NARODOWE CENTRUM POLITYKI ZDROWOTNEJ
I BADAŃ NAD NIERÓWNOŚCIAMI W ZDROWIU UKSW

RAPORT

Narodowy Szczyt Polityki Zdrowotnej 2026

Health Policy Summit 2026

Wnioski i rekomendacje dla polityki zdrowotnej
w perspektywie 2035 roku

Warszawa, 27 października 2026 roku
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Słowo wstępne

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce raport z Narodowego Szczytu Polityki Zdrowotnej 2026 – wydarzenia, które zainicjowaliśmy na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego z przekonania, że polska ochrona zdrowia potrzebuje nie tylko diagnoz, lecz przede wszystkim długofalowej, opartej na dowodach wizji zmian.

Jestem przekonany, że szczególną rolą środowiska akademickiego jest łączenie rzetelnej analizy z praktyką zarządzania i stanowienia polityki publicznej. Właśnie temu służył nasz Szczyt: spotkaniu naukowców, praktyków i decydentów wokół pytania, jak budować system, który nie tylko leczy, ale skuteczniej chroni zdrowie, mierzy rezultaty i ogranicza nierówności.

Mam nadzieję, że zebrane w raporcie wnioski i rekomendacje staną się użytecznym punktem odniesienia dla osób podejmujących decyzje o przyszłości polskiej ochrony zdrowia. Zachęcam Państwa do potraktowania ich jako zaproszenia do dalszej rozmowy, ale przede wszystkim do konkretnych działań.

Chcemy, aby Narodowy Szczyt Polityki Zdrowotnej stał się cyklicznym forum wymiany wiedzy i doświadczeń. Już dziś myślimy o kolejnej edycji w 2027 roku, podczas której chcielibyśmy wrócić do przedstawionych rekomendacji, ocenić postępy i wspólnie wyznaczyć następne priorytety.

Dziękuję wszystkim ekspertom, partnerom i uczestnikom pierwszej edycji za zaangażowanie i gotowość do merytorycznej debaty.

dr hab. Radosław Sierpiński, prof. UKSW

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu UKSW
Dyrektor Narodowego Centrum Polityki Zdrowotnej
i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu UKSW

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

1. O Szczycie

Narodowy Szczyt Polityki Zdrowotnej 2026 – Health Policy Summit 2026 odbył się 27 października 2026 roku w Warszawie. Jego organizatorem było Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (NCPZ UKSW). Celem Szczytu było zainicjowanie debaty eksperckiej, służącej wypracowaniu propozycji zmian organizacyjnych i legislacyjnych, które mogą usprawnić polski system ochrony zdrowia w perspektywie 2035 roku.

Program obejmował wykład inauguracyjny prof. Philipa Clarke'a (University of Oxford, University of Melbourne) oraz dwie debaty eksperckie. Pierwsza dotyczyła diagnozy wydolności systemu ochrony zdrowia: finansowania, dostępności świadczeń i odpowiedzialności za wynik. Druga poświęcona była kierunkom zmian, które pozwolą do 2035 roku przesunąć akcent z leczenia chorób na utrzymanie zdrowia. W debatach udział wzięli przedstawiciele środowiska akademickiego, administracji publicznej, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi oraz sektora prywatnego. Listę ekspertów zawiera aneks.

Listy do uczestników skierowali przewodniczący Rady Zdrowia przy Prezydencie RP prof. Piotr Czauderna oraz Rektor UKSW ks. prof. Ryszard Czekalski, gratulując organizatorom przedsięwzięcia i podkreślając znaczenie podejmowanego tematu. Podczas Szczytu premierę miała również monografia poświęcona nierównościom w zdrowiu i opiece zdrowotnej przygotowana przez zespół NCPZ.

Wydarzenie odbyło się stacjonarnie, z transmisją online. Zostało sfinansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z 13 października 2023 roku.

2. Nierówności w zdrowiu – kontekst Szczytu

Tematem przewodnim Szczytu były nierówności w zdrowiu i opiece zdrowotnej. Nierówności w zdrowiu to systematyczne różnice w stanie zdrowia między grupami społecznymi, które są niepotrzebne, możliwe do uniknięcia i niesprawiedliwe. Tak zdefiniowała je Margaret Whitehead w pracy przygotowanej dla Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), odróżniając je od różnic wynikających z biologii czy wieku. Komisja WHO ds. Społecznych Determinant Zdrowia udokumentowała w 2008 roku, że o zdrowiu w największym stopniu decydują warunki, w jakich ludzie się rodzą, dorastają, pracują i starzeją się, a dopiero w dalszej kolejności sam system ochrony zdrowia.

