

HEALTH MANAGEMENT

NUMER 7 | 2026

MAGAZYN DLA MANAGERÓW INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA



OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Wasze ręce siódmy już numer magazynu Health Management. Artykuły w nim zebrane dotyczą samego serca współczesnej debaty o ochronie zdrowia: jak dostarczać możliwie skuteczne, a tym samym często kosztowne terapie, nie doprowadzając przy tym systemu do finansowej zadyszki? To balansowanie między dobrostanem pacjenta a arkuszem kalkulacyjnym. Systemowym rozwiązaniem, używanym w Polsce w celu zapewnienia równowagi między kosztami, a zapewnieniem dostępu do innowacyjnej farmakoterapii są programy lekowe. W tym wydaniu przyglądamy się mechanizmom działania programów lekowych i możliwościom ich usprawnienia.

Zaczynamy od fundamentów – analizujemy, jak programy lekowe stały się kluczowym narzędziem godzenia dostępu do przełomowych leków z twardą koniecznością kontroli wydatków. To jednak obraz pełen niuansów, co udowadnia tekst o polskiej specyfice tych programów. Diagnozujemy tam moment, w którym się znajdujemy: między niewątpliwym sukcesem systemowym a palącą potrzebą korekt, które usprawnią ścieżkę pacjenta. Kluczowe jest przy tym zwrócenie uwagi na zmiany w strukturze potrzeb zdrowotnych Polaków, ale także na problemy ośrodków z rozliczeniem wydatków z programów lekowych, które zaistniały w ostatnich latach.

Choć programy lekowe są zdecydowanie pozytywnym elementem polskiego systemu ochrony zdrowia, możliwe jest ich usprawnienie. Tym tematem zajmuje się kolejny artykuł. Stawia on diagnozę odnośnie barier w realizacji programów lekowych. Nadmierna biurokracja, brak elastyczności systemu kontraktowania, brak rozliczania powikłań/działań niepożądanych, nierówny dostęp do świadczeń to niektóre z problemów, które obecnie napotykamy. Ich rozwiązanie przyczyni się do lepszej odpowiedzi na potrzeby zdrowotne Polaków.

Wobec ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych, starzenia się społeczeństwa oraz dynamicznego rozwoju technologii medycznych, dalsze trwanie przy sztywnych, sformalizowanych modelach realizacji programów lekowych będzie skutkowało ograniczaniem dostępności do nich dla pacjentów. Elastyczność, automatyzacja i racjonalizacja procesów stają się nie tyle opcją, co koniecznością. Tradycyjna wizja szpitala jako jedyne miejsce podawania leków powoli odchodzi do lamusa. Jedną z nowych możliwości dostarczania świadczeń w programach lekowych jest prezentowany w magazynie Model Flexcare. Udowadnia on, że leczenie może i powinno być bliżej pacjenta, dopasowując się do jego życia, a nie odwrotnie.

Zaglądamy również do Belgii, gdzie Uniwersytecki Szpital w Antwerpii (UZA) modelem UZA@home wyznacza nowe standardy długoterminowego leczenia pozaszpitalnego. To rozwiązanie redefiniuje rolę szpitala: z miejsca fizycznego leczenia staje się on ciągłym partnerem w procesie opieki, wykorzystującym narzędzia cyfrowe, telemonitoring oraz interdyscyplinarne zespoły. Belgijskie doświadczenia udowadniają, że nowe formy świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programów lekowych mogłyby skutkować korzyściami dla pacjentów, ośrodków i płatnika publicznego.

Zapraszam do lektury tekstów o przyszłości programów lekowych w Polsce.

REDAKTORZY NAUKOWI:



Prof. dr hab. Ewelina
Nojszewska,
SGH

Nojszewska



Dr inż. Agnieszka
Sznyk,
INNOWO

A. Sznyk

ISBN: 978-83-969207-5-1

SPIS TREŚCI



Dostęp do innowacji lekowych – czy wartość da się „wpisać w limit”?

Michał Seweryn

str 4



Programy lekowe w Polsce – między sukcesem systemowym a potrzebą pilnej korekty

Magdalena Sakowicz

str 9



Leczenie bliżej pacjenta: Model Flexcare dla programów lekowych

Irena Rej

str 17



UZA@home i nowa definicja szpitala bez ścian

Agnieszka Sznyk

str 23

Dostęp do innowacji lekowych – czy wartość da się „wpisać w limit”?

Dr Michał Seweryn, *Uniwersytet im. Andrzej Frycza Modrzewskiego w Krakowie,*
Prezes *EconMed Europe*

Współczesny system ochrony zdrowia stoi przed szeregiem wyzwań. Jednym z kluczowych jest pogodzenie dostępu do innowacyjnych terapii z koniecznością kontrolowania rosnących kosztów leczenia. Ten dylemat dotyczy także Polski – a kwestia dostępności najdroższych farmakoterapii jest dziś istotna zarówno dla klinicystów, jak i pacjentów. Klinicyści chcą oferować leczenie zgodne z aktualnymi wytycznymi i standardem medycznym. Pacjenci natomiast – coraz lepiej poinformowani, m.in. dzięki internetowi – szybko dowiadują się o nowych opcjach terapeutycznych w obszarze chorób, na które cierpią, i w naturalny sposób oczekują realnej szansy na skorzystanie z nich.

Programy lekowe funkcjonujące w Polsce są świadczeniami, w których regulator niejako „wbudował” mechanizm równoważenia dostępności terapii z ograniczeniami budżetowymi. Ich znaczenie w ostatnich latach rośnie wraz z dynamiką wprowadzania nowych technologii lekowych – jest to jedna z najszybciej rosnących grup wydatków publicznego płatnika – oraz zmianami w strukturze potrzeb zdrowotnych Polaków¹. Jednocześnie limitowanie dostępu do nowoczesnych terapii, szczególnie w chorobach przewlekłych i rzadkich, ma konsekwencje wykraczające poza sam budżet ochrony zdrowia. Ograniczenia w leczeniu mogą oznaczać nie tylko gorsze wyniki kliniczne lub niższą jakość życia, ale też wzrost kosztów ponoszonych „poza systemem NFZ”: absencji w pracy, obciążenia opiekunów nieformalnych czy kosztów świadczeń społecznych.

W debacie pojawiają się głosy ekspertów², że sama idea limitowania refundacji leków jest co najmniej kontrowersyjna, jednak realia ograniczeń budżetowych sprawiają, że świadczeniodawcy mają uzasadnione obawy,

czy otrzymają środki za zrealizowane wobec pacjentów świadczenia. Dane wskazują na istnienie różnicy pomiędzy kwotami świadczeń sprawozdanymi, a kwotami rozliczonymi w programach lekowych (tab. 1). Co istotne, dane z lat 2023, a zwłaszcza 2024, sugerują narastanie tej luki i jej stopniowe przechodzenie w problem o charakterze systemowym.

Warto podkreślić, że zjawisko braku rozliczenia świadczeń sprawozdanych ponad limit dotyczy w dużej mierze świadczeń towarzyszących terapiom lekowym realizowanym w programach. Dodatkowo płatności bywają regulowane przez płatnika z wielomiesięcznym opóźnieniem. W połączeniu z obecną sytuacją finansową NFZ i niezbilansowaniem publicznego systemu ochrony zdrowia może to negatywnie wpływać na realną dostępność terapii dla pacjentów. Rosnące ryzyko finansowe po stronie świadczeniodawców może zniechęcać część ośrodków do włączania nowych pacjentów, a w konsekwencji pogłębiać nierówności regionalne w dostępie do świadczeń.

¹ Seweryn M., Łuc-Seweryn A., Mokrzycka A., Gabrowska E., Koziół S., Trąbka W.: *Analiza finansowania programów lekowych w latach 2016–2024 jako istotnego elementu dostępu do świadczeń lekowych w Polsce. Państwo i Społeczeństwo, Medycyna i zdrowie publiczne. 2025 nr 2. Doi: 10.48269/2451-0858-pis-2025-2-010*

² Redakcja, „A. Artur Fałek: Programy lekowe są nielimitowe tak samo, jak leki w aptece”, *Co w Zdrowiu*, 10.03.2025, dostęp online: 31.01.2026, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/a-falek-programy-lekowe-sa-nielimitowe-tak-samo-jak-leki-w-aptece>

Tab. 1 | Różnica w kwotach sprawozdawanych i rozliczonych na programy lekowe w Polsce w latach 2016–2024.

Rok	Sprawozdane (mln zł)	Rozliczone (mln zł)	Różnica (mln zł)
2016	3 166,31	3 157,18	9,1
2017	3 570,25	3 507,96	62,3
2018	3 873,00	3 846,17	26,8
2019	4 406,02	4 378,69	27,3
2020	5 047,08	4 854,54	192,5
2021	5 730,06	5 697,67	32,4
2022	7 332,21	7 320,75	11,5
2023	10 273,35	9 992,61	280,7
2024	13 262,52	12 648,75	613,8

Źródło: Kopel J., Augustyńska J., Seweryn M., *Nielimitowane programy lekowe. Konsekwencje wprowadzenia Nielimitowanych programów lekowych – analiza ekonomiczno-systemowa*, EconMed Europe sp. z o.o., Kraków 2025, dostęp online: 07.02.2026 <https://econmed.eu/raporty/pdf/Raportnielimity.pdf>

Konsekwencje zniesienia limitów

W świetle powyższych faktów niezwykle istotna wydaje się być potrzeba szerokiej debaty o tym, czy programy lekowe nie powinny stać się z założenia świadczeniami Nielimitowanymi. W tę dyskusję wpisuje się najnowsze opracowanie EconMed Europe³, pokazujące systemowe i ekonomiczne konsekwencje zniesienia limitów w tej grupie świadczeń. Warto pamiętać o skali: z programów lekowych korzysta dziś ponad 300 tys. pacjentów (ryc. 1), a w 2024 r. wydatki na ich refundację przekroczyły 12,5 mld zł.

