



# Minister Zdrowia

ASG.050.193.2026.MK  
Warszawa, 16 września 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,  
odpowiadając na interpelację (nr 18739), Pani Poseł Lidii Czechak i grupy posłów w sprawie systemowego leczenia otyłości, cukrzycy typu 2 oraz zapobiegania ich powikłaniom kardiometabolicznym, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

**1. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje w najbliższym czasie poszerzenie wskazań refundacyjnych i umożliwienie szerszego dostępu do nowoczesnych terapii lekami z grupy agonistów GLP-1 oraz GLP-1/GIP dla pacjentów z otyłością i cukrzycą typu 2?**

Kwestie związane z refundacją reguluje ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253), zwana dalej „ustawą o refundacji”.

Na mocy art. 37 ust. 6 ustawy o refundacji minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, raz na trzy miesiące, w drodze obwieszczenia, wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w stosunku do których wydano decyzje o objęciu refundacją. Treść każdego programu lekowego jest publikowana jako załącznik do wyżej wymienionego obwieszczenia i dostępna na stronie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-listalekowrefundowanych>

Zgodnie z art. 24 ustawy o refundacji, w odniesieniu do produktów leczniczych, które są dostępne na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w zakresie wskazań rejestracyjnych, Minister Zdrowia może podjąć działania w sprawie objęcia refundacją bądź zmiany wskazań w oparciu o wniosek przedłożony przez podmiot odpowiedzialny (producenta leku, jego przedstawiciela lub importera). Wnioskodawca może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia wniosek o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto między innymi leku, technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej, technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności.

Złożony wniosek, o którym mowa wyżej, jest poddawany ocenie formalno-prawnej, a następnie, w przypadku produktu leczniczego, który nie ma odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, jest przesyłany do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej też jako Agencja lub AOTMiT) celem przygotowania analizy weryfikacyjnej, stanowiska Rady Przejrzystości oraz rekomendacji Prezesa. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, jakość dostępnych dowodów naukowych oraz wiarygodność porównań i wyników przeprowadzonych analiz, wydaje rekomendację w sprawie objęcia refundacją wnioskowanego leku w danym wskazaniu. Następnie prowadzone są negocjacje z Komisją Ekonomiczną, która prowadzi z podmiotami odpowiedzialnymi negocjacje w zakresie ustalenia ceny zbytu netto oraz wskazań, w których lek ma być refundowany.

Po zebraniu całości materiału dowodowego w danym postępowaniu refundacyjnym, Minister Zdrowia mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w

ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją (pozytywną lub negatywną), przy uwzględnieniu następujących kryteriów:

- 1) stanowiska Komisji Ekonomicznej;
- 2) rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 3) istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją;
- 4) skuteczności klinicznej i praktycznej;
- 5) bezpieczeństwa stosowania;
- 6) relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania;
- 7) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym;
- 8) konkurencyjności cenowej;
- 9) wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców;
- 10) istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania;
- 11) wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3-10;
- 12) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach ;
- 13) wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu - koszt uzyskania dodatkowego roku życia;
- 14) zobowiązania do zapewnienia ciągłości dostaw, o którym mowa w art. 25 pkt 4 – biorąc pod uwagę inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek.

W odniesieniu do dostępności terapii lekami z grupy agonistów GLP-1 oraz GLP1/GIP dla pacjentów z otyłością i cukrzycą typu 2 należy wskazać, iż wnioski w przedmiocie objęcia refundacją i ustalenia ceny zbytu netto w trybie art. 24 ust. 1 pkt 1 złożono dla dwóch technologii lekowych: semaglutyd (Wegovy) oraz tirzepatyd (Mounjaro), we wskazaniu dotyczącym leczenia choroby otyłościowej, w ramach nowego programu lekowego.

Wnioski dla leku Wegovy zostały przekazane do Agencji w celu przygotowania analizy weryfikacyjnej AOTMiT, stanowiska Rady Przejrzystości oraz rekomendacji Prezesa Agencji. Natomiast wnioski dla leku Mounjaro zostały ocenione przez AOTMiT (Rekomendacja nr 87/2026 z dnia 29 czerwca 2026 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – negatywna, Stanowisko Rady Przejrzystości nr 81/2026 z dnia 29 czerwca 2026 roku – pozytywne). Kolejnym etapem są negocjacje prowadzone z Komisją Ekonomiczną. Po zebraniu całości materiału dowodowego oraz po zakończeniu wszystkich etapów postępowania administracyjnego, Minister Zdrowia rozstrzygnie o wydaniu decyzji w przedmiocie objęcia refundacją ww. leków (pozytywnej lub negatywnej), w oparciu o 14 kryteriów wskazanych w ustawie o refundacji.

Dodatkowo, w ramach aptecznej kategorii dostępności, aktualnie w pracach Ministerstwa znajdują się wnioski o objęcie refundacją trzech prezentacji leku Ozempic (semaglutyd) w rozszerzonym wskazaniu refundacyjnym (w stosunku do aktualnie obowiązującego): Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej jednym lekiem hipoglikemizującym, z HbA1c  $\geq 7,0\%$ , z BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek  $\geq 55$  lat dla mężczyzn,  $\geq 60$  lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, oraz wnioski o objęcie refundacją dwóch prezentacji leku Suliqua (lixisenatyd + insulina glargine) we wskazaniu refundacyjnym Leczenie cukrzycy typu 2.

W wyniku przeprowadzonych przez AOTMiT ocen wydane zostały:

- dla wniosków dla produktu Ozempic: negatywne Stanowisko Rady Przejrzystości nr 65/2026 z 18 maja 2026 r. oraz negatywna Rekomendacja Prezesa Agencji nr 70/2026 z 21 maja 2026 r.;
- dla wniosków dla produktu Suliqua: negatywne Stanowisko Rady Przejrzystości nr 109/2026 z 3 sierpnia 2026 r. (na dzień sporządzenia pisma brak Rekomendacji Prezesa Agencji).

Jednocześnie należy w tym miejscu podkreślić, iż zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o refundacji, wnioski, o których mowa w art. 24 ust. 1, są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.

## **2. Jakie kroki resort zdrowia podejmuje w celu wdrożenia kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem kardiometabolicznym w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej?**

W 2022 r. wprowadzono do systemu opiekę koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)<sup>1</sup>, co oznacza, że świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej – lekarz POZ i pielęgniarka POZ – mogą udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom przewlekle chorym w tym modelu opieki. Na podstawie pilotażu przeprowadzonego w latach 2018-2021, opieką koordynowaną w POZ objęto pacjentów przewlekle chorych w zakresie kardiologii, diabetologii, endokrynologii, pulmonologii i nefrologii. Schorzenia z tych grup były bowiem najczęściej diagnozowane przez lekarza POZ, co potwierdził pilotaż. Przystąpienie pacjenta do tej formy opieki nie jest warunkowane skierowaniem, a jedynie przez zgłoszenie swojego zamiaru lekarzowi pierwszego kontaktu.

W ramach opieki koordynowanej istnieje możliwość odbywania konsultacji z lekarzem specjalistą. Konsultacje lekarskie (lekarz POZ – lekarz specjalista) są również prowadzone zdalnie. Bezpośrednie omówienie wyników badań pacjenta i dalszego przebiegu leczenia między lekarzami wpływa na większą skuteczność terapii i bezpieczeństwo pacjenta. W opiece koordynowanej konsultacje z lekarzem specjalistą są dostępne również dla pacjenta, bez konieczności skierowania do AOS.

Świadczenia opieki koordynowanej w wybranych zakresach obejmują:

- 1) w kardiologii - diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków;
- 2) w diabetologii - diagnostyka i leczenie stanów przedcukrzycowych i cukrzycy;
- 3) w endokrynologii - diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy;

W zakres świadczeń gwarantowanych opieki koordynowanej w POZ wchodzi:

- 1) porada kompleksowa,
- 2) badania diagnostyczne:
  - a) w kardiologii - EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG), Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG), Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego), USG Doppler tętnic szyjnych, USG Doppler naczyń kończyn dolnych, ECHO serca przezklatkowe, BNP (NT-pro-BNP), albuminuria (stężenie albumin w moczu), UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu),
  - b) w diabetologii - albuminuria (stężenie albumin w moczu), UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu), USG Doppler naczyń kończyn dolnych;
  - c) w endokrynologii - celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych), antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej), antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH), antyTg (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie),

---

<sup>1</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 1965).

- 3) porady edukacyjne,
- 4) konsultacje dietetyczne.

Porada kompleksowa obejmuje wywiad, badanie przedmiotowe, analizę wyników badań i stosowanego leczenia, zlecenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych, opracowanie „Indywidualnego Planu Opieki Medycznej” zawierającego zalecenia: wizyt kontrolnych, porad edukacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę POZ lub lekarza POZ, badań kontrolnych, konsultacji dietetycznych realizowanych przez dietetyka. Świadczenia opieki koordynowanej (świadczenia gwarantowane) są udzielane zgodnie z harmonogramem czasu pracy świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Zauważenia wymaga, że dla osób dorosłych, od maja 2025 r. wdrożono ogólnopolski program profilaktyczny "Moje Zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej"<sup>2</sup>. Program jest elementem systemowego podejścia do profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowego stylu życia. Celem programu jest zbudowanie modelu kompleksowej profilaktyki dostępnej dla każdego w jego przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, identyfikacja czynników ryzyka, wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych, które mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych oraz stworzenie Indywidualnego Planu Zdrowotnego. Częstotliwość bilansu zdrowia zależna jest od wieku pacjenta:

- 1) osoby 20 - 49 lat -nie częściej niż raz na 5 lat,
- 2) osoby 50+ -nie częściej niż raz na 3 lata.

Do programu „Moje Zdrowie” można przystąpić u świadczeniodawcy, do którego została złożona deklaracja wyboru. Pacjent wypełnienia samodzielnie on-line na IKP lub w wersji papierowej Kwestionariusz Bilansu Zdrowia Osoby Dorosłej (KBZOD). Po weryfikacji kompletności i poprawności wypełnienia kwestionariusza jest zatwierdzany przez świadczeniodawcę. W ramach programu zlecane jest wykonanie zestawu badań diagnostycznych w zależności od treści udzielonych odpowiedzi i wieku pacjenta. Zakres podstawowy badań diagnostycznych dla każdego, kto wypełni ankietę, obejmuje badania: morfologia krwi, glukoza, kreatynina (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy), TSH (hormon tyreotropowy), badanie ogólne moczu. Zakres rozszerzony obejmuje wykonanie badania poziomu lipoproteiny A (wykonywana raz w życiu). Podwyższony poziom Lp(a) jest niezależnym, genetycznie uwarunkowanym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Po otrzymaniu wyników badań, pacjent jest zapraszany na wizytę podsumowującą, podczas której omawiane są wyniki badań laboratoryjnych i ankiety, aktualny stan zdrowia, czynniki ryzyka oraz ustalany jest indywidualny plan opieki medycznej, w tym dalsza diagnostyka, zalecenia profilaktyczne lub edukacja zdrowotna (np. dieta, redukcja nałogów). Poza badaniami laboratoryjnymi, w programie "Moje Zdrowie" u osób po 40 roku życia przeprowadza się ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego według skali:

- 1) SCORE2 - stosowana u pozornie zdrowych dorosłych w wieku 40–69 lat bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej, cukrzycy, przewlekłej choroby nerek oraz genetycznych zaburzeń lipidowych lub nadciśnienia tętniczego,
- 2) SCORE2OP - stosowana u pozornie zdrowych pacjentów ≥70 roku życia, bez wcześniej rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej, cukrzycy czy przewlekłej choroby nerek, lub
- 3) SCORE2 Diabetes - stosowana u dorosłych z cukrzycą typu 2, u których ryzyko sercowo-naczyniowe jest zazwyczaj 2-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej.

Dodatkowo informuję, że na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej od 2025 r. w ramach badania bilansowego u dziecka 6-letniego dodano badanie przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej z uwzględnieniem badań: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, triglicerydy, cholesterol nie-HDL (wartość wyliczana). Wytyczne

---

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1427, ze zm.).

kliniczne, które poddano analizie, rekomendują wprowadzenie badań przesiewowych celem wczesnego wykrywania hipercholesterolemii rodzinnej u dzieci. Badanie będzie prowadzone na próbce krwi żyłnej pobranej na czczo. W przypadku wykrycia nieprawidłowości w zakresie poziomu cholesterolu LDL (130 mg/dl) będzie konieczne powtórne badanie próbki żyłnej, aby potwierdzić i uśrednić oznaczenia. W przypadku potwierdzenia nieprawidłowości lekarz wykonujący badanie bilansowe kieruje pacjenta do leczenia specjalistycznego w poradni endokrynologicznej, diabetologicznej lub chorób metabolicznych dla dzieci.

### **3. Czy przewiduje się objęcie finansowaniem ze środków publicznych poradnictwa dietetycznego i wsparcia psychologicznego dla pacjentów zmagających się z otyłością i cukrzycą typu 2?**

Uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 515) podstawowa opieka zdrowotna ma na celu:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 2) koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;
- 3) ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- 4) rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 5) zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- 6) zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

W ramach opieki koordynowanej w POZ dietetyk jest jednym z członków zespołu terapeutycznego wspierającego leczenie pacjentów z wybranymi chorobami przewlekłymi (m.in. cukrzycy). Lekarz POZ może skierować pacjenta na konsultację dietetyczną, jeżeli jest ona uzasadniona stanem zdrowia i wynika z Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM).

Interwencje prozdrowotne (do dwóch porad), realizowane m.in. przez dietetyka, dostępne są również w ramach świadczenia „„Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”” – szerzej opisane w odpowiedzi na pytanie 2.

Wskazaniami m.in. do świadczeń porada psychologiczna oraz sesja psychoterapii indywidualnej, w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, finansowanych ze środków publicznych są:

- 1) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (wg. ICD-10 F00-F99);
- 2) obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03) (dla porady lekarskiej diagnostycznej lub sesji psychoterapii rodzinnej, lub sesji wsparcia psychospołecznego) - w przypadku, gdy nie jest możliwe określenie leczonej jednostki chorobowej);
- 3) ogólne badanie psychiatryczne (Z04.6).

### **4. W jaki sposób Ministerstwo zamierza zapewnić stabilne finansowanie programów profilaktyki, wczesnej diagnostyki oraz trwałych działań edukacyjnych kierowanych do dzieci, młodzieży i dorosłych?**

Ministerstwo Zdrowia prowadzi i rozwija długofalowe działania edukacyjne i promocyjne służące zwiększaniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz upowszechnianiu wiedzy dotyczącej profilaktyki, zdrowego stylu życia i znaczenia regularnych badań. Działania te

kierowane są do różnych grup wiekowych i realizowane m.in. poprzez kampanie informacyjno-edukacyjne, materiały edukacyjne, kanały komunikacji Ministerstwa oraz współpracę z innymi instytucjami i partnerami.

W obszarze profilaktyki nadwagi, otyłości i chorób cywilizacyjnych działania obejmują m.in. promocję narzędzia „10 dla Zdrowia”, dostępnego w aplikacji mojejKP, wspierającego ocenę stylu życia i identyfikację czynników ryzyka chorób przewlekłych. Prowadzone są również działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży, w tym kampania „Ogar i Rogal”, promująca w przystępnej formie zdrowe nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną oraz zachowania sprzyjające utrzymaniu zdrowia.

W 2026 r. działania edukacyjne i promocyjne są dodatkowo wzmacniane w ramach akcji „Profilaktyka – podaj dalej”, której celem jest możliwie szerokie dotarcie z przekazem dotyczącym profilaktyki zdrowotnej do różnych grup społecznych.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Tomasz Maciejewski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/