

Warszawa, 25 lutego 2026 r.

Podsumowanie debaty eksperckiej pt. „Kryzys finansowy w polskim systemie ochrony zdrowia”

W dniu 24.02.2026 odbył się panel ekspertów z udziałem dr Krzysztofa Zdobyłaka i dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki reprezentujących Stowarzyszenie IFIC Polska.

Nasz główny przekaz: Zdrowie to nie koszt. To inwestycja, ale tylko wtedy, gdy widać dane

Polski system ochrony zdrowia stoi przed wielowymiarowymi wyzwaniami, które wykraczają daleko poza kompetencje samego Ministerstwa Zdrowia. Jak wskazała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka podczas debaty, zrozumienie determinantów zdrowia wymaga spojrzenia systemowego, obejmującego politykę finansową, edukacyjną i społeczną państwa jako całości.

Reorganizacja ta powinna opierać się na zasadach gospodarności, przejrzystości finansowania oraz efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów i danych.

Kluczowym postulatem jest wyprowadzenie dyskusji o zdrowiu publicznym poza wąskie środowisko branżowe i nadanie jej rangi priorytetu ogólnopaństwowego, z udziałem premiera, ministra finansów oraz ministra edukacji jako głównych decydentów.

Debata ujawniła szereg strukturalnych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia, które wzajemnie się wzmacniają i utrwalają nieefektywność systemu:

- Brak koordynacji międzyresortowej: **Zdrowie publiczne traktowane jest jako domena wyłącznie Ministerstwa Zdrowia, podczas gdy kluczowe determinanty zdrowia leżą w gestii innych resortów.** Oceny Skutków Regulacji (OSR) nie zawierają analizy wpływu aktów prawnych na zdrowie obywateli.
- Nieefektywne zarządzanie danymi: Pomimo istnienia rozbudowanych zbiorów danych w NFZ i Ministerstwie Zdrowia, nie są one przekształcane w informację zarządczą. **Kto jest aktywną siłą blokującą upublicznienie danych o nierównościach w dostępie do opieki?**
- Patologiczny model finansowania: **System finansuje podmioty deklarujące opiekę, niezależnie od jej faktycznego wykonania.** Płatności za niedowyożnienie świadczeń w szpitalach obciążają ubezpieczonych bez ekwiwalentnego świadczenia usług.
- Gigantyczna polaryzacja dostępu: **Formalnie system oferuje świadczenia na poziomie porównywalnym ze Szwajcarią, jednak w praktyce dostęp do nowoczesnych technologii medycznych jest ograniczony do nielicznych.** Większość społeczeństwa nie korzysta efektywnie z przysługujących im świadczeń.

SIEDZIBA:

ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa

Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

• **Nr KRS** 0000774032 • **NIP:** 5213864520 • **REGON:** 383166117

BIURO KOORDYNACJI:

E- mail: kontakt@ificpolska.org.pl

www: ificpolska.org.pl

- Regres zdrowia dzieci i młodzieży: **Mimo transferów społecznych w postaci programu 500+/800+ stan zdrowia polskich dzieci drastycznie się pogorszył** w ciągu ostatnich 10 lat , co wskazuje na brak polityki zdrowotnej powiązanej z polityką społeczną.
- Nieefektywna koordynacja POZ-SOR: **Pacjenci z POZ trafiają na szpitalne oddziały ratunkowe bez wskazań do hospitalizacji, co generuje zbędne koszty i obciąża system.**

Konieczność fundamentalnej zmiany podejścia do finansowania systemu ochrony zdrowia, opartej na założeniach:

- **Powiązanie finansowania z efektami:** Obecny model, w którym płatność następuje za samo deklarowanie opieki, a nie za jej faktyczne wykonanie, powinien zostać zastąpiony mechanizmami uzależniającymi finansowanie od mierzalnych wyników zdrowotnych i jakości świadczeń.
- **Ekonomiczna wycena kosztów nieleczenia:** Konieczne jest precyzyjne obliczenie utraconych korzyści dla budżetu państwa wynikających z braku skutecznego leczenia, w tym kosztów świadczeń rentowych i społecznych ponoszonych przez inne resorty.
- **Uwzględnienie zdrowia w OSR:** Pierwszym praktycznym krokiem powinno być uzupełnienie wytycznych do Ocen Skutków Regulacji o obowiązkową analizę wpływu projektowanych aktów prawnych na zdrowie publiczne. Zmiana ta nie wymaga dużych nakładów finansowych, a może istotnie wpłynąć na jakość stanowionego prawa.
- **Transparentność danych NFZ: Upublicznienie danych o nierównościach w jakości opieki i dostępie do świadczeń stanowi warunek konieczny dla racjonalnego zarządzania zasobami systemu.** Dane te powinny służyć jako podstawa do modyfikacji kontraktowania i alokacji środków.
- **Międzyresortowe zarządzanie zdrowiem publicznym:** Postulowane jest powołanie pełnomocnika premiera ds. zdrowia publicznego w randze ministra w KPRM , który pełniłby rolę egzekutora działań różnych resortów i eliminował chorobotwórcze skutki polityk sektorowych.

Obszary wymagające pilnych i skoordynowanych reform:

Obszar I: Strategia i zarządzanie systemem

Fundamentalną zmianą powinno być przeniesienie odpowiedzialności za zdrowie publiczne na poziom Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Postulowane powołanie pełnomocnika premiera ds. zdrowia publicznego miałyby na celu koordynację działań wszystkich resortów wpływających na determinanty zdrowia, w tym Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Edukacji i Sportu oraz Ministerstwa Rodziny. Niezbędne jest opracowanie długofalowej strategii zdrowia publicznego, analogicznej do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, która wyznaczałaby mierzalne cele dla poszczególnych resortów. Równolegle konieczne jest wdrożenie systemu kontroli jakości

świadczeń, opartego na danych NFZ, który umożliwiłby identyfikację i eliminację patologii w kontraktowaniu.

Obszar II: Koordynacja opieki i integracja usług

System wymaga gruntownej restrukturyzacji przepływu pacjenta pomiędzy poziomami opieki. Kluczowym problemem jest brak efektywnej koordynacji pomiędzy podstawową opieką zdrowotną (POZ), ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) a szpitalami. Wdrożenie modelu modyfikującego interwencje lekarza rodzinnego w odniesieniu do podstawowych zagrożeń zdrowotnych pozwoliłoby ograniczyć nieuzasadnione hospitalizacje i odciążać szpitalne oddziały ratunkowe. Restrukturyzacja szpitali powinna uwzględniać dane o faktycznym wykonaniu świadczeń, eliminując finansowanie podmiotów niewykonujących zadeklarowanej opieki. Formalizacja współpracy POZ–AOS–szpitale powinna opierać się na ścieżkach klinicznych i systemach informacji klinicznej.

Obszar III: Innowacje i narzędzia wspierające

Kluczowa rola danych w reformowaniu systemu. **Polska dysponuje rozbudowaną infrastrukturą danych zdrowotnych w NFZ i Ministerstwie Zdrowia, jednak dane te nie są przekształcane w użyteczną informację zarządczą.** Digitalizacja systemu, budowa krajowych narzędzi analitycznych opartych na sztucznej inteligencji oraz zniesienie barier prawnych blokujących przepływ danych stanowią warunki konieczne dla efektywnego zarządzania systemem. Dane statystyczne powinny być podstawą zarówno dla decyzji operacyjnych, jak i dla badań naukowych oraz oceny skuteczności polityk zdrowotnych.

Strategia i zarządzanie systemem

Obecna architektura zarządzania systemem ochrony zdrowia jest nieadekwatna do skali wyzwań. Poniżej przedstawiono kluczowe elementy proponowanej strategii:

- Strategia SOZ 2035: Konieczne jest opracowanie długofalowego dokumentu strategicznego wyznaczającego cele zdrowotne dla całego aparatu państwowego, nie tylko dla Ministerstwa Zdrowia. Strategia powinna uwzględniać zasadę asymetrii systemowej, zgodnie z którą korekta jednego ogniwa podsystemu nie naprawia całego systemu.
- Nowy model współpracy z samorządami: Samorzady terytorialne, jako organy założycielskie wielu podmiotów leczniczych, powinny zostać włączone w sformalizowany system zarządzania jakością i finansowania opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym.
- Kontrola jakości i bezpieczeństwo: Upublicznienie danych NFZ o nierównościach w jakości opieki jest warunkiem wstępnym dla wdrożenia skutecznego systemu kontroli. Dane te powinny być podstawą do modyfikacji kontraktów i eliminacji podmiotów niewykonujących świadczeń.
- System lojalności pracy w sektorze publicznym: Wobec narastającego odpływu kadr medycznych do sektora prywatnego, konieczne jest opracowanie mechanizmów zatrzymujących specjalistów w publicznym systemie ochrony zdrowia, powiązanych z systemem wynagradzania opartym na wynikach.

- Polityka pronatalna i senioralna: Drastyczny regres stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz starzenie się społeczeństwa wymagają dedykowanych polityk zdrowotnych, koordynowanych na poziomie KPRM, a nie wyłącznie Ministerstwa Zdrowia.
- Współpraca międzynarodowa: Polska powinna aktywnie korzystać z doświadczeń innych systemów ochrony zdrowia, w tym systemów skandynawskich i szwajcarskiego, przy jednoczesnym dostosowaniu rozwiązań do krajowych uwarunkowań finansowych i demograficznych.

Koordinacja opieki i integracja usług

Jednym z najpoważniejszych problemów strukturalnych polskiego systemu ochrony zdrowia jest **brak efektywnej, ustrukturyzowanej i sformalizowanej pionowej koordynacji** pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki. Skutkuje to „błądzeniem” pacjenta w systemie, nieuzasadnionymi hospitalizacjami oraz marnotrawstwem zasobów.

Medycyna rodzinna jako fundament systemu

Zespół POZ powinien pełnić rolę rzeczywistego koordynatora opieki nad pacjentem. Wdrożenie modelu modyfikującego działanie zespołu POZ w odniesieniu do podstawowych zagrożeń zdrowotnych i wykorzystania dostępnych narzędzi opieki koordynowanej i kluczowych usług jak **wizyta kompleksowa z IPOM, realizacja wczesnej diagnostyki chorób w ramach programu Moje Zdrowia oraz egzekwowania obowiązku realizacji programów przesiewowych** pozwoliłoby na istotne ograniczenie liczby pacjentów trafiających na SOR bez wskazań do hospitalizacji. Wymaga to jednak powiązania finansowania POZ z mierzalnymi wynikami zdrowotnymi populacji objętej opieką, a nie wyłącznie z liczbą zadeklarowanych pacjentów.

Restrukturyzacja szpitali

Obecny model finansowania szpitali, w którym płatność następuje za niedow wykonanie świadczeń, generuje systemową nieefektywność. Restrukturyzacja powinna opierać się na danych o faktycznym wykonaniu kontraktów i jakości udzielanych świadczeń. Podmioty niewykonujące zadeklarowanej opieki nie powinny otrzymywać finansowania ze środków publicznych.

Sformalizowana współpraca POZ–AOS–szpitale

Integracja usług wymaga wdrożenia formalnych mechanizmów współpracy pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną a szpitalami. Obejmuje to wspólne ścieżki kliniczne, systemy wymiany informacji o pacjencie oraz jasno zdefiniowane kryteria kierowania na kolejne poziomy opieki. Eliminacja barier informacyjnych pomiędzy poziomami opieki jest kluczowa dla minimalizacji ryzyka zdrowotnego wynikającego z opóźnień diagnostycznych i terapeutycznych.

Równość dostępu

Obecnie system zmierza w kierunku głębokiej polaryzacji, w której część społeczeństwa dysponuje dostępem do światowej klasy opieki, podczas gdy większość obywateli nie ma dostępu do elementarnych świadczeń. Koordinacja opieki powinna być projektowana z myślą o wyrównaniu tych dysproporcji, a nie ich utrwalaniu.

Innowacje i narzędzia wspierające

Transformacja cyfrowa i efektywne wykorzystanie danych są kluczowymi warunkami skutecznej reformy systemu ochrony zdrowia.

Digitalizacja systemu ochrony zdrowia

Polska dysponuje rozbudowaną infrastrukturą danych zdrowotnych zgromadzonych przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia. Problem polega jednak nie na braku danych, lecz na braku woli i narzędzi do ich przekształcenia w użyteczną informację zarządczą. Digitalizacja powinna obejmować nie tylko gromadzenie danych, ale przede wszystkim budowę systemów analitycznych umożliwiających ich operacyjne wykorzystanie przez decydentów na wszystkich poziomach systemu.

Krajowe narzędzia AI

Budowa krajowych narzędzi opartych na sztucznej inteligencji powinna umożliwić automatyczną identyfikację patologii w systemie, takich jak nieuzasadnione hospitalizacje, niedow wykonanie kontraktów czy nierówności w dostępie do świadczeń. Narzędzia te powinny wspierać zarówno decyzje kliniczne, jak i zarządcze na poziomie płatnika i regulatora.

Bariery prawne i instytucjonalne

Jak wskazano w debacie, istnieją regulacje prawne, w tym ustawa wprowadzona w 2014 roku, które ograniczają możliwość efektywnego wykorzystania danych zdrowotnych. Nowelizacja tych przepisów jest warunkiem koniecznym dla uruchomienia pełnego potencjału analitycznego systemu. Konieczne jest również zidentyfikowanie i wyeliminowanie instytucjonalnych sił blokujących upublicznienie danych o nierównościach w jakości opieki.

Dane jako podstawa polityki zdrowotnej

Polska nadal nie wdraża rozwiązań, co do których skuteczności istnieją dowody naukowe i nie wykorzystuje danych ujawniających patologie systemowe. **Budowa kultury zarządzania opartego na transparentności danych, obejmująca zarówno poziom kliniczny, jak i polityczny, jest fundamentem każdej trwałej reformy systemu ochrony zdrowia.**

Podsumowanie i wezwanie do działania

Debata jednoznacznie wskazała, że polski system ochrony zdrowia wymaga **zorientowania na gospodarność**, gruntownej reformy opartej na trzech filarach: systemowym zarządzaniu zdrowiem publicznym z **wyznaczeniem mierzalnych celów populacyjnie istotnych** (dłuższe życie w zdrowiu) na poziomie KPRM, odpowiedzialności za wyniki, efektywnej koordynacji opieki pomiędzy poziomami POZ–AOS–szpitale, inwestycjami w edukację pacjentów i samoopiekę oraz pełnym wykorzystaniu potencjału danych i narzędzi cyfrowych.

Kluczowe wnioski debaty:

- Zdrowie publiczne musi stać się priorytetem całego rządu, a nie wyłącznie Ministerstwa Zdrowia.

- Dane zgromadzone przez NFZ i MZ powinny być niezwłocznie przekształcone w informację zarządczą i upublicznione.
- Model finansowania musi zostać powiązany z faktycznym wykonaniem i jakością świadczeń.
- Bariery prawne i instytucjonalne blokujące przepływ danych wymagają pilnej nowelizacji.
- Polaryzacja dostępu do opieki zdrowotnej stanowi zagrożenie dla spójności społecznej i wymaga natychmiastowej reakcji decydentów.

Proponowane reformy nie wymagają wyłącznie dodatkowych nakładów finansowych. **Wiele z nich, jak zmiana wytycznych do OSR czy upublicznienie istniejących danych NFZ, może zostać wdrożonych przy wykorzystaniu obecnych zasobów.** Gotowość środowiska eksperckiego do współpracy z decydentami politycznymi jest wyraźna. Warunkiem powodzenia reform jest jednak przełamanie instytucjonalnych oporów i wyjście poza środowiskową bańkę branżową na rzecz szerokiego, ogólnospołecznego dialogu o zdrowiu jako fundamencie polityki państwa.

Stowarzyszenie IFIC Polska powstało w kwietniu 2019 r. z inicjatywy grupy interesariuszy modelu opieki zintegrowanej, reprezentujących różne zawody związane z opieką zdrowotną w celu wspólnego działania na rzecz poprawy jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej w Polsce.