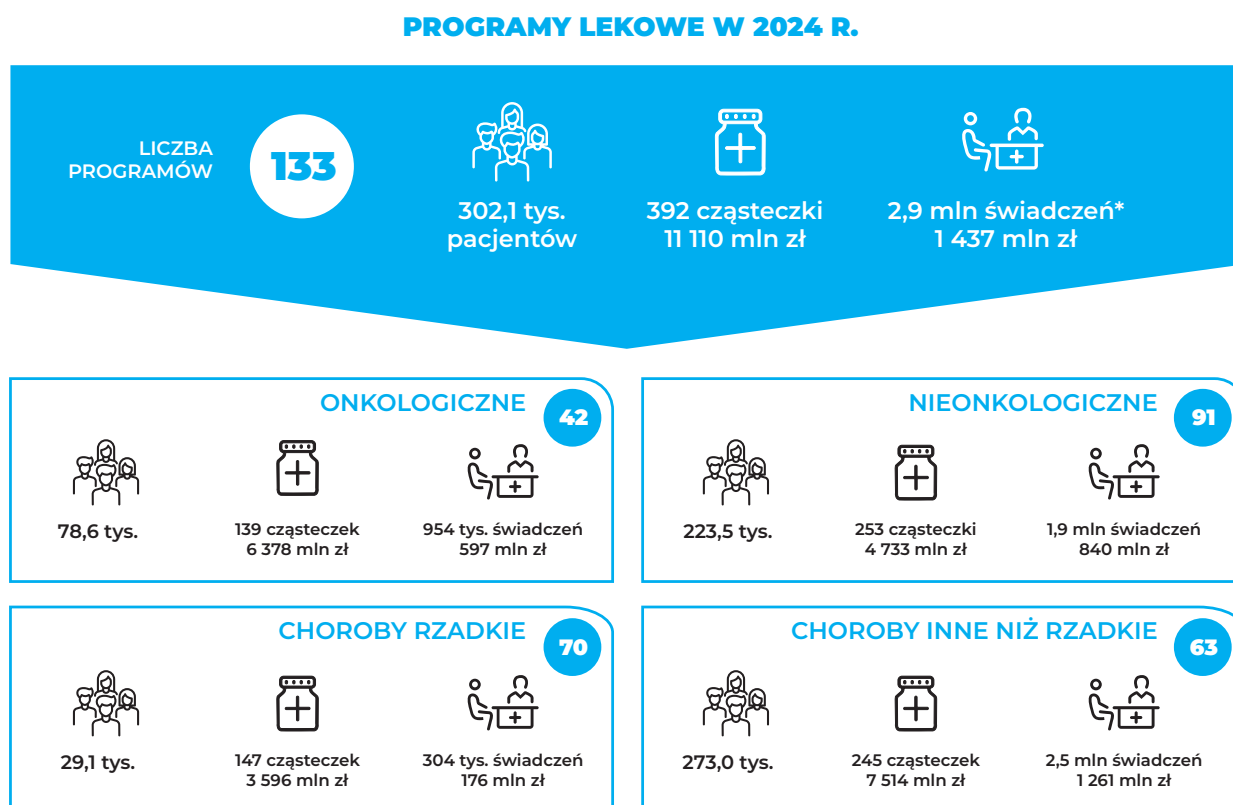
Programy lekowe są jednocześnie jednym z najlepiej kontrolowanych obszarów systemu. Mają jasno zdefiniowane kryteria kwalifikacji i precyzyjnie określone populacje docelowe, są objęte szczegółowym monitorowaniem efektów klinicznych oraz rozbu-

dowanymi instrumentami dzielenia ryzyka (RSS). Dzięki temu wzrost liczby leczonych pacjentów nie musi oznaczać „utrąty kontroli” nad kosztami – a udział wydatków pozostaje relatywnie przewidywalny i możliwy do planowania w ramach budżetu płatnika.

Dla porównania, w obszarach o mniej precyzyjnych kryteriach dostępu i słabszych narzędziach kontroli – jak część świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) – zniesienie limitów może sprzyjać szybkiemu wzrostowi wykorzystania świadczeń, nie zawsze idącemu w parze z proporcjonalną poprawą efektywności wydatkowania środków.

³ Kopel J., Augustyńska J., Seweryn M., *Nielimitowane programy lekowe. Konsekwencje wprowadzenia Nielimitowanych programów lekowych – analiza ekonomiczno-systemowa*, EconMed Europe sp. z o.o., Kraków 2025, dostęp online: 07.02.2026 <https://econmed.eu/raporty/pdf/Raportnielimity.pdf>

Ryc. 1 | Statystyki programów lekowych w 2024 r.



Źródło: Kopel J., Augustyńska J., Seweryn M., Nielimitowane programy lekowe. Konsekwencje wprowadzenia nielimitowanych programów lekowych – analiza ekonomiczno-systemowa, EconMed Europe sp. z o.o., Kraków 2025, dostęp online: 07.02.2026 <https://econmed.eu/raporty/pdf/Raportnielimity.pdf>

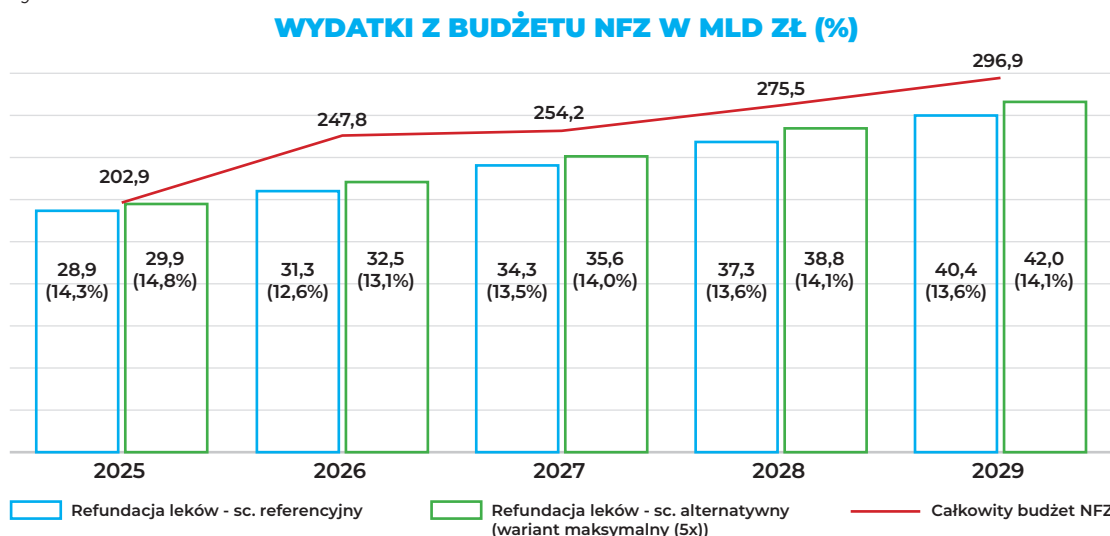
W analizie EconMed wskazano także, że programy lekowe wyróżniają się dobrą kontrolą kosztów. Dla programów o stabilnych warunkach refundacji przez co najmniej trzy lata zaobserwowano, że liczba pacjentów rosła średnio o 10,4% rocznie, podczas gdy roczne koszty leków zwiększały się wolniej – o 8,3% rocznie. Jednostkowy koszt terapii przypadający na pacjenta pozostawał relatywnie stabilny, co ułatwia planowanie budżetowe. Co istotne, głównym czynnikiem wzrostu wydatków nie jest „niekontrolowany popyt”, lecz zmiany warunków refundacji: rozszerzanie wskazań oraz wprowadzanie nowych, często droższych technologii.

W części prognostycznej porównano scenariusz referencyjny (utrzymanie obecnych limitów) ze scenariuszem alternatywnym, zakładającym nielimitowany dostęp i bezzwłoczne

objęcie leczeniem pacjentów oczekujących w programach lekowych. Ze względu na niepewność co do skali niezaspokojonych potrzeb przyjęto kilka modeli, różniących się stopniem niedoszacowania oficjalnych danych dotyczących kolejek.

Kluczowy wniosek finansowy jest taki, że nawet w najbardziej obciążającym wariancie udział wydatków na refundację leków w całkowitym budżecie NFZ mógłby w latach 2026–2029 pozostawać na poziomie 13,1–14,1%, a więc poniżej ustawowego limitu 17% przewidzianego w ustawie refundacyjnej. Stabilność systemu wzmacniają również szeroko stosowane instrumenty dzielenia ryzyka, które w 2024 r. wygenerowały dla płatnika istotne oszczędności liczone w miliardach złotych.

Ryc. 2 | Prognoza wydatków NFZ na refundację leków w scenariuszu referencyjnym (aktualne limity) i maksymalnym scenariuszu alternatywnym nielimitowanego dostępu do programów lekowych



Źródło: Kopel J., Augustyńska J., Seweryn M., Nielimitowane programy lekowe. Konsekwencje wprowadzenia nielimitowanych programów lekowych – analiza ekonomiczno-systemowa, EconMed Europe sp. z o.o., Kraków 2025, dostęp online: 07.02.2026 <https://econmed.eu/raporty/pdf/Raportnielimity.pdf>

Koszty czy jednak inwestycja?

Debata o zniesieniu limitów w programach lekowych nie powinna toczyć się w oderwaniu od szerszego pytania: jak w Polsce finansujemy innowacje i jak rozumiemy ich wartość? Jeśli programy lekowe są obszarem dobrze kontrolowanym, to dyskusja nie może sprowadzać się wyłącznie do obawy przed „niekontrolowanym wzrostem kosztów”. Równie ważne jest to, co innowacyjne terapie realnie przynoszą pacjentom i systemowi: mniej hospitalizacji, wolniejszą progresję choroby, większą samodzielność oraz dłuższą aktywność zawodową. Te efekty przekładają się na koszty ponoszone poza budżetem płatnika – przez gospodarkę, rodziny i system zabezpieczenia społecznego.

Argument ten nabiera szczególnej wagi w kontekście niekorzystnej demografii Polski: starzenia się społeczeństwa, kurczącej się liczby osób w wieku produkcyjnym i rosnącej presji na finanse publiczne. W takich warunkach utrzymanie sprawności i samodzielności pacjentów staje się nie tylko celem zdrowotnym, ale elementem bezpieczeństwa ekonomicznego państwa. Każdy rok aktywności zawodowej

dłużej, każda uniknięta niepełnosprawność i każda redukcja obciążenia opiekunów nieformalnych oznaczają realną wartość dla gospodarki – zwłaszcza gdy zasób pracy i opieki będzie coraz bardziej ograniczony. Innowacje lekowe mogą więc działać jak „inwestycja w kapitał zdrowotny” społeczeństwa: zmniejszając ryzyko wypadania z rynku pracy, ograniczając zapotrzebowanie na długoterminową opiekę oraz stabilizować koszty w innych segmentach systemu.

W praktyce oznacza to, że refundacja skutecznego leczenia jest nie tylko wydatkiem, ale inwestycją w zdrowie i sprawność pacjentów. Jeżeli w ocenie technologii skupiamy się wyłącznie na krótkoterminowym wpływie budżetowym, ryzykujemy decyzje racjonalne „na papierze”, ale niekoniecznie racjonalne społecznie. Dlatego warto połączyć dyskusję o limitach z dyskusją o tym, jak szeroko powinniśmy mierzyć efekty innowacji i jak wyceniać korzyści, które wykraczają poza system ochrony zdrowia. Wtedy pytanie „czy nas stać?” częściej ustępuje miejsca pytaniu „jak mądrze inwestować?” – szczególnie w kraju, w którym demografia coraz mocniej ogranicza możliwości „nadbiorzenia” strat gdzie indziej.



Programy lekowe w Polsce – między sukcesem systemowym a potrzebą pilnej korekty

Magdalena Sakowicz, *Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie,
Państwowy Instytut Badawczy*

Programy lekowe od lat stanowią jeden z kluczowych mechanizmów, które zapewniają pacjentom w Polsce dostęp do nowoczesnych, innowacyjnych terapii. To właśnie w ich ramach finansowane są najbardziej zaawansowane technologicznie i jednocześnie wysoce kosztowne leki, które – ze względu na swoją cenę – nie mogłyby zostać objęte refundacją w standardowym trybie aptecznym. W ocenie wielu ekspertów i organizacji pacjenckich programy lekowe są jednym z najlepiej zaprojektowanych elementów systemu refundacyjnego w Polsce. Jednocześnie jednak, wraz z dynamicznym rozwojem medycyny, rosnącą liczbą wskazań refundacyjnych oraz presją ekonomiczną, coraz wyraźniej uwidaczniają się bariery organizacyjne i finansowe, które ograniczają ich realną dostępność. W efekcie formalny dostęp do leczenia nie zawsze przekłada się na dostęp faktyczny – zwłaszcza z perspektywy pacjenta.

Programy lekowe jako filar dostępu do innowacyjnych terapii

Programy lekowe są świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, realizowanymi w wyspecjalizowanych ośrodkach spełniających określone wymagania kadrowe, organizacyjne i sprzętowe. Leczenie w ramach programu odbywa się według ściśle zdefiniowanych kryteriów kwalifikacji i monitorowania, co z jednej strony pozwala na racjonalizację wydatków publicznych, a z drugiej – gwarantuje bezpieczeństwo i wysoką jakość terapii.

Cechą charakterystyczną programów lekowych jest wysoki koszt samych produktów leczniczych. W praktyce oznacza to, że zdecydowana większość wartości kontraktu przeznaczana jest na zakup leków, natomiast jedynie niewielka część środków pokrywa koszty związane z obsługą pacjenta: diagnostyką, podaniem leczenia w ramach porady lub hospitalizacji, monitorowaniem efektów terapii. Natomiast w przypadku działań niepożądanych, zwłaszcza po immunoterapii, aktu-

alnie leczenie w ramach programu lekowego nie jest dostępne, o co postulują onkologiczne towarzystwa naukowe.

Opóźnienia we wdrażaniu terapii – luka między decyzją refundacyjną a leczeniem

Jednym z najpoważniejszych problemów związanych z funkcjonowaniem programów lekowych są opóźnienia pomiędzy wydaniem pozytywnej decyzji refundacyjnej a faktycznym rozpoczęciem leczenia przez pacjentów, zwłaszcza w przypadku nowych programów lekowych. Źródłem tych opóźnień jest m.in. przedłużający się proces kontraktowania nowych programów lekowych.

Niedoszacowanie świadczeń związanych z podaniem leków w ramach programów lekowych

Realizacja programu lekowego może odbywać się w trybie ambulatoryjnym, hospitalizacji jednodniowej lub hospitalizacji całodobowej. Obowiązujące wyceny punktowe

świadczeń związanych z podaniem leczenia pozostają jednak niezmiennie od 2017 roku, mimo istotnych zmian w zakresie terapii, diagnostyki i organizacji opieki.

Wyceny te są powszechnie uznawane za niewystarczające w stosunku do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Skutkiem tego część szpitali – z powodów czysto ekonomicznych – preferuje przyjmowanie pacjentów w trybie hospitalizacji jednodniowej, nawet jeśli podanie leku mogłoby odbyć się w warunkach ambulatoryjnych.

Programy lekowe a chemioterapia – systemowa niespójność wycen

Szczególnie interesującą kwestią jest porównanie wycen punktowych świadczeń w ramach, których podawane są leki pacjentom w ramach programów lekowych z wycenami analogicznych świadczeń w przypadku leczenia z wykorzystaniem standardowej chemioterapii. W poniższej tabeli przedstawiono porównanie aktualnej wyceny punktowej i wartości w polskich złotych poszczególnych świadczeń "pobytowych".

Wyceny świadczeń w zakresie chemioterapii są wyższe niż analogiczne dla programów lekowych. Najmniejsza różnica w wycenie za osobodzień w umowie na chemioterapię i programy lekowe występuje w ramach hospitalizacji jednego dnia: 97 pkt, czyli 181 zł (wg ceny 1,87 zł za 1 pkt, obowiązującej od 01.07.2025 roku).

Tab. 1 | Porównanie wyceny świadczeń w ramach których podawane są leki w chemioterapii i programach lekowych w trybie hospitalizacji

Umowa	Rodzaj świadczenia:	Wartość punktowa za osobodzień	Wartość [zł] za osobodzień	Różnica w wycenie [zł] za osobodzień w umowach
CHEMIOTERAPIA (CHTH)	5.08.05.0000171 hospitalizacja onkologiczna u dorosłych	557 pkt	1 229 zł	319 zł
PROGRAMY LEKOWE (PL)	5.08.07.0000001 hospitalizacja związana z wykonaniem programu	486,72 pkt	910 zł	
CHEMIOTERAPIA (CHTH)	5.08.05.0000171 hospitalizacja hematologiczna u dorosłych	686 pkt.	1 514 zł	604 zł
PROGRAMY LEKOWE (PL)	5.08.07.0000001 hospitalizacja związana z wykonaniem programu	486,72 pkt.	910 zł	
CHEMIOTERAPIA (CHTH)	5.08.05.0000175 hospitalizacja jednego dnia związana z podaniem leku z części A	390 pkt.	729 zł	181 zł
PROGRAMY LEKOWE (PL)	5.08.07.0000003 hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu	486,72 pkt.	910 zł	

Znacząca różnica wyceny w umowach na chemioterapię i programach lekowych jest za świadczenia w trybie ambulatoryjnym. Podania leku w trybie ambulatoryjnym – w ramach programu lekowego to 108 pkt., podczas gdy

w ramach chemioterapii 181 pkt. (podstawowa porada, np. w przypadku podania leków w formie doustnej) lub 313 pkt. (porada kompleksowa, np. w przypadku podania leków w formie parenteralnej).

