



Program refundacji leczenia niepłodności metodą in vitro

Perspektywa pacjentów
i realizatorów programu



2026

Spis treści

Wstęp	2
Najważniejsze wnioski	3
O badaniach	4
1. Profil uczestników badania	5
2. Profil realizatorów	7
3. Wybór ośrodka	8
4. Leczenie w ramach programu	9
5. Koszty ponoszone przez pacjentów	14
6. Wsparcie psychologiczne	19
7. Bariery w dostępie do programu	20
8. Bariery w realizacji programu	22
9. Finansowanie programu	24
10. Ocena programu	28
11. Wnioski i rekomendacje	34
Komentarz Stowarzyszeń Nasz Bocian i CEESTAHC.....	36



Wstęp

1 czerwca 2024 roku ruszył rządowy program refundacji leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - po ośmioletniej przerwie w publicznym finansowaniu in vitro w Polsce. Dla wielu par ta przerwa oznaczała brak realnego dostępu do leczenia - komercyjna procedura in vitro pozostaje poza zasięgiem finansowym znacznej części społeczeństwa.

Program powrócił w rozszerzonej formule. Mogą z niego skorzystać pary heteroseksualne, u których stwierdzono niepłodność lub nieskuteczne leczenie w ciągu 12 miesięcy przed zgłoszeniem, a także pary posiadające zarodki z wcześniejszych procedur. Kryterium wieku obejmuje kobiety do 42. roku życia korzystające z własnych komórek jajowych lub dawstwa nasienia, oraz do 45. roku życia - przy dawstwie oocytów lub zarodka oraz mężczyzn do 55. roku życia. Program zapewnia dostęp do maksymalnie 6 procedur in vitro, w tym do 4 cykli z własnymi komórkami rozrodczymi, do 2 cykli z oocytami od dawczyń oraz do 6 cykli z dawstwem zarodków.

Stowarzyszenie Nasz Bocian od początku funkcjonowania programu uważnie obserwuje jego realizację: odpowiada na pytania pacjentów, wspiera informacyjnie i towarzyszy parom na każdym etapie leczenia. Postanowiliśmy sprawdzić, jak program funkcjonuje w praktyce - nie na podstawie pojedynczych zgłoszeń, lecz w oparciu o systematyczne, równoległe badania ankietowe: 767 pacjentów uczestniczących w programie oraz 37 realizatorów. Zestawienie obu perspektyw pozwala zobaczyć te same kwestie z dwóch stron i formułować rekomendacje oparte na pełnym obrazie rzeczywistości.

Najważniejsze wnioski

Zarówno pacjenci, jak i realizatorzy oceniają założenia programu bardzo pozytywnie. Jednocześnie oba badania jednoznacznie wskazują na obszary wymagające interwencji. Najważniejsze wnioski wynikające z obu badań:

Program otworzył dostęp do leczenia parom, dla których wcześniej było nieosiągalne

Program realnie zmienił sytuację polskich par zmagających się z niepłodnością. Wpływ na dostępność leczenia to najwyżej oceniany aspekt w całym badaniu realizatorów (4,73/5). Niemal 60% badanych przystępuje w ramach programu do pierwszej procedury in vitro - oznacza to, że program skutecznie dotarł do nowych pacjentów.

Program jest zgodny z najnowszymi rekomendacjami medycznymi i spełnia oczekiwania pacjentów

Obie grupy zgadzają się, że program został dobrze zaprojektowany merytorycznie. Według realizatorów kryteria kwalifikacji do programu są czytelne (4,68/5), a zgodność założeń z wiedzą medyczną wysoka (4,32/5). 90,6% uczestników programu pozytywnie ocenia jego założenia.

Obsługa i jakość leczenia w programie są oceniane bardzo dobrze

Pacjenci wysoko oceniają zaangażowanie personelu medycznego (85,9%) oraz organizację i realizację programu w ośrodkach (84,7%). Sama jakość leczenia w ramach programu zyskuje aprobatę 79% uczestników, co potwierdza, że codzienna praca realizatorów odpowiada na potrzeby pacjentów.

Niedofinansowanie programu to jego najpoważniejszy problem systemowy

Poziom finansowania realizatorzy oceniają jako niewystarczający (1,81/5) - najniżej ze wszystkich badanych aspektów. 73% realizatorów wskazuje limit kontraktów jako kluczową barierę w realizacji programu. Pacjenci opisują sytuacje, w których leczenie jest przerywane z powodu braku funduszy.

Pacjenci wciąż ponoszą koszty leczenia

46,2% respondentów musiało zapłacić za badania kwalifikacyjne, co jest sprzeczne z regulaminem programu. U 16% pacjentów dodatkowe wydatki (poza lekami i badaniem genetycznym zarodków) przekroczyły 5 000 zł. 15,8% pacjentów wydało na leki powyżej 5 000 zł.

Zakres programu nie obejmuje pełnej ścieżki leczenia niepłodności

Brak dostępu do bezpłatnej, skoordynowanej diagnostyki i leczenia niższego rzędu to poważna bariera w dostępie do programu. W samym programie nie ujęto ważnych procedur związanych z czynnikiem męskim - biopsja jądra to jeden z najczęściej zgłaszanych przez realizatorów braków w katalogu refundacji (35%).

o badaniach

Badanie pacjentów

Badanie miało na celu ocenę funkcjonowania rządowego programu refundacji procedury in vitro z perspektywy pacjentów. Ankieta obejmowała zagadnienia demograficzne, przebieg leczenia, dostępność i czas oczekiwania na poszczególne etapy procedury, koszty ponoszone przez pacjentów, jakość i dostępność wsparcia psychologicznego oraz ogólną ocenę programu.

W badaniu wzięło udział 767 respondentek i respondentów (N = 767). Dane zbierano za pomocą formularza internetowego dystrybuowanego przez Stowarzyszenie Nasz Bocian od października 2025 do kwietnia 2026.

Rekrutacja odbywała się przez kanały Stowarzyszenia Nasz Bocian. Oznacza to możliwą nadreprezentację osób aktywnych w społeczności pacjenckiej. Wyniki należy traktować jako reprezentatywne dla aktywnych, świadomych pacjentów, niekoniecznie dla całej populacji leczonych. Dane mogą nie odzwierciedlać doświadczeń osób słabiej poinformowanych lub z grup społecznie wykluczonych.

Należy również mieć na uwadze, że badanie opiera się na subiektywnych deklaracjach respondentów. Część odpowiedzi - szczególnie dotyczących kosztów, zakresu refundowanych świadczeń czy przebiegu poszczególnych etapów leczenia - może być obarczona błędem wynikającym z niepełnego zrozumienia pytania, niedokładnego przypomnienia sobie zdarzeń lub nieznajomości zasad programu. Dane te należy interpretować jako obraz doświadczeń i percepcji pacjentów, nie zaś jako obiektywną dokumentację przebiegu leczenia.

Badanie realizatorów

Równolegle przeprowadzono badanie wśród ośrodków realizujących program. Ankieta obejmowała 33 pytania o ocenę merytoryczną, finansowanie, bariery i postulaty zmian. W badaniu wzięło udział 37 z 58 ośrodków realizujących program. 95% z nich to ośrodki komercyjne. Dane zbierano w okresie styczeń - luty 2026.





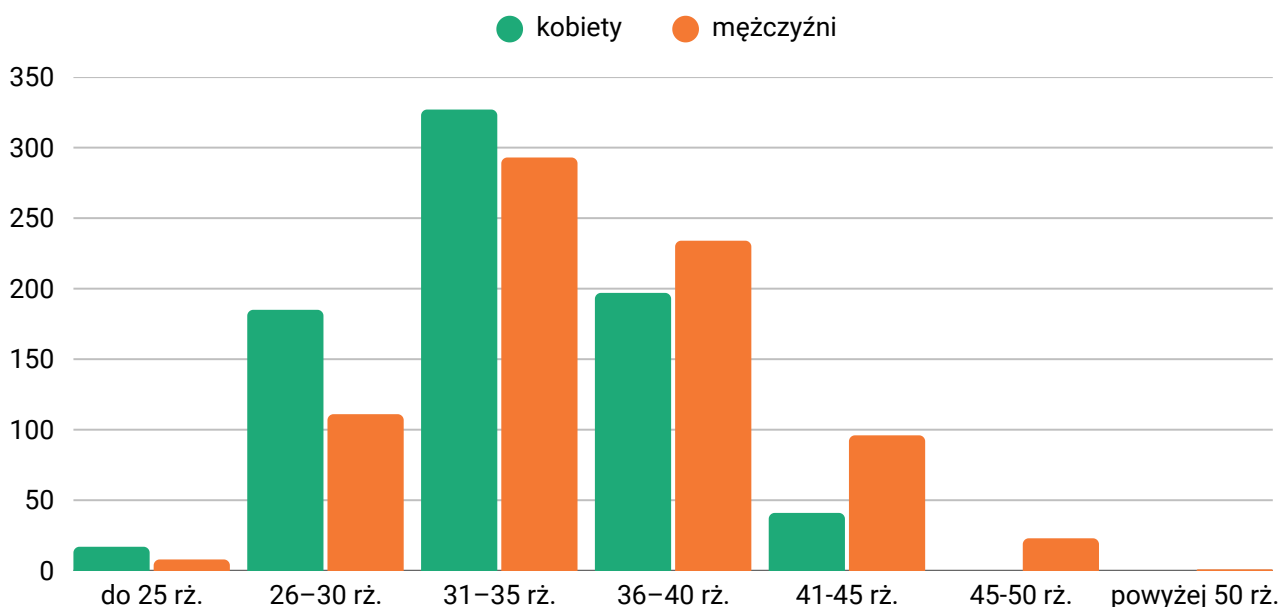
1. Profil uczestników badania

Wśród respondentów dominują kobiety - **98,3%**. W badaniach prowadzonych przez Stowarzyszenie kobiety konsekwentnie stanowią zdecydowaną większość.

Potwierdza to, że to przede wszystkim kobiety aktywnie poszukują informacji, angażują się w społeczności online i biorą na siebie ciężar „zarządzania” procesem leczenia.

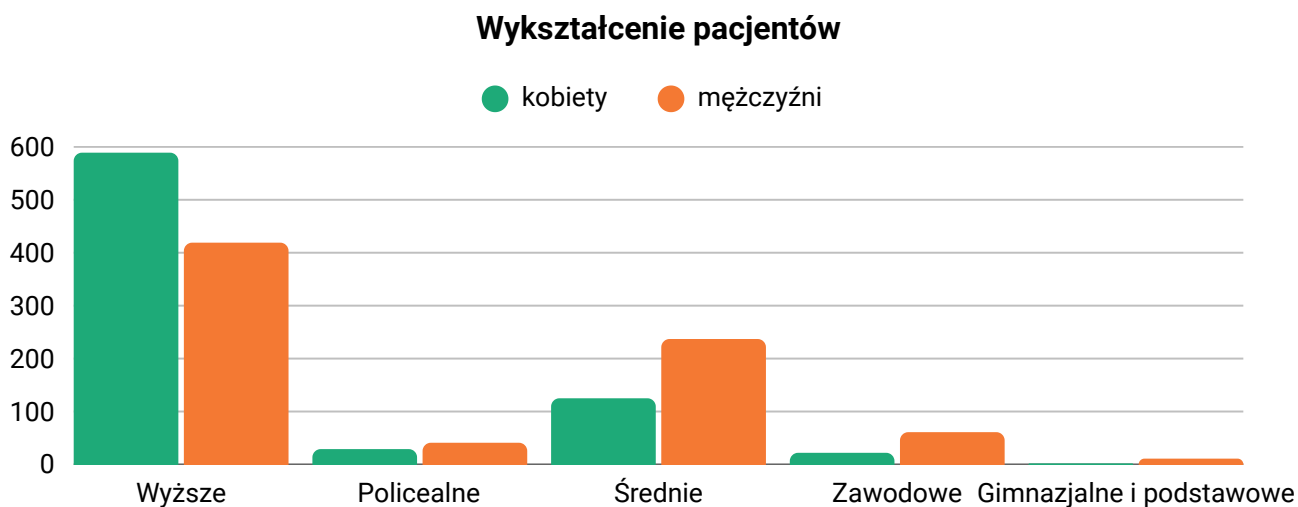
1.1. Dane demograficzne pacjentów

Wiek pacjentów



Średnia wieku respondentek w momencie kwalifikacji do programu wyniosła **33,5** roku (mediana: 33 lata, min.: 23, maks.: 44). Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku **31-35 lat** (42,6%). U mężczyzn średnia wieku w momencie kwalifikacji wyniosła **35,5** roku (mediana: 35 lat, min.: 23, maks.: 54).

1.2. Wykształcenie pacjentów



Wśród badanych par przeważały osoby z wykształceniem wyższym. Może to wynikać z dwóch nakładających się efektów:

- osoby z wyższym wykształceniem mogą mieć większy dostęp do informacji o programie i większą zdolność do pokonywania formalnych barier, a co za tym idzie częściej korzystać z programu;
- w badaniach online chętniej uczestniczą osoby o wyższym poziomie edukacji.

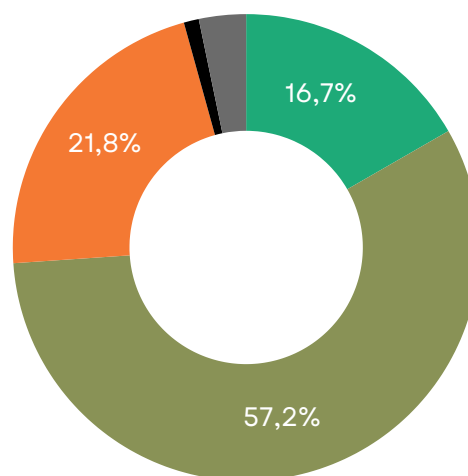
1.3. Sytuacja finansowa

41,5% respondentów wskazuje dochód netto powyżej 9 570 zł/mies. na gospodarstwo domowe (średnia krajowa za 2026 r. - 6 827 zł/mies. netto). Program jest dostępny dla wszystkich, jednak zebrane dane, jeżeli oddają rzeczywisty rozkład populacji uczestniczącej w programie, mogą wskazywać na udział przede wszystkim osób o stosunkowo dobrej sytuacji materialnej. Może to wynikać zarówno z kosztów diagnostyki poprzedzającej kwalifikację, którą pacjenci zwykle finansują samodzielnie, jak i z realnych kosztów dodatkowych leczenia, niepokrytych przez program. Oba te czynniki mogą stanowić poważną barierę dla osób z niższymi dochodami i wymaga to dokładnego sprawdzenia na terenie kraju.

Sytuacja finansowa

w ocenie respondentów

- Bardzo dobra ● Dobra
● Przeciętna ● Słaba
● Brak odpowiedzi



1.4. Sytuacja rodzinna

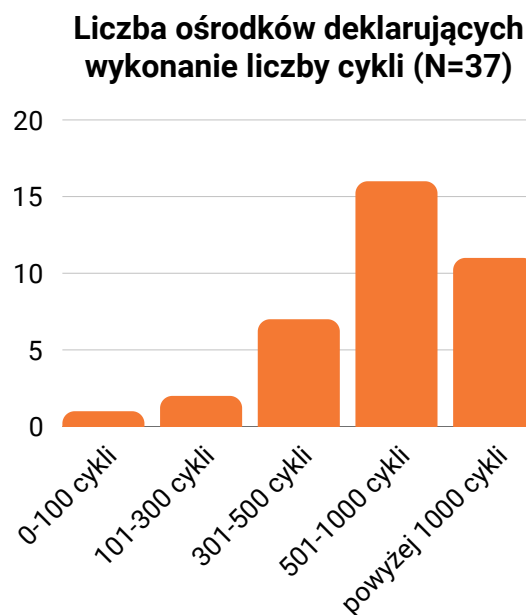
Wszyscy biorący udział w badaniu to osoby żyjące w związkach heteroseksualnych - wynika to z obowiązującego w Polsce prawa oraz zasad programu, które uniemożliwiają leczenie niepłodności singielkom i parom jedнопłciowym. **73,9%** respondentów nie ma dzieci, **22,4%** ma jedno dziecko, a **3,7%** więcej niż jedno dziecko.

2. Profil realizatorów

2.1. Liczba zrealizowanych procedur in vitro

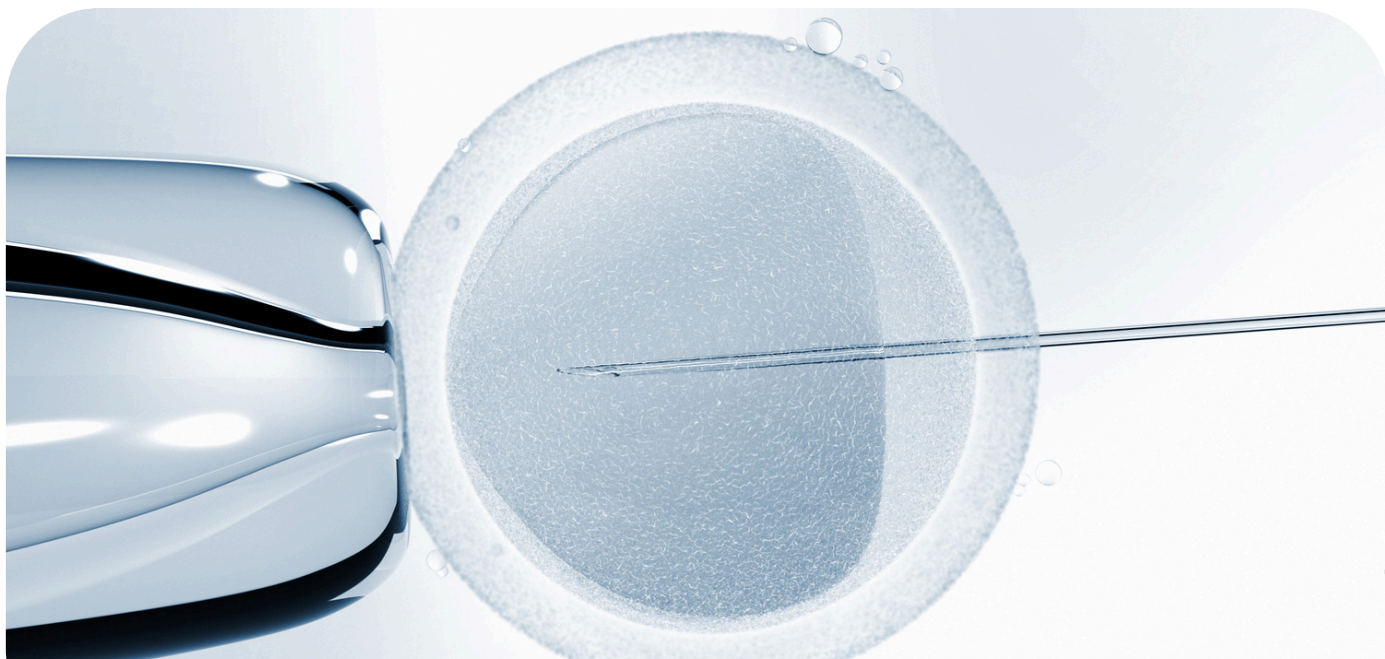
Większość ośrodków uczestniczących w badaniu zrealizowało w ramach programu więcej niż 500 cykli leczenia.

Najwięcej respondentów (**43,2%**) to ośrodki duże, które w ramach programu zrealizowały **od 501 do 1000 cykli**. Łącznie ośrodki duże i bardzo duże stanowią **72,9%** próby, co wskazuje, że opinie wyrażone w badaniu reprezentują przede wszystkim perspektywę podmiotów o znaczącej skali działalności.



2.2. Doświadczenie w realizacji wcześniejszych programów

57% respondentów uczestniczyło w rządowym programie refundacji leczenia in vitro w latach 2013-2016. Jeszcze więcej - **81%** - realizowało samorządowe programy refundacji. Duże doświadczenie ankieterów nadaje ich ocenom szczególną wiarygodność, gdyż dysponują oni perspektywą porównawczą.



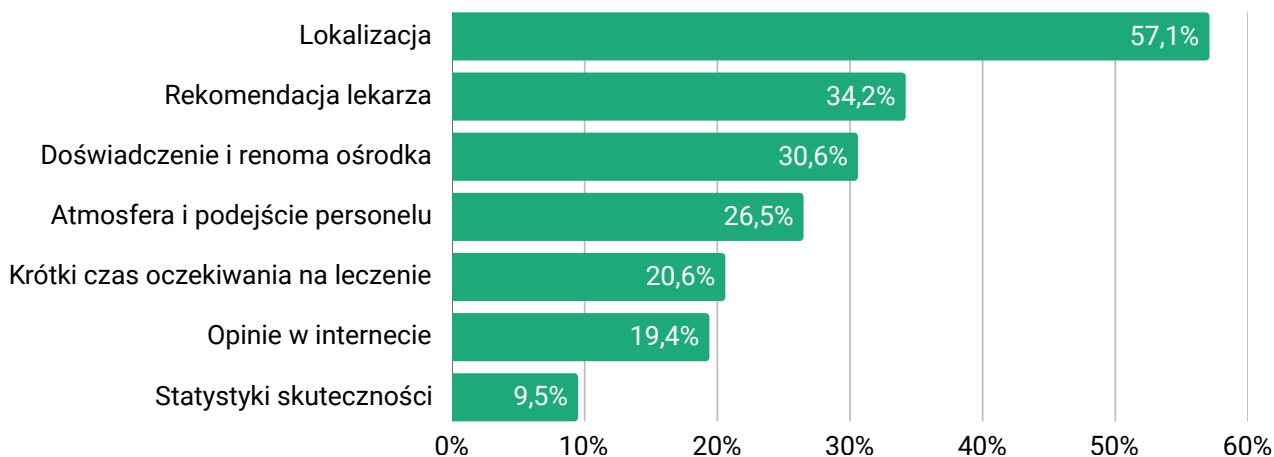
3. Wybór ośrodka

Respondenci korzystali z ośrodków leczenia niepłodności w całej Polsce, w badaniu reprezentowany jest każdy spośród 58 realizatorów rządowego programu refundacji in vitro.

Analiza porównawcza czynników wyboru kliniki ujawnia istotne różnice między osobami przystępującymi do in vitro po raz pierwszy a tymi z wcześniejszym doświadczeniem leczenia. Pacjenci przed pierwszą procedurą in vitro kierują się lokalizacją i rekomendacją lekarza, osoby z doświadczeniem wybierają świadomiej - renowa i udokumentowana skuteczność zyskują na znaczeniu.

Kryterium wyboru ośrodka

Liczba osób, które wskazały poszczególne kryteria. Możliwość wielokrotnego wyboru, N=767



Warto zauważyć, że analiza skuteczności leczenia była ważnym kryterium wyboru realizatora dla zaledwie **9,5%** respondentów. Może to oznaczać, że skuteczność leczenia nie jest kluczowym argumentem dla wyboru ośrodka leczenia niepłodności, ale również wskazywać, że pacjenci z rezerwą podchodzą do danych na temat skuteczności leczenia publikowanych na stronach ośrodków.



Do programu skierował mnie lekarz.

Byliśmy już w samorządowym programie, mieliśmy świadomość i byliśmy na bieżąco z informacjami dzięki naszemu lekarzowi.

Ustalając termin kwalifikacji do Programu miałam zapisane dwie poleczone przez lekarza prowadzącego kliniki.

Przydałyby się jasne informacje na temat tego, która klinika rozpoczyna kolejne procedury od razu, która robi półroczne odstępy i dlaczego tak jest.



4. Leczenie w ramach programu

4.1. Rodzaj procedury i historia leczenia

Pierwsza próba IVF

59,8%

respondentów podchodzi w ramach programu do pierwszej procedury in vitro

Program skutecznie dociera do nowych pacjentów

Powrót do leczenia

24,2%

osób z wcześniejszym doświadczeniem leczenia metodą in vitro miało ponad roczną przerwę w leczeniu

Program umożliwia wznowienie leczenia parom, które przerwały terapię

Zdecydowanie najliczniejsza grupa respondentów skorzystała w ramach programu z procedury in vitro z wykorzystaniem własnych gamet. Dla niemal **60%** uczestników była to pierwsza próba leczenia tą metodą, co oznacza, że program skutecznie dotarł do nowych pacjentów.

Wśród osób z wcześniejszymi doświadczeniami leczenia metodą in vitro **24,2%** miało ponad roczną przerwę w leczeniu przed przystąpieniem do programu. Może to oznaczać, że program umożliwił wznowienie leczenia parom, które nie miały możliwości kontynuacji terapii komercyjnie.

4.2. Dostępność i ciągłość leczenia

Wizyta kwalifikacyjna

80,2%

pacjentów czeka krócej niż 30 dni

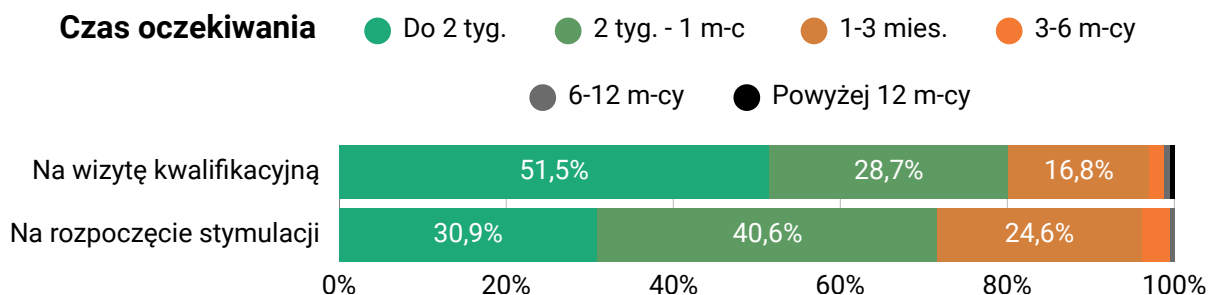
Rozpoczęcie stymulacji

28,4%

pacjentów czeka dłużej niż 30 dni

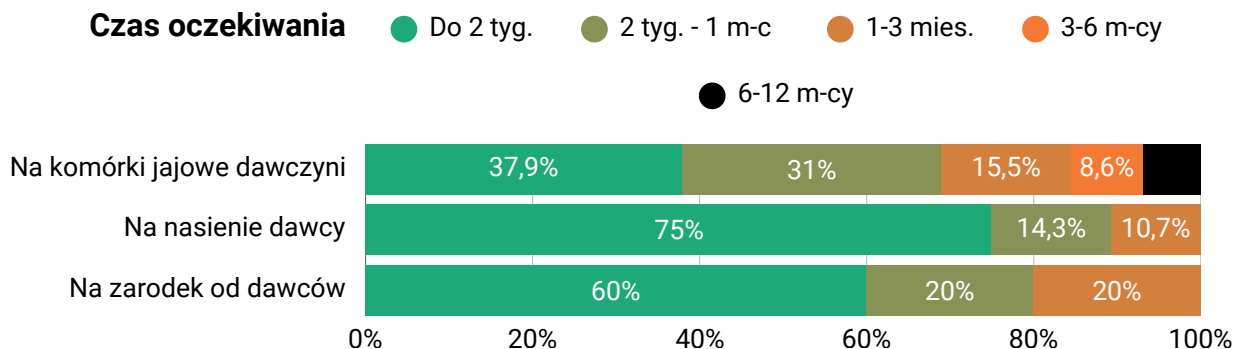
Wyniki wskazują na krótki czas oczekiwania na wizytę kwalifikacyjną w ramach programu. Ponad **80%** pacjentów odbyło ją w terminie nieprzekraczającym miesiąca od zgłoszenia, co świadczy o dobrej dostępności świadczeń na tym etapie leczenia.

Gorzej wygląda spełnienie wymogu programu określającego maksymalny czas pomiędzy kwalifikacją a rozpoczęciem stymulacji. **28,4%** pacjentów czekało na start procedury dłużej niż 30 dni z przyczyn pozamedycznych. Z odpowiedzi na pytania otwarte oraz pytania dotyczące barier wynika, że wydłużające się terminy mogły być konsekwencją ograniczeń finansowych programu.



Pacjenci, którzy skorzystali z dawstwa gamet i zarodków stanowią nieliczną grupę w badaniu. Z dawstwa oocytów skorzystało **7,6%** par, z dawstwa nasienia **3,7%**, a z dawstwa zarodka **2,6%**. Ze względu na małą próbę badawczą poniższe dane należy traktować orientacyjnie.

Dawstwo nasienia i zarodka przebiega sprawnie - zdecydowana większość par czekała nie dłużej niż dwa tygodnie. Nieco dłużej trwa pozyskanie komórek jajowych dawczyni: **31%** par czekało od dwóch tygodni do miesiąca, a **15,5%** od jednego do trzech miesięcy, a kolejne **15,5%** powyżej trzech miesięcy.



Dużym problemem było to, że Ministerstwo Zdrowia zapewniało, że pieniędzy wystarczy dla wszystkich potrzebujących par. Uwierzyliśmy, a potem po 4 nieudanych inseminacjach straciliśmy wiele miesięcy na czekanie, aż pojawią się pieniądze w programie IVF.

Za długi czas oczekiwania na komórki dawczyni. Jeśli brakuje dawczyni z podobnymi cechami fenotypowymi kliniki powinny ze sobą współpracować - to przyspieszyłoby leczenie, co jest ważne zwłaszcza dla par w podobnym wieku do naszego.

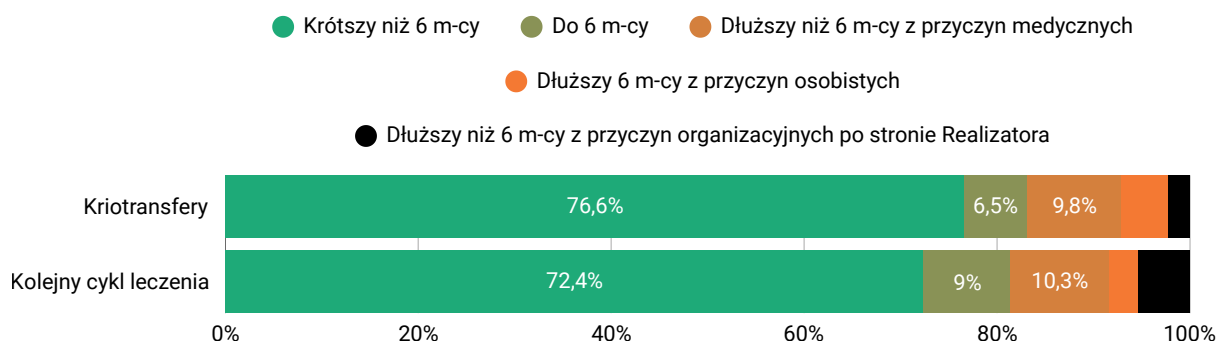
4.3. Ciągłość leczenia - kriotransfery i kolejne cykle

Do końca 2025 r. program zakładał, że kolejne kriotransfery i cykle leczenia powinny odbywać się w odstępach nie dłuższych niż 6 miesięcy. Od z 1 stycznia 2026 r. okres ten został skrócony do 3 miesięcy.

Ciągłość leczenia jest oceniana pozytywnie. Na przypadki opóźnień z przyczyn organizacyjnych po stronie realizatora wskazuje odpowiednio **2,2%** pacjentów w przypadku kriotransferów i **5,4%** pacjentów w kontekście rozpoczęcia kolejnego cyklu leczenia.

Jednocześnie, mimo niewielkiej skali ilościowej, problem opóźnień znajduje wyraźne odzwierciedlenie w licznych uwagach respondentów, w tym w odpowiedziach na pytania otwarte. Wskazuje to, że nawet incydentalne zakłócenia ciągłości leczenia są przez pacjentów silnie odczuwane i oceniane jako istotne oraz frustrujące, a ich znaczenie jakościowe może być nieproporcjonalnie duże względem ich skali statystycznej.

Czas oczekiwania



Po pierwszym cyklu usłyszeliśmy, że na kolejny będzie trzeba czekać do przyszłego roku, bo może nie być środków. Że dadzą znać. To duża niepewność.

Nasza wizyta kwalifikacyjna odbyła się po 4 miesiącach oczekiwania. Zrobiliśmy wymagane badania, po czym na kolejnej wizycie dowiedzieliśmy się że nie ma dla nas środków.

Na tydzień przed planowanym in vitro dowiadujemy się, że w tym roku już nie robią in vitro bo brakuje środków i trzeba czekać 6 miesięcy.

Od początku września nie ma funduszy, wszystko stanęło, każda para czeka na nowy rok, żeby ruszyć dalej. My przez cały rok podeszliśmy tylko do 2 transferów gdzie mogliśmy śmiało mieć 5.

Czas jest kluczowym czynnikiem w leczeniu niepłodności, dlatego nie powinno być sytuacji, w których pacjenci nie mają zapewnionej ciągłości leczenia.

4.4. Niespójność zasad między ośrodkami

To samo świadczenie bywa realizowane na różnych zasadach - w jednej klinice pacjenci otrzymują je bezpłatnie, w innej muszą za nie zapłacić. O różnicach dowiadują się dopiero przy zmianie kliniki albo z grup w mediach społecznościowych. Problemy z interpretacją zasad programu widać zarówno w badaniu pacjentów, jak i realizatorów. Skutkuje to nierównym dostępem do świadczeń w ramach tego samego programu.

Perspektywa pacjentów N = 767

24,4% badanych uważa, że niejasne informacje o zakresie świadczeń w ramach programu stanowią barierę w dostępie do leczenia.

Perspektywa realizatorów N = 37

48,6% realizatorów doświadczyło zmienności interpretacji przepisów przez Ministerstwo Zdrowia

Osoby znajdujące się w bardzo dobrej i dobrej sytuacji finansowej, które mogą być jednocześnie lepiej wykształcone i sprawniej poruszają się w systemie ochrony zdrowia, rzadziej wskazują na niejasność informacji dotyczących świadczeń w ramach programu jako barierę (**21%**). Natomiast w grupie pacjentów z przeciętną i słabą sytuacją finansową problem ten jest zdecydowanie częściej podnoszony (**33,7%**).

Z perspektywy realizatorów problemem pozostaje brak jednoznacznych wytycznych dotyczących interpretacji zasad programu, w tym zakresu refundowanych świadczeń na poszczególnych etapach leczenia. Dodatkową trudność stanowią rozbieżne odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na podobne zapytania dotyczące kwalifikacji do kolejnych cykli, co zwiększa niepewność interpretacyjną.

Program jest bardzo dobry. Problemem jest różne podejście ośrodków. W jednym biopsja endometrium jest darmowa, w innym odpłatna, ale może być wykonana w czasie punkcji, a w jeszcze innym jest poza programem, więc wizyty i zabieg są płatne. Takich różnic jest więcej. Świetnie by było gdyby podejście klinik było takie samo.

Poprzednia klinika pobierała za wszystko opłaty w ramach programu. W nowej klinice zupełnie było inaczej. Brakuje mi jasnego przekazu, że faktycznie opłaty zostały słusznie lub niesłusznie pobrane.

W niektórych klinikach w przypadku niepłodności idiopatycznej i wieku kobiety powyżej 35 lat można od razu się zakwalifikować, w innych jest wymóg minimum trzech inseminacji.

W jednej klinice płatne jest to, co w innej nie jest płatne. Wieczna walka o odpłatność wizyt po nieudanym transferze/przed kolejną procedurą.

Pracownicy często nie znają regulaminu programu - każdy mówi co innego: raz wizyta jest refundowana, innym razem płatna.

4.5. Czynniki męski - nieobecny w refundacji

Program nie obejmuje procedur niezbędnych w leczeniu metodą in vitro przy ciężkim czynniku męskim. Pary z niepłodnością męską ponoszą z tego tytułu dodatkowe, wysokie koszty.

Perspektywa pacjentów

- Zabiegi TESA, TESE i mTESE są w pełni odpłatne.
- Brak refundacji diagnostyki hormonalnej i leków stymulujących spermatogenezę partnera.
- Respondenci wprost wskazują poczucie niesprawiedliwości.

Perspektywa realizatorów

- Biopsja jądra (TESA/TESE/mTESE) - jeden z najczęściej zgłaszanych braków w katalogu refundacji (35% realizatorów).
- Problem niezależnie zgłaszany przez ośrodki różnej wielkości.
- Postulat ujęcia w programie diagnostyki i leczenia czynnika męskiego.

Pacjenci:

Uwzględnić leczenie i ewentualną diagnostykę mężczyzn dającą szansę na dziecko między innymi TESA czy mTESE

Nas dodatkowo dotknęła niepłodność męska, za biopsję jąder zapłaciliśmy ponad 10 000

Dostęp do mTESE w programie bardzo by pomógł, to bardzo drogi zabieg, który musimy wykonać jeszcze przed całą procedurą, zatem znowu zatrzymuje nas kwestia finansowa... z procedury którą odbyliśmy w 2024 r. mieliśmy tylko jeden zarodek, dlatego tak naprawdę mieliśmy tylko jedną próbę i zaczynamy wszystko od nowa, od zbierania pieniędzy na kolejny zabieg mTESE. A to jest również nasz cenny czas.

Realizatorzy:

W programie nie została w ogóle wyceniona procedura biopsji jądra.

Scenariusz I zakłada możliwość skorzystania z dawstwa nasienia, jednak jego pozyskanie nie zostało wycenione. Koszty pokrywają realizatorzy.





5. Koszty ponoszone przez pacjentów

Nominalnie bezpłatny program generuje dla uczestników realne i powszechne koszty. Pełna nieodpłatność - postulowana przez **87,6%** respondentów - pozostaje dotąd nieosiągniętym ideałem.

5.1. Odpłatne badania kwalifikacyjne - niezgodne z programem

46,2% respondentów poniosło koszty badań kwalifikacyjnych, mimo że zgodnie z założeniami programu powinny być one realizowane bezpłatnie. Wyniki ankiety wskazują, że skala tego zjawiska różni się w zależności od realizatora programu - część ośrodków pobiera opłaty za świadczenia objęte refundacją, podczas gdy inne realizują je zgodnie z zasadami programu.

Badania nasienia

co 4. pacjent płaci
(25,9% respondentów)

Badania hormonalne

co 4. pacjent płaci
(25,7% respondentów)

Wymazy / posiewy

co 5. pacjent płaci
(19,8% respondentów)

Trzeba usystematyzować podejście klinik do interpretacji założeń programu - sama musiałam walczyć o zwrot kosztów za wizytę. Klinika twierdziła, że słusznie pobrała opłatę, MZ potwierdziło że wizyta powinna być bezpłatna, a to ja stałam pomiędzy i musiałam się upominać. Gdybym nie śledziła IG Nasz Bocian, to nie wiedziałabym, że konkretna wizyta powinna być bezpłatna.

Skoro klinika WYMAGA badań do kwalifikacji, to powinny być bezpłatne.

Ujednolicić kryteria przystąpienia do programu z zarodkami komercyjnymi przed wejściem programu MZ. My w klinice musieliśmy zapłacić i za wizytę kwalifikacyjną - badania wirusowe u mnie - mimo że spełniliśmy wszystkie kryteria.

5.2. Wizyty lekarskie

46,9% respondentów potwierdziło, że uczestnicząc w programie odbyło płatne wizyty lekarskie. Część tych wizyt to wizyty, które powinny być objęte refundacją w ramach programu, np. wizyta kwalifikacyjna, wizyta przed stymulacją czy po transferze.

5.3. Dodatkowe procedury

Dodatkowe procedury medyczne zaproponowano **76,4%** respondentów. Z analizy wynika, że niektórzy pacjenci ponosili koszty procedur, które w myśl zasad programu powinny być nieodpłatne, np. aktywacja oocytów, selekcja plemników metodą mikroprzeptywów, nacięcie otoczki zarodka AH, zapłodnienie metodą IMSI czy zastosowanie embryoglu.

Należy określić szczegółowo badania które są odpłatne a które nie, niestety kliniki w niektórych sytuacjach naciągają na koszty.

Realizatorzy cały czas proponują dodatkowe badania odpłatnie.

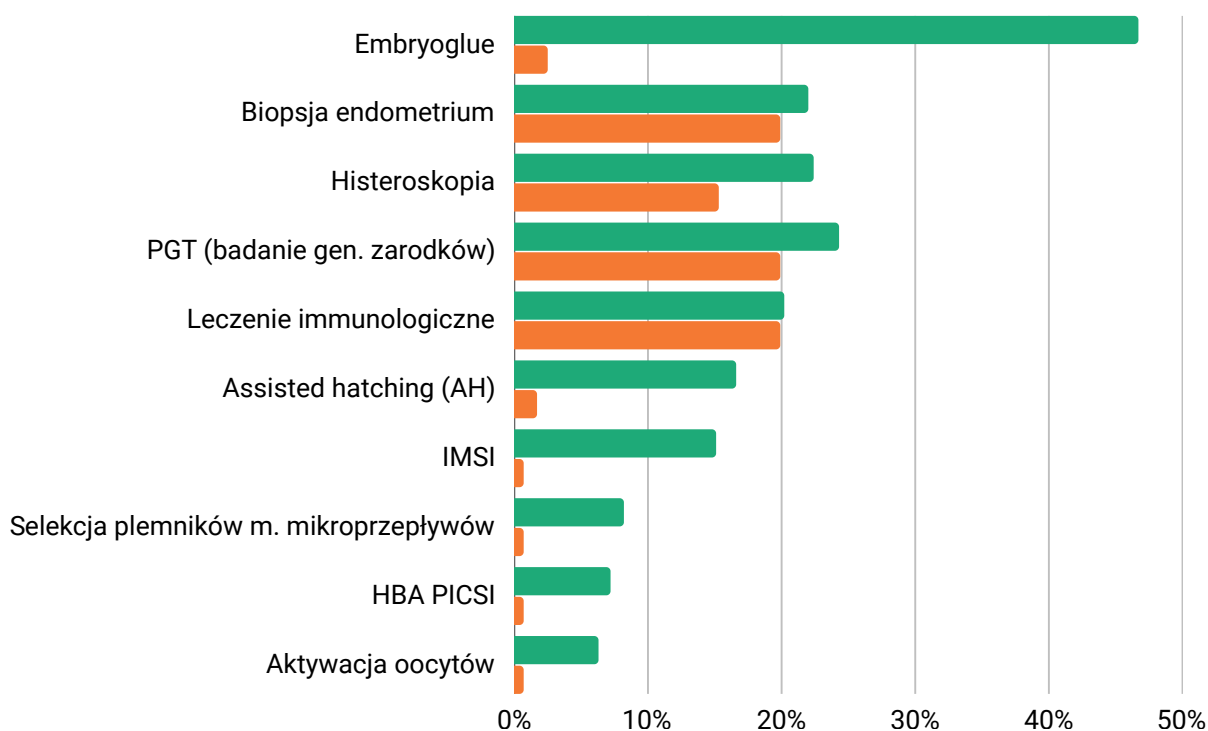
Na początku niejasne były zasady odpłatności i faktycznie ok 3000 zł zostało nam zwrócone po mojej interwencji.



Procedury dodatkowe

● % osób, którym zaproponowano

● % osób, które musiały zapłacić



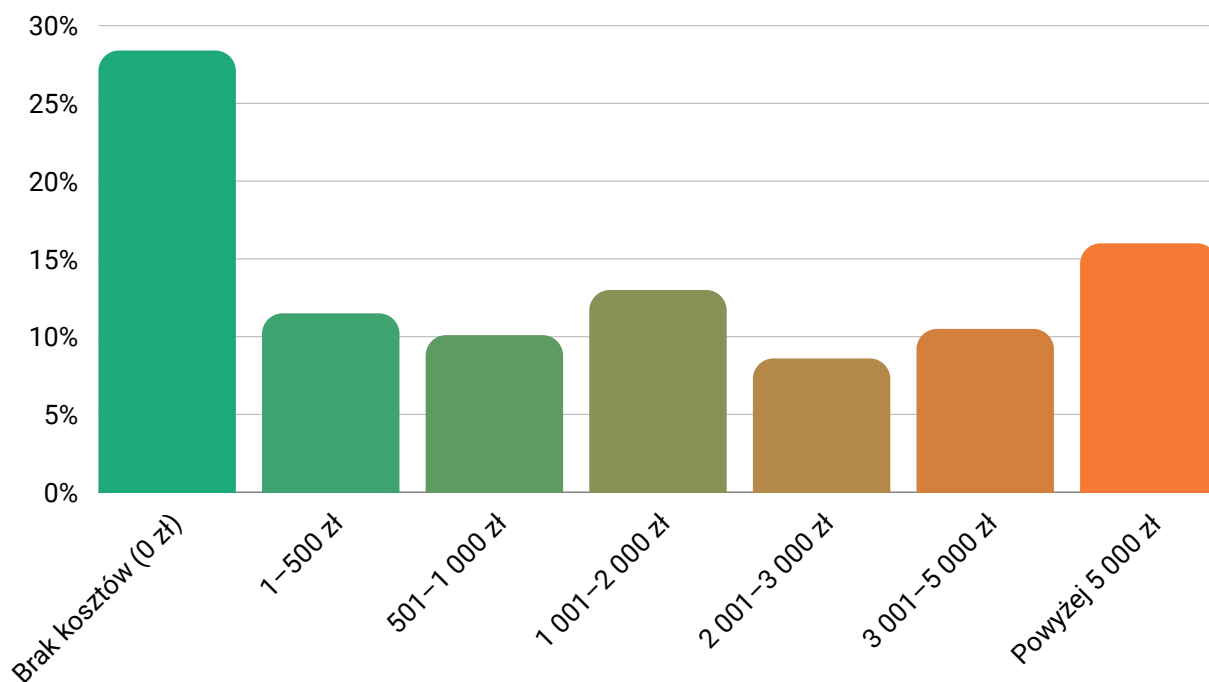
5.4. Łączne koszty leczenia (bez leków i PGT)

Choć dla części par program rzeczywiście oznaczał możliwość leczenia bez ponoszenia dodatkowych kosztów, doświadczenia respondentów były bardzo zróżnicowane:

- **28,4%** respondentów nie poniosło żadnych kosztów leczenia poza lekami - dla nich program działał zgodnie ze swoją ideą,
- **16%** pacjentów na leczenie wydało **ponad 5 000 zł** bez kosztów leków i PGT,
- kolejne **19,1%** badanych wydało **od 2 000 do 5 000 zł**.

Analiza odpowiedzi wskazuje, że pacjenci nie zawsze mają jasność, które elementy leczenia są objęte refundacją w ramach programu. Wśród zgłaszanych dodatkowych kosztów pojawiają się wydatki związane z diagnostyką lub procedurami niestanowiącymi elementu samej procedury in vitro. Jednocześnie odpowiedzi na inne pytania ankiety sugerują, że część pacjentek ponosiła również koszty świadczeń, które zgodnie z założeniami programu powinny być realizowane bezpłatnie.

Łączne koszty leczenia (bez leków i PGT)



Ok 3000 zł zostało nam zwrócone po mojej interwencji i uzyskanych informacji od Naszego Bociana.

Jasny wykaz co jest bezpłatne. Po transferze nie wiedziałam czy kolejne wizyty będą bezpłatne czy mam płacić.

Klinika nie chciała proponować więcej niż jedną procedurę dodatkową do in vitro.

Lekarze i personel powinni mieć program w małym palcu, według mnie niedopuszczalne jest, jeśli to pacjent (choć to niewątpliwie cenna wiedza) ma większą świadomość na temat tego, co jest jego prawem, za co powinien zapłacić, a za co nie musi.

Kwestie wątpliwości pacjentów związanych z zakresem refundacji programu sygnalizują również realizatorzy. **32,4%** z nich potwierdza, że pacjenci zgłaszają problemy lub wątpliwości związane z zasadami refundacji.

Treść zgłoszonych wątpliwości koncentruje się wokół kilku stałych tematów:

- **Oczekiwanie pełnej bezpłatności:** Pacjenci zakładają, że program oznacza całkowicie bezpłatne leczenie na każdym etapie, łącznie z diagnostyką, badaniami preimplantacyjnymi zarodków, biopsją jąder.
- **Niezrozumienie granic programu:** Wielu pacjentów nie rozumie, które procedury są objęte finansowaniem, a które są poza jego zakresem.
- **Problem wyczerpania środków:** Uczestnicy programu, którzy muszą czekać na kontynuację leczenia przez kilka miesięcy z powodu braku dostępnych funduszy, zgłaszają frustrację oraz brak zrozumienia dla takiej sytuacji.*
- **Brak pełnej refundacji leków:** Mimo wyjaśnień ze strony ośrodków, pacjenci regularnie pytają o pełną refundację leków stosowanych w stymulacji.

**Należy zaznaczyć, że zgodnie z wytycznymi MZ sytuacje takie nie powinny mieć miejsca, a realizator powinien zabezpieczyć środki na kolejne etapy leczenia.*



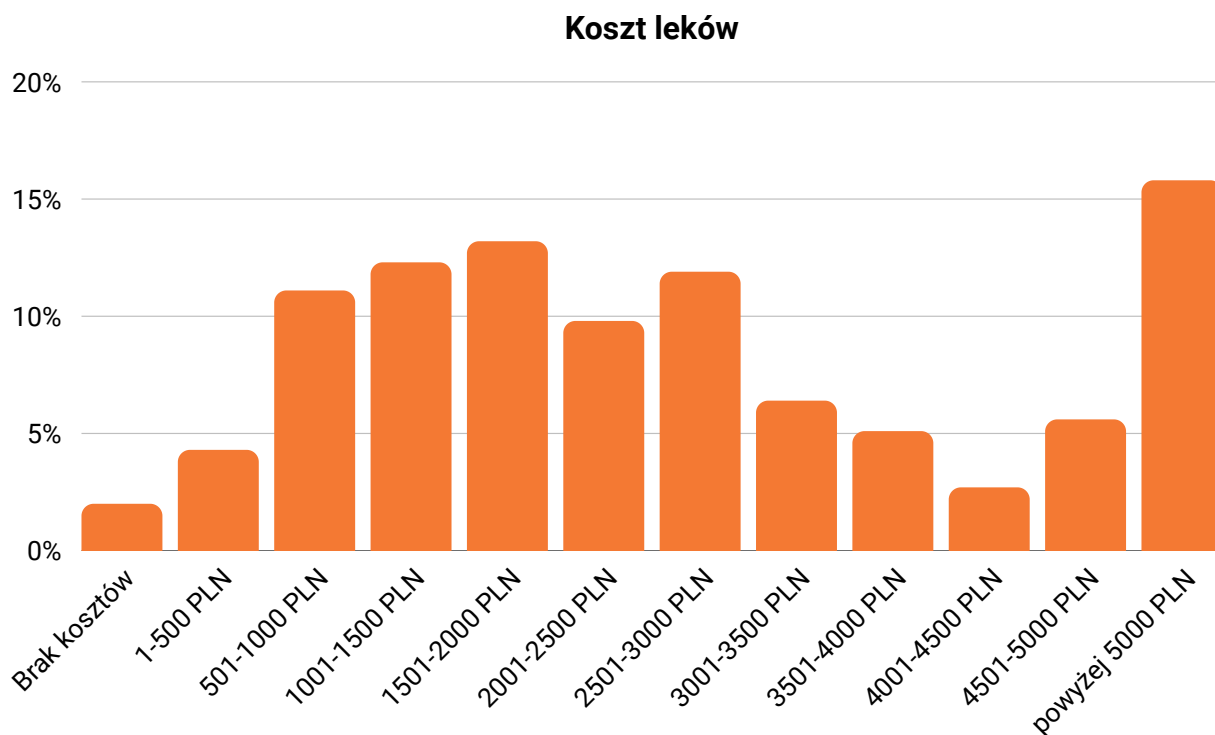
Pacjenci często funkcjonują w przekonaniu, że udział w programie oznacza całkowicie bezpłatne leczenie na każdym etapie, bez dodatkowych kosztów i ograniczeń. W praktyce nie zawsze rozumieją, które świadczenia są objęte refundacją w ramach procedury in vitro, a które pozostają poza programem. Prowadzi to do postaw roszczeniowych oraz do zgłaszania się z problemami niezwiązanymi bezpośrednio z realizacją procedury, często zamiast korzystania z innych form opieki zdrowotnej. W konsekwencji obciąża to kliniki organizacyjnie i finansowo oraz negatywnie wpływa na ich wizerunek.



5.5. Koszty leków

Choć większość leków stosowanych do stymulacji mnogiej owulacji jest dla uczestniczek programu częściowo refundowana, ich koszt wciąż stanowi poważny wydatek dla pacjentów.

Koszty leków wyraźnie rosły wraz z wiekiem pacjentek. W grupie kobiet w wieku **40-41 lat 20%** respondentek wydało na leki **ponad 5 000 zł**, podczas gdy w grupie **23-29 lat** było to **12,2%**. Prawdopodobnie wynika to z częstszej konieczności stosowania bardziej intensywnych protokołów stymulacji u starszych pacjentek.



Wyraźnego podkreślenia wymaga, że leczenie nie jest bezpłatne z uwagi na koszty leków do procedury.

Refundacja, mimo że pokrywa bardzo dużą część kosztów nie byłaby wystarczająca by przystąpić do programu gdyby nie nasze własne, dość wysokie zarobki.

Leki które stosowane są do transferu kosztują mnie około 2 tysięcy na 3 tygodnie - jest to ogromny koszt, a i tak leczenie kończy się niepowodzeniem.

Refundacja wszystkich leków - lista dostępnych dla uczestniczek zmienia się co 3 miesiące i raz lek kosztuje 800 zł, a za 3 miesiące ten sam lek 50 zł.



6. Wsparcie psychologiczne

Program przewiduje nieodpłatne wsparcie psychologiczne dla wszystkich uczestników na każdym etapie leczenia.

42,6%

badanych nie zostało poinformowanych o bezpłatnej konsultacji psychologicznej

18,6%

respondentów chciało skorzystać ze wsparcia psychologicznego, ale nie miało takiej możliwości

14,5%

respondentów skorzystało z bezpłatnych konsultacji psychologicznych w ramach programu

42,6% pacjentów biorących udział w badaniu nie została poinformowana o możliwości skorzystania z bezpłatnych konsultacji psychologicznych w ramach programu. Kolejne **11,7%** nie pamięta, czy taką informację otrzymało. Łącznie oznacza to, ponad połowa respondentów mogła nie wiedzieć o przysługującym im prawie. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że ponad **18%** respondentów zadeklarowało, że chciało skorzystać ze wsparcia psychologicznego, ale nie miało takiej możliwości. Jest to niezgodne z założeniami programu, zgodnie z którymi jego uczestnicy mają prawo do nieodpłatnego wsparcia psychologicznego.

Spośród pacjentów, którzy odbyli konsultację psychologiczną, prawie **70%** było na niej tylko raz.

Program nakłada obowiązek wizyty u psychologa jako warunek kwalifikacji do wszystkich procedur z wykorzystaniem dawstwa gamet i zarodków, jednak niemal **10%** respondentów korzystających z tych procedur deklaruje, że wizyta taka się nie odbyła.

Jedyna sprawa, która mnie negatywnie zaskoczyła, to że nie wiedziałam, że mam dostęp do konsultacji psychologicznej na KAŻDYM etapie leczenia. Po poprzednich niepowodzeniach, taka pomoc zdecydowanie by mi pomogła.

Klinika odmówiła pomocy psychologicznej kiedy jej bardzo potrzebowałam, po poronieniu.

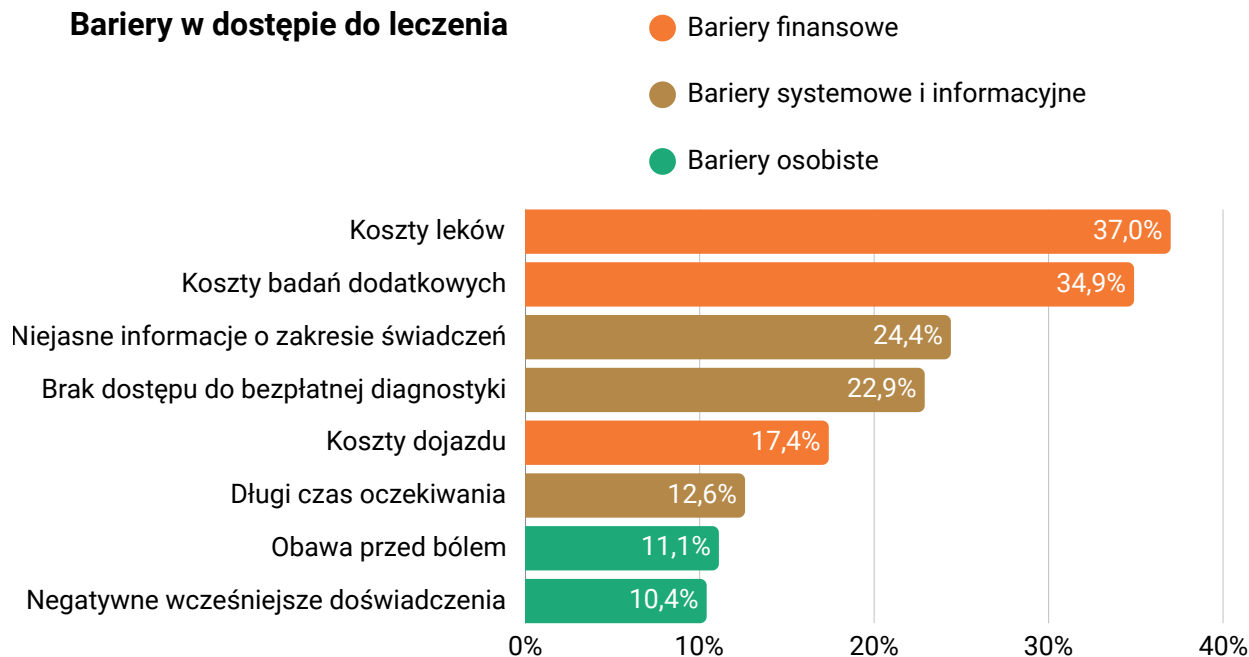
Psycholog wskazana przez klinikę prawie w ogóle nie miała wolnych terminów i nie chciała odbywać sesji online, tylko w swoim gabinecie (poza kliniką). Trudno nam było się zgrać i kontakt nie był profesjonalny. Zrezygnowaliśmy z tej opcji.

7. Bariery w dostępie do programu

Zaledwie **29,3%** respondentów nie zauważa żadnych barier w dostępie do leczenia w ramach programu. Pozostali wskazują przede wszystkim na koszty leków i badań, dojazdu oraz na niejasność informacji o tym, co dokładnie obejmuje program.

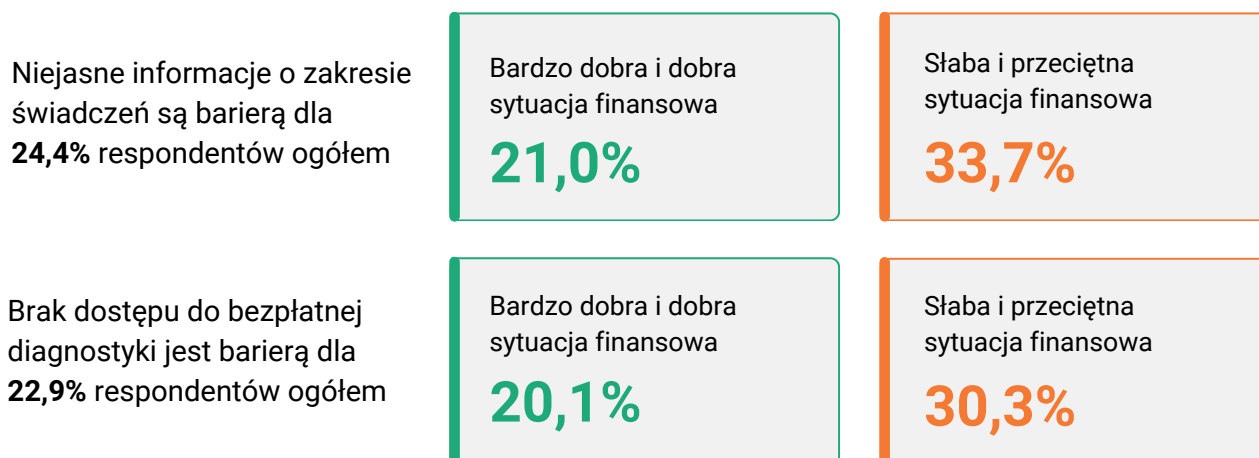
Możliwy wybór wielokrotny. N = 767.

Bariery w dostępie do leczenia



Choć pacjenci bardzo wysoko oceniają sam program, w badaniu wskazywali na istotne bariery utrudniające dostęp do leczenia. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź, co pozwoliło uchwycić wieloczynnikowy charakter tych trudności. Najczęściej wymieniane były koszty leków oraz dodatkowych badań diagnostycznych, które stanowią istotne obciążenie finansowe dla pacjentów. Istotnym problemem pozostaje również niejasność informacji dotyczących zakresu świadczeń objętych finansowaniem, co powoduje trudności w planowaniu leczenia i dodatkowe poczucie niepewności. Często wskazywaną barierą jest także brak dostępu do diagnostyki przed przystąpieniem do programu, którą pacjenci muszą finansować samodzielnie.

Dane wskazują na wyraźną zależność między sytuacją finansową respondentów a odczuwaniem barier w dostępie do leczenia. Wraz z pogarszaniem się sytuacji materialnej rośnie odsetek osób, które wskazują koszty leków i badań jako realne przeszkody. Jednocześnie maleje odsetek tych, którzy nie odczuwają żadnych barier.



Brak bezpłatnej diagnostyki stanowi barierę w dostępie do programu dla **22,9%** respondentów, przy czym częściej dotyczy osób w gorszej sytuacji finansowej (**30,3%**) niż pacjentów lepiej sytuowanych (**20,1%**). Uzyskane wyniki potwierdzają, że konieczność ponoszenia kosztów diagnostyki może ograniczać możliwość przystąpienia do programu, a w części przypadków utrudniać lub opóźniać proces kwalifikacji do procedury in vitro.

Na barierę „niejasne informacje o zakresie nieodpłatnych usług” wskazał co czwarty uczestnik badania. Ma ona wyraźny wymiar społeczny - zgłasza ją **21%** osób w bardzo dobrej lub dobrej sytuacji finansowej i aż **33,7%** w grupie osób o gorszej sytuacji materialnej. Osoby mniej zamożne nie tylko częściej doświadczają niejasności, ale też rzadziej dysponują zasobami pozwalającymi je samodzielnie wyjaśnić.

Dane te rzucają nowe światło na deklarowane zadowolenie z programu: osoby w trudnej sytuacji finansowej, nawet jeśli oceniają założenia pozytywnie, mierzą się z wielokrotnie większą kumulacją barier niż osoby lepiej sytuowane.



Jeśli para nie ma oszczędności, czy wysokich dochodów często musi zrezygnować z dalszych starań, ponieważ koszty dodatkowej diagnostyki są bardzo wysokie.

Uważam że program powinien być bardziej dla ludzi mniej zamożnych - ceny leków i badań są horrendalne, nie stać nas na badanie zarodków.

Możliwość wykonywania finansowanych badań krwi poza ośrodkami leczenia niepłodności, też w małych miejscowościach. Mieliśmy do kliniki 200 km i wszystkie badania robiliśmy u siebie lokalnie bo czas i koszty dojazdu nas pod koniec leczenia przerastały.

Przydałyby się skierowania na badania krwi do realizacji w innych placówkach NFZ - ja aby zbadać progesteron w ramach programu muszę pokonać 1,5h w jedną stronę.



8. Bariery w realizacji programu

Realizatorzy programu wskazują na kilka kluczowych barier, które w istotny sposób wpływają na jego funkcjonowanie. Koncentrują się one głównie wokół ograniczeń finansowych oraz organizacyjnych. N = 37 ośrodków.

LIMIT FINANSOWANIA

73,0%

27 z 37 ośrodków

wskazuje zbyt małą pulę środków jako kluczową barierę

BRAK CIĄGŁOŚCI PO 2028

56,8%

21 z 37 ośrodków

wyraża niepokój z powodu braku gwarancji kontynuacji programu

ZMIENNOŚĆ INTERPRETACJI MZ

48,6%

18 z 37 ośrodków

doświadczyło sytuacji, w której Ministerstwo Zdrowia zmieniało interpretację tych samych przepisów

BRAKI W KATALOGU ŚWIADCZEŃ

35,1%

13 z 37 ośrodków

wskazuje, że program nie obejmuje wszystkich potrzebnych procedur

73% realizatorów jako kluczową barierę wskazuje limit finansowania programu. Problem sygnalizują zarówno duże, jak i małe ośrodki.

Co trzeci ośrodek wskazał na braki w katalogu refundowanych świadczeń. Najczęściej wymieniane procedury poza finansowaniem to: histeroskopia, biopsja endometrium, biopsja jądra, diagnostyka preimplantacyjna zarodków, wlewy immunologiczne, inseminacja domaciczna, oraz badanie kariotypu.*

**Należy zauważyć, że spośród procedur i badań sygnalizowanych jako braki znajdują się świadczenia finansowane w ramach NFZ, jak również interwencje poza rekomendacjami medycznymi*

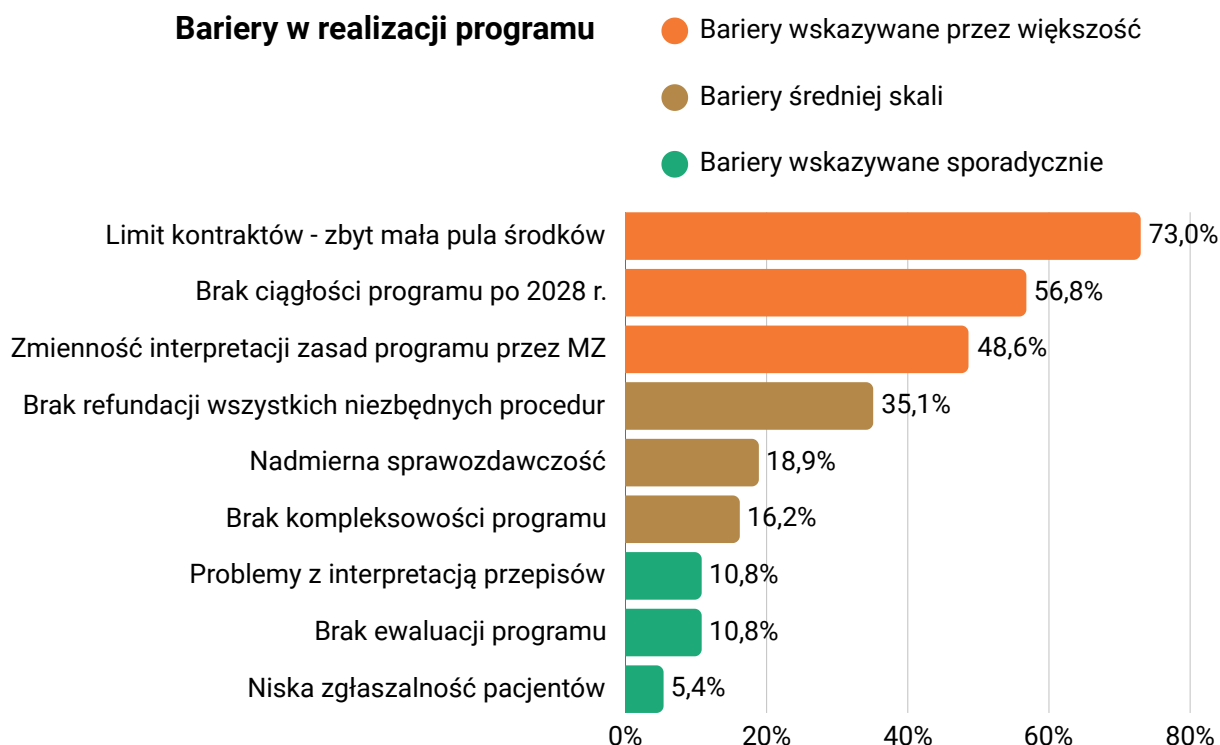
Prawie **połowa ośrodków** doświadczyła sytuacji, w której MZ zmieniało interpretację tych samych zapisów programu. Sytuacje te dotyczyły m.in. zmiany zasad kwalifikowania par do kolejnych cykli, a nawet różnych odpowiedzi na te same zapytania.

Co piąty ośrodek skarży się na ciężar administracyjny związany z raportowaniem i postuluje uproszczenie systemu sprawozdawczości.

Większość realizatorów biorących udział w badaniu wyraziło niepokój w związku z brakiem gwarancji kontynuacji programu po 2028 r. Niepewność co do przyszłości programu utrudnia planowanie długofalowe: inwestycje w sprzęt, zatrudnienie specjalistów, komunikację z pacjentami. Brak deklaracji ciągłości działa jak czynnik demotywujący do podnoszenia standardów.

Możliwy wybór wielokrotny. N = 37.

Bariery w realizacji programu



Zwiększenie środków umożliwiłoby stałą kwalifikację pacjentów. W tym roku kwalifikację zakończymy w marcu i kolejni pacjenci będą musieli czekać do następnego roku.

Realizator, który otrzyma 10 mln złotych na Realizację Programu może zgodnie z takimi zasadami zapewnić dostęp do leczenia wyłącznie ok. 150 Parom, jeśli nie zajdą w ciążę.

Dystrybucja środków powinna być bardziej stabilna i przewidywalna w ujęciu wieloletnim.

Na dzień 9 lutego 2026 r. nadal nie otrzymaliśmy informacji o finansowaniu na 2026 rok, mimo wcześniejszych zapowiedzi, że realizatorzy zostaną o tym poinformowani w grudniu.

Ryczałt za dawstwo komórek jajowych nie pokrywa faktycznych kosztów, w programie nie została w ogóle wyceniona procedura biopsji jądra (...). Nadal nie jest wycenione mrożenie komórek, a jedynie ich przechowywanie. Brak dofinansowania dawstwa nasienia w sposób zupełnie niezrozumiały obciąża Realizatora kosztami pozyskania takiego nasienia.

9. Finansowanie programu



Analiza obszaru finansowania wskazuje na ograniczenia wynikające z relacji pomiędzy wysokością dostępnych środków a skalą zapotrzebowania na świadczenia w ramach programu. W praktyce dochodzi do sytuacji, w której ośrodki realizujące program wyczerpują roczne limity finansowe przed końcem roku budżetowego, co może skutkować przerwaniem trwających procedur.

9.1. Wyczerpywanie środków - najpoważniejszy problem systemowy

Najniżej ocenianym przez realizatorów aspektem programu jest dostateczność finansowania - niemal wszystkie ośrodki wskazują, że przyznane fundusze nie wystarczają na obsłużenie wszystkich zgłaszających się pacjentów. Wynik **1,81/5** oznacza, że problem ten ma charakter systemowy i powszechny.

Część realizatorów raportuje konieczność zamykania kwalifikacji już w pierwszej połowie roku, co skutkuje koniecznością oczekiwania przez pacjentów na kolejny rok budżetowy. Pojedyncze kliniki wskazywały również na wstrzymanie realizacji programu na kilka miesięcy w związku z wyczerpaniem dostępnych środków finansowych.

OŚRODKI KOMERCYJNE

1,65/5

Środki oceniane jako niewystarczające

OŚRODKI PUBLICZNE *

4,50/5

Środki oceniane jako wystarczające

** Próba ośrodków publicznych N=2 - dane należy traktować orientacyjnie.*

Warta uwagi jest ogromna różnica w postrzeganiu wystarczalności środków między ośrodkami publicznymi a prywatnymi. Ośrodki prywatne oceniły ten aspekt na skrajnie niskim poziomie **1,65/5**, podczas gdy ośrodki publiczne na **4,5/5**.

9.2. Mechanizm blokowania środków

Obowiązek rezerwowania środków na cały przebieg leczenia pary jest jednym z najczęściej wskazywanych przez realizatorów problemów operacyjnych. System wymaga, by ośrodek „zamrażał” kwotę na możliwe przyszłe procedury, mimo że ich liczba jest nieprzewidywalna klinicznie. Wymusza to wstrzymywanie kwalifikacji nowych par. Zabezpieczone środki nie są wydatkowane na bieżąco, więc wskaźnik wykorzystania nie odzwierciedla realnej działalności ośrodka. Jeden z ośrodków opisał sytuację, w której **100%** środków było formalnie zablokowanych, ale faktyczne wydatkowanie wynosiło tylko **45%**.



Trudność planowania wydatkowania środków polega na bardzo istotnych ograniczeniach predycyjnych w zakresie:

- wyników oraz tempa realizacji postępowania klinicznego (wyniki cyklu np. ilość utworzonych zarodków, wyniki po transferach, utrzymanie ciąży czy przerwy w postępowaniu uzasadnione/wymuszone klinicznie)
- gotowości Pacjentów do kontynuowania/przystępowania do poszczególnych etapów leczenia zgodnie z sugerowanym postępowaniem klinicznym

Ilość zmiennych, które determinują ilość koniecznych środków do zabezpieczenia na parę Pacjentów jest ogromna i bardzo trudna do zaplanowania.

W tym roku kwalifikację zakończymy w marcu i kolejni pacjenci będą musieli czekać do następnego roku.

W leczeniu niepłodności blokowanie środków jest sprzeczne z efektywnym ich wydatkowaniem. Nałożenie na Realizatora konieczności blokowania środków wynika z niewystarczającego finansowania i blokuje dostęp nowym uczestnikom do wzięcia udziału w Programie u danego Realizatora. Przerzuca na Realizatora odpowiedzialność wizerunkową za niedobory finansowe Programu. Wprowadzenie obowiązku zapewnienia uczestnikom kolejnego cyklu po 3 miesiącach, a nie po 6, wprowadza konieczność zablokowania środków dla Pary na 3 cykle leczenia w danym roku. To oznacza blokadę na minimum 64 tys. zł na Parę, gdyż Para może podejść do leczenia w styczniu, kwietniu, lipcu i październiku i to nie uwzględniając kriotransferów.

Pacjenci nie zgłaszają się na zaplanowane leczenie przez wiele miesięcy, a potem chcą wszystko od razu i bez czekania.



Z badania przeprowadzonego wśród uczestników programu wynika, że problem braku środków w ośrodkach dotyka par będących już w trakcie leczenia - nie tylko tych oczekujących na kwalifikację.

Pacjentki opisują sytuacje, w których dowiadywały się o wyczerpaniu środków tuż przed planowanym transferem lub punkcją, niekiedy już po rozpoczęciu przyjmowania leków. Oznacza to nie tylko opóźnienie procedury, ale też zbędną ekspozycję na leki i dodatkowe koszty ponoszone przez pacjentów.

Respondenci sugerują wręcz, że ośrodki kwalifikują nowe pary, zamiast zabezpieczać środki finansowe na kontynuację leczenia par już będących w procesie leczenia.

Gdy w Klinice powiedziano mi, że muszę odczekać minimum 4 miesiące (...) bo nie ma funduszy, płakałam jak bóbr. Jak?! Chwilę wcześniej dostałam zielone światło do kolejnego transferu (...). Zostałam zakwalifikowana, więc powinny być pieniądze na moje transfery.

Jestem po trzymiesięcznym wyciszeniu endometriozy i czekam (...) ale lekarka kazała zadzwonić i zapytać czy są środki, bo na dzień dzisiejszy tych środków nie ma i ona nie wie kiedy będą. Stres ogromny (...) i kolejna, już piąta procedura prawdopodobnie się nie uda.

Zbyt wielu przyjętych pacjentów, przez to odraczane są transfery. Kliniki powinny zabezpieczać środki na transfery.

Rozpaczam 4 cykl i jestem w górnej granicy wieku [...] Zwiększyć budżet dla klinik ponieważ mam 40 lat nie zaczęłam stymulacji, a jak zacznę i transfery będą co pół roku i znów uzyskam 6 zarodków to miną lata żeby je wykorzystać.

Aktualnie zakończyliśmy pierwszą procedurę. Oczekujemy na przyznanie środków klinice, abyśmy mogli rozpocząć kolejną procedurę. Zapewne będziemy czekać do nowego roku. Więc stracimy 5 miesięcy, w których moglibyśmy się dalej starać o dziecko.



9.3. Wycena świadczeń

35,1% realizatorów programu deklaruje, że wycena świadczeń nie pokrywa ich rzeczywistego kosztu. Ośrodki wskazały przede wszystkim na:

- Niedoszacowanie procedur kwalifikacyjnych - kwalifikacja rozliczana jest tylko do pierwszego cyklu, mimo że przy kolejnych niezbędne bywa powtórzenie badań
- Rozliczanie procedur kwalifikacyjnych w przypadku transferu zarodków powstałych przed wejściem w życie programu
- Niedoszacowanie kosztów procedur z dawstwem oocytów i dawstwem nasienia
- Brak wyceny procedur uzupełniających, takich jak biopsja jądra, badania genetyczne zarodków
- Brak waloryzacji ryczału - niewaloryzowany ryczałt przy utrzymującej się inflacji faktycznie oznacza realne obniżenie finansowania z roku na rok

Niewaloryzowany ryczałt zawsze prowadzi do obniżenia jakości leczenia, co dodatkowo przy niewystarczającym finansowaniu i braku finansowego efektu skali prowadzi do sytuacji, w której jedyną formą utrzymania rentowności może być obniżenie kosztów, co nieuchronnie prowadzi do obniżenia jakości.

9.4. Nieprzewidywalność i brak transparentności finansowania

Trzy powiązane problemy finansowe powtarzają się w niemal wszystkich odpowiedziach na pytania otwarte:

- **Brak informacji o wysokości środków na dany rok.** Kilka ośrodków wskazało na znaczne opóźnienia w przyznaniu finansowania na rok 2026, uniemożliwiając planowanie grafiku, zatrudnienia, zapisów i kampanii informacyjnych dla pacjentów. Przez pierwszych kilkanaście tygodni roku ośrodki działają - jak określił jeden z respondentów - „w ciemno”.
- **Brak transparentności w podziale środków.** Ośrodki nie wiedzą, ile środków otrzymały inne placówki, ile środków zostało już rozdysponowanych, ani według jakich kryteriów dokonywano podziału w roku 2025. Kilka podmiotów wskazuje, że w 2025 r. część ośrodków otrzymała dodatkowe transze środków, podczas gdy inne nie - bez jasnych zasad uzasadniających taką dystrybucję.
- **Opóźnienia w wypłatach.** Pojedyncze ośrodki wskazały na znaczne opóźnienia w przekazywaniu zakontraktowanych transz, co prowadziło do finansowania procedur ze środków własnych lub do faktycznego wstrzymania leczenia.

Przed wszystkim nie wiemy, ile środków finalnie na dany rok dostaniemy. W zeszłym roku dodatkowe transze były przyznawane z miesiąca na miesiąc. Na początku roku przez półtora miesiąca działaliśmy w ciemno, przez co dużo par musi czekać aż dostaniemy aneksy.

Niejasne zasady przyznawania dodatkowych środków, w szczególności w 2025 roku, oraz brak transparentnych kryteriów podziału, co w praktyce prowadzi do nierównego traktowania realizatorów. Utrudnia to długofalowe planowanie finansowe i organizacyjne po stronie kliniki.

Bardzo duże opóźnienia we wpływie zakontraktowanych środków na realizację zadań.

10. Ocena programu

10.1. Ogólna ocena programu

Mimo poważnych problemów operacyjnych obie grupy badanych są zgodne: program jest potrzebny i realnie zmienia dostępność leczenia w Polsce.

4,73
/5

NAJWYŻEJ OCENIANY ASPEKT BADANIA

Wpływ programu na dostępność leczenia w Polsce

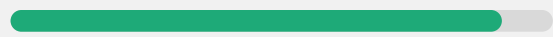
Pacjenci i realizatorzy zgodnie wskazują, że program realnie zmienia sytuację par zmagających się z niepłodnością.

Perspektywa pacjentów

N = 767 respondentów

Odsetek pacjentów pozytywnie oceniających dany aspekt programu

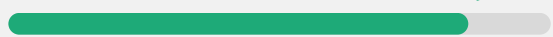
Założenia programu **90,6%**



Zaangażowanie personelu medycznego **85,9%**



Organizacja i realizacja programu **84,7%**



Zrozumiałość przekazywanych informacji **80,4%**



Jakość leczenia **79,0%**

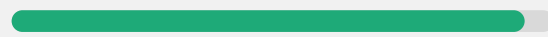


Perspektywa realizatorów

N = 37 ośrodków

*Średnie oceny w skali 1-5
(5 = ocena najwyższa)*

Wpływ programu na dostępność leczenia **4,73**



Czytelność kryteriów kwalifikacji pacjentów **4,68**



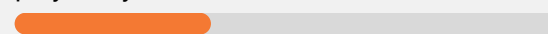
Zgodność założeń programu z wiedzą medyczną **4,32**



Możliwość planowania kolejnych etapów leczenia **2,41**



Wystarczająca wysokość przyznanych środków **1,81**





Pacjenci:

Program jest super.

Według mnie program jest dobrze skonstruowany.

Jestem bardzo zadowolona z możliwości skorzystania z Programu Rządowego, niebawem na pewno wrócimy po rodzeństwo dla córki.

Jestem zadowolona i uważam, że obecne wsparcie jest na naprawdę wysokim poziomie; koszty, które trzeba ponieść są niczym w porównaniu z tym, co trzeba byłoby płacić bez refundacji, w związku z czym nie mam żadnych innych oczekiwań.

Program jest bardzo dobry. Problemem jest różna interpretacja zasad przez kliniki. Jedne pacjentki płacą za dodatkowe badania a inne nie.

Z mojej placówki jestem zadowolona (mimo pięciu nieudanych transferów) i nie planuje jej zmieniać (...). Poza tym dziękujemy za ten program, naprawdę i szczerze.

My mieliśmy pozytywne doświadczenia ale osoby, z którymi jestem w kontakcie skarżyły się na przerywanie przygotowań do cyklu mimo zaczętego przyjmowania leków ze względu na brak środków.

Realizatorzy:

Realizacja programu w znacznym stopniu poprawiła dostępność do leczenia niepłodności technikami wspomaganego rozrodu, ale skala problemu pokazuje konieczność zwiększenia środków.

Kryteria są dobrze opracowane. Należy jednak mieć świadomość, że brak kryteriów oznaczeń hormonalnych wpływa na rekrutację do programu pacjentów gorzej/słabo rokujących (obniżenie efektywności całego programu), ale czy tym pacjentom odbierać też szansę (nawet statystycznie istotnie mniejszą) na rodzicielstwo?

Program powinien dalej obejmować tę samą grupę pacjentów (kobiety do 45 r.ż.), ale kryteria kwalifikacji do scenariusza I powinny obejmować pacjentki do 40 r.ż., gdyż widzimy, jak dramatycznie odmienna jest efektywność leczenia w grupie wiekowej 40–42.

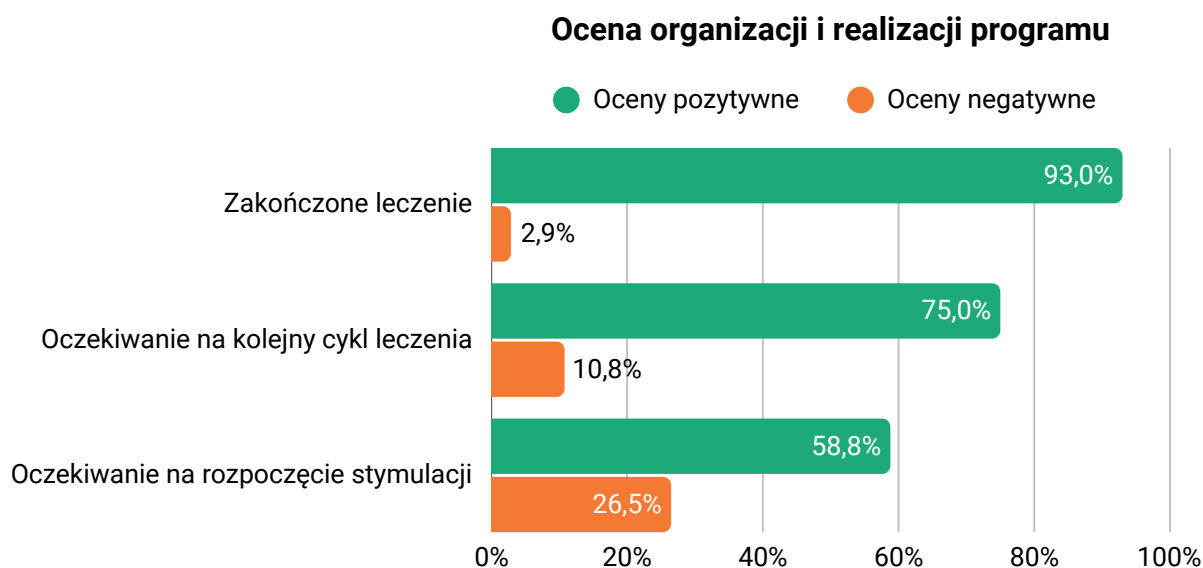
Kryteria są merytorycznie uzasadnione, jednak dla pacjentów często pozostają nie do końca zrozumiałe, zwłaszcza w zakresie różnicy między 12 miesiącami leczenia a 12 miesiącami starań oraz wymaganej dokumentacji medycznej. Warto rozważyć przygotowanie jednolitej, uproszczonej informacji dla pacjentów, która w jasny sposób wyjaśniałaby warunki udziału, wymagane dokumenty oraz możliwe scenariusze dalszego postępowania.



10.2. Ocena pacjentów

Pacjenci ocenili pięć wymiarów programu na pięciostopniowej skali. We wszystkich przeważają oceny pozytywne, ale różnice pokazują, co działa, a co wymaga poprawy.

Najwyżej oceniane są założenia programu - **90,6%** pozytywnych ocen, zaledwie **2,6%** negatywnych. Zaangażowanie personelu (**85,9%** pozytywnych) to wymiar z największym odsetkiem ocen skrajnie pozytywnych - **61,1%** pacjentek jest "bardzo zadowolonych". Niższe noty pojawiają się tam, gdzie program zderza się z rzeczywistością wykonawczą: jakość leczenia ma **79%** ocen pozytywnych przy **9,6%** negatywnych - to najwyższy odsetek krytycznych ocen w badaniu.



Różnica między grupą, która zakończyła leczenie, a grupą, która czeka na rozpoczęcie stymulacji, wynosi 34 punktów procentowych w pozytywnej ocenie jakości i 24 punktów procentowych w negatywnej. Co trzecia pacjentka czekająca na start procedury ocenia organizację programu negatywnie - to grupa, w której najsilniej ujawnia się problem niedofinansowania i przerywania procedur z powodu wyczerpania środków. Pacjenci z wielokrotnymi niepowodzeniami opisują schematyczne, taśmowe podejście lekarzy, w tym brak pogłębionej diagnostyki po niepowodzeniach i brak indywidualizacji leczenia.

Średnie ogólnopolskie ukrywają poważne zróżnicowanie jakości realizacji programu. Spośród ośrodków z co najmniej 10 odpowiedziami od pacjentów, w 8 żaden pacjent nie zgłosił niezadowolonia z organizacji. W ośrodku z najniższymi ocenami niezadowolonych jest 45,5% pacjentów, w dwóch kolejnych - 27,3% i 18,2%. Rozpiętość od **0%** do **45,5%** oznacza, że pacjent w tym samym programie może doświadczyć skrajnie różnej jakości obsługi. Wymaga to systematycznego monitoringu jakości realizacji programu po stronie Ministerstwa Zdrowia.



To już 5. podejście, a dalej czuję się na wizytach jakbym była na taśmie produkcyjnej - brak zaangażowania, aby zaproponować coś, żeby leczenie przyniosło efekty.

Jesteśmy ogromnie wdzięczni za ten program - mamy dzięki niemu córeczkę i to po pierwszej próbie.

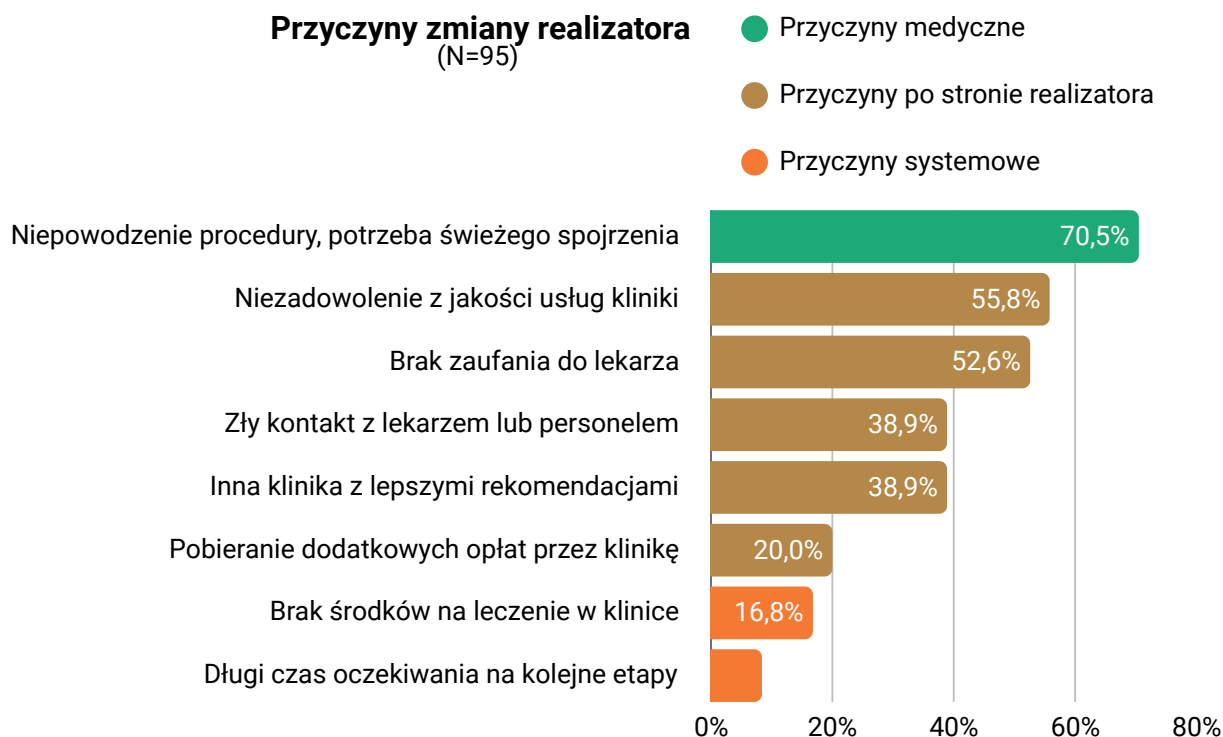
Zmiana realizatora

12,4% badanych zmieniło realizatora w trakcie udziału w programie. Spośród nich **60%** jest zadowolonych z decyzji, **28,4%** jeszcze nie potrafi tego ocenić, a **11,6%** nie jest zadowolonych.

Najczęściej wskazywane powody zmiany to:

- niepowodzenie procedury i potrzeba nowego spojrzenia,
- niezadowolenie z jakości usług,
- brak zaufania do lekarza,
- pobieranie dodatkowych opłat,
- brak środków na leczenie w danej klinice.

Przyczyny zmiany realizatora (N=95)



Porównienie leczenia w programie z leczeniem komercyjnym

58,1% respondentów z doświadczeniem leczenia IVF poza programem dostrzegło jakiegokolwiek różnice. Najwyraźniejszą przewagą programu okazał się spokój finansowy - **49,8%** wskazań. We wszystkich pozostałych wymiarach - czasu poświęcanego przez lekarza, oczekiwania na wizyty i procedury, jakości usług oraz poczucia traktowania - bilans był ujemny. Obraz nie jest jednak jednoznacznie negatywny: **10,7%** respondentek uznało, że kolejne etapy leczenia w programie przebiegały szybciej niż w leczeniu komercyjnym, a po około **10%** wskazało, że lekarz w programie poświęcał im więcej czasu i że jakość usług była wyższa. Doświadczenia pacjentek są zróżnicowane, zależne od miejsca leczenia i nie układają się w jednolity obraz.

10.3. Ocena realizatorów

Niemal wszystkie ośrodki przyznały maksymalną ocenę za wpływ programu na poprawę dostępu do leczenia niepłodności. Wynik ten jest wyjątkowo wymowny: mimo zgłaszanych problemów finansowych i organizacyjnych, realizatorzy są zgodni, że sam fakt istnienia programu pozytywnie wpłynął na dostępność leczenia dla polskich par. Program zlikwidował barierę finansową dla tysięcy rodzin, które bez refundacji nie mogłyby sobie pozwolić na procedurę in vitro.

W ocenie realizatorów pytania o merytoryczną jakość programu - jego zgodność z wiedzą medyczną, spójność zasad, czytelność kryteriów kwalifikacji i dostępność geograficzną - uzyskały relatywnie wysokie oceny. Tworzy to wyraźny kontrast ze skrajnie niskimi ocenami w obszarze finansowania.



Zasady realizacji programu oceniane są jako generalnie czytelne, choć z wyraźnymi wyjątkami. Kilka ośrodków jako problem wskazało zmienność interpretacji tych samych zapisów programu przez Ministerstwo Zdrowia.

Kryteria kwalifikacji to jeden z najwyżej ocenianych aspektów programu. Realizatorzy uważają, że kryteria są merytorycznie uzasadnione i zrozumiałe dla personelu medycznego. Zastrzeżenia dotyczą głównie dwóch kwestii:

- braku limitu AMH/FSH jako kryterium wykluczającego - do programu trafiają pacjentki z bardzo niską rezerwą jajnikową, które mają minimalną szansę powodzenia, co obniża ogólną skuteczność programu i pochłania środki
- trudności w komunikowaniu kryteriów pacjentom - zasady są zrozumiałe dla lekarzy, ale dla pacjentów pozostają niejasne, szczególnie w zakresie: okresu leczenia niepłodności wymaganego do kwalifikacji, dokumentacji niezbędnej do udziału czy sposobu liczenia wieku.

Zakres refundowanych świadczeń oceniony jako stosunkowo czytelny, jednak realizatorzy wskazują na luki. Podstawowym problemem jest brak refundacji procedur, które są istotne klinicznie, ale nie zostały ujęte w ryczałcie:

- Histeroskopia i biopsja endometrium
- Biopsja jądra (TESA/TESE)
- Diagnostyka preimplantacyjna zarodków
- Wlewy i procedury immunologiczne poprzedzające transfer.

Należy zauważyć, że część ze zgłaszanych postulatów to interwencje medyczne dostępne w ramach koszyka świadczeń NFZ, a niektóre z nich pozostają poza rekomendacjami medycznymi.

Jednym z często sygnalizowanych problemów jest kwestia rozliczenia kwalifikacji pacjentów do kolejnych cykli leczenia oraz rozliczania procedur transferu zarodków powstałych przed wejściem w życie programu.

Zarówno małe, jak i duże ośrodki wysoko oceniają jakość programu. Ośrodki bardzo duże (>1000 cykli) są bardziej skłonne do szczegółowych, krytycznych uwag w pytaniach otwartych - wynika to prawdopodobnie z większej skali problemów. Z kolei małe ośrodki wskazują na problem dysproporcji w podziale środków - sugerując, że system faworyzuje większe kliniki.

10.4. Krajowy rejestr procedur medycznie wspomaganey reprodukcji

75,7% realizatorów biorących udział w badaniu popiera wprowadzenie krajowego rejestru procedur medycznie wspomaganey reprodukcji (MAR). Sprzeciw jest marginalny - idei nie popiera zaledwie **5,4%** uczestników badania. Ośrodki widzą w rejestrze narzędzie wielostronnie użyteczne - od poprawy bezpieczeństwa leczenia po podstawę do podziału środków publicznych.

Najczęściej wskazywane korzyści z rejestru to kontrola nad standardami w ośrodkach oraz poprawa jakości leczenia. W dalszej kolejności realizatorzy wymieniają poprawę bezpieczeństwa pacjentów, wsparcie nauki i polityki zdrowotnej opartej na danych, a także - w pytaniach otwartych - możliwość weryfikacji liczby cykli odbytych przez daną parę w ramach rządowego programu refundacji.

Realizatorzy wskazywali również, że rejestr powinien służyć jako podstawa kontroli, wydatkowania oraz podziału publicznych środków finansowych, zastępując deklaratywne dane danymi weryfikowalnymi.



Dla lepszej kontroli MZ i możliwości walidacji danych oraz ich transparentności.

Brak ogólnodostępnego rejestru dla realizatorów, gdzie moglibyśmy sprawdzić, czy para nie zgłosiła się do innego realizatora - w wyniku czego my zabezpieczamy środki przy kwalifikacji, a okazuje się, że np. rozpoczęli już procedurę w innym ośrodku, nie informując nas o tym.

Wprowadzenie rejestru pozwoli na podział środków w oparciu o realną skuteczność leczenia u danego Realizatora, a nie deklaratywne bajeczne wyniki.

Zbierane bardzo słusznie przez Ministerstwo Zdrowia dane na temat skuteczności leczenia powinny być uwzględniane przy alokacji środków, aby premiować ośrodki bardziej skuteczne.

11. Wnioski i rekomendacje

Program refundacji in vitro to wartościowe świadczenie, które otworzyło dostęp do leczenia tysiącom polskich par. Wyniki przeprowadzonych badań wśród pacjentów i realizatorów pozwalają precyzyjnie wskazać obszary wymagające interwencji.

11.1. Rekomendacje realizatorów

- 1. Zwiększenie budżetu programu i waloryzacja ryczału** - minimalna roczna korekta to co najmniej **200 mln zł** ponad obecne finansowanie. Waloryzacja ryczału powinna uwzględniać wskaźnik inflacji lub rzeczywisty wzrost kosztów procedur medycznych.
- 2. Alokacja środków "za pacjentem"** - taki mechanizm zmniejszy kolejki, skróci czas oczekiwania na leczenie i pozwoli uniknąć zamrażania pieniędzy w ośrodkach, w których brakuje pacjentów, a środki pozostają niewykorzystane.
- 3. Modyfikacja mechanizmu blokowania środków** - powinien on jednocześnie umożliwiać kontynuację leczenia par już objętych programem oraz kwalifikację nowych. Warto rozważyć ograniczenie obowiązku rezerwacji środków finansowych do bieżącego etapu leczenia, a nie całej ścieżki leczniczej pary.
- 4. Pełna, terminowa i przewidywalna wypłata zakontraktowanych środków** - Ministerstwo Zdrowia powinno wypłacać kwoty wynikające z podpisanych umów w całości. Informacja o finansowaniu na kolejny rok powinna być jawna, oparta na transparentnych zasadach podziału i przekazana ośrodkom najpóźniej do końca stycznia.
- 5. Rozszerzenie katalogu refundowanych procedur** o kwalifikację do kolejnych cykli, biopsję jądra i diagnostykę genetyczną zarodków. Pozostałe procedury wskazywane jako wymagające refundacji to badania diagnostyczne i procedury lecznicze niższego rzędu.
- 6. Stabilność i jednolita interpretacja zasad** - problemem pozostaje zmienność interpretacji i zasad realizacji programu po stronie Ministerstwa Zdrowia.
- 7. Korekta kryteriów kwalifikacji** - uwzględnienie poziomu rezerwy jajnikowej oraz skrócenie wymaganego okresu leczenia przed programem do 6 miesięcy w przypadku kobiet w zaawansowanym wieku reprodukcyjnym.
- 8. Rozszerzenie programu o dostęp do leczenia dla singielek** - postulat ten wymaga wcześniejszej zmiany ustawy o leczeniu niepłodności.
- 9. Ciągłość programu po 2028 r.** - ponad połowa realizatorów wskazuje, że brak pewności kontynuacji programu uniemożliwia planowanie pracy ośrodka i inwestycji.
- 10. Wprowadzenie rejestru procedur medycznie wspomaganey reprodukcji** jako centralnego systemu monitorowania - z możliwością weryfikacji liczby cykli u danej pary, kontroli zmiany realizatora oraz oceny skuteczności ośrodków.

11.2. Rekomendacje pacjentów

1. **Refundacja badań diagnostycznych i dodatkowych procedur** - pacjenci domagają się finansowania kosztów badań diagnostycznych, biopsji jąder oraz badań genetycznych zarodków.
2. **Rozszerzenie katalogu leków refundowanych** - refundacją powinny być objęte także leki stosowane po transferze, nie tylko leki używane do stymulacji mnogiej owulacji.
3. **Zagwarantowanie ciągłości środków dla par już zakwalifikowanych do programu** - wyczerpywanie środków w klinikach to jeden z najczęściej zgłaszanych problemów, także w kontekście przerywania leczenia: odwoływania transferów i opóźniania kolejnych cykli.
4. **Ujednoczenie zasad między ośrodkami** - potrzebne są jasne wytyczne określające, które świadczenia są bezpłatne i w jakich okolicznościach - razem z mechanizmem egzekwowania ich przez Ministerstwo Zdrowia.
5. **Podniesienie limitu wieku pacjentki** - pacjentki postulują zwiększenie maksymalnego wieku kwalifikacji, zarówno do cykli na własnych oocytach, jak i do scenariuszy z dawstwem oocytów i zarodków.
6. **Poprawa komunikacji o wsparciu psychologicznym** - informacja o psychologu powinna być częścią standardowego protokołu kwalifikacji.
7. **Możliwość wykonywania badań laboratoryjnych bliżej miejsca zamieszkania** - pacjenci postulują, by badania zlecane w ramach programu można było wykonywać w lokalnym laboratorium, a nie tylko w klinice prowadzącej procedurę.
8. **Zwiększenie dostępności geograficznej** - mała liczba placówek w północnej Polsce generuje dodatkowe koszty dojazdu dla pacjentów.
9. **Monitorowanie jakości pracy realizatorów** - Ministerstwo Zdrowia powinno regularnie audytować ośrodki i uzależniać kontraktowanie od wyników kontroli realizacji programu.



Komentarz Stowarzyszeń Nasz Bocian i CEESTAHC

Program refundacji leczenia niepłodności metodą in vitro to jedno z najważniejszych świadczeń zdrowotnych wprowadzonych w Polsce od lat. W ciągu zaledwie dwóch lat od jego uruchomienia urodziło się dzięki niemu niemal 15 tysięcy dzieci - dzieci, które bez refundacji mogłyby się nie urodzić. Zakres i dostępność polskiego programu stawiają go w gronie najbardziej kompleksowych rozwiązań tego typu w Europie. Wyniki obu badań potwierdzają to, co obserwujemy od początku: założenia programu są oceniane bardzo wysoko zarówno przez pacjentów, jak i przez realizatorów. Jednocześnie badania precyzyjnie wskazują obszary wymagające interwencji.

Pierwszym priorytetem jest skoordynowana, bezpłatna diagnostyka i leczenie niższego rzędu. Program in vitro nie może być pierwszym kontaktem pary z systemem ochrony zdrowia w zakresie niepłodności - a dla wielu par tak właśnie jest, ponieważ dostęp do bezpłatnej diagnostyki i leczenia niższego rzędu w ramach NFZ pozostaje bardzo ograniczony. Powoduje to, że część par trafia do programu nieprzygotowana, a część nie trafia do niego wcale, bo nie stać jej na poprzedzające kwalifikację badania. Program in vitro działa sprawnie - potrzebuje jednak systemowego zaplecza.

Drugim priorytetem jest wprowadzenie rejestru procedur medycznie wspomaganą reprodukcji. Rejestr jest narzędziem, które służy przede wszystkim poprawie bezpieczeństwa pacjentów i podnoszeniu jakości leczenia poprzez systemową kontrolę standardów w ośrodkach. Umożliwia weryfikację liczby cykli odbytych przez daną parę u różnych realizatorów oraz - co kluczowe z perspektywy systemu - odejście od finansowania opartego na deklaracjach na rzecz finansowania opartego na rzeczywistych, weryfikowalnych danych. Bez takiego narzędzia nie jest możliwa ani właściwa alokacja środków publicznych, ani systemowa ocena jakości leczenia. Rejestr powinien być traktowany jako fundament dalszego rozwoju programu i jako warunek wdrożenia bardziej zaawansowanych mechanizmów kontraktowania.

Trzecim priorytetem jest zmiana zasad trwałości programu poprzez odpowiednie kontraktowanie oparte na rzeczywistych danych (*real-world data*) oraz modelach *bundled payment* (które obecnie wdrożono bardzo częściowo bez oparcia o rzeczywiste dane). Kluczowym warunkiem poprawy jakości opieki jest systematyczne monitorowanie realizacji procedur, wyników leczenia i jakości danych zgodnie ze standardami międzynarodowymi, z uwzględnieniem oceny doświadczeń i satysfakcji pacjentów. Zbudowanie takiego systemu wymaga dogłębnej analizy skutków.

Stworzenie odpowiednich standardów akredytacyjnych (w oparciu o ustawę o jakości) oraz wdrożenie mechanizmów ciągłego kontraktowania, powiązanych z efektami leczenia mogłoby umożliwić stworzenie rozwiązania odpowiadającego najlepszym standardom europejskim. Jednocześnie pozwoliłoby to na bardziej efektywną alokację środków publicznych poprzez ograniczenie finansowania ośrodków osiągających niską efektywność jakościową i ekonomiczną.

Czwartym priorytetem jest finansowanie. Skala rzeczywistego zapotrzebowania na środki nie jest jeszcze w pełni znana - przez kolejne miesiące program będzie obsługiwał falę par, które przez lata oczekiwały na refundację: zarówno nowych pacjentów, jak i tych, którzy przerywali lub odkładali leczenie z przyczyn finansowych. Pełny obraz zapotrzebowania wyłoni się prawdopodobnie dopiero w roku 2027. Już teraz widać jednak, że mechanizm alokacji środków wymaga korekty: pieniądź powinien podążać za pacjentem, a nie pozostawać zablokowany w ośrodkach, które zarezerwowały środki, lecz nie zdążyły ich wydatkować. Zmiana tego mechanizmu może okazać się równie istotna co zwiększenie budżetu i sprawić, że rzeczywiste niedobory finansowe okażą się mniejsze niż się dziś wydaje.

Chcemy również zwrócić uwagę na kwestię, która wykracza poza ramy programu refundacji, ale bezpośrednio wpływa na zakres dostępu do leczenia niepłodności w Polsce. **Obowiązująca ustawa o leczeniu niepłodności nie gwarantuje równego dostępu do leczenia wszystkim pacjentom.** Do leczenia niepłodności nie mają w Polsce prawa singielki, pary jedнопłciowe, a także pary, które nie chorują na niepłodność, ale chcą skorzystać z in vitro aby nie przekazać dziecku dziedzicznej choroby genetycznej. To nie są kwestie programu - to kwestie ustawy. **Zmiany legislacyjne w tym zakresie są konieczne, aby leczenie niepłodności było dostępne dla wszystkich, którzy go potrzebują.**

Opracowanie

Raport opracowany przez Stowarzyszenie Nasz Bocian we współpracy z CEESTAHC, 2026.

Podziękowania

Składamy serdeczne podziękowania Polskiemu Towarzystwu Medycyny Rozrodu i Embriologii, a w szczególności Prezesowi PTMRiE prof. dr. hab. n. med. Rafałowi Kurzawie oraz dr n. med. Annie Janickiej, za zaangażowanie i wkład pracy w opracowanie ankiety dla realizatorów programu oraz wsparcie w dotarciu do ośrodków uczestniczących w badaniu. Dziękujemy również Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, prof. dr. hab. n. med. Robertowi Spaczyńskiemu, za merytoryczne wsparcie i pomoc w komunikacji z realizatorami.

Dziękujemy wszystkim pacjentkom i pacjentom oraz ośrodkom realizującym program, które poświęciły swój czas i podzieliły się swoimi doświadczeniami.
Bez Was ten raport nie mógłby powstać.

Kontakt

Stowarzyszenie Nasz Bocian:
nasz-bocian.pl
mail: stowarzyszenie@nasz-bocian.pl
tel. 48 600 235 522

CEESTAHC:
ceestahc.org
mail: sekretariat@ceestahc.org
tel. 48 503 811 270



Stowarzyszenie na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji Nasz Bocian to niezależna organizacja pacjencka działająca od 2002 roku. Towarzyszymy osobom zmagającym się z niepłodnością na każdym etapie ich drogi, dostarczając rzetelną wiedzę medyczną, prowadząc grupy wsparcia, podcasty i webinary, a także aktywnie uczestnicząc w kształtowaniu prawa i systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Jesteśmy jedyną polską organizacją w obszarze niepłodności będącą członkiem Fertility Europe - europejskiej sieci organizacji pacjenckich. Zasiadamy w Radzie ds. Leczenia Niepłodności przy Ministrze Zdrowia. Braлиśmy udział w pracach nad programem refundacji in vitro, i od pierwszego dnia jego funkcjonowania uważnie obserwujemy jego realizację.

Niniejszy raport jest wyrazem tego, jak rozumiemy swoją rolę: nie wystarczy towarzyszyć pacjentom w gabinecie - trzeba też dbać o to, żeby system, w którym się leczą, był jak najlepszy.



Stowarzyszenie CEESTAHC jest polską organizacją pozarządową (NGO), działającą nieprzerwanie od 2003 roku w obszarze zdrowia publicznego i medycyny. Naszą misją jest integracja środowisk tworzących systemy ochrony zdrowia w krajach Europy Środkowej i Wschodniej w celu wymiany informacji, edukacji, przekazywania doświadczeń oraz realizacji wspólnych programów naukowych w celu udoskonalenia opieki nad pacjentami i skutecznej profilaktyki chorób, w oparciu o wiarygodne badania i dowody naukowe.

Jesteśmy pionierami edukacji w zakresie EBM i HTA w naszej części Europy. Współpracujemy ze wszystkimi środowiskami tworzącymi system ochrony zdrowia - od organizacji pacjenckich, przez klinicystów i towarzystwa naukowe, po decydentów na poziomie lokalnym i centralnym. Organizujemy konferencje, szkolenia, konsultacje, analizy systemowe i programy naukowe. Udostępniamy publicznie wyniki analiz oraz szablony programów polityki zdrowotnej.