



„Demografia – wyzwania zdrowotne i finansowe dla Polski i Unii Europejskiej”

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



Partnerem merytorycznym jest Główny Urząd Statystyczny
i Komitet Nauk Demograficznych PAN,
Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii.



29 kwietnia 2026 r., w godz. 11:00 – 15:30

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. „Demografia – wyzwania zdrowotne i finansowe dla Polski i Unii Europejskiej” 29 kwietnia 2026 roku, to:

- Ile zdrowia w demografii. Ile demografii w zdrowiu
- In vitro – suma sukcesów, ocena wyzwań
- Racja stanu, to troska o życie – długie i aktywne

Ile zdrowia w demografii. Ile demografii w zdrowiu

Według danych GUS, liczba ludności Polski w końcu 2025 r. wyniosła 37332 tys., tj. obniżyła się o ok. 157 tys. w stosunku do stanu sprzed roku. Stopa ubytku rzeczywistego wyniosła minus 0,42%, co oznacza, że na każde 10 tys. ludności ubyło ok. 42 osoby (wobec 39 osób w 2024 r.).¹ Niemal nieprzerwanie od 2012 r. utrzymuje się spadek liczby ludności, jedynie w 2017 r. odnotowano nieznaczny jej wzrost (o niespełna 1 tys. osób). Na zmiany liczby ludności wpływa głównie przyrost naturalny, który od 2013 r. pozostaje ujemny. Szacuje się, że w 2025 r. liczba urodzeń była o ok. 168

¹ Sytuacja demograficzna Polski. GUS 2026 <https://ssgk.stat.gov.pl/Ludnosc.html>

tys. niższa od liczby zgonów. Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 ludności) wyniósł minus 4,5 (wobec minus 4,2 rok wcześniej). Współczynniki przyrostu naturalnego są zazwyczaj niższe w miastach niż na obszarach wiejskich. Do 2018 r. w miastach obserwowano ubytek naturalny, a na wsi – niewielki przyrost. Od 2019 r. zarówno w miastach, jak i na wsi notuje się ubytek naturalny. Ze wstępnych szacunków wynika, że w 2025 r. zarejestrowano ok. 238 tys. urodzeń żywych, tj. o ok. 14 tys. mniej niż w poprzednim roku. Współczynnik urodzeń zmniejszył się w skali roku o 0,3 pkt do 6,4‰. Współczynnik dzietności obniżył się z 1,16 w 2023 r. do 1,10 w 2024 r.¹ Oznacza to, że gdyby kobiety w całym okresie rozrodczym rodziły dzieci z taką samą częstością jak w 2024 r., to na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypadłoby 110 urodzonych dzieci (odpowiednio 107 w miastach i 115 na wsi). Kobiety rodzą dzieci w coraz późniejszym wieku. Obecnie najwięcej urodzeń odnotowuje się wśród kobiet w wieku 30–34 lata. Według wstępnych danych w 2025 r. zmarło ok. 406 tys. osób, tj. o ok. 3 tys. mniej niż w rok wcześniej. Współczynnik umieralności utrzymał się na poziomie z poprzedniego roku i wyniósł 10,9‰. Głównymi przyczynami zgonów w 2024 r.³, podobnie jak rok wcześniej, pozostały choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe, które łącznie odpowiadały za ponad 61% wszystkich zgonów. Kolejnymi istotnymi przyczynami zgonów były choroby układu oddechowego (odpowiadające za blisko 8% wszystkich zgonów) oraz choroby układu pokarmowego i przyczyny zewnętrzne (stanowiące łącznie ponad 9%).

In vitro – suma sukcesów, ocena wyzwań

Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028” ruszył 1 czerwca 2024 r., a pierwsze dziecko urodziło się w styczniu 2025 r. Z informacji posiadanych przez Ministerstwo Zdrowia na dzień 31.01.2026 r., które zostały potwierdzone przez 58 realizatorów, wynika, iż w ramach programu urodziło się 10 623 dzieci; uzyskano 24 433 ciąż klinicznych; 44 360 par zakwalifikowało się do udziału; przeprowadzono 10 582 kriotransferów zarodków (z zarodków utworzonych przed wejściem w życie programu); 2 107 osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności; 1 534 osób zamroziło gamety w ramach zabezpieczenia płodności.² Na realizację programu corocznie z budżetu państwa z części będącej w dyspozycji ministra zdrowia przeznaczane jest nie mniej niż 500 mln zł. W roku 2025 wydano na ten cel 600 mln zł. Zwiększenie kwoty przeznaczanej na program in vitro o 100 mln zł zostało zaplanowane również w budżecie na 2026 r. Z programu mogą skorzystać: pary pozostające w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu; objęte ubezpieczeniem zdrowotnym zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; u których stwierdzono i potwierdzono dokumentacją medyczną, bezwzględną przyczynę niepłodności lub nieskuteczne zgodnie z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu; które mają kriokonserwowane i przechowywane zarodki, w ramach wcześniej realizowanych procedur; kobiety do 42. roku życia – w przypadku korzystania z własnych komórek jajowych lub dawstwa nasienia, kobiety do 45. roku życia – w przypadku korzystania z dawstwa oocytów lub dawstwa zarodka, mężczyźni do 55. roku życia oraz pacjenci z chorobami onkologicznymi - kobiety od okresu dojrzewania do 40. roku życia i mężczyzn od okresu dojrzewania do 45. roku życia (pobranie gamet przed lub w trakcie leczenia onkologicznego i ich przechowywanie). Projekt obejmuje finansowanie całej procedury medycznie wspomaganą prokreacji. Refundowana jest kwalifikacja par, obowiązkowe badania oraz wszystkie części procedury in vitro, które są niezbędne do

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro>

jej skutecznego i bezpiecznego przeprowadzenia. Program obejmuje sześć zindywidualizowanych 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 oraz do 6 cykli z dawstwem zarodków. Rządowy program potrwa do 31 grudnia 2028 r.³ Wysokość finansowania dla poszczególnych ośrodków zależy od skuteczności leczenia. Oceniane jest przede wszystkim to, jak często podejmowane procedury kończą się ciążą. Analiza uwzględnia m.in.: skuteczność w przeliczeniu na jedną parę, skuteczność w przeliczeniu na jeden cykl leczenia oraz skuteczność pojedynczego transferu.⁴

Racja stanu, to troska o życie – długie i aktywne

Resort zdrowia ma trzy główne priorytety: zdrowy szpital – bezpieczny pacjent, zdrowe serce - zdrowy mózg oraz cyfryzację ochrony zdrowia.⁵

Wg. najnowszego raportu Komisji Europejskiej pt. "State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2025":

- W 2024 r. średnia długość życia w Polsce wynosiła 78,7 lat – o 3 lata mniej niż średnia UE. Różnica w średniej długości życia kobiet i mężczyzn pozostawała stosunkowo duża i wynosiła 7,5 roku na korzyść kobiet.
- Średnia długość życia w zdrowiu w Polsce była znacznie niższa od średniej Unii Europejskiej. W wieku 65 lat kobiety w Polsce mogą oczekiwać 8,6 roku zdrowego życia, a mężczyźni 7,8 roku, w porównaniu ze średnią wynoszącą odpowiednio 9,2 roku i 8,9 roku w całej UE.
- Zgodnie z trendami obserwowanymi w całej Europie, głównymi przyczynami zgonów oraz złego stanu zdrowia Polaków były choroby układu krążenia i nowotwory.
- Palenie tytoniu i spożywanie alkoholu są głównymi czynnikami wpływającymi na śmiertelność i zachorowalność w Polsce, a nierówności społeczno-ekonomiczne w zakresie narażenia na czynniki ryzyka związane z zachowaniem i środowiskiem są znaczne.
- Wysokie wskaźniki śmiertelności, której można zapobiec i którą można leczyć, ujawniają słabości systemu opieki zdrowotnej w zakresie zapobiegania chorobom i leczenia pacjentów. Śmiertelność, której można zapobiec, utrzymuje się na poziomie wyższym od średniej UE, a liczba możliwych do uniknięcia hospitalizacji z powodu niektórych z najczęstszych chorób przewlekłych należy do najwyższych w Europie, co wskazuje na niedociągnięcia w zakresie opieki ambulatoryjnej.
- Całkowite wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca w Polsce w 2023 r. wyniosły 2 266 EUR, czyli o 40 % mniej niż średnia UE wynosząca 3 832 EUR. Z tej kwoty 78% pochodziło z przedpłaconych źródeł publicznych, ale 22 % stanowiły wydatki prywatne – w większości pokrywane bezpośrednio z kieszeni pacjentów.

³ 10 tysięcy powodów do radości - 10 tysięcy urodzonych dzieci dzięki in vitro. MZ 2026

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/10-tysiecy-powodow-do-radosci--10-tysiecy-urodzonych-dzieci-dzieki-in-vitro>

⁴ Informacja na temat finansowania programu wsparcia in vitro. MZ 2026

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-na-temat-finansowania-programu-wsparcia-in-vitro>

⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/priorytety-ministerstwa-zdrowia-na-lata-2025-2027>

- Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej są w Polsce stosunkowo wysokie, a długi czas oczekiwania i kolejki do świadczeń są najsłabszym elementem polskiego systemu ochrony zdrowia.⁶

Wg GUS, w 2024 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn w Polsce wyniosło 74,9 roku, natomiast kobiet było o prawie 7,5 roku dłuższe i wyniosło 82,3 roku (przy założeniu, że utrzymają się warunki umieralności zaobserwowane w 2024 r.). Krótsze trwanie życia mężczyzn jest wynikiem ich nadumieralności, która występuje we wszystkich grupach wieku, przy czym różnica ta zmniejsza się wraz z wiekiem. W 2024 r. przeciętne trwanie życia dla mężczyzn w miastach wynosiło 75,1 roku, a na wsi – 74,7 roku, natomiast wśród kobiet różnica ta była niewielka (odpowiednio 82,3 roku w miastach i 82,2 roku na wsi). Szacuje się, że w końcu 2025 r. w wieku produkcyjnym było 21,7 mln osób (tj. o ok. 128 tys. mniej niż przed rokiem), które stanowiły 58,1% ludności ogółem (wobec 58,2% w 2024 r. i 60,8% w 2000 r.). Utrzymuje się proces starzenia się zasobów pracy. Stopniowo zmniejsza się liczba i udział ludności w wieku produkcyjnym mobilnym – w 2025 r. było to 12,8 mln osób (tj. 34,3% ludności ogółem wobec 34,8% w 2024 r. i 39,8% w 2000 r.). Równocześnie wzrasta liczba ludności w wieku produkcyjnym niemobilnym – według stanu na koniec 2025 r. wyniosła ona ok. 8,9 mln osób, tj. 23,8% ogólnej populacji (wobec odpowiednio 23,4% rok wcześniej oraz 21,0% w 2000 r.). Od lat nieprzerwanie rośnie liczba i odsetek osób w wieku poprodukcyjnym. Według wstępnych danych w końcu 2025 r. liczba ludności w tym wieku wyniosła 9 mln osób, a jej udział w ogólnej populacji wzrósł do 24,2% (z 23,8% w 2024 r. oraz 14,8% w 2000 r.). Starzenie się populacji obrazują także wartości współczynnika obciążenia demograficznego, wyrażonego liczbą osób w wieku nieprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym. Po 2010 r. notowano systematyczny wzrost tego współczynnika – szacuje się, że w 2025 r. wyniósł on 72 osoby (wobec 55 osób w 2010 r.). Na zmiany demograficzne wskazuje analiza składowych tego wskaźnika, które mierzą relacje między osobami w wieku produkcyjnym a osobami w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym. Wskaźnik dla osób w wieku przedprodukcyjnym od kilku lat kształtuje się na stałym poziomie, natomiast dla osób w wieku poprodukcyjnym wzrasta. Szacuje się, że w 2025 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 30 osób w wieku przedprodukcyjnym i 42 osoby w wieku poprodukcyjnym. W 2010 r. relacja między tymi współczynnikami kształtowała się odpowiednio na poziomie 29 i 26.⁷

W 2026 roku zaplanowano publiczne wydatki na ochronę zdrowia na poziomie 247,8 mld zł, co stanowi 6,81% PKB. Według szacunków GUS, w 2024 r., bieżące wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 293,6 mld zł, co stanowi wzrost o 47,0 mld zł w stosunku do danych o wstępnych wydatkach w 2023 r., opracowanych w ramach NRZ, które osiągnęły poziom 246,6 mld zł. Bieżące wydatki na ochronę zdrowia (zarówno publiczne, jak i prywatne) stanowiły w 2024 r. 8,1% wstępnie oszacowanego PKB, co oznacza wzrost o 0,9 pkt. proc. w porównaniu z wstępnymi danymi dla 2023 r. W 2024 r. publiczne wydatki bieżące wzrosły do 229,1 mld zł, tj. o 37,1 mld zł więcej w porównaniu z 2023 r. Udział tych wydatków w PKB wyniósł w 2024 r. 6,3% (w 2023 r. 5,6%). Z kolei prywatne wydatki bieżące, obejmujące m.in. wydatki gospodarstw domowych, zwiększyły się w 2024 r. o 9,9 mld zł i przyjęły wartość 64,5 mld zł.⁸ Blisko 18 miliardów złotych z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) zostało przeznaczonych m.in. na modernizację infrastruktury, rozwój cyfryzacji czy

⁶ State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2025.

https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/2025_translations/soheu-2025-poland-native-language-final-web.pdf?sfvrsn=c81201_1

⁷ <https://ssgk.stat.gov.pl/Ludnosc.html>

⁸ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2024-r-,1,15.html>

wsparcie kadr medycznych. To historyczna reforma sektora ochrony zdrowia, której beneficjentami są pacjenci.⁹ Dodatkowo 1,15 mld zł trafi do szpitali na procesy konsolidacyjne. To pierwszy tak duży program finansowego wsparcia dla placówek, które chcą łączyć siły i zmieniać sposób organizacji leczenia.¹⁰

Poniżej przedstawiono wybrane zagadnienia rosnącego znaczenia dostępu do skutecznych terapii w aspekcie demografii.

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

⁹ Miliardy na inwestycje w ochronę zdrowia - podsumowujemy projekty z KPO. MZ 2026

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/miliardy-na-inwestycje-w-ochrone-zdrowia--podsumowujemy-projekty-z-kpo>

¹⁰ Ponad miliard złotych na konsolidację szpitali. Ministerstwo Zdrowia uruchamia program wsparcia. MZ 2026

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/ponad-miliard-zlotych-na-konsolidacje-szpitali-ministerstwo-zdrowia-uruchamia-program-wsparcia>

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 wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028”.¹¹ 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.¹²

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 mogły skorzystać: kobiety do 42. roku życia – jeśli korzystają z własnych komórek jajowych lub dawstwa nasienia, kobiety do 45. roku życia – jeśli korzystają z dawstwa oocytów lub zarodka, mężczyźni do 55. roku życia. Przyczyna niepłodności może leżeć po stronie jednego z pacjentów lub 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

¹¹ Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028. MZ [Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji, na lata 2024-2028 - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl](#)

¹² Program wsparcia in vitro. MZ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro>

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 na pobieraniu i przechowywaniu 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 prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację, na lata 2024-2028”. Program ruszył 1 czerwca 2024 r., a pierwsze dziecko urodziło się w styczniu 2025 r. Z informacji posiadanych przez Ministerstwo Zdrowia na dzień 31.01.2026 r., które zostały potwierdzone przez 58 realizatorów, wynika, iż w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganą prokreację, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreację, na lata 2024-2028” urodziło się 10 623 dzieci; uzyskano 24 433 ciąży klinicznych; 44 360 par zakwalifikowało się do udziału; przeprowadzono 10 582 kriotransferów zarodków (z zarodków utworzonych przed wejściem w życie programu); 2 107 osób zgłosiło się do zabezpieczenia płodności; 1 534 osób zamroziło gamety w ramach zabezpieczenia płodności.¹³

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 kobiet. 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.

Migrena to nie wymówka ani „zwykły” ból głowy – to poważna choroba neurologiczna, która w znacznym stopniu obniża jakość życia pacjentów, zmniejszając produktywność społeczną, rodzinną i zawodową. Oprócz bólu głowy pacjentom towarzyszą inne, czasem nie mniej uciążliwe niż sam ból głowy, objawy, jak nudności i/lub wymioty, nadwrażliwość na światło czy dźwięk. Choroba jest wyzwaniem nie tylko dla zmagających się z nią osób i ich bliskich, ale także dla zdrowia publicznego –

¹³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/in-vitro>

szacuje się, że jest drugą najważniejszą przyczyną lat życia w niepełnosprawności na świecie i Europie zachodniej. 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. 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:

- 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 lekowego 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, 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 Prośół, 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)

<i>Kraj</i>	<i>SOB (% PKB)</i>
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)

<i>Kraj</i>	<i>Dni na osobę 15+</i>	<i>Szacunkowa populacja 15+ (mln)</i>	<i>Łączny ekwiwalent dni pracy (mln)</i>
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, obarczone 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 niesamodzielnnością. 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.

Źródła:

1. Ministerstwo Zdrowia. „Priorytety Ministerstwa Zdrowia na lata 2025–2027”. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/priorytety-ministerstwa-zdrowia-na-lata-2025-2027>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 Results. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
3. 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)
4. Stovner LJ et al. Cephalgia, 2007.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD 3). Cephalgia, 2018.
6. Diener HC, Holle D, Dodick D. Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. Nature Reviews Neurology, 2019.
7. Steiner TJ et al. The global burden of headache disorders. Journal of Headache and Pain, 2013.
8. 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
9. WIFOR Institute (2025). The Case of Migraine in Europe – Socioeconomic Burden in Six European Countries. <https://www.wifor-institute.de/>
10. European Charter of Patients’ Rights. <https://healthcarecongress.eu/media/2020/01/European-Patients-Charter.pdf>
11. Buse DC et al. The Impact of Migraine on Family Planning and Pregnancy Decisions. Headache. 2019;59: 13–23.
12. Buse DC et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. Headache. 2013.
13. Peterlin BL et al. Migraine and psychiatric comorbidities. Neurology. 2011.

Niezaspokojona potrzeba medyczna w drugiej linii leczenia szpiczaka plazmocytoowego

Szpiczak plazmocytoowy to trzeci najczęstszy nowotwór krwi na świecie i jest uznawany za chorobę, którą można leczyć, ale nie całkowicie wyleczyć – większość pacjentów doświadcza nawrotów¹⁴. Rocznie diagnozuje się ponad 180 tys. nowych przypadków na całym świecie¹⁵. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów liczba zachorowań na szpiczaka plazmocytoowego w Polsce wzrosła w latach 1999-2022 ponad dwukrotnie do poziomu niespełna dwóch tysięcy rocznie (1986). W analogicznym okresie wrosła również śmiertelność z tego powodu. W 1999 r. odnotowano 762 zgony, podczas gdy w 2022 r. liczba ta osiągnęła poziom 1 311. 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

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

pacjentów poniżej 40. roku życia¹⁶. Chociaż zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem, choroba dotyka również młodsze osoby, które często są aktywne zawodowo i mają obowiązki rodzinne. Wpływ choroby i jej leczenia na wydajność w pracy, pełnienie ról opiekuńczych oraz obciążenie finansowe są znaczące¹⁷. Ryzyko wystąpienia szpiczaka plazmocytozy jest około 1,2–1,5-krotnie większe u mężczyzn¹⁸. Szpiczak plazmocytozy to choroba, dla której nie ma skutecznych rozwiązań profilaktycznych. Istotnym czynnikiem rokowniczym jest wczesne wykrycie choroby, które pozwala na wdrożenie skutecznego i bezpiecznego leczenia.

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

Nadciśnienie tętnicze. Program „Misja 50/30”

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%.

Program "Misja 50/30" to program zainicjowany przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (PTNT), który został oficjalnie uruchomiony w Polsce na początku 2026 roku. Ta ogólnokrajowa inicjatywa ma na celu zwiększenie odsetka pacjentów z dobrze kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym do 50% do roku 2030. Program odpowiada na istotny problem zdrowia publicznego, jakim jest nadciśnienie tętnicze w Polsce, na które cierpi ponad 11 milionów dorosłych osób, a tylko około 22,4% pacjentów osiąga zalecane wartości docelowe ciśnienia krwi (poniżej 130/80 mmHg). Ten niski wskaźnik kontroli przyczynia się do zwiększonego ryzyka udarów, zawałów serca i przedwczesnych zgonów. Poprzez wdrażanie zaleceń zawartych w Wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2024 roku można poprawić kontrolę nad ciśnieniem tętniczym, zmniejszyć ryzyko jego groźnych powikłań i zgonów.

"Misja 50/30" koncentruje się na poprawie skuteczności leczenia poprzez wieloaspektowe podejście, obejmujące:

- Podnoszenie świadomości pacjentów i wspieranie samokontroli.
- Zwiększenie stopnia wdrażania aktualnych wytycznych terapeutycznych.
- Zachęcanie do lepszego przestrzegania zaleceń terapeutycznych zarówno przez pacjentów, jak i personel medyczny.
- Promowanie stosowania terapii skojarzonych.
- Angażowanie szerokiego grona interesariuszy, w tym lekarzy POZ, specjalistów, pielęgniarek, farmaceutów oraz organizacji pacjenckich.

¹⁶ 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

¹⁷ 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.

¹⁸ „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych”. Zalecenia Polskiej Grupy Szpiczakowej, tom 2, nr 2.9, 2020.

Program otrzymał wsparcie Senackiej Komisji Zdrowia i został uruchomiony w kontekście Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki, ogłoszonego przez Senat RP na rok 2025. Partnerem projektu jest Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Do tej pory swój udział w programie zadeklarowało ponad 11000 lekarzy z całego kraju.¹⁹

Innowacyjne leczenie cukrzycy typu 2

Leki z grupy analogów GLP-1 (semaglutyd i dulaglutyd) ze względu na swoją wysoką skuteczność i korzystny profil bezpieczeństwa stanowiły w ostatnich latach uznany standard nowoczesnego leczenia cukrzycy typu 2. Lek tirzepatyd stanowi nową generację nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych, jako pierwszy i jedyny lek o takim mechanizmie działania – agonista receptora GIP oraz GLP-1, wykazał wyższą skuteczność niż analogi GLP-1 w zakresie kontroli glikemii, większą redukcję masy ciała, a w wyższych dawkach (10-15 mg) powodował poprawę profilu lipidowego oraz redukcję ciśnienia tętniczego krwi w porównaniu z dostępnymi w Polsce analogami GLP-1. Tirzepatyd wykazuje bezprecedensową skuteczność w osiąganiu normoglikemii, przewyższając inne dostępne terapie - ponad połowa pacjentów (50,9%) stosujących najwyższą dawkę tirzepatytu (15 mg) osiągnęła normoglikemii, 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 normoglikemii. 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 semaglutytu 1 mg. Co istotne, efekt ten był obserwowany przy jednoczesnej lepszej kontroli glikemii i większym odsetku pacjentów osiągających normoglikemii.

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

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/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \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

¹⁹ <https://misja5030.pl/>

Leczniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym.

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

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu choroby otyłościowej

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

W Polsce 65,6% obywateli ma nadwagę, a 29,8% choruje na otyłość. Przy BMI powyżej 40 kg/m² ryzyko śmierci wzrasta aż 4-krotnie. W 2019 roku choroba otyłościowa była piątą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, odpowiadając za ponad 5 milionów zgonów. W Polsce otyłość jest 4 przyczyną zgonów, odpowiadając w 2019 roku za 57 tys. zgonów. Koszty globalne: Otyłość generuje globalne koszty rzędu 2 bilionów dolarów rocznie, co stanowi około 2,8% światowego PKB. Są to zarówno wydatki na leczenie powikłań, jak i koszty wynikające z utraconej produktywności. Tylko w 2019 r. koszty przedwczesnych zgonów z powodu nadmiernej masy ciała wynosiły 9,8 mld USD, a szacuje się, że do 2060 r. wzrosną do poziomu 63,7 mld USD. Wydatki związane z otyłością w Polsce wynoszą około 3 miliardów złotych rocznie, obciążając zarówno system opieki zdrowotnej, jak i pacjentów. Otyłość negatywnie wpływa także na gospodarkę poprzez zwiększoną absencję chorobową i obniżenie efektywności pracy. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej nad osobami z chorobą otyłościową, mogą być nawet o 44% wyższe, niż nad osobami z prawidłową wagą. Koszty opieki zdrowotnej związanej z 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 semaglutynu i tirzepatynu 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 przerywania 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 ≥ 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 wzmocnić system publicznej ochrony zdrowia w obszarze monitoringu, diagnostyki i kompleksowego leczenia choroby otyłościowej?²⁰ 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

²⁰ <https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/>

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.²¹

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.²² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.²³ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z

²¹Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-najlepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813>

²² 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>

²³ 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>

kwietnia 2024 r. program pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.²⁴

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

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

KOS-BAR realizowany jest w czterech modułach:

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

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

²⁴Projekt 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>

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*.

Eksperti 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 niezacyciu 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 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.

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.²⁵ Międzynarodowe Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego ustanowiło dzień 27 marca, Dniem Adherence. Polska może czerpać z dobrych praktyk krajów europejskich takich jak Portugalia czy Słowacja, które dzięki systemowym działaniom podnoszącym stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych znacząco zredukowały częstość powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawały i udary. Te doświadczenia mogłyby stanowić punkt wyjścia dyskusji różnych środowisk: lekarzy, farmaceutów, pacjentów, decydentów i być inspiracją dla wypracowania rozwiązań systemowych możliwych do wdrożenia w naszym kraju.

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

Niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich jest jednym z głównych wyzwań w terapii zaburzeń psychicznych. Brak adherencji terapeutycznej może dotyczyć nawet blisko 60% chorych z depresją. Nieprzestrzeganie zaleceń zależy od szeregu czynników i jest zjawiskiem kompleksowym: może się odnosić do jednego lub kilku zaleceń, być ciągłe lub przerywane, intencjonalne lub nie. Brak adherencji prowadzi do licznych negatywnych konsekwencji, zarówno zdrowotnych, jak i społecznych. U pacjentów z depresją może zwiększać częstość hospitalizacji i ryzyko nawrotu objawów, a ponadto wiązać się z większym nasileniem depresji, rzadszym uzyskiwaniem odpowiedzi terapeutycznej i remisji oraz niższym poziomem funkcjonowania. Wydaje się, iż jedną z przyczyn niestosowania się do zaleceń są działania niepożądane leków. W grupie osób z zaburzeniami lękowymi niestosowanie się do zaleceń lekarskich także jest częstym zjawiskiem, zależnym od wielu zmiennych. Znajomość czynników negatywnie wpływających na adherencję wśród pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi oraz adekwatne interwencje mogą się przyczynić do poprawy wyników leczenia chorób i zaburzeń psychicznych.²⁶

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.

KONTAKT:

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

²⁵ Nowe rekomendacje ekspertów w obszarze adherence. Termedia. 2025 Dostępne:

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

²⁶ Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi. *Psychiatr Psychoł Klin* 2019, 19 (2), p. 177–187. DOI: 10.15557/PiPK.2019.0018 Dostępne:

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

PATRONAT MEDIALNY

MANAGER
REPORT

Med
express.pl

SPONSORZY I PARTNERZY:

FERRING
PHARMACEUTICALS

GSK


novo nordisk®

Roche

SERVIER 
moved by you