Tab. 2 | Porównanie wyceny świadczeń w ramach których podawane są leki w umowie na chemioterapię i programach lekowych w trybie ambulatoryjnym

Umowa	Rodzaj świadczenia:	Wartość punktowa	Wartość [zł]	Różnica w wycenie [zł] pomiędzy poradami w umowach CHTH a PL
CHEMIOTERAPIA (CHTH)	5.08.05.0000173 Podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii	181 pkt.	339 zł	319 zł
	5.08.05.0000172 Kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii	313 zł	585 zł	
PROGRAMY LEKOWE (PL)	5.08.07.0000004 przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	108 pkt.	202 zł	

Tak duża dysproporcja w wycenach świadczeń w ramach, których podawane są leki jest nieuzasadniona. W ramach programów lekowych podawane są generalnie innowacyjne, kosztowne leki, a w ramach chemioterapii zwyczajowo leki o niższych kosztach dla świadczeniodawców. Należy pamiętać również o dodatkowych wymaganiach związanych z uzupełnianiem wpisu w systemie SMPT w przypadku programów lekowych, który nie dotyczy podań leków z katalogu chemioterapii.

Brak waloryzacji wycen punktowych w sytuacji rosnących kosztów pracy, energii i materiałów medycznych prowadzi do narastających strat finansowych po stronie szpitali i konieczności subsydiowania programów lekowych z innych zakresów działalności.

Brak finansowania leczenia działań niepożądanych

Kolejną istotną niespójnością systemową jest brak dedykowanych świadczeń wspomagających leczenie działań niepożądanych w programach lekowych. W przypadku chemioterapii NFZ przewidział możliwość dodatkowego finansowania leczenia powikłań o wyższym stopniu nasilenia. W programach lekowych analogiczne mechanizmy nie istnieją – koszty leczenia działań niepożądanych w całości ponoszą świadczeniodawcy.

Sytuacja ta jest szczególnie problematyczna w kontekście stosowania nowoczesnych terapii, w tym immunoterapii i terapii celowanych, które wiążą się z profilem bezpieczeństwa i często wymagają szybkiej interwencji medycznej. Polskie Towarzystwa Naukowe postulują o pilne podjęcie prac nad włączeniem do koszyka świadczeń gwarantowanych nowego produktu rozliczeniowego umożliwiającego rozliczenie powikłań/działań niepożądanych u pacjentów leczonych w ramach onkologicznych programów lekowych, zwłaszcza w przypadku stosowania immunoterapii.

Leki immunokompetentne i ukierunkowane molekularnie pozwalają uzyskać nieosiągalne dotąd wyniki leczenia zarówno radykalnego jak i paliatywnego, ale tak jak każdy lek obarczone są określonym profilem działań niepożądanych, zazwyczaj wynikających z nadmiernej aktywacji układu immunologicznego (w przypadku immunoterapii). W wielu przypadkach (toksyczność 2, 3 i 4 stopnia) wymagana jest hospitalizacja z koniecznością stosowania leków blokujących układ immunologiczny (steroidy, infliksymab, mykofenolan mofetylu). W zdecydowanej większości przypadków odpowiednio prowadzone leczenie działań niepożądanych skutkuje pełnym powrotem do zdrowia i możliwością kontynuacji leczenia w ramach programu lekowego co jest niezwykle istotną korzyścią dla chorego.

Niestety w aktualnym katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe nie jest dostępny produkt rozliczeniowy, który uwzględniałby rozliczenie hospitalizacji z powodu działań niepożądanych po immunoterapii co skutkuje ogromnymi stratami finansowymi ponoszonymi przez wielospecjalistyczne podmioty onkologiczne realizujące świadczenia w tym zakresie.

Diagnostyka i monitorowanie – ryczałt nieadekwatny do realiów

Finansowanie diagnostyki i monitorowania pacjentów w programach lekowych odbywa się w ramach ryczałtów określonych indywidualnie dla każdego programu. Ryczałty te nie były waloryzowane od wielu lat, mimo istotnego rozszerzenia zakresu badań diagnostycznych, w szczególności w onkologii.

Obowiązujące ryczałty zazwyczaj nie pokrywają kosztów wszystkich badań wymaganych w procesie kwalifikacji i monitorowania terapii, a także nie uwzględniają dodatkowych badań wykonywanych w przypadku wystąpienia działań niepożądanych. W praktyce część świadczeniodawców zmuszona jest rozliczać diagnostykę z innych umów z NFZ, co prowadzi do nieprzejrzystości finansowej i przesuwania kosztów.

Kontraktowanie i problemy z terminowością finansowania

Refundacja leków w programach lekowych w praktyce polega na określaniu przez NFZ wartości kontraktów analogicznie do innych zakresów leczenia szpitalnego. Przekroczenie zakontraktowanej wartości skutkuje powstaniem nadwykonań, za które świadczeniodawcy często czekają na zapłatę przez wiele miesięcy co ma wpływ na obniżenie płynno-

ści finansowej szpitali realizujących programy lekowe.

Brak gwarancji terminowego finansowania nadwykonań zmusza szpitale do ostrożności w kwalifikowaniu pacjentów, co stoi w sprzeczności z ideą równego dostępu do leczenia, co jest według świadczeniodawców jedną z głównych barier w realizacji programów lekowych.

Biurokracja jako bariera terapeutyczna – SMPT/SMPL a HIS

Nadmierna sprawozdawczość w dodatkowych systemach: SMPT lub SMPL a także coraz częstsza konieczność kwalifikacji pacjentów do określonych programów lekowych przez zespoły kwalifikacyjne wydłużają proces włączania pacjentów do leczenia. W praktyce oznacza to opóźnienie rozpoczęcia terapii, które z perspektywy pacjenta stanowi realne ograniczenie dostępności do świadczenia gwarantowanego.

Należy podkreślić, że w wybranych programach lekowych przyjęty model wieloetapowej weryfikacji administracyjnej nie zwiększa bezpieczeństwa pacjentów, natomiast znacząco komplikuje i wydłuża proces terapeutyczny. Zdecydowanie wielu świadczeniodawców podkreśla konieczność zmian, chociażby automatyzacji i integracji HIS i udostępnionych aplikacji zamiast ręcznego raportowania przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie.

System Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT)¹ oraz System Monitorowania Programów Lekowych (SMPL)² to aplikacje udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, oraz Centrum E-Zdrowie, które ewidencjonują, raportują i gromadzą dane kliniczne, przebieg terapii oraz podania leków pacjen-

1. SMPT – System Monitorowania Programów Terapeutycznych, udostępniony przez NFZ, zgodnie z art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - elektroniczny system monitorowania programów lekowych
2. SMPL – System Monitorowania Programów Lekowych, udostępniony Centrum e-Zdrowia w ramach aplikacji (gabient.gov.pl), zgodnie z art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - elektroniczny system monitorowania programów lekowych



tów zakwalifikowanych do programów lekowych. W założeniu systemy miały zapewnić transparentność i kontrolę realizacji programów, jednak w praktyce stał się jednym z elementów utrudniającym ich funkcjonowanie.

Głównym problemem SMPT/SMPL jest brak integracji z funkcjonującymi w szpitalach Szpitalnymi Systemami Informatycznymi (HIS), co powoduje konieczność ręcznego, podwójnego wprowadzania tych samych danych do dwóch niezależnych systemów. W efekcie lekarze specjaliści i personel medyczny znaczną część czasu przeznaczają na czynności administracyjne, zamiast na opiekę nad pacjentem.

Dlatego rozważenie zbudowania mechanizmu informatycznego, automatycznie pobierającego dane statystyczne generowane w systemach HIS (dotyczących podanych lub wydanych leków, hospitalizacji i badań kontrolnych) i przekazywane do OW NFZ oraz dane medyczne/kliniczne przekazywane do systemu centralnego P1 w ramach zdarzeń medycznych oraz Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) pozwoliłoby na znaczące ograniczenie biurokracji, poprawę jakości danych oraz skrócenie czasu wdrażania terapii, przy jednoczesnym zachowaniu pełnej kontroli nad realizacją programów lekowych.

Nierówności terytorialne w dostępie do leczenia

Analizy danych NFZ wskazują na istotne zróżnicowanie regionalne w dostępie do programów lekowych, diagnostyki molekularnej oraz leczenia operacyjnego. W niektórych województwach liczba ośrodków realizujących programy lekowe jest kilkakrotnie niższa niż w innych, co dla pacjentów w zaawansowanych stadiach choroby oznacza konieczność długich i obciążających podróży.

Nierówności te dotyczą całej ścieżki pacjenta – od diagnostyki, przez leczenie radykalne, po dostęp do terapii innowacyjnych – i pogłębiają różnice w standardach opieki onkologicznej w skali kraju.

Głos świadczeniodawców i pacjentów

Wyniki badań ankietowych³ przeprowadzonych wśród świadczeniodawców przez Polskie Towarzystwo Koderów w 2025 jednoznacznie wskazują, że największymi barierami w realizacji programów lekowych są problemy finansowe, limitowy charakter świadczeń, nadmierna biurokracja oraz brak elastyczności systemu kontraktowania. Podobne wnioski płyną z raportów organizacji pacjenckich, które podkreślają, że miejsce zamieszkania i sytuacja finansowa szpitala wciąż w istotnym stopniu determinują dostęp do leczenia.

