

Raport

z badania ankietowego

**Pacjent z chorobą
przewlekłą w systemie
ochrony zdrowia**

wrzesień 2025

Partnerzy merytoryczni:



POLSKIE TOWARZYSTWO
MEDYCYNY RODZINNEJ



POROZUMIENIE
ZIELONOGÓRSKIE





Przedmowa

Opieka nad osobami przewlekle chorymi to jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnych systemów ochrony zdrowia. Choroba przewlekła nie kończy się wraz z wizytą u lekarza – staje się częścią codziennego życia pacjenta i jego bliskich. Dlatego kluczowe jest, by system ochrony zdrowia potrafił towarzyszyć pacjentowi na każdym etapie leczenia – z empatią, dostępnością i ciągłością opieki.

Niniejszy **Raport z badania ankietowego „Pacjent z chorobą przewlekłą w systemie ochrony zdrowia”**, zrealizowany we wrześniu 2025 roku, pozwala lepiej zrozumieć doświadczenia i oczekiwania osób żyjących z długotrwałymi schorzeniami.

Wyniki badania wskazują, że Polacy oczekują opieki bliższej domu, bardziej zintegrowanej i opartej na zaufaniu. Ten postulat jest szczególnie istotny, ponieważ wśród badanych dominują choroby typowe dla starzejącej się populacji, takie jak **nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i stany przedcukrzycowe, depresja oraz niedoczynność tarczycy**. Osoby te wymagają ciągłości opieki i relacji z lekarzem, a nie tylko okresowych wizyt.

Pacjenci chcą, by lekarz POZ miał szersze możliwości diagnostyczne, by mógł skuteczniej prowadzić leczenie i szybciej reagować na zmiany w stanie zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna powinna być miejscem, w którym pacjent znajduje wsparcie, wiedzę i realne możliwości diagnostyczne. Silna podstawowa opieka zdrowotna jest fundamentem stabilnego systemu. Jej siła nie zależy wyłącznie od liczby lekarzy czy infrastruktury, ale przede wszystkim od jakości relacji z pacjentem, organizacji pracy i świadomości potrzeb osób żyjących z chorobami przewlekłymi.

Badanie zwraca również uwagę na problem adherencji – przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Choć zdecydowana większość pacjentów deklaruje, że stosuje się do zaleceń lekarza, wielu przyznaje, że zdarzają im się przerwy w leczeniu, zapominanie o lekach czy modyfikowanie dawek na własną rękę. Przyczyny są różne – od trudności organizacyjnych, przez brak zrozumienia sensu terapii, po niedostateczną komunikację z personelem medycznym. To wyraźny sygnał, że sama dostępność świadczeń to za mało – równie istotna jest edukacja, wsparcie i partnerski dialog między pacjentem a lekarzem.

Adherencja to nie tylko kwestia indywidualnej odpowiedzialności pacjenta, ale także jakości systemu, który powinien go wspierać w codziennym leczeniu. Dlatego wnioski z tego badania mają głęboko praktyczny wymiar: pokazują, że **wzmacnianie POZ, rozwój edukacji zdrowotnej, cyfrowe narzędzia przypominające o lekach i efektywna komunikacja** mogą realnie poprawić wyniki terapii i jakość życia chorych przewlekle.

Jako Fundacja My Pacjenci wierzymy, że silna podstawowa opieka zdrowotna, oparta na partnerskiej relacji z pacjentem, jest kluczem do trwałej poprawy jakości systemu ochrony zdrowia. Głos pacjentów, który wybrzmiewa w tym raporcie, jest nie tylko źródłem wiedzy, lecz także drogowskazem dla decydentów, lekarzy i organizacji pacjenckich. To zaproszenie do współpracy – opartej na zaufaniu, szacunku i wspólnym celu: skuteczniejszym leczeniu i lepszym życiu z chorobą przewlekłą.

Magdalena Kołodziej
Prezes Fundacji My Pacjenci

Metodologia badania

Badanie przeprowadzono na ogólnopolskiej próbie **1020 osób** w wieku **od 18 lat** wzwyż, które **cierpią na jakąś chorobę przewlekłą i korzystały z publicznej ochrony zdrowia** w ciągu **ostatnich dwóch lat**.

Liczbę uczestników z każdej grupy dobrano tak, by odzwierciedlała rzeczywisty rozkład w populacji pod względem płci, wieku i wielkości miejscowości zamieszkania.

Termin realizacji: **wrzesień 2025**

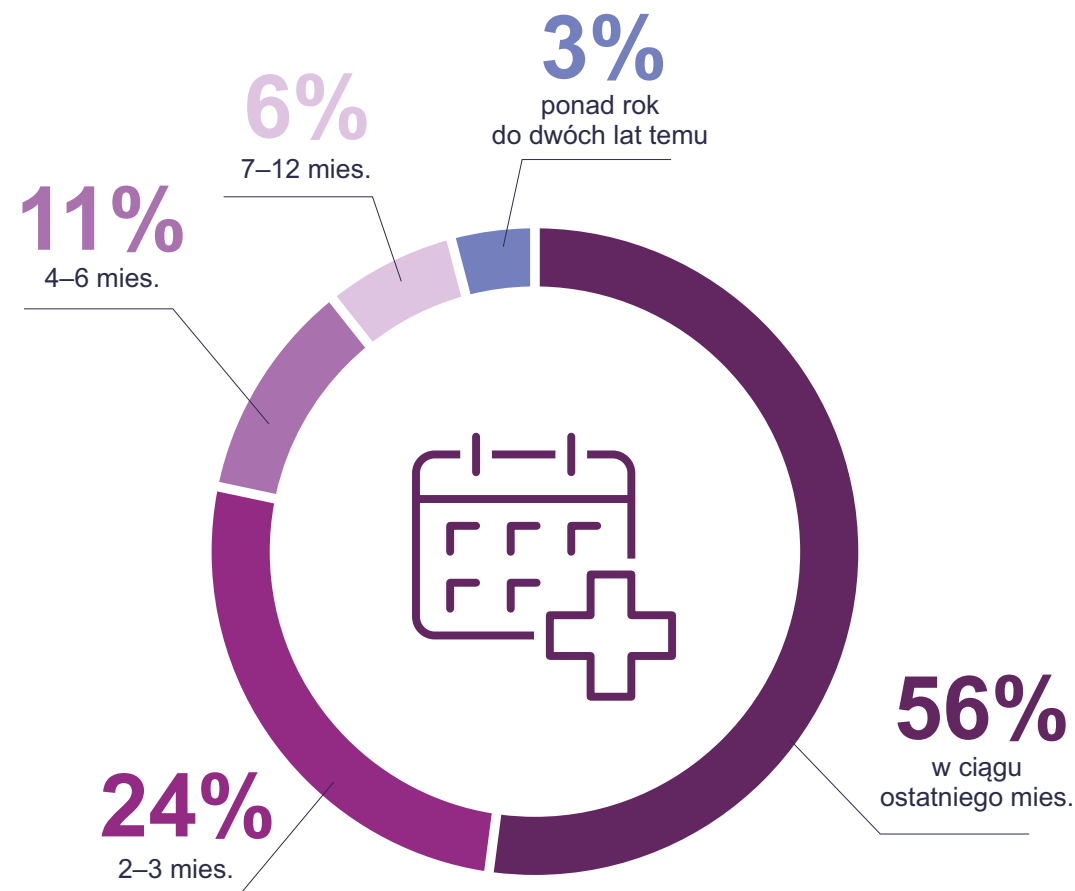
Metoda: **CAWI**



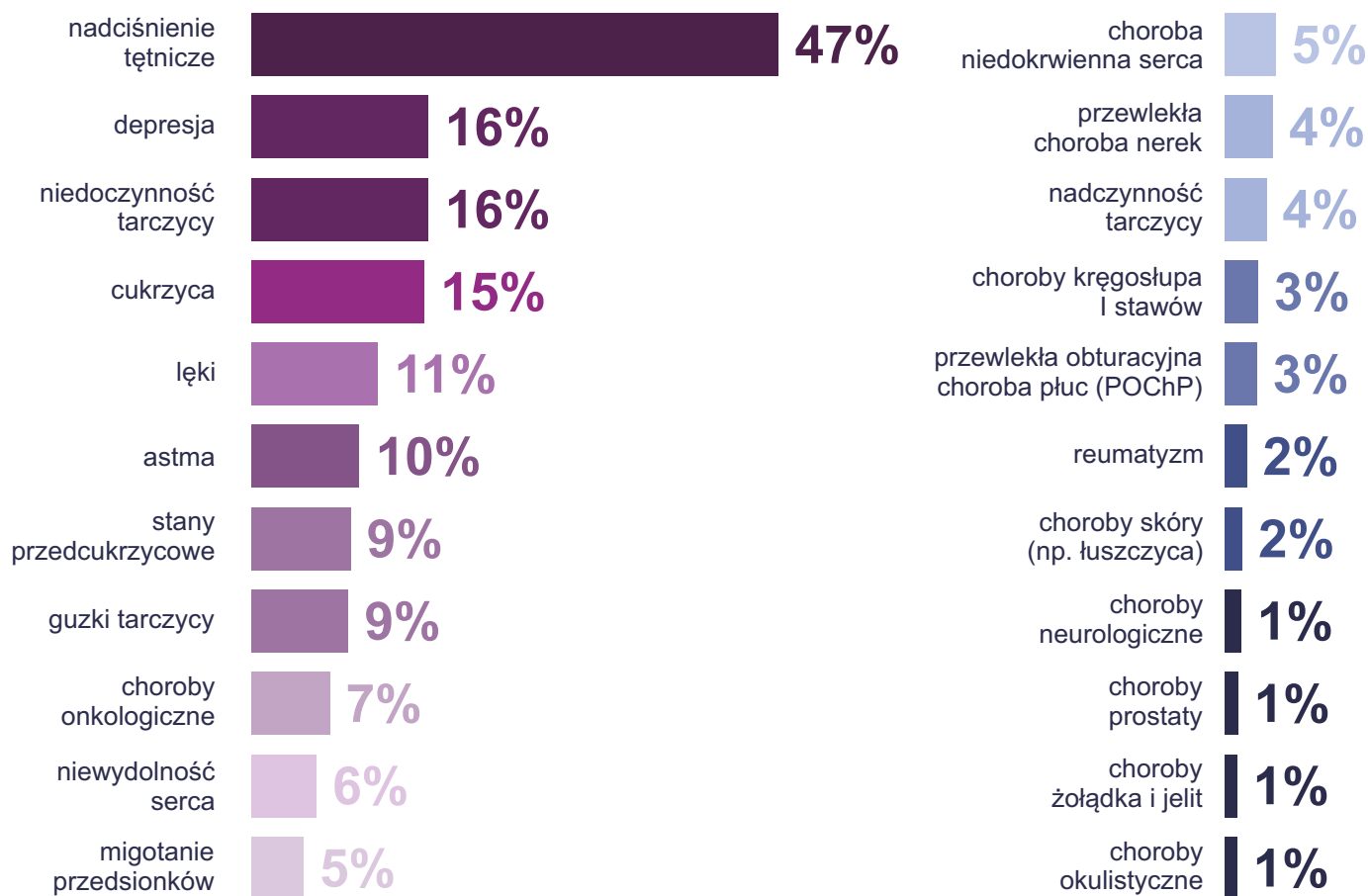
The background is a solid light purple color. In the foreground, there are two stylized white human figures. Each figure consists of a circular head and a rounded, blocky body. The figures are positioned on the left and right sides of the frame, with their bodies facing each other. The text is centered between the two figures.

Charakterystyka respondenta

Kiedy ostatnio korzystała Pani / korzystał Pan z publicznej opieki zdrowotnej?



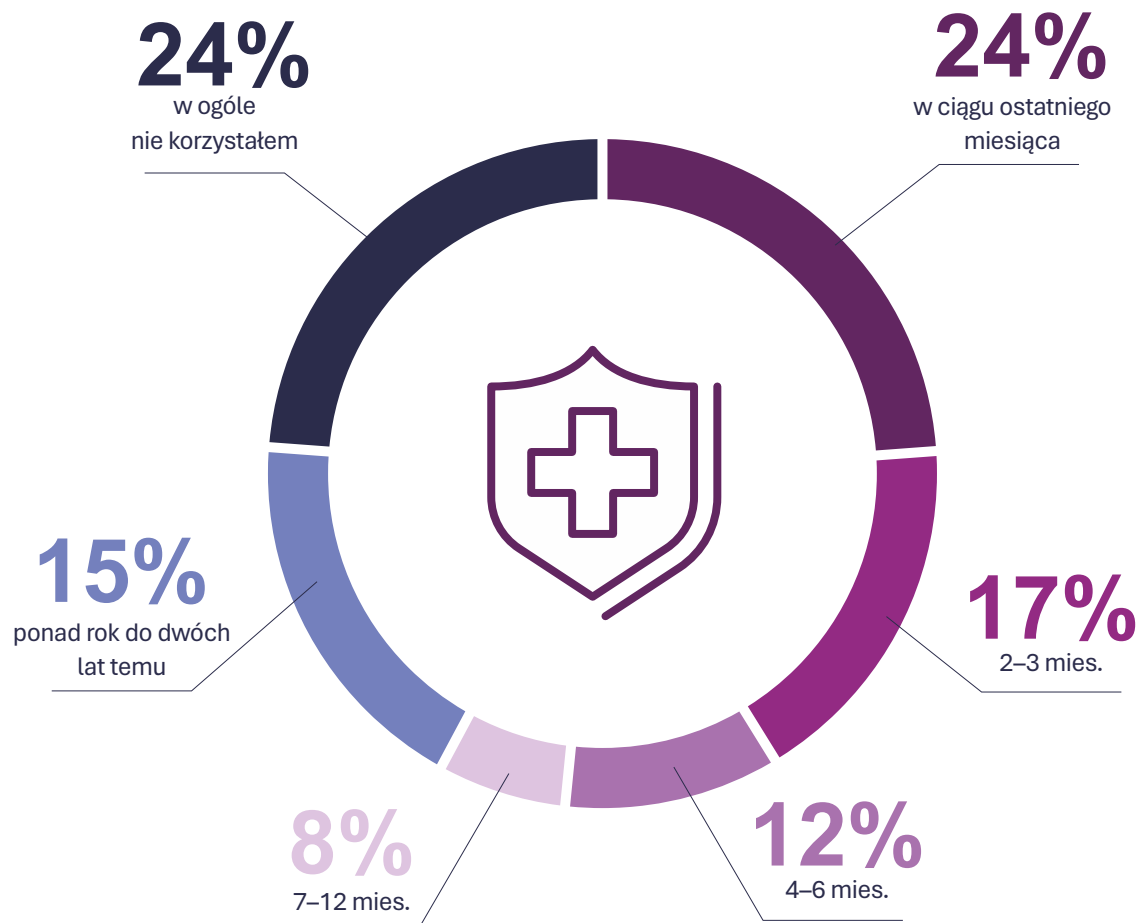
Na jakie choroby przewlekłe cierpi Pani / Pan obecnie?



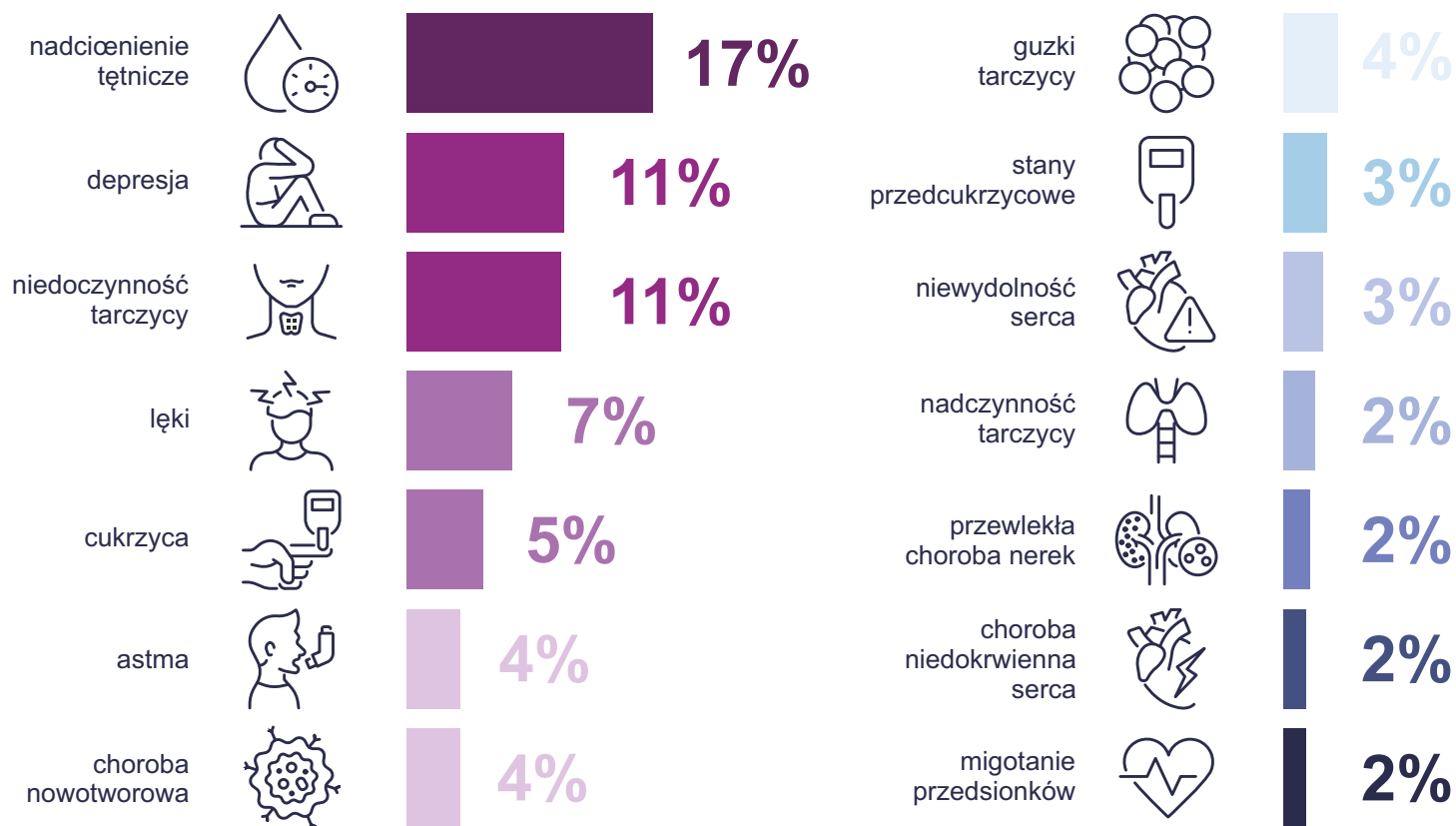
Najczęściej wskazywane choroby: **nadciśnienie tętnicze, depresja, cukrzyca** wraz ze **stanem przedcukrzycowym i niedoczynnością tarczycy** potwierdzają skalę problemu zdrowia publicznego i konieczność silniejszej integracji leczenia w POZ.

