LOKALNIE · OPINIA

JAK ZREFORMOWAĆ SŁUŻBĘ ZDROWIA? MIĘDZY ZANDBERGIEM A MENTZENEM

Krzysztof Głowacki · 14 stycznia 2026

Co zrobić, żeby system zaczął lepiej działać: dorzucić grosza czy zmienić strukturę?



Co zrobić, żeby system zaczął lepiej działać: dosypać pieniędzy czy dokonać gruntownego przemodelowania struktur NFZ? Reforma systemu to nie tylko technokratyczna dyskusja nad skutecznymi rozwiązaniami, ale też dyskusja o wartościach.

W związku z kolejnym kryzysem w systemie ochrony zdrowia na nowo rozgorzała dyskusja, która jak bumerang wraca do polskiej polityki. Co zrobić, żeby system zaczął lepiej działać: dosypać pieniędzy czy dokonać gruntownego przemodelowania struktur NFZ? W ostatniej kampanii prezydenckiej na dwóch wyraziście odmiennych stanowiskach stanęli Adrian Zandberg i Sławomir Mentzen. Co oczywiste, postawienie prostej alternatywy „pieniądze czy struktura?" mocno redukuje ten złożony problem. Mimo wszystko warto przyjrzeć się argumentom opcji skrajnych, aby lepiej uświadomić sobie przeszkody stojące na drodze do skutecznej reformy.

Opcja I: dosypać pieniędzy

Sposób myślenia skrajnej lewicy spod szyldu Partii Razem można streścić następująco: system może być trochę lepszy albo trochę gorszy, ale jeśli nie ma w nim wystarczającej ilości środków, to możemy stanąć na głowie, a i tak nie stanie się zadowalająco skuteczny. Zandberg używa zgrabnej metafory herbaty:

możemy mieszać ją w nieskończoność, ale jeśli nie dosypiemy do niej cukru, to nie stanie się słodsza.

Podstawowym argumentem jest to, że w porównaniu do innych krajów UE wydajemy dość mało na opiekę zdrowotną. W budżecie na 2025 rok na ochronę zdrowia ma zostać wydane 221,7 mld zł, czyli 6,52% PKB. Jest to rzeczywiście dużo mniej niż wydają chociażby nasi zachodni sąsiedzi. Niemcy w 2022 roku wydali na publiczną opiekę zdrowotną aż 10,9% swojego PKB. W ogólnych wydatkach na zdrowie pozostajemy w europejskim ogonie, zajmując trzecie miejsce od końca.

> Pomimo tego, iż Zandberg idealizuje kraje zachodnie, które też mierzą się z poważnymi problemami w kwestiach polityki zdrowotnej, to trudno mu odmówić racji w tym, że najbardziej oczywistym problemem rzeczywiście są pieniądze.

Potwierdzają to przykłady z Polski: obecnie przekładane są zabiegi planowe z różnych dziedzin medycyny, gdyż NFZ nie deklaruje pełnej zapłaty za wszystkie nadwykonania. Zamykanie oddziałów szpitalnych również wynika z niskiej opłacalności wielu z nich, a tę oczywiście mógłby podnieść fundusz, zwiększając wycenę świadczeń.

Przeciwko temu stylowi myślenia znajdziemy jednak także kontrargumenty. Mało komentowanym aspektem programu Polski Ład z 2021 roku było zwiększenie finansowania ochrony zdrowia. Zgodnie z jego założeniami sukcesywnie zwiększamy wydatki na zdrowie, aż do 7% w 2027 roku. Czemu ta liczba jest warta do przytoczenia? Dlatego, że przed kilkoma laty, podczas burzliwego Strajku Rezydentów, podstawowym postulatem naprawy systemu było zwiększenie finansowania do 6,8% PKB do 2021 roku.

Oczywiście, rząd nie śpieszył się z realizacją postulatu młodych lekarzy. Trudno jednak nie zadać sobie pytania: jeśli kolejne rządy, z pewnym opóźnieniem, ale jednak, konsekwentnie podnoszą te wydatki, to czy na pewno jest to remedium na permanentne problemy? Z kilkuletnią karencją osiągamy zakładany próg finansowania, a jednak kryzys nie zostaje zażegnany. Inną reformą, która wydarzyła się przy okazji Polskiego Ładu, było zniesienie limitów do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Rozwiązanie również z pakietu dorzucania pieniędzy do systemu, gdyż od kilku lat NFZ płaci przychodniom za każdą zrealizowaną wizytę, nie tylko za te uprzednio zakontraktowane. Efekt? Kolejki nie skróciły się, a w wielu miejscach nadal się wydłużają. Dziś państwowy ubezpieczyciel próbuje wprowadzać finansowe zachęty za umawianie przez przychodnie wizyt pierwszorazowych, gdyż to na nie przede wszystkim oczekują pacjenci. Po kilku latach systematycznych podwyżek widać, że dużą część zwiększanych wydatków pochłaniają podwyżki płac, w ostatnich latach szczególnie wyraźne. Choć powinniśmy się cieszyć, że medycy różnych profesji zarabiają godnie w państwowych placówkach, to przecież nie wpływa to na szybsze leczenie pacjentów.

Pomimo iż oczywistym jest, że pieniędzy brakuje, to obietnica poprawy jakości świadczeń medycznych poprzez zwiększanie finansowania nie wyczerpuje złożoności problemu. Zandberg pomija fakt, że system ochrony zdrowia jest bardzo chłonny. Zgodnie z raportem Deloitte *Przyszłość ochrony zdrowia w Europie* zwiększenie wydatków na profilaktykę w ochronie zdrowia powinno zmniejszyć koszty leczenia i w konsekwencji obniżyć całościowe środki na zdrowie. Innymi słowami, odpowiednie przetransformowanie struktury wydatków może spowodować, że będziemy ich mniej potrzebować w systemie.

> Partia Razem i inni zwolennicy opcji radykalnego zwiększania finansowania ochrony zdrowia zdają się nie dostrzegać szans na wdrażanie innowacji, związanych m.in. z implementacją narzędzi nowych technologii.

Przykładowo wprowadzanie systemów opartych na uczeniu maszynowym daje nadzieje na rozwój niskokosztowej medycyny prewencyjnej, o czym bardziej szczegółowo pisałem w artykule na łamach Centrum Myśli Gospodarczej. Medycyna przyszłości to w pierwszej kolejności prognozowanie ryzyka, profilaktyka oraz wczesne wykrywanie chorób. Lewicowe propozycje, jakkolwiek w wielu aspektach racjonalne, nie wychodzą poza schemat naśladownictwa rozwiązań państw bogatszych.