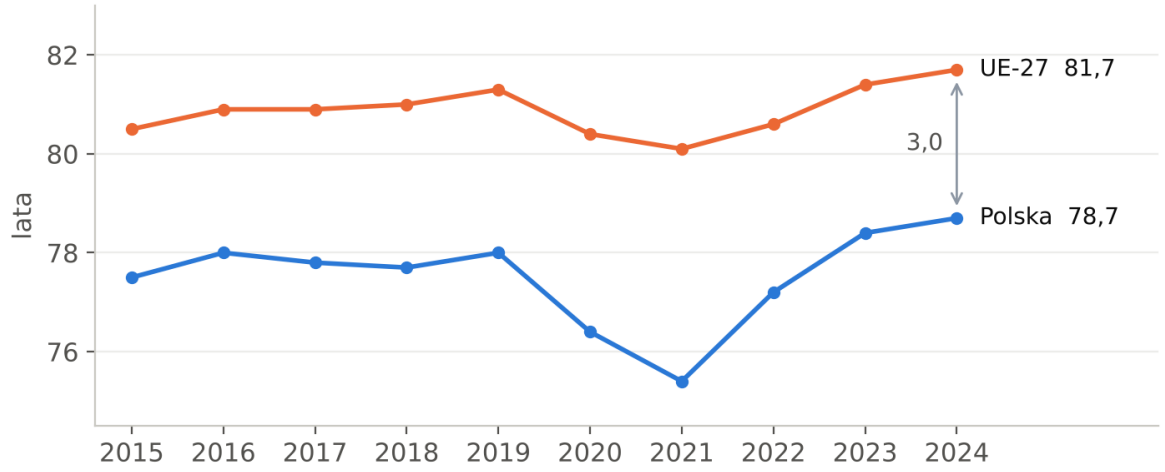
Ograniczanie nierówności w zdrowiu jest obszarem o bezpośrednim znaczeniu dla polityk publicznych. Zostało wpisane w cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia, obok wydłużenia życia w zdrowiu. Utrzymujące się nierówności w zdrowiu pociągają za sobą koszty społeczne i ekonomiczne, a dane pokazujące, które grupy pozostają w tyle, pozwalają kierować środki publiczne tam, gdzie mogą przynieść największy efekt.

Polska pozostaje poniżej średniej Unii Europejskiej pod względem oczekiwanej długości życia. W 2024 roku wynosiła ona w Polsce 78,7 roku wobec 81,7 roku w UE (wykres 1). Różnica między kobietami i mężczyznami

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie"

należy do największych w Europie: według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2024 roku przeciętne trwanie życia mężczyzn wyniosło 74,9 roku, a kobiet 82,3 roku.

Wykres 1. Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia: Polska i średnia UE-27, 2015–2024 (lata)



Źródło: Eurostat, dane opublikowane przez GUS w Raporcie o celach zrównoważonego rozwoju (cel 3).

NIERÓWNOŚCI W LICZBACH – DANE PRZEDSTAWIONE PODCZAS SZCZYTU

- Mężczyźni z wykształceniem wyższym żyją w Polsce blisko 13 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem podstawowym.
- Różnice w długości życia między województwami przekraczają 3 lata u mężczyzn i 2 lata u kobiet.
- Według przywołanych modeli opieka zdrowotna odpowiada za ok. 10% czynników kształtujących stan zdrowia; pozostałą część stanowią zachowania zdrowotne, środowisko oraz czynniki społeczno-ekonomiczne.

Do ograniczania nierówności potrzebne są trzy kroki: **świadomość problemu, jego pomiar i działanie**.

Dane przedstawione przez dr. hab. Radosława Sierpińskiego, prof. UKSW, dyrektora NCPZ, na podstawie monografii NCPZ.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

3. Najważniejsze wnioski

Uczestnicy Szczytu zwracali uwagę, że polski system ochrony zdrowia jest w dużej mierze zorientowany na liczbę udzielanych świadczeń, a w mniejszym stopniu na osiągane efekty zdrowotne. W tym kontekście podkreślano znaczenie koncepcji opieki zdrowotnej opartej na wartości (Value-Based Healthcare, VBHC), w której priorytetem są wyniki leczenia istotne dla pacjenta, osiągane w relacji do ponoszonych kosztów. Zdaniem ekspertów stopniowe wdrażanie tego podejścia jest niezbędne, aby rosnące nakłady na ochronę zdrowia przekładały się nie tylko na większą dostępność świadczeń, lecz przede wszystkim na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa i wydłużenie życia w zdrowiu.

78,4	**7,3**	**5,8 mld zł**	**33% / 17%**
lat – oczekiwana długość życia w Polsce w 2023 r., o 2,7 roku poniżej średniej OECD	roku – różnica w przeciętnym trwaniu życia kobiet i mężczyzn w Polsce w 2024 r.	zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w II kw. 2026 r.*	udział osób uprawnionych w przesiewowej mammografii / kolonoskopii

Źródła: OECD, Health at a Glance 2025; GUS, Trwanie życia w 2024 r.; *Dane przywołane przez ekspertów podczas Szczytu; https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/ według stanu na dzień 1 października 2026 r.