Kiedy ostatnio korzystała Pani / Korzystał Pan z prywatnej opieki zdrowotnej?

Ponad trzy czwarte badanych, **76%** korzystało z prywatnej opieki zdrowotnej w ostatnich dwóch latach. Wysoki poziom korzystania z usług prywatnych świadczy o niedostatecznej dostępności świadczeń publicznych. Pacjenci są zmuszeni szukać pomocy poza systemem.



W przypadku których chorób przewlekłych korzysta Pani / Pan z prywatnej opieki zdrowotnej?



W prywatnej opiece zdrowotnej pacjenci leczą najczęściej występujące choroby przewlekłe.

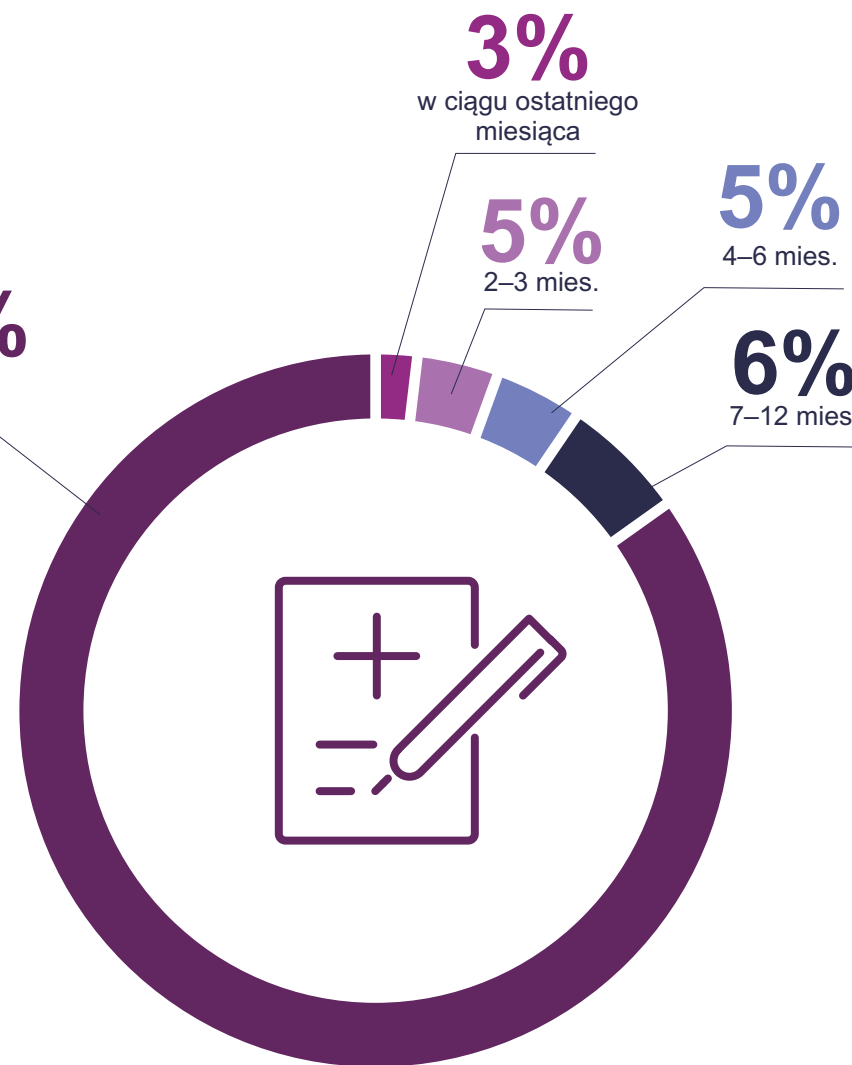
Odsetek badanych, którzy leczą daną chorobę przewlekłą w prywatnej ochronie zdrowia w stosunku do wszystkich badanych, którzy z niej korzystają.

N=778 — badani, którzy korzystają z prywatnej opieki zdrowotnej — pytanie wielokrotnego wyboru

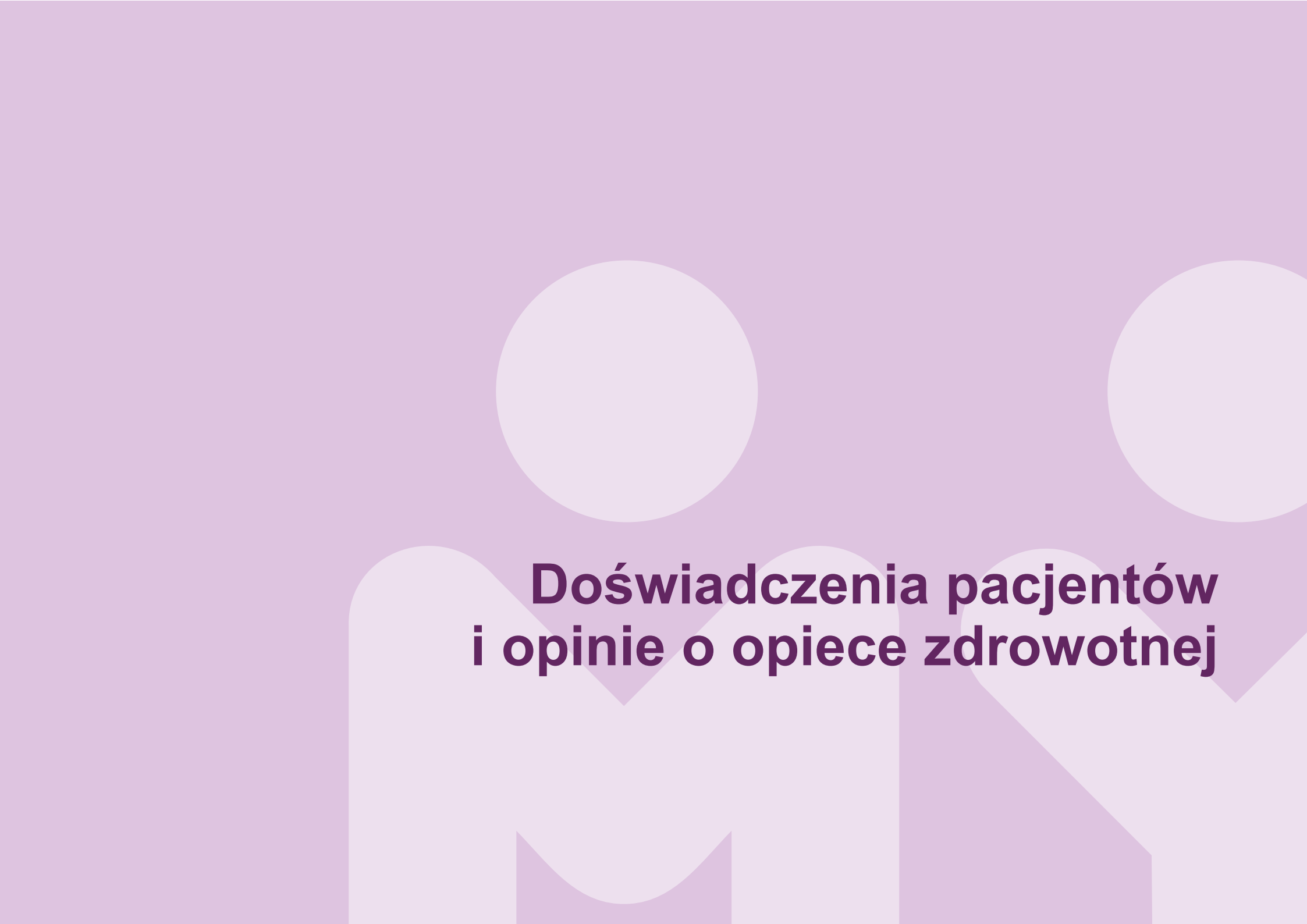
Kiedy zdiagnozowano u Pani/Pana chorobę przewlekłą?



81%
ponad
rok temu



Ponad **80%** pacjentów choruje od ponad roku – to osoby, które system powinien znać, monitorować i wspierać. Wymagają ciągłości opieki i relacji z lekarzem, nie tylko okresowych wizyt.

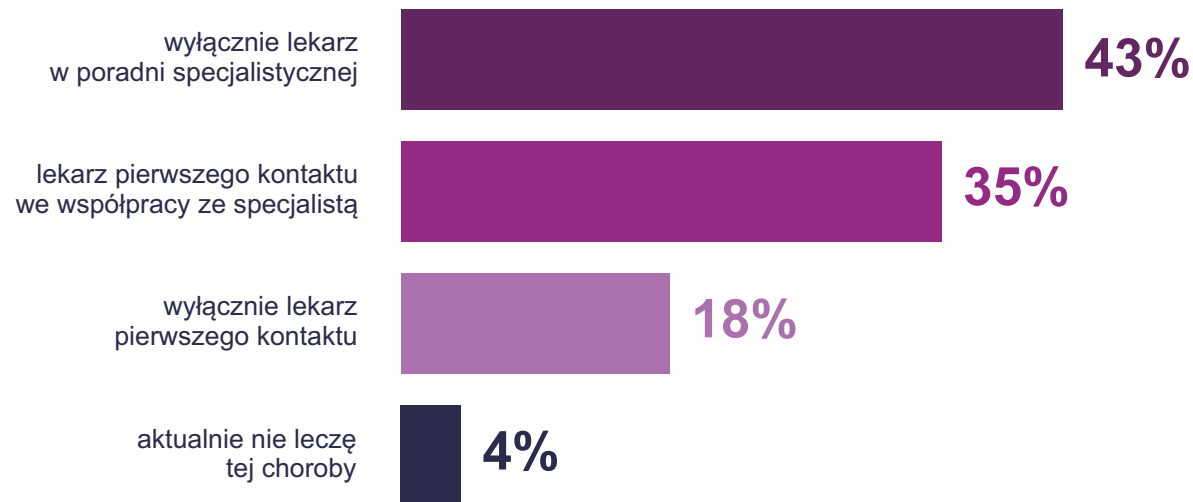
The background features a light purple gradient. In the center, there are two stylized human figures. Each figure is composed of a white circle for the head and a white shape for the torso with a rounded top and a small notch at the bottom. The figures are positioned such that their heads are at the top and their bodies extend downwards, partially overlapping each other. The text is centered between the two figures.

Doświadczenia pacjentów i opinie o opiece zdrowotnej

Kto nadzoruje leczenie Pani/Pana choroby przewlekłej?

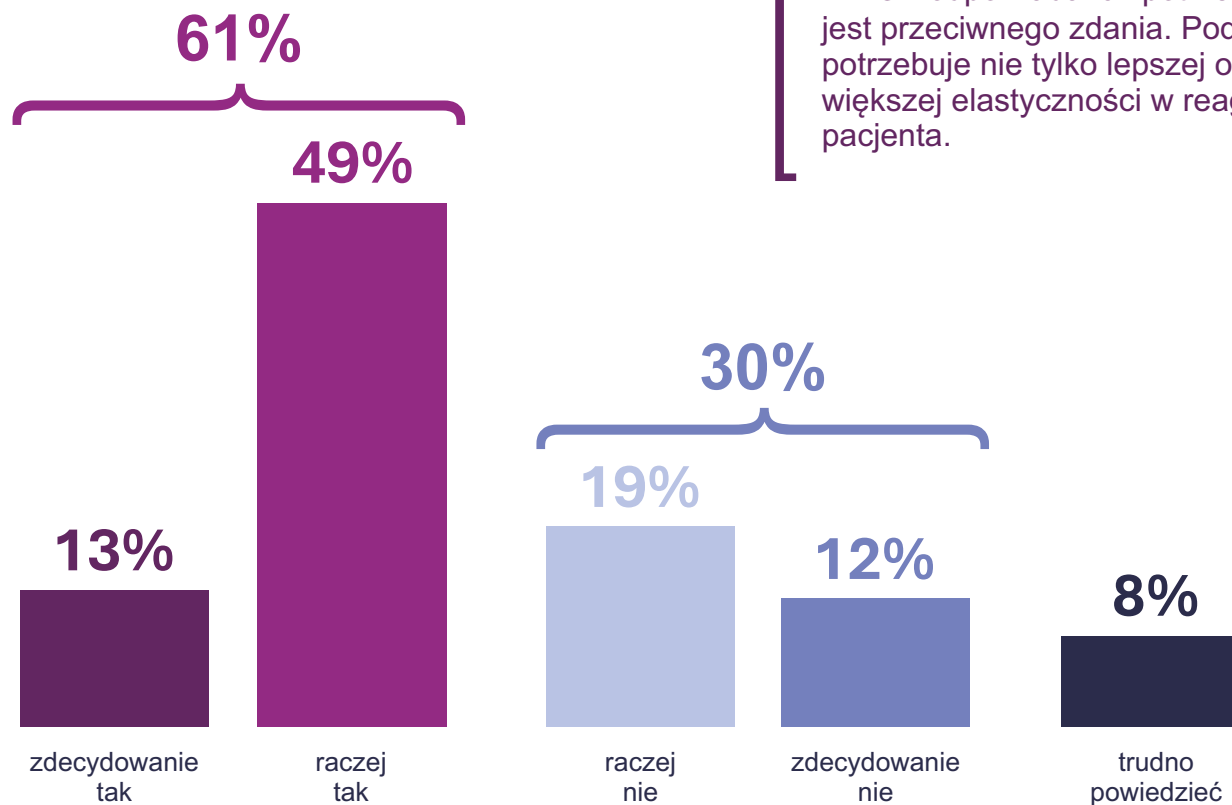


Najczęściej to lekarz specjalista prowadzi terapię, a POZ pełni rolę pomocniczą.



