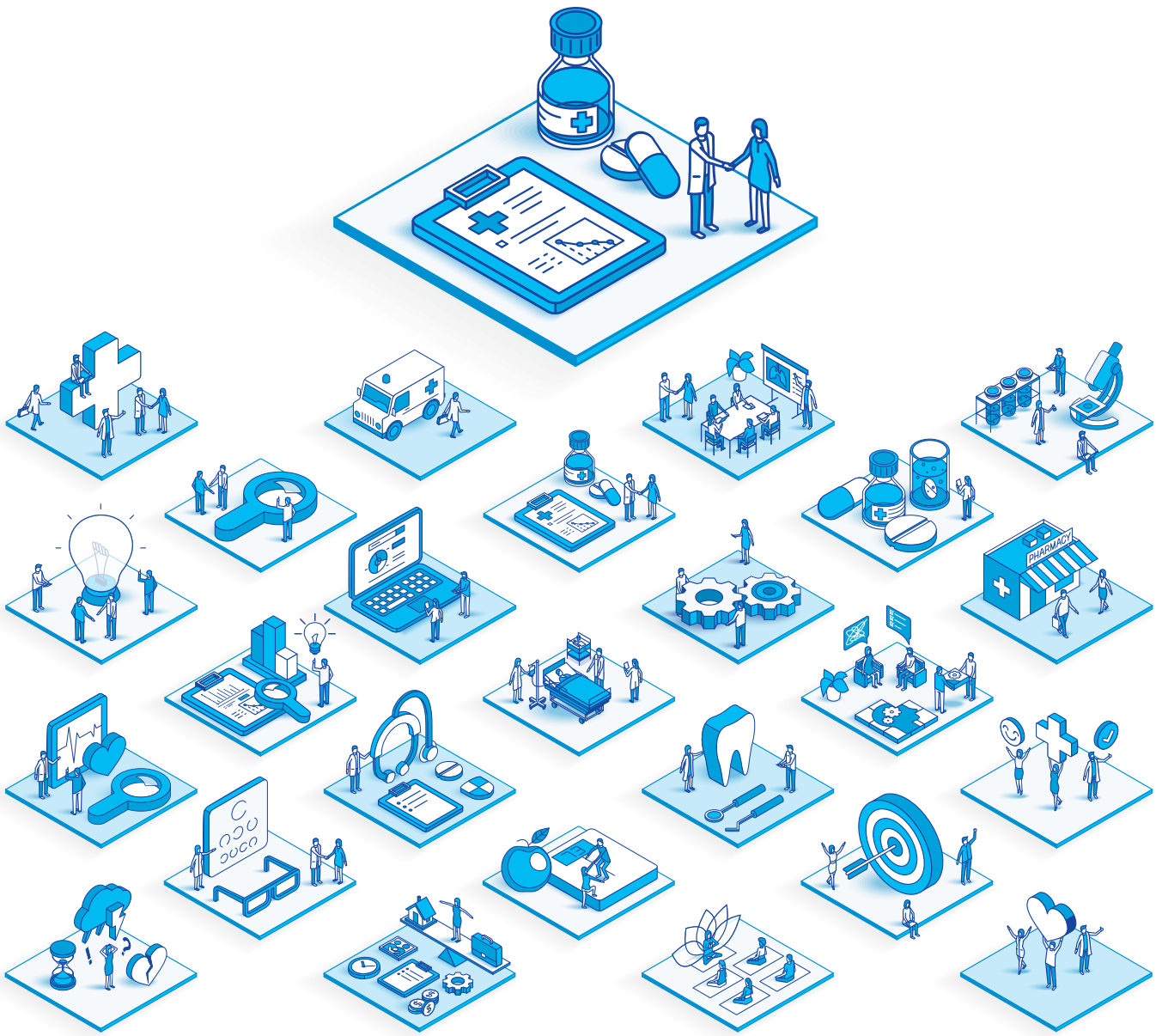
DGP | Dziennik Gazeta Prawna

Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski



Raport pt. Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu
i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski.
Dziennik Gazeta Prawna. Maj 2026

WYDAWCA

Dziennik Gazeta Prawna

PARTNER:

Johnson & Johnson Innovative Medicine

Johnson&Johnson
Innovative Medicine

CP-585156

ISSN

2080-6744

Dodatek do Dziennika Gazety Prawnej

AUTORZY W KOLEJNOŚCI ALFABETYCZNEJ

1. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos. Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego
2. dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, Członek Prezydium Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta
3. prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem, Klinika Onkologii i Radioterapii UCK w Gdańsku
4. mgr Łukasz Kozłowski, Główny ekonomista Federacji Przedsiębiorców Polskich, członek Rady NFZ
5. prof. dr hab. n. med. Edyta Zagórowicz, Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie

CYTOWANIE RAPORTU

Cytowanie raportu: Raport pt. Zwrot z inwestycji w zdrowie:
Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej
Rekomendacje dla Polski.
Dziennik Gazeta Prawna. Maj 2026

ZDJĘCIA

Shutterstock

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie 2

Raport „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski" – założenia metodologiczne oraz polska perspektywa 4

Streszczenie 5

Polski system ochrony zdrowia na tle Unii Europejskiej – diagnoza 8

Pomiar efektów zdrowotnych i efektywności systemu w Polsce – diagnoza i kierunki zmian 13

Wnioski i rekomendacje z raportu „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski" 33

Podsumowanie 40

Bibliografia 41

Wprowadzenie

Systemy ochrony zdrowia w Europie funkcjonują dziś pod rosnącą presją. Wynika ona zarówno ze zmian demograficznych, jak i ze wzrastających oczekiwań dotyczących jakości oraz dostępności opieki. Jednocześnie coraz wyraźniej widać, że sposób, w jaki myślimy o zdrowiu – i jak nim zarządzamy – nie nadąża za skalą tych wyzwań.

Debata publiczna nadal zbyt często koncentruje się na poziomie wydatków, rzadziej natomiast na pytaniu, jakie efekty te wydatki realnie przynoszą. Tymczasem z perspektywy zdrowia publicznego kluczowe znaczenie ma nie tylko wysokość nakładów, ale przede wszystkim ich struktura i efektywność.

Taką perspektywę przyjmuje raport „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej" („Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience"), opracowany przez WifOR[1]. Punktem wyjścia tej analizy jest traktowanie zdrowia jako formy kapitału – zasobu, który generuje mierzalne efekty ekonomiczne i społeczne. Oznacza to odejście od postrzegania zdrowia wyłącznie jako kosztu i uznanie go za czynnik współtworzący produktywność, aktywność zawodową oraz stabilność systemów społeczno-gospodarczych.

W takim ujęciu wpływ zdrowia na gospodarkę nie jest jednowymiarowy. Obejmuje on kilka powiązanych ze sobą obszarów – od jakości kapitału ludzkiego, przez produktywność siły roboczej, aż po poziom obciążeń związanych z opieką, zdolność do generowania innowacji oraz stabilność finansów publicznych. Dopiero spojrzenie na te elementy łącznie pozwala uchwycić rzeczywistą rolę zdrowia w procesach rozwojowych.

Istotnym uzupełnieniem tej perspektywy jest sposób definiowania kosztów. W praktyce nie ograniczają się one do wydatków ponoszonych w systemie ochrony zdrowia. Oprócz kosztów bezpośrednich, związanych z leczeniem i opieką, należy uwzględnić także koszty pośrednie – wynikające z utraty produktywności, absencji czy wcześniejszego wycofywania się z rynku pracy – oraz koszty ukryte, które często rozkładają się w czasie i obciążają rodziny, opiekunów i całą społeczność. Taki sposób analizy pozwala lepiej zrozumieć rzeczywistą skalę konsekwencji zdrowotnych i ekonomicznych.

Na tym tle Polska znajduje się w interesującym punkcie, dysponując rozwiązaniami sprzyjającymi spójnemu zarządzaniu, których potencjał nie jest jeszcze w pełni wykorzystywany. Niniejsze opracowanie wykorzystuje powyższe podejście jako punkt wyjścia do analizy polskiego systemu ochrony zdrowia oraz do sformułowania rekomendacji dotyczących jego dalszego rozwoju.

Dlaczego Polska potrzebuje tej zmiany teraz?

Europa stoi dziś przed podwójnym wyzwaniem. Z jednej strony szybko rosną potrzeby zdrowotne związane ze starzeniem się społeczeństw. Z drugiej – coraz wyraźniejsza jest presja konkurencyjna ze strony USA i Azji w obszarze innowacji. W efekcie systemy ochrony zdrowia przestają być wyłącznie elementem polityki społecznej. Coraz częściej stają się jednym z filarów konkurencyjności gospodarki.

W tym kontekście sposób myślenia o finansowaniu zdrowia wymaga zasadniczej zmiany. Nie chodzi już wyłącznie o zwiększanie nakładów, ale o poprawę efektywności ich wykorzystania. Odpowiednio ukierunkowane inwestycje – zwłaszcza w profilaktykę, wczesną diagnostykę i skuteczne leczenie – pozwalają ograniczać koszty w dłuższej perspektywie, a jednocześnie zwiększać wartość generowaną przez system.

[1] Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience. Prof. Dr. Dennis A. Ostwald, Dr. Malina Müller, Dr. Sandra Zimmermann, Ceyda Ural, Hatice Beton. WifOR Institute.12/2025 https://www.wifor.com/en/download/healthy-returns-a-catalyst-for-economic-growth-and-resilience/?wpdmdl=360794&refresh=69af2ca82e4381773087912



Na tym tle Polska nie startuje od zera. System oparty na jednym dominującym płatniku, rozwinięta infrastruktura cyfrowa i duże zasoby danych zdrowotnych to przewagi, które wiele krajów dopiero buduje. Potencjał ten wciąż nie przekłada się jednak na realną wartość – ani zdrowotną, ani ekonomiczną.

W ostatnich latach wyraźnie zwiększyliśmy nakłady na zdrowie. Efekty jednak nie rosną w tym samym tempie. Wskaźniki zdrowotne i sprawność systemu nie nadążają za wydatkami. To pokazuje jedno: dalsze zwiększanie finansowania, choć potrzebne, nie rozwiąże problemu samo w sobie. Kluczowe staje się pytanie nie o to, ile wydajemy, ale jak wydajemy i co z tych wydatków realnie wynika.

Warunkiem tej zmiany są dane. Polska ma ich dużo – w systemie NFZ, w rejestrach programów lekowych, w rozwijających się systemach cyfrowych. Problem w tym, że dane są rozproszone, trudne do integracji i wciąż rzadko wspierają decyzje systemowe. Bez przezwyciężenia tych barier trudno mówić o polityce zdrowotnej opartej na dowodach i realnym pomiarze zwrotu z inwestycji.

W tym kontekście European Health Data Space (EHDS) może odegrać rolę katalizatora – nie tylko jako projekt regulacyjny, ale jako narzędzie zmiany sposobu zarządzania systemem: od reaktywnego do opartego na danych. Umożliwia lepszą ocenę efektów leczenia, bardziej racjonalne decyzje refundacyjne i szybszy rozwój innowacji. Co równie ważne, tworzy warunki dla inwestycji badawczych i klinicznych, gdzie dostęp do danych staje się jednym z kluczowych czynników konkurencyjności.

Innowacje zdrowotne – zwłaszcza w obszarze farmacji, biotechnologii i zdrowia cyfrowego – przestały być wyłącznie domeną systemu ochrony zdrowia. Dziś są elementem bezpieczeństwa gospodarczego i technologicznego państw. Ich rozwój zależy od konkretnych warunków: stabilnego otoczenia regulacyjnego, dostępu do danych i przewidywalności decyzji publicznych. Polska ma zasoby i kompetencje. Brakuje spójnej decyzji strategicznej, która pozwoli ten potencjał przekuć w realną wartość – dla pacjentów, dla systemu i dla gospodarki.

Uzupełnieniem tej perspektywy są wnioski przedstawione w raporcie „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski.”, który pokazuje w sposób konsekwentny, że istnieje bezpośredni związek między poziomem inwestycji w zdrowie a dobrostanem społeczeństw oraz długoterminową kondycją gospodarek. Inwestycje obejmujące zarówno profilaktykę, leczenie, jak i rozwój nowych terapii przekładają się nie tylko na poprawę jakości życia, lecz także na wzrost produktywności, większą i dłuższą aktywność zawodową oraz większą odporność systemów społeczno-ekonomicznych. W tym ujęciu zdrowie nie jest jedynie elementem polityki społecznej, ale pełnoprawnym składnikiem kapitału gospodarczego.

Raport identyfikuje pięć wzajemnie powiązanych obszarów, w których zdrowie pełni rolę czynnika napędzającego gospodarkę: kapitał ludzki, produktywność siły roboczej, odciążenie opiekunów, innowacyjność i konkurencyjność oraz stabilność finansowa i społeczna. Szczegółowe wnioski i ich przełożenie na polskie realia omówiono w dalszej części opracowania.

Raport „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski" – założenia metodologiczne oraz polska perspektywa

Celem opracowania polskiej perspektywy i komentarzy do raportu pt. **„Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski"** jest przełożenie kluczowych wniosków raportu na realia polskiego systemu ochrony zdrowia. Szczególny nacisk położono na pokazanie kapitału zdrowia, jako czynnika generującego mierzalny zwrot społeczny i gospodarczy w warunkach Polski. Należy stwierdzić, że zdrowie publiczne w Polsce przez długi czas nie było traktowane jako priorytet polityczny i strategiczny. Dopiero od momentu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej zdrowie zaczęło pojawiać się na agendzie politycznej, społecznej i medialnej. W dużej mierze wynika to z możliwości porównywania rzeczywistych danych dotyczących finansowania, organizacji i efektów działania systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów wspólnoty europejskiej. Analiza tych danych pokazuje, że Polska nadal zajmuje jedno z ostatnich miejsc w wielu europejskich zestawieniach dotyczących systemów ochrony zdrowia.

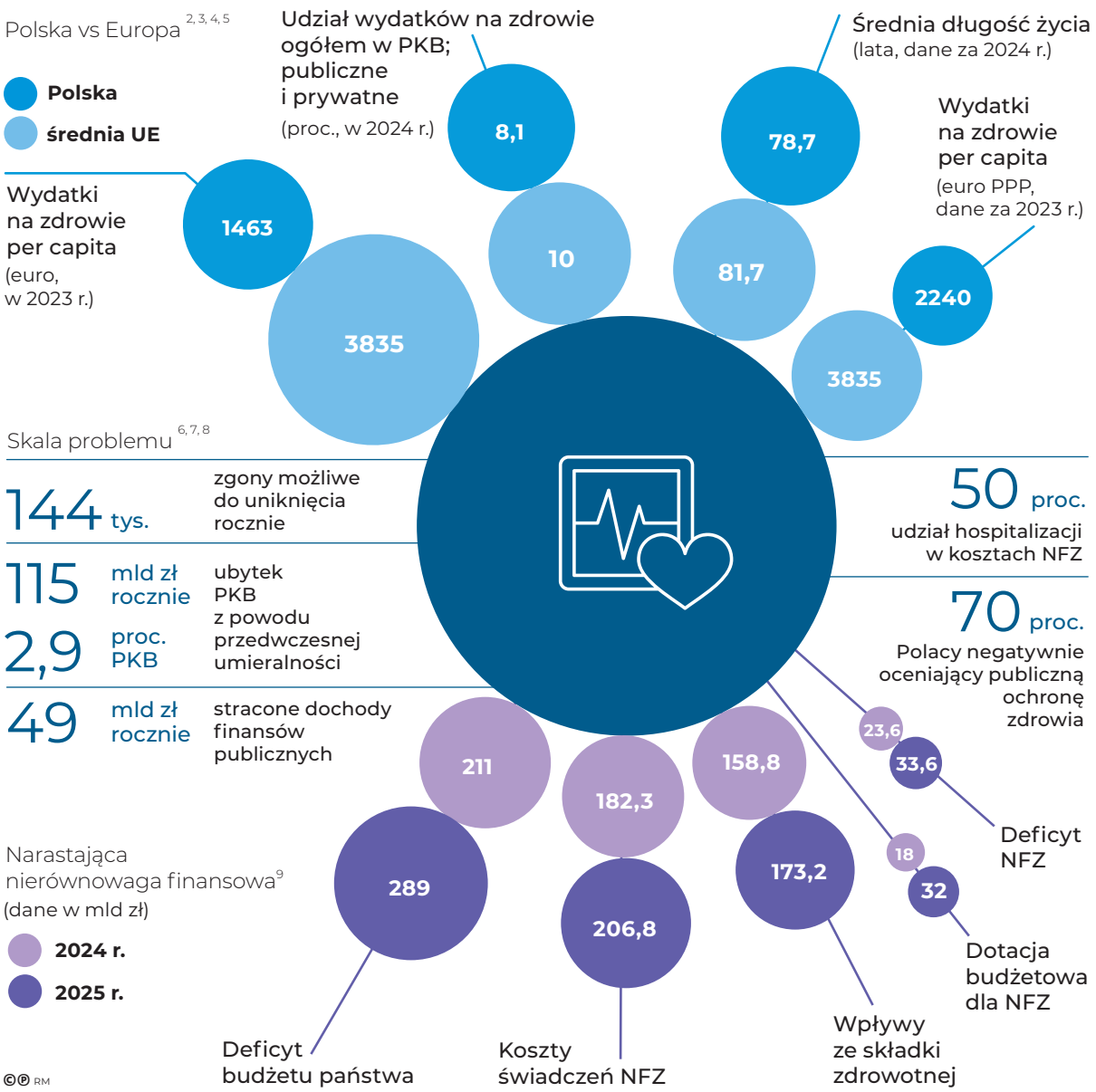
Do udziału w pracach nad opracowaniem polskiej perspektywy zaproszeni zostali polscy klinicyści, ekonomiści i eksperci systemowi. W dyskusji moderowanej przez Dziennik Gazeta Prawna zadano trzy kluczowe pytania:

1. Jak oceniamy w Polsce rzeczywiste efekty leczenia (RWE – real-world evidence), takie jak remisja (ustąpienie choroby) czy całkowite przeżycie (OS – overall survival), i czego uczą nas wybrane przykłady z różnych dziedzin medycyny?
2. W jaki sposób mierzymy rzeczywistą efektywność kosztową terapii (RWE) w polskim systemie ochrony zdrowia (np. spadek hospitalizacji, brak konieczności stosowania innych terapii, utrzymanie produktywności itp.) na przykładzie wybranych obszarów terapeutycznych?
3. Jak można wprowadzić kompleksowy rachunek efektów zdrowotnych i kosztów w zakresie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta na przykładzie wybranych dziedzin medycyny?

Poniżej przestawiono kluczowe dane, wnioski i rekomendacje dla Polski w nawiązaniu do omawianego raportu w ujęciu ogólnym, wniosków i rekomendacji autorów oryginalnego raportu oraz szczegółowych komentarzy eksperckich z zakresu hematologii, onkologii i gastroenterologii.

Streszczenie

Kluczowe liczby



[2] Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme. Eurostat. Dostępne:https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme

[3] Ustawa z dnia 5 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

[4] OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

[5] 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=cdc81201_1

[6] Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia Dostępne: https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf

[7] Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lecznie-szpitalne-analizy/leczenie-szpitalne/

[8] Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Sondaż CBOS. Dostępne: https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=7079

[9] Raport pt. Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski. Dziennik Gazeta Prawna. Maj 2026

Diagnoza

Polska wciąż ponosi ogromne koszty zdrowotne i ekonomiczne wynikające z niewystarczającej skuteczności działań profilaktycznych i zbyt późnego wykrywania chorób. Ogółem liczbę zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce można szacować na 144 tys. rocznie. Ostrożnie szacowany ubytek PKB związany z przedwczesną śmiertelnością osób poniżej 75. roku życia wynosi ok. 2,9% PKB, co odpowiada ok. 115 mld zł w warunkach 2025 r. Przekłada się to na utracone dochody sektora finansów publicznych na poziomie ok. 49 mld zł rocznie[10].

Jednym z istotnych wniosków raportu jest niski poziom inwestycji w profilaktykę zdrowotną. Polska wydaje na profilaktykę zdrowotną zaledwie 1,7% bieżących wydatków na zdrowie, co stanowi połowę średniej krajów OECD wynoszącej 3,4%[11]. Polska należy jednocześnie do krajów o najwyższej liczbie hospitalizacji w UE, najniższym udziale profilaktyki w wydatkach zdrowotnych oraz jednym z najniższych poziomów wydatków per capita wśród krajów członkowskich. Według Eurostat, w 2022 roku Polska wydawała na profilaktykę 21,6 euro rocznie na mieszkańca, podczas gdy średnia unijna wynosiła 202,2 euro, a Czechy wydawały 118,6 euro[12].

Polska pomimo iż jest 6. gospodarką UE pod względem PKB, jednak PKB per capita pozostaje istotnie poniżej średniej unijnej, co wskazuje na niewykorzystany potencjał rozwojowy. W kategorii PKB, wyrażonego w miliardach euro PPP (parytet siły nabywczej), Polska z kwotą 1 176 mld euro PPP zajęła 5. miejsce w Unii Europejskiej. Produkt Krajowy Brutto Polski wyrażony w euro PPP stanowił 6,5% całego PKB Unii Europejskiej. W rankingu wysokości PKB na głowę mieszkańca Polska odnotowała dopiero 21. miejsce – 22 610 euro PPP, przy średniej dla EU-27 wynoszącej 39 940 euro PPP/mieszkańca[13].

Mimo stopniowego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, Polska nadal pozostaje poniżej średniej europejskiej - udział wydatków zdrowotnych (publicznych i prywatnych) w PKB nadal jest niski. Według szacunkowych danych GUS wyniósł on 7,1% w 2023 roku i 8,1% w 2024 roku[14]. Średni udział wydatków zdrowotnych (publicznych i prywatnych) w produkcie krajowym brutto dla 27 krajów Unii Europejskiej wynosi 10% PKB. W 2023 roku Polska zajmowała w tej statystyce 23. miejsce w UE. Od kilku lat zasada określania poziomu wydatków na zdrowie w relacji do PKB okazuje się niewystarczająca w stosunku do rosnących potrzeb systemu ochrony zdrowia.

Deficyt NFZ wzrósł z 23,6 mld zł w 2024 roku do 33,6 mld zł w 2025 roku – mimo że wpływy ze składki zdrowotnej rosną. Dotacja budżetowa dla NFZ zwiększyła się w tym czasie z 18 mld zł do 32 mld zł, przy deficycie budżetu państwa sięgającym 289 mld zł. a dotacja budżetowa w planie finansowym NFZ na 2025 rok – ok. 32 mld zł. Należy przypomnieć, że deficyt w budżecie NFZ wynika z różnicy pomiędzy kosztem świadczeń zdrowotnych, a wpływem z tytułu składki zdrowotnej. W 2025 roku wpływy ze składki zdrowotnej wyniosły ok. 173,2 mld zł, natomiast koszty świadczeń zdrowotnych NFZ – 206,8 mld zł, co przekładało się na deficyt w finansach NFZ na poziomie ok. 33,6 mld zł. W 2024 r. wpływy ze składki wyniosły ok. 158,8 mld zł, koszty świadczeń ok. 182,3 mld zł, a deficyt ok. 23,6 mld zł[15].

Dane wskazują, że wyzwaniem nie jest wyłącznie poziom finansowania systemu, ale również efektywność wykorzystania środków oraz ograniczona zdolność do oceny zdrowotnych, społecznych i gospodarczych rezultatów ponoszonych nakładów. Polska nie prowadzi systemowych analiz zależności między wydatkami NFZ a kosztami niezdolności do pracy ponoszonymi przez ZUS. Zdrowie nadal traktowane jest w Polsce jako koszt, a nie jako inwestycja generująca mierzalny zwrot gospodarczy i społeczny.

[10] Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia Dostępne: https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf

[11] OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

[12] Preventive health care expenditure statistics. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

[13] Gross domestic product at market prices. Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=en

[14] Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022-2024. GUS. Dostępne: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2022-2024,27,5.html

[15] Raport pt. Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski. Dziennik Gazeta Prawna. Maj 2026

Ta diagnoza prowadzi do identyfikacji pięciu kluczowych wyzwań strukturalnych, które autorzy raportu uznają za główne bariery efektywności systemu.

Kluczowe wyzwania systemowe

- **Brak systemowego pomiaru efektów zdrowotnych i ekonomicznych terapii.**
- **Niewystarczające wykorzystanie danych rzeczywistych (RWD/RWE) w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia.**
- **Brak integracji danych zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych.**
- **Brak systemowego monitorowania wpływu zdrowia na gospodarkę Polska nie prowadzi regularnego pomiaru wartości zdrowia dla gospodarki i społeczeństwa.**
- **Niewystarczające upowszechnienie modeli opieki opartych na efektach zdrowotnych.**
- **Nadmierna koncentracja świadczeń w lecznictwie szpitalnym.**
- **Niewystarczający poziom finansowania ochrony zdrowia w relacji do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.**
- **Niedoinwestowanie profilaktyki i diagnostyki.**

Sześć kroków dla Polski rekomendowanych w opracowaniu i wdrożeniu kompleksowej strategii przekształcenia inwestycji w zdrowie w wymierną wartość dla gospodarki.

KROK 1:
Zrozumienie wartości gospodarki zdrowotnej.

KROK 2:
Wzmocnienie współpracy międzyresortowej.

KROK 3:
Pomiar wpływu polityk publicznych na zdrowie.

KROK 4:
Budowa ram inwestycji w zdrowie.

KROK 5:
Inwestowanie we wczesne interwencje i innowacje.

KROK 6:
Zapewnienie stabilnego finansowania zdrowia.

Polski system ochrony zdrowia na tle Unii Europejskiej – diagnoza



dr n. med. Jakub Gierczyński, *MBA, Członek Prezydium Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta*

Pomiar rzeczywistych efektów zdrowotnych (RWE) w polskim systemie ochrony zdrowia – przykłady wybranych obszarów terapeutycznych

Przedstawione poniżej dane należy odczytywać w kontekście podejścia zaprezentowanego w raporcie WifOR, w którym zdrowie traktowane jest jako kapitał generujący wymierne efekty ekonomiczne i społeczne. Oznacza to konieczność oceny systemu nie tylko przez pryzmat poziomu wydatków, ale przede wszystkim ich wpływu na produktywność, aktywność zawodową i stabilność finansów publicznych.

Za bezstronną, obiektywną i opartą na wiarygodnych oraz porównywalnych danych diagnozę stanu i perspektyw dla polskiego systemu ochrony zdrowia uznano najnowszy raport pt. "State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2025"[16]. Komisja Europejska, posiłkując się danymi Eurostat, wskazała kilka podstawowych cech polskiego systemu.

Podstawowe wskaźniki zdrowotne na tle UE[17]

- **W 2024 r. średnia długość życia w Polsce wynosiła**

  78,7 lat

  – o 3 lata mniej niż średnia w Unii Europejskiej.

  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 życia w zdrowiu, 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.

Wysokie wskaźniki umieralności, której można zapobiec, ujawniają słabości systemu opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób i leczenia pacjentów. Umieralność, której można zapobiec, utrzymuje się na poziomie wyższym niż średnia 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.

[16] 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=cdc81201_1

[17] 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=cdc81201_1

Wydatki i dostęp do świadczeń[18]

- Całkowite wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca w Polsce w 2023 r. według OECD wyniosły 2 266 EUR, czyli o 40 % mniej niż średnia UE wynosząca 3 832 EUR. Z tej kwoty 78% pochodziło ze źródeł publicznych, natomiast 22% stanowiły wydatki prywatne – w większości pokrywane bezpośrednio z kieszeni pacjentów.
- Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej są w Polsce stosunkowo wysokie, a długi czas oczekiwania i kolejki do świadczeń stanowią jeden z najsłabszych elementów polskiego systemu ochrony zdrowia.

Dodatkowe dane uzupełniające diagnozę

Diagnozę opartą na danych unijnych uzupełniają poniższe aktualne wskaźniki, które pokazują zdrowotne i gospodarcze uwarunkowania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

- Według raportu pt. „Strengthening Poland's Healthcare Readiness: Insights from the Healthcare Readiness Index 2024", Polska plasuje się na końcu rankingu pod względem odporności systemu ochrony zdrowia (resilience)[19].
- Według sondażu CBOS z września 2025 roku, aż 70% Polaków negatywnie ocenia publiczną ochronę zdrowia, podczas gdy zadowolenie wyraża zaledwie 27% badanych. Ogólny poziom zaufania do funkcjonowania opieki zdrowotnej pozostaje niski, pogarszając się od czasu pandemii[20].
- Zdecydowana większość organizacji pacjentów ocenia system ochrony zdrowia w Polsce jako przeciętny, przy znaczącym odsetku ocen negatywnych, wskazujących na konieczność istotnych zmian. Najbardziej palącymi problemami wymienianymi przez organizacje są kolejki do świadczeń zdrowotnych, braki kadrowe oraz nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Organizacje pacjentów zwracają uwagę na pilną potrzebę edukacji zdrowotnej oraz kompleksowej reformy systemu, uwzględniającej zarówno poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, jak i zapewnienie lepszych warunków pracy dla personelu medycznego[21].
- Wyniki Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia Ludności przeprowadzonego w 2024 r. wskazują, że 66,1% mieszkańców Polski w wieku 16 lat i więcej oceniło swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry (o 1,2 pkt. proc. więcej niż w 2023 r.). W 2024 r. długotrwałe problemy zdrowotne wystąpiły u 33,5% badanych osób (o 0,6 pkt proc. mniej niż w 2023 r.)[22].

Kontekst demograficzny i zdrowotny

Obraz demograficzny i zdrowotny Polski jest niepokojący. W 2024 roku liczba zgonów wyniosła 408,5 tys., a liczba urodzeń żywych - 251,8 tys. Głównymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia – 36,8%, nowotwory – 27,0% oraz choroby układu oddechowego i trawiennego – 12,6%[23]. Jednocześnie liczba zgonów możliwych do uniknięcia szacowana jest na 144 tys. rocznie. Ostrożnie szacowany ubytek PKB związany z przedwczesną umieralnością osób poniżej 75. roku życia wynosi ok. 2,9% tj. ok. 115 mld zł w 2025 r. Przekłada się to na utracone dochody sektora finansów publicznych na poziomie ok. 49 mld zł rocznie[24].

---

[18] 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=cdc81201_1

[19] Strengthening Poland's Healthcare Readiness: Insights from the Healthcare Readiness Index 2024 Dostępne: https://www.globsec.org/sites/default/files/2025-09/Strengthening%20Poland%E2%80%99s%20Healthcare%20System%20-%20Insights%20from%20the%20Healthcare%20Readiness%20Index%202024-final.pdf

[20] Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Sondaż CBOS. Dostępne: https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=7079

[21] Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia 2024, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. 2024 Gierczynski J, Nowak A, Grzesiak I, Rzucidło-Zając P. https://ippez.pl/wp-content/uploads/2024/02/Pacjent-w-polskim-systemie-ochrony-zdrowia-2024.pdf

[22] Kapitał ludzki w Polsce w latach 2020-2024. GUS 2026 https://publikacje.new.stat.gov.pl/portal-publikacje/kapital-ludzki-w-polsce-w-latach-2020-2024

[23] GUS, Kapitał ludzki w Polsce w latach 2020-2024 https://publikacje.new.stat.gov.pl/portal-publikacje/kapital-ludzki-w-polsce-w-latach-2020-2024

[24] Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia Dostępne: https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf

Proces starzenia się społeczeństwa przyspiesza. W 2024 r. liczba osób w wieku 60+ wzrosła do niemal 10 mln i stanowiła 26,6% populacji Polski. Rosnąca liczba seniorów przy jednoczesnym spadku liczby ludności ogółem powoduje szybki wzrost obciążenia demograficznego – na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada już 31,8 osób w wieku 65+[25]. Trend ten będzie w kolejnych latach jednym z głównych czynników wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.

Polska stoi zatem przed trwałym, strukturalnym wyzwaniem – nie przed chwilowym przeciążeniem systemu. W tych warunkach zwiększenie nakładów na zdrowie przestaje być kwestią wyboru politycznego, a staje się koniecznością systemową. Brak adekwatnej reakcji finansowej będzie prowadził do pogłębiania się nierównowagi pomiędzy potrzebami zdrowotnymi a zdolnością systemu do ich zaspokojenia. W konsekwencji przełoży się to nie tylko na pogorszenie wyników zdrowotnych populacji, ale również na ograniczenie aktywności zawodowej, spadek produktywności i rosnące obciążenie finansów publicznych.

Zdrowie populacji stanowi jeden z kluczowych zasobów społecznych i ekonomicznych państwa. Bez świadomej i odpowiednio skalowanej decyzji o zwiększeniu inwestycji w ochronę zdrowia nie będzie możliwe utrzymanie długoterminowej stabilności gospodarczej ani sprawnego funkcjonowania państwa.

Rynek pracy i potencjał gospodarczy

Sytuacja na rynku pracy pozostaje stabilna. Według danych GUS, w 4 kwartale 2025 r. pracowało w Polsce 17,3 mln osób w wieku 15-89 lat, z czego 75,6% stanowiły osoby pracujące w sektorze prywatnym, a 24,4% – w sektorze publicznym. Liczba osób bezrobotnych wyniosła 567 tys., a stopa bezrobocia ukształtowała się na poziomie 3,2%. Aż 900 tys. Polaków w wieku emerytalnym (czyli, co 10. emeryt) jest aktywnych zawodowo[26].

Polska jest piątą gospodarką UE pod względem PKB, jednak PKB per capita pozostaje istotnie poniżej średniej unijnej, co wskazuje na niewykorzystany potencjał rozwojowy. W kategorii PKB, wyrażonego w miliardach euro PPP (parytet siły nabywczej), Polska z kwotą 1 176 mld euro PPP zajęła 5. miejsce w Unii Europejskiej, po Niemczech – 3 855 mld euro, Francji – 2 681 mld euro, Włoszech – 2 292 mld euro i Hiszpanii – 1 774 mld euro. Produkt Krajowy Brutto Polski wyrażony w euro PPP stanowił 6,5% całego PKB Unii Europejskiej. W rankingu wysokości PKB na głowę mieszkańca Polska odnotowała dopiero 21. miejsce – 22 610 euro PPP, przy średniej dla EU-27 wynoszącej 39 940 euro PPP/mieszkańca[27].

Struktura wydatków i rola profilaktyki

Struktura wydatków zdrowotnych w Polsce wskazuje na relatywnie niski poziom inwestycji w profilaktykę. Według najnowszych danych Eurostatu, Polska przeznaczyła na ochronę zdrowia w 2023 r. 53 677 mln euro, zajmując 8. miejsce w UE-27. W 2023 r. nastąpił wzrost wydatków w Polsce vs 2022 r. o 25%, czyli o 10 889 mln euro. Był to największy wzrost wśród wszystkich krajów UE[28]. W kategorii wydatków na głowę mieszkańca, Polska zajęła jednak dopiero 23. miejsce, z kwotą 1 463 euro rocznie, przy średniej unijnej – 3 835 euro, co stanowiło 38%. Podobnie, Polska przeznaczyła na ochronę zdrowia w 2023 r. 2 240 euro PPP na głowę mieszkańca rocznie, przy średniej dla EU-27 – 3 835 euro PPP. Stanowiło to 58% średniej EU-27 i plasowało Polskę na 19. miejscu wśród 27 państw UE.

[25] Sytuacja osób starszych w Polsce w 2024 - informacja na komisji Senacie. Dostępne: https://www.gov.pl/web/senior/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2024--informacja-na-komisji-senacie

[26] Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL). Dane za 4 kwartał 2025 r. GUS 2026 https://ssgk.stat.gov.pl/Rynek_pracy_BAEL.html

[27] Gross domestic product at market prices. Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=en

[28] Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme. Eurostat. Dostępne:https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme



Udział wydatków zdrowotnych (publicznych i prywatnych) w PKB nadal jest niski. Według szacunkowych danych GUS wyniósł on 7,1% w 2023 roku i 8,1% w 2024 roku. Średni udział wydatków zdrowotnych (publicznych i prywatnych) w produkcie krajowym brutto dla 27 krajów Unii Europejskiej wynosi 10% PKB. W 2023 roku Polska zajmowała w tej statystyce 23. miejsce w UE. Od kilku lat zasada określania poziomu wydatków na zdrowie w relacji do PKB okazuje się niewystarczająca w stosunku do rosnących potrzeb systemu ochrony zdrowia. Ustawa z dnia 5 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (część tzw. Polskiego Ładu) zakłada, że publiczne wydatki na zdrowie mają osiągnąć poziom 7% PKB w 2027 roku[29]. Jednak zasada „t-2" zakłada, że nakłady na dany rok obliczane są na podstawie PKB sprzed dwóch lat. Aby osiągnąć 7% PKB w 2027 roku, wymagane są dalsze wzrosty finansowania publicznego oraz likwidacja zasady „t-2", celem urealnienia alokacji i monitorowania publicznych wydatków przeznaczanych/wydawanych na ochronę zdrowia.

Zasoby publicznego systemu ochrony zdrowia rosną z roku na rok. Pomimo wzrostu wydatków publicznych na zdrowie występują problemy z dostępnością świadczeń zdrowotnych. Ich główną przyczyną są rozwierające się nożyce kosztów i przychodów NFZ. Koszt udzielanych świadczeń wzrósł gwałtownie po 2020 roku – inflacja medyczna w Polsce jest dziś 2,5-krotnie wyższa niż inflacja ogólna. Dodatkowo, głównym motorem wzrostu kosztów NFZ jest tzw. ustawa podwyżkowa. Skuteczne finansowanie ochrony zdrowia wymaga rozwiązania kluczowych problemów systemu: niewystarczających wpływów ze składki zdrowotnej, rosnącej presji kosztowej i wyczerpywania się rezerw. Konieczne jest zwiększenie przejrzystości danych dotyczących finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz monitorowania wyzwań finansowych związanych z realizacją ustawy o 7% PKB na zdrowie. Warunkiem wypracowania trwałych rozwiązań jest oparta na aktualnych danych debata o finansowaniu systemu, a nie jedynie doraźne reakcje na kolejne deficyty[30,31,32,33].

[29] Ustawa z dnia 5 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

[30] Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Bernard Waśko, Wojciech Wiśniewski. Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027. Instytut Finansów Publicznych, Federacja Przedsiębiorców Polskich, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Czerwiec 2024. Dostępne: https://www.pzh.gov.pl/raport-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-perspektywa-2025-2027/

[31] Sławomir Dudek, Łukasz Kozłowski, Wojciech Wiśniewski. Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu. Instytut Finansów Publicznych. Federacja Przedsiębiorców Polskich. Luty 2025 Dostępne: https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2025/02/Finanse-ochrony-zdrowia-pod-scislym-nadzorem-procedury-nadmiernego-deficytu_Raport_IFP_FPP.pdf

[32] Łukasz Kozłowski, Bernard Waśko, Wojciech Wiśniewski. Luka finansowa systemu ochrony zdrowia – wyzwania długoterminowe. 2025 FPP. NIZP-PZH https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2025/12/Raport_Luka-finansowa-w-ochronie-zdrowia-_wyzwania-dlugoterminowe_9122025.docx.pdf

[33] Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia. Nr 16. Marzec 2026 r. https://calpe.pl/monitor/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf

Mówiąc o konieczności dofinansowania NFZ z budżetu państwa należy pamiętać, że dotacja budżetowa NFZ w 2024 roku wyniosła ok. 18 mld zł, przy deficycie budżetu państwa wynoszącym ok. 211 mld zł. W 2025 roku zaplanowany deficyt budżetu państwa wynosi ok. 289 mld zł, a dotacja budżetowa w planie finansowym NFZ na 2025 rok – ok. 32 mld zł. Należy przypomnieć, że deficyt w budżecie NFZ wynika z różnicy pomiędzy kosztem świadczeń zdrowotnych, a wpływem z tytułu składki zdrowotnej. W 2025 roku wpływy ze składki zdrowotnej wyniosły ok. 173,2 mld zł, natomiast koszty świadczeń zdrowotnych NFZ – 206,8 mld zł, co przekładało się na deficyt w finansach NFZ na poziomie ok. 33,6 mld zł. W 2024 r. wpływy ze składki wyniosły ok. 158,8 mld zł, koszty świadczeń ok. 182,3 mld zł, a deficyt ok. 23,6 mld zł.

Polska wydaje na profilaktykę zdrowotną zaledwie 1,7% bieżących wydatków na zdrowie, co stanowi połowę średniej krajów OECD wynoszącej 3,4%[34]. Według Eurostat, w 2022 roku Polska wydawała na profilaktykę 21,6 euro rocznie na mieszkańca, podczas gdy średnia unijna wynosiła 202,2 euro, a Czechy wydawały 118,6 euro[35]. Rekomendowane jest zwiększenie poziomu wydatków na profilaktykę zdrowotną w Polsce co najmniej do poziomu Czech. Zalecane jest również wprowadzenie zawodu profilaktyka, wykorzystując kompetencje absolwentów zdrowia publicznego.

Sektor prywatny ochrony zdrowia

Równolegle obserwowany jest dynamiczny rozwój dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W 2024 roku suma składek na prywatne ubezpieczenia zdrowotne wzrosła o 35,3 proc. – do 2,3 mld zł, a liczba ubezpieczonych zwiększyła się rok do roku o 12,2 proc. do 5,39 mln osób. Zakres tych ubezpieczeń obejmuje przede wszystkim ambulatoryjną opiekę podstawową i specjalistyczną oraz dostęp do badań diagnostycznych. Dane te wskazują na dalszy wzrost znaczenia tego segmentu rynku, związany z rosnącymi oczekiwaniami społecznymi oraz potrzebą szybszego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Oczekuje się również dalszego rozwoju oferty kierowanej zarówno do klientów indywidualnych, jak i pracodawców[36].

Cyfryzacja ochrony zdrowia

Istotnym kierunkiem rozwoju pozostaje również cyfryzacja ochrony zdrowia i wprowadzenie takich rozwiązań jak e-recepta, e-skierowanie i Internetowe Konto Pacjenta (IKP), z którego już obecnie korzysta ponad 17-20 mln osób. Trwa intensywna modernizacja (blisko 4 mld zł z KPO), obejmująca centralną e-Rejestrację, pełną wymianę Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) oraz wdrożenie AI w diagnostyce[37].

Kompetencje zdrowotne

Inwestycje w edukację zdrowotną społeczeństwa należą do najbardziej efektywnych kosztowo działań w ochronie zdrowia. Obejmują one zarówno edukację formalną, jak i profesjonalną komunikację zdrowotną, przyczyniając się do ograniczenia zachorowalności oraz poprawy wyników zdrowotnych w długim okresie.

Kluczowe znaczenie ma również sposób prowadzenia komunikacji zdrowotnej. Komunikacja oparta na języku korzyści jest skuteczniejsza niż przekaz oparty na strachu czy samych statystykach. To nie tylko kwestia formy, lecz także efektywności wydatkowania środków publicznych.

[34] OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

[35] Preventive health care expenditure statistics. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

[36] Prywatne ubezpieczenia zdrowotne coraz popularniejsze – wyniki za 2024 r. PIU Dostępne: https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenia-zdrowotne-coraz-popularniejsze-wyniki-za-2024-r/

[37] Cyfryzacja w ochronie zdrowia. MZ https://www.gov.pl/web/zdrowie/cyfryzacja-w-ochronie-zdrowia

Pomiar efektów zdrowotnych i efektywności systemu w Polsce – diagnoza i kierunki zmian

Ocena efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce wciąż w ograniczonym stopniu opiera się na rzeczywistych danych dotyczących efektów zdrowotnych (Real World Evidence, RWE). Pomiar wyników terapii – takich jak remisja, przeżycie całkowite czy jakość życia pacjentów – prowadzony jest jedynie w wybranych obszarach terapeutycznych, najczęściej w ramach programów lekowych i rejestrów klinicznych.

Przykłady obejmują m.in.

- **Pomiar efektów terapii w zakresie programu lekowego B.102FM. Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni na bazie SMPT[38,39].**
- **Monitorowanie efektów terapii przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych na bazie SMPT w zakresie pomiaru remisji[40].**
- **Analizy danych NFZ z SMPT programu lekowego B.54. Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego, które potwierdzają wysoką skuteczność nowoczesnych terapii poprzez znaczne wydłużenie całkowitego przeżycia (OS) chorych na szpiczaka[41].**
- **Krajowy Rejestr Nowotworów i Polski Rejestr Onko-Hematologiczny, czyli system gromadzenia, aktualizacji i analizy danych o rozpoznanych przypadkach nowotworów złośliwych w kontekście analizy przeżyć[42].**
- **Monitorowanie wyszczepienia przeciwko HPV w kontekście efektu zdrowotnego: eliminacji raka szyjki macicy i nowotworów HPV-zależnych, oparte na kluczowych wskaźnikach efektywności (KPI), które są publicznie raportowane i poddawane ocenie[43].**

[38] Rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Efekty leczenia SMA w Polsce. Nowa jakość życia pacjentów i opiekunów. https://www.fsma.pl/wp-content/uploads/2022/11/Raport-SMA_online_31_10.pdf

[39] Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni. https://www.czd.pl/strony/dzialalnosc-kliniczna/zespoly/zespol-koordynacyjny-ds-leczenia-chorych-na-rdzeniowy-zanik-miesni

[40] Protokoły z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/zespoly-koordynacyjne/zespoly-koordynujace/leczenie-biologiczne-w-chorobach-reumatycznych-protokoly-z-posiedzen,9.html

[41] Szpiczak plazmocytowy. Ocena jakości informacyjnej rejestru kontraktowego. NFZ 2019 https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nowy-raport-nfz-szpiczak-plazmocytowy,7543.html Hematolodzy wybrali szpiczaka. Powstaje interaktywny raport. https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/id/7843-hematolodzy-wybrali-szpiczaka-powstaje-interaktywny-raport

[42] Krajowy Rejestr Nowotworów. Polski Rejestr Onko-Hematologiczny. https://onkologia.org.pl/pl

[43] Manzano A, Czech M, Gierczyński J, Hołownia-Voloskova M, Koczkodaj P, Nowakowski A, Święch G, Mańczuk M, Romeo S, Rzucidło-Zając P, Košir U. From cervical cancer to HPV elimination in Poland: Local action for national impact. IHE REPORT 2026:1, IHE: Lund, Sweden. Od raka szyjki macicy do eliminacji HPV w Polsce: działania lokalne o ogólnokrajowym znaczeniu. IHE 2026 https://ihe.se/en/rapport/from-cervical-cancer-to-hpv-elimination-in-poland-local-action-for-national-impact-2/

Jak mierzymy rzeczywiste efekty zdrowotne (RWE) w polskim systemie ochrony zdrowia, uwzględniające kluczowe wskaźniki takie jak remisja, całkowite przeżycie (OS), na przykładzie wybranych obszarów terapeutycznych?

Komentarz ekspercki



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos
Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego

Perspektywa kliniczna: hematologia

Polska nadal nie dysponuje rutynowym, powszechnym systemem rejestrowania danych klinicznych, który pozwalałby na kompleksowy i systematyczny pomiar rzeczywistych efektów zdrowotnych w skali populacyjnej. W praktyce oznacza to, że ocena skuteczności terapii opiera się na fragmentarycznych źródłach danych oraz działaniach o charakterze punktowym.

W praktyce klinicznej – w tym w hematologii – stosowane są standardowe wskaźniki oceny efektów leczenia, takie jak odsetek remisji, czas do progresji choroby czy całkowite przeżycie (OS). Jednak ich pomiar w warunkach rzeczywistych (RWE) nie jest realizowany w sposób systemowy.

Kluczowym ograniczeniem pozostaje brak zintegrowanych, wysokiej jakości rejestrów klinicznych obejmujących całą populację pacjentów. Dane dostępne w Polsce pochodzą z różnych, nieskoordynowanych źródeł – w tym z programów lekowych (SMPT), badań obserwacyjnych czy Krajowego Rejestru Onkologicznego, który jest bardziej dopasowany do specyfiki guzów litych niż hematologii i dostarcza głównie dane epidemiologiczne – co ogranicza możliwość ich kompleksowej analizy.

Model referencyjny – doświadczenia niemieckie. Doświadczenia z pracy w referencyjnych ośrodkach hematologicznych w Niemczech pokazują, że w systemach dojrzałych rejestrowanie danych ma charakter rutynowy i powszechny. Każdy pacjent diagnozowany w ośrodku jest automatycznie włączany do rejestru, bez potrzeby dodatkowych decyzji organizacyjnych. Rejestry są własnością towarzystw naukowych, co zapewnia ich ciągłość, jakość i niezależność.

W efekcie większość badań rejestracyjnych dla nowych terapii – w tym w obszarze przewlekłej białaczki limfocytowej – opiera się na wysokiej jakości danych niekomercyjnych generowanych przez środowisko naukowe. Dane te mają charakter nie tylko krajowy, ale stanowią punkt odniesienia w badaniach europejskich i globalnych.

Na tym tle Polska pozostaje w tyle – mimo upływu ostatnich dwóch dekad nie udało się zbudować porównywalnego systemu gromadzenia danych klinicznych.

Przykład krajowy – badanie POMOST. W odpowiedzi na brak systemowych rozwiązań środowisko kliniczne podejmuje własne inicjatywy. Przykładem jest badanie POMOST – wieloośrodkowe, nieinterwencyjne badanie obserwacyjne prowadzone przez Polską Grupę Szpiczakową. Obejmuje ono ponad 2 000 pacjentów z nawrotowym lub opornym szpiczakiem plazmocytowym i umożliwia analizę rzeczywistego przebiegu diagnostyki oraz leczenia w warunkach codziennej praktyki klinicznej.

Populacja chorych na szpiczaka w Polsce wynosi około 10 tys. pacjentów. Przyjęto, że panel obejmujący ok. 1 500 pacjentów pozwala na wiarygodną ekstrapolację wyników na całą populację. W praktyce do badania włączono ponad 2 000 pacjentów, co stanowi istotny sukces organizacyjny i analityczny.

Pierwsze wyniki analiz POMOST dostarczają informacji m.in. o:

- rzeczywistych ścieżkach diagnostycznych,
- potrzebach terapeutycznych (w tym w populacji pacjentów potrójnie opornych),
- funkcjonowaniu systemu w kontekście decyzji refundacyjnych.

Dane te miały również znaczenie wspierające w procesach refundacyjnych, w tym w odniesieniu do nowych terapii (np. anty-BCMA). Co istotne, w ramach badania zbierane są także dane społeczne – m.in. dotyczące absencji zawodowej pacjentów – które nie są dostępne w systemach publicznych, takich jak ZUS.

Należy jednak podkreślić, że POMOST nie jest rejestrem systemowym, lecz badaniem obserwacyjnym. Oznacza to odwrócenie modelu stosowanego w krajach takich jak Niemcy – tam rejestr obejmuje wszystkich pacjentów, a badania obserwacyjne stanowią jego rozszerzenie; w Polsce badanie obserwacyjne pełni funkcję substytutu rejestru.

Ograniczenia programów lekowych. W polskich warunkach największa koncentracja danych występuje w programach lekowych, gdzie dzięki systemowi SMPT możliwe jest prowadzenie wybranych analiz. Dotyczy to jednak wyłącznie części populacji pacjentów i określonych technologii medycznych.

Istotnym ograniczeniem jest brak danych dotyczących pacjentów niespełniających kryteriów włączenia do programów lekowych. Dotyczy to na przykład chorych w gorszym stanie ogólnym (np. ECOG 3–4), którzy – mimo, że w praktyce klinicznej wymagają leczenia – są wykluczani z programów. W konsekwencji system nie generuje wiedzy o przebiegu choroby i efektach leczenia w tej grupie pacjentów. Prowadzi to do sytuacji, w której dostępne analizy mają charakter fragmentaryczny i nie obejmują całej populacji chorych.

Potencjał rozwojowy. Mimo wskazanych ograniczeń istnieją przesłanki do umiarkowanego optymizmu. W. innych obszarach – jak sektor bankowy – Polska pokazała zdolność do szybkiego nadrabiania dystansu technologicznego wobec krajów zachodnich.

Podobny „skok rozwojowy" jest możliwy w obszarze danych zdrowotnych. Szczególny potencjał wiązany jest z inicjatywami takimi jak Regionalne Centra Medycyny Cyfrowej (RCMC) rozwijane przez Agencję Badań Medycznych oraz z wykorzystaniem systemu P1. W założeniu mogą one umożliwić szerokie, zaawansowane analizy danych klinicznych w skali systemowej.

Na obecnym etapie rozwiązania te pozostają jednak w fazie rozwoju i nie stanowią jeszcze realnego narzędzia zarządczego.

Wniosek. Polska dysponuje rosnącymi zasobami danych oraz inicjatywami eksperckimi o wysokiej wartości analitycznej, jednak ich wykorzystanie ma charakter punktowy i niesystemowy. Brak powszechnego, zintegrowanego systemu rejestrowania danych klinicznych – obejmującego całą populację pacjentów – stanowi jedną z kluczowych barier rozwoju systemu ochrony zdrowia.

Warunkiem przejścia do modelu zarządzania opartego na rzeczywistych efektach zdrowotnych jest budowa systemowego rejestru danych klinicznych oraz integracja danych pochodzących z różnych źródeł publicznych i medycznych.



Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem
Klinika Onkologii i Radioterapii UCK w Gdańsku

Perspektywa kliniczna: onkologia

Pomiar rzeczywistych efektów zdrowotnych w Polsce ma charakter fragmentaryczny i niesystemowy, mimo że w praktyce onkologicznej stosowane są standardowe wskaźniki skuteczności leczenia.

Zakres stosowanych wskaźników i ich ograniczenia: W onkologii stosowane są standardowe miary efektywności leczenia, takie jak odsetek remisji (w tym remisja częściowa – PR i całkowita – CR), czas do progresji choroby oraz całkowite przeżycie (overall survival, OS). Jednocześnie zakres analiz pozostaje ograniczony. W niewystarczającym stopniu uwzględnia się wyniki raportowane przez pacjentów (patient-reported outcomes, PRO), a także takie aspekty jak sprawność funkcjonalna, zdolność do pracy czy obciążenie opiekunów. W efekcie ocena efektów zdrowotnych nie oddaje w pełni rzeczywistego wpływu choroby i leczenia na życie pacjentów.

Dostępność i jakość danych. Kluczowym warunkiem obiektywnej oceny efektów zdrowotnych jest dostęp do wiarygodnych danych. W onkologii funkcjonuje Krajowy Rejestr Nowotworów, który gromadzi przede wszystkim dane populacyjne dotyczące zachorowalności i umieralności, a więc analizuje sytuację epidemiologiczną. Nie dostarcza natomiast informacji o przebiegu leczenia, jakości opieki ani długoterminowych efektach terapii.

Założeniem Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) było częściowe wypełnienie tej luki poprzez monitorowanie ścieżki pacjenta oraz jakości i wyników leczenia. W praktyce system ten nie został w pełni wdrożony – głównie z powodu braku odpowiednich narzędzi cyfrowych, takich jak karta e-DILO, która miała umożliwić zbieranie danych rzeczywistych. W konsekwencji KSO pozostaje bardziej projektem organizacyjnym niż w pełni funkcjonującym systemem zarządzania jakością opieki.

Docelowo ocena opieki onkologicznej powinna obejmować wskaźniki populacyjne, takie jak wyniki leczenia z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby oraz efektywność działań diagnostycznych i terapeutycznych. Obecnie nie ma jednak możliwości systemowego gromadzenia takich danych. Dostępne analizy, prowadzone m.in. przez organizacje pozarządowe mają najczęściej charakter punktowy i koncentrują się głównie na czasie oczekiwania na świadczenia czy dostępie refundacyjnym do terapii.

Dostępne źródła danych i ich wykorzystanie. Relatywnie najlepiej rozwiniętym obszarem monitorowania danych są programy lekowe, głównie dzięki systemowi SMPT, który umożliwia śledzenie wybranych parametrów klinicznych i przebiegu leczenia. Dotyczy to jednak jedynie części terapii lekowych, a więc stanowi jedynie wycinek całego systemu opieki onkologicznej.

Istotnym, choć nadal niewykorzystanym źródłem danych pozostaje baza danych NFZ, używana obecnie głównie do celów rozliczeniowych. Rozwijana jest również platforma P1, która w przyszłości może stać się ważnym źródłem danych analitycznych. W wybranych nowotworach, np. w raku płuca, funkcjonują również rejestry, jednak ich zakres pozostaje ograniczony.

Wniosek. Pomiar RWE w Polsce realizowany jest niesystematycznie i nierównomiernie – tam, gdzie istnieją rejestry i odpowiednie narzędzia informatyczne - jakość danych jest wyższa, natomiast w pozostałych obszarach dominują dane zagregowane i niewystarczające do oceny jakości leczenia. Zasadne jest zespolenie bazy Krajowego Rejestru Nowotworów z bazą NFZ oraz systemami szpitalnymi, AOS i POZ.



Prof. dr hab. n. med. Edyta Zagórowicz
Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie

Perspektywa kliniczna: immunologia, gastroenterologia

Pomiar efektów zdrowotnych w obszarze chorób zapalnych jelit rozwija się, jednak jest ograniczony przez brak integracji danych oraz niewystarczające wykorzystanie dostępnych zasobów informacyjnych.

Dane epidemiologiczne i identyfikacja populacji. Dzięki współpracy z Ministerstwem Zdrowia opracowano epidemiologię nieswoistych chorób zapalnych jelit i wykazano istotny wzrost liczby dotkniętych nimi pacjentów w ostatnich dekadach. Na podstawie autorskiego algorytmu, opartego na danych dotyczących wizyt ambulatoryjnych, hospitalizacji oraz realizacji recept, zidentyfikowano około 100 tys. pacjentów z chorobami zapalnymi jelit w Polsce. W tej populacji ponad 25 tys. stanowią chorzy na chorobę Leśniowskiego-Crohna, a około 77 tys. – pacjenci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Choroby te są najczęściej rozpoznawane między 15. a 35. rokiem życia, co oznacza, że dotyczą osób młodych i mają charakter przewlekły, wpływając na całe dalsze życie pacjentów.

Wpływ leczenia na efekty zdrowotne i społeczne. Choroby zapalne jelit mogą istotnie zmieniać przebieg życia pacjentów, szczególnie w przypadku opóźnionej diagnozy lub niewłaściwego leczenia. Wprowadzenie terapii innowacyjnych znacząco poprawiło rokowanie – pacjenci odpowiednio wcześnie leczeni osiągają remisję i mogą funkcjonować w sposób zbliżony do populacji ogólnej.

Istotną zmianą systemową było zniesienie obowiązku przerywania leczenia w programach lekowych po 24 miesiącach. Obecnie leczenie innowacyjne może być kontynuowane tak długo, jak zaleca to lekarz, w oparciu o jego skuteczność i bezpieczeństwo.

Rekomendowana jest dalsza liberalizacja kryteriów programów lekowych, w szczególności: **rozszerzenie dostępu do leczenia na pacjentów z umiarkowaną postacią choroby, wcześniejsze rozpoczynanie terapii innowacyjnych, rozszerzenie wskazań o dodatkowe sytuacje kliniczne.**

Według danych NFZ, w 2025 roku w programie lekowym B.55 (wrzodziejące zapalenie jelita grubego) leczonych było około 5 tys. pacjentów, a w programie B.32 (choroba Leśniowskiego-Crohna) – również około 5 tys. pacjentów, podczas gdy odsetek pacjentów z tymi rozpoznaniami otrzymujących leczenie innowacyjne w innych krajach Uni Europejskiej jest dwu- lub trzykrotnie wyższa.

Pomiar efektów zdrowotnych i społecznych. Wprowadzony w programach lekowych obowiązek monitorowania skuteczności leczenia umożliwia ocenę długofalowych efektów terapii. W przeprowadzonych analizach wykazano, że leczenie innowacyjne przekłada się na poprawę funkcjonowania pacjentów – częstsze utrzymanie aktywności zawodowej, rzadsze korzystanie ze zwolnień lekarskich oraz niższy poziom całkowitej niezdolności do pracy.

Oznacza to, że nakłady na leczenie innowacyjne częściowo wracają do systemu w postaci ograniczenia wydatków związanych z niezdolnością do pracy.

Ograniczenia systemowe. Kluczowym ograniczeniem pozostaje brak integracji baz danych oraz niemożność wykorzystania dużych zasobów informacji generowanych w systemie ochrony zdrowia (szpitale, poradnie). Dane te nie są integrowane ani wykorzystywane w sposób systemowy.

Podejmowane są próby integracji danych (np. projekty badawcze), jednak proces ten pozostaje bardzo trudny.

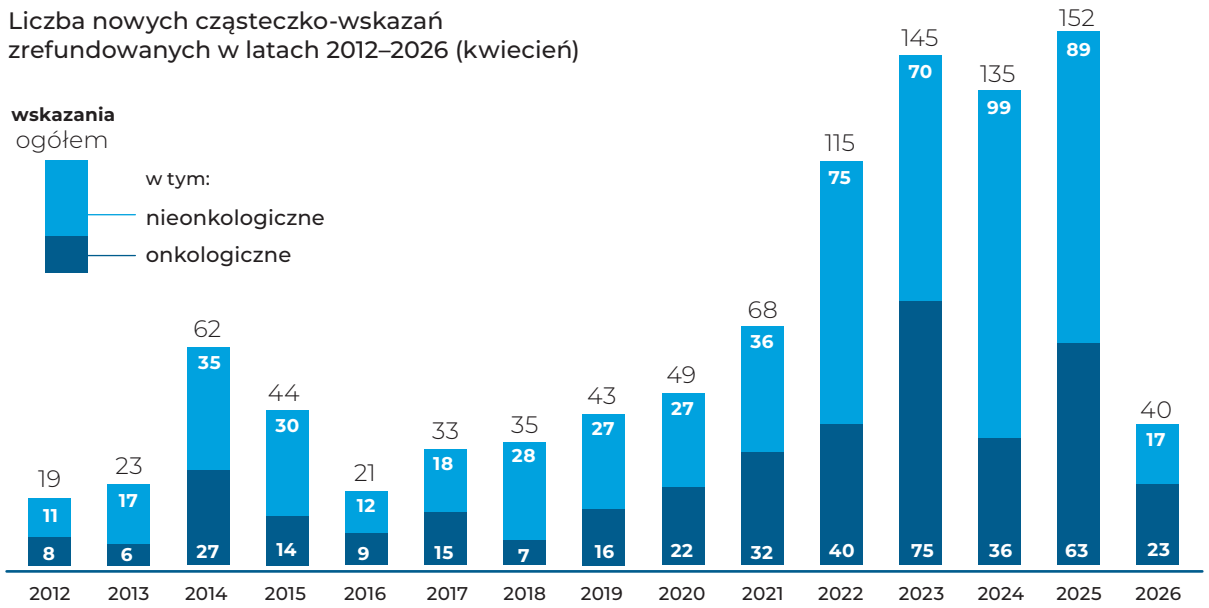
Aktualnie planowane są analizy porównujące częstość hospitalizacji pacjentów leczonych i nieleczonych w programach lekowych, co pozwoli ocenić rzeczywisty wpływ terapii na wykorzystanie zasobów systemu.

Pełna ocena efektów zdrowotnych wymagałaby jednak uzyskania dostępu do danych obejmujących cały przebieg choroby i funkcjonowania pacjenta – w tym hospitalizacje, wizyty w SOR, aktywność zawodową, pobieranie świadczeń oraz czas absencji – co obecnie nie jest możliwe.

Nierówności w dostępie do leczenia. Istotnym problemem jest nierówna dystrybucja dostępu do opieki specjalistycznej. W niektórych regionach (np. woj. mazowieckie) w programach lekowych leczonych jest 20–30% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, podczas gdy w innych (np. lubuskie, podlaskie) odsetek ten wynosi poniżej 5%.

Wniosek. Pomiar efektów zdrowotnych w Polsce jest możliwy i rozwijany, jednak pozostaje ograniczony przez brak integracji danych, nierówności w dostępie do leczenia oraz brak pełnego obrazu funkcjonowania pacjenta w systemie.

Liczba nowych cząsteczko-wskazań zrefundowanych w latach 2012–2026 (kwiecień)



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

RM ©℗

Polska jeszcze pięć lat temu bardzo odstawała w dostępie refundacyjnym do rejestrowanych leków w Unii Europejskiej[44]. W ostatnich latach poprawił się jednak dostęp do nowoczesnych terapii. Według danych Ministerstwa Zdrowia w latach 2021–2026 liczba refundowanych nowych cząsteczko-wskazań wzrosła ponad dwukrotnie.

[44] The Patients W.A.I.T. Indicator 2025: Access to Innovative Medicines in Europe. IQVIA https://www.iqvia.com/library/publications/the-patients-wait-indicator-2025

Według danych Ministerstwa Zdrowia w latach 2021-2026 nastąpił znaczący postęp w dostępie refundacyjnym do innowacji.

- **W 2021 roku** zrefundowano 68 nowych cząsteczko-wskazań, w tym 32 nowe cząsteczko-wskazania w zakresie onkologii.
- **W 2022 roku** zrefundowano 115 nowych cząsteczko-wskazań, w tym 40 nowych cząsteczko-wskazań w zakresie onkologii.
- **W 2023 roku** zrefundowano 145 nowych cząsteczko-wskazań, w tym 75 nowych cząsteczko-wskazań w zakresie onkologii.
- **W 2024 roku** zrefundowano 135 nowych cząsteczko-wskazań, w tym 36 nowych cząsteczko-wskazań w zakresie onkologii.
- **W 2025 roku** zrefundowano 152 nowe cząsteczko-wskazania, w tym 63 nowe cząsteczko-wskazania w zakresie onkologii.
- **W 2026 roku** (obwieszczenia styczeń i kwiecień) zrefundowano 40 nowych cząsteczko-wskazań, w tym 23 nowe cząsteczko-wskazania w zakresie onkologii[45].

W ciągu ostatnich czterech lat skrócił się także dwukrotnie średni czas procedowania wniosku refundacyjnego przez Ministerstwo Zdrowia – z 712 do 318 dni od złożenia wniosku do decyzji refundacyjnej.

Większość nowych leków jest refundowanych w ramach programów lekowych NFZ. W styczniu 2026 roku funkcjonowały 142 programy lekowe, w tym 41 programów onkologicznych i 101 programów nieonkologicznych.

Z danych Map Potrzeb Zdrowotnych wynika, że w 2024 roku w ramach 127 programów lekowych leczono 293 tys. pacjentów w 560 ośrodkach klinicznych. Wydatki NFZ z tytułu tych programów lekowych wyniosły 12,6 mld zł, a średni koszt leczenia pacjenta wyniósł 43 166 zł[46].

Poprawiający się dostęp refundacyjny do nowoczesnych terapii lekowych przekłada się na wzrost przeżywalności i poprawę jakości życia pacjentów w Polsce. Jednocześnie system nadal nie mierzy w sposób kompleksowy wpływu poszczególnych terapii na funkcjonowanie ochrony zdrowia i gospodarki. W praktyce nie ocenia się systemowo ich wpływu na ograniczenie hospitalizacji ani możliwości prowadzenia leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. Refundacja nie premiuje również terapii zmniejszających obciążenie pacjenta i wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia, takich jak leki doustne czy preparaty podawane podskórnie.

Ograniczenia w zakresie funkcjonowania programów lekowych

Istotnym ograniczeniem systemowym pozostaje instytucja programów lekowych jako dominującej ścieżki dostępu do innowacyjnych terapii. Choć mechanizm ten umożliwia kontrolę kosztów oraz monitorowanie wybranych parametrów klinicznych,w praktyce działa jako mechanizm ograniczający dostęp do leczenia.

Programy lekowe opierają się na restrykcyjnych kryteriach kwalifikacji i wyłączenia, które nie zawsze odpowiadają rzeczywistom potrzebom klinicznym i aktualnej wiedzy medyczeją. W konsekwencji część pacjentów, mimo wskazań medycznych, którzy mogliby uzyskać korzyść zdrowotną, pozostaje poza systemem finansowania świadczeń gwarantowanych. Co więcej, mimo statusu świadczeń gwarantowanych, programy lekowe pozostają świadczeniami limitowanymi (z wyjątkiem onkologii i pediatrii) co prowadzi do ograniczeń kontraktowych w realizujących je ośrodkach.

[45] Nowa lista leków refundowanych od 1 kwietnia 2026 r. MZ https://www.gov.pl/web/zdrowie/nowa-lista-lekow-refundowanych-od-1-kwietnia-2026-r

[46] Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ https://basiw.mz.gov.pl/

Rekomendacje zebrane w raporcie **„Flexcare. Możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych”**[47] zalecają przeniesienie części procesu leczenia poza szpitale specjalistyczne. Może to dotyczyć pacjentów ze stabilnym schematem dawkowania leków oraz terapii, których forma podania umożliwia prowadzenie leczenia poza szpitalem – za zgodą lekarza i pacjenta. Podawanie leku mogłoby się odbywać w warunkach ambulatoryjnych, w aptece lub w domu, również przy wsparciu personelu medycznego. Takie podejście może ograniczyć liczbę wizyt w ośrodkach specjalistycznych, poprawić komfort leczenia oraz zwiększyć efektywność wykorzystania zasobów szpitalnych.

Aby innowacje rzeczywiście przekładały się na poprawę wyników leczenia, potrzebne są modele opieki integrujące pomiar efektów klinicznych i ekonomicznych. Przykładami takich rozwiązań są Krajowa Sieć Hematologiczna[48] i Krajowa Sieć Onkologiczna[49].



Postulaty
i rekomendacje

- Postulowane jest **zniesienie limitów kontraktacyjnych** w zakresie wszystkich programów lekowych.
- Rekomendowany jest **pomiar efektów zdrowotnych na podstawie rzeczywistych danych płatnika publicznego** (NFZ), poprzez tworzenie i systematyczną analizę rejestrów prowadzonych z udziałem ekspertów klinicznych, np. w formule Zespołów Koordynujących.
- Rekomendowane jest **wdrażanie modeli opieki** uwzględniających ilościowe i jakościowe wskaźniki pomiaru efektów zdrowotnych.
- Postulowane jest **skuteczne wdrażanie innowacji oraz ocena ich rezultatów na podstawie analizy rzeczywistych danych z praktyki klinicznej (RWD).** Powinna być ona oparta na zintegrowanym systemie bieżącego zbierania, porządkowania i przetwarzania danych. W procesie tym należy uwzględnić postulat sprawnego i dostosowanego do krajowych potrzeb wdrożenia Europejskiej Przestrzeni Danych Zdrowotnych (EHDS).
- Rekomendowane jest **wspieranie rozwiązań umożliwiających prowadzenie terapii bliżej miejsca zamieszkania pacjenta,** w tym – tam, gdzie jest to klinicznie możliwe i bezpieczne – przenoszenie podawania terapii ze szpitala do opieki ambulatoryjnej lub domowej. Pozwala to ograniczać koszty bezpośrednie, pośrednie i społeczne, a jednocześnie poprawia dostępność leczenia i odciąża system.

[47] Flexcare. Możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2025/02/16-rap-flex-care-2024-v1-zalaczniki-web.pdf

[48] Krajowa Sieć Hematologiczna czeka na pilotaż. Prof. Lech-Marańda: czas wyjąć projekt z zamrażarki. https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/id/7965-krajowa-sieć-hematologiczna-czeka-na-pilotaz-prof-lech-maranda-czas-wyjac-proj

[49] Krajowa Sieć Onkologiczna https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl/narodowa-strategia-onkologiczna/krajowa-siec-onkologiczna

©℗ RM

W jaki sposób mierzymy rzeczywistą efektywność kosztową terapii (RWE) w polskim systemie ochrony zdrowia (np. spadek hospitalizacji, brak konieczności stosowania innych terapii, utrzymanie produktywności, itp.) na przykładzie wybranych obszarów terapeutycznych?

Komentarz ekspercki



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos
Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego

Perspektywa kliniczna: hematologia

W Polsce rzeczywista efektywność kosztowa terapii jest oceniana przede wszystkim punktowo – głównie w procesie refundacyjnym – natomiast analizy oparte na danych rzeczywistych (RWE) po wdrożeniu terapii pozostają ograniczone i mają charakter wycinkowy. W warunkach ograniczonej dostępności dedykowanych rejestrów klinicznych dane płatnika publicznego, mimo swoich istotnych ograniczeń, pozostają jednym z najcenniejszych dostępnych źródeł wiedzy.

Źródła danych – rola płatnika publicznego. W obszarach pozbawionych dedykowanych rejestrów klinicznych kluczowym źródłem informacji pozostają dane płatnika publicznego. Pomimo swoich ograniczeń, stanowią one istotną bazę do analiz rzeczywistych efektów leczenia w skali populacyjnej.

Modelowym przykładem wykorzystania takich danych jest szpiczak plazmocytowy, w którym wszyscy pacjenci leczeni są w ramach programu lekowego B.54. „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego". Dzięki temu możliwe jest prowadzenie analiz dla pełnej populacji pacjentów objętych danym mechanizmem finansowania.

Analizy RWE – przykład programu lekowego B.54. W 2019 roku przeprowadzono pierwszą analizę danych Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzących z systemu SMPT dla programu lekowego B.54. Wyniki zostały opublikowane w raporcie „Szpiczak plazmocytowy. Ocena jakości informacyjnej rejestru kontraktowego" i potwierdziły wysoką skuteczność nowoczesnych terapii, w szczególności poprzez istotne wydłużenie całkowitego przeżycia (OS) pacjentów[50,51].

W marcu 2026 roku opublikowano kolejną analizę – „Szpiczak plazmocytowy – analiza programu lekowego". Wskazuje ona na wyraźną poprawę przeżycia pacjentów leczonych w pierwszej linii terapii. Dotyczy to zarówno chorych kwalifikowanych do autologicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych (ASCT), jak i – co szczególnie istotne – pacjentów niekwalifikujących się do tej procedury. W tej drugiej grupie skala poprawy jest najbardziej widoczna w porównaniu z danymi historycznymi[52].

Obserwowany postęp stanowi bezpośrednią konsekwencję decyzji refundacyjnych podejmowanych w ostatnich latach, w tym rozszerzenia dostępu do nowoczesnych terapii już od pierwszej linii leczenia. Ma to szczególne znaczenie dla pacjentów, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia jako elementu leczenia pierwszego rzutu – w tej populacji nowe terapie przynoszą największą korzyść kliniczną i w istotny sposób zmieniają naturalny przebieg choroby.

Znaczenie analiz RWE dla decyzji systemowych. Analizy oparte na danych rzeczywistych dostarczają wglądu w rzeczywiste wyniki leczenia oraz sekwencyjność terapii w skali populacyjnej. Ich wartość polega na tym, że pozwalają ocenić efekty decyzji refundacyjnych nie w warunkach badań klinicznych, lecz w realnej praktyce systemu ochrony zdrowia.

[50] Szpiczak plazmocytowy. Ocena jakości informacyjnej rejestru kontraktowego. NFZ 2019 https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nowy-raport-nfz-szpiczak-plazmocytowy,7543.html

[51] Hematolodzy wybrali szpiczaka. Powstaje interaktywny raport. https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/id/7843-hematolodzy-wybrali-szpiczaka-powstaje-interaktywny-raport

[52] NFZ o zdrowiu. Szpiczak plazmocytowy – analiza programu lekowego. NFZ. 30.03.2026 https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/szczpiak-plazmocytowy-analiza-programu-lekowego

Wyniki analiz podkreślają znaczenie zapewnienia powszechnego dostępu do programu lekowego dla wszystkich pacjentów kwalifikujących się do leczenia, a także wskazują na rosnący potencjał prowadzenia terapii w trybie ambulatoryjnym.

W tym kontekście raporty oparte na danych NFZ mogą pełnić funkcję praktycznego narzędzia wspierającego decyzje płatnika publicznego i decydentów systemowych. Pokazują bowiem w sposób bezpośredni, że postęp farmakoterapii – wsparty racjonalnymi decyzjami refundacyjnymi – przekłada się na realne i mierzalne efekty zdrowotne.

Podsumowanie. Polska dysponuje przykładami wysokiej jakości analiz efektywności kosztowej opartych na danych rzeczywistych, jednak mają one charakter selektywny i ograniczony do wybranych obszarów, takich jak programy lekowe. Brakuje systemowego podejścia do prowadzenia analiz RWE obejmujących całość ścieżki terapeutycznej oraz pełną populację pacjentów.

Rozwój takich analiz wymaga szerszego i bardziej systematycznego wykorzystania danych płatnika publicznego oraz ich integracji z innymi źródłami informacji. Tylko takie podejście pozwoli na pełną ocenę efektywności klinicznej i ekonomicznej interwencji zdrowotnych w skali systemowej.



Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem
Klinika Onkologii i Radioterapii UCK w Gdańsku

Perspektywa kliniczna: onkologia

Ocena efektywności kosztowej terapii w Polsce koncentruje się przede wszystkim na etapie wprowadzania nowych technologii (ex-ante), natomiast analizy po ich wdrożeniu (ex-post), oparte na rzeczywistych danych systemowych, są stosowane w ograniczonym zakresie.

Mechanizmy oceny ex-ante (HTA). Rzeczywista efektywność kosztowa nowych technologii medycznych oceniana jest głównie w ramach analiz HTA prowadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Ich celem jest oszacowanie kosztów wdrożenia nowej technologii oraz potencjalnych korzyści zdrowotnych możliwych do osiągnięcia po jej zastosowaniu. W praktyce oznacza to porównanie obecnego modelu leczenia z efektami oczekiwanymi po wprowadzeniu nowej terapii z efektami oczekiwanymi po wdrożeniu nowej technologii. Analizy te stanowią standardowy element procesu refundacyjnego, czyli włączania nowych technologii do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Ograniczenia analiz ex-post i wykorzystania danych. Znacznie rzadziej prowadzone są analizy efektywności nowych technologii po ich wdrożeniu. Dotyczą one głównie programów lekowych, gdzie wykorzystywane są dane NFZ i systemu SMPT. Jednocześnie potencjał analityczny danych NFZ pozostaje w dużej mierze niewykorzystany, mimo że obejmują one m.in. informacje dotyczące hospitalizacji, czasu leczenia czy wykorzystania świadczeń.

Na podstawie tych danych możliwa byłaby analiza takich parametrów jak rehospitalizacje, wykorzystanie kolejnych linii terapii, powikłania, przerwy w leczeniu czy czas pozostawania pacjenta w programie lekowym. Wskaźniki te mogłyby stanowić podstawę rzeczywistej oceny efektywności kosztowej terapii w praktyce klinicznej.

Problem nadmiernej hospitalizacji i nieefektywności systemowej. Istotnym problemem systemowym pozostaje nadmierna hospitalizacja. W praktyce obserwuje się sytuacje, w których identyczne procedury w jednych ośrodkach realizowane są niemal wyłącznie ambulatoryjnie, a w innych niemal wyłącznie w trybie hospitalizacji. Pokazuje to skalę nieefektywności organizacyjnej i niewłaściwego wykorzystania zasobów.

Pomimo wieloletniej dyskusji o konieczności „odwrócenia piramidy świadczeń", nadal brakuje skutecznych mechanizmów finansowych wspierających leczenie ambulatoryjne i domowe, mimo dostępnych analiz oraz rekomendacji wskazujących możliwe kierunki zmian.

Bariery wykorzystania danych. Dane NFZ i SMPT stanowią cenne źródło informacji dla klinicystów, jednak dostęp do nich pozostaje ograniczony. W praktyce NFZ wykorzystuje te dane przede wszystkim do celów rozliczeniowych i kontrolnych, a nie do zarządzania jakością i efektywnością systemu ochrony zdrowia.

Perspektywa kosztów społecznych i integracji danych. Pełna ocena efektywności kosztowej powinna uwzględniać również koszty pośrednie. W tym celu konieczna jest integracja danych medycznych z danymi ZUS, tak aby możliwe było uwzględnienie takich elementów jak absencja chorobowa, renty, utrata produktywności, wcześniejsze wypadnięcie z rynku pracy czy koszty opieki nieformalnej.

Znaczenie profilaktyki i wczesnej diagnostyki. Najwyższą efektywność kosztową osiągają działania profilaktyczne, w których każda zainwestowana złotówka generuje wielokrotny zwrot. Bardzo efektywna jest także wczesna diagnostyka, ponieważ leczenie choroby we wczesnym stadium jest istotnie tańsze i skuteczniejsze niż leczenie choroby zaawansowanej. W onkologii szczególne znaczenie mają działania takie jak szczepienia przeciwko HPV, udział w programach badań przesiewowych (mammografia, skrining raka szyjki macicy) oraz kolonoskopia przesiewowa.

Wniosek. Rzeczywista efektywność kosztowa terapii – w wymiarze klinicznym społecznym i gospodarczym – jest w Polsce nadal oceniana w ograniczonym zakresie, mimo dostępności danych i narzędzi analitycznych. Problem ten pozostaje niedostatecznie uwzględniany w procesie podejmowania decyzji systemowych.



Prof. dr hab. n. med. Edyta Zagórowicz
Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie

Perspektywa kliniczna: immunologia, gastroenterologia

Efektywność kosztowa terapii w chorobach zapalnych jelit powinna być oceniana w szerszej perspektywie – uwzględniającej nie tylko koszty leczenia, ale również koszty społeczne i produktywność pacjentów.

Wpływ terapii na efekty zdrowotne i ekonomiczne. Nowoczesne leczenie umożliwia osiągnięcie remisji i poprawę funkcjonowania pacjentów. Oprócz poprawy dobrostanu klinicznego przekłada się to również na zmniejszenie obciążeń dla systemu zabezpieczenia społecznego.

Analizy wskazują, że koszty związane z niezdolnością do pracy mogą przewyższać koszty leczenia.

Dowody empiryczne. W analizie pt. „Oszczędności w wydatkach socjalnych na niezdolność do pracy u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit zależą od dostępu do innowacyjnych terapii w Polsce" oceniono wpływ dostępu do nowoczesnego leczenia na produktywność pacjentów oraz wydatki ZUS.

Wyniki wskazały, że:

- wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wzrosły w populacji ogólnej,
- jednocześnie spadły w populacji pacjentów z NZJ w latach 2012–2021,
- stosowanie innowacyjnych terapii wiązało się ze zmniejszeniem wydatków na jednego pacjenta w niektórych województwach.

Wniosek. Efektywność kosztowa terapii powinna być oceniana w ujęciu systemowym, z uwzględnieniem wpływu leczenia na produktywność i koszty społeczne, a nie wyłącznie koszty bezpośrednie terapii.

Jak można wprowadzić kompleksowy rachunek efektów zdrowotnych i kosztów w zakresie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta na przykładzie wybranych dziedzin medycyny?

Wprowadzenie kompleksowego rachunku efektów zdrowotnych i kosztów wymaga wdrożenia modelu opieki koordynowanej oraz integracji danych na poziomie systemowym.

Model opieki kompleksowej. Pierwszym kluczowym rozwiązaniem jest wdrożenie modelu kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobami zapalnymi jelit, opracowanego przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii.

Model zakłada:

- stworzenie sieci ośrodków referencyjnych opartych na istniejących, doświadczonych jednostkach,
- zapewnienie dostępu do nowoczesnych terapii,
- organizację opieki wielospecjalistycznej (m.in. gastroenterolog, psycholog, reumatolog, dermatolog, chirurg, dietetyk),
- koncentrację opieki w jednym ośrodku, umożliwiającą kompleksową ocenę pacjenta.

Pacjent w takim modelu mógłby uzyskać skoordynowaną, wielospecjalistyczną poradę (np. raz w roku), a jej wyniki byłyby podstawą dalszego leczenia.

Istotnym elementem systemu powinna być rola koordynatora, odpowiedzialnego za:

- nadzór nad realizacją badań,
- kontakt z pacjentem,
- organizację wizyt i świadczeń,
- monitorowanie przebiegu leczenia.

Podobne modele funkcjonują już w innych krajach europejskich, m.in. w Belgii, Hiszpanii i Francji.

Integracja danych. Drugim kluczowym elementem jest integracja danych pochodzących z różnych źródeł (NFZ, ZUS, systemy szpitalne), umożliwiająca monitorowanie pełnej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta.

System taki powinien obejmować:

- efekty zdrowotne,
- jakość życia pacjentów,
- koszty bezpośrednie i pośrednie leczenia.

Wniosek. Kompleksowy rachunek efektów zdrowotnych i kosztów wymaga jednoczesnego wdrożenia modelu opieki koordynowanej oraz integracji danych systemowych, co umożliwi pełną ocenę wartości interwencji medycznych.

Ocena rzeczywistej efektywności kosztowej terapii (RWE) w polskim systemie ochrony zdrowia – przykłady wybranych dziedzin medycyny

W Polsce nie mierzy się systemowo zależności pomiędzy publicznymi i prywatnymi wydatkami na zdrowie a uzyskiwanymi efektami, takimi jak ograniczenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie potrzeby stosowania innych terapii czy utrzymania produktywności pacjentów.

Kluczowe znaczenie dla efektywności inwestycji w zdrowie ma dostęp do rzetelnych i aktualnych danych. Tylko decyzje oparte na wiarygodnych informacjach pozwalają kierować środki tam, gdzie przynoszą one największą wartość zdrowotną i społeczną, a następnie oceniać efekty tych inwestycji. Bez odpowiedniego zaplecza danych trudno mówić o racjonalnym planowaniu, skutecznym wdrażaniu innowacji i mierzeniu rezultatów polityk zdrowotnych.

Wydatki na zdrowie w Polsce rosną, jednak nadal pozostają poniżej średniej europejskiej. Według GUS, w 2024 roku łączne wydatki na zdrowie wyniosły 293,6 mld zł, z czego stanowiły wydatki publiczne 229,1 mld zł (78%), a 64,5 mld zł (22%) – wydatki prywatne[53]. Wydatki publiczne w latach 2022-2024 wzrosły od 145 mld zł, przez 192 mld zł, do 229 mld zł. Wydatki prywatne Polaków na zdrowie w latach 2022-2024 wzrosły z 52 mld zł do 64,5 mld zł (wzrost o 13,0 mld zł 2024 vs. 2022). Łączne wydatki publiczne i prywatne na zdrowie wyniosły 196 mld w 2022 roku, 246 mld zł w 2023 roku i 294 mld zł w 2024 roku.

Hospitalizacje w Polsce stanowią nadal 50 proc wydatków NFZ. Polska od lat należy do krajów o najwyższej liczbie hospitalizacji w UE, a według danych OECD jest również liderem w liczbie hospitalizacji możliwych do uniknięcia – zwłaszcza z powodu niewydolności serca i cukrzycy. Oznacza to, że znaczna część kosztów szpitalnych wynika z niewystarczającej skuteczności profilaktyki, wczesnej diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego. Model „odwróconej piramidy świadczeń", w którym większość problemów zdrowotnych rozwiązywana jest poza szpitalem, pozostaje w Polsce bardziej postulatem, niż rzeczywistością[54]. Według Map Potrzeb Zdrowotnych liczba hospitalizacji wzrosła z 10,2 mln dla 8,1 mln pacjentów w 2022 roku do 12,6 mln hospitalizacji dla 8,9 mln pacjentów w 2024 roku[55].

Towarzyszył temu również wzrost liczby porad AOS – z 76,8 mln porad w 2022 roku do 87,1 mln porad w 2024 roku[56]. W POZ liczba porad wzrosła w tym czasie z 169,3 mln do 181,5 mln[57]. Wynika z tego, że nie udało się osiągnąć modelu „odwróconej piramidy świadczeń", a Polska nadal należy do krajów UE o najwyższej liczbie hospitalizacji[58].

Koszty pośrednie chorób nadal pozostają poza systemową oceną efektywności ochrony zdrowia. W Polsce nie mierzy się zależności pomiędzy wydatkami NFZ na świadczenia zdrowotne a wydatkami ZUS związanymi z niezdolnością do pracy z powodu choroby. W praktyce oznacza to brak oceny wpływu systemu ochrony zdrowia na utrzymanie aktywności zawodowej i produktywności pracowników.

[53] Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022-2024. GUS. Dostępne: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2022-2024,27,5.html

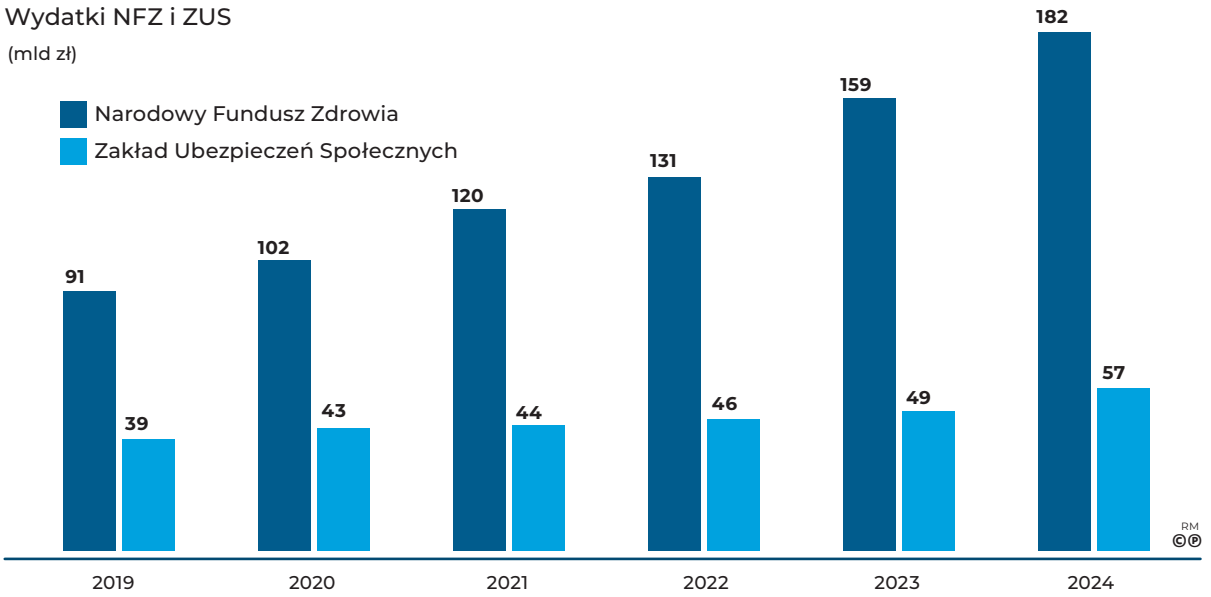
[54] OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

[55] Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lecznie-szpitalne-analizy/leczenie-szpitalne/

[56] Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/

[57] Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/

[58] Hospital discharges and length of stay statistics. Eurostat https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics



Jednymi z nielicznych analiz mierzących rzeczywisty wpływ technologii medycznych na produktywność chorych były:

- analizy wpływu dostępu do nowoczesnego leczenia stwardnienia rozsianego na spadek liczby i wydatków ZUS tytułem rent chorobowych[59]
- analizy wpływu dostępu do nowoczesnego leczenia nieswoistych chorób zapalnych jelit na utrzymanie produktywności pacjentów i świadczenia tytułem niezdolności do pracy finansowane przez ZUS[60]
- ocena kosztów pośrednich wynikających z absencji chorobowej spowodowanej przez nowotwory[61]

RM

Kluczową rolę w ocenie efektywności kosztowej odgrywają analizy przygotowywane przez AOTMiT. W latach 2007–2025 (dane za pierwszą połowę roku) Agencja sporządziła łącznie 3 745 analiz technologii lekowych i nielekowych, w tym 2 439 ocen lekowych oraz 516 analiz świadczeń opieki zdrowotnej.

Odrębnym wyzwaniem są metodologiczne ograniczenia samych modeli oceny. Nie zawsze odzwierciedlają one rzeczywiste efekty kliniczne i systemowe osiągane w praktyce, co szczególnie dotyka terapie przełomowe (breakthrough therapies) – innowacje wkraczające w obszary, gdzie dotychczas brakowało skutecznych opcji terapeutycznych. Paradoksalnie, właśnie te technologie napotykają na największe trudności z uzyskaniem pozytywnej oceny efektywności kosztowej. Gdy analiza nie obejmuje pełnego spektrum korzyści danej terapii, jej rzeczywista wartość pozostaje niedoszacowana.

[59] Społeczno-ekonomiczne skutki stwardnienia rozsianego (SM) w Polsce https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-stwardnienia-rozsianego-sm/

[60] Zagórowicz E, Binowski G, Strządała D, Pruszko C, Kucha P, Reguła J. Savings in social expenditures for work incapacity in patients with inflammatory bowel disease depend on access to innovative therapies in Poland. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2024 Jun 1;36(6):695-703. doi: 10.1097/MEG.0000000000002764. Epub 2024 Mar 19. PMID: 38526938 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526938/

[61] Łyszczarz B. Productivity losses from short-term work absence due to neoplasms in Poland. Sci Rep. 2024 Feb 8;14(1):3289. doi: 10.1038/s41598-024-53878-4. PMID: 38332168; PMCID: PMC10853257. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38332168/

Oceniając sektor ochrony zdrowia, warto spojrzeć nie tylko na koszty, lecz także na jego wkład w gospodarkę. Według CeZ, w Polsce w 2023 roku w samym obszarze kadr medycznych pracowało ok. 700 tys. osób, w tym około: 319 tys. pielęgniarek, 165 tys. lekarzy, 46 tys. lekarzy dentystów, 42 tys. położnych, 39 tys. farmaceutów, 36 tys. fizjoterapeutów, 22 tys. ratowników medycznych, 18 tys. diagnostów laboratoryjnych i 10 tys. elektroradiologów[62]. Znaczenie gospodarcze sektora zdrowia odzwierciedla również satelitarny rachunek zdrowia, obejmujący transakcje ekonomiczne świadczeniodawców, obrót dobrami i usługami typowymi dla sektora zdrowia oraz związane z nim nakłady inwestycyjne.

Według GUS, w 2021 roku wartość produkcji globalnej świadczeniodawców opieki zdrowotnej osiągnęła 225,4 mld zł, co oznacza wzrost o 28,1% w porównaniu z 2020 r. Wartość dodana brutto osiągnęła 140,0 mld zł, natomiast nadwyżka operacyjna brutto, stanowiąca różnicę pomiędzy wartością dodaną brutto a kosztami pracy i pozostałymi obciążeniami związanymi z produkcją, wyniosła 71,4 mld zł, czyli o 38,0% więcej niż rok wcześniej[63].

Dane te pokazują, że system zdrowotny należy postrzegać nie tylko przez pryzmat kosztów, ale i wartości, jaką wytwarza dla gospodarki. Jednocześnie skala strat wynikających z niewystarczającej profilaktyki i opóźnionego leczenia pozostaje bardzo wysoka. Szacowany roczny ubytek PKB wynikający z przedwczesnej umieralnością osób poniżej 75. roku życia wynosi ok. 115 mld zł, co odpowiada 82% wartości dodanej brutto całego sektora zdrowia z 2021 r. (140 mld zł). Oznacza to, że koszty wynikające z niewystarczającej profilaktyki i opóźnionego leczenia są porównywalne z rocznym wkładem gospodarczym sektora ochrony zdrowia.

Postulaty

- Rekomendowany jest **pomiar efektywności kosztowej terapii na podstawie rzeczywistych danych płatnika publicznego (NFZ),** poprzez przygotowanie i systematyczną analizę rejestrów z udziałem ekspertów klinicznych i systemowych. Ocena efektów powinna obejmować dłuższą perspektywę czasową oraz uwzględniać zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie.
- Zalecane jest **wypracowanie metod oceny długoterminowych efektów zdrowotnych,** uwzględniających całkowite koszty leczenia (bezpośrednie i pośrednie) oraz wyniki raportowane przez pacjentów a także raportowanie przez AOTMiT wyników analiz efektywności kosztowej w ramach oceny HTA.
- Rekomendowane jest **stworzenie na bazie Map Potrzeb Zdrowotnych platformy integrującej dane NFZ i ZUS** według klasyfikacji ICD10, w kategoriach liczby pacjentów, liczby świadczeń i wydatków oraz wydatków w poszczególnych rodzajach świadczeń.
- Rekomendowana jest **formalna współpraca sektora publicznego i prywatnego** oparta na wspólnych celach zdrowotnych oraz mechanizmach wymiany danych, a nie wyłącznie na doraźnych działaniach.
- Rekomendowany jest **coroczny pomiar wartości gospodarki zdrowotnej dla społeczeństwa** oraz przedstawianie przez Ministra Zdrowia i Prezesa GUS raportu na wzór Satelitarnego Rachunku Zdrowia w Parlamencie i KPRM.

[62] Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2025. CeZ. Dostępne: https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny

[63] Satelitarny rachunek zdrowia w 2021 r. GUS 2025 https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/31/1/1/satelitarny_rachunek_zdrowia_w_2021_r.pdf

Jak można wprowadzić kompleksowy rachunek efektów zdrowotnych i kosztów w zakresie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta na przykładzie wybranych dziedzin medycyny?

Komentarz ekspercki



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Giannopoulos
Prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego

Perspektywa kliniczna: hematologia

W hematologii kluczowym elementem poprawy efektów zdrowotnych i optymalizacji kosztów nie jest profilaktyka, lecz wczesne rozpoznanie oraz pełne monitorowanie ścieżki pacjenta w ujęciu ciągłym (continuum opieki).

W przypadku nowotworów krwi profilaktyka w klasycznym rozumieniu praktycznie nie występuje, ponieważ są to choroby niezawinione, o nie do końca poznanej etiologii. Jednocześnie jednym z najlepiej udokumentowanych czynników wpływających zarówno na efekty leczenia, jak i koszty systemowe pozostaje wczesne rozpoznanie choroby. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma możliwość analizy ścieżek pacjenta, w szczególności identyfikacji opóźnień diagnostycznych.

Ilustracją tego problemu jest analiza przeprowadzona w Wielkiej Brytanii, porównująca pacjentów diagnozowanych w trybie rutynowym oraz w trybie ratunkowym. W modelu rutynowym ścieżka pacjenta rozpoczyna się od wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (general practitioner, GP). Następnie, na podstawie oznaczenia białka monoklonalnego, podejmowana jest decyzja o wykonaniu biopsji szpiku, co umożliwia rozpoznanie szpiczaka – zarówno w postaci aktywnej, jak i w fazie tlącej się – oraz wdrożenie leczenia.

W trybie ratunkowym rozpoznanie następuje dopiero w momencie wystąpienia powikłań, takich jak złamania patologiczne, niewydolność nerek czy ciężka niedokrwistość wymagająca transfuzji. Analiza wykazała, że różnica w rocznym przeżyciu całkowitym (OS) pomiędzy tymi dwoma grupami wynosi około 20 punktów procentowych na niekorzyść pacjentów diagnozowanych w trybie ratunkowym.

Analogiczne zjawiska obserwowane są w Polsce. W praktyce klinicznej często występują przypadki pacjentów, u których wcześniejsze wykonanie podstawowych badań diagnostycznych mogłoby istotnie przyspieszyć rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia. W rzeczywistości pacjenci ci przechodzą przez wiele konsultacji specjalistycznych, a system nie dysponuje narzędziami umożliwiającymi analizę i optymalizację ich ścieżki diagnostycznej.

W obszarze hematologii ścieżka pacjenta ma szczególne znaczenie, zwłaszcza w przypadku przewlekłych nowotworów limfoproliferacyjnych oraz chorób o podstępnym, niespecyficznym początku. W tych przypadkach wczesne rozpoznanie pozostaje jednym z najważniejszych czynników wpływających na wydłużenie przeżycia pacjentów, niezależnie od zastosowanej terapii. Jednocześnie należy zaznaczyć, że w chorobach o gwałtownym przebiegu, takich jak ostre białaczki, ścieżka diagnostyczna jest z natury krótsza i bardziej dynamiczna.

Z perspektywy systemowej oznacza to konieczność odejścia od monitorowania pojedynczych zdarzeń, procedur i świadczeń na rzecz analizy całego procesu leczenia. Kompleksowy rachunek efektów zdrowotnych i kosztów powinien obejmować pełne continuum opieki – od diagnostyki, przez leczenie i rehabilitację, aż po długoterminowe monitorowanie efektów terapii. Wdrożenie takiego podejścia powinno stanowić jeden z priorytetów systemu ochrony zdrowia.

Krajowa Sieć Hematologiczna jako model systemowy. Kluczowym projektem ukierunkowanym na optymalizację opieki hematologicznej w Polsce jest pilotaż Krajowej Sieci Hematologicznej (KSH), opracowany w kwietniu 2023 r. we współpracy ekspertów z Ministerstwem Zdrowia. W sierpniu 2023 r. projekt został poddany konsultacjom publicznym, a następnie zmodyfikowany. W październiku 2023 r. opracowano projekt rozporządzenia regulującego jego funkcjonowanie. Niestety pilotaż nie został rozpoczęty.

Pilotaż zaplanowano na okres dwóch lat, przy czym pierwsze sześć miesięcy przeznaczono na zawieranie umów o współpracy pomiędzy ośrodkami oraz opracowanie zaleceń i ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Głównym celem KSH jest: zwiększenie wykrywalności nowotworów krwi, poprawa kwalifikacji pacjentów do leczenia, w tym we wczesnych stadiach choroby, obniżenie umieralności, wydłużenie przeżycia pacjentów.

Cele te mają być realizowane poprzez: wprowadzenie referencyjności ośrodków w oparciu o ich potencjał wykonawczy, koordynację pionową i poziomą (zarówno pomiędzy ośrodkami, jak i w ramach pojedynczych placówek), zapewnienie kompleksowości opieki poprzez współpracę wielodyscyplinarną.

Istotnym elementem KSH jest również poprawa jakości opieki poprzez: wdrożenie i monitorowanie standardów diagnostyczno-terapeutycznych, wprowadzenie mierników jakościowych dotyczących zarówno procesu leczenia, jak i jego wyników, a także monitorowanie organizacji i funkcjonowania opieki hematologicznej z wykorzystaniem wskaźników organizacyjnych.

Raportowanie danych, niezbędnych do wyliczania wskaźników jakości, ma być realizowane za pomocą dedykowanego systemu analityczno-informatycznego.

Struktura systemu. Zgodnie z założeniami projektowymi KSH będzie oparta na trójpoziomowym modelu referencyjnym:

- **Poziom I (podstawowy):** poradnie hematologiczne, oddziały leczenia dziennego oraz wyodrębnione łóżka hematologiczne w oddziałach o profilu onkologicznym lub chorób wewnętrznych.
- **Poziom II (specjalistyczny):** oddziały hematologiczne z oddziałem leczenia dziennego i przyszpitalną poradnią hematologiczną, zapewniające pełną diagnostykę i leczenie wybranych nowotworów.
- **Poziom III (wysokospecjalistyczny):** ośrodki oferujące kompleksową diagnostykę i leczenie wszystkich nowotworów hematologicznych, w tym oddziały z pododdziałem intensywnej opieki hematologicznej oraz jednostki przeszczepiania krwiotwórczych komórek macierzystych.

Zakres pilotażu i integracja opieki[64]**.** Częścią pilotażu jest również opracowanie szczegółowych zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych opartych na analizie ścieżek pacjentów, z uwzględnieniem: identyfikacji punktów krytycznych w procesie diagnostycznym i terapeutycznym, oceny kompletności pakietów diagnostycznych oraz analizy realizowanych świadczeń.

[64] Krajowa Sieć Hematologiczna czeka na pilotaż. Prof. Lech-Marańda: czas wyjąć projekt z zamrażarki. https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/id/7965-krajowa-siec-hematologiczna-czeka-na-pilotaz-prof-lech-maranda-czas-wyjac-proj

Pilotaż obejmuje siedem kluczowych rozpoznań:

- ostrą białaczkę szpikową,
- ostrą białaczkę limfoblastyczną,
- szpiczaka plazmocytowego,
- przewlekłą białaczkę limfocytową,
- chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL),
- chłoniaka grudkowego,
- chłoniaka Hodgkina.

Istotnym elementem projektu jest także współpraca z podstawową opieką zdrowotną (POZ). Zakłada ona: opracowanie standardów diagnostyki nowotworów krwi na poziomie POZ, określenie wskazań do kierowania pacjentów do poradni hematologicznej, wskazanie kryteriów hospitalizacji, a także stworzenie modelu długoterminowej opieki nad pacjentem hematologicznym.

Wniosek. Wprowadzenie kompleksowego rachunku efektów zdrowotnych i kosztów wymaga odejścia od fragmentarycznego podejścia do monitorowania świadczeń na rzecz analizy pełnej ścieżki pacjenta. Kluczowe znaczenie ma w tym kontekście rozwój modeli organizacyjnych, takich jak Krajowa Sieć Hematologiczna, które umożliwiają integrację danych, standaryzację opieki oraz systemowe monitorowanie jej jakości i efektów.



Prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem
Klinika Onkologii i Radioterapii UCK w Gdańsku

Perspektywa kliniczna: onkologia

W Polsce nadal nie funkcjonuje skuteczny model zarządzania opieką onkologiczną oparty na danych i wynikach leczenia, co uniemożliwia prowadzenie kompleksowego rachunku efektów zdrowotnych i kosztów.

Dotychczasowe strategie i ich ograniczenia.
„Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024", opracowana w 2014 roku z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego we współpracy z innymi towarzystwami naukowymi, środowiskami akademickimi i organizacjami pacjentów, zakładała ograniczenie liczby zachorowań i zgonów z powodu nowotworów oraz poprawę jakości życia chorych. Strategia była oparta na najlepszych światowych wzorcach organizacji opieki onkologicznej, jednak w praktyce nie została wdrożona.

Podobne problemy dotyczą Narodowej Strategii Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Onkologicznej. Mimo wieloletniego pilotażu KSO nie przyniosła oczekiwanych rezultatów i nadal nie funkcjonuje jako rzeczywisty system zarządzania jakością leczenia. Jej kluczowe założenie – monitorowanie jakości i wyników leczenia – nie zostało w ogóle wdrożone.

Ocena obecnego modelu organizacji opieki. Referencyjność ośrodków, choć istotna, nie stanowi najważniejszego elementu systemu. Kluczowe znaczenie powinna mieć jakość i organizacja opieki nad pacjentem onkologicznym, w szczególności jej koordynacja. Obecny model nie zapewnia efektywnego zarządzania ścieżką pacjenta.

Brak zarządzania opartego na danych i efektach. Podstawowym problemem pozostaje brak zarządzania systemem ochrony zdrowia opartego na danych. Obecny model koncentruje się przede wszystkim na rozliczaniu procedur, a nie na rzeczywistych wynikach zdrowotnych. W praktyce oznacza to, że mierzy się liczbę świadczeń, a nie takie wskaźniki jak przeżycia, powikłania, jakość życia czy powrót pacjenta do aktywności zawodowej.Koncepcja systemu opieki opartej na wartości (Value Based Health Care, VBHC) pozostaje w Polsce w dużej mierze niewdrożona. System finansowania premiuje realizację procedur, a nie osiąganie określonych efektów zdrowotnych.

Nieefektywności systemowe. Jednym z przejawów nieefektywności jest nadprodukcja świadczeń diagnostycznych. Zniesienie limitów na kosztowne badania zwiększyło dostępność samych badań, ale nie poprawiło efektywności procesu diagnostycznego. Przy ograniczonej liczbie specjalistów – np. radiologów – prowadzi to do wydłużenia czasu oczekiwania na opis badania, mimo skrócenia czasu oczekiwania na jego wykonanie.

Dowody empiryczne – analiza raka piersi. Dobrym przykładem znaczenia pomiaru efektów jest przeprowadzona przez nas analiza populacyjna obejmująca około 100 tys. chorych na raka piersi obserwowanych przez 10 lat. Badanie oceniało zależność pomiędzy wydatkami NFZ w poszczególnych województwach a pięcioletnim przeżyciem chorych. Wydatki na jedną pacjentkę różniły się między województwami nawet o 25% względem średniej krajowej, jednak korelacja pomiędzy poziomem nakładów a przeżyciem okazała się zerowa. Oznacza to, że samo zwiększanie wydatków – bez pomiaru jakości i efektów leczenia – nie prowadzi automatycznie do poprawy wyników zdrowotnych. Kluczowe znaczenie ma sposób alokacji środków, a nie wyłącznie ich wysokość.

Wniosek. Wprowadzenie kompleksowego rachunku efektów zdrowotnych i kosztów wymaga przejścia od systemu opartego na rozliczaniu procedur do modelu zarządzania opartego na danych i wynikach leczenia. Kluczowe jest monitorowanie efektów zdrowotnych w całej ścieżce pacjenta oraz powiązanie ich z kosztami bezpośrednimi i pośrednimi, zamiast koncentrowania się wyłącznie na poziomie wydatków.



Prof. dr hab. n. med. Edyta Zagórowicz
Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie

Perspektywa kliniczna: immunologia, gastroenterologia

Wprowadzenie kompleksowego rachunku efektów zdrowotnych i kosztów wymaga wdrożenia modelu opieki koordynowanej oraz integracji danych na poziomie systemowym.

Model opieki kompleksowej. Pierwszym kluczowym rozwiązaniem jest wdrożenie modelu kompleksowej opieki nad pacjentem z chorobami zapalnymi jelit, opracowanego przez Polskie Towarzystwo Gastroenterologii.

Model zakłada:

- stworzenie sieci ośrodków referencyjnych opartych na istniejących, doświadczonych jednostkach,
- zapewnienie dostępu do nowoczesnych terapii,
- organizację opieki wielospecjalistycznej (m.in. gastroenterolog, psycholog, reumatolog, dermatolog, chirurg, dietetyk),
- koncentrację opieki w jednym ośrodku, umożliwiającą kompleksową ocenę pacjenta.

Pacjent w takim modelu mógłby uzyskać skoordynowaną, wielospecjalistyczną poradę (np. raz w roku), a jej wyniki byłyby podstawą dalszego leczenia.

Istotnym elementem systemu powinna być rola koordynatora, odpowiedzialnego za: nadzór nad realizacją badań, kontakt z pacjentem, organizację wizyt i świadczeń, a także monitorowanie przebiegu leczenia.

Podobne modele funkcjonują już w innych krajach europejskich, m.in. w Belgii, Hiszpanii i Francji.

Integracja danych. Drugim kluczowym elementem jest integracja danych pochodzących z różnych źródeł (NFZ, ZUS, systemy szpitalne), umożliwiająca monitorowanie pełnej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej pacjenta.

System taki powinien obejmować: **efekty zdrowotne, jakość życia pacjentów oraz koszty bezpośrednie i pośrednie leczenia.**

Wniosek. Kompleksowy rachunek efektów zdrowotnych i kosztów wymaga jednoczesnego wdrożenia modelu opieki koordynowanej oraz integracji danych systemowych, co umożliwi pełną ocenę wartości interwencji medycznych.

Wnioski i rekomendacje z raportu „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski”

Diagnoza przedstawiona w poprzednich rozdziałach jest jednoznaczna: wzrost nakładów nie przekłada się proporcjonalnie na poprawę wyników zdrowotnych ani efektywności systemu. Polska wydając na zdrowie 58% średniej unijnej średniej per capita, należy do krajów o najwyższej liczbie hospitalizacji w UE, przeznacza jedynie 1,7% wydatków zdrowotnych na profilaktykę – około połowy średniej OECD – i nie prowadzi systemowych analiz zależności między wydatkami NFZ a kosztami niezdolności do pracy ponoszonymi przez ZUS. Jednocześnie około 144 tys. zgonów możliwych do uniknięcia rocznie przekłada się na szacowany ubytek PKB rzędu 115 mld zł. Koszty bierności zdrowotnej są więc mierzalne i bardzo wysokie.

Zmiana tego stanu rzeczy wymaga nie tylko większych nakładów, ale przede wszystkim zmiany sposobu myślenia o zdrowiu: nie jako koszcie podlegającym ograniczaniu, lecz jako inwestycji przynoszącej zwrot w postaci wyższej produktywności, aktywności zawodowej i stabilniejszych finansów publicznych. Taką perspektywę przyjmuje raport „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski”, wskazując cztery kluczowe dźwignie systemowe i siedem kroków operacyjnych. Poniżej zestawiono je z konkretnymi rekomendacjami dla Polski.

Kluczowe mechanizmy polityki zmian oraz wnioski z raportu „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski”

Raport definiuje cztery kluczowe mechanizmy polityki zmian, obejmujące konkretne rozwiązania wspierające budowę efektywnego i odpornego systemu ochrony zdrowia. Zakładają one współdzielenie odpowiedzialności pomiędzy uczestnikami ekosystemu zdrowotnego, skuteczną koordynację opieki oraz podejście traktujące zdrowie jako inwestycję społeczną i gospodarczą. Celem jest przełożenie polityk zdrowotnych na praktyczne działania i generujące z inwestycji w zdrowie wartość zdrowotną, społeczną i ekonomiczną.

W zestawieniu z polską rzeczywistością wyraźnie widoczne są obszary wymagające zmian. Zdrowie jest nadal postrzegane przede wszystkim jako koszt, a nie inwestycja; profilaktyka i wczesna diagnostyka pozostają niedofinansowane (wydatki na profilaktykę wynoszą w Polsce 21,6 EUR na mieszkańca rocznie wobec średniej UE 202,2 EUR); koszty bierności, obejmujące około 144 tys. zgonów możliwych do uniknięcia rocznie i szacowany ubytek PKB rzędu 2,9% – nie są uwzględniane w rachunku ekonomicznym państwa; a współpraca między sektorami zdrowia, finansów i pracy pozostaje ograniczona.

Przedstawione poniżej mechanizmy i odpowiadające im rekomendacje dla Polski odnoszą się bezpośrednio do tych wyzwań.

Kluczowe mechanizmy polityki zmian z raportu „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski.”

	Kluczowe mechanizmy polityki zmian	Rekomendacje dla Polski
1	Odpowiednie inwestowanie środków zdrowotnych w celu optymalizacji zasobów, zapewnienia stabilnego finansowania oraz rozwoju hybrydowych modeli inwestycyjnych	Planowanie i monitorowanie inwestycji w zdrowie w sposób obejmujący sektory i uczestników systemu, tak aby wspierać rozwój tzw. gospodarki zdrowia
2	Wspieranie racjonalnych inwestycji w zdrowie poprzez dialog międzyresortowy i międzysektorowy, integrujący cele zdrowotne z polityką krajową i lokalną	Opracowanie i rutynowe stosowanie narzędzi oceny wpływu na zdrowie (Health Impact Assessments), umożliwiające identyfikację i ocenę skutków zdrowotnych polityk publicznych oraz lepsze integrowanie celów zdrowotnych z polityką społeczną i gospodarczą
3	Wczesne interwencje wpływające na przebieg choroby	Opracowanie ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla poszczególnych chorób oraz refundacja technologii medycznych i modeli opieki zgodnie z europejskimi standardami klinicznymi
4	Systemowe wdrażanie innowacji o wysokiej wartości w ochronie zdrowia jako element poprawy wyników leczenia oraz budowy odpornych społeczeństw	Kompleksowa ocena efektów klinicznych i ekonomicznych innowacji, uwzględniająca koszty pośrednie, wyniki raportowane przez pacjentów (PROM, PREM) oraz rozwój cyfryzacji w ochronie zdrowia

Kluczowe wnioski z raportu „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski”

Wniosek	Rekomendacje dla Polski
1 **Zdrowie ma fundamentalne znaczenie dla jednostek, społeczeństwa i gospodarki**	Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli Polski musi stać się jednym z kluczowych priorytetów państwa, osadzonym na poziomie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i realizowanym zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach” (Health in All Policies). Rekomendowane jest powołanie pełnomocnika rządu ds. zdrowia w randze ministra przy premierze, odpowiedzialnego za uwzględnianie aspektów zdrowotnych w politykach publicznych i decyzjach rządu. Strategia zdrowotna państwa powinna się opierać na bieżąco gromadzonych danych i wskaźnikach efektywności, regularnie raportowanych przez Ministra Zdrowia do Parlamentu RP i KPRM. Bez odpowiedniego umocowania instytucjonalnego system pozostanie skoncentrowany na reagowaniu na skutki problemów zdrowotnych, zamiast przeciwdziałać ich przyczynom.
2 **Dowody z zakresu onkologii, neurologii oraz zdrowia psychicznego wskazują, że inwestycje we wczesną diagnostykę i profilaktykę przynoszą większy zwrot niż leczenie zaawansowanych stadiów chorób**	Rekomendowane jest opracowanie i wdrożenie ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych pacjentów zgodnych z europejskimi zaleceniami i stanowiskami polskich towarzystw naukowych, obejmujących wszystkie rekomendowane technologie medyczne – od diagnostyki, leków, wyrobów medycznych, po modele opieki. Szczególny priorytet należy nadać profilaktyce i wczesnej diagnostyce, które – zgodnie z przedstawionymi dowodami – generują najwyższy zwrot z inwestycji zdrowotnych.
3 **Wysokie koszty bierności zdrowotnej – obejmujące spadek produktywności, absencję chorobową oraz obciążenia opiekuńcze – wskazują na potrzebę zmiany modelu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia**	Rekomendowana jest zmiana modelu ochrony zdrowia z reaktywnego leczenia skutków chorób na system proaktywnych inwestycji we wczesne i skuteczne interwencje zdrowotne. Istotnym kierunkiem powinien być rozwój modeli opieki umożliwiających prowadzenie terapii bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, w tym rozwiązań typu Flex Care. Modele te mogą poprawiać komfort leczenia a także zmniejszać obciążenie infrastruktury szpitalnej i koszty pośrednie, takie jak absencja chorobowa oraz utrata produktywności.
4 **Zdrowie nadal zbyt często traktowane jest wyłącznie jako koszt, a nie jako strategiczna inwestycja społeczna i gospodarcza**	Dowody przedstawione w raporcie WiFOR oraz doświadczenia z praktyki klinicznej pokazują, że największy zwrot z inwestycji w ochronę zdrowia przynoszą innowacyjne terapie pozwalające uzyskać trwałe efekty leczenia oraz utrzymanie aktywności zawodowej pacjentów. Dlatego rekomendowana jest priorytetyzacja wysoko skutecznych terapii oraz ocena wydatków publicznych w perspektywie długoterminowej, uwzględniającej również koszty pośrednie Warunkiem realizacji tego podejścia jest trwała, strukturalna współpraca między resortami zdrowia, finansów, pracy, gospodarki, edukacji, nauki i sportu przy budowie systemu ochrony zdrowia zorientowanego na wartość.

RM
©℗



Sześć kroków dla Polski według raportu „Zwrot z inwestycji w zdrowie: Katalizator wzrostu i odporności gospodarczej. Rekomendacje dla Polski”

Raport WiFor wskazuje siedem kroków operacyjnych wspierających państwa w budowie i wdrożeniu kompleksowej strategii przekształcenia inwestycji w zdrowie w wymierną wartość społeczną i gospodarczą. Stanowią one praktyczną agendę dla Ministra Zdrowia, Ministra Finansów i KPRM.

Punktem wyjścia dla ich wdrożenia w Polsce są wnioski przedstawione we wcześniejszych rozdziałach. Po pierwsze, zdrowie nie jest wyłącznie domeną jednego resortu, lecz leży w zakresie zadań resortów działających w obszarze nauki, cyfryzacji, obrony, edukacji, sportu, finansów i pracy. Uzasadnia to potrzebę koordynacji polityki zdrowotnej na poziomie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Po drugie, skuteczność reform zależy od dostępu do i ich praktycznego wykorzystania. To dane umożliwiają ocenę efektywności inwestycji zdrowotnych, wdrażanie innowacji i podejmowanie trafnych decyzji systemowych. Z tego względu wdrożenie EHDS powinno mieć w Polsce charakter priorytetowy.

Po trzecie, konieczna jest zmiana sposobu prowadzenia debaty publicznej o zdrowiu – z pytania „ile to kosztuje?” na pytanie „jaką wartość to tworzy?”.

Sześć kroków dla Polski rekomendowanych w opracowaniu i wdrożeniu kompleksowej strategii przekształcenia inwestycji w zdrowie w wymierną wartość dla gospodarki



Zrozumienie wartości gospodarki zdrowotnej

DZIAŁANIE:

- Coroczny pomiar wartości gospodarki zdrowotnej dla społeczeństwa oraz przedstawianie raportu – na wzór Satelitarnego Rachunku Zdrowia w Parlamencie RP i KPRM – przez Ministra Zdrowia i Prezesa GUS.



Wzmocnienie współpracy międzyresortowej

DZIAŁANIE:

- Wprowadzenie rutynowej oceny wpływu wszystkich kluczowych regulacji na zdrowie (Health Impact Assessment), umożliwiającej efektywną alokację zasobów i integrację polityki zdrowotnej z polityką gospodarczą, społeczną i edukacyjną.



Pomiar wpływu polityk publicznych na zdrowie

DZIAŁANIE:

- Systematyczna identyfikacja luk systemowych oraz analiza kosztów bezpośrednich, pośrednich i społecznych chorób w celu lepszego planowania reform i racjonalnej redystrybucji środków między resortami zdrowia, finansów, pracy i gospodarki.



Budowa ram inwestycji w zdrowie

DZIAŁANIE:

- Rozwój zrównoważonych modeli finansowania w ochronie zdrowia, takich jak obligacje społeczne, inwestycje PPP (partnerstwo publiczno-prywatne ang. public-private partnership „podatki od grzechu" (sin taxes), czy dodatkowe ubezpieczenia.
- Wdrożenie zintegrowanego systemu danych zdrowotnych oraz szybkiej implementacji EHDS.



Inwestowanie we wczesne interwencje i innowacje

DZIAŁANIE:

- Priorytetowe inwestowanie we wczesną diagnostykę, profilaktykę i szybkie interwencje terapeutyczne.
- Systemowe wdrażanie innowacyjnych technologii i modeli opieki o wysokiej wartości klinicznej i społecznej.



Zapewnienie stabilnego finansowania zdrowia

DZIAŁANIE:

- Utrzymanie trwałego zobowiązania państwa do zwiększania nakładów na zdrowie w formule budżetowo-składkowej. Trwałe zobowiązanie państwa do zwiększania nakładów na zdrowie w formule budżetowo-składkowej.
- Odejście od zasady „t-2" na rzecz bardziej aktualnego mechanizmu naliczania wydatków zdrowotnych na podstawie bieżącego PKB.

©℗ RM

Komentarz ekspercki



Łukasz Kozłowski
Federacja Przedsiębiorców Polskich

Polski sektor ochrony zdrowia mierzy się z poważnymi wyzwaniami o charakterze finansowym i organizacyjnym. Niedobór środków pozostających do dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia na początku 2026 r. wynosił ponad 23 mld zł. Ma to związek zarówno ze skalą zadań nakładanych na fundusz, jak i niewystarczającym poziomem dotacji podmiotowej do NFZ określonej w budżecie państwa. Dotacja ta została pierwotnie zaplanowana w kwocie 26 mld zł, podczas gdy wymagana suma przy ówczesnej skali zadań sięgała 49-50 mld zł.

Obszar ochrony zdrowia jest zatem obszarem oszczędności w ramach systemu finansów publicznych. W procesie kształtowania wydatków budżetu państwa uznano, że inne obszary powinny zostać potraktowane bardziej priorytetowo niż zdrowie. Może mieć to również związek z postrzeganiem tej sfery jako kosztochłonnego obszaru działalności państwa, gdzie alokowanie dodatkowych środków nie przynosi realnego efektu – w związku z tym planowane wydatki ograniczane są do niezbędnego minimum, w tym przypadku wynikającego z regulacji art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gwarantujących przeznaczanie w poszczególnych latach na publiczną ochronę zdrowia określonego procenta PKB sprzed dwóch lat.

Zupełnie inaczej postrzegane są na tym gruncie wydatki inwestycyjne, które słusznie traktowane są jako nakład budujący przyszły produktywny potencjał gospodarki, a w konsekwencji powiększający przyszłą bazę podatkową. Nawet w przypadku transferów społecznych, podejście decydentów niejednokrotnie jest bardziej pozytywne, ze względu na traktowanie ich jako impuls popytowy dla gospodarki, wyrażane m.in. w kalkulowaniu mnożników fiskalnych wydatków publicznych.

Analogicznego podejścia często nie znajdujemy w odniesieniu do rachunku kosztów i korzyści związanych z alokowaniem środków na ochronę zdrowia. Wyraźnie brakuje tutaj systematycznego podejścia do tej problematyki, opartego m.in. na ocenie rzeczywistych efektów zdrowotnych oraz kalkulacji stopy zwrotu z inwestycji w zdrowie. Analogicznie, brakuje również analizy skutków decyzji o przeznaczaniu niewystarczających środków m.in. do Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do jego aktualnych ustawowych zadań, co rodzi napięcia związane z m.in. z opóźnieniami w rozliczaniu nadwykonań świadczeń z podmiotami leczniczymi. Przekłada się to w bezpośredni sposób na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Świadczy o tym w szczególności fakt, iż liczba pacjentów pilnych wskazana w sprawozdaniu z działalności NFZ za IV kw. 2025 r. osiągnęła już poziom 785 tys. osób w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz 123 tys. w leczeniu szpitalnym, podczas gdy średnia ważona mediana czasu oczekiwania tych pacjentów wynosiła, odpowiednio, 59 i 21 dni. Opóźniające się w czasie leczenie w związku z malejącą jego dostępnością powoduje pogarszanie się stanu zdrowia oczekujących pacjentów, co w dłuższej perspektywie czasu tylko zwiększa zapotrzebowanie na bardziej kosztowne terapie. Tacy pacjenci przez dłuższy okres pozostają niezdolni do pracy, co zwiększa koszty po stronie pracodawców i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, finansujących wynagrodzenie i zasiłki w okresie choroby. W skrajnych przypadkach zbyt późne leczenie może skutkować również trwałą utratą zdrowia i związanej z nim zdolności do pracy, co powoduje przechodzenie tych pacjentów do systemu rentowego.

W trakcie planowania polityki publicznej dotyczącej ochrony zdrowia zbyt często brakuje rozpatrywania skutków podejmowanych decyzji w tych kategoriach. Tymczasem ograniczenie wydatków nie zawsze się opłaca – koszty po stronie gospodarki, a nawet samych finansów publicznych, związanych z chorobą pacjenta i utraconą produktywnością mogą być wyższe niż same wydatki na jego leczenie.

W jaki sposób możemy doprowadzić do sytuacji, w której kalkulacja oparta na ujęciu rzeczywistych efektów zdrowotnych będzie częściej stosowana? Uważam, że jednym z rozwiązań jest internalizacja możliwie pełnego zakresu kosztów w ramach jednego dysponenta, odpowiedzialnego za finansowanie zarówno świadczeń rzeczowych (leczenia) oraz pieniężnych (zasiłków). W takim przypadku ograniczenie finansowania realizacji np. badań diagnostycznych przestaje być tak oczywistym działaniem racjonalizatorskim. Trzeba bowiem uwzględnić nie tylko oszczędności po stronie mniejszych wydatków na świadczenia, ale również ocenić potencjalny wpływ tych działań na późniejszą diagnozę chorób, a w konsekwencji wyższe wydatki związane z niezdolnością do pracy.

Taki właśnie kierunek działania zaproponowaliśmy w projekcie ustawy reformującej system ochrony zdrowia, opracowanej przy współudziale Federacji Przedsiębiorców Polskich, która została złożona w Sejmie jako projekt poselski. Konsolidacja ubezpieczenia chorobowego i ubezpieczenia zdrowotnego, podzielonego obecnie kompetencyjnie między ZUS a NFZ, wydaje się rozwiązaniem, które pomoże w optymalizacji wydatkowania środków na ochronę zdrowia, tworząc realne bodźce do badania efektywności kosztowej w tym obszarze. Jednocześnie konieczne jest zwiększenie całościowych zasobów finansowych systemu w obliczu istniejących wyzwań. Jednym ze sposobów na realizację tego celu mogłoby być poszerzenie bazy składkowej w połączonych ubezpieczeniach chorobowym i zdrowotnym. Szczegółowe rozwiązania i kierunki działania niewątpliwie wymagają dyskusji, jednak w obecnej sytuacji narasta potrzeba podjęcia pilnych działań naprawczych, które ograniczą istniejące nierównowagi w systemie, stwarzając odpowiednią przestrzeń do przekształceń o charakterze organizacyjnym, ukierunkowanych na poprawę efektywności.

Podsumowanie

Zdrowie stanowi szczególną formę kapitału społecznego, będącą istotnym czynnikiem wzrostu gospodarczego oraz stabilności systemowej. Jego oddziaływanie obejmuje pięć kluczowych obszarów: kształtowanie kapitału ludzkiego, wzmacnianie produktywności siły roboczej, ograniczanie obciążeń związanych ze sprawowaniem opieki, wspieranie innowacyjności, konkurencyjności i odporności, a także umacnianie stabilności finansowej i społecznej.

Strategiczne inwestycje w zdrowie generują wymierne zwroty poprzez wzrost produktywności, zwiększenie aktywności zawodowej, ograniczenie obciążeń związanych z opieką oraz wzmocnienie odporności społecznej, tworząc warunki dla trwałego rozwoju i skutecznego reagowania społeczeństw na przyszłe wyzwania.

Traktowanie zdrowia jako kapitału – nie jako kosztu – wymaga strategicznych inwestycji, które zwiększają produktywność, poszerzają bazę podatkową i wzmacniają finansową odporność państwa. Zdrowie stanowi kluczowy element kapitału gospodarczego, który w sposób zasadniczy wspiera stabilność fiskalną, innowacyjność oraz długoterminowy rozwój i dobrobyt społeczności.

Wydatki na zdrowie w Polsce rosną, ale ciągle nie osiągnięto ustawowego 7% PKB wydatków publicznych na zdrowie, przy 10% średniej unijnej wydatków ogółem (publicznych i prywatnych). Jednocześnie brakuje pomiaru efektów zdrowotnych i systemowych tych inwestycji. Nie prowadzi się w Polsce analiz, czy środki na ochronę zdrowia są efektywnie wydatkowane. Nie sprawdza się też, czy innowacyjne terapie – te, które dają pacjentom długotrwałą odpowiedź na leczenie – rzeczywiście przynoszą systemowi największy zwrot z inwestycji.

Starzenie się społeczeństwa, braki kadrowe i inflacja medyczna zwiększają presję finansową na płatnika publicznego oraz stopniowo na płatnika prywatnego (operatorzy medyczni). Decyzja o adekwatnym finansowaniu ochrony zdrowia jest dziś pilniejsza niż kiedykolwiek. Bez zdrowego społeczeństwa nie ma sprawnego państwa – i żadna reforma instytucjonalna tego nie zastąpi.



Potrzebujemy systematycznego, wieloletniego pomiaru efektów zdrowotnych – prowadzonego wspólnie przez ekspertów klinicznych i ekonomicznych, w oparciu o dane NFZ i ZUS. Rachunek musi być pełny: koszty bezpośrednie leczenia, koszty pośrednie utraty produktywności i koszty niewymierne – przede wszystkim jakość życia pacjenta.

Fundamentem jest integracja danych zdrowotnych i społecznych oraz systematyczna publikacja analiz efektywności kosztowej – z traktowaniem wskaźnika ICER/QALY jako realnego kryterium decyzyjnego, nie tylko formalnego wymogu.

Bibliografia

1. Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience. Prof. Dr. Dennis A. Ostwald, Dr. Malina Müller, Dr. Sandra Zimmermann, Ceyda Ural, Hatice Beton, WifOR Institute, 12/2025 Dostępne: https://www.wifor.com/en/download/healthy-returns-a-catalyst-for-economic-growth-and-resilience/?wpdmdl=360794&refresh=69af2ca82e4381773087912
2. State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2025, Dostępne: https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/2025_translations/soheu--2025-poland-native-language-final-web.pdf?sfvrsn=cdc81201_1
3. Strengthening Poland's Healthcare Readiness: Insights from the Healthcare Readiness Index 2024, Dostępne: https://www.globsec.org/sites/default/files/2025-09/Strengthening%20Poland%E2%80%99s%20Healthcare%20System%20-%20Insights%20from%20the%20Healthcare%20Readiness%20Index%202024-final.pdf
4. Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Sondaż CBOS, wrzesień 2025, Dostępne: https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=7079
5. Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia - 2024, Gierczyński J., Nowak A., Grzesiak I., Rzucidło-Zając P. , Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 2024, https://ippez.pl/wp-content/uploads/2024/02/Pacjent-w-polskim-systemie-ochrony-zdrowia-2024.pdf
6. Kapitał ludzki w Polsce w latach 2020-2024, GUS 2026, Dostępne:https://publikacje.new.stat.gov.pl/portal-publikacje/kapital-ludzki-w--polsce-w-latach-2020-2024
7. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2024 - informacja na komisji Senacie. Dostępne: https://www.gov.pl/web/senior/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2024--informacja-na-komisji-senacie
8. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL). Dane za 4 kwartał 2025 r., GUS 2026. Dostepne: https://ssgk.stat.gov.pl/Rynek_pracy_BAEL.html
9. Gross domestic product at market prices. Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=en
10. Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme, Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme
11. Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia, Dostępne: http://calpe.pl/monitor/ http://calpe.pl/monitor/wp-content/uploads/2025/09/MFOZ-14.pdf

12. Dudek S., Kozłowski S., Waśko B., Wiśniewski W., Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa 2025-2027, Instytut Finansów Publicznych, Federacja Przedsiębiorców Polskich, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny., Czerwiec 2024. Dostępne: https://www.pzh.gov.pl/raport-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-perspektywa-2025-2027/

13. Dudek S., Kozłowski Ł., Wiśniewski W., Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu, Instytut Finansów Publicznych. Federacja Przedsiębiorców Polskich, Luty 2025 Dostępne: https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2025/02/Finanse-ochrony-zdrowia-pod-scislym-nadzorem-procedury-nadmiernego-deficytu_Raport_IFP_FPP.pdf

14. Kozłowski Ł., Waśko B., Wiśniewski W., Luka finansowa systemu ochrony zdrowia – wyzwania długoterminowe, 2025 FPP, NIZP-PZH. Dostępne: https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2025/12/Raport_Luka-finansowa-w-ochronie-zdrowia-_wyzwania-dlugoterminowe_9122025.docx.pdf

15. OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne: https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

16. Preventive health care expenditure statistics. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

17. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne coraz popularniejsze – wyniki za 2024 r., PIU. Dostępne: https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenia-zdrowotne-coraz-popularniejsze-wyniki-za-2024-r/

18. Cyfryzacja w ochronie zdrowia. MZ. Dostępne: https://www.gov.pl/web/zdrowie/cyfryzacja-w-ochronie-zdrowia

19. Rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Efekty leczenia SMA w Polsce. Nowa jakość życia pacjentów i opiekunów. Dostępne: https://www.fsma.pl/wp-content/uploads/2022/11/Raport-SMA_online_31_10.pdf

20. Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni. Dostępne: https://www.czd.pl/strony/dzialalnosc-kliniczna/zespoly/zespol-koordynacyjny-ds-leczenia-chorych-na-rdzeniowy-zanik-miesni

21. Protokoły z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. Dostępne: https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/zespoly-koordynacyjne/zespoly-koordynujace/leczenie-biologiczne-w-chorobach-reumatycznych-protokoly-z-posiedzen,9.html

22. Szpiczak plazmocytowy. Ocena jakości informacyjnej rejestru kontraktowego, NFZ 2019. Dostępne: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nowy-raport-nfz-szpiczak-plazmocytowy,7543.html Hematolodzy wybrali szpiczaka. Powstaje interaktywny raport. https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/id/7843-hematolodzy-wybrali-szpiczaka-powstaje-interaktywny-raport

23. Krajowy Rejestr Nowotworów. Polski Rejestr Onko-Hematologiczny. Dostępne: https://onkologia.org.pl/pl

24. Manzano A, Czech M., Gierczyński J, Hołownia-Voloskova M, Koczkodaj P, Nowakowski A, Święch G, Mańczuk M, Romeo S, Rzucidło-Zając P, Košir U. From cervical cancer to HPV elimination in Poland: Local action for national impact. IHE REPORT 2026:1, IHE: Lund, Sweden. Od raka szyjki macicy do eliminacji HPV w Polsce: działania lokalne o ogólnokrajowym znaczeniu. IHE 2026. Dostępne: https://ihe.se/en/rapport/from-cervical-cancer-to-hpv-elimination-in-poland-local-action-for-national-impact-2/

25. The Patients W.A.I.T. Indicator 2025: Access to Innovative Medicines in Europe, IQVIA. Dostępne: https://www.iqvia.com/library/publications/the-patients-wait-indicator-2025

26. Nowa lista leków refundowanych od 1 kwietnia 2026 r. MZ. Dostępne: https://www.gov.pl/web/zdrowie/nowa-lista-lekow-refundowanych--od-1-kwietnia-2026-r

27. Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ. Dostępne: https://basiw.mz.gov.pl/

28. Flexcare. Możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych. Dostępne: https://www.mzdrowie.pl/wp--content/uploads/2025/02/16-rap-flex-care-2024-v1-zalaczniki-web.pdf

29. Krajowa Sieć Hematologiczna czeka na pilotaż. Prof. Lech-Marańda: czas wyjąć projekt z zamrażarki. Dostępne: https://hematoonkologia.pl/aktualnosci/id/7965-krajowa-siec-hematologiczna-czeka-na-pilotaz-prof-lech-maranda-czas-wyjac-proj

30. Krajowa Sieć Onkologiczna. Dostępne: https://onkologia.pacjent.gov.pl/pl/narodowa-strategia-onkologiczna/krajowa-siec-onkologiczna

31. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022-2024. GUS. Dostępne: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na--ochrone-zdrowia-w-latach-2022-2024,27,5.html

32. Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ. Dostępne: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lecznie-szpitalne-analizy/leczenie-szpitalne/

33. Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ. Dostępne: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka--specjalistyczna/

34. Mapy potrzeb zdrowotnych. MZ. Dostępne: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/

35. Hospital discharges and length of stay statistics. Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics

36. OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne:https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en.

37. Społeczno-ekonomiczne skutki stwardnienia rozsianego (SM) w Polsce. Dostępne: https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt--stwardnienia-rozsianego-sm/

38. Zagórowicz E., Binowski G., Strządała D., Pruszko C., Kucha P., Reguła J., Savings in social expenditures for work incapacity in patients with inflammatory bowel disease depend on access to innovative therapies in Poland, Eur J Gastroenterol Hepatol, 2024 Jun 1;36(6):695-703, doi: 10.1097/MEG.0000000000002764, Epub 2024 Mar 19, PMID: 38526938. Dostępne:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526938/

39. Łyszczarz B., Productivity losses from short-term work absence due to neoplasms in Poland. Sci Rep. 2024 Feb 8;14(1):3289. doi: 10.1038/s41598-024-53878-4. PMID: 38332168; PMCID: PMC10853257. Dostępne: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38332168/

40. Statystyki AOTMiT https://www.aotm.gov.pl/o-nas/statystyki-aotmit/

41. Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2025. CeZ. Dostępne: https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny

42. Satelitarny rachunek zdrowia w 2021 r. GUS 2025. Dostępne: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/31/1/1/satelitarny_rachunek_zdrowia_w_2021_r.pdf

43. NFZ o zdrowiu. Szpiczak plazmocytowy – analiza programu lekowego. NFZ. 30.03.2026. Dostępne: https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/szczpiak-plazmocytowy-analiza-programu-lekowego

44. Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024. Dostępne: https://liga-walkizrakiem.pl/images/plwzr-articles/o-nas_strategia-walki-z-rakiem-w-polsce-2015-2024/Strategia_wersja_2017.pdf

45. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) na lata 2020-2030. Dostępne: https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso


Jul
Aug
Sep
Oct