3. *Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Programy lekowe w Polsce – wnioski z badania ankietowego. Analiza wyzwań i potrzeb świadczeniodawców w zakresie kontraktowania, realizacji i finansowania programów lekowych, Kielce 14 października 2025*

W raporcie Programy lekowe w Polsce – wnioski z badania ankietowego Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych wskazano najważniejsze problemy w realizacji programów lekowych – opinia świadczeniodawców:

- » **Problemy z prawidłowym i bieżącym finansowaniem nadwykonań przez NFZ** (brak systematycznego finansowania, rozdrobienie kontraktów, konieczność częstych renegocjacji i przesuwania środków)
- » **Limitowy charakter programów lekowych** (brak gwarancji zapłaty za wszystkie podane leki po zakończeniu kwartału)
- » **Zbyt niska wycena świadczeń w trybie hospitalizacji całodobowej**
- » **Problemy z finansowaniem nowych programów i nowych leków** (zbyt niskie kontrakty, brak mechanizmu automatycznego zwiększania wartości umów po rozszerzeniu programu)
- » **Brak możliwości rozliczenia niewykorzystanej części leku podlegającej utylizacji**

W oparciu o wynik badania ankietowego przedstawiono w raporcie również zalecenia ekspertów PTKM dotyczące poprawy dostępności do Programów lekowych w Polsce m.in.:

1. Właściwe finansowanie poziomu realizacji umów na PL, zarówno w zakresie leków, jak i świadczeń związanych z obsługą pacjenta w PL.
2. Likwidacja PL i przeniesienie leków do innych kategorii dostępności refundacyjnej.
3. Poprawa dostępności do badań genetycznych, będących kryterium kwalifikacji do PL.

4. Dokonanie aktualizacji wycen świadczeń „pobytowych” związanych z podawaniem leków w PL, z uwzględnieniem różnych dróg podania.
5. Dążenie do bezwzględnej konieczności aktualizacji wysokości kontraktu placówek na programy lekowe w oparciu o aktualną liczbę chorych objętych programem.
6. Prawne uregulowanie obowiązku NFZ do 100% refundacji leków stosowanych w programach lekowych.
7. Uproszczenie zasad realizacji i zmniejszenie biurokracji poprzez minimalizację zakresu danych sprawozdawczych do NFZ, w tym przede wszystkim likwidacja SMPT i zastąpienie go innym zautomatyzowanym systemem.

Kierunek koniecznych zmian w programach lekowych

Problemy nadmiernej biurokracji, nieoptymalnej wyceny świadczeń, nierównego dostępu do świadczeń są szczególnie widoczne w obszarze programów lekowych, w ramach których ponad 250 tysięcy pacjentów z ciężkimi, przewlekłymi chorobami otrzymuje leczenie na najwyższym poziomie. Wysoki koszt nowoczesnych terapii sprawia, że programy lekowe są bardzo szczegółowo opisane, kontrolowane i raportowane. Jednak w wielu przypadkach stopień sformalizowania tych programów nie nadąża za aktualną praktyką kliniczną, rozwojem technologii lekowych, dostępnością do badań genetycznych ani potrzebami pacjentów.

W związku z powyższym w raporcie *Flexcare, Możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych*⁴, zespół ekspertów w zakresie farmakoekonomii, systemu ochrony zdrowia oraz polityki leko-

4. Raulinajtys-Grzybek, M., Włodarczyk, A., Chrobot, M. (2025): *Flexcare. Możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych*. Modern Health Institute. Warszawa

wej – zaproponował pakiet zmian prawnych, organizacyjnych i finansowych, w szczególności dotyczących zasad rozliczania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Proponowane rozwiązania mogą stanowić pierwszy, ale kluczowy krok w kierunku uelastycznienia i odbiurokratyzowania programów lekowych.

Myślą przewodnią zaproponowanego modelu jest umożliwienie szpitalom prowadzącym

programy lekowe elastycznego przeniesienia części wizyt, badań diagnostycznych lub podań leków bliżej miejsca zamieszkania pacjenta, przy jednoczesnym zachowaniu pełnej kontroli klinicznej nad procesem leczenia. Odpowiedzialność za terapię pozostawałaby po stronie ośrodka wiodącego, natomiast wybrane elementy opieki mogłyby być realizowane w placówkach niższego poziomu referencyjności.

Raport wskazuje na kilka podstawowych kierunków reformy programów lekowych:

- » umożliwienie wykonywania części diagnostyki oraz podań leków w placówkach niższego poziomu opieki (AOS, POZ, opieka domowa), przy zachowaniu nadzoru ośrodka prowadzącego program;
- » wprowadzenie prostszego, bardziej ryczałtowego modelu rozliczania programów lekowych, pozwalającego lekarzom i szpitalom elastycznie decydować o liczbie wizyt, metodzie i miejscu podania leku;
- » weryfikację wycen świadczeń w programach lekowych w celu promowania leczenia ambulatoryjnego i eliminowania bodźców do nieuzasadnionej hospitalizacji;
- » oddanie szpitalom prowadzącym programy decyzji o współpracy z ośrodkami niższego szczebla;
- » ograniczenie biurokracji i eliminację dublowania sprawozdawczości w systemach informatycznych;
- » upowszechnienie możliwości wydawania leków do domu pacjenta oraz odbioru leków w aptekach otwartych;
- » rozwój dodatkowych świadczeń gwarantowanych, takich jak koordynacja opieki czy modele typu Flexcare.

Wobec ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych, starzenia się społeczeństwa oraz dynamicznego rozwoju technologii medycznych, dalsze trwanie przy sztywnych, sformalizowanych modelach realizacji programów lekowych nie jest rozwiązaniem. Elastyczność, automatyzacja i racjonalizacja procesów stają się nie tyle opcją, co koniecznością.

Wnioski i rekomendacje

Programy lekowe pozostają jednym z największych sukcesów polskiego systemu refundacyjnego. Aby jednak mogły dalej skutecznie pełnić swoją rolę, konieczne są racjonalne, ewolucyjne zmiany. Do najważniejszych należą: waloryzacja wycen świadczeń i ryczałtów diagnostycznych, pełne finansowanie działań niepożądanych, faktycz-

na bezlimitowość refundacji leków, uproszczenie biurokracji oraz poprawa dostępności regionalnej.

Wielu ekspertów, Towarzystw Naukowych wskazuje na konieczność modernizacji programów lekowych, która będzie inwestycją – w zdrowie pacjentów, stabilność systemu ochrony zdrowia oraz efektywność ekonomiczną państwa.

Leczenie bliżej pacjenta: Model Flexcare dla programów lekowych

Irena Rej, Izba Gospodarcza „FARMACJA POLSKA”

Polski system ochrony zdrowia zmagają się z wieloma wyzwaniami. Jednym z nich jest zapewnienie bezpiecznego dostępu do innowacyjnej farmakoterapii, do czego wykorzystywane są programy lekowe. Mimo ogromnych korzyści, które niosą one ze sobą, niewątpliwie istnieje pole do poprawy ich funkcjonowania. Dostęp do nowoczesnego leczenia w ramach programów lekowych jest często nierówny, a czasami również nieefektywny. Miejsce zamieszkania, zamożność, itp. sprawiają, że możliwość korzystania z programów lekowych przez niektórych chorych jest utrudniona lub kosztowna. Oprócz tego wiąże się z marnotrawnym zaangażowaniem zasobów ośrodków referencyjnych, które mogłyby być wykorzystane w korzystniejszy dla społeczeństwa sposób. Odpowiedzią na te wyzwania może być model Flexcare.

Flexcare to koncepcja, która zakłada, że to terapia ma podążać za pacjentem, a nie pacjent za terapią. To propozycja decentralizacji i uelastycznienia procesu podawania leków w ramach programów lekowych. Jego istotą jest przeniesienie części świadczeń (wydawania leków, prostych form podania czy monitorowania stanu pacjenta) do placówek Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) lub lokalnych szpitali położonych bliżej domu chorego. Oczywiście przystąpienie do leczenia poza placówką referencyjną będzie decyzją lekarzy we współpracy z pacjentem. Ten model to możliwość, a nie obowiązek.

Podstawą leczenia w trybie Flexcare jest zachowanie bezpieczeństwa i wysokiej jakości świadczeń. Model zakłada, że kluczowe etapy – takie jak kwalifikacja do programu, decydowanie o zmianie leczenia czy okresowa, pogłębiona kontrola nad przebiegiem terapii – nadal realizowane będą przez wysokospecjalistyczny ośrodek referencyjny. Dzięki temu pacjenci otrzymają najwyższy standard świadczeń, a przy tym mogą uniknąć częstych wizyt w ośrodkach specjalistycznych i podnieść swój komfort leczenia. Podmioty referencyjne

zyskają zaś możliwość lepszego wykorzystania swoich zasobów.

Szytwe zasady źródłem nieefektywności

W ramach programów lekowych prowadzona jest terapia innowacyjnymi lekami, wymagającymi monitorowania i kontroli pod kątem skuteczności, bezpieczeństwa i kosztów ich stosowania. Pacjenci muszą regularnie stawać się w ośrodkach referencyjnych w zależności od potrzeb klinicznych i wymogów poszczególnych programów lekowych. Częstotliwość kontaktów pacjenta z ośrodkiem wynika ściśle z opisu programu lekowego. W pewnych przypadkach prowadzi to do pewnych niedorzeczności. Przykładowo, pacjent, nawet jeśli jest objęty terapią do samodzielnego przyjmowania, musi stawić się osobiście po odbiór leków, także w przypadku kiedy nie są przewidziane żadne dodatkowe badania. W okresie pandemii COVID-19 praktykowano wysyłkę części leków do domu pacjenta¹, a także wprowadzono teleporady. Jednak nie przedłużono możliwości korzystania z tych opcji na stałe. Choć w przypadkach

1. Komunikat Ministra Zdrowia dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem z 13.03.2020 r. dostęp: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-dla-podmiotow-leczniczych-realizujacych-umowy>

niektórych programów lekowych były one korzystne zarówno dla pacjenta, ośrodków jak i płatnika publicznego.

Dzisiaj dojazd pacjenta do ośrodka referencyjnego jest dla niektórych chorych kosztowny. W niektórych przypadkach organizowane są nawet publiczne zbiórki na opłacenie dojazdu, czy noclegu, tylko i wyłącznie w celu kontynuacji leczenia. Problem ten jest najbardziej wyraźny w przypadku programów lekowych nierealizowanych w części województw. Przykładowo program B.31 (Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego), którym objętych jest ponad 1400 pacjentów, nie jest realizowany w województwach lubuskim, opolskim, podkarpackim i świętokrzyskim. W 2023 r. w województwach lubuskim i opolskim pacjenci mogli być leczeni w odpowiednio 57 i 60 programach lekowych, a więc w niespełna połowie wszystkich funkcjonujących w tym czasie programów². Przy czym trzeba pamiętać, że brak bliskiej dostępności nie jest problemem błahym. Pacjentom często towarzyszą opiekunowie, zaś korzystanie z programu lekowego wymaga odwiedzania placówki średnio prawie 6 razy w ciągu roku.

Dodatkowo same świadczenia w ramach programów lekowych, często niepotrzebnie przyjmują formę hospitalizacji. Odsetek przyjęć w formie hospitalizacji wynosi 30 proc., jednak statystyka ta nie mówi wszystkiego. Po odjęciu pacjentów tylko z jednego programu lekowego, który realizowany jest wyłącznie w trybie ambulatoryjnym (B.70 – Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki), okazuje się, że aż 40 proc. przyjęć w programach lekowych stanowią hospitalizacje.

Utrzymywanie takiej struktury świadczeń przynajmniej częściowo jest pochodną istniejących bodźców finansowych, struktury organizacyjnej podmiotów (np. brak poradni przy szpitalnej) czy przyzwyczajenia personelu.

W efekcie poziom wydatków płatnika jest wyższy niż wskazują na to potrzeby zdrowotne pacjentów. Kluczowy w tym wypadku jest fakt, że wycena hospitalizacji jest ponad czterokrotnie wyższa od przyjęcia w trybie ambulatoryjnym. Przy czym, koszty zakupu i transportu leków, koszty personelu podającego lek, koszty monitorowania i kontroli stanu pacjenta i inne wydatki wynikające z przyjęcia pacjenta w ramach programu lekowego nie mogą być w pełni pokryte z aktualnej wyceny świadczeń AOS przez płatnika publicznego. Na domiar złego, zasada płatności za procedurę, która skutkuje brakiem przychodów dla placówki w związku z brakiem wizyty pacjenta, stanowi bodziec zniechęcający świadczeniodawców do wydawania leków na dłuższy okres, mimo że takie podejście skutkowałoby istotnymi oszczędnościami.

W efekcie, chociaż z medycznego punktu widzenia wielu pacjentów mogłoby otrzymać pomoc w trybie ambulatoryjnym lub nawet domowym, ze względu na obowiązujące regulacje prawne i kwestie finansowania, preferowane są hospitalizacje. To klasyczne marnotrawstwo zasobów: zajmujemy łóżko szpitalne komuś, kto w dużej mierze potrzebuje jedynie kilkunastominutowej wizyty.

Rosnące potrzeby dostępu do innowacyjnych terapii

Dane epidemiologiczne są nieubłagane. Starzejące się społeczeństwo i zmiana stylu życia zwiększają liczbę zachorowań na choroby cywilizacyjne. Jednocześnie postęp medycyny sprawia, że wiele chorób, takich jak nowotwory czy choroby rzadkie, przyjmuje charakter przewlekły. Jedną z konsekwencji tych przeobrażeń jest wzrost liczby pacjentów w programach lekowych. Tylko w ciągu ostatniej dekady zwiększyła się ona 4-krotnie, z 72 tys. w 2014 r. do ok. 285 tys. w 2024 r.

2. Raulinajtys-Grzybek, M., Włodarczyk, A., Chrobot, M. (2025): Flexicare. Możliwości wprowadzenia elastycznego modelu opieki w programach lekowych. Modern Health Institute. Warszawa

Miało to miejsce przy wzroście liczby programów lekowych w 2025 r. o 35% względem 2021 r. Obecnie realizowane są aż 142 programy lekowe, zaś rozwój medycyny i otwartość polskich rządów do finansowania innowacji będą skutkowały powstaniem kolejnych - tak bardzo oczekiwanych przez pacjentów programów.

Tak szybki wzrost zapotrzebowania na leczenie wymaga zmian w sposobie korzystania pacjentów z programów lekowych. W innym wypadku ta forma dostarczania świadczeń medycznych spotka się z barierą w postaci niedoboru personelu medycznego w ośrodkach specjalistycznych, czy zbyt dużym obciążeniem biurokracją. Powszechną opinią środowiska jest wysoka pracochłonność związana rozliczaniem programów lekowych³. Oprócz obowiązków rozliczeniowych – w tym uzupełniania elektronicznej dokumentacji medycznej oraz przekazywania danych statystyczno-medycznych do NFZ za pośrednictwem systemu do wymiany danych z płatnikiem (SZOI lub Portal Świadczeniodawcy) – dane o realizacji programów lekowych są dodatkowo raportowane w ramach Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT).

Flexcare jest narzędziem, które jest w stanie uwolnić zasoby szpitali specjalistycznych. Dzięki niemu lekarz w ośrodku referencyjnym może poświęcić czas nowemu pacjentowi czekającemu na kwalifikację, zamiast wypisywać kolejną receptę stabilnemu pacjentowi, który mógłby odebrać lek 100 kilometrów dalej, bliżej swojego miejsca zamieszkania.

Elastyczny dostęp do leczenia jest na wyciągnięcie ręki

Już dziś kilkanaście programów (np. w astmie czy hemofilii) dopuszcza kontynuację terapii w domu. To jednak wciąż wyjątki, a nie systemowa reguła dla leków, których podanie,

według charakterystyki produktu leczniczego, możliwe jest w warunkach ambulatoryjnych lub domowych. Flexcare ma to zmienić.

Potencjał wdrożenia tego rozwiązania w Polsce jest ogromny. Obecnie istnieją 142 programy, w których ponad 320 leków jest podawanych doustnie, a ponad 160 wyłącznie podskórnie. Analizy wykazują, że w 68 programach wszystkie podawane leki mogłyby kwalifikować się do elastycznych form wydawania. Według oszacowań, ponad połowa z ogólnej liczby pacjentów korzystających z programów lekowych mogłoby otrzymywać lek w formie do samodzielnego przyjęcia (doustnej/podskórnej/dojelitowej/wziewnej/donosowej/do oczu). Warto podkreślić, że tylko 27 programów (ok. 18%) nie może być realizowanych w ogóle w formie Flexcare. Dodatkowo placówki, przede wszystkim ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, chcące uczestniczyć w modelu musiałyby spełnić wymogi organizacyjne, nawiązać współpracę z apteką szpitalną i zawrzeć umowę z NFZ na współpracę w ramach sieci ośrodków referencyjnych. Całość wspierana byłaby narzędziami cyfrowymi (e-konsylia, IKP).

Sam proces prowadzenia terapii pacjentów i dystrybucji leków mógłby być zbliżony do dotychczasowych rozwiązań. To ośrodek referencyjny dalej wybierałby dostawcę leków (hurtownię farmaceutyczną), zawierał z nim umowę i dokonywał bieżących zamówień leków na potrzeby swoje i AOSów, do których trafiają jego pacjenci. AOS nie będzie podmiotem nabywającym leki, a jedynie posiadaczem leków zakupionych przez ośrodek referencyjny, co oznacza brak konieczności przeprowadzania dodatkowych przetargów. Apteki szpitalne będą samodzielnie realizować swoje obowiązki regulacyjne, w szczególności w zakresie raportowania. Szpital w ramach zawartej umowy będzie po prostu wskazywał różne miejsca dostaw leków,

3. *Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Programy lekowe w Polsce – wnioski z badania ankietowego. Analiza wyzwań i potrzeb świadczeniodawców w zakresie kontraktowania, realizacji i finansowania programów lekowych, Kielce 14 października 2025*

zależnie od tego gdzie pacjent będzie kontynuował leczenie.

Jednocześnie model zakłada, iż zarówno podmiot podający/wydający lek otrzymuje wynagrodzenie, jak i szpital utrzymuje ryczałt na zbliżonym poziomie jak dzisiaj. Finansowanie za pomocą ryczałtu pokrywałoby koordynację terapii pacjenta, realizację wizyt w placówce specjalistycznej oraz telekonsultacje/porady w razie konieczności z ośrodkiem AOS. Poziom ryczałtu wynikałby z charakteru danego programu lekowego, jednak założeniem jest by zapewniał on atrakcyjność modelu dla ośrodków referencyjnych. Wyniki przeprowadzonych obliczeń wskazują, że przy założeniu współczynnika korekty ryczałtu na poziomie 80% obecnych wydatków związanych z istniejącą strukturą świadczeń wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji jednodniowych, w przypadku wdrożenia modelu Flexcare płatnik publiczny poniósłby dodatkowy koszt na poziomie 20,4 mln zł w 2024 roku, przy rozpowszechnieniu modelu Flexcare równym 30% i 34,0 mln zł w przypadku rozpowszechnienia modelu Flexcare na poziomie 50%. Korzyści w postaci obniżenia liczby hospitalizacji sprawiłyby, że ogólne koszty programów lekowych nie uległyby istotnej zmianie. Założeniem autorów modelu Flexcare jest by wykorzystywał on szansę istniejącą w już istniejącym prawie i w jak najmniejszym zakresie wymagał wprowadzania zmian w prawie.

Sukces podobnych modeli na świecie

Model opieki poza ośrodkiem referencyjnym to standard w wielu krajach. W Wielkiej Brytanii, funkcjonują centralnie zarządzane publiczne programy Managed Access, których konstrukcja przypomina polskie programy lekowe. Są nimi obejmowane nowe leki, najczęściej na etapie, kiedy gromadzone są jeszcze dowody dotyczące efektywności kosztowej lub klinicznej, pozwalające na objęcie ich pełną refundacją. Płatnik publiczny (NHS) korzysta z podwykonawców, odpowiedzial-

nych za opiekę domową dostarczających leki bezpośrednio do domów pacjentów. System oferuje wsparcie telefoniczne i telemedyczne, a pacjent jest kierowany do szpitala tylko przy istotnych problemach zdrowotnych.

Od 2016 r. pacjenci onkologiczni w regionie Piacenza we Włoszech mogą korzystać z 4 lokalnych ambulatoriów. Opiekę w ambulatoriach sprawują onkolodzy i pielęgniarki przyjeżdżający z ośrodka referencyjnego. Sposób leczenia prowadzonego lokalnie jest identyczny jak w szpitalu w Piacenzie, zaś leki są przygotowywane w aptece lokalnego ośrodka. Efekt? 99,6% pacjentów jest usatysfakcjonowanych, a 65% uniknęło konieczności angażowania opiekunów do uciążliwych podróży.

W USA system New Haven Health zintegrował farmaceutów ambulatoryjnych z pięcioma poradniami specjalistycznymi. Nowy model współpracy obejmował farmaceutów opieki ambulatoryjnej, farmaceutów specjalistycznych, techników farmacji w opiece ambulatoryjnej, apteki, klinicystów oraz personel opiekę w poradniach. W ciągu 11 miesięcy zrealizowano ponad 1200 wizyt dla 550 pacjentów, co drastycznie skróciło czas oczekiwania na konsultacje i poprawiło nadzór nad farmakoterapią.

Spodziewane korzyści

Wprowadzenie modelu Flexcare to rzadki przypadek, w którym zyskują absolutnie wszyscy uczestnicy systemu. To przede wszystkim oszczędność czasu i pieniędzy pacjentów i podniesienie efektywności systemu ochrony zdrowia. Mniej wyjazdów to mniej dni wolnych od pracy (zarówno dla pacjenta, jak i opiekuna), mniejsze ryzyko infekcji nabytych w poczekalniach i większy komfort psychiczny. Pacjent przestaje czuć się „więźniem szpitala”, co ma kolosalne znaczenie w procesie zdrowienia i powrocie do aktywności społecznej.

Szpitala referencyjne mogą wreszcie zacząć zarządzać swoimi zasobami w sposób efektywny. Flexcare pozwala na ograniczenie kolejek i skrócenie czasu oczekiwania na pierwsze podanie leku. System pozwala szpitalom skupić się na diagnozowaniu nowych pacjentów i leczeniu tych wymagających specjalnej uwagi z powodu swojego stanu zdrowia. Z kolei placówki AOS zyskują nową rolę w systemie, co sprzyja redukcji nierówności regionalnych w dostępie do specjalistów.

Model ten idealnie wpisuje się w strategię „odwracania piramidy świadczeń”. Przesunięcie pacjenta ze szpitala do AOS to oszczędność kosztów operacyjnych. Jednocześnie ograniczenie absencji chorobowej pacjentów w wieku produkcyjnym przekłada się na wymierny zysk dla produkcji gospodarczej.

Terapia na miarę XXI wieku

Model Flexcare nie jest jedynie technologiczną nowinką – to konieczna ewolucja filozofii leczenia. W świecie, w którym medycyna staje się coraz bardziej precyzyjna, organizacja opieki musi stać się bardziej ludzka i elastyczna.

Rezygnacja ze zbędnych wizyt, wykorzystanie nowoczesnych form podania leku i zaufanie do współpracy między różnymi szczeblami opieki zdrowotnej to droga do systemu, który jest wydajny, sprawiedliwy i przyjazny pacjentowi. Flexcare to szansa na to, by nowoczesne leczenie przestało być ciężarem logistycznym, a stało się po prostu częścią normalnego życia pacjenta. Czas na odważne wdrożenie tych zmian w polskim systemie refundacyjnym.





UZA@home i nowa definicja szpitala bez ścian

Dr Agnieszka Sznyk, *Institut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju*

Tradycyjny model opieki zdrowotnej, skoncentrowany na szpitalu i oparty na krótkotrwałych, epizodycznych interwencjach, coraz częściej nie odpowiada na rzeczywiste potrzeby pacjentów, które wykraczają poza mury placówek medycznych. W odpowiedzi na te wyzwania Uniwersytecki Szpital w Antwerpii (UZA) stworzył UZA@home – model opieki pozaszpitalnej, który przenosi kompetencje szpitalne bezpośrednio do domu pacjenta. To rozwiązanie redefiniuje rolę szpitala: z miejsca fizycznego leczenia staje się on ciągłym partnerem w procesie opieki, wykorzystującym narzędzia cyfrowe, telemonitoring oraz interdyscyplinarne zespoły. UZA@home nie jest projektem pilotażowym ani dodatkiem do klasycznej opieki. To element strategicznej transformacji UZA, którego celem jest zapewnienie bezpiecznej, skutecznej i zintegrowanej opieki w środowisku domowym – przy zachowaniu jakości, odpowiedzialności klinicznej i nadzoru na poziomie szpitalnym.

Opieka pozaszpitalna – płynne łączenie różnych poziomów ochrony zdrowia

UZA@home to zintegrowane świadczenie usług medycznych ponad granicami ośrodka medycznego, łącząc opiekę szpitalną, podstawową opiekę zdrowotną, opiekę domową oraz rozwiązania cyfrowe w jeden spójny proces leczenia pacjenta. Kluczem do sukcesu tego modelu jest długoterminowa integracja różnych form świadczeń zdrowotnych. To sprawia, że leczenie nie jest zbiorem odizolowanych od siebie epizodów medycznych, w których pacjent po opuszczeniu kliniki często czuje się zagubiony i pozostawiony samemu sobie.

W dotychczasowym modelu funkcjonującym w Belgii kluczowym problemem była sytuacja, w której pacjent – po wizycie na oddziale ratunkowym lub konsultacji szpitalnej – staje przed wyborem: hospitalizacja albo powrót do domu bez intensywnego nadzoru. Oba rozwiązania niosą ryzyko. Z jednej strony niepotrzebne hospitalizacje przeciążają system i generują koszty, z drugiej – pacjenci wypi-

sani do domu mogą zbyt późno zareagować na pogorszenie stanu zdrowia. UZA@home wprowadza trzecią ścieżkę: powrót do domu przy jednoczesnym objęciu pacjenta stałym, zorganizowanym nadzorem szpitalnym.

Fundamentem prawnym i finansowym dla tego rozwiązania stały się decyzje legislacyjne podjęte w Belgii w lipcu 2023 roku, które stworzyły ramy dla domowej hospitalizacji, szczególnie w obszarach onkologii i antybiotykoterapii. Dla szpitala UZA stało się to sygnałem do pełnego zaangażowania w rozwój opieki pozaszpitalnej, którą uznano za jedną z kluczowych kompetencji placówki, obok tak prestiżowych dziedzin jak onkologia, transplantologia czy medycyna precyzyjna. Projekt ten stał się integralną częścią misji szpitala, łącząc obowiązki kliniczne z działalnością naukową i odpowiedzialnością społeczną za dobrostan pacjentów poza murami instytucji.

UZA@home – koncepcja, infrastruktura i organizacja

UZA@home przenosi ciężar opieki medycznej z tradycyjnych murów szpitalnych bezpośrednio do domów pacjentów. Infrastruktura wspierająca ten model jest równie imponująca co sama jego idea, a jej centralnym punktem jest nowoczesne centrum zarządzania, pełniące funkcję węzła koordynacyjnego. Nie jest to jedynie biuro, lecz miejsce, gdzie w jednym miejscu skupiono zaplecze logistyczne, stanowiska pracy interdyscyplinarnych zespołów opiekuńczych oraz miejsce zgłaszania się pacjentów w razie potrzeby. Od początku 2024 roku pacjenci mogą korzystać z centrum „walk-in” zlokalizowanego tuż przy służbie ratunkowej, gdzie otrzymują wsparcie w każdej kwestii związanej z opieką domową – od pomocy w logowaniu do systemów cyfrowych, po edukację w zakresie obsługi urządzeń monitorujących. To właśnie stąd pielęgniarki wyjeżdżają do domów pacjentów i tutaj spływają wszystkie dane, które podlegają nieustannej analizie przez specjalistów IT oraz kadrę medyczną.

Sukces modelu opiera się na ścisłej współpracy trzech kluczowych filarów. Zespoły kliniczne sprawują nadzór medyczny i podejmują decyzje terapeutyczne, podczas gdy zespoły logistyczne odpowiadają za dostarczenie sprzętu oraz edukację pacjentów. Nad sprawnością systemów czuwają specjaliści IT i e-zdrowia. Taka struktura pozwala na realizację codziennych „cyfrowych obchodów” oraz regularnych spotkań interdyscyplinarnych, co gwarantuje możliwość błyskawicznego reagowania na potrzeby chorych w trybie całodobowym, siedem dni w tygodniu.

Bezpieczeństwo w systemie UZA@home opiera się na ocenie stanu pacjenta za pomocą National Early Warning Score (NEWS), który analizuje siedem kluczowych parametrów klinicznych, w tym częstość oddechu,

saturację czy poziom świadomości pacjenta. Całodobowy zespół pielęgniarski reaguje na każdy alert generowany przez system, co pozwala na wczesne wykrycie pogorszenia stanu zdrowia, często zanim sam pacjent poczuje niepokojące objawy. W razie jakichkolwiek wątpliwości personel nawiązuje kontakt wideo z chorym, a w sytuacjach poważnych możliwe jest natychmiastowe, bezpośrednie przyjęcie na oddział z pominięciem kolejki na oddziale ratunkowym. Takie podejście nie tylko ratuje życie, ale także buduje ogromne zaufanie pacjentów do technologii i personelu medycznego.

Cyfrowy fundament: platforma opieki UZA@home

Aby stać się częścią tego zaawansowanego programu, pacjenci muszą spełniać określone kryteria, które gwarantują efektywność zdalnej opieki. Oprócz wskazań medycznych, kluczowe są podstawowe kompetencje cyfrowe, posiadanie smartfona oraz znajomość języka niderlandzkiego, francuskiego lub angielskiego, co umożliwia sprawną komunikację z personelem.

Po zakwalifikowaniu do programu, pacjent zyskuje dostęp do portalu UZA@home, który pełni funkcję osobistego asystenta zdrowia. Platforma ta umożliwia nie tylko stałe nadzorowanie parametrów życiowych, takich jak ciśnienie krwi, tętno, saturacja, temperatura czy masa ciała w połączeniu z urządzeniami monitorującymi, ale także oferuje bogate zasoby edukacyjne. Każda ścieżka leczenia ma jasno określone parametry monitorowania, czas trwania, odpowiedzialny zespół oraz procedury eskalacji. Pacjenci otrzymują zestawy monitorujące dostosowane do ich potrzeb klinicznych. Dane trafiają bezpośrednio do systemów szpitalnych i elektronicznej dokumentacji medycznej.

System doskonale sprawdza się w przypadku infekcji dróg oddechowych, opieki poopera-

cyjnej czy leczenia urazów i złamań. Przykładem może być pacjent po złamaniu żebra, który w warunkach domowych otrzymuje rozległe wsparcie np. poprzez filmy z ćwiczeniami oddechowymi. Dzięki aplikacji pacjent jest motywowany do regularnego używania trenażerów oddechowych, a jego postępy są na bieżąco monitorowane przez zespół szpitalny, co byłoby trudne do wyegzekwowania po wypisie pacjenta w tradycyjnym modelu opieki.

Pierwotnym obszarem działalności UZA@home były onkologia i hematologia, gdzie domowa hospitalizacja realnie zmieniła jakość życia pacjentów. Projekt obejmuje między innymi podawanie chemioterapii osobom z ostrą białaczką szpikową oraz immunoterapii pacjentom z określonymi typami raka piersi. Wizyty w szpitalu dla osób przewlekle chorych, często w starszym wieku, są ogromnym obciążeniem fizycznym i psychicznym. Możliwość przyjmowania leków w domu, pod okiem pielęgniarki, zapewnia im spokój i pozwala na regenerację w znanym środowisku, przy jednoczesnym zachowaniu rygorystycznych standardów bezpieczeństwa. Podawanie takich leków jak azacytydyna czy trastuzumab w warunkach domowych stało się możliwe dzięki precyzyjnym ramom prawnym, które uznały te terapie za bezpieczne do stosowania poza murami szpitala pod odpowiednim nadzorem.

UZA@home w praktyce

System podawania leków w ramach opieki pozaszpitalnej jest z jednej strony nakierowany na wygodę pacjenta, z drugiej na jego bezpieczeństwo zdrowotne. W związku z tym model kontroli stanu pacjenta i opieka nad nim dopasowana jest m.in. do charakterystyki konkretnego produktu leczniczego, sposobu jego podania i potencjalnych działań niepożądanych.

Przykładem takiego podejścia jest terapia pozaszpitalna trastuzumabem, wykorzystywanym w leczeniu HER2 dodatniego raka piersi¹. Po kwalifikacji do leczenia pierwsze podania trastuzumabu są przeprowadzane w szpitalu, zwykle w połączeniu z chemioterapią. Jeśli leczenie chemioterapią zostanie zakończone, a pierwsze podania trastuzumabu będą dobrze tolerowane, lekarz proponuje pacjentce przystąpienie do programu UZA@home. Jeżeli decyzja pacjentki będzie pozytywna jest ona zaznajamiana ze sposobem działania programu, aplikacją towarzyszącą, sposobami kontaktu z personelem medycznym itp.

Dwa dni przed terminem podania dawki leku pacjentka otrzymuje wiadomość w aplikacji UZA@home, aby wypełnić odpowiedni kwestionariusz – zmierzyć i wprowadzić parametry życiowe. Pielęgniarka ocenia wypełniony kwestionariusz oraz w razie potrzeby omawia go z lekarzem. W przypadku gdy parametry życiowe pozwalają na terapię pozaszpitalną, po wcześniejszym umówieniu konkretnego terminu pielęgniarka odwiedza pacjentkę w jej domu. Sprawdza parametry życiowe przed podaniem leku, następnie wykonuje wstrzyknięcie podskórne leku i ponownie bada parametry życiowe. Zanim pielęgniarka opuści dom, upewnia się, że pacjentka wie w przypadku jakich objawów i w jaki sposób powinna ona skontaktować się ze szpitalem oraz że w najbliższym czasie nie będzie ona sama. Członek rodziny lub opiekun powinien zostać z pacjentką co najmniej na dwie godziny po podaniu leku.

Dawka trastuzumabu podawana jest standardowo co trzy tygodnie. W ramach programu UZA@home trzy na cztery podania leku mogą mieć miejsce w domu. Co dwanaście tygodni pacjentka przychodzi do szpitala na badanie lekarskie, pobranie krwi, badanie serca i podawanie trastuzumabu, po czym kolejne trzy miesiące jest obsługiwana w zaciszu swojego domu.

1. <https://www.uza.be/nl/zorgaanbod/atmhome-antitumorale-middelen-thuisbehandeling-met-trastuzumab>

Projekt Stethoscoop – innowacja w opiece pozaszpitalnej

Innowacyjność systemu przejawia się, nie tylko w możliwości uniknięcia wizyt szpitalnych, ale również w projektach badawczych, takich jak inicjatywa Stethoscoop. Jej celem jest zapobieganie sepsie u pacjentów z grup ryzyka poprzez stały monitoring cyfrowy. Co ważne, projekt ten wykracza poza ramy jednego szpitala, angażując siedem różnych placówek oraz lekarzy pierwszego kontaktu. Dzięki centralizacji kontroli i wymianie danych między różnymi podmiotami, możliwe jest szybkie wykrycie oznak sepsy i natychmiastowa interwencja, co w tym konkretnym schorzeniu decyduje o przeżyciu pacjenta. Jest to doskonały przykład medycyny wykraczającej poza mury szpitala, w której współpraca międzyinstytucjonalna staje się fundamentem nowoczesnego bezpieczeństwa zdrowotnego.

W kierunku szpitala wirtualnego

UZA@home stanowi doskonały przykład zmierzania w kierunku koncepcji w pełni zintegrowanego szpitala wirtualnego. W ciągu najbliższych dekad większość procesów leczniczych może odbywać się w domu pacjenta, a wizyta w placówce stacjonarnej może być

zarezerwowana jedynie dla najbardziej skomplikowanych i inwazyjnych zabiegów. Będzie to możliwe nawet w przypadku tak zaawansowanych metod jak terapia komórkowa CAR-T, wobec której trwają obecnie badania nad możliwością przynajmniej częściowego monitorowania pacjentów w domu po podaniu leku. Transformacja ta wymaga jednak nieustannego rozwoju interoperacyjności systemów, skalowalności rozwiązań oraz edukacji społeczeństwa.

Dla Europy, która boryka się z wyzwaniami demograficznymi, starzejącym się społeczeństwem oraz rosnącymi kosztami ochrony zdrowia, model zaproponowany przez UZA@home jest nie tylko inspiracją, ale gotowym wzorcem do wdrożenia. Pokazuje on, że wysoka jakość opieki, bezpieczeństwo pacjenta i innowacyjność nie są przypisane wyłącznie do budynków szpitalnych. Przeniesienie ciężaru opieki bliżej pacjenta buduje bardziej odporny i elastyczny system, który potrafi odpowiedzieć na indywidualne potrzeby jednostki, jednocześnie optymalizując zasoby publiczne. To dowód na to, że medycyna przyszłości może być cyfrowa, a przy tym ludzka i pozbawiona zbędnych barier architektonicznych, stawiając w centrum dobrostan chorego.





MAGAZYN „HEALTH MANAGEMENT”
POWSTAŁ DZIĘKI WSPARCIU
FIRMY ROCHE