Odsetek odpowiedzi TAK

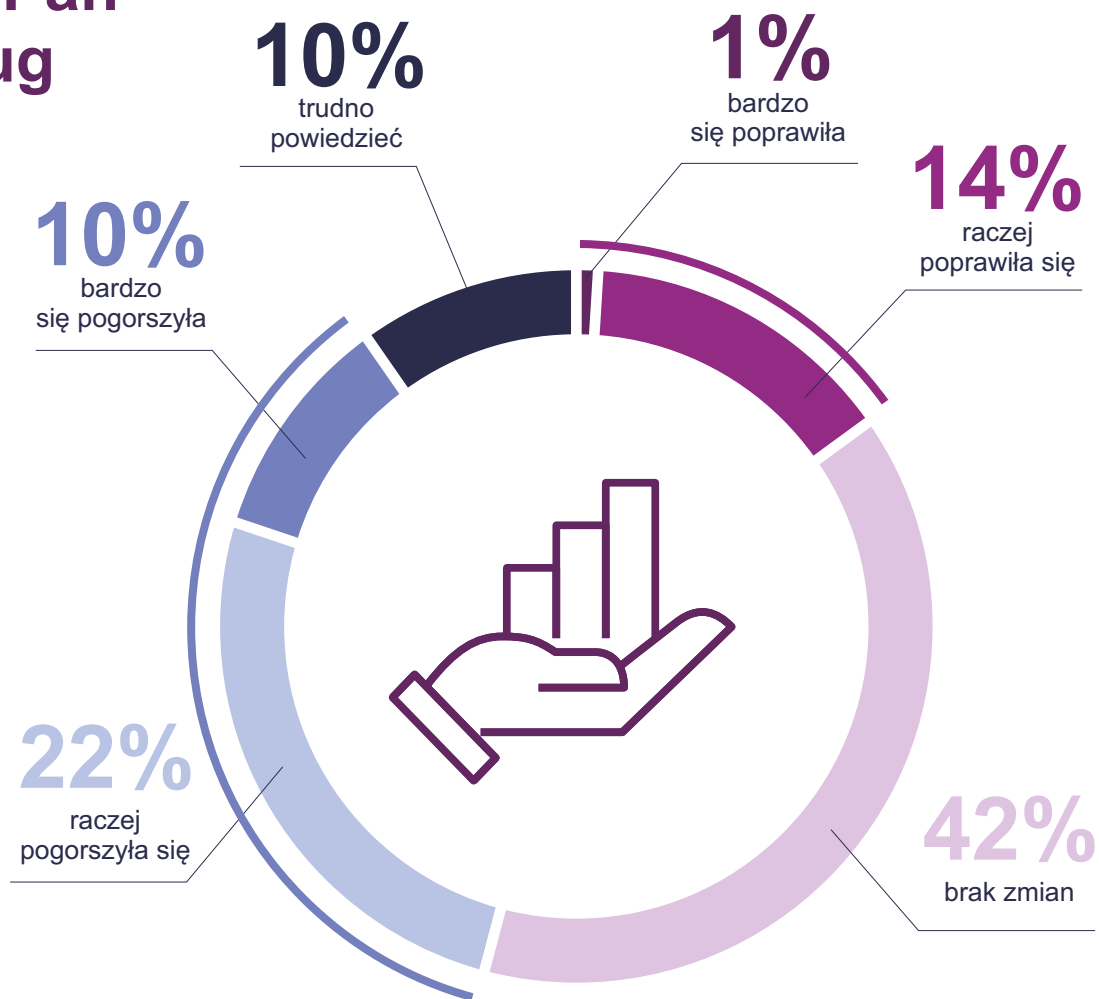
Czy zakres usług dostępnych w POZ odpowiada Pani/Pana potrzebom?



61% respondentów uznaje, że zakres usług w POZ odpowiada ich potrzebom, jednak **30%** jest przeciwnego zdania. Podstawowa opieka potrzebuje nie tylko lepszej organizacji, ale też większej elastyczności w reagowaniu na potrzeby pacjenta.

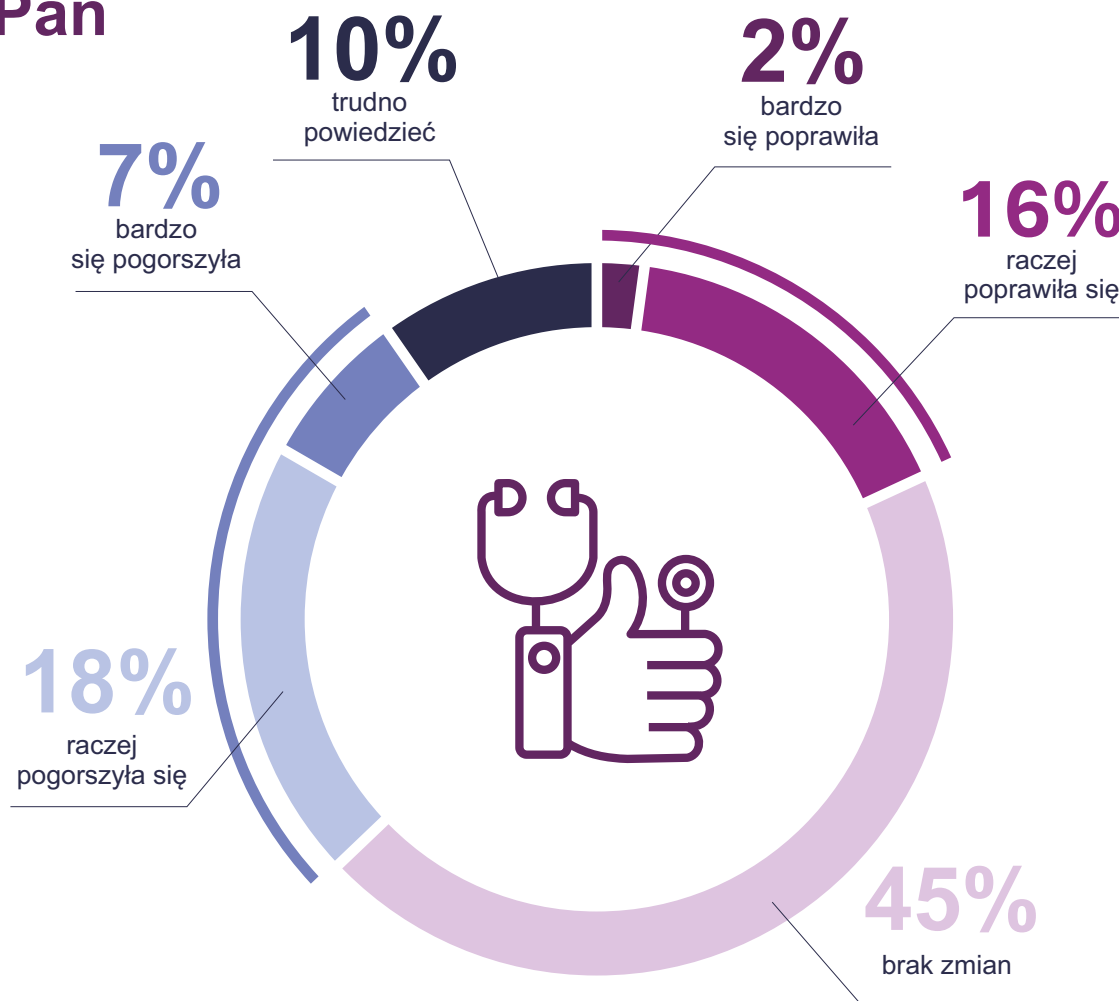
Czy w ciągu ostatnich 2–3 lat zauważyła Pani / zauważył Pan zmiany w dostępności usług w POZ?

Mimo licznych reform w ostatnich latach, pacjenci nie odczuwają znaczącej poprawy dostępności świadczeń w POZ. Z perspektywy pacjentów, zmiany organizacyjne nie przełożyły się jeszcze na realne skrócenie czasu oczekiwania na wizytę czy badania. Potrzeba większej transparentności i skuteczniejszej komunikacji wprowadzanych zmian.

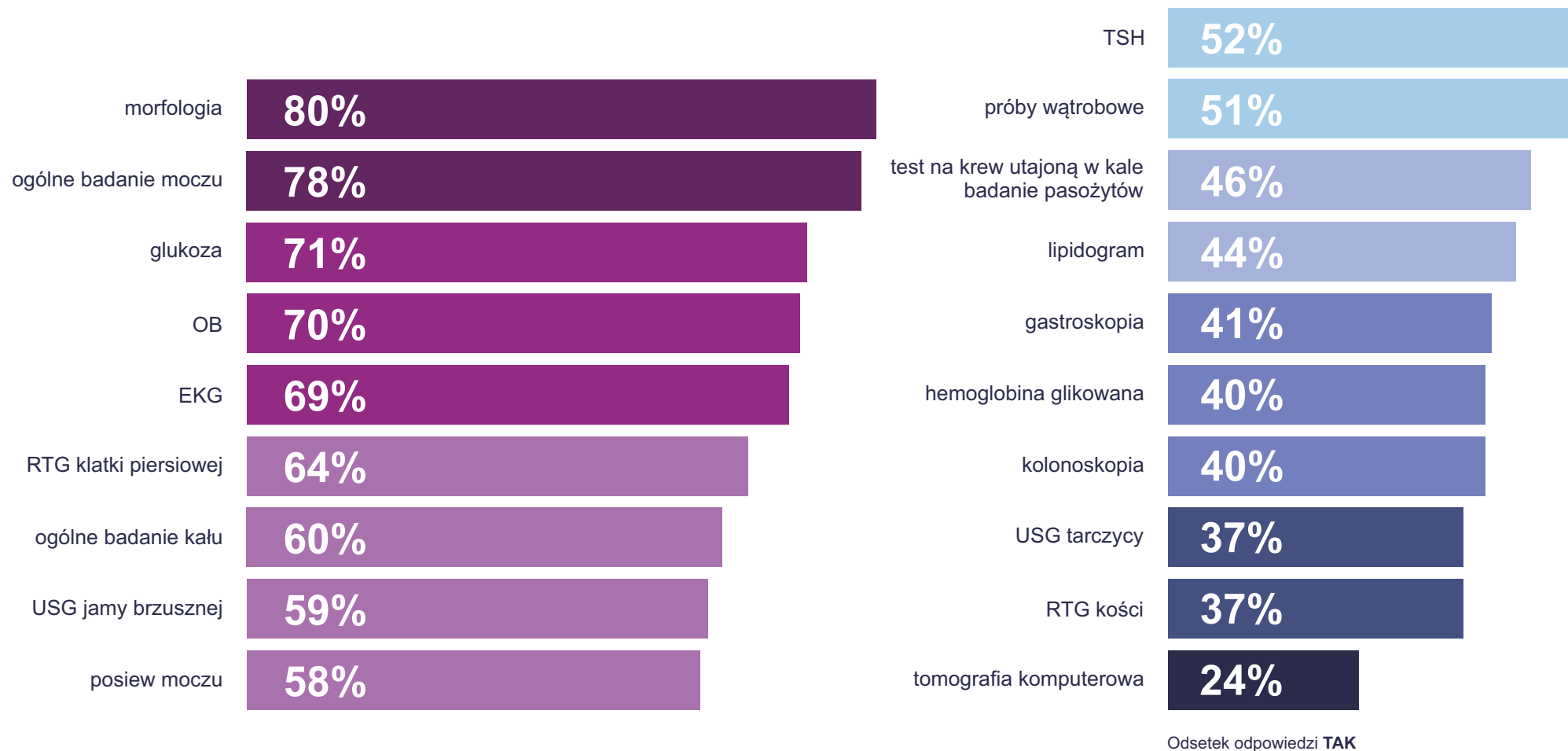


Czy w ciągu ostatnich 2–3 lat zauważyła Pani / zauważył Pan zmiany **w jakości** usług w POZ?

Wyniki te są niepokojące. Choć w ostatnich latach wdrażano szereg reform w POZ, pacjenci nie odczuwają realnej poprawy jakości opieki. Dominujący odsetek odpowiedzi „brak zmian” oraz wysoki poziom ocen negatywnych sugerują, że dotychczasowe działania naprawcze nie przekładają się na doświadczenie pacjenta – a więc nie spełniają swojego głównego celu.

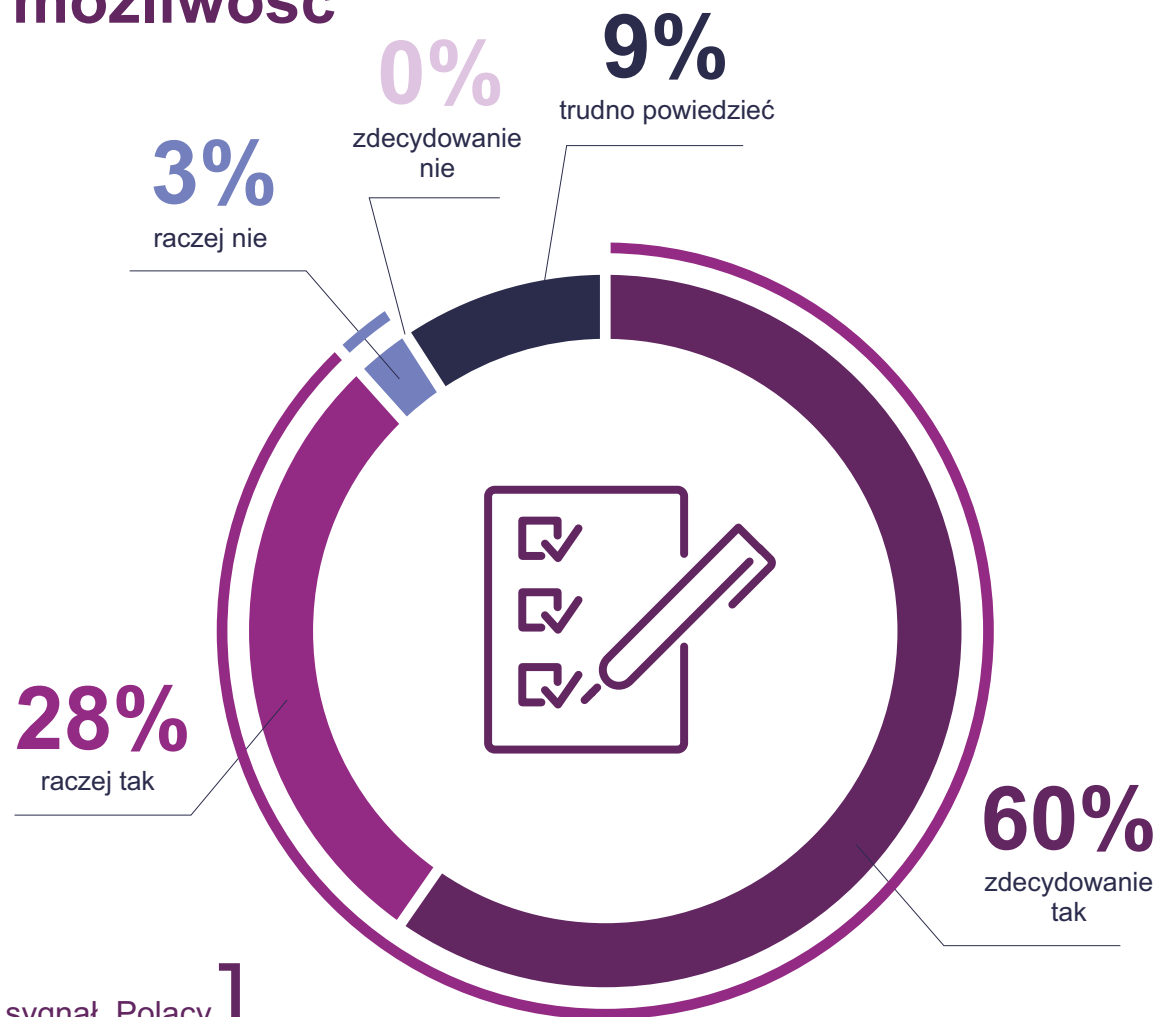


Które z poniższych badań może zlecić lekarz POZ?



Uwaga: wszystkie z wymienionych badań są możliwe do wykonania ze skierowania od lekarza POZ
N=1020 — wszyscy badani — pytanie wielokrotnego wyboru

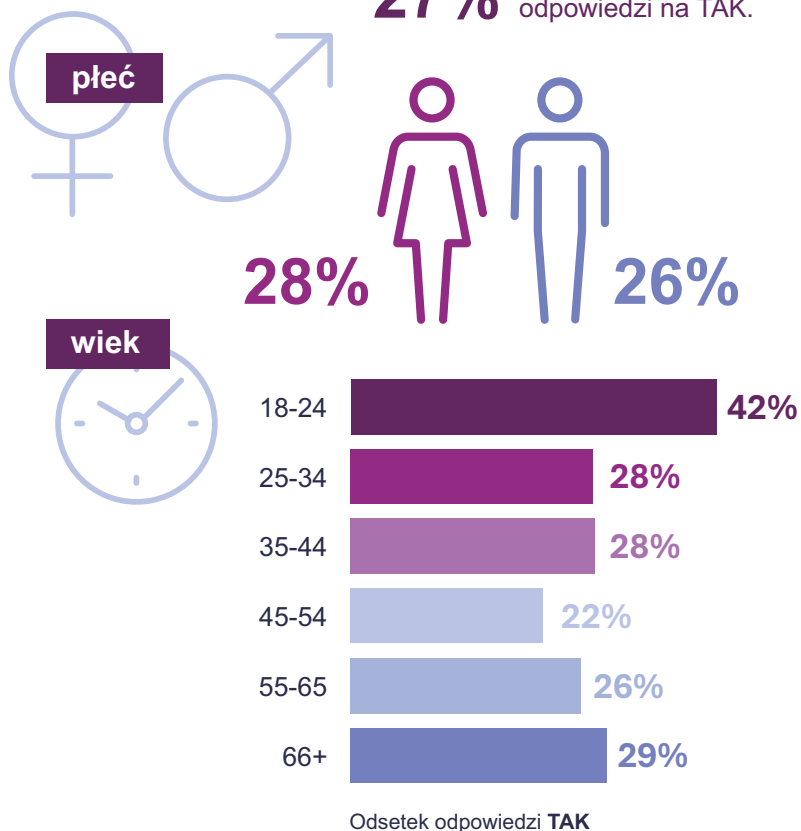
Czy lekarz POZ powinien mieć możliwość zlecenia większej liczby badań diagnostycznych?



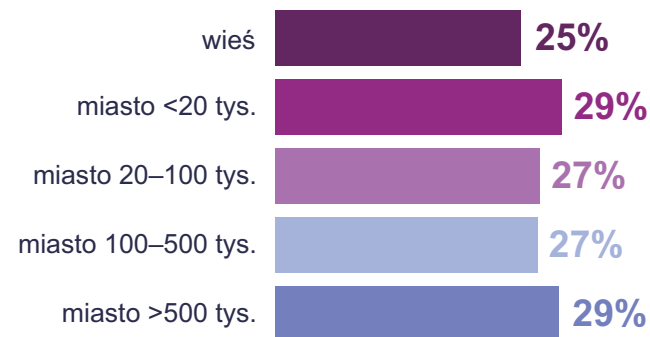
Aż **88%** pacjentów uważa, że tak – to bardzo silny społeczny sygnał. Polacy chcą, by lekarz rodzinny był wyposażony w szersze narzędzia diagnostyczne. To silny społeczny mandat dla poszerzenia kompetencji POZ i zwiększenia finansowania diagnostyki na tym poziomie.

Czy wiedziała Pani / wiedział Pan, że w ramach opieki koordynowanej w POZ można teraz wykonać badania, które wcześniej były dostępne tylko w AOS, takie jak np. echo serca, Holter ciśnieniowy lub spirometria?

27% badanych udzieliło odpowiedzi na TAK.



wielkość miejsca zamieszkania



wykształcenie

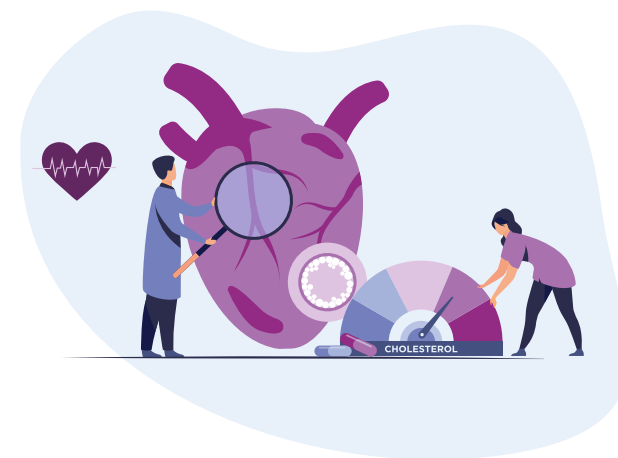
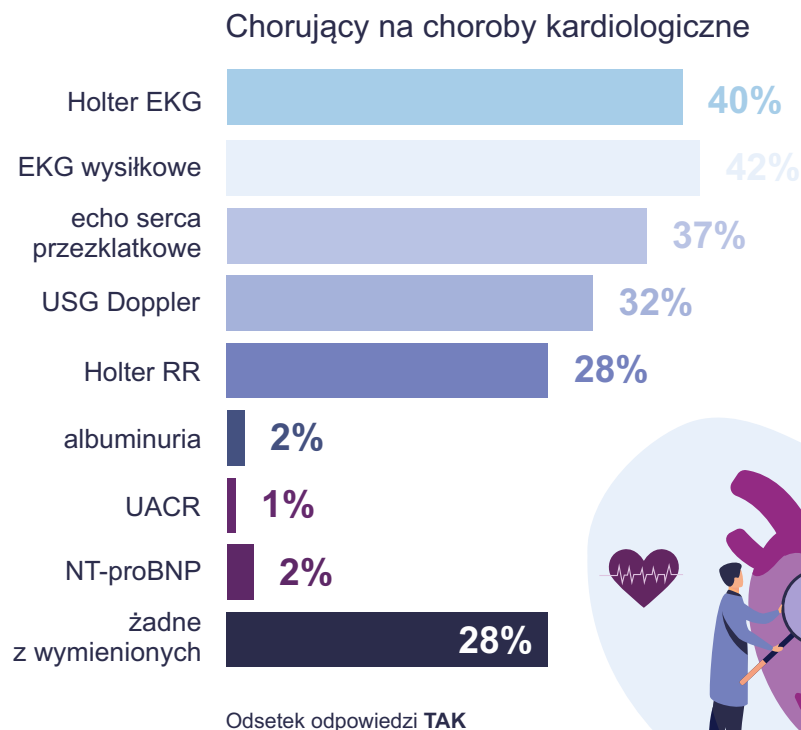


prywatna ochrona zdrowia



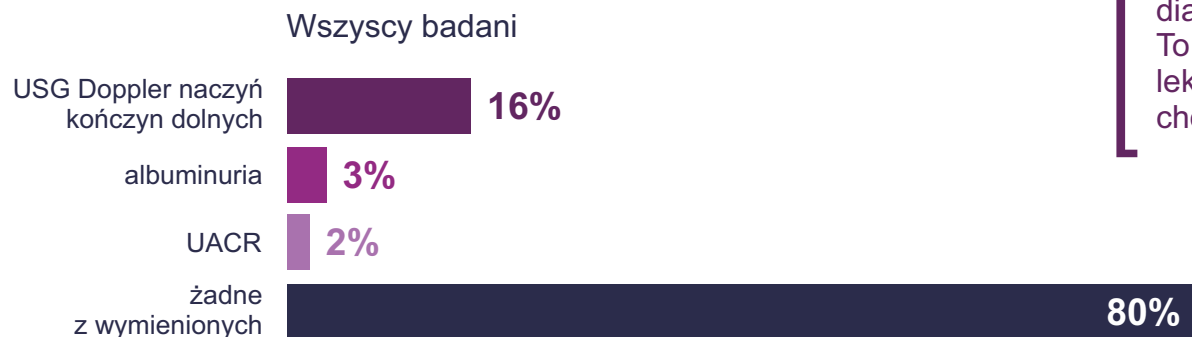
Odsetek odpowiedzi **TAK**

Które z badań specjalistycznych z zakresu **kardiologii** miała Pani / miał Pan kiedykolwiek wykonane w ramach POZ?

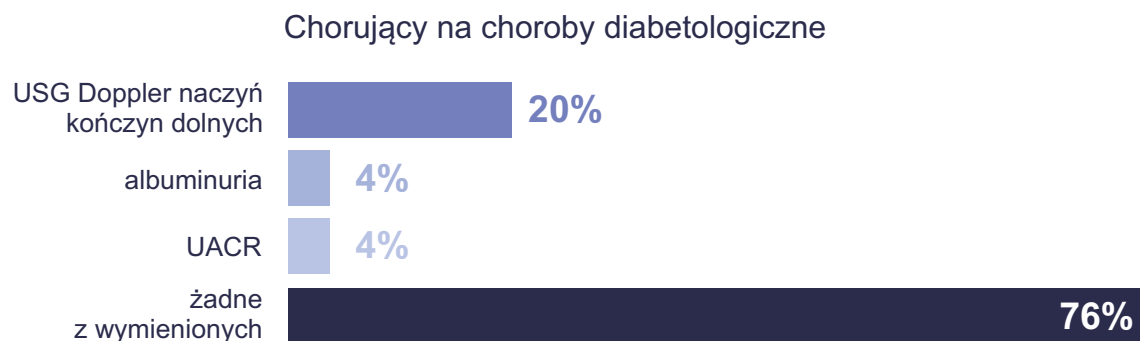


Ponad **połowa** pacjentów nigdy nie miała w POZ badań kardiologicznych. To paradoks – najczęstsze choroby w Polsce wciąż diagnozuje się poza podstawową opieką.

Które z badań specjalistycznych z zakresu **diabetologii** miała Pani / miał Pan kiedykolwiek wykonane w ramach POZ?



Odsetek odpowiedzi TAK

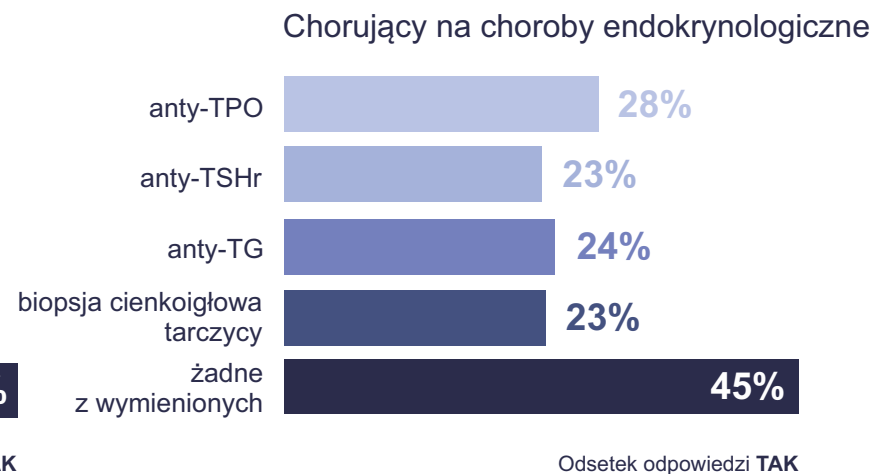
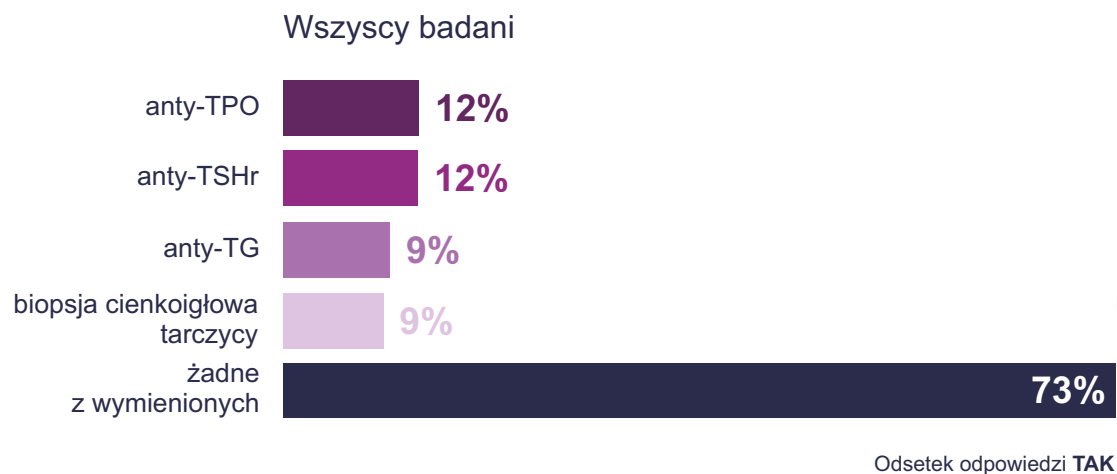


Odsetek odpowiedzi TAK

Zdecydowana **większość** pacjentów diabetologicznych nie wykonuje badań w POZ. To oznacza, że system nie wykorzystuje potencjału lekarzy rodzinnych do monitorowania tej powszechnej choroby.



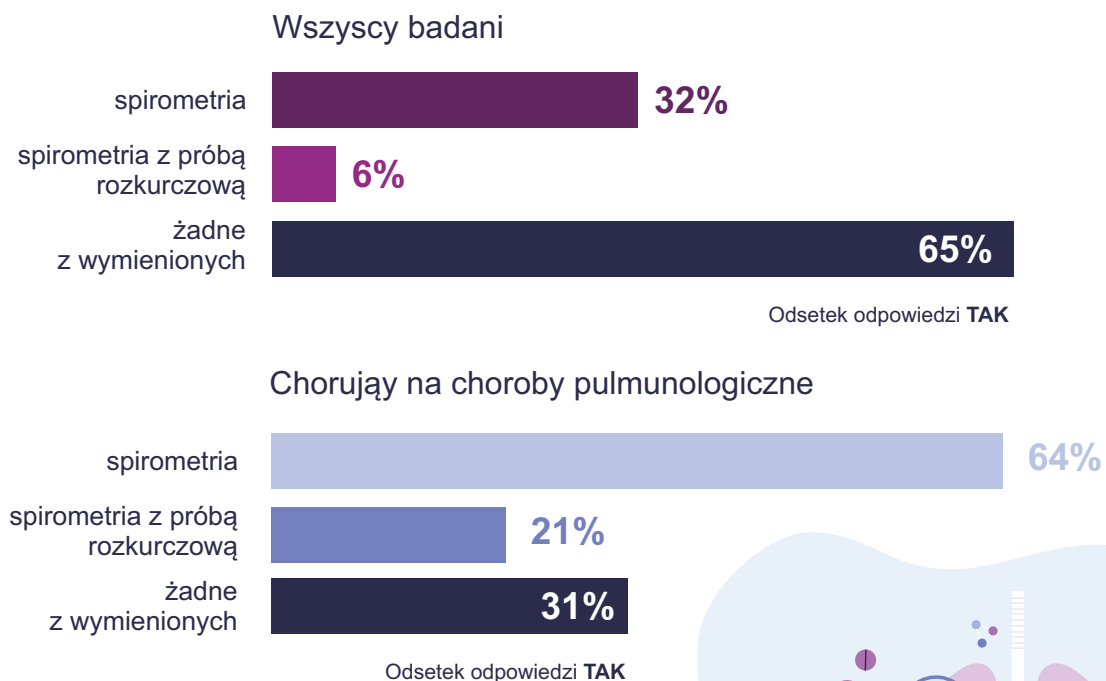
Które z badań specjalistycznych z zakresu **endokrynologii** miała Pani / miał Pan kiedykolwiek wykonane w ramach POZ?



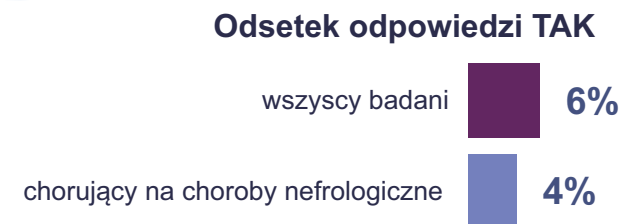
Ponad 40% pacjentów z chorobami tarczycy nie miało w POZ żadnego badania specjalistycznego. To znak, że opieka nad pacjentem z chorobami endokrynologicznymi nadal jest rozproszona i niekoordynowana.



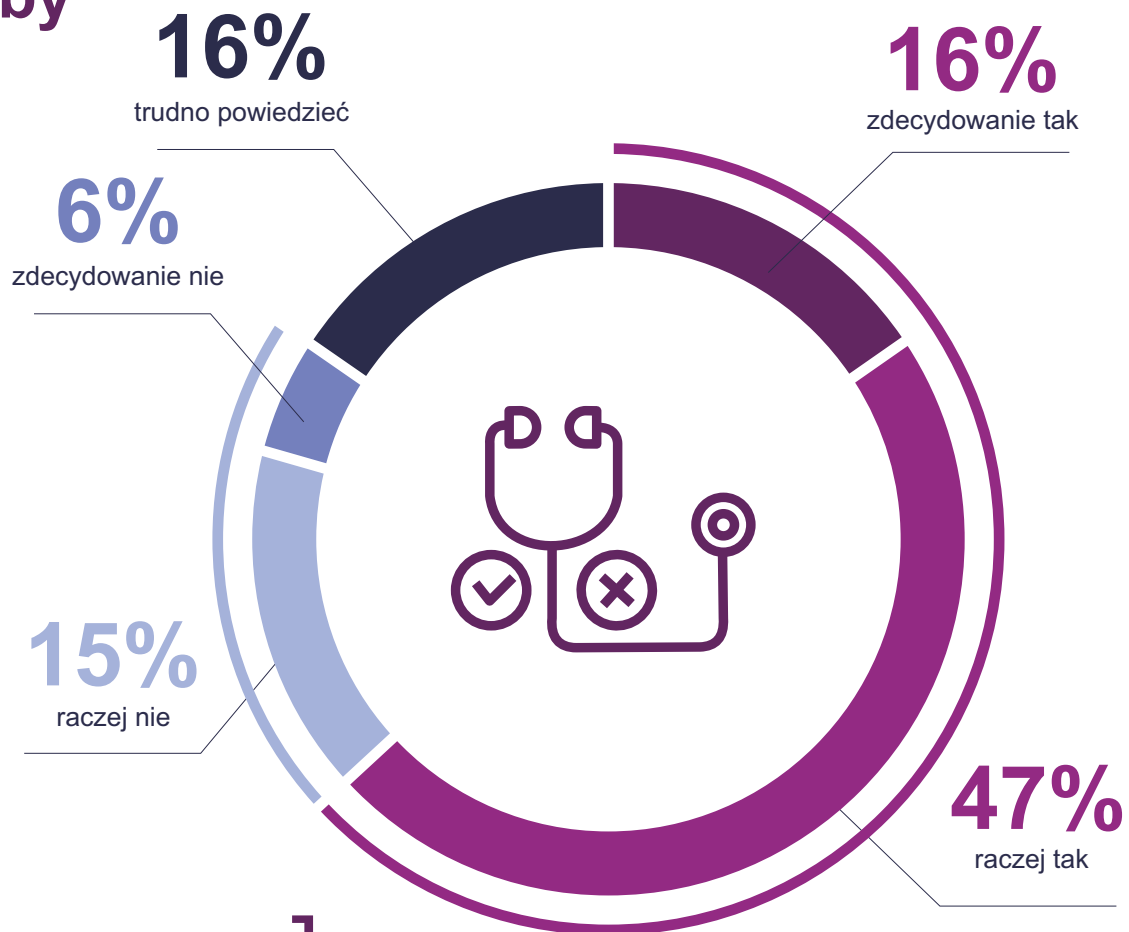
Które z badań specjalistycznych z zakresu **pulmonologii** miała Pani / miał Pan kiedykolwiek wykonane w ramach POZ?



Czy miała Pani / miał Pan kiedykolwiek wykonane badanie UACR— czyli specjalistyczne badanie z zakresu **nefrologii** w ramach POZ?

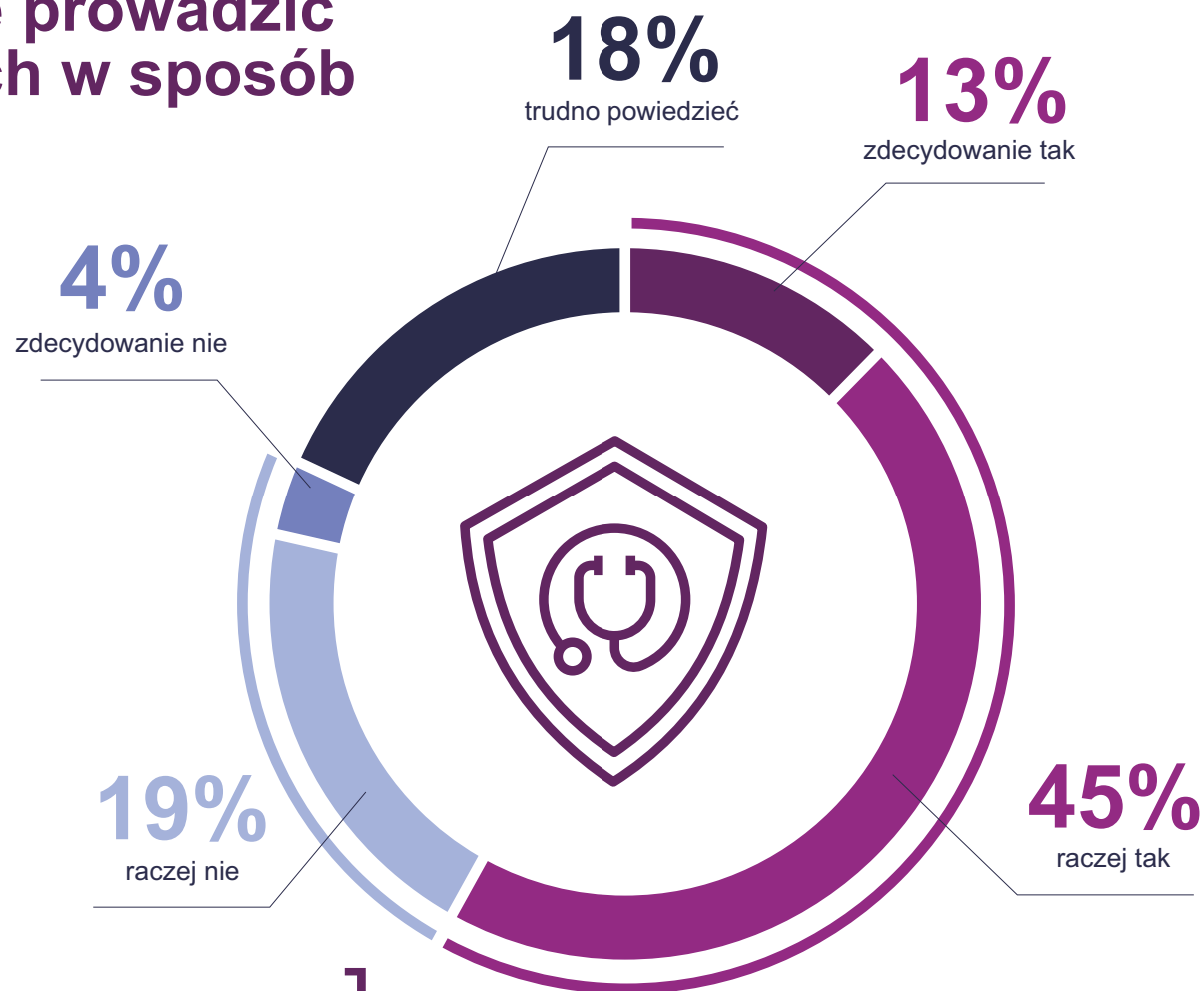


Czy po zdiagnozowaniu choroby przewlekłej i ustaleniu terapii można kontynuować leczenie u lekarza POZ?



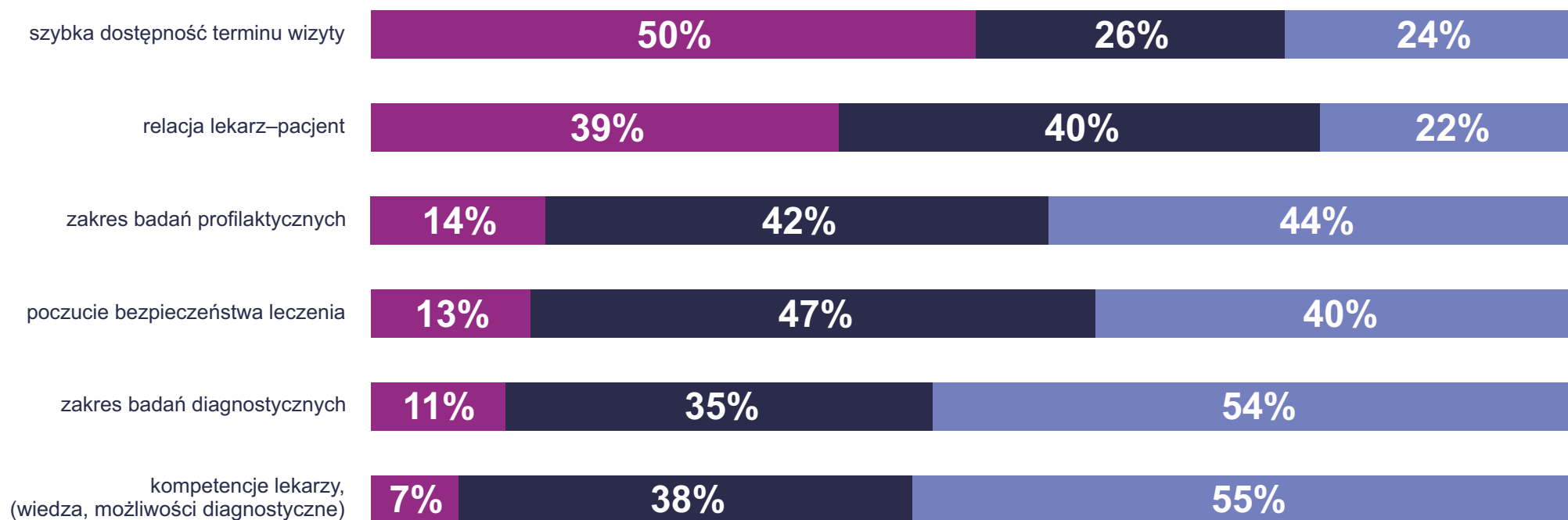
63% pacjentów wierzy, że leczenie można kontynuować u lekarza POZ, ale jednocześnie co piąty pacjent nie wierzy, że lekarz rodzinny może skutecznie prowadzić leczenie. To pokazuje, że rola POZ jako miejsca długoterminowej opieki nie jest w pełni ugruntowana. Potrzebne są działania wzmacniające kompetencje lekarzy POZ, ale też komunikacja pokazująca pacjentom, że mogą bezpiecznie leczyć się „blisko domu”, bez konieczności częstych wizyt u specjalistów.

Czy lekarz POZ jest w stanie prowadzić leczenie chorób przewlekłych w sposób wystarczający i bezpieczny dla pacjenta?



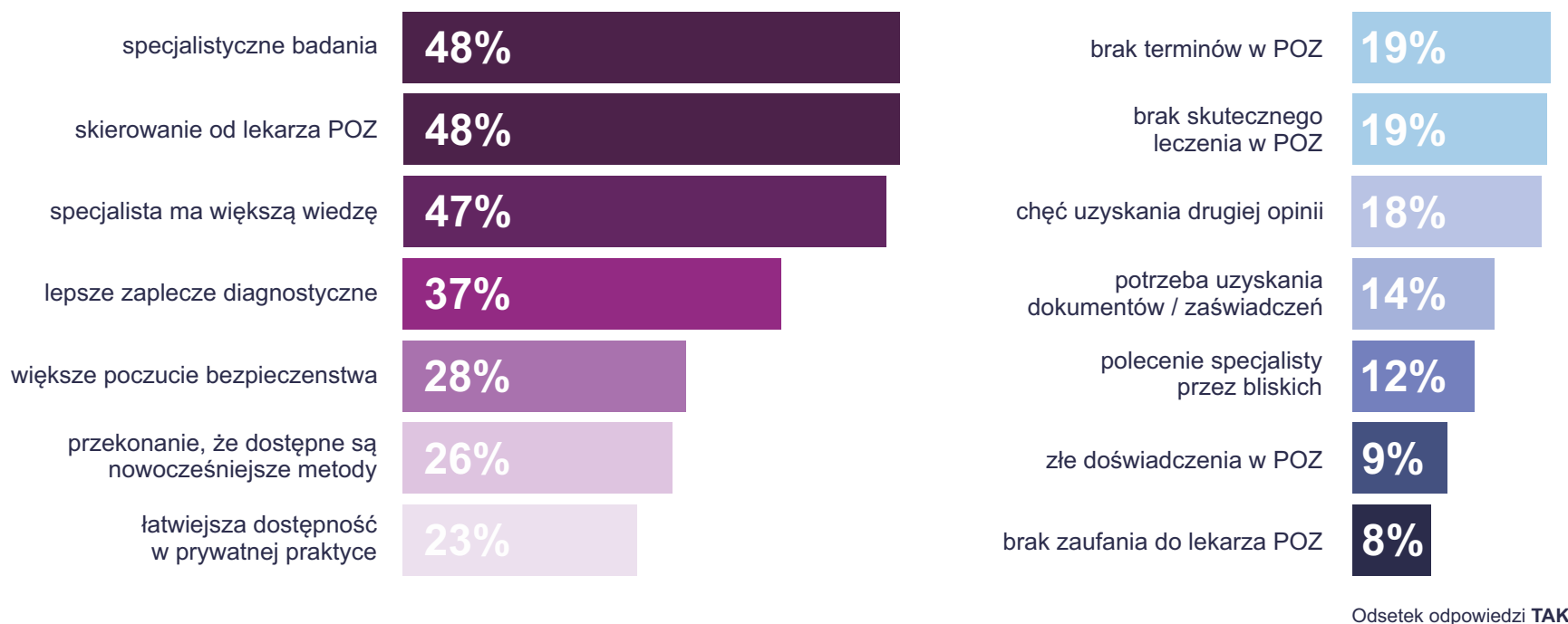
Ponad połowa pacjentów uważa, że lekarz POZ może bezpiecznie prowadzić leczenie przewlekłe – ale 23% ma wątpliwości. To z jednej strony wyraz uznania dla profesjonalizmu lekarzy rodzinnych, z drugiej – sygnał, że pacjenci potrzebują większej pewności i lepszej komunikacji, a także pewności, że POZ ma odpowiednie narzędzia do prowadzenia terapii.

Który rodzaj opieki wypada w Polsce lepiej pod danym względem — POZ czy AOS?



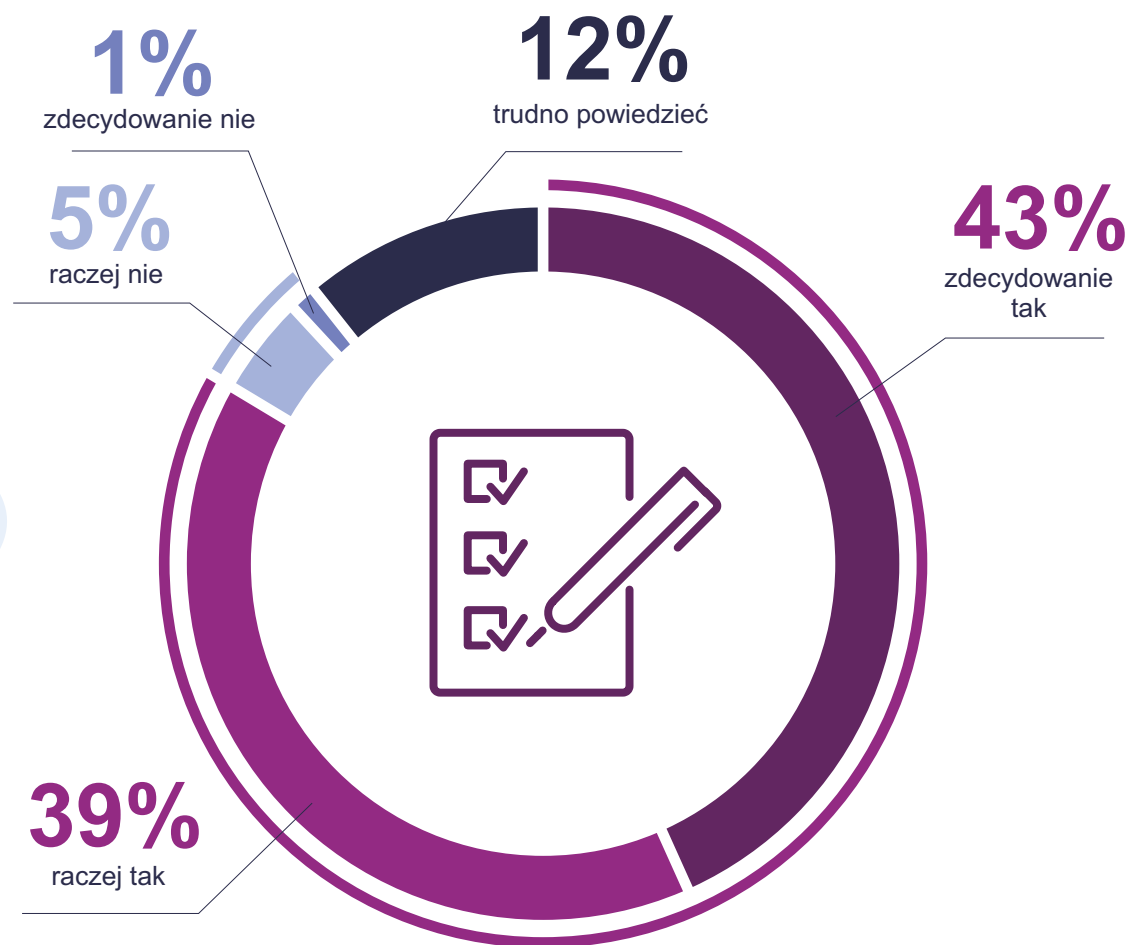
Pacjenci postrzegają AOS jako „lepiej wyposażony” poziom systemu, natomiast POZ jako miejsce bliższe i bardziej empatyczne, ale mniej skuteczne diagnostycznie.

Co decyduje o tym, że szuka Pani / Pan pomocy u specjalisty a nie w podstawowej opiece zdrowotnej?



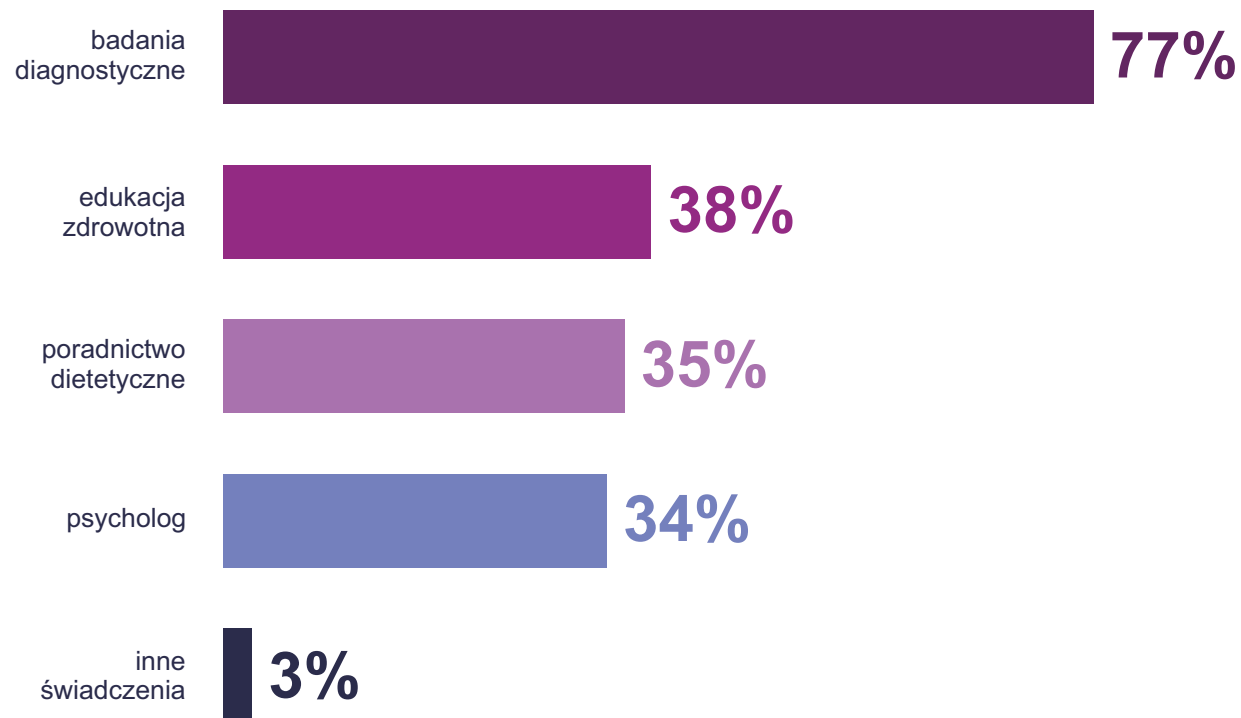
Blisko połowa pacjentów przechodzi z gabinetów POZ pod opiekę poradni specjalistycznych na skutek skierowania od lekarza POZ.