1. **System ochrony zdrowia potrzebuje większej stabilności i przewidywalności finansowania.** W ostatniej dekadzie nakłady publiczne na ochronę zdrowia wzrosły blisko trzykrotnie, jednak wzrost ten nie był powiązany z narzędziami pomiaru efektów. Eksperci wskazywali na rosnące zobowiązania szpitali oraz na trudności w planowaniu działalności, gdy plan finansowy NFZ nie jest przyjmowany z odpowiednim wyprzedzeniem. Stabilne zasady finansowania pozwoliłyby placówkom medycznym planować dostępność świadczeń bez ograniczania jej pod koniec roku.
2. **Skuteczność ochrony zdrowia należy oceniać nie tylko na podstawie liczby udzielonych świadczeń, lecz także ich efektów.** Decyzje dotyczące finansowania i organizacji opieki zdrowotnej w niewystarczającym stopniu uwzględniają rzeczywiste wyniki leczenia. Eksperci postulowali, aby przy planowaniu budżetu NFZ równocześnie określać mierzalne cele zdrowotne, które system powinien osiągnąć. Przykładem dobrego miernika jest odsetek pacjentów onkologicznych przeżywających pięć lat od rozpoznania, monitorowany w Krajowym Rejestrze Nowotworów.
3. **Dane gromadzone przez instytucje publiczne powinny być lepiej wykorzystywane.** Polska dysponuje dużymi zasobami informacji o zdrowiu obywateli i korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, kompetencjami analitycznymi i infrastrukturą informatyczną, jednak możliwości łączenia i analizowania danych pozostają ograniczone. Zdaniem ekspertów potrzebne jest ustawowe określenie zadań i uprawnień instytucji w tym zakresie, z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych. Pozwoliłoby to skuteczniej identyfikować grupy o największych potrzebach zdrowotnych i lepiej planować polityki publiczne.
4. **Finansowanie profilaktyki wymaga lepszej koordynacji.** Środki przeznaczane na zapobieganie chorobom pochodzą z wielu źródeł, w tym z budżetów samorządów, opłat związanych ze sprzedażą alkoholu, akcyzy oraz opłaty cukrowej. Uczestnicy wskazywali na potrzebę wdrożenia spójnego

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

mechanizmu finansowania zdrowia publicznego, rozliczanego z efektów, oraz ściślejszej współpracy instytucji zajmujących się leczeniem z podmiotami odpowiedzialnymi za zdrowie publiczne.

5. **Zmniejszanie nierówności zdrowotnych powinno stać się ważnym celem polityki państwa.** Stan zdrowia i możliwości korzystania z opieki zdrowotnej różnią się między grupami społecznymi i regionami kraju, a coraz większe znaczenie ma miejsce zamieszkania. Uczestnicy podkreślali potrzebę systematycznego monitorowania tych różnic oraz kierowania działań do społeczności o największych potrzebach zdrowotnych.

6. **Finansowanie ochrony zdrowia powinno w większym stopniu premiować skuteczne leczenie.** Eksperci wskazywali na potrzebę rozwijania opieki zintegrowanej, w której pacjent otrzymuje skoordynowane świadczenia na kolejnych etapach leczenia i rehabilitacji. Program kompleksowej opieki po zawale serca (KOS-zawał), w którym od niemal dekady funkcjonują premie m.in. za przygotowanie pacjenta do powrotu do pracy, przywołano jako doświadczenie warte przeniesienia na kolejne obszary.

7. **Potrzebne są zmiany w kształceniu kadr medycznych i w edukacji zdrowotnej.** Uczestnicy postulowali pełniejsze wykorzystanie kompetencji różnych zawodów medycznych, większy nacisk na profilaktykę i medycynę stylu życia w kształceniu lekarzy oraz zapewnienie wysokiej jakości edukacji zdrowotnej w szkołach.

8. **Starzenie się społeczeństwa i choroba otyłościowa będą istotnymi wyzwaniami dla ochrony zdrowia do 2035 roku.** Rosnąca liczba osób starszych, coraz częstsze występowanie kilku chorób przewlekłych jednocześnie (wielochorobowość) również w młodszych grupach wiekowych, a także wzrost częstości występowania otyłości, szczególnie wśród dzieci i młodzieży oraz jej długoterminowe konsekwencje zdrowotne mogą zwiększać zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną i wydatki publiczne. Uczestnicy podkreślali potrzebę odpowiednio wczesnego przygotowania systemu ochrony zdrowia na te wyzwania.

9. **Zmiany warto wdrażać etapami, zaczynając od obszarów priorytetowych.** Eksperci zgodnie wskazywali, że reformowanie wszystkich obszarów jednocześnie utrudnia ocenę efektów. Proponowano wybór kilku obszarów o największym obciążeniu chorobami, określenie dla nich wskaźników do osiągnięcia w ciągu kilku lat i przeprowadzenie pilotaży, których wyniki posłużą do dalszych decyzji.

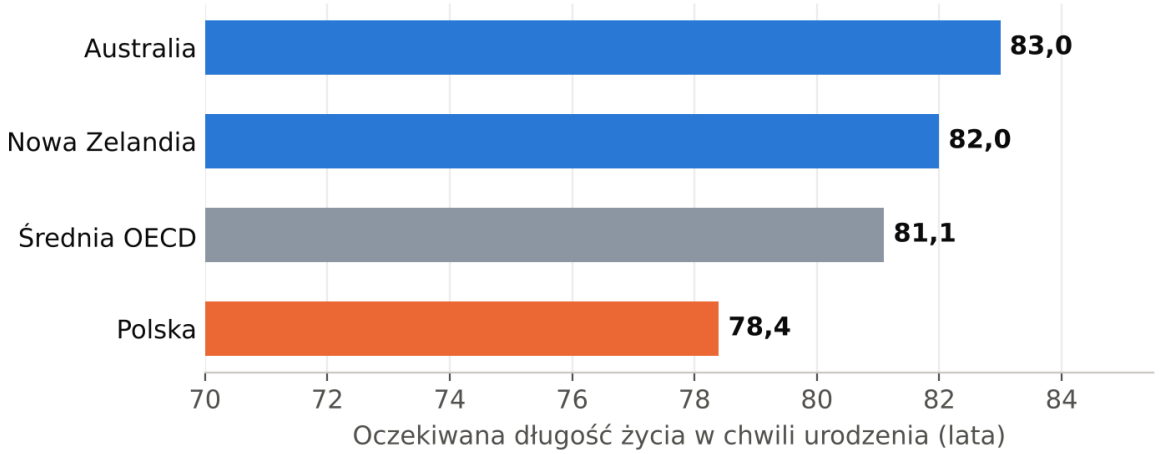
Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

4. Polska na tle Australii i Nowej Zelandii

Prof. Philip Clarke (University of Oxford oraz University of Melbourne) przedstawił doświadczenia Australii i Nowej Zelandii w wykorzystywaniu danych, w tym szczególnie tych dostępnych w rejestrach publciznych publicznych do planowania polityki zdrowotnej. Podkreślił, że łączenie informacji dotyczących tej samej osoby, pochodzących z różnych rejestrów publicznych, pozwala lepiej rozpoznawać potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz identyfikować grupy, które osiągają gorsze wyniki zdrowotne i wymagają szczególnego wsparcia.

Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oczekiwana długość życia w Polsce w 2023 roku była o 4,6 roku krótsza niż w Australii i o 3,6 roku krótsza niż w Nowej Zelandii (wykres 2). Pokazuje to skalę wyzwań związanych z poprawą zdrowia społeczeństwa.

Wykres 2. Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia, 2023 (lata)



Źródło: OECD, Health at a Glance 2025: OECD Indicators (dane za 2023 r.).

- **Łączenie danych z różnych instytucji publicznych.** Nowa Zelandia wykorzystuje system Integrated Data Infrastructure (IDI), a Australia – Person Level Integrated Data Asset (PLIDA). Rozwiązania te umożliwiają analizowanie informacji dotyczących zdrowia, edukacji, zatrudnienia i sytuacji społecznej tych samych osób, z zastosowaniem odpowiednich zabezpieczeń danych.
- **Analiza wydatków na ochronę zdrowia.** Zestawianie wydatków według rodzaju choroby, wieku i płci pozwala określić, które problemy zdrowotne generują największe koszty i w jakich grupach ludności występuje największe zapotrzebowanie na świadczenia.
- **Rekomendacja dla Polski.** W pierwszej kolejności warto określić kilka konkretnych pytań istotnych dla polityki zdrowotnej, a następnie przeprowadzić pilotażową analizę dotyczącą jednej wybranej choroby, z wykorzystaniem danych z różnych rejestrów publicznych. Pozwoliłoby to ocenić praktyczne korzyści z łączenia danych przed wdrożeniem rozwiązania na szerszą skalę.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

GŁOS EKSPERTA

Oprócz opieki zdrowotnej opartej na wartości (value-based healthcare) potrzebna jest także polityka zdrowotna oparta na wartości (value-based policy).

Dr hab. Radosław Sierpiński, prof. UKSW, dyrektor NCPZ, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu UKSW

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

5. Diagnoza: system ochrony zdrowia na granicy wydolności?

Pierwsza debata miała służyć diagnozie: które elementy polskiego systemu ochrony zdrowia działają najsłabiej i jakie bariery ograniczają jego skuteczność. Punktem wyjścia była rosnąca rozbieżność między potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa a możliwościami systemu oraz obserwacja, że wyższe nakłady nie zawsze przekładają się na lepszą dostępność i jakość świadczeń.

5.1. Finansowanie i stabilność działania podmiotów leczniczych

Eksperci zwrócili uwagę, że nakłady na ochronę zdrowia w ostatniej dekadzie wzrosły blisko trzykrotnie – według przywołanych danych budżet NFZ zwiększył się z ok. 80 mld zł do ponad 200 mld zł – m.in. dzięki ustawowej ścieżce dochodzenia do 7% produktu krajowego brutto (PKB). Zdaniem ekspertów zabrakło jednak równoległego powiązania tych środków z pomiarem efektów, a sama wysokość finansowania w przeliczeniu na mieszkańca nie wystarcza do oceny, czy zasoby są wykorzystywane efektywnie.

Podkreślano, że stabilność systemu zależy od przewidywalności zasad finansowania i regulacji. Wskazywano na rosnące zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, trudności w planowaniu działalności, gdy plan finansowy NFZ nie jest przyjęty z wyprzedzeniem oraz na sytuacje, w których pod koniec roku szpitale ograniczają przyjęcia z powodu niepewności co do zapłaty za świadczenia ponad limit umowy. Zwrócono też uwagę na brak długofalowego, ponadpartyjnego porozumienia co do kierunków rozwoju systemu.

> **GŁOS EKSPERTA**
>
> *Najważniejsze bariery to niewystarczająca analityka, brak stabilności regulacyjnej i finansowej oraz potrzeba aktualizacji wyceny świadczeń. Dane w dużej części są dostępne, zwłaszcza w NFZ, ale nie są w pełni analizowane ani łączone. Bez pełnego obrazu trudno podejmować trafne decyzje dotyczące finansowania, kadr i dostępności świadczeń w poszczególnych regionach.*
>
> **Marcin Martyniak**, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, były podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

> **GŁOS EKSPERTA**
>
> *System ochrony zdrowia charakteryzuje się dziś bardziej produktywnością niż efektywnością. Mówimy o liczbie świadczeń, a mimo to żyjemy krócej niż mieszkańcy wielu innych krajów europejskich. Samo zwiększanie nakładów nie gwarantuje lepszych wyników. Konkretne wskaźniki efektywności powinny być planowane razem z budżetem NFZ.*
>
> **Dr hab. Radosław Sierpiński, prof. UKSW**, dyrektor NCPZ, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu UKSW

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

5.2. Pomiar wartości i wykorzystanie danych

Eksperci wskazali, że pomiar wartości w ochronie zdrowia zaczyna się od cyfryzacji: nie można ocenić efektów bez podstawowych danych o przebiegu leczenia. Przykładem obszaru, w którym widać poprawę, jest onkologia – dane Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują wzrost odsetka pacjentów przeżywających pięć lat od rozpoznania wielu nowotworów. Dużą rolę może odegrać elektroniczna karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (e-DiLO), która pozwoli śledzić pełną ścieżkę pacjenta.

Z doświadczeń pilotażu sieci onkologicznej wyciągnięto wniosek, że zmiany strukturalne powinny być poprzedzone określeniem standardów diagnostyczno-terapeutycznych i wskaźników, które mają zostać osiągnięte. Jako istotną barierę wskazano obawy przed udostępnianiem danych o wynikach, także wtedy, gdy pokazują one, że podjęte działania nie przyniosły zakładanego efektu. Zdaniem ekspertów takie informacje są cenne, ponieważ pozwalają korygować kolejne decyzje. Podkreślono, że nowoczesne metody statystyczne pozwalają porównywać wyniki leczenia między placówkami z uwzględnieniem stanu pacjentów, a porównywanie się z najlepszymi (benchmarking) należy do najskuteczniejszych narzędzi zarządzania.

Zwrócono również uwagę na niewystarczające wykorzystanie danych już gromadzonych przez instytucje publiczne oraz na to, że przekazywanie części danych przez szpitale do AOTMiT nie jest obowiązkowe, co ogranicza pełny obraz kosztów i dostępności świadczeń.

> **GŁOS EKSPERTA**
>
> *Zasoby są zawsze ograniczone, dlatego potrzebna jest priorytetyzacja. Warto wybrać kilka obszarów, takich jak onkologia czy kardiologia, określić wskaźniki, które chcemy osiągnąć i pokazać, że w tych obszarach można zbudować system mierzący efekty. Kluczowa jest perspektywa pacjenta: liczne wolne terminy w e-rejestracji pokazują, że pacjenci wybierają konkretnych lekarzy i placówki, a nie najbliższy dostępny termin.*
>
> **Dr hab. Małgorzata Gałązka-Sobotka**, rektor Uczelni Łazarskiego

5.3. Profilaktyka i zdrowie publiczne

Punktem wyjścia do dyskusji było pytanie, dlaczego polski system ochrony zdrowia nadal koncentruje się bardziej na leczeniu chorób niż na zapobieganiu ich występowaniu. Eksperci wskazali, że finansowanie profilaktyki pochodzi z wielu rozproszonych źródeł: środków własnych samorządów, opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu, opłat od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach o małych pojemnościach, akcyzy i opłaty cukrowej.

Przypomniano opracowaną w 2022 roku koncepcję jednego funduszu zdrowia publicznego, który łączyłby te strumienie finansowe. Według szacunków jej autorów mógłby on dysponować kwotą rzędu 3–3,5 mld zł rocznie, z czego 10–15% przeznaczano by na działania ogólnopolskie, w tym długofalowe kampanie budujące kompetencje zdrowotne, a pozostałą część na działania lokalne. Gminy otrzymywałyby środki wraz z zadaniami określonymi na podstawie map potrzeb zdrowotnych, podobnie jak w przypadku finansowania

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

edukacji. Wskazano także na wprowadzony zawód profilaktyka jako sposób budowania kompetencji w samorządach.

W dyskusji zwrócono uwagę, że w ramach Funduszu Medycznego funkcjonował Subfundusz Rozwoju Profilaktyki, przeznaczony m.in. dla samorządów, jednak środki te nie były w pełni wykorzystywane. Wśród przyczyn wymieniano procedury konkursowe, ograniczone kompetencje samorządów do ubiegania się o środki oraz niskie zainteresowanie społeczne programami profilaktycznymi. Podkreślano, że debata publiczna koncentruje się na profilaktyce wtórnej, czyli wczesnym wykrywaniu chorób, podczas gdy profilaktyka pierwotna, której celem jest zapobieganie ich występowaniu, pozostaje mniej widoczna, a środki planowane na ten cel powinny podlegać rozliczeniu z efektów.

Eksperci zauważyli też, że wiele działań profilaktycznych jest powielanych, a ich efektywność bywa niska. Opłata cukrowa doprowadziła do zmiany składu wielu produktów przez producentów, a wpływy z niej mogłyby wspierać profilaktykę. Zwrócono uwagę na niskie wykorzystanie programów przesiewowych oraz na potrzebę zapewnienia pacjentowi wsparcia po rozpoznaniu choroby, w tym koordynatora opieki onkologicznej. Postulowano także, aby dane z badań i działań finansowanych ze środków publicznych były po krótkim okresie udostępniane zespołom badawczym, z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych.

5.4. Kompetencje kadr i zaangażowanie pacjentów

Eksperci zwrócili uwagę, że kompetencje zawodów medycznych są wykorzystywane nie w pełni, przede wszystkim z przyczyn organizacyjnych, a w mniejszym stopniu prawnych. Przykładami są szczepienia wykonywane w aptekach czy uprawnienia pielęgniarek do kontynuacji leczenia. Pomocne może być mapowanie kompetencji w opiece koordynowanej, np. w ramach indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM).

Podkreślano znaczenie kompetencji społeczeństwa w korzystaniu z systemu ochrony zdrowia. Dane z centralnej e-rejestracji pokazują dziesiątki tysięcy wolnych terminów na badania profilaktyczne, m.in. w województwie mazowieckim, co oznacza, że ograniczeniem jest nie tylko podaż, lecz także wiedza i gotowość pacjentów do skorzystania z badań. Zwrócono uwagę, że istotna jest nie liczba Internetowych Kont Pacjenta, lecz ich aktywne wykorzystanie, a złożone procedury cyfrowe mogą wykluczać osoby starsze. Samorządy realizują bardzo wiele działań – w bazie ProfiBaza sprawozdano za 2025 rok ponad 64 tysiące interwencji zdrowia publicznego – jednak ich efekty nie są systematycznie mierzone.

5.5. Współpraca środowiska eksperckiego z decydentami

Uczestnicy wskazali na potrzebę skuteczniejszego przekładania wiedzy naukowej na decyzje polityczne. Zwrócono uwagę na rozwijający się nurt pośrednictwa między nauką a polityką (brokeringu politycznego), polegającego na przygotowywaniu zwięzłych, opartych na danych komunikatów, które trafiają do decydentów w odpowiednim momencie. Przywołano doświadczenia zespołu ds. modelowania przebiegu pandemii COVID-19, które pokazały, że rolą ekspertów jest formułowanie rekomendacji opartych na dowodach, a decyzja i odpowiedzialność za nią należą do polityków.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

Wskazano również, że od 2020 roku Unia Europejska wyraźnie zwiększyła zaangażowanie w obszar zdrowia publicznego, m.in. poprzez Europejski plan walki z rakiem i kolejne inicjatywy dotyczące chorób układu krążenia, chorób rzadkich i zdrowia psychicznego. Skuteczne wykorzystanie tych inicjatyw wymaga dobrej komunikacji z organizacjami pacjentów, samorządami i organizacjami społeczeństwa obywatelskiego.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

6. Polska 2035: system ochrony zdrowia, który wyprzedza chorobę

Druga debata koncentrowała się na potencjalnych rozwiązaniach, możliwych do zaimplementowania. Pytanie przewodnie brzmiało: jakie zmiany warto rozpocząć już dziś, aby za dziesięć lat polska ochrona zdrowia była bardziej skuteczna, dostępna i nastawiona na utrzymanie zdrowia, a nie wyłącznie na leczenie chorób? Wskazano trzy główne kierunki: przechodzenie od finansowania liczby procedur do finansowania uwzględniającego efekty zdrowotne, rozwijanie opieki zintegrowanej oraz zarządzanie zdrowiem całej populacji na podstawie rzeczywistych potrzeb. Z perspektywy NCPZ istotne jest, aby proponowane zmiany przyczyniały się do zmniejszania nierówności zdrowotnych, niezależnie od miejsca zamieszkania czy sytuacji społeczno-ekonomicznej.

6.1. Dane, technologie i mandat instytucji

Zdaniem ekspertów system zarządzania zdrowiem populacji, oparty na przewidywaniu ryzyka, mógłby zostać zbudowany już dziś w oparciu o dostępne technologie i dane – rejestry medyczne, dane z urządzeń monitorujących parametry życiowe i informacje gromadzone w systemach informatycznych. Głównymi wyzwaniami pozostają kwestie prawne, poparcie decydentów oraz akceptacja społeczna, w tym odporność na dezinformację zdrowotną. To one, a nie ograniczenia technologiczne, w największym stopniu wyznaczają tempo zmian.

> **GŁOS EKSPERTA**
>
> *Mamy szerokie zbiory danych, kompetencje i zasoby informatyczne. Brakuje natomiast jasno określonego celu i mandatu dla instytucji. Zadania instytucji publicznych w zakresie wykorzystania danych do zarządzania zdrowiem populacji powinny zostać zapisane w ustawie. Bez tego nawet proste rozwiązania, takie jak informacja dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o pacjencie z cukrzycą, który przestał realizować recepty, zatrzymują się na wątpliwościach prawnych.*
>
> **Filip Urbański**, dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia

Przedstawiciel AOTMiT wskazał, że Agencja ma ograniczony dostęp do danych z systemu monitorowania programów lekowych – jedynie w odniesieniu do leków o wysokim poziomie innowacyjności. Utrudnia to ponowną ocenę, czy cena uzgodniona przy refundacji odpowiada efektom leczenia osiąganym w codziennej praktyce klinicznej. W obszarze leków funkcjonują już mechanizmy uzależniające płatność od efektu, a ocena opłacalności opiera się na ustawowym progu, jednak w obszarze świadczeń takie rozwiązania pozostają rzadkie. Rozszerzanie obowiązków sprawozdawczych spotyka się przy tym z oporem świadczeniodawców.

W dyskusji podkreślono także znaczenie publikowania wyników badań klinicznych, które nie wykazały skuteczności ocenianego leku lub interwencji. Takie wyniki również stanowią ważne źródło wiedzy i wspierają podejmowanie decyzji dotyczących leczenia.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

6.2. Finansowanie efektów zdrowotnych i opieka zintegrowana

GŁOS EKSPERTA

Dopóki efekt zdrowotny nie stanie się podstawą rozliczeń, pacjent będzie wielokrotnie wracał do systemu, a płatnik będzie limitował świadczenia. Opieka zintegrowana, w której płaci się za osiągnięty efekt, skłania do skutecznego leczenia przy jak najmniejszej liczbie wizyt i badań. Warto też zadać pytanie odwrotne: ile powinien kosztować system, który zaspokaja potrzeby zdrowotne populacji? Priorytetyzacja nie powinna ograniczać się do onkologii i kardiologii – obejmować powinna także choroby przewlekłe trwające całe życie.

Prof. dr hab. Bolesław Samoliński, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Eksperci wskazywali, że w Polsce funkcjonują już pierwsze mechanizmy finansowania w oparciu o uzyskany efekt zdrowotny. W programie KOS-zawał od niemal dziesięciu lat przysługuje premia za wystawienie zaświadczenia o możliwości powrotu pacjenta do pracy, a nowe rozwiązania premiują m.in. wysoki odsetek pacjentów objętych rehabilitacją. NFZ monitoruje wskaźniki jakości, w tym ponowne hospitalizacje, i stopniowo przygotowuje się do uzależniania płatności od takich wskaźników. Zwrócono przy tym uwagę, że świadczeniodawcy mają ograniczony wpływ na to, co dzieje się z pacjentem po zakończeniu leczenia, dlatego zmiany te wymagają ostrożnego, stopniowego wdrażania.

Przedstawiciel sektora prywatnego wskazał, że ubezpieczyciele rozwijają rozwiązania polegające na prowadzeniu pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia. Analiza ścieżki pacjenta pozwala ustalić, na którym etapie i z jakiego powodu rezygnuje on z badań – np. z obawy przed przygotowaniem do kolejnych procedur czy z powodu godzin ich wykonywania. Dla pacjentów z wielochorobowością stosowany jest model lekarza prowadzącego, który ogranicza liczbę zbędnych wizyt. Sektor prywatny może w tym zakresie pełnić rolę laboratorium rozwiązań, z których korzystać może także system publiczny.

6.3. Starzenie się społeczeństwa i choroba otyłościowa

Eksperci zwracali uwagę, że starzeniu się społeczeństwa towarzyszy wielochorobowość pojawiająca się w coraz młodszym wieku. Według przywołanych danych nadwagę lub otyłość ma ok. 15% dzieci, a otyłość dotyczy 17% młodych dorosłych w wieku 19–40 lat, co może w kolejnych latach zwiększać częstość cukrzycy i innych chorób metabolicznych. Jednocześnie zmniejsza się liczba urodzeń, a więc i liczba osób, które w przyszłości będą wspierać finansowo i opiekuńczo starszą populację. Zdaniem ekspertów bez zmian organizacyjnych system nie przestanie funkcjonować, jednak może to oznaczać pogorszenie dostępności i wyników zdrowotnych.

Podkreślono, że otyłość, a także nadwaga, są chorobami, które zwiększają ryzyko chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy i chorób narządu ruchu. Pacjent z chorobą otyłościową często jest leczony z powodu jej powikłań przez różnych specjalistów, bez koordynacji leczenia samej otyłości. Przedstawiono doświadczenia ośrodka, który zapewnia pacjentom z otyłością kompleksową, wielospecjalistyczną opiekę i

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

dalszą kontrolę po zakończeniu leczenia, mimo braku dedykowanego finansowania opieki koordynowanej w tym obszarze.

6.4. Edukacja zdrowotna i kształcenie kadr

Zdaniem ekspertów obowiązkowa edukacja zdrowotna w szkołach może przynieść efekty w perspektywie 2035 roku, pod warunkiem że będzie dobrze realizowana. Przedmiot powinien kształtować postawę, w której zdrowie jest wartością, o którą należy dbać przez całe życie. Wymaga to spójnego programu na kolejnych etapach kształcenia, odpowiedniego przygotowania nauczycieli oraz współdziałania resortów edukacji, zdrowia i sportu, a także powiązania z celami Narodowego Programu Zdrowia. Postulowano, aby oceniać jakość i efekty realizacji przedmiotu, a nie wyłącznie sam fakt jego wprowadzenia.

Wskazano także potrzebę większego udziału profilaktyki i medycyny stylu życia w kształceniu lekarzy i innych zawodów medycznych, przygotowania absolwentów do pracy zespołowej i opieki nad pacjentami z wielochorobowością oraz krytycznego korzystania z narzędzi sztucznej inteligencji.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

7. Rekomendacje

Uczestnicy Szczytu sformułowali następujące rekomendacje dotyczące zmian w organizacji, finansowaniu i zarządzaniu systemem ochrony zdrowia:

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

1. **Określanie mierzalnych celów zdrowotnych i wskaźników skuteczności systemu ochrony zdrowia** równolegle z przygotowywaniem planu finansowego NFZ.
2. **Zapewnienie przewidywalności finansowej podmiotów leczniczych**, w tym terminowego przyjmowania planu finansowego NFZ, stabilnych zasad zawierania umów na udzielanie świadczeń oraz aktualizacji ich wyceny.
3. **Ustawowe określenie zadań i uprawnień instytucji publicznych w zakresie wykorzystania danych** do zarządzania zdrowiem populacji, z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych.
4. **Przeprowadzenie pilotażowej analizy dotyczącej jednej wybranej choroby**, z wykorzystaniem połączonych danych o tych samych osobach pochodzących z różnych rejestrów publicznych.
5. **Zapewnienie AOTMiT szerszego dostępu do danych o efektach leczenia** finansowanego ze środków publicznych, w tym z systemu monitorowania programów lekowych, oraz rozwijanie ponownej oceny technologii po ich wprowadzeniu.
6. **Ułatwienie dostępu do danych z badań i działań finansowanych ze środków publicznych** na potrzeby badań naukowych i analiz wspierających politykę zdrowotną, po krótkim okresie karencji.
7. **Stworzenie spójnego mechanizmu finansowania zdrowia publicznego i profilaktyki pierwotnej**, z zadaniami określonymi na podstawie map potrzeb zdrowotnych, aktywną rolą samorządów i rozliczaniem efektów.
8. **Rozwijanie opieki koordynowanej i finansowania uwzględniającego efekty zdrowotne**, z wykorzystaniem doświadczeń programu KOS-zawał i ich przenoszeniem na kolejne obszary, w tym choroby przewlekłe.
9. **Wdrażanie zmian etapami, w wybranych obszarach priorytetowych**, z określonymi wskaźnikami i oceną wyników pilotaży przed decyzją o skalowaniu.
10. **Prowadzenie długofalowych kampanii informacyjnych o dostępnej profilaktyce** oraz uproszczenie korzystania z cyfrowych narzędzi ochrony zdrowia, szczególnie przez osoby starsze.
11. **Pełniejsze wykorzystanie kompetencji przedstawicieli różnych zawodów medycznych** poprzez zmiany organizacyjne i lepszy podział zadań.
12. **Zwiększenie znaczenia profilaktyki i medycyny stylu życia w kształceniu lekarzy**, ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania chorobom przewlekłym i opieki nad pacjentami z wielochorobowością.
13. **Zapewnienie wysokiej jakości edukacji zdrowotnej w szkołach**, odpowiedniego przygotowania nauczycieli, współpracy międzyresortowej i powiązania z celami Narodowego Programu Zdrowia.
14. **Uznanie zapobiegania nadwadze i chorobie otyłościowej wśród dzieci i młodzieży za jeden z priorytetów polityki zdrowotnej państwa** oraz rozwój skoordynowanej opieki nad osobami z otyłością.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”

8. Dalsze działania

Narodowy Szczyt Polityki Zdrowotnej będzie wydarzeniem cyklicznym. Niniejszy raport zostanie przekazany osobom odpowiedzialnym za kształt systemu ochrony zdrowia jako wkład w prace nad jego reformą. NCPZ UKSW będzie kontynuować badania nad nierównościami w zdrowiu oraz debaty eksperckie służące przekładaniu wyników badań na rozwiązania możliwe do wdrożenia.

Eksperci uczestniczący w Narodowym Szczycie Polityki Zdrowotnej 2026

Debata I: system na granicy wydolności	
dr hab. Małgorzata Gałązka-Sobotka	finansowanie systemu i opieka zdrowotna oparta na wartości
Marcin Martyniak	sytuacja szpitali i zarządzanie systemem
dr hab. Sebastian Sikorski, prof. UKSW	regulacje, kompetencje i odpowiedzialność zawodowa
dr hab. Dominik Olejniczak	kompetencje zdrowotne społeczeństwa
prof. dr hab. Mateusz Jankowski	epidemiologia i rzeczywiste potrzeby zdrowotne
dr hab. Grzegorz Juszczyk	profilaktyka i efektywność zdrowia publicznego
Małgorzata Bogusz	polityka zdrowotna i zdolność do reform
prof. dr hab. Bolesław Samoliński	zdrowie publiczne i polityka senioralna
dr hab. Radosław Sierpiński, prof. UKSW	nierówności zdrowotne i odpowiedzialność za wynik
Debata II: Polska 2035	
prof. dr hab. Filip Raciborski	epidemiologia i prognozowanie potrzeb zdrowotnych
Filip Urbański (NFZ)	dane, cyfryzacja i planowanie opieki na poziomie populacji
Szymon Zawodnik (AOTMiT)	ocena technologii medycznych i finansowanie efektów zdrowotnych
Marek Słowiński (TU Zdrowie)	prywatne ubezpieczenia zdrowotne i organizacja opieki
prof. dr hab. Piotr Jankowski	profilaktyka chorób układu krążenia i opieka koordynowana
prof. dr hab. Bolesław Samoliński	starzenie się społeczeństwa i zdrowa długowieczność
prof. dr hab. Zbigniew Izdebski	zachowania zdrowotne i edukacja zdrowotna
prof. dr hab. Dariusz Kosior	kształcenie kadr medycznych

Debaty prowadził Tobiasz Lech, dyrektor Biura Komunikacji i Promocji UKSW.

Zadanie finansowane ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na podstawie Umowy nr MEiN/2023/DPI/2717 z dnia 13.10.2023 r.: „Narodowe Centrum Polityki Zdrowotnej i Badań nad Nierównościami w Zdrowiu Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie”