



Medyczna Racja Stanu

„Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”

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



Partnerstwo merytoryczne sprawuje Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii.



10 czerwca 2026 r., w godz. 11:00 – 16:00

Pałac Staszica (siedziba PAN), Sala Okrągłego Stołu, ul. Nowy Świat 72 w Warszawie

Informacja prasowa

Debata Medycznej Racji Stanu to przestrzeń do dialogu między przedstawicielami administracji publicznej, środowiskiem medycznym, organizacji pacjentów, która pozwoli wypracować skuteczne rozwiązania, wnioski i rekomendacje, mające szansę przyczynić się do realnych zmiany w systemie ochrony zdrowia.

Kluczowe obszary dyskusji w trakcie debaty Medycznej Racji Stanu pt. „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny” w dniu 10 czerwca 2026 roku, to:

- Mnogość społecznych ról - zdrowie psychiczne i neurologiczne kobiet In vitro – suma sukcesów, ocena wyzwań.
- Zagrożenia i konsekwencje chorób metabolicznych i sercowo-naczyniowych. Adherencja. Bezpieczeństwo lekowe.
- Aktualne wyzwania bezpieczeństwa onkologicznego kobiet.
- Choroby autoimmunologiczne mają twarz kobiety.
- Zdrowie prokreacyjne. Czas planowania macierzyństwa, ciąży i porodu.

Hasło „Zdrowie kobiety - bezpieczeństwo rodziny” odzwierciedla kluczową rolę kobiet w dbaniu o dom i rodzinę. Badania udowadniają, że to właśnie świadomość, odpowiedzialność i opiekuńczość kobiet decydują o stanie zdrowia wszystkich domowników. W grupie kobiet w wieku największej aktywności zawodowej i rodzinnej głównym zagrożeniem są nowotwory. Regularna diagnostyka, w tym cytologia, mammografia i badania piersi, pozwala na wczesne wykrycie i skuteczne leczenie. Kobiety częściej zmagają się ze stresem i zaburzeniami adaptacyjnymi. Dbanie o dobrostan psychiczny pozwala zachować równowagę w całym domu. To kobiety najczęściej koordynują wizyty lekarskie dzieci oraz partnera, dbając o zrównoważoną dietę i aktywność fizyczną najbliższych. Zdrowie kobiet powinno być więc traktowane jako najcenniejsza inwestycja z perspektywy polskiego społeczeństwa. Jest to bowiem, nie tylko zdrowie jednej osoby, lecz także zabezpieczenie funkcjonowania całej rodziny. Edukacja zdrowotna, profilaktyka i zdrowy styl życia powinny możliwie długo utrzymywać optymalny stan zdrowia kobiety, a w przypadku wcześniej

rozpoznanej choroby właściwa diagnostyka, terapia i rehabilitacja gwarantować szybki powrót do zdrowia lub godne życie z chorobą przewlekłą.

Wg GUS, w 2024 roku przeciętne trwanie życia kobiet wynosiło 82,26 roku, a mężczyzn 74,93 roku. Różnica przekracza siedem lat. W 1965 roku było to odpowiednio 72,4 oraz 66,6 roku, w 1995 roku 76,38 i 67,62 roku, a w 2015 roku 81,57 oraz 73,58 roku. W ciągu sześciu dekad długość życia kobiet wzrosła o blisko 10 lat, a mężczyzn o ponad 8 lat. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w 2024 roku wynosiło 65,32 roku dla kobiet i 61,62 roku dla mężczyzn. Mężczyźni większą część swojego – krótszego - życia przeżywają w zdrowiu, bo 82,2%, podczas gdy w przypadku kobiet jest to 79,4%. W deklaracjach dotyczących stanu zdrowia 18,6% mężczyzn określało go jako bardzo dobry wobec 15,6% kobiet. Stan dobry wskazuje 50,9% mężczyzn i 47,5% kobiet. Odpowiedź ani dobry, ani zły wybiera 22% mężczyzn oraz 27% kobiet.

We wrześniu 2025 roku w gospodarce narodowej pracowało 7 971 158 mężczyzn i 7 156 836 kobiet. Mężczyźni przeważają m.in.: w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, transporcie i gospodarce magazynowej. Z kolei kobiety dominują w edukacji, opiece zdrowotnej oraz w handlu. Udział kobiet w ogólnej liczbie osób zatrudnionych na stanowiskach wyższego szczebla to 42,30%. Polska wyrasta na jednego z liderów kobiecego przywództwa w Europie. W 2024 roku kobiety stanowią 41,8 proc. osób na stanowiskach kierowniczych w kraju. To wynik wyraźnie powyżej średniej unijnej. Dla porównania, w całej Unii Europejskiej odsetek ten wynosi 35,2 proc. W sierpniu 2025 r. mediana wynagrodzenia mężczyzn wyniosła 7 543 zł, kobiet 7 045 zł.¹

Wg NFZ, regularne badania profilaktyczne dla kobiet dają coś więcej niż kontrolę, dają spokój i poczucie bezpieczeństwa na przyszłość.² Narodowy Fundusz Zdrowia oferuje szereg bezpłatnych badań profilaktycznych dla kobiet i całej rodziny – wystarczy tylko po nie sięgnąć. Dobrym początkiem dbania o siebie jest kompleksowy bilans zdrowia finansowany przez NFZ. Program „Moje Zdrowie” przeznaczony jest dla osób od 20. roku życia i pozwala sprawdzić funkcjonowanie organizmu jeszcze zanim pojawią się objawy choroby. Rak szyjki macicy jest nowotworem bezpośrednio związanym z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). Rozwija się powoli i przez wiele lat nie daje objawów. Nowoczesna profilaktyka raka szyjki macicy to test HPV HR. Test HPV HR dostępny jest dla kobiet w wieku 25–64 lata, wykonuje się go bez skierowania raz na 5 lat lub częściej (w zależności od wyniku). Badanie jest dokładniejsze od tradycyjnej cytologii. Wykrywa przyczynę choroby, a nie dopiero jej skutki. Dlatego kluczowe jest wykrycie wirusa, zanim doprowadzi do zmian nowotworowych. To szczególnie ważne dla kobiet, ponieważ wiele zaburzeń, zwłaszcza hormonalnych i metabolicznych rozwija się przez długi czas bez wyraźnych sygnałów ostrzegawczych. Rak piersi to najczęściej diagnozowany nowotwór u kobiet. We wczesnym stadium zwykle nie boli i nie daje wyraźnych objawów. Właśnie dlatego mammografia należy do najważniejszych badań profilaktycznych, bo pozwala wykryć zmiany, zanim staną się wyczuwalne. Kobiety w wieku 45 - 74 lata mogą wykonać ją bezpłatnie, bez skierowania, co 2 lata - zarówno w pracowni stacjonarnej, jak i mammobusie, który często pojawia się w pobliżu miejsca zamieszkania. Badanie trwa zaledwie kilka minut, a jego wynik może zdecydować o dalszym zdrowiu. Wczesne wykrycie zmian oznacza zazwyczaj mniej obciążające leczenie i wysoką skuteczność terapii. Silny ból miesięczkowy bywa latami uznawany za „urodę kobiecą”. Tymczasem może być objawem endometriozy, choroby dotykającej nawet co dziesiątą Polkę. Nowy model opieki NFZ zapewnia leczenie w ośrodkach specjalistycznych, gdzie jesteś pod opiekę zespołu

¹ Królowa przetrwania i książę z bajki. Dane GUS burzą stereotypy o kobietach i mężczyznach. GUS. 06.03.2026 <https://stat.gov.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/krolowa-przetrwania-i-ksiaze-z-bajki-dane-gus-burza-stereotypy-o-kobietach-i-mezczyznach,55,1.html>

² Dzień Kobiet – najlepszy prezent, jaki możesz sobie dać...to zdrowie. 06-03-2026. NFZ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/dzien-kobiet-najlepszy-prezent-jaki-mozesz-sobie-dac-to-zdrowie,8905.html>

specjalistów: ginekologa, chirurga, gastroenterologa, urologa, dietetyka i psychologa. Mówi się, że serce kobiety jest centrum całego domu. Nadciśnienie przez długi czas nie daje objawów, a może prowadzić do udaru lub zawału. Dbając o swoje serce, dbasz więc o bezpieczeństwo całej rodziny. Warto regularnie kontrolować ciśnienie, znaleźć codzienną chwilę na ruch oraz wspierać organizm odpowiednią dietą.

Wg NFZ, w 2024 roku w programach onkologicznych i nieonkologicznych odnotowano większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest 54,8% kobiet, nieonkologicznych 55,9% kobiet. W 2024 r. w związku z leczeniem 77,4 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych wydatkowano 7 297 657,4 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 5 893 299,1 tys. zł na leczenie prawie 217,4 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 53,7% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 54% i 53%. Większy odsetek leczonych kobiet niż mężczyzn może być spowodowany większą dbałością kobiet o zdrowie, rozpoznaniem choroby w jej wcześniejszym stadium oraz wcześniej rozpoczynanym leczeniem. Natomiast struktura kosztów programów onkologicznych, w której koszt leczenia kobiet jest znacznie wyższy niż mężczyzn jest spowodowany wysoką wartością wydatkowanych środków, np. na program leczenia raka piersi.³

Zdrowie kobiet w Unii Europejskiej jest obecnie przedmiotem szerokich zmian ukierunkowanych na wyrównanie historycznych nierówności. Strategia na rzecz równouprawnienia płci uwzględnia opiekę zdrowotną jako specjalny obszar polityki, a kluczowym wyzwaniem pozostaje walka z wykluczeniem kobiet z badań medycznych i eliminacja dysproporcji w leczeniu między poszczególnymi krajami. Główne wyzwania i kierunki zmian w ochronie zdrowia kobiet obejmują:

- Likwidacja luki badawczej: Przez dziesięciolecia w badaniach medycznych ignorowano różnice biologiczne i kliniczne, bazując głównie na mężczyznach. Inicjatywy takie jak europejska Women's Health Map mają na celu zintegrowanie danych i pełniejsze zbadanie specyficznych potrzeb zdrowotnych kobiet.
- Onkologia: W obszarze nowotworów (np. rak trzonu macicy, czy jajnika) statystyki w niektórych krajach UE odbiegają negatywnie od średniej europejskiej. Walka z tym problemem jest kluczowym elementem unijnego Europejskiego Planu Walki z Rakiem.
- Zdrowie reprodukcyjne: Dostęp do opieki ginekologicznej, antykoncepcji oraz zdrowia prokreacyjnego pozostaje jednym ze wskaźników determinujących jakość życia. Nierówny dostęp do tych świadczeń w różnych państwach członkowskich wciąż budzi dyskusje na poziomie europejskim.⁴
- Wzywa się do opracowania specjalnej Strategii UE na rzecz Zdrowia Kobiet przed końcem kadencji drugiej Komisji Ursuli von der Leyen w 2029 r. Strategii opartej na intersekcjonalności, uwzględniającej cykl życia i wpisującej się we wszystkie istotne polityki.⁵

Poniżej opisano przykładowe problemy zdrowotne z zakresu zdrowia kobiety i bezpieczeństwa rodziny.

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),

³ Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r.

https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zalacznik_do_uchwaly_nr_15-sig.pdf

⁴ https://research-and-innovation.ec.europa.eu/research-area/health/womens-health_en

⁵ <https://www.epc.eu/publication/accelerating-womens-health-the-urgent-need-for-a-dedicated-womens-health-strategy-at-eu-level/>

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 spodziewaniem, 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 leczonej 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”.⁶ 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

⁶ 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](#)

zabezpiecza płodność pacjentów z chorobą onkologiczną. Daje pełne dofinansowanie tych procedur medycznych – dla kobiet i mężczyzn.⁷

Program obejmuje 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 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 rozdysonował 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”. Program ruszył 1 czerwca 2024 r., a pierwsze dziecko urodziło się w styczniu 2025 r.

⁷ Program wsparcia in vitro. MZ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro>

Wg danych MZ na czerwiec 2026 roku, aż 15 tysięcy dzieci urodziło się w ciągu dwóch lat od startu programu pn. Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028. Program wystartował 1 czerwca 2024 r. Pierwsze dzieci zaczęły przychodzić na świat w marcu 2025 roku. Od początku, do programu realizowanego w 58 klinikach w całym kraju, dołączyło ponad 50 tys. par. Mogą z niego skorzystać pary, u których stwierdzono niepłodność lub nieskuteczne leczenie w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem, a także pary posiadające zarodki z wcześniejszych procedur. Zapewnia dostęp do maksymalnie 6 procedur in vitro, w tym do 4 cykli z własnymi komórkami rozrodczymi, do 2 cykli z oocytami od dawczyń oraz do 6 cykli z dawstwem zarodków. Program zapewnia też pełne finansowanie zabezpieczenia płodności na przyszłość u osób leczonych onkologicznie. Kobiety i mężczyźni, którzy muszą poddać się leczeniu onkologicznemu – wycieńczającemu organizm, czasem powodującemu niepłodność – mogą zabezpieczyć płodność na przyszłość - program umożliwia zamrożenie komórek, aby móc skorzystać z nich po zakończeniu terapii. Do tej pory do zabezpieczenia płodności zgłosiło się ponad 2 200 osób, a gamety zamroziło ponad 1 900. Na pięcioletni program przeznaczono w budżecie państwa 2,5 mld zł, czyli 500 mln zł rocznie. W ubiegłym roku budżet poszerzono o 100 mln zł. Również na rok 2026 r. do ustawy budżetowej zostało zgłoszone zabezpieczenie środków na ten cel w wysokości 600 mln zł. Stowarzyszenie Nasz Bocian przeprowadziło w ostatnich miesiącach badania ankietowe na grupie 767 pacjentów uczestniczących w programie oraz 37 realizatorów. Zarówno pacjenci, jak i realizatorzy oceniają założenia programu bardzo pozytywnie. Badani docenili dostępność leczenia, organizację procedury oraz merytoryczność programu.⁸

Migrena jest na pierwszym miejscu wśród przyczyn niepełnosprawności wśród młodych kobiet

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 kobiet⁹. 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^{10,11}.

Migrena to nie wymówka ani „zwykły” ból głowy – to poważna choroba neurologiczna, która w znacznym stopniu obniża jakość życia pacjentów, zmniejszając produktywność społeczną, rodzinną i zawodową.¹² Oprócz bólu głowy pacjentom towarzyszą inne, czasem nie mniej uciążliwe niż sam ból głowy, objawy, jak nudności i/lub wymioty, nadwrażliwość na światło czy dźwięk¹³. 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^{14,15}. Chorobę możemy podzielić na dwa najważniejsze typy:

⁸ 15 tys. powodów do radości - dwa lata temu ruszył rządowy program leczenia niepłodności. Ministerstwo Zdrowia. 01.06.2026 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/15-tys-powodow-do-radosci--dwa-lata-temu-ruszyl-rzadowy-program-leczenia-nieplodnosci>

⁹ 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.]

¹⁰ European Migraine Headache Alliance. What is headache? - materiał dostępny na stronie: <https://www.emhalliance.org/headache> [stan na marzec 2024 r.]

¹¹ 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.]

¹² 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

¹³ 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.]

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

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 współistniejące¹⁶. 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 warunków¹⁷:

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

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

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

Dostępne w Polsce od 01.07.2022 r. leczenie w ramach programu lekowego¹⁸ 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

¹⁶ 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.

¹⁷ Pulledda F. at al. Cephalalgia 2024, Vol. 44(9) 1–31 DOI: 10.1177/03331024241269735

¹⁸ Opis programu lekowego B.133 Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą (ICD-10: G43) dostępny online na: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 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

leczenia rozpoczętego w ramach programu lekowego, po upływie czasu określonego w programie, nawet jeżeli ich stan się pogorszy, bo migrena zacznie nawracać, zostaną bez leczenia wspieranego przez system.

Zapewnienie dostępu do leczenia migreny jest elementem odpowiedzialnej polityki państwa – zarówno w obszarze zdrowia, jak i demografii

Migrena jest jednym z najczęstszych schorzeń neurologicznych u osób w wieku produkcyjnym i powinna być priorytetem w ramach strategii „Zdrowe serce, zdrowy mózg”. Jednostki takie jak udar mózgu, stwardnienie rozsiane, padaczka czy otępienia od lat znajdują się w centrum uwagi polityki zdrowotnej, podczas gdy migrena – mimo porównywalnego obciążenia społecznego i ekonomicznego – pozostaje na marginesie decyzji systemowych. Według badania Global Burden of Disease 2019 migrena jest drugą ogólną przyczyną lat przeżytych z niepełnosprawnością (YLD) oraz główną przyczyną YLD u młodych kobiet w wieku produkcyjnym/ rozrodczym. Migrena dotyka szacunkowo około 15–18% populacji dorosłych w Polsce (co odpowiada kilkunastu milionom osób), a migrena przewlekła – definiowana jako ≥ 15 dni bólu głowy miesięcznie – dotyczy około 1–2% populacji dorosłych (czyli ok. 300–700 tys. osób).

„Bóle głowy, szczególnie migrena, generują znaczną część kosztów związanych z chorobami neurologicznymi w Europie, głównie przez koszty pośrednie takie jak absencja i prezenteizm – to jedna z najbardziej kosztownych grup schorzeń neurologicznych, szczególnie w wieku produkcyjnym.- Jak wskazuje docent Marta Waliszewska-Prosół, migrena może odpowiadać nawet za około połowę wszystkich kosztów neurologicznych w praktyce klinicznej – co pokazuje skalę realnego obciążenia, które często nie jest widoczne w oficjalnych statystykach. Raport WIFOR (2025, analiza 6 państw UE: Niemcy, Hiszpania, Francja, Holandia, Czechy, Portugalia) wskazuje, że ok. 90% całkowitego obciążenia ekonomicznego migreny stanowią koszty pośrednie (utrata produktywności – absencja i prezenteizm), a jedynie ok. 10% to koszty bezpośrednie medyczne. Całkowite roczne obciążenie gospodarcze migreny wynosiło od ok. 1% do 2% PKB w analizowanych krajach (np. ok. 2,0% PKB w Hiszpanii, 1,37% PKB w Niemczech, 1,24% PKB we Francji). W 2021 r., aby „odrobić” straty wywołane migreną, każdy obywatel powyżej 15 r.ż. musiałby przepracować dodatkowo ok. 1,4–2 dni rocznie. W większości analizowanych krajów migrena generowała większe obciążenie ekonomiczne w ujęciu produktywności niż cukrzyca i choroby sercowo-naczyniowe.

Tabela. Łączne obciążenie socjo-ekonomiczne (Socioeconomic Burden, SOB) migreny, jako % PKB (2021)

Kraj	SOB (% PKB)
Hiszpania	ok. 2,0%
Niemcy	ok. 1,37%
Francja	ok. 1,24%
Holandia	ok. 1,20%
Czechy	ok. 1,03%
Portugalia	ok. 1,19%

Tabela. Dodatkowe dni pracy potrzebne do „odrobienia” strat (2021)

Kraj	Dni na osobę 15+	Szacunkowa populacja 15+ (mln)	Łączny ekwiwalent dni pracy (mln)
Niemcy	1,81	ok. 73	ok. 132
Hiszpania	1,77	ok. 39	ok. 69
Holandia	1,74	ok. 14	ok. 24
Francja	1,44	ok. 52	ok. 75
Portugalia	2,08	ok. 9	ok. 19

Czechy	1,98	ok. 9	ok. 18
--------	------	-------	--------

Szacunki populacji 15+ na podstawie danych demograficznych Eurostat (2021); wartości zaokrąglone.

Tabela. Wymiar płci – obciążenie ekonomiczne (szacunek w wartościach bezwzględnych, 2021)

Kraj	PKB 2021 (mld €)	Kobiety (% PKB)	Strata kobiet (mld €)	Mężczyźni (% PKB)	Strata mężczyzn (mld €)
Niemcy	~3 600	0,84–1,47%	~30–53	0,36–0,53%	~13–19
Hiszpania	~1 200	0,84–1,47%	~10–18	0,36–0,53%	~4–6
Francja	~2 500	0,84–1,47%	~21–37	0,36–0,53%	~9–13
Holandia	~900	0,84–1,47%	~8–13	0,36–0,53%	~3–5
Portugalia	~250	0,84–1,47%	~2–4	0,36–0,53%	~1–1,3
Czechy	~280	0,84–1,47%	~2–4	0,36–0,53%	~1–1,5

Szacunki na podstawie nominalnego PKB 2021 (Eurostat/World Bank) oraz udziałów procentowych wskazanych w raporcie WIFOR; wartości zaokrąglone.

W ciężkich przypadkach pacjenci trafiają na SOR z podejrzeniem udaru, co generuje dodatkowe koszty systemowe. Dostęp do skutecznej terapii wpisuje się w realizację prawa pacjenta do życia bez przewlekłego bólu. Europejska Karta Praw Pacjenta gwarantuje prawo do ulżenia w bólu i cierpieniu („Right to relief from pain and suffering”), wskazując, że każdy pacjent ma prawo do adekwatnej oceny bólu i jego leczenia.

1. Problem systemowy – choroba powszechna traktowana jak rzadka

Program lekowy B.133 obejmuje obecnie ok. 2 600–2 700 pacjentów z migreną przewlekłą. Przy szacowanej populacji 300–700 tys. chorych oznacza to objęcie leczeniem zaledwie ok. 0,4–0,9% potencjalnej populacji pacjentów. W praktyce system traktuje więc migrenę przewlekłą jak chorobę rzadką, mimo że jest ona jedną z najczęstszych chorób neurologicznych. Zgodnie z ustawą refundacyjną decyzje o finansowaniu terapii opierają się na analizie koszt-efektywności (CEA). Standardowo za opłacalną uznaje się technologię medyczną, której koszt uzyskania dodatkowego roku życia w pełnym zdrowiu (QALY) nie przekracza trzykrotności PKB per capita. W praktyce oznacza to próg efektywności kosztowej rzędu ok. 230 000–250 000 zł za 1 QALY (2024/2025). Mechanizm ten nie jest bezpośrednio powiązany z miesięczną ceną leku, jednak w praktyce część terapii o umiarkowanym koszcie (np. 1–2,5 tys. zł miesięcznie) trafia do restrykcyjnej ścieżki programu lekowego, mimo że podobne cenowo produkty funkcjonują w aptece na receptę. Rodzi to pytanie o spójność systemową kwalifikacji do programów lekowych – kwestia ta była podnoszona podczas konferencji „Programy lekowe w Neurologii”. W lecznictwie otwartym nadal stosuje się terapie starszej generacji, obciążone istotnymi działaniami niepożądanymi i ograniczeniami u kobiet w wieku prokreacyjnym. Problemem nie jest brak wiedzy medycznej. Problemem jest brak powszechnej dostępności do nowoczesnych terapii w migrenie przewlekłej finansowanych w ramach systemu publicznego (NFZ).

2. Nadużywanie leków – konsekwencja braku profilaktyki

W badaniach epidemiologicznych wykazano, że częste stosowanie leków doraźnych jest jednym z kluczowych czynników ryzyka przejścia migreny epizodycznej w przewlekłą. Międzynarodowa Klasyfikacja Bólów Głowy (ICHD-3) definiuje tzw. medication overuse headache (MOH) jako wtórny ból głowy wynikający z nadmiernego stosowania leków przeciwbólowych. Nadużywanie leków przeciwbólowych (w tym preparatów złożonych zawierających kodeinę, czy solpadeinę) może prowadzić do utrwalenia bólu, uzależnienia oraz pogorszenia rokowania. W praktyce klinicznej obserwuje się pacjentów przyjmujących setki tabletek miesięcznie – opisywane są przypadki 700–800 tabletek przeciwbólowych w miesiącu.

Zjawisko to jest dobrze udokumentowane w literaturze neurologicznej i stanowi poważny problem zdrowia publicznego. Brak dostępu do skutecznej profilaktyki sprzyja utrwalaniu mechanizmu nadużywania leków i zwiększa ryzyko wtórnej przewlekłości choroby. W skali populacyjnej – przy szacowanej liczbie nawet 300–700 tys. pacjentów z migreną przewlekłą – oznacza to realne ryzyko narastania problemu uzależnienia od leków przeciwbólowych (w tym preparatów złożonych zawierających kodeinę). Konsekwencją mogą być: rozwój wtórnych bólów głowy z nadużywania (MOH), uzależnienie od opioidów, powikłania somatyczne (uszkodzenia wątroby, przewodu pokarmowego), a także dalsza utrata zdolności do pracy. Problem ten ma więc wymiar nie tylko neurologiczny, ale również zdrowia publicznego, psychiatrii i systemu świadczeń społecznych.

3. Wiek produkcyjny, macierzyństwo, mężczyźni

Największe nasilenie migreny przypada na wiek 25–35 lat. Migrena dotyczy głównie kobiet 20–50 lat, ale chorują także mężczyźni, którzy rzadziej zgłaszają się po pomoc i częściej leczą się sami. Choroba wpływa na decyzje o macierzyństwie – kobiety rezygnują z planów rodzinnych z obawy przed niesamodzielnością. W badaniu AMPP (Buse et al., 2019) ok. 19% kobiet z migreną deklarowało unikanie ciąży z powodu choroby, a 17% miało mniej dzieci niż planowało. Migrena wpływa więc realnie na decyzje reprodukcyjne kobiet w wieku 20–40 lat [11]. W kontekście wyzwań demograficznych dane te nabierają dodatkowego znaczenia systemowego. W Polsce migrena dotyczy szacunkowo 800 tys. – 1,2 mln kobiet w wieku rozrodczym. Jeśli – zgodnie z badaniem AMPP (Buse et al., 2019) – ok. 19% z nich unika ciąży z powodu choroby, może to oznaczać nawet ponad 100–150 tys. kobiet odkładających lub rezygnujących z macierzyństwa z powodu migreny. W kontekście kryzysu demograficznego jest to wymiar systemowy, a nie wyłącznie kliniczny. Gdyby choć część z tych kobiet – rzędu 16–64 tys. – mogła dzięki skutecznemu leczeniu zrealizować plany macierzyńskie i urodzić jedno dziecko, oznaczałoby to potencjalny wzrost liczby urodzeń o ok. 6–24% w skali roku (przy obecnym poziomie ok. 270 tys. urodzeń rocznie). W kontekście współczynnika dzietności na poziomie ok. 1,16 byłby to efekt demograficznie zauważalny. W jednej z klinik prowadzących program B.133 w ciągu 3 lat urodziło się 6 dzieci u pacjentek objętych nowoczesnym leczeniem – wcześniej nie planowały macierzyństwa z powodu choroby. Migrena staje się więc problemem nie tylko zdrowotnym, ale i demograficznym.

4. Konsekwencje społeczno-ekonomiczne

Migrena należy do chorób neurologicznych o najwyższym udziale prezenteizmu – pacjenci pracują, ale nie są w stanie efektywnie funkcjonować. Pacjenci z ≥ 15 dniami bólu głowy miesięcznie żyją w warunkach stałego ograniczenia sprawności i realnego ryzyka wykluczenia zawodowego. Koszty pośrednie (absencja, spadek produktywności, świadczenia) stanowią ok. 80–90% całkowitego obciążenia ekonomicznego migreny, podczas gdy koszty bezpośrednie medyczne odpowiadają jedynie za ok. 10–20% (wg analiz WIFOR 2025). W ujęciu makroekonomicznym całkowite obciążenie migreny sięga 1–2% PKB w analizowanych krajach UE. W badaniach klinicznych 20–32% pacjentów z migreną przewlekłą spełnia kryteria zaburzeń depresyjnych, a 20–40% wykazuje objawy zaburzeń lękowych. To potwierdza, że znaczny odsetek pacjentów doświadcza współistniejących zaburzeń psychicznych, które pogłębiają obciążenie choroby [12,13]. Państwo, które nie zapewnia dostępu do skutecznej terapii, akceptuje utratę produktywności setek tysięcy młodych ludzi.

5. Postulaty

- Uznanie migreny przewlekłej za chorobę o wysokim obciążeniu społecznym i ekonomicznym – priorytet strategii „Zdrowe Serce, Zdrowy Mózg”.
- Odejście od traktowania jej jak jednostki „rzadkiej” w systemie refundacyjnym.

- Umożliwienie finansowania terapii o umiarkowanym koszcie w refundacji populacyjnej (aptecznej), poza restrykcyjnym programem lekowym.
- Uwzględnienie kosztów pośrednich przy podejmowaniu decyzji refundacyjnych.
- Zapewnienie ciągłości leczenia – migrena jest chorobą przewlekłą, nawrotową i wymaga długoterminowego zabezpieczenia terapeutycznego.

Podsumowując: Migrena przewlekła to choroba mózgu, która odbiera młodym ludziom pracę, rodzinę i sprawczość. Współczesna medycyna oferuje skuteczne leczenie. Zapewnienie do niego dostępu jest elementem odpowiedzialnej polityki państwa – zarówno w obszarze zdrowia, jak i demografii.¹⁹

Adherencja ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia

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 przewlekłe: 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

¹⁹ Ministerstwo Zdrowia. „Priorytety Ministerstwa Zdrowia na lata 2025–2027”. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/priorytety-ministerstwa-zdrowia-na-lata-2025-2027> Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 Results. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. The Lancet, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9) Stovner LJ et al. Cephalgia, 2007. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). Cephalgia, 2018. Diener HC, Holle D, Dodick D. Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. Nature Reviews Neurology, 2019. Steiner TJ et al. The global burden of headache disorders. Journal of Headache and Pain, 2013. European Brain Council. The Burden of Neurological Disorders in Europe, 2017. https://www.braincouncil.eu/wp-content/uploads/2020/11/Brain_EBC_Report_2017_LOW.pdf WIFOR Institute (2025). The Case of Migraine in Europe – Socioeconomic Burden in Six European Countries. <https://www.wifor-institute.de/> European Charter of Patients' Rights. <https://healthcarecongress.eu/media/2020/01/European-Patients-Charter.pdf> Buse DC et al. The Impact of Migraine on Family Planning and Pregnancy Decisions. Headache. 2019;59:13–23. Buse DC et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. Headache. 2013. Peterlin BL et al. Migraine and psychiatric comorbidities. Neurology. 2011.

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 przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie. Przestrzeganie przez pacjenta terapii można poprawić kilkoma interwencjami. Najbardziej przydatne interwencje to te, które łączą przyjmowanie leków z odpowiednimi nawykami, udzielają pacjentom informacji zwrotnych na temat przestrzegania zaleceń oraz samokontroli ciśnienia tętniczego, używanie pudełek na pigułki i innych specjalnych opakowań oraz stosowanie wywiadów motywacyjnych. Zwiększenie współpracy wśród świadczeniodawców z udziałem farmaceutów i pielęgniarek polepsza przestrzeganie zaleceń lekarskich. Stosowanie wielu interwencji jednocześnie lepiej wpływa na *adherence*, ponieważ wielkość indywidualnego efektu każdej interwencji jest na ogół niestety niewielka. Najnowsze dane sugerują, że przestrzeganie zasad leczenia można również poprawić dzięki wykorzystaniu telemetrii i aplikacji mobilnych do przekazywania zarejestrowanych danych domowych oraz utrzymywania kontaktu między pacjentami a lekarzami.

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

Ekspersi 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.²⁰ 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.

Misja 50/30 „Ciśnienie Pod Kontrolą” to ogólnopolska inicjatywa Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego skierowana do środowiska medycznego. Jej celem jest osiągnięcie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego u co najmniej 50% pacjentów do 2030 roku. Szacuje się, że nadciśnienie tętnicze dotyczy aż 35% dorosłych Polaków, a odsetek ten wciąż wzrasta. Polska znajduje się w czołówce krajów europejskich pod względem częstotliwości występowania tego schorzenia. Tymczasem skuteczność jego leczenia w Polsce utrzymuje się na poziomie jedynie 22%. Zachęcamy wszystkich profesjonalistów medycznych do przyłączenia się do projektu. Poprzez wdrażanie zaleceń zawartych w Wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2024 roku, wspólnie możemy poprawić kontrolę nad ciśnieniem tętniczym, zmniejszyć ryzyko jego groźnych powikłań i zgonów.

W trosce o zdrowie pacjentów i w celu poprawy wykrywania oraz skutecznej kontroli nadciśnienia tętniczego rekomendujemy:

²⁰ Nowe rekomendacje ekspertów w obszarze adherence. Termedia. 2025 Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Nowe-rekomendacje-ekspertow-w-obszarze-adherence,59946.html>

1. Aby każdy pacjent miał co najmniej raz w roku, lub przy podwyższonym ciśnieniu częściej, zmierzone ciśnienie walidowanym aparatem (lista walidowanych ciśnieniomierzy).
2. Prowadzenie leczenia nadciśnienia zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2024 roku.
3. Dążenie do osiągnięcia ciśnienia 120-129/70-79 mm Hg u większości chorych, monitorowanie efektów leczenia i modyfikowanie terapii, jeśli cel nie zostanie osiągnięty w ciągu 3 miesięcy. Preferowanie leków złożonych do rozpoczęcia i intensyfikacji terapii.
4. Regularne przypominanie pacjentom o znaczeniu modyfikacji stylu życia, systematycznego przyjmowania leków i pomiarów domowych ciśnienia.
5. Edukowanie pacjentów i kierowanie ich do źródeł rzetelnych informacji o nadciśnieniu i korzyściach wynikających z jego prawidłowej kontroli.
6. Uczestniczenie w szkoleniach i śledzenie aktualnych doniesień naukowych dotyczących nadciśnienia tętniczego. Regularnie zwracanie uwagi pacjentów na znaczenie modyfikacji stylu życia, systematycznego przyjmowania leków i pomiarów domowych. Aktywne angażowanie pacjentów w ich proces leczenia.

Mamy skuteczne i refundowane leki, w tym leki złożone, które znacząco poprawiają przestrzeganie przez pacjentów zaleceń lekarzy. Wiemy, jak ogromne straty powoduje brak przestrzegania adherencji, zarówno dla samego pacjenta, jak i dla systemu ochrony zdrowia.²¹

Bezpieczeństwo zdrowotne seniorów - współczesne wyzwania

Nasze społeczeństwo się starzeje. Według danych GUS spadek ludności utrzymuje się niemal nieprzerwanie od 2014 roku. To trend obserwowany w większości krajów UE, gdzie mówi się coraz częściej o tym, że bez przestawienia gospodarki na „srebrne” tory nie uda się utrzymać rozwoju gospodarczego, dlatego ważna jest troska o tak cenny ludzki kapitał, jakim są seniorzy. Program 65+ zapewniający bezpłatne leki dla seniorów wychodzi naprzeciw tym potrzebom.

Seniorzy po 65. roku życia coraz częściej wybierają model „aktywnego starzenia się” — chcą uczestniczyć w życiu społecznym, opiekować się wnukami, pozostawać aktywni zawodowo i utrzymywać sprawność fizyczną. Jest to możliwe przede wszystkim dzięki zachowaniu dobrego stanu zdrowia. Narzędziami, które pozwolą im jak najdłużej zachować aktywność i samodzielność są Program Moje Zdrowie oraz lista bezpłatnych leków 65+, które realnie wspierają profilaktykę i leczenie chorób przewlekłych. Dzięki tym rozwiązaniom seniorzy mają zapewnione optymalne leczenie, które ogranicza ryzyko powikłań takich jak udar czy zawał serca, a tym samym zmniejsza koszty ponoszone przez system ochrony zdrowia, związane m.in. z hospitalizacją pacjentów.

Program darmowych leków 65+ jest pozytywnie odbierany przez seniorów – a mówimy o populacji blisko 9,3 mln osób. Zgodnie z danymi NFZ roczny koszt programu 65+ w 2025 r. wyniósł około 3,5 mld zł, co stanowi zaledwie 1,7% całego budżetu Funduszu. Według planów również w 2026 r. wydatki na program utrzymają się na podobnym poziomie. Program 65+ to nie tylko forma wsparcia społecznego, lecz także istotny element systemu ochrony zdrowia. Dzięki bezpłatnemu dostępowi do leków seniorzy mogą skuteczniej leczyć choroby przewlekłe bez ponoszenia dodatkowych kosztów.

Aby osiągnąć skuteczność farmakoterapii kluczowe znaczenie mają zarówno przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, czyli tzw. adherencja, jak i dostępność leków w aptekach. Doświadczenia pandemii Covid-19 i niestabilna sytuacja geopolityczna na świecie pokazały, że filarem bezpieczeństwa lekowego jest opieranie się na produktach wytwarzanych w Polsce. Przestajemy być dzięki temu zależni od łańcuchów dostaw rozpoczynających się w Azji, opóźnień w dystrybucji, wojen, zamknięcia granic czy decyzji

²¹ <https://misja5030.pl/>

politycznych innych państw. Brak podstawowych leków może doprowadzić do pogorszenia zdrowia obywateli. Dlatego Lista 65+, która jest fundamentem farmakoterapii polskich seniorów, powinna opierać się na „Polskich Lekach”, ponieważ zapewniają suwerenność lekową. Status „Polski Lek” został wdrożony na mocy DNUR (Dużej Nowelizacji Ustawy Refundacyjnej) z 2023 r. Przysługuje produktom wytwarzanym na terenie Polski lub takim, do których produkcji wykorzystywana jest substancja czynna, tzw. API - kluczowy składnik odpowiedzialny za zamierzone działanie terapeutyczne również wyprodukowany na terytorium naszego kraju. Ten status nie jest przyznawany z urzędu, lecz wymaga spełnienia rygorystycznych kryteriów i aktywnego wnioskowania przez producenta w ramach procedury refundacyjnej:

- złożenie wniosku refundacyjnego,
- dołączenie oświadczenia oraz dowodów - dokumentacji potwierdzającej miejsce wytwarzania leku oraz pochodzenie substancji czynnej (np. certyfikaty GMP, dokumentację produkcyjną, deklaracje producenta API),
- weryfikacja przez Ministra Zdrowia,
- publikacja w Obwieszczeniu Refundacyjnym: Po pozytywnej weryfikacji lek zostaje przyporządkowany do właściwego załącznika (Wykaz G1 lub G2).

Coraz głośniejszym staje się problem związany z marnowaniem leków i kosztowną ich utylizacją. Jest to obszar, w którym warto szukać potencjalnych oszczędności poprzez działania mające na celu przeciwdziałanie nadmiernej konsumpcji, gromadzeniu leków na zapas, realizowaniu recept na długi czas czy powielaniu Rx na ten sam lek od wielu lekarzy i przestrzeganiu adherencji. Apteki nie przyjmują zwrotów produktów leczniczych, dlatego niewykorzystane lub przeterminowane preparaty trafiają do utylizacji, której koszty są bardzo wysokie. Racjonalne gospodarowanie lekami i ograniczanie ich marnowania to wspólna odpowiedzialność pacjentów, lekarzy i całego systemu ochrony zdrowia. Problem ten obciąża nie tylko finanse publiczne, lecz także środowisko. W tym celu należałoby wdrożyć lub upowszechnić rozwiązania cyfrowe wspierające lekarzy i farmaceutów w weryfikacji zasadności przepisywania leków. Mogłyby one również poprawić przestrzeganie adherencji pacjentów, co dodatkowo przyczyniłoby się do poprawy skuteczności leczenia – także w kontekście profilaktyki wtórnej powikłań np. sercowo-naczyniowych.

Wszystkie programy społeczne i zdrowotne służące idei zachowania jak najlepszej kondycji zdrowotnej seniorów należą dziś do kluczowych inwestycji. Lista 65+ to wsparcie dla pacjentów nierzadko mierzących się z wielochorobowością i niskimi zasobami finansowymi.

[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 Łązarskiego. 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?²² 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 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.²³

²² <https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/>

²³ Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-nailepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813>

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu choroby otyłościowej u kobiet

Otyłość dotyka około 504 milionów kobiet na całym świecie – prawie 1 na 5 kobiet na świecie. Otyłość wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia wielu poważnych schorzeń, w tym chorób układu krążenia (główniej przyczyny zgonów kobiet na świecie według Światowej Federacji Kardiologicznej), cukrzycy typu 2, niektórych nowotworów, choroby zwyrodnieniowej stawów, bezdechu sennego i zaburzeń psychicznych. Kobiety borykają się z wyjątkowymi wyzwaniami związanymi z otyłością w ciągu całego życia, w tym przyrostem masy ciała w czasie ciąży, okresem przejściowym między menopauzą a menopauzą (kiedy zmiany hormonalne sprzyjają gromadzeniu się tłuszczu w okolicy brzucha i zwiększają ryzyko kardiometaboliczne) oraz wyższym wskaźnikiem występowania niektórych powikłań związanych z otyłością, takich jak migrena i depresja. Szacuje się, że około 450 milionów kobiet na całym świecie doświadcza objawów menopauzy lub okołomenopauzy, przy czym około 80% z nich zgłasza, że menopauza zakłóca ich życie, a jedna trzecia doświadcza depresji w tym okresie.²⁴

Semaglutyd w dawce 2,4 mg i 7,2 mg zapewnia znaczące i spójne rezultaty w odchudzaniu u kobiet z otyłością na wszystkich etapach życia rodzniczego, od okresu premenopauzalnego, poprzez okres przejściowy, aż po menopauzę¹. Etapy menopauzy to perimenopauza (faza przejściowa), menopauza i postmenopauza (po menopauzie). Odkrycia opierają się na wynikach badania klinicznego dotyczącego kontroli masy ciała STEP UP, przetomowego badania klinicznego dotyczącego układu sercowo-naczyniowego SELECT oraz jednego dużego badania z dowodami w warunkach rzeczywistych, zaprezentowanych na Europejskim Kongresie Otyłości (ECO) w 2026 roku. Badania pokazują, że kobiety z otyłością, które tracą na wadze dzięki semaglutydowi w dawce 2,4 mg i 7,2 mg, poprawiają skład ciała, zmniejszając obwód talii, co wskazuje na mniejszą ilość tkanki tłuszczowej trzewnej, a także zmniejszają ryzyko zawałów serca i udarów mózgu, jednocześnie poprawiając jakość życia – od migren po depresję i objawy menopauzy.

Prawie co piąta kobieta na świecie żyje obecnie z otyłością, a problem ten nasila się w okresie menopauzy, kiedy zmiany hormonalne powodują przyrost masy ciała, odkładanie się tkanki tłuszczowej w okolicy brzucha i zwiększają ryzyko kardiometaboliczne. W okresie menopauzy ryzyko zawału serca u kobiet znacznie wzrasta i osiąga poziom ryzyka sercowo-naczyniowego u mężczyzn. Choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów kobiet na całym świecie, pochłaniając więcej ofiar niż wszystkie nowotwory razem wzięte¹⁰. Jednak objawy sercowo-naczyniowe u kobiet są często bagatelizowane lub błędnie diagnozowane, a kobiety nadal są niedostatecznie reprezentowane w badaniach nad chorobami serca.

W przypadku kobiet z otyłością zmiany hormonalne w okresie menopauzy mogą powodować przyrost masy ciała i zwiększać ryzyko zawału serca. Nowe dane kliniczne i rzeczywiste zaprezentowane na konferencji ECO pokazują, że skuteczne zarządzanie masą ciała za pomocą semaglutylu w dawce 2,4 mg i 7,2 mg w okresie menopauzy pozwala uniknąć powikłań otyłości, takich jak choroby serca i zaburzenia metaboliczne. Może on również pomóc w radzeniu sobie z codziennymi problemami, takimi jak migrena, depresja i problemy związane z menopauzą. To może przynieść korzyści wielu kobietom żyjącym z otyłością.

W analizie post hoc badania STEP UP, kobiety przed menopauzą z otyłością straciły średnio 22,6% masy ciała, stosując raz w tygodniu duże dawki preparatu semaglutyd 7,2 mg, a ponad 4 na 10 kobiet (41,4%) osiągnęło wyjątkową utratę masy ciała o 25% lub więcej w porównaniu z placebo. Kobiety w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym osiągnęły odpowiednio 19,7% i 19,8%. Do końca badania (72.

²⁴ Delanerolle G, Phiri P, Elneil S, et al. Menopause: a global health and wellbeing issue that needs urgent attention. The Lancet Global Health. 2025;13:e196-e198. McKinsey & Company. Closing the data gaps in women's health. Available at: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-data-gaps-in-womens-health#/> Last accessed: April 2026.

tydzień) prawie połowa kobiet we wszystkich grupach przeszła z kategorii otyłości (wskaźnik masy ciała ≥ 30 kg/m²) do kategorii nadwagi (wskaźnik masy ciała ≥ 25 kg/m²) lub wagi mieszczącej się w normie (wskaźnik masy ciała 18,5–24,9 kg/m²). Średnia redukcja obwodu talii wyniosła odpowiednio 17,5%, 15,6% i 15,3% u kobiet w okresie przedmenopauzalnym, okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym, co wskazuje na znaczną utratę niebezpiecznej tkanki tłuszczowej trzewnej. Wyniki te wskazują, że leczenie semaglutydem przynosi korzyści kobietom ze znaczną utratą masy ciała na wszystkich etapach życia, a wczesne leczenie, przed rozpoczęciem menopauzy, może prowadzić do dalszej utraty masy ciała.

W analizie post hoc badania SELECT, u kobiet w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym z otyłością i chorobami serca zaobserwowano istotną redukcję ryzyka zawałów serca, udarów mózgu i zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych. Wyniki były spójne z ogólnymi wynikami badania SELECT i wykazały liczbowo większą redukcję ryzyka u kobiet w okresie okołomenopauzalnym (ryzyko niższe o 42% w porównaniu z placebo) w porównaniu z kobietami po menopauzie (ryzyko niższe o 13% w porównaniu z placebo), chociaż różnica między grupami nie była statystycznie istotna. Wyniki te sugerują, że semaglutyd w dawce 2,4 mg i 7,2 mg może znacząco obniżyć ryzyko sercowo-naczyniowe u kobiet z otyłością w okresie menopauzy, niezależnie od etapu menopauzy. Menopauza, związany z nią przyrost masy ciała i niepożądane zmiany markerów kardiometabolicznych mogą znacząco wpływać na długoterminowe zdrowie i samopoczucie kobiet. Nadal jednak pozostają one jednym z najbardziej zaniedbanych obszarów badań nad otyłością. Bez względu na to, czy weźmiemy pod uwagę wyniki sercowo-naczyniowe, czy utratę wagi w różnych fazach menopauzy, semaglutyd w dawce 2,4 mg i 7,2 mg wydaje się oferować kobietom z otyłością istotne korzyści wykraczające poza samą utratę wagi.

Oprócz zagrożeń dla zdrowia fizycznego, otyłość może drastycznie wpłynąć na jakość życia i jest uznanym czynnikiem ryzyka przewlekłej migreny – wyniszczającej choroby, która nieproporcjonalnie często dotyka kobiety. W rocznym badaniu w USA, obejmującym ponad 34 tys. kobiet w okresie menopauzy, stosowało wyłącznie hormonalną terapię menopauzalną, sam semaglutyd w dawce 2,4 mg i 7,2 mg lub ich kombinację. Kobiety stosujące wyłącznie semaglutyd w dawce 2,4 mg i 7,2 mg w porównaniu z samą hormonalną terapią menopauzalną miały średnio o 42–45% niższe ryzyko wystąpienia migreny, począwszy od sześciu miesięcy od rozpoczęcia terapii i utrzymując się przez cały okres badania, oraz o 25% niższe ryzyko depresji, w porównaniu z kobietami stosującymi wyłącznie hormonalną terapię menopauzalną. Wyniki wykazały, że stosowanie semaglutylu w dawce 2,4 mg i 7,2 mg z hormonalną terapią menopauzalną lub bez niej wiązało się z niższym ryzykiem migreny i depresji w porównaniu z samą hormonalną terapią menopauzalną. Podsumowując:

1. Stosowanie semaglutylu w dawce 2,4 mg i 7,2 mg wykazało średnio 22,6% utratę masy ciała u kobiet przed menopauzą z otyłością, przy czym ponad 4 na 10 (41,4%) osiągnęło 25% lub więcej utraty masy ciała.²⁵
2. Znaczna utrata masy ciała była spójna we wszystkich fazach menopauzy, podobnie jak znaczne zmniejszenie obwodu talii, kluczowego wskaźnika zdrowia metabolicznego.
3. Kobiety przyjmujące semaglutyd w dawce 2,4 mg i 7,2 mg miały średnio o 42–45% niższe ryzyko wystąpienia migreny po sześciu miesiącach od rozpoczęcia kuracji oraz o 25% niższe ryzyko depresji w porównaniu z samą terapią hormonalną w okresie menopauzy.²⁶

²⁵ Huvinen E, Jacobsen CSF, Abercrombie AK, et al. Body Weight Loss With Semaglutide 7.2 mg is Independent of Menopausal Status in Women With Obesity: A Post Hoc Analysis of the STEP UP Trial. Oral symposium presentation at the European Congress on Obesity (ECO) 2026; 12–15 May 2026; Istanbul, Turkey

²⁶ Andrade MDH, Hjorth CF, Nance N, et al. Associations of Semaglutide, Alone or With Concomitant Menopausal Hormone Therapy, With the Onset of Menopause-Related Symptoms in a Real-World Cohort. Oral symposium presentation at the European Congress on Obesity (ECO) 2026; 12–15 May 2026; Istanbul, Turkey.

SPONSORZY I PARTNERZY

abbvie



teva