczące długoterminowych efektów Programu pozwalają na stwierdzenie, że zwiększenie finansowania Programu do ok. 800 mln zł rocznie pozwoliłoby na wykonanie ok. 80 tys. procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie, w wyniku których rodziłoby się ok. 15 tys. dzieci rocznie<sup>39</sup>.

Wg Ministerstwa Zdrowia, na koniec listopada 2025 r. w ramach Rządowego programu leczenia niepłodności metodą in vitro wynika, że: potwierdzono 22 135 ciąży klinicznych, urodziło się 8 095 dzieci (4 060 dziewczynek, 4 035 chłopców), 41 333 par zakwalifikowało się do programu, przeprowadzono 10 235 kriotransferów zarodków (z zarodków utworzonych przed wejściem w życie programu, 1 522

<sup>35</sup> Program Polityki Zdrowotnej. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024–2028. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie-nieplodnosci-obejmujace-procedury-medycznie-wspomaganej-prokreacji-w-tym-zaplodnienie-pozaustrajowe-prowadzone-w-osrodku-medycznie-wspomaganej-prokreacji-na-lata-2024-2028>

<sup>36</sup> Program wsparcia in vitro. Ministerstwo Zdrowia Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro>

<sup>37</sup> <https://pacient.gov.pl/artukul/program-wsparcia-vitro#mapa>

<sup>38</sup> Standardy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników pt. Diagnostyka i Leczenie Niepłodności. Redakcja Rafał Kurzawa. Robert Spaczyński. 2025 <https://rekomendacje-ptmrie.pl/publikacja/>

<sup>39</sup> Kurzawa, Rafał MD, PhDa,b; Stabrawa, Leszek MSc. Recent changes in public funding of in vitro fertilization in Poland and their expected implications. *Global Reproductive Health* 10(4):e0116, Winter 2025. | DOI: 10.1097/GRH.000000000000116 Dostępne: [https://journals.lww.com/grh/fulltext/2025/09010/recent\\_changes\\_in\\_public\\_funding\\_of\\_in\\_vitro.3.aspx](https://journals.lww.com/grh/fulltext/2025/09010/recent_changes_in_public_funding_of_in_vitro.3.aspx)

osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności w ramach programu, a 1 367 osób zamroziło gamety w ramach zabezpieczenia płodności<sup>40</sup>.

## Wnioski

1. Przeciwdziałanie i leczenie niepłodności, która jest chorobą, a nie stygmatem, jest istotnym elementem Polskiej Racji Stanu, a niezamierzona bezdzietność stanowi poważny problem nie tylko medyczny, lecz także społeczny i demograficzny.
2. Program Polityki Zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028” zapewnia parom dotkniętym niepłodnością równy dostęp do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji oraz umożliwia osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenie materiału rozrodczego na przyszłość. Jako jedyny z Programów Polityki Zdrowotnej ma w tytule leczenie i w przeciwieństwie do innych Programów, zawiera pomiar efektów, którym jest przyjście na świat zdrowego dziecka.
3. W oparciu o dostępne dane dotyczące realizacji Programu i długoterminowe estymacje jego efektów ekonomicznych i demograficznych, można stwierdzić, że każda obecnie zainwestowana złotówka to kilkaset złotych zwrotu w przyszłości, a liczba rodzących się dzieci wzrośnie o ok 15 tys. rocznie.
4. Z punktu widzenia ekspertów mamy w Polsce niewykorzystany potencjał udzielenia pomocy znacznie większej liczbie par, ponieważ istnieje niewystarczająca liczba ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności od chwili jej rozpoznania do zastosowania metod najbardziej specjalistycznych z zastosowaniem zapłodnienia pozaustrojowego włącznie.
5. Uzyskanie dokładnych danych dotyczących problemu niezamierzonej bezdzietności utrudnia brak narodowych rejestrów umożliwiających zbieranie danych na ten temat.
6. Podstawowa wiedza społeczna na tematy związane z seksualnością, płodnością i niepłodnością człowieka jest w Polsce niewystarczająca.

## Rekomendacje

1. Zbudowanie społecznej i politycznej świadomości, że poprawa dzietności w Polsce, do czego istotnie przyczynia się kompleksowe leczenie niepłodności jest istotnym elementem Polskiej Racji Stanu. Planowanie rodziny, to nie tylko zapobieganie ciąży, ale planowanie płodności i liczby posiadanych dzieci. Z uwagi na interdyscyplinarność wymaga zatem ścisłej współpracy między resortami: zdrowia, rodziny, edukacji. Szczególnie ważne wydaje się zwiększenie wiedzy i świadomości społecznej na temat płodności człowieka, co powinno być realizowane od lat szkolnych. Niezależnie od tego, istnieje potrzeba uwrażliwienia wszystkich

<sup>40</sup> <https://www.facebook.com/MZGOVPL>

lekarzy na temat czynników ryzyka zaburzeń płodności i możliwości, jakimi dysponuje współczesna medycyna, w tym wspomaganie rozrodu.

2. Ze względu na strategiczny charakter problematyki bezdzietności i jej związku z demografią oraz finansami państwa, wszelkie działania zmierzające do poprawy trendów demograficznych, w tym zwiększające dostępność do leczenia niepłodności powinny uzyskać gwarancje ustawowe pozwalające na uniezależnienie ich treści od kontekstu politycznego i ideologicznego.
3. Zwiększenie dostępności do ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia niepłodności na każdym jej etapie od chwili jej rozpoznania do zastosowania metod najbardziej specjalistycznych będzie miało korzystny efekt medyczny, demograficzny i finansowy. Wszystkie elementy diagnostyki i leczenia niepłodności powinny być finansowane ze środków publicznych. Procedury takie powinny być prowadzone w dedykowanych ośrodkach specjalistycznych.
4. Metoda zapłodnienia pozaustrojowego jest najbardziej skuteczna w leczeniu niepłodności. Pokazują to zarówno opublikowane dane naukowe, jak i te przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia dotyczące efektywności realizacji Programu Polityki Zdrowotnej. Wydaje się jednak, że środki finansowe obecnie przyznawane na jego realizację są niewystarczające, dlatego zwiększenie ich do kwoty ok. 800 mln zł rocznie, sprostałoby zapotrzebowaniu społecznemu, w wyniku czego rodziłoby się kilkadziesiąt tysięcy dzieci rocznie więcej niż dotychczas.
5. Problem bezdzietności, diagnostyki i leczenia niepłodności musi być monitorowany za pomocą rejestrów. Pozwalają one na ocenę zjawiska skali bezdzietności oraz skuteczności bezpieczeństwa leczenia, w tym Programu Polityki Zdrowotnej. Wydaje się niezbędne umocowanie rejestru w ustawodawstwie polskim. Co więcej, ośrodki prowadzące diagnostykę i leczenie niepłodności, w tym w ramach Programu powinny być oceniane za pomocą wskaźników efektywności. Rejestr zapewni analizę wskaźników efektywności terapii. Umożliwi ocenę ośrodków i racjonalne budżetowanie programu. Przyznane środki finansowe powinny iść za pacjentem jedynie do ośrodków, które zapewnią skuteczne prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego.
6. Współpraca ekspertów oraz decydentów z mediami i szeroko rozumianymi środowiskami twórczym pozwoli by w przestrzeni publicznej częściej wybrzmiewała narracja odnosząca się do daru rodzicielstwa, akcentująca postrzeganie posiadania dziecka jako spełnienie marzeń, a nie przeszkodę w ich realizacji. Powinno to pozwolić na poszerzenia kryteriów włączenia do Programu (np. o nosiceli recesywnych chorób jednogenowych) i (lub) rozpoczęcie debaty publicznej, prowadzącej do zmian ustawowych umożliwiających szerszy dostęp do leczenia niepłodności dla osób obecnie wykluczonych (np. samotnych kobiet).

## Wnioski i rekomendacje

Wniosek	Rekomendacja
Przeciwdziałanie i leczenie niepłodności, która jest chorobą, a nie stygmatem, jest istotnym elementem Polskiej Racji Stanu, a niezamierzona bezdzietność stanowi poważny problem nie tylko medyczny, lecz także społeczny i demograficzny.	Rekomendowane jest zwiększenie finansowania rządowego programu leczenia niepłodności do 800 mln zł rocznie, co sprostałoby zapotrzebowaniu społecznemu, a w wyniku czego rodziłoby się 15 tys. dzieci rocznie.
Adherencja to przestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych oraz zmiana stylu życia.	Rekomendowane jest rutynowe monitorowanie adherencji w terapii chorób przewlekłych w Polsce.
Dzięki stosowaniu leków z grupy inhibitorów SGLT2, agonistów receptora glukagonopodobnego peptydu 1 (GLP-1) i agonistów receptorów GLP-1 i GIP lekarze mają możliwość personalizacji leczenia cukrzycy typu 2 i poprawy adherencji pacjentów.	Rekomendowane jest łagodzenie kryteriów refundacyjnych dla inhibitorów SGLT2 i agonistów receptora glukagonopodobnego peptydu 1 (GLP-1) oraz refundacja publiczna tirzepatytu w terapii cukrzycy typu 2 celem poprawy efektów zdrowotnych i adherencji pacjentów w Polsce.
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.	Rekomendowana jest refundacja publiczna semaglutydu i tirzepatytu w terapii otyłości. 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
Pilotaż programu kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) okazał się sukcesem, obejmując kompleksowym leczeniem 14 tys. pacjentów w 19 ośrodkach bariatrycznych.	Rekomendowana jest realizacja programu kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR) w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych bez limitu przez NFZ.
Szpiczak plazmocytowy to trzeci najczęstszy nowotwór krwi i jest uznawany za chorobę, którą można leczyć, ale nie całkowicie wyleczyć. Istotnym czynnikiem rokowniczym jest wczesne wykrycie choroby, które pozwala na wdrożenie skutecznego i bezpiecznego leczenia. Dłuższe przeżycie do nawrotu to mniej skutków choroby jak częste infekcje bardzo niebezpieczne dla pacjentów, złamania, które wymagają hospitalizacji i rehabilitacji.	Rekomendowana jest refundacja publiczna skutecznych opcji leczenia już od pierwszego nawrotu choroby, które wydłużą remisję i czas przeżycia, oferując wyższą skuteczność niż dotychczasowy standard leczenia w tym belantamabu mefadoptyny.
Glejaki rozlane są najczęstszymi pierwotnymi złośliwymi guzami mózgu u dorosłych. Coraz częściej diagnozowane są także u młodszych pacjentów w wieku 20-55 lat, co znacząco wpływa na ich jakość życia oraz	Rekomendowana jest refundacja publiczna worasydenibu w monoterapii gwiaździaka lub skąpodrzewiaka, z mutacją IDH u pacjentów, u których przeprowadzono jedynie interwencję chirurgiczną i którzy nie wymagają radioterapii ani chemioterapii.

funkcjonowanie rodzinne, społeczne i psychiczne.	
Migrena to choroba neurologiczna, która jest na drugim miejscu wśród przyczyn niepełnosprawności na świecie, a na pierwszym wśród młodych kobiet. Migrena przewlekła, to choroba, w której ból głowy pojawia się co najmniej 15 dni w miesiącu.	Rekomendowane jest złagodzenie kryteriów programu lekowego B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą w kierunku zniesienia liniowości oraz ograniczonego czasu terapii przeciwciałami monoklonalnymi.
Kalendarz szczepień obowiązkowych i zalecanych dla osób dorosłych pomaga uchronić przed poważnymi powikłaniami chorób zakaźnych.	Rekomendowane jest rozszerzenie refundacji szczepień dla dorosłych, uproszczenie procedur, digitalizacja i pełne włączenie szczepień dorosłych do polityki zdrowotnej państwa.

## Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu w zakresie pomiaru efektów zdrowotnych i kosztów całościowych w polskim systemie ochrony zdrowia w Polsce

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. Czynniki 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 drogą 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, żyłaki powrózka nasiennego, wnetrostwo, 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 dotyczący 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 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 witrifikacji 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 Rzeczypospolitej 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”.<sup>41</sup> 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.<sup>42</sup>

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 mogli 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

<sup>41</sup> 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](#)

<sup>42</sup> Program wsparcia in vitro. MZ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro>

pacjentów lub obydwójga 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. 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 wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą 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<sup>43</sup>. Rocznie diagnozuje się ponad 180 tys. nowych przypadków na całym świecie<sup>44</sup>. 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 rosła również śmiertelność z tego powodu. W 1999 r. odnotowano 762 zgony, podczas gdy w 2022 r. liczba ta osiągnęła poziom 1 311<sup>45</sup>. 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<sup>46</sup>. Choć 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 znaczące<sup>47</sup>. Ryzyko wystąpienia szpiczaka plazmocytowego jest około 1,2–1,5-krotnie większe u mężczyzn<sup>48</sup>. 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 doświadczą 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 złośliwienia komórek. Zahamowanie mutacji IDH na wczesnym etapie onkogenezy może wydłużyć czas do nabywania kolejnych mutacji i w

<sup>43</sup> 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.

<sup>44</sup> 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.

<sup>46</sup> 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

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych”. Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej, tom 2, nr 2.9, 2020.

rezultacie zezłościwienia 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 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.<sup>49</sup>

### *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.<sup>50</sup> 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.<sup>51</sup>

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

<sup>49</sup> [https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/voranigo-epar-product-information\\_pl.pdf](https://www.ema.europa.eu/pl/documents/product-information/voranigo-epar-product-information_pl.pdf)

<sup>50</sup> 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.]

<sup>51</sup> 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.]

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.<sup>52,53</sup> 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.<sup>54</sup> Kluczem do doboru odpowiedniej terapii jest szybka diagnoza i nauczenie się rozróżniania objawów migreny od mniej intensywnego bólu głowy.

Leczenie profilaktyczne migreny, zgodnie z Międzynarodowymi rekomendacjami (2024), powinno być rozpoczęte, gdy występuje jeden lub więcej z poniższych warunków<sup>55</sup>:

- 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

<sup>52</sup> 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.

<sup>53</sup> 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.

<sup>54</sup> 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.

<sup>55</sup> Pulledda F. et al. Cephalalgia 2024, Vol. 44(9) 1–31 DOI: 10.1177/03331024241269735

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](http://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 01.07.2022 r. leczenie w ramach programu lekowego<sup>56</sup> 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 stanowią 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 człowieka bez cukrzycy, (HbA1c <5,7%), w porównaniu 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).

<sup>56</sup> 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](#)

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  $\geq$  7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI  $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup> 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  $\geq$  55 lat dla mężczyzn,  $\geq$ 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/m<sup>2</sup>-29,9 kg/m<sup>2</sup> – nadwaga, >30 kg/m<sup>2</sup> – 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/m<sup>2</sup> 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 chorobą 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 uwzględnić 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  $\geq 12$  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?<sup>57</sup> 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 przyjrano 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 społecznym. Działania powinny obejmować profilaktykę otyłości oraz diagnostykę i leczenie choroby otyłościowej. Z uwagi na krytyczne znaczenie rozwoju otyłości w populacji dzieci i młodzieży

<sup>57</sup> <https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/>

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.<sup>58</sup>

### *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.<sup>59</sup> Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.<sup>60</sup> 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.<sup>61</sup>

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  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- 2) BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup>, 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

<sup>58</sup>Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-najlepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813>

<sup>59</sup> 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>

<sup>60</sup> 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>

<sup>61</sup>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  $\geq 65$  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 *adherence* 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-receptce), 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*.

Ekspertki 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 sytuację 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 przepisanej terapii. 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 przejścia 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 telementrii 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.

Eksperti 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.<sup>62</sup> 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

---

<sup>62</sup> Nowe rekomendacje ekspertów w obszarze adherence. Termedia. 2025 Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Nowe-rekomendacje-ekspertow-w-obszarze-adherence,59946.html>

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.<sup>63</sup>











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













## Spotkania Medycznej Racji Stanu w porządku chronologicznym 2016-2025 r.











<p>1. 5 grudnia 2016 r. „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe” – tak jak niebezpieczeństwa zewnętrzne wymagają czujności i gotowości do działania, tak choroby cywilizacyjne wymagają skutecznych działań systemowych prowadzących do ograniczenia zgonów i inwalidztwa Polaków.</p>	
<p>2. 29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia” - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.</p>	
<p>3. 17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu” - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.</p>	
<p>4. 10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.</p>	
<p>5. 10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent” - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi.</p>	
<p>6. 11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.</p>	

<sup>63</sup> 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 Dostępne: <https://www.psychiatria.com.pl/arttykul.php?a=854>

<p>7. 8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu – rak nie zna pojęcia kwarantanna.</p>	
<p>8. 13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.</p>	
<p>9. 25 czerwca 2020 r. – II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online – choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie.</p>	
<p>10. 27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.</p>	
<p>11. 25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa.</p>	
<p>12. 7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia - sytuacja epidemiologiczna nie może zahamować diagnostyki i leczenia nowotworów.</p>	
<p>13. 4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarcia dla pacjenta. Otwarcia na pacjenta - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.</p>	
<p>14. 26 lutego 2021 r. IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - skupiło się na sytuacji chorych na choroby rzadkie w czasie pandemii Covid-19 oraz szanse poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.</p>	
<p>15. 19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19</p>	
<p>16. 23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów.</p>	
<p>17. Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19 - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.</p>	
<p>18. 17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii - debata ekspercko- systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.</p>	
<p>19. 10 sierpnia 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej</p>	

<p>20. 28 września 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości - choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.</p>	
<p>21. 15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - kobiety stanowią 52% polskiej populacji. Przeciętna długość życia Polki wynosi 82 lata, z czego w zdrowiu 64, a to oznacza 18 lat życia z chorobą. Zaledwie 26% pań po 50 roku życia jest aktywnych zawodowo.</p>	
<p>22. 2 grudnia 2021 r. Sprawdzam - Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce - wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce, a dzięki diagnostyce i leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.</p>	
<p>23. 1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowolniła ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO).</p>	
<p>24. 15 lutego 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - pandemia Covid-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych na choroby rzadkie do diagnostyki i terapii. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich.</p>	
<p>25. 25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowe Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	
<p>26. 30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski - nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka.</p>	
<p>27. 30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.</p>	
<p>28. 22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.</p>	
<p>29. 22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.</p>	
<p>30. 26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków.</p>	

<p>31. 14 listopada 2022 r. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce w ramach kampanii Bezpieczeństwo Rodziny - Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.</p>	
<p>32. 16 grudnia 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wyzwania zdrowia - poczucie bezpieczeństwa. Perspektywa 2022/2023 - W czasach pandemii COVID-19 i wojny w Ukrainie wyzwania zdrowia powinny być traktowane priorytetowo we wszystkich aspektach funkcjonowania kraju.</p>	
<p>33. 2 lutego 2023 r. Specjalna Debata Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu pt. Wiedza, Determinacja, Współpraca - Cancer Moonshot - Dzięki współpracy, możemy zmniejszyć śmiertelność z powodu raka.</p>	
<p>34. 2 marca 2023 r. VII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Choroby rzadkie w Polsce są traktowane priorytetowo, co pokazuje rozporządzenie ministra Zdrowia, uchwalony i wdrażany Plan dla Chorób Rzadkich 2021-2023 oraz Fundusz Medyczny</p>	
<p>35. 30 marca 2023 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - Rekomendowana jest szybka diagnoza i leczenie chorób autoimmunologicznych.</p>	
<p>36. 20 kwietnia 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Liczymy się z naszym zdrowiem - W ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów w systemie ochrony zdrowia</p>	
<p>37. 25 maja 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.</p>	
<p>38. 22 czerwca 2023 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Wartość Zdrowie - Zdrowie w Polsce musi być traktowane przez rząd jako wartość narodowa, na równi z bezpieczeństwem narodowym i wzrostem gospodarczym.</p>	
<p>39. 13 lipca 2023 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu pt. Pacjenci-ekspert-system. Jakość życia w chorobach rzadkich i neurologicznych- Medyczna Racja Stanu od kilku lat wspiera poprawę sytuacji pacjentów z chorobami rzadkimi i neurologicznymi.</p>	
<p>40. 28 sierpnia 2023 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.</p>	
<p>41. 28 września 2023 „TAK dla zdrowia rodziny” - Debata i konferencja inauguracyjna Kampanię Medycznej Racji Stanu i Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Celem Kampanii „TAK dla zdrowia rodziny” jest propagowanie profilaktyki onkologicznej.</p>	
<p>42. 27 listopada 2023 „Choroby zakaźne - skala zagrożeń” - Debata Medycznej Racji Stanu. Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Kluczowe działania to wzrost edukacji, szczepienia ochronne, diagnostyka i leczenie – w tym racjonalna antybiotykoterapia.</p>	

<p>43. 5 grudnia 2023 „Aktywność zawodowa pacjenta i jego bliskich” - Debata Medycznej Racji Stanu. Aktywność zawodowa jest ogromnym wyzwaniem.</p>	
<p>44. 29 stycznia 2024 r. „Zdrowie – wartość wspólna. Światowy Dzień Walki z Rakiem – Cancer Moonshot” - Debata Medycznej Racji Stanu. Osiągnięcia każdego państwa w promocji i ochronie zdrowia mają wartość dla wszystkich. Zdrowie jest najwyższą wartością.</p>	
<p>45. 28 lutego 2024 r. VIII Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 jak najszybciej uchwalony i wdrażany. Powinien być również wykorzystany Fundusz Medyczny na rzecz chorób rzadkich.</p>	
<p>46. 26 marca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu i Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” pt. „Siła kobiet” w ramach kampanii „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny” - Zdrowie każdej kobiety powinno być priorytetem.</p>	
<p>47. 22 kwietnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Wyzwania Zakaźnicze – Potrzebna Determinacja - rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób zakaźnych w polskim systemie ochrony zdrowia w zakresie finansowania edukacji, diagnostyki oraz leczenia.</p>	
<p>48. 4 czerwca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Edukacja, profilaktyka, diagnostyka – fundamenty bezpieczeństwa zdrowotnego - bez edukacji, profilaktyki i dobrej diagnostyki, które składają się na kulturę zdrowotną kraju, sukces w ochronie zdrowia jest niemożliwy.</p>	
<p>49. 4 lipca 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Solidarność w zdrowiu w ramach kampanii współprowadzonej z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki” „Siła kobiet. Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”, pod patronatem honorowym Wicemarszałek Sejmu, Moniki Wielichowskiej.</p>	
<p>50. 21 sierpnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu „Choroby rzadkie – nowe otwarcie” – choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 wdrażany w życie.</p>	
<p>51. 25 września 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Postęp medycyny w trosce o seniorów oraz I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Bezpieczeństwa Zdrowotnego Seniorów Medycznej Racji Stanu - Dekada Zdrowego Starzenia się na lata 2021–2030, to globalna współpraca, mająca na celu poprawę życia osób starszych, ich rodzin i społeczności, w których żyją.</p>	
<p>52. 29 października 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Liczymy się z naszym zdrowiem - w ostatnich dekadach rośnie znaczenie pomiaru kosztów całościowych w systemie ochrony zdrowia w aspekcie pozyskiwanych efektów zdrowotnych z uwzględnieniem wyników pacjentów (PRO).</p>	

<p>53. 17 grudnia 2024 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Europa i Polska wobec wyzwań zdrowia - wg Komisji Europejskiej solidarność w zdrowiu to przede wszystkim zmniejszanie nierówności zdrowotnych między obywatelami Unii Europejskiej.</p>	
<p>54. 31 stycznia 2025 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Czas w onkologii – czas dla onkologii. Wspólnota europejskich wyzwań – wyzwania w zakresie profilaktyki, diagnostyki leczenia chorób onkologicznych.</p>	
<p>55. 19 marca 2025 r. X Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu: Solidarność z chorymi na choroby rzadkie w ramach polskiej prezydencji w UE - choroby rzadkie w Polsce powinny być traktowane priorytetowo, a Plan dla Chorób Rzadkich 2024-2025 sukcesywnie wdrażany.</p>	
<p>56. 9 kwietnia 2025 r. Okrągły Stół Medycznej Racji Stanu i ZG Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego: „Reumatologia – rozwiązania kliniczne i systemowe w trosce o chorych i oszczędności budżetowe” rekomendowane jest priorytetowe traktowanie chorób reumatycznych w Polsce.</p>	
<p>57. 20 maja 2025 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Aktywni w chorobie przewlekłej - postęp diagnostyczno-terapeutyczny gwarantuje aktywność pacjentów w chorobie przewlekłej pod warunkiem dostępu do skutecznej terapii, pod warunkiem przestrzegania adherencji.</p>	
<p>58. 30 czerwca 2025 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Zdrowie i bezpieczeństwo narodowe - zdrowie jest integralną częścią bezpieczeństwa narodowego, a jego znaczenie wzrasta w kontekście wyzwań demograficznych oraz globalnych zagrożeń. Zdrowie powinno być kluczowym priorytetem rządu, a działania i finansowanie zdrowia koordynowane międzysektorowo.</p>	
<p>59. 26 sierpnia 2025 r. II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu pod patronatem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz pod honorowym patronatem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc - Choroby zakaźne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie.</p>	
<p>60. 18 września 2025 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Adherencja – współodpowiedzialność za zdrowie i efekt terapeutyczny w chorobach przewlekłych - adherencja, czyli przestrzeganie zasad terapii, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz akceptacja uzgodnionych terapii jest fundamentem efektu terapeutycznego.</p>	
<p>61. 23 października 2025 r. Debata Medycznej Racji Stanu: Choroby cywilizacyjne – aktualne wyzwania naszego bezpieczeństwa - skuteczna profilaktyka i interwencja w chorobach cywilizacyjnych stanowi wartość w wymiarze: klinicznym, społecznym, ekonomicznym i politycznym.</p>	
<p>62. 27 listopada 2025 r. Okrągły Stół Ekspertów Medycznej Racji Stanu i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii: „In vitro – dar rodzicielstwa. Wyzwania kliniczne i systemowe” - przeciwdziałanie i leczenie niepłodności, która jest chorobą, a nie stygmatem, jest istotnym elementem Polskiej Racji Stanu.</p>	

SPONSORZY I PARTNERZY:

