

PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO

STATE AND SOCIETY

E-ISSN 2451-0858 ISSN 1643-8299

ROK XXV: 2025, NR 2

Copyright© 2025 by the Author

Opublikowano w wolnym dostępie (Open Access) na licencji CC BY-NC-ND 4.0

DOI: 10.48269/2451-0858-pis-2025-2-010

Data wpłynięcia: 16.12.2025

Data akceptacji: 19.12.2025



ANALIZA FINANSOWANIA PROGRAMÓW LEKOWYCH W LATACH 2016–2024 JAKO ISTOTNEGO ELEMENTU DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ LEKOWYCH W POLSCE¹

Michał Seweryn^{1,A-D}

<https://orcid.org/0000-0001-7196-0015>

Anna Łuc-Seweryn^{1,2,B,E}

<https://orcid.org/0009-0005-3032-4326>

Anna Mokrzycka^{1,F}

<https://orcid.org/0000-0001-6037-0300>

Elżbieta Gabrowska^{1,F}

<https://orcid.org/0000-0002-9076-6418>

Sławomir Koziol^{1,F}

<https://orcid.org/0000-0002-7703-4407>

Wojciech Trąbka^{1,F}

<https://orcid.org/0000-0002-7233-2536>

¹ Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Collegium Medicum – Wydział Nauk o Zdrowiu

² Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,

D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

¹ Dane wykorzystane w badaniu mogą zostać udostępnione przez autora korespondencyjnego na uzasadnioną prośbę.

Autor do korespondencji

Michał Seweryn, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Collegium Medicum – Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków, e-mail: mseweryn1@uafm.edu.pl

Streszczenie

Wprowadzenie: Programy lekowe są kluczowym instrumentem polityki refundacyjnej w Polsce, który umożliwia finansowanie innowacyjnych i wysokokosztowych terapii w ściśle określonych populacjach pacjentów. Celem pracy była analiza finansowania programów lekowych w Polsce w latach 2016–2024 jako elementu polityki refundacyjnej i zdrowotnej.

Materiał i metody: Przeprowadzono retrospektywną analizę opisową danych wtórnych z obwieszczeń refundacyjnych ministra zdrowia oraz zagregowanych danych Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeń. Oceniono zmiany skali programów, w liczbie pacjentów i wydatkach (leki, świadczenia) oraz rozbieżności między kwotami sprawozdanych i rozliczonymi.

Wyniki: W latach 2016–2024 liczba programów wzrosła z 73 do 133, liczba cząsteczek z 161 do 392, a liczba pacjentów z 105,6 tys. do 302,1 tys. Koszty łączne zwiększyły się z 3,157 mld zł do 12,547 mld zł; koszt na pacjenta wzrósł z 29 896 zł do 41 533 zł, a udział kosztów świadczeń z 8,1% do 11,4%. W 2024 r. rozliczono 95,37% kwot sprawozdanych (luka 613,8 mln zł).

Wnioski: Finansowanie programów lekowych rosło szybciej niż wolumen leczenia, a rosnący udział kosztów świadczeń wskazuje na zwiększenie znaczenia diagnostyki i monitorowania. Narastająca luka na linii sprawozdane–rozliczone może zagrażać płynności realizatorów (szpitali) i wymaga systematycznego monitorowania.

Słowa kluczowe: programy lekowe, polityka refundacyjna, wydatki publiczne, polityka zdrowotna

Wprowadzenie

Programy lekowe stanowią w polskim systemie ochrony zdrowia odrębną kategorię świadczeń gwarantowanych, zaprojektowaną z myślą o zapewnieniu dostępu do terapii innowacyjnych i wysokokosztowych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Odgrywają istotną rolę w realizacji polityki zdrowotnej i refundacyjnej państwa, wspierając dostęp pacjentów do nowoczesnych metod leczenia [1].

Leczenie w ramach programów lekowych jest ograniczone do wybranych jednostek chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną populację pacjentów. Taka konstrukcja nadaje programom lekowym charakter instrumentu polityki refundacyjnej, który łączy cele kliniczne z potrzebą racjonalizacji i kontroli wydatków publicznych. W praktyce programy lekowe stanowią obszar, w którym szczególnie wyraźnie ujawnia się konieczność równoważenia dostępności terapii z ograniczeniami budżetowymi, a ich rola rośnie wraz z dynamiką wprowadzania nowych technologii lekowych oraz zmianami w strukturze potrzeb zdrowotnych.

Podstawą organizacyjną programów jest ich formalna treść publikowana jako załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dokument ten precyzuje kluczowe elementy interwencji, w tym kryteria kwalifikacji pacjentów do leczenia (włączenia do programu) oraz kryteria wyłączenia z programu, schemat dawkowania i sposób podawania produktów leczniczych, a także zakres badań diagnostycznych wymaganych na etapie kwalifikacji i w toku monitorowania terapii. Ustandaryzowanie zasad realizacji programów ma na celu zapewnienie jednolitości postępowania, bezpieczeństwa terapii oraz porównywalności efektów klinicznych, a równocześnie tworzy ramy umożliwiające planowanie i rozliczanie świadczeń przez płatnika publicznego.

Jednocześnie kryteria włączenia do programu pełnią funkcję nie tylko kliniczną, lecz także ekonomiczno-organizacyjną – stanowią jeden z podstawowych mechanizmów kontroli wydatków i ograniczania ryzyka eskalacji kosztów. Obok mechanizmów podziału ryzyka (*risk-sharing schemes*, RSS), realizowanych w ramach umów zawieranych pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi (firmami farmaceutycznymi) a ministrem zdrowia, kryteria te pozwalają na zawężenie populacji do pacjentów, którzy z największym prawdopodobieństwem odniosą korzyść kliniczną z interwencji. W efekcie zwiększają przewidywalność wpływu finansowego programu, ułatwiają utrzymanie terapii w ramach określonego budżetu oraz umożliwiają płatnikowi bieżące monitorowanie warunków kontynuacji leczenia na podstawie mierzalnych kryteriów i wyników obserwacji.

Jednocześnie wydaje się, że ta forma finansowania drogich terapii lekowych nie stanowi już przedmiotu debaty, jak miało to miejsce wcześniej [2]. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma analiza skali i dynamiki finansowania programów lekowych oraz identyfikacja zmian w alokacji środków publicznych, które mogą odzwierciedlać priorytety polityki zdrowotnej państwa.

Celem niniejszego artykułu jest analiza finansowania programów lekowych w Polsce w latach 2016–2024 jako istotnego elementu polityki refundacyjnej i zdrowotnej, z uwzględnieniem trendów wydatkowych oraz ich potencjalnych implikacji dla dostępności świadczeń lekowych dla pacjentów. Wiedząc, że skutki nierównowagi finansowej ponoszą w polskim systemie często świadczeniodawcy, u których pojawia się zadłużenie [3], starano się również zbadać skalę nierównowagi wynikającą z rozbieżności między kwotami sprawozdanymi a rozliczonymi dla świadczeń lekowych.

Material i metody

Badanie miało charakter retrospektywnej analizy opisowej danych wtórnych (*desk research*) dotyczących finansowania programów lekowych w Polsce

w latach 2016–2024. Dane pochodziły z obwieszczeń refundacyjnych ministra zdrowia [4] oraz zagregowanych danych o programach lekowych udostępnianych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) [5]. Wybór okresu obserwacji był podyktowany dostępnością danych w systemie BASiW. Jednostką analizy był rok kalendarzowy, a zakres informacji obejmował liczbę programów lekowych, liczbę cząsteczek (substancji czynnych) finansowanych w programach, liczbę pacjentów (w tys.), koszty leków oraz koszty świadczeń związanych z realizacją programów (w mln zł). Ze względu na zagregowany charakter danych i brak informacji o zmienności wewnątrzrocznej, analizę ukie-runkowano na opis trendów i porównanie wskaźników w czasie, bez testów istotności statystycznej i bez wnioskowania przyczynowego.

Dla każdej zmiennej obliczono dynamikę rok do roku (r/r) oraz indeksy jed-nopodstawowe (2016 = 100), co umożliwiło porównywalną prezentację zmian w całym analizowanym okresie. Dodatkowo wyznaczono średnioroczne tem-po zmian (*compound annual growth rate*, CAGR) dla kluczowych kategorii (koszty leków, koszty świadczeń, koszty łączne, liczba pacjentów, liczba pro-gramów oraz liczba cząsteczek) jako syntetyczną miarę długookresowego tren-du. W celu oceny relacji pomiędzy skalą programu a obciążeniem finansowym obliczono wskaźniki jednostkowe, w tym koszt leków, koszt świadczeń i koszt całkowity w przeliczeniu na pacjenta, a także koszty w przeliczeniu na program oraz na cząsteczkę. Oceniono również strukturę finansowania przez wyznacze-nie udziału kosztów świadczeń w kosztach całkowitych programów lekowych. Dla jakościowej interpretacji mechanizmów zmian w czasie zestawiono trendy kosztów całkowitych, liczby pacjentów oraz kosztu na pacjenta, co pozwoliło rozróżnić, czy obserwowany wzrost wydatków był w większym stopniu zwią-zany ze zwiększeniem wolumenu świadczeń (wzrost liczby pacjentów), czy ze zmianą intensywności kosztowej terapii (wzrost kosztu jednostkowego).

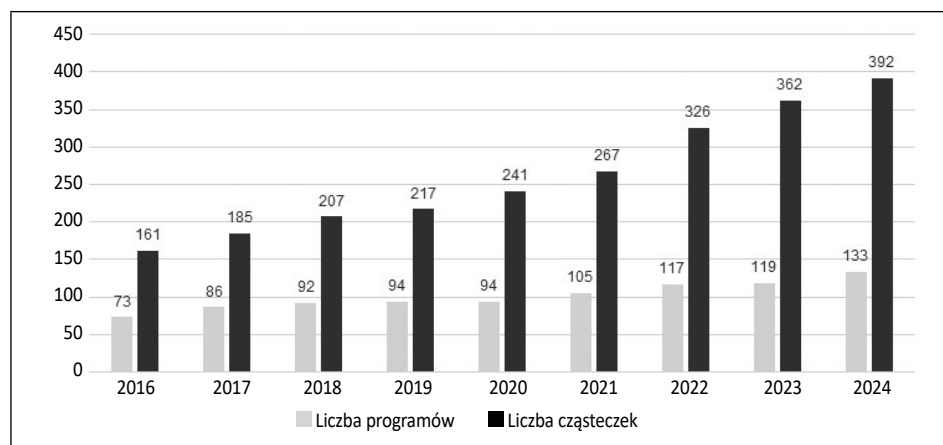
Dodatkowo, w celu syntetycznego opisu kierunku i tempa zmian w czasie, zastosowano regresję OLS z rokiem (kodowanym jako rok–2016) jako zmienną niezależną, traktując uzyskane parametry wyłącznie w kategorii miary trendu dla danych rocznych. Oszacowano modele liniowe (interpretowane jako prze-ciętny przyrost absolutny w czasie) oraz, dla wybranych zmiennych, modele log-liniowe umożliwiające przybliżoną ocenę przeciętnego tempa zmian w uję-ciu procentowym. Wyniki regresji interpretowano opisowo, jako uzupełnienie analizy trendów i wskaźników, z uwagi na ograniczoną liczbę obserwacji oraz szeregowy charakter danych. Analizę regresji wykonano w programie Micro-soft Excel 365.

Wyniki

Zmiany w zakresie skali programów lekowych w latach 2016–2024

W analizowanym okresie odnotowano systematyczny wzrost skali programów lekowych mierzony zarówno liczbą programów, jak i liczbą częściłek finansowanych w tej formule (rycina 1). Liczba programów wzrosła z 73 w 2016 r. do 133 w 2024 r., co odpowiada wzrostowi o 82,2% (CAGR 7,8%/rok). Jeszcze większą dynamikę wykazała liczba częściłek, która zwiększyła się z 161 do 392, tj. o 143,5% (CAGR 11,8%/rok). Wyniki te wskazują na istotne rozszerzenie zakresu terapeutycznego programów lekowych w Polsce w latach 2016–2024, zarówno w ujęciu organizacyjnym (liczba programów), jak i w ujęciu portfela technologii (liczba substancji czynnych).

Rycina 1. Liczba programów lekowych i liczba częściłek w programach lekowych w Polsce w latach 2016–2024

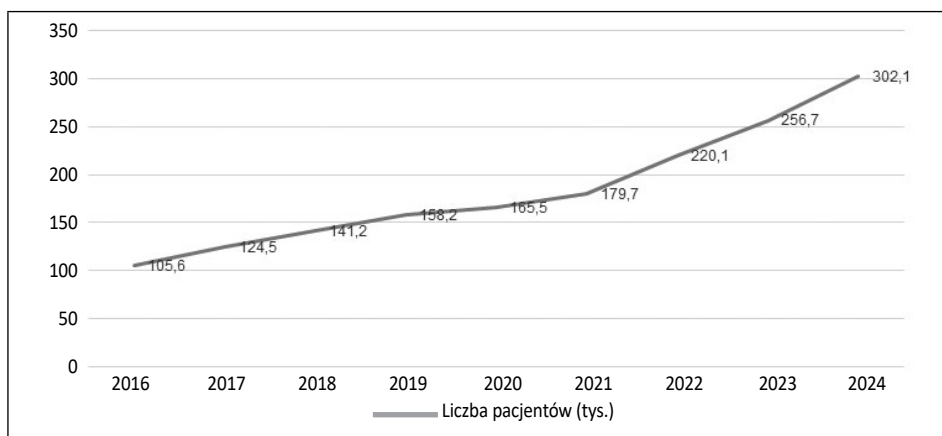


Źródło: opracowanie własne na podstawie [4,5].

Zmiany liczby pacjentów objętych programami lekowymi

W tym samym czasie znacząco zwiększyła się liczba pacjentów leczonych w ramach programów lekowych (rycina 2). Wzrosła ona z 105,6 tys. w 2016 r. do 302,1 tys. w 2024 r., co oznacza wzrost o 186,1% (CAGR 14,0%/rok). Dynamika rok do roku była zróżnicowana: najwyższe tempo wzrostu liczby pacjentów odnotowano w 2022 r. (22,5% r/r), natomiast relatywnie najniższe w 2020 r. (4,6% r/r). Obserwowana zmienność jest podobna do innych rodzajów świadczeń i pokazuje wyraźny wpływ pandemii COVID-19 na system ochrony zdrowia w Polsce, ale nie zakłóca ogólnego trendu wzrostowego w całym horyzoncie analizy.

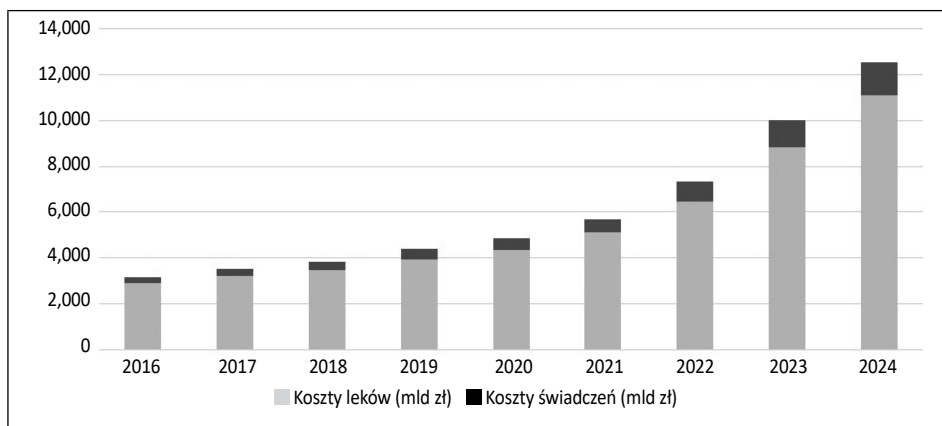
Rycina 2. Liczba pacjentów w programach lekowych w Polsce w latach 2016–2024 (tys.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [5].

Poziom i dynamika finansowania programów lekowych oraz struktura kosztów

Rycina 3. Koszty leków i koszty świadczeń w programach lekowych w Polsce w latach 2016–2024 (mld zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [5].

Analiza (rycina 3) wykazała silny wzrost nakładów płatnika publicznego przeznaczanych na programy lekowe. Koszty leków zwiększyły się z 2,903 mld zł w 2016 r. do 11,110 mld zł w 2024 r. (+282,7%), co odpowiada CAGR 18,3%/rok. Koszty świadczeń związanych z realizacją programów (np. diagnostyka przy kwalifikacji, podawanie produktów leczniczych, monitorowanie) wzrosły z 254 mln zł do 1,437 mld zł (+465,8%), przy wyższym średniorocznym tempie wzrostu (CAGR 24,2%/rok). Łączne koszty programów lekowych (leki

+ świadczenia) wzrosły z 3,157 mld zł w 2016 r. do 12,547 mld zł w 2024 r. (+297,4%; CAGR 18,8%/rok).

Dynamika roczna wskazuje na przyspieszenie wzrostu wydatków w końcowej części analizowanego okresu. W 2022 r. koszty łączne wzrosły o 28,5% r/r, w 2023 r. o 36,5% r/r, a w 2024 r. o 25,6% r/r. Jednocześnie rok 2020 wyróżniał się relatywnie niższą dynamiką kosztów świadczeń (6,6% r/r) przy utrzymującym się wzroście kosztów leków (11,3% r/r) i kosztów łącznych (10,8% r/r), co należy interpretować tymi samymi powodami jak obserwowane w tym roku wyhamowanie przyrostu liczby pacjentów.

W analizowanym okresie zmieniła się struktura wydatków w kierunku wzrostu znaczenia komponentu świadczeniowego. Udział kosztów świadczeń w kosztach całkowitych wzrósł z 8,1% w 2016 r. do 11,4% w 2024 r., osiągając wartość maksymalną w 2023 r. (11,8%). Wzrost udziału kosztów świadczeń może odzwierciedlać różne czynniki, poziom zaawansowania diagnostyki wymaganej przy kwalifikacji do programów (np. diagnostyki molekularnej w programach onkologicznych) oraz przy monitorowaniu programów.

Wskaźniki jednostkowe: koszty w przeliczeniu na pacjenta

Wskaźniki jednostkowe (tabela 1) wykazały, że wzrost łącznych nakładów nie był wyłącznie konsekwencją zwiększenia liczby pacjentów, lecz towarzyszył mu również wzrost kosztu w przeliczeniu na osobę leczoną. Koszt całkowity na pacjenta zwiększył się z 29 896 zł w 2016 r. do 41 533 zł w 2024 r. (+38,9%). W tym samym czasie koszt leków na pacjenta wzrósł z 27 491 zł do 36 776 zł, natomiast koszt świadczeń na pacjenta wzrósł z 2405 zł do 4757 zł.

Tabela 1. Koszty programów lekowych w przeliczeniu na pacjenta w Polsce w latach 2016–2024 (koszt leków, koszt świadczeń oraz koszt łączny)

Rok	Koszt leków/ pacjenta (zł)	Koszt świadczeń/ pacjenta (zł)	Koszt łącznie/ pacjenta (zł)
2016	27 491 zł	2405 zł	29 896 zł
2017	25 703 zł	2474 zł	28 177 zł
2018	24 632 zł	2606 zł	27 238 zł
2019	24 810 zł	2870 zł	27 680 zł
2020	26 405 zł	2924 zł	29 329 zł
2021	28 592 zł	3116 zł	31 708 zł
2022	29 473 zł	3789 zł	33 262 zł
2023	34 340 zł	4585 zł	38 925 zł
2024	36 776 zł	4757 zł	41 533 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie [5].

Warto podkreślić, że w latach 2016–2019 obserwowano spadek kosztu całkowitego na pacjenta (z 29 896 zł do 27 680 zł), po czym od 2020 r. nastąpiło odwrócenie trendu i wyraźny wzrost tego wskaźnika (do 41 533 zł w 2024 r.). Może to sugerować, że w początkowych latach wzrost wolumenu świadczeń był relatywnie szybszy niż wzrost kosztów, natomiast w drugiej części badanego okresu wzrastała kosztowność terapii w programach, czego najbardziej prawdopodobną przyczyną było włączanie kolejnych technologii o wysokim koszcie jednostkowym.

Koszty w przeliczeniu na program i na cząsteczkę

Uzupełniając przeanalizowano obciążenie finansowe w relacji do liczby programów oraz liczby cząsteczek (tabela 2). Koszt łączny na program wzrósł z 43,25 mln zł w 2016 r. do 94,34 mln zł w 2024 r., a koszt leków na program z 39,77 mln zł do 83,53 mln zł. Z kolei koszt łączny na cząsteczkę zwiększył się z 19,61 mln zł w 2016 r. do 32,01 mln zł w 2024 r., a całkowity koszt leków na cząsteczkę z 18,03 mln zł do 28,34 mln zł. Wzrost tych wskaźników wskazuje, że zwiększaniu portfela programów i substancji towarzyszyło także zwiększenie średniego obciążenia finansowego przypadającego na program i na cząsteczkę, co może być spójne z rosnącą wartością i kosztownością finansowanych technologii.

Tabela 2. Koszty programów lekowych w przeliczeniu na program i cząsteczkę w Polsce w latach 2016–2024

Rok	Leki/program (mln zł)	Łącznie/program (mln zł)	Leki/cząsteczkę (mln zł)	Łącznie/cząsteczkę (mln zł)
2016	39,77	43,25	18,03	19,61
2017	37,21	40,79	17,30	18,96
2018	37,80	41,80	16,80	18,58
2019	41,76	46,59	18,09	20,18
2020	46,49	51,64	18,13	20,14
2021	48,93	54,27	19,24	21,34
2022	55,44	62,57	19,90	22,46
2023	74,08	83,97	24,35	27,60
2024	83,53	94,34	28,34	32,01

Źródło: opracowanie własne na podstawie [5].

Rozbieżność między kwotami sprawozdanymi a rozliczonymi

W latach 2016–2024 utrzymywała się różnica pomiędzy kwotami świadczeń sprawozdanymi a kwotami rozliczonymi w programach lekowych (tabela 3),

przy czym w ostatnich latach obserwowano jej wyraźne narastanie. W 2016 r. luka miała charakter marginalny i wynosiła 9,1 mln zł, co odpowiadało 99,71% rozliczenia względem sprawozdania. W kolejnych latach relacja rozliczone–sprawozdane pozostawała na ogół wysoka (często powyżej 99%), jednak wystąpiły okresy wyraźnego pogorszenia: w 2020 r. rozliczono 96,19% kwot sprawozdanych (luka 192,5 mln zł), w 2023 r. 97,27% (luka 280,7 mln zł), a w 2024 r. jedynie 95,37% (luka 613,8 mln zł). Oznacza to, że w 2024 r. ok. 4,63% wartości świadczeń wykazanych w sprawozdawczości nie przełożyło się na rozliczenie finansowe w tym samym ujęciu rocznym.

Tabela 3. Różnica w kwotach sprawozdanych i rozliczonych na programy lekowe w Polsce w latach 2016–2024

Rok	Sprawozdane (mln zł)	Rozliczone (mln zł)	Różnica (mln zł)
2016	3166,31	3157,18	9,1
2017	3570,25	3507,96	62,3
2018	3873,00	3846,17	26,8
2019	4406,02	4378,69	27,3
2020	5047,08	4854,54	192,5
2021	5730,06	5697,67	32,4
2022	7332,21	7320,75	11,5
2023	10 273,35	9992,61	280,7
2024	13 262,52	12 648,75	613,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie [5].

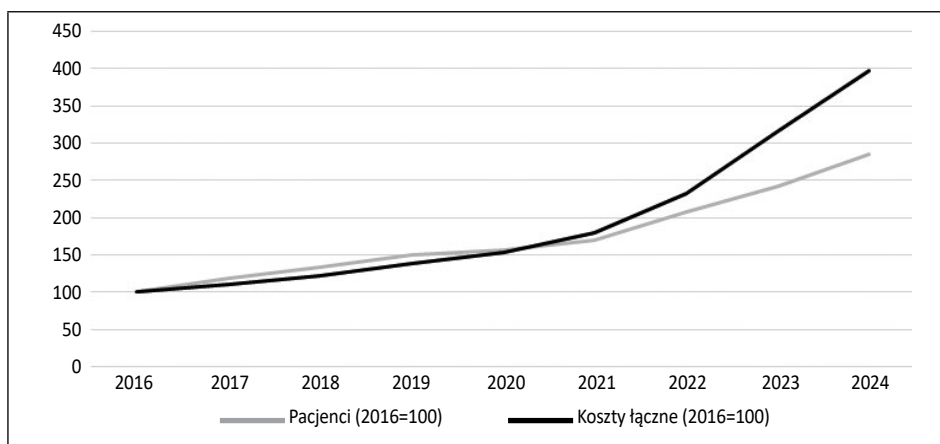
Wzrost luki w latach 2023–2024 ma istotny wymiar systemowy nie tylko ze względu na wartości bezwzględne (odpowiednio 280,7 mln zł i 613,8 mln zł), ale również z uwagi na skalę zjawiska widoczną w statystykach na poziomie programów. W 2024 r. mediana relacji rozliczone–sprawozdane na program wyniosła 95,39%, a średnia 94,50%, co sugeruje, że obniżenie rozliczalności nie dotyczyło wyłącznie pojedynczych programów (incydentalnych odchyień), lecz miało charakter bardziej rozpowszechniony w portfelu programów. Warto podkreślić, że obserwowany wzrost luki w 2024 r. jest wielokrotnie wyższy niż w pierwszych latach analizy, co może zwiększać wrażliwość finansową realizatorów programów lekowych.

Trend czasowy – ujęcie syntetyczne (regresja opisowa)

W celu syntetycznego opisu kierunku i tempa zmian w latach 2016–2024 oszacowano modele trendu metodą najmniejszych kwadratów (OLS), z rokiem (kodowanym jako rok–2016) jako zmienną objaśniającą, traktując wyniki wyłącznie

opisowo (rycina 4). Model liniowy wskazał przeciętny przyrost liczby pacjentów na poziomie ok. 22,7 tys. rocznie ($R^2 = 0,93$). W zakresie finansowania oszacowano przeciętny przyrost kosztów leków o ok. 948 mln zł rocznie ($R^2 = 0,85$), kosztów świadczeń o ok. 140 mln zł rocznie ($R^2 = 0,86$) oraz kosztów łącznych o ok. 1,088 mld zł rocznie ($R^2 = 0,85$). Dodatkowo, w modelach log-liniowych średnie tempo wzrostu wyniosło ok. 13,1% rocznie dla liczby pacjentów oraz ok. 18,6% rocznie dla kosztów łącznych, co potwierdza, że nakłady finansowe rosły szybciej niż wolumen leczenia w programach lekowych.

Rycina 4. Trend zmian liczby pacjentów oraz kosztów łącznych programów lekowych w Polsce w latach 2016–2024 (indeksy 2016 = 100) wraz z liniami trendu liniowego (OLS)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [5].

Dyskusja

Programy lekowe w ujęciu systemowym stały się jednym z kluczowych instrumentów realizacji polityki refundacyjnej w Polsce, łącząc cel zdrowotny (zwiększanie dostępu do terapii wysokokosztowych i innowacyjnych) z potrzebą utrzymania dyscypliny wydatków publicznych. Taki charakter programów – jako narzędzia zarządzania dostępem w warunkach napiętych ograniczeń budżetowych – był podkreślany także w analizach dotyczących onkologii, wskazujących na konieczność optymalnego wykorzystania ich potencjału klinicznego i organizacyjnego [6]. Jednocześnie, w świetle mechanizmów polityki refundacyjnej, kluczowe znaczenie mają narzędzia ograniczania ryzyka eskalacji wydatków. W polskim modelu rolę tę pełnią m.in. instrumenty dzielenia ryzyka [7], które z jednej strony umożliwiają coraz szerszą refundację leków, co znajduje odzwierciedlenie m.in. w dynamicznym rozwoju programów lekowych w Polsce, a z drugiej strony nie są pozbawione wad i powinny być stosowane z ostrożnością [8].

Tym niemniej badanie własne potwierdziło wnioski z podobnych prowadzonych wcześniej analiz [1], że rosnące w Polsce wydatki na programy lekowe niewątpliwie poprawiają dostęp pacjentów do najbardziej innowacyjnych terapii onkologicznych i nieonkologicznych.

Jednocześnie w badanym okresie dynamika finansowania rosła szybciej niż wolumen świadczeń (mierzony liczbą leczonych pacjentów), co wskazuje, że ekspansja programów nie była wyłącznie efektem „poszerzania dostępu” (większej liczby chorych), lecz również konsekwencją rosnących kosztów technologii włączanych do finansowania oraz zmian w strukturze kosztów. W tym kontekście istotne jest, że obserwowany wzrost udziału komponentu świadczeniowego w kosztach całkowitych można wiązać przede wszystkim z rosnącą intensywnością i złożonością diagnostyki wymaganej w programach (kwalifikacja i monitorowanie). Jest to o tyle istotne, że literatura [9] pokazuje niedopasowanie mechanizmów finansowania diagnostyki do kosztów rzeczywistych ponoszonych przez ośrodki realizujące programy.

W dyskusji o optymalizacji programów lekowych szczególnie użyteczne są rekomendacje środowiska klinicznego i eksperckiego [10], które wskazują m.in. na potrzebę upraszczania konstrukcji programów, ograniczania barier formalnych, poprawy jakości danych w systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) oraz – co kluczowe – zapewnienia, by programy były oparte na algorytmach zgodnych z międzynarodowymi standardami i wytycznymi klinicznymi.

Ograniczeniem niniejszej pracy pozostaje fakt, że analiza opiera się tylko na części dostępnych danych, zwłaszcza danych zagregowanych, pochodzących z Narodowego Funduszu Zdrowia. Z punktu widzenia dalszych badań i praktyki polityki zdrowotnej uzasadnione wydaje się połączenie w przyszłych publikacjach analiz z dodatkową oceną dostępności programów dla pacjentów (kolejki oczekujących) i wpływu obecnej struktury finansowania tej grupy świadczeń na wynik finansowy realizatorów o wyniki badań ankietowych przeprowadzonych na reprezentatywnej liczbie jednostek realizujących programy lekowe w Polsce.

Wnioski

W latach 2016–2024 programy lekowe w Polsce uległy istotnej ekspansji – wzrosła liczba programów, zakres portfela technologii oraz liczba pacjentów leczonych w tej formule. Jednocześnie wzrost finansowania programów lekowych był szybszy niż wzrost wolumenu świadczeń, co potwierdzają zarówno wskaźniki jednostkowe (wzrost kosztu na pacjenta), jak i ujęcie trendu w czasie. Równolegle zwiększał się udział komponentu świadczeniowego w kosztach całkowitych, co może wskazywać na rosnące znaczenie kosztów diagnostyki (w tym monitorowania leczenia) w realizacji programów.

Niepokojącym zjawiskiem jest narastająca w ostatnich latach rozbieżność pomiędzy kwotami sprawozdanymi a rozliczonymi, szczególnie widoczna w latach 2023–2024, co może stanowić istotne ryzyko dla płynności finansowej i stabilności działania szpitali realizujących programy lekowe. Z perspektywy podmiotów leczniczych kwoty sprawozdane odzwierciedlają wykonanie świadczeń i poniesienie kosztów, natomiast brak pełnego rozliczenia oznacza ryzyko powstania luki przychodowej. W konsekwencji może to prowadzić do pogorszenia płynności finansowej, konieczności krótkoterminowego finansowania kosztów z innych źródeł oraz wzrostu niepewności w planowaniu zasobów (personel, diagnostyka, logistyka świadczeń). W warunkach rosnącej skali programów i wzrostu kosztów jednostkowych utrwalanie się różnicy między sprawozdaniem a rozliczeniem może także przekładać się na bardziej zachowawcze podejście świadczeniodawców do kwalifikowania kolejnych pacjentów czy kontraktowania nowych programów, co w dalszej perspektywie może ograniczać dostępność terapii.

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę dalszego, systematycznego monitorowania zarówno dynamiki wydatków i kosztów jednostkowych programów lekowych, jak i mechanizmów rozliczania świadczeń w tej formule. Jest to kluczowe dla ograniczania ryzyka eskalacji kosztów, zapewnienia bezpieczeństwa finansowego realizatorów oraz utrzymania ciągłości dostępu pacjentów do leczenia.

Bibliografia

1. Mela A, Poniatowski ŁA, Drop B, Furtak-Niczyporuk M, Jaroszyński J, Wrona W, Staniszevska A, Dabrowski J, Czajka A, Jagielska B, Wojciechowska M, Niewada M. *Overview and Analysis of the Cost of Drug Programs in Poland: Public Payer Expenditures and Coverage of Cancer and Non-Neoplastic Diseases Related Drug Therapies from 2015–2018 Years*. *Front Pharmacol*. 2020;11:1123, <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.01123>.
2. Seweryn M, Koperny M, Drobisz-Miętkiewicz A. *Finansowanie najdroższych terapii lekowych w Polsce a problemy w dostępie do nich. Analiza poziomu finansowania i opłacalności programów terapeutycznych*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2011;9(2):97–104.
3. Golinowska S, Sowada C, Tambor M, Dubas K, Jurkiewicz-Świątek I, Kocot E, Seweryn M, Evetovits T. *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*. Fundacja Zdrowia Publicznego. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2012.
4. Ministerstwo Zdrowia. Obwieszczenia ministra zdrowia – lista leków refundowanych; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych> [dostęp: 15.11.2025].
5. Ministerstwo Zdrowia. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych. *Programy lekowe*; <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/programy-lekowe/> [dostęp: 18.11.2025].

6. Rogowski W, Zyśk R, Krzakowski M. *Programy lekowe w onkologii. Jak optymalnie wykorzystać ich możliwości?*. Onkol Prakt Klin Edu. 2018;4(5):321–333, https://doi.org/10.5603/owpk_edu.61495.
7. Jahnz-Różyk K, Kawalec P, Malinowski K, Czok K. *Drug Policy in Poland*. Value Health Reg Issues. 2017;13:23–26, <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.07.001>.
8. Adamski J, Godman B, Ofierska-Sujkowska G, Osińska B, Herholz H, Wendykowska K, Laius O, Jan S, Sermet C, Zara C, Kalaba M, Gustafsson R, Garuolienė K, Haycox A, Garattini S, Gustafsson LL. *Risk sharing arrangements for pharmaceuticals: potential considerations and recommendations for European payers*. BMC Health Serv Res. 2010;10:153, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-153>.
9. Futyma K, Śliwczyński A. *A preliminary model for assessing real costs incurred by a healthcare entity in connection with the implementation of an oncological drug programme*. Med Og Nauk Zdr. 2022;28(2):149–156, <https://doi.org/10.26444/monz/150619>.
10. Jassem J, Krzakowski M, Chorostowska J, Duchnowska R, Czech M, Dziadziuszko R, Hus I, Kubiawski T, Potemski P, Radecka B, Rutkowski P, Wysocki P, Zająca JM, Jakubiak K. *Programy lekowe w onkologii: rekomendacje zmian*. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego NOWOTWORY. 2022;7(2):150–153.

Analysis of the financing of drug programs in 2016–2024 as an important component of access to drug therapies in Poland

Abstract

Introduction and objective: Drug programs are a key instrument of reimbursement policy in Poland, enabling the public financing of innovative and high-cost therapies in strictly defined patient populations. The aim of this study was to analyze the financing of drug programs in Poland in 2016–2024 as an element of reimbursement and health policy.

Material and methods: A retrospective descriptive analysis of secondary data was conducted using the Minister of Health's Reimbursement Notices and aggregated data from the System and Implementation Analyses Database. Changes in the scale of programs and the number of patients were assessed, as well as expenditures (medicines, services) and discrepancies between reported and settled amounts.

Results: In 2016–2024, the number of programs increased from 73 to 133, the number of active substances from 161 to 392, and the number of patients from 105.6 thousand to 302.1 thousand. Total costs rose from PLN 3,157 billion to PLN 12,547 billion; cost per patient increased from PLN 29,896 to PLN 41,533, and the share of service costs grew from 8.1% to 11.4%. In 2024, 95.37% of reported amounts were settled (a gap of PLN 613.8 million).

Conclusions: Financing of drug programs grew faster than treatment volume, and the increasing share of service costs indicates a greater role of diagnostics and monitoring. The widening reported–settled gap may threaten the liquidity of providers (hospitals) and requires systematic monitoring.

Key words: drug programs, reimbursement policy, public expenditure, health policy