Czy chętniej korzystałaby Pani / korzystałby Pan z POZ, gdyby dostępnych było tam więcej badań diagnostycznych?



Pacjenci mówią wprost: jeśli POZ będzie miał większe możliwości diagnostyczne, będą z niego częściej korzystać. To kluczowy argument za rozwojem infrastruktury diagnostycznej w podstawowej opiece zdrowotnej. Inwestycje w ten obszar nie tylko poprawią dostępność świadczeń, ale także odciążą AOS i zwiększą zaufanie pacjentów do lekarzy rodzinnych.

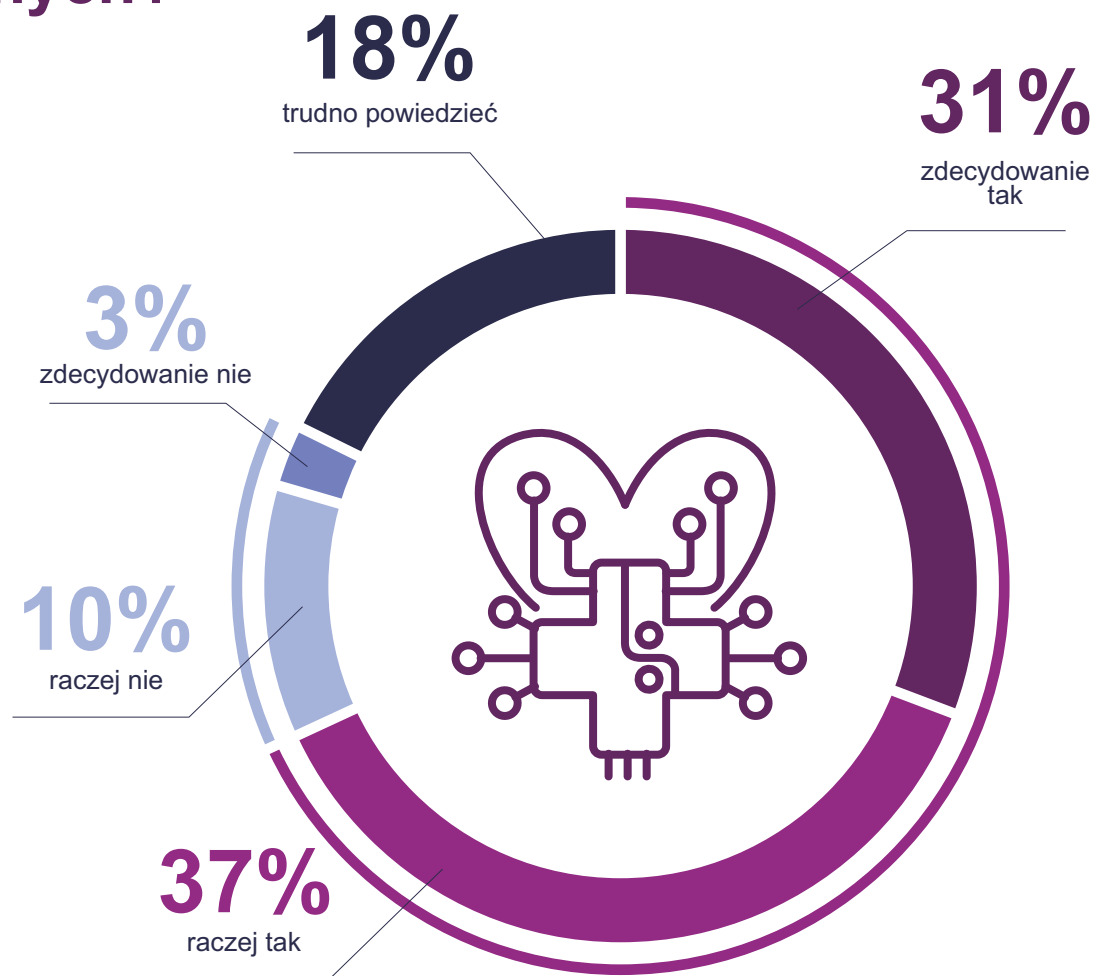
Jakie dodatkowe świadczenia w POZ byłyby dla Pani/Pana szczególnie przydatne?



Odsetek odpowiedzi TAK

Pacjenci chcą się diagnozować w POZ, ale oczekują nie tylko leczenia, ale kompleksowej opieki zdrowotnej, obejmującej prewencję, edukację i wsparcie emocjonalne.

Czy rozwiązania cyfrowe mogą poprawić dostęp do świadczeń zdrowotnych?



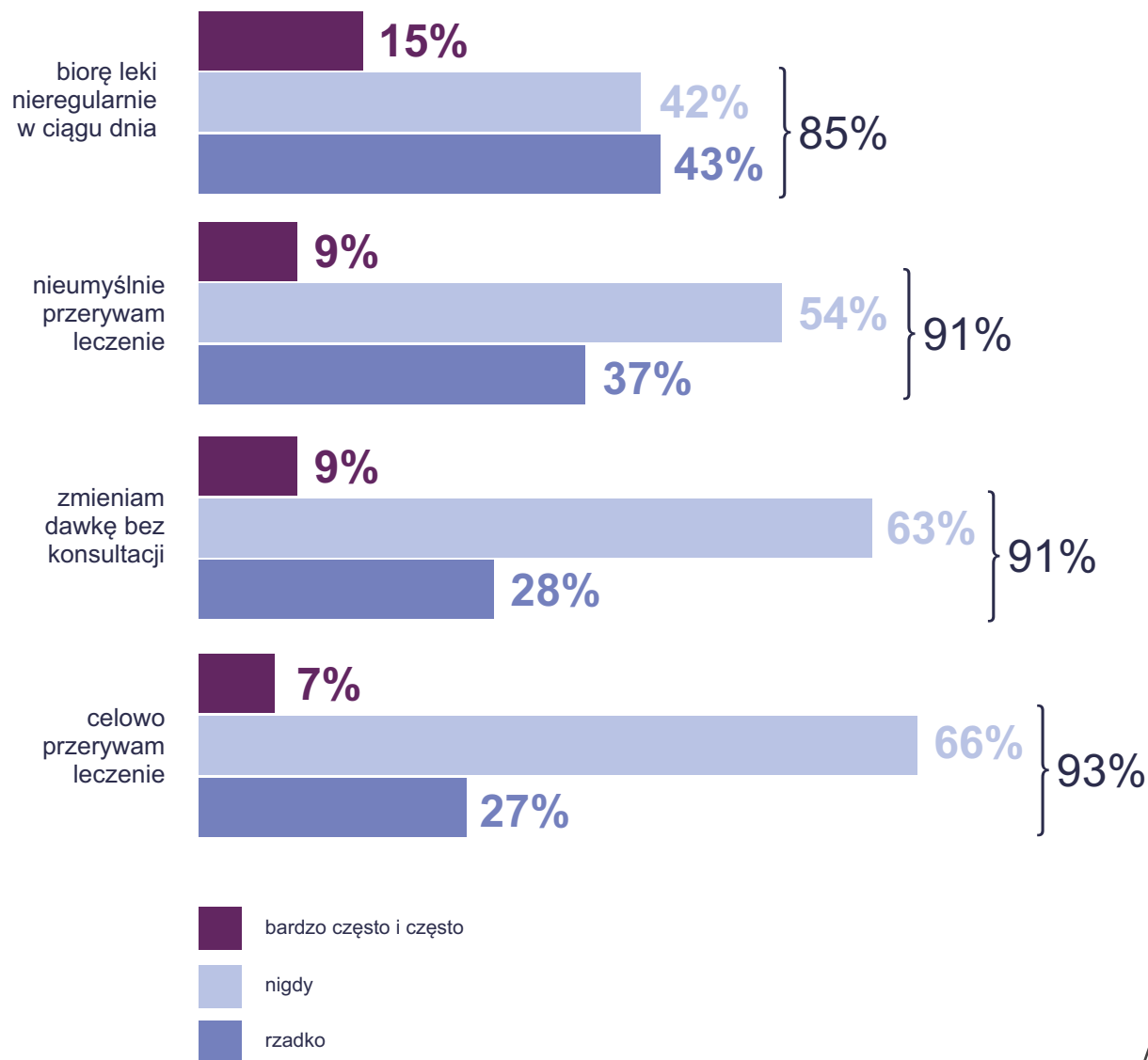
The background features a light purple gradient with several white, stylized human figures. The figures are composed of simple shapes: a circle for the head and a rounded, blocky shape for the torso. They are arranged in a way that suggests a group of people. The text is centered over the middle of the image.

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (adherencja)

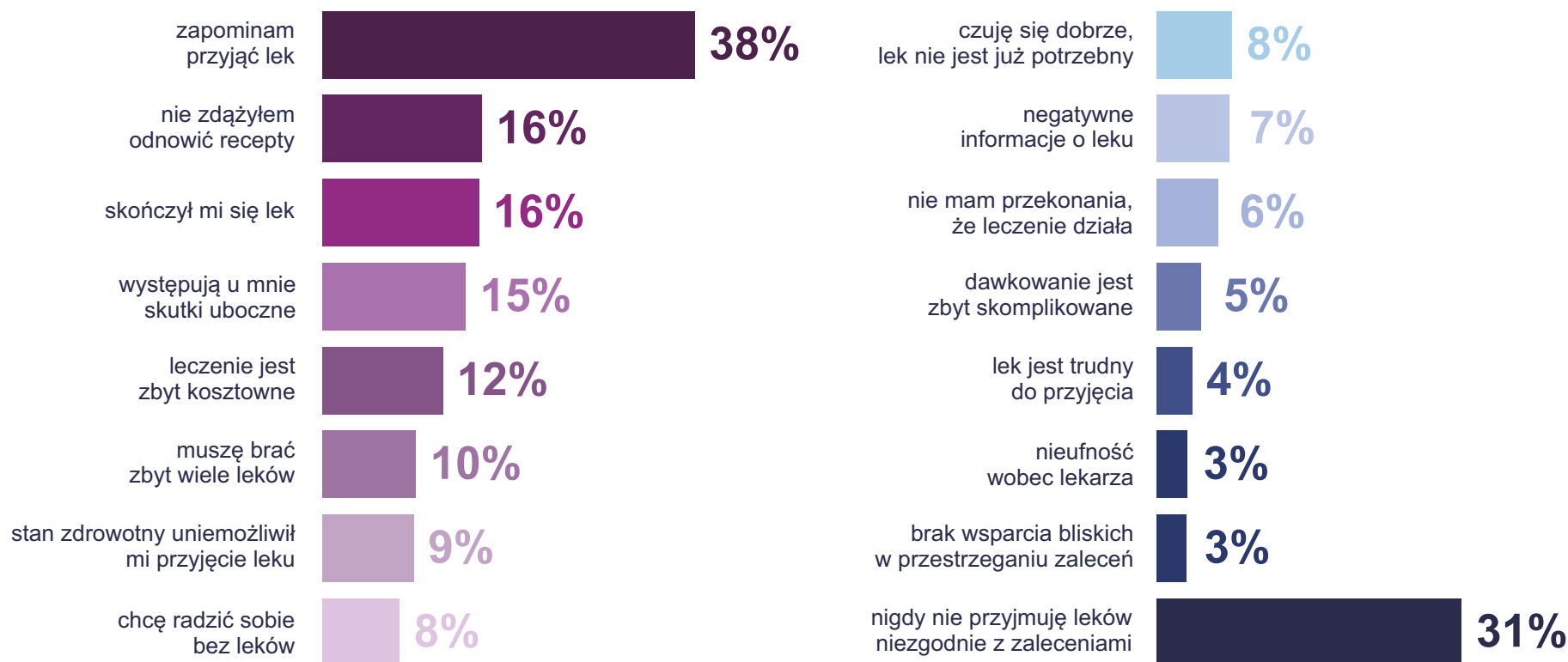
Czy zdarzają się Pani /Panu poniższe sytuacje?



Blisko połowa pacjentów przewlekle chorych nie przestrzega terapii w sposób prawidłowy. To poważne wyzwanie dla systemu. Niewłaściwa adherencja prowadzi do gorszych wyników leczenia, zwiększa liczbę hospitalizacji i koszty opieki.



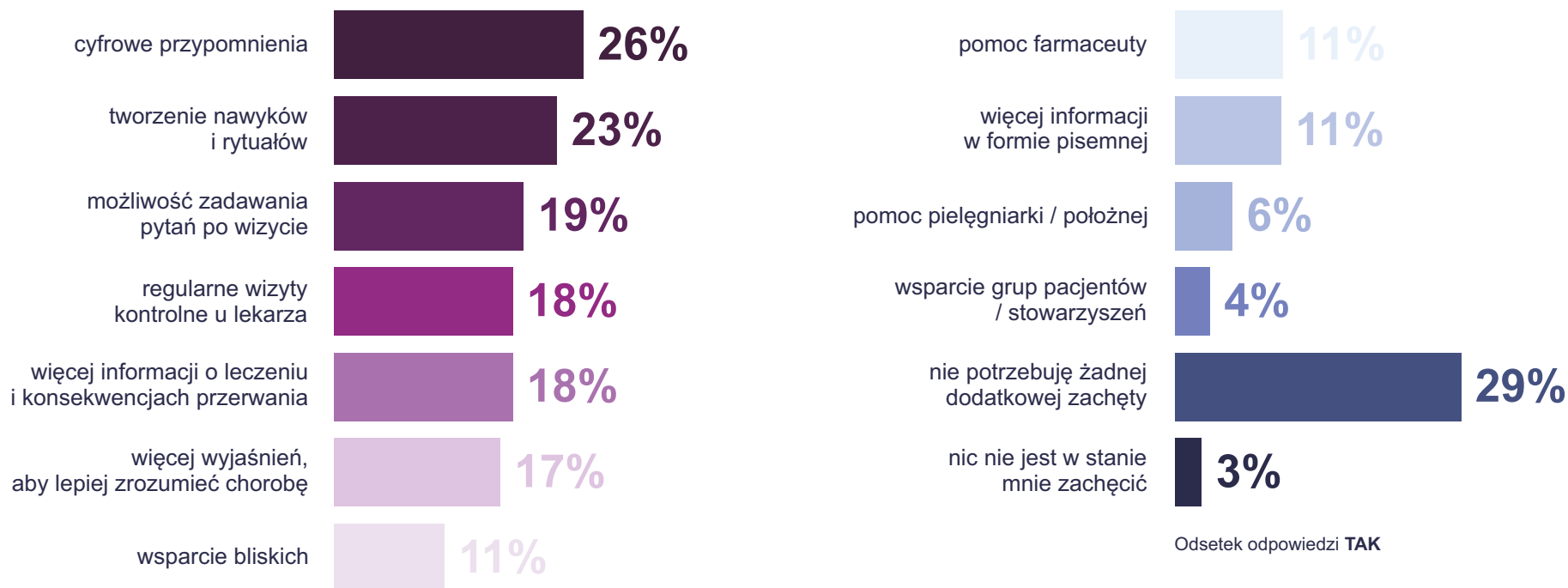
Z jakich powodów nie zawsze przyjmuje Pani / Pan leki zgodnie z zaleceniami lekarza?



Odsetek odpowiedzi TAK

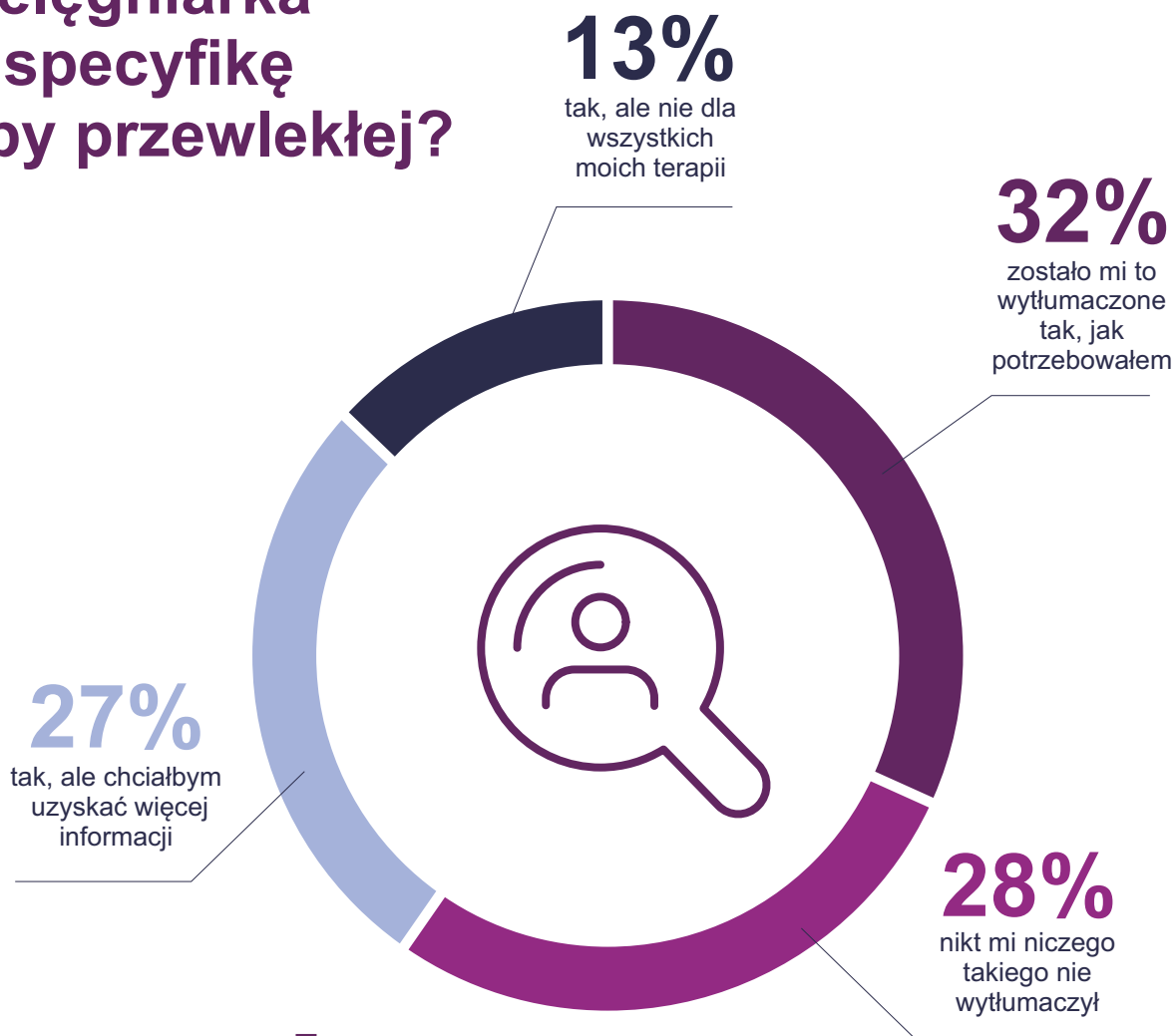
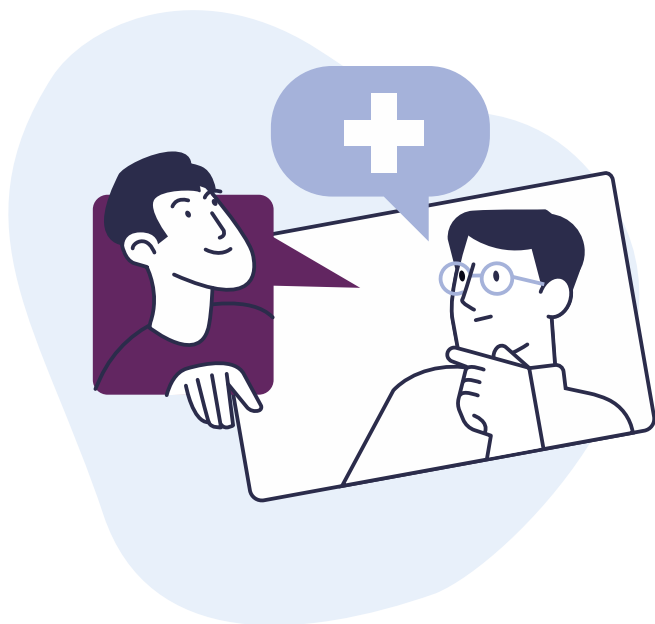
Problemy z adherencją wynikają w dużej mierze z braku przypomnień (o konieczności przyjęcia leku, o kończącej się ważności recepty lub kończącym się zapasie leków). Potrzebne są rozwiązania cyfrowe, które pomogą pacjentom w stosowaniu się do zaleceń terapeutycznych.

Co mogłoby zachęcić Panią / Pana do przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarza?



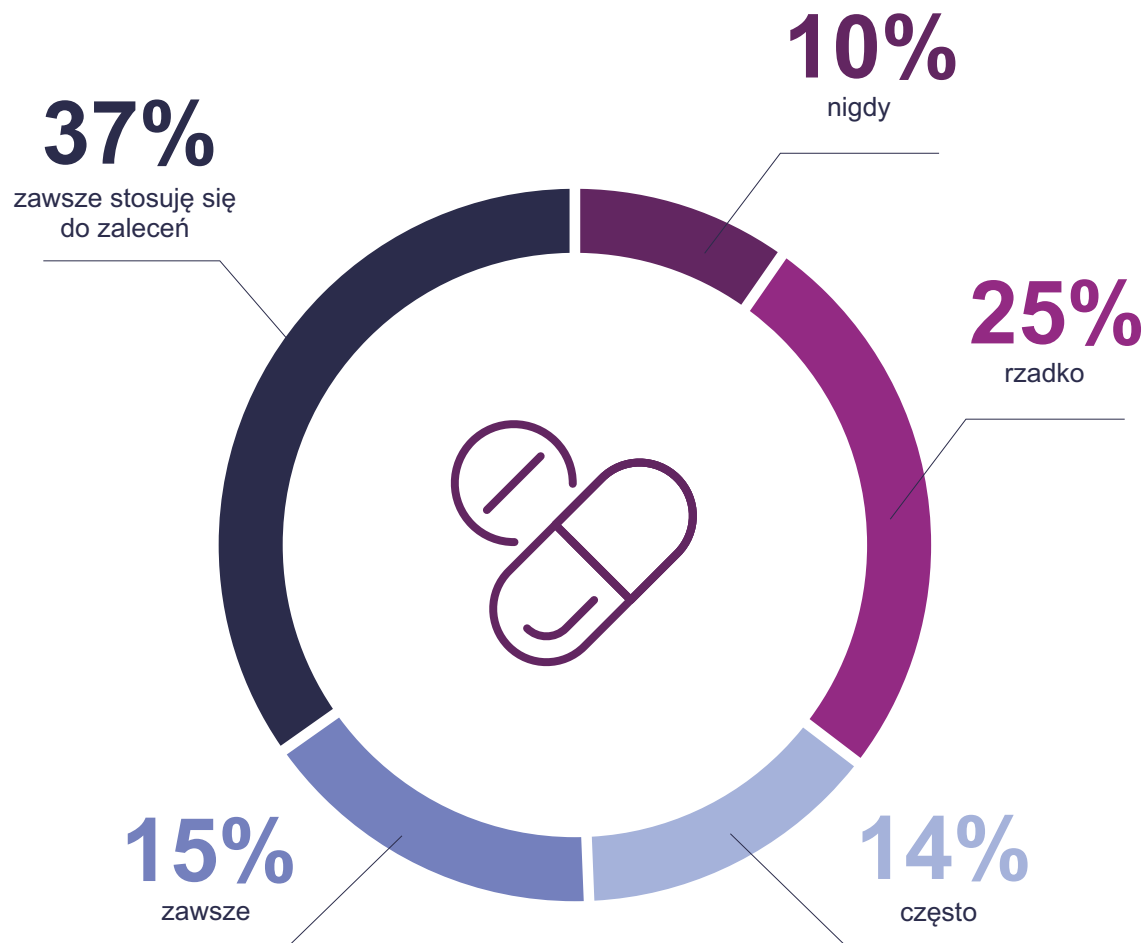
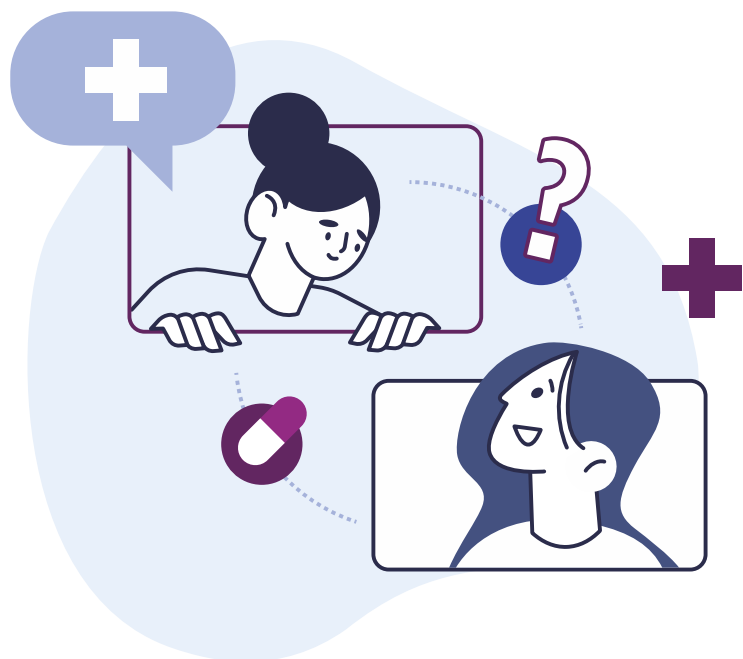
Pacjenci chcą przypomnień, informacji i możliwości zadawania pytań po wizycie. To pokazuje, że skuteczna terapia wymaga dialogu – nie tylko recepty.

Czy lekarz / farmaceuta / pielęgniarka wyjaśnili Pani / Panu cele i specyfikę leczenia Pani / Pana choroby przewlekłej?



[**Ponad połowa** pacjentów czuje, że brakuje im informacji o leczeniu.]

Czy informuje Pani / Pan lekarza, gdy nie stosuje się Pani / Pan do jego zaleceń?



Dlaczego nie informuje Pani / Pan lekarza, że nie stosuje się Pani / Pan do jego zaleceń?



Pacjenci **boją się krytyki** lub oceny, a czasem po prostu nie mają przestrzeni na rozmowę.

The background is a solid light purple color. In the foreground, there are two stylized white human figures. Each figure consists of a circular head and a rounded, blocky body. The figures are positioned on the left and right sides of the frame, with their bodies partially overlapping. The text is centered between the two figures.

Wnioski i rekomendacje

Wnioski i rekomendacje

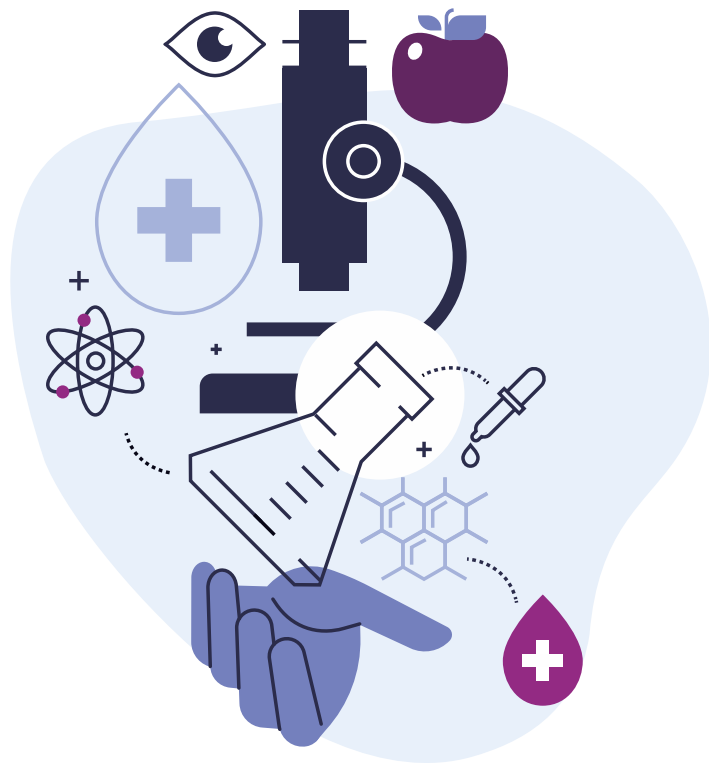


Dominacja chorób przewlekłych i potrzeba ciągłości opieki

Wymagania dotyczące opieki: Zdecydowana większość badanych (91%) korzystała z publicznego systemu opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Wśród dominujących schorzeń przewlekłych znajduje się nadciśnienie, cukrzyca wraz ze stanami przedcukrzycowymi, choroby endokrynologiczne oraz depresja. Osoby te wymagają ciągłości opieki i relacji z lekarzem, a nie tylko okresowych wizyt. System ochrony zdrowia musi się dostosować do tej rzeczywistości, w której większość pacjentów wymaga **długotrwałego leczenia i stałej koordynacji**.

Wzmocnienie POZ: Respondenci korzystają z prywatnej opieki na poziomie 76%, lecząc tam choroby, które wcześniej wskazywali jako najczęściej występujące – nadciśnienie tętnicze, depresję i niedoczynność tarczycy. Wysoki poziom korzystania z usług prywatnych świadczy o niedostatecznej dostępności świadczeń publicznych. Pacjenci są zmuszeni szukać pomocy poza systemem. Podstawowa opieka zdrowotna, a szczególnie opieka koordynowana powinny być maksymalnie wzmocniane i rozwijane dla poprawienia dostępności i jakości świadczeń.

Wnioski i rekomendacje



Wyzwania w koordynacji i diagnostyce w POZ

Niski stopień nadzoru w POZ: Wciąż występuje niedostateczne wykorzystanie zasobów POZ do monitorowania chorób przewlekłych. Nadzór nad leczeniem choroby przewlekłej najczęściej prowadzi lekarz specjalista (43%), a POZ pełni rolę pomocniczą. Może to wynikać z nieoptymalnego wykorzystania opieki koordynowanej – zbyt małej liczby placówek realizujących ten model opieki, wybieranie przez POZ tylko niektórych „ścieżek” - lub braku świadomości pacjentów co do możliwości samego POZ – brak kampanii informacyjnej i działań edukacyjno – świadomościowych skierowanych do pacjentów.

Paradoks diagnostyczny: Raport wskazuje na paradoks wykorzystywania opieki specjalistycznej do diagnozowania najczęstszych schorzeń, np. kardiologicznych, które są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce.

Niskie wskaźniki badań specjalistycznych w POZ: Zdecydowana większość pacjentów kardiologicznych czy diabetologicznych nie wykonuje kontrolnych badań specjalistycznych w POZ. Wskaźniki wykorzystania badań profilaktycznych, takich jak UACR (badanie nefrologiczne), są dramatycznie niskie (tylko 6% wszystkich badanych, 4% chorych na choroby nefrologiczne). W modelu opieki koordynowanej wykonywanie badań jest na znacznie wyższym poziomie, a to po raz kolejny pokazuje zasadność rozwoju tej formy opieki.

Wnioski i rekomendacje

Duże oczekiwania pacjentów wobec POZ

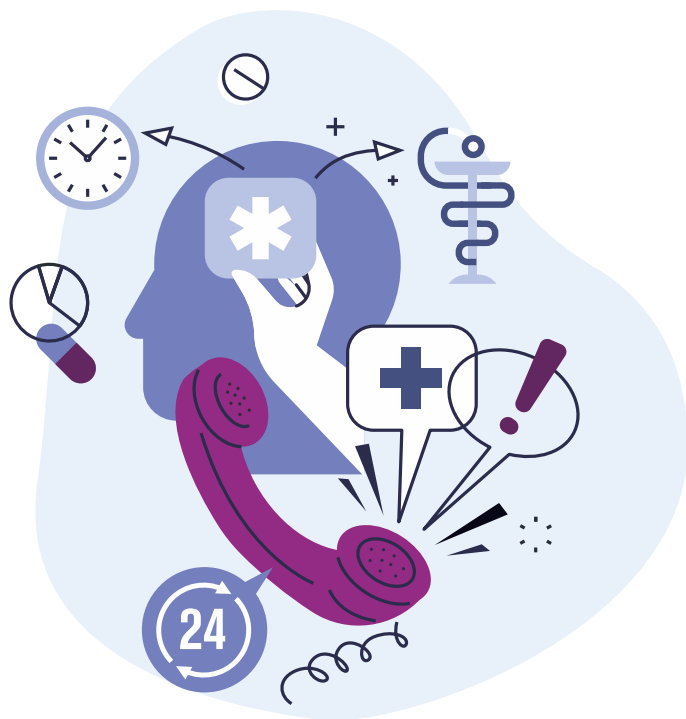
Oczekiwanie szerszej diagnostyki: Aż 88% pacjentów uważa, że lekarz POZ powinien mieć możliwość zlecenia większej liczby badań diagnostycznych, 82% pacjentów chętniej korzystałoby z POZ, gdyby dostępnych było tam więcej badań diagnostycznych. Badania diagnostyczne zostały wskazane jako najbardziej przydatne dodatkowe świadczenie w POZ (77% wskazań). To kolejny powód dla rozwoju opieki koordynowanej i budżetu powierzonego w POZ.

Brak poprawy w jakości i dostępności: Większość pacjentów nie zauważa zmian pro jakościowych w opiece w POZ w ciągu ostatnich 2-3 lat (42% stwierdziło brak zmian w dostępności, 45% brak zmian w jakości). Wyniki te są niepokojące. Choć w ostatnich latach wdrażano szereg zmian w POZ, pacjenci nie odczuwają realnej poprawy jakości opieki. Dominujący odsetek odpowiedzi „brak zmian” oraz wysoki poziom ocen negatywnych sugerują, że dotychczasowe działania naprawcze nie przekładają się na doświadczenie pacjenta – a więc nie spełniają swojego głównego celu.

Poczucie bezpieczeństwa i kompetencji: Ponad połowa pacjentów (63%) wierzy, że leczenie można kontynuować w POZ, a 58% uważa, że lekarz POZ może bezpiecznie prowadzić leczenie przewlekłe. Jednak 30% pacjentów uważa, że zakres usług w POZ nie odpowiada ich potrzebom. Potrzebne są działania wzmacniające kompetencje lekarzy POZ, ale też komunikacja pokazująca pacjentom, że mogą bezpiecznie leczyć się „blisko domu”, bez konieczności częstych wizyt u specjalistów.



Wnioski i rekomendacje



Wyzwania w komunikacji i przestrzeganiu zaleceń lekarskich /terapeutycznych

Deficyt informacyjny: Ponad połowa pacjentów czuje, że brakuje im informacji o ich chorobie i leczeniu. 27% chciałoby uzyskać więcej informacji, a 28% uważa, że wyjaśnienia dotyczyły tylko części ich terapii. Dla prowadzenie skutecznej terapii nie wystarczy rozpoznanie choroby i ustalenie terapii, potrzebne są narzędzie wspierające pacjentów – porady edukacyjne (edukacja zdrowotna to pożądane świadczenie dla 38% badanych), rozwiązania cyfrowe.

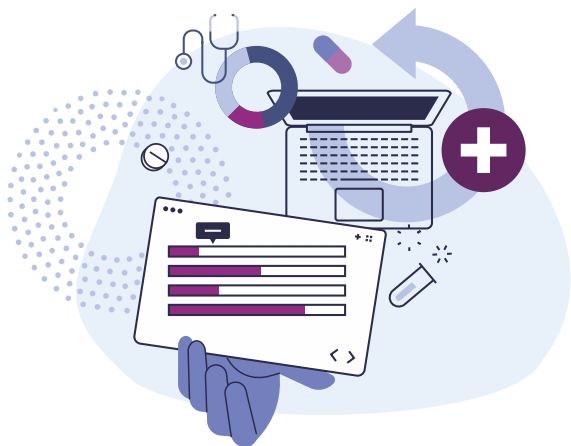
Brak dialogu w terapii: Znaczna część pacjentów przyznaje, że nie zawsze przyjmuje leki zgodnie z zaleceniami (np. 15% nieregularnie, 9% nieumyślnie przerywa leczenie). Najczęstszą przyczyną jest zapomnienie (38%). Aby zachęcić pacjentów do przestrzegania zaleceń, pożądane są: cyfrowe przypomnienia (26%), regularne wizyty kontrolne (18%), a zwłaszcza możliwość zadawania pytań po wizycie (19%). Skuteczna terapia wymaga dialogu.

Wzmocnienie edukacji: Należy wzmocnić wykorzystanie porad edukacyjnych w POZ, realizowanych przez cały zespół, aby wspierać wiedzę pacjentów o chorobach przewlekłych

Komentarz



Polski system ochrony zdrowia stoi na progu przełomu w kierunku opieki zintegrowanej. Coraz więcej pacjentów deklaruje gotowość do realizowania swoich potrzeb zdrowotnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, a dane pokazują, że opieka koordynowana tam, gdzie jest dostępna, **działa** i jest pozytywnie oceniana przez pacjentów.¹ Teraz czas, by **państwo zbudowało trwałe ramy finansowe, edukacyjne i organizacyjne**, które pozwolą upowszechnić model opieki koordynowanej.



Poprzednie badanie Fundacji My Pacjenci z roku 2024 (Opieka koordynowana oczami pacjentów) oraz aktualnie prezentowane z roku 2025 (Pacjent z chorobą przewlekłą w systemie ochrony zdrowia) ukazują dwa równoległe obrazy: z jednej strony – doświadczenia i potrzeby pacjentów przewlekle chorych w systemie ochrony zdrowia, z drugiej – efekty i wyzwania wdrażania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Oba raporty tworzą jednak spójny przekaz: pacjenci chcieliby, aby POZ była **lepiej wyposażona i elastyczna w reagowaniu na ich potrzeby**, co umożliwiłoby leczenie bliżej domu i w oparciu o silniejszą relację z lekarzem

¹ Raport Fundacji My Pacjenci „Opieka koordynowana w POZ”, dostępny na stronie <https://mypacjenci.org/>

The background is a solid light purple color. In the foreground, there are two stylized white human figures. Each figure consists of a circular head and a rounded, blocky body. The figures are positioned on the left and right sides of the frame, with their bodies partially overlapping. The text 'Komentarze ekspertów' is located in the center-right area, overlapping the right figure's body.

**Komentarze
ekspertów**

Komentarze



dr n. med.
Aleksander Biesiada
Polskie Towarzystwo
Medycyny Rodzinnej

91% badanych korzystało w ciągu ostatnich 6 miesięcy z publicznego systemu opieki zdrowotnej, co wyraźnie pokazuje iż pozostaje on dominującym miejscem uzyskiwania świadczeń zdrowotnych. Zdecydowana większość, ponad 80% badanych, ma postawione rozpoznania chorobowe od dłuższego czasu - a więc powinna być aktywnie monitorowana w kierunku powikłań schorzeń przewlekłych, ich optymalnej kontroli oraz innych ryzyk. Nakładając te dane na ogólną liczbę świadczeń (gdzie około 200 milionów porad udzielanych jest w ramach podstawowej opieki zdrowotnej) należy wskazać, iż właśnie obszar POZ powinien być maksymalnie wzmocniany dla poprawienia dostępności i jakości świadczeń.

Pacjenci nie widzą zmian jakościowych w opiece w POZ - ale jednocześnie brak jest jasnej komunikacji takich zmian (choćby brak informacji, a więc i świadomości pacjentów o dostępnych badaniach w ramach POZ). Nietostrzeżenie zmian systemowych w POZ może także być związane z faktem, iż stale rosną potrzeby zdrowotne pacjentów - zarówno z uwagi na rosnącą średnią wieku chorych pod opieką POZ, jak i rosnącą wielochorobowość i trudności w dostępie do świadczeń opieki specjalistycznej. To w POZ jak w soczewce ogniskują się więc problemy pacjentów z całego systemu ochrony zdrowia.

Zwraca uwagę wciąż niedostateczne wykorzystanie zasobów POZ do monitorowania chorób przewlekłych. Pod wyłącznym nadzorem lekarza POZ pozostaje zaledwie 18 procent badanych. Może to wynikać z jednej strony z wciąż nieoptymalnego wykorzystania opieki koordynowanej, z drugiej - z braku świadomości pacjentów co do możliwości samego POZ. Docenić należy, iż pacjenci chcieliby w rękach zespołu POZ widzieć więcej możliwości diagnostycznych, smuci jednak iż nie mają świadomości już posiadanych opcji diagnostycznych w POZ.

Raport wskazuje na paradoks wykorzystywania opieki specjalistycznej do diagnozowania najczęstszych schorzeń kardiologicznych (będących kluczową przyczyną zgonów w Polsce). Należy wskazać, iż niewykorzystane pozostają w tym zakresie możliwości płatnika (NFZ) i Ministerstwa Zdrowia. Niedostatecznie finansowanie rozwoju opieki koordynowanej w POZ, istotne trudności w wykorzystaniu środków unijnych na doposażenie placówek POZ (FENIKS) czy na szkolenia zespołów POZ (FERS). Nie da się odwrócić trendu kierowania pacjentów w głąb systemu bez sięgnięcia po te mechanizmy wsparcia POZ. Nie uda się także wesprzeć wiedzy pacjentów o chorobach przewlekłych bez wzmocnienia wykorzystania porad edukacyjnych w POZ (realizowanych przez cały zespół POZ).

Raport pokazuje, iż pacjenci chcą dostępu do szerokiej gamy świadczeń, w tym profilaktycznych i diagnostycznych w ramach POZ. U lekarza, któremu ufają i mają z nim zbudowaną relację. Jednocześnie dramatycznie niskie wskaźniki wykorzystania takich badań jak UACR pokazują, iż ich przesunięcie do budżetu powierzonego dostępnego dla wszystkich POZ mogłoby zarówno odpowiedzieć na potrzeby pacjentów, jak i wyzwania zdrowia publicznego.

Komentarze



**lek.
Tomasz Zieliński**
Porozumienie
Zielonogórskie

Z dużym zainteresowaniem zapoznaliśmy się z raportem Fundacji My Pacjenci. Ten wartościowy dokument pokazuje, jak pacjenci postrzegają system ochrony zdrowia i czego od niego oczekują. Widać w nim wyraźnie potrzebę opieki bliższej domu, opartej na relacji i zaufaniu. Lekarz, specjalista medycyny rodzinnej, jest w tym układzie najbliższym pacjenta. Zna jego historię, środowisko i sytuację życiową, dlatego może prowadzić stałe, optymalne leczenie.

Zaufanie pacjentów do lekarzy POZ to ogromny kapitał, który należy wspierać poprzez wzmacnianie ich możliwości diagnostycznych i organizacyjnych. Tylko wtedy, gdy specjalista medycyny rodzinnej będzie miał odpowiednie narzędzia, będzie mógł reagować adekwatnie do potrzeb. Opieka koordynowana daje ku temu realne możliwości, ale potrzebuje stabilnego finansowania, dalszego rozwoju i promocji.

Raport zwraca też uwagę na coś, co w codziennej praktyce widzimy bardzo wyraźnie, pacjenci nie zawsze dostrzegają zmiany, które już się dzieją w POZ. To sygnał, że potrzebujemy lepszej komunikacji i edukacji, by pokazać, jak wiele można dziś zrobić w podstawowej opiece zdrowotnej. Widać wyraźnie potrzebę kampanii informacyjnych na temat roli i możliwości podstawowej opieki zdrowotnej. Tu wspólnie mamy wiele do zrobienia ale przede wszystkim potrzebna jest aktywność Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Wzmacnianie świadomości pacjentów to równie ważny element budowania skutecznego systemu, jak inwestycje w sprzęt czy kadry.

Niepokoi, że wielu chorych ma trudności z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych oraz brakuje im wsparcia w codziennym leczeniu. Choroby przewlekłe wymagają rozmowy, empatii i współpracy. To właśnie relacja lekarza z pacjentem, oparta na zaufaniu i wzajemnym zrozumieniu, decyduje o skuteczności terapii, nie do przecenienia jest również rola porad edukacyjnych, które wraz z opieką koordynowaną weszły do palety świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Głos pacjentów zawarty w tym raporcie to ważny drogowskaz dla wszystkich uczestników systemu. Pokazuje, że kierunek, w jakim zmierzamy jest właściwy – w stronę silnego, dobrze zorganizowanego POZ, który daje pacjentom poczucie bezpieczeństwa i realne wsparcie w codziennym życiu z chorobą, ale też zapewnia możliwość wczesnego wykrycia chorób cywilizacyjnych bez konieczności korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej i ponoszenia dodatkowych kosztów przez pacjentów.

Komentarze



**prof. dr hab.
Piotr Dobrowolski**
Narodowy
Instytut Kardiologii

Raport z badania ankietowego „Pacjent z chorobą przewlekłą w systemie ochrony zdrowia” przynosi wiele wartościowych obserwacji. W komentarzu skupiamy się na wynikach dotyczących najczęściej zgłaszanej przez respondentów choroby przewlekłej – nadciśnienia tętniczego. To schorzenie jest nam szczególnie bliskie i analizujemy je w kontekście wytrwałości terapeutycznej.

Niepokojące jest to, że część pacjentów przyznaje się do przerywania leczenia, zarówno nieświadomego, jak i celowego. Wielu z nich samodzielnie zmienia dawki leków lub przyjmuje je nieregularnie. Zaledwie 31% pacjentów nigdy nie zastosowało się do zaleceń w sposób nieprawidłowy. Najczęstszymi powodami niestosowania się do zaleceń są zapomnienie o lekach, niewykupienie recepty na czas, koszty leczenia oraz liczba przyjmowanych preparatów.

Nic dziwnego, że pacjenci widzą szansę w cyfrowych przypomnieniach lub nawykach wspierających regularność przyjmowania leków. Niestety, wielu chorych nie informuje lekarza o niestosowaniu się do zaleceń – przyczyną jest wstyd lub obawa przed negatywną oceną.

Wyniki badania pokazują, że ponad połowa pacjentów czuje się niedostatecznie poinformowana o swojej chorobie. To przekłada się na przerywanie terapii i brak konsekwencji w leczeniu. Wszystko to wskazuje, jak ważne jest budowanie partnerskiej relacji między lekarzem a pacjentem, opartej na wzajemnym zaufaniu i zrozumieniu. Szerzej ten temat poruszamy w stanowisku Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego dotyczącym przestrzegania zaleceń i partnerstwa w relacji lekarz–pacjent.



**prof. dr hab.
Aleksander Prejbisz**
Narodowy
Instytut Kardiologii

Co istotne, pacjenci skupiają się głównie na dostępności do badań. Rządziej zwracają uwagę na dodatkowe elementy wspierające terapię, takie jak zmiana stylu życia, edukacja zdrowotna czy poradnictwo dietetyczne. Większe zainteresowanie tymi zagadnieniami byłoby bardzo pomocne. Niestety, obserwujemy brak wiary pacjentów w ich własną sprawczość i możliwość realnego wpływu na przebieg leczenia poprzez modyfikację codziennych nawyków.

Na zakończenie należy podkreślić, że badanie objęło dużą, reprezentatywną grupę osób. To niewątpliwie jego ogromny atut. Gratulujemy Fundacji My Pacjenci realizacji tak istotnego i wartościowego projektu.

Komentarze



**prof. dr hab.
Krzysztof Narkiewicz**
Gdański Uniwersytet
Medyczny

Gratuluję Fundacji My Pacjenci przygotowania bardzo ciekawego i ważnego raportu.

Z raportu jasno wynika, że niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi jest zjawiskiem powszechnym, lecz często niedostrzeganym. Pomimo istotnych konsekwencji klinicznych i systemowych, zjawisko to nie jest wystarczająco monitorowane ani omawiane w codziennej praktyce medycznej.

Najczęściej deklarowanym powodem niestosowania się do zaleceń jest zapominanie, ale dotyczy to również kwestii organizacyjnych (brak recepty, skończenie się leków), ubocznych efektów terapii, kosztów, liczby leków czy wątpliwości co do potrzeby leczenia. Część pacjentów rezygnuje z leków, ponieważ czuje się lepiej lub chciałaby „poradzić sobie bez leczenia”. Te odpowiedzi pokazują, że nieprzestrzeganie zleceń to nie kwestia złej woli, lecz złożonego splotu przekonań, emocji, ograniczeń systemowych i komunikacyjnych. Tylko 31% osób nie potrzebuje żadnych dodatkowych form wsparcia, co oznacza, że dla zdecydowanej większości pacjentów można i warto tworzyć strategie wzmacniające adherencję.

Niepokojące są dane dotyczące komunikacji: tylko 32% pacjentów uznało, że otrzymało od personelu medycznego informacje o leczeniu w sposób w pełni zrozumiały i wystarczający. Kolejne 27% deklaruje, że chciałoby uzyskać więcej informacji, a aż 28% przyznało, że nikt nie tłumaczył im ani celu, ani specyfiki terapii. To poważny sygnał, że brakuje przestrzeni na prawdziwe partnerstwo terapeutyczne. Trudno oczekiwać wysokiej adherencji w sytuacji, gdy pacjent nie rozumie, po co przyjmuje leki ani jakie mogą być konsekwencje ich odstawienia.

Problemem jest także brak otwartości w relacji pacjent-lekarz. Tylko 15% pacjentów deklaruje, że zawsze informuje lekarza o niestosowaniu się do zaleceń, a 45% (25% rzadko, 10% często, 10% nigdy) przyznaje, że tego nie robi. Dlaczego? Przeważają powody emocjonalne: wstyd, lęk przed oceną, chęć zachowania dobrej opinii w oczach lekarza. Inni mówią wprost: „nie chcę zawracać głowy”, „to niepotrzebne”, „lekarz i tak nic nie zrobi”. Te odpowiedzi wskazują na deficyt zaufania i relacyjnego bezpieczeństwa, bez których trudno o szczerą rozmowę i wspólne podejmowanie decyzji terapeutycznych.

Podsumowując, niski poziom adherence to poważne i wieloaspektowe wyzwanie. Wymaga nie tylko edukacji pacjentów, ale przede wszystkim zmiany systemowego podejścia do komunikacji, relacji i wsparcia. Rozwiązania technologiczne mogą pomóc, ale kluczem jest dialog, zrozumienie i zaufanie - warunki, bez których żadna terapia nie zadziała tak, jak powinna.

Inicjator badania



Partnerzy merytoryczni



Raport opracowany w ramach projektu Fundacji My Pacjenci wspieranego przez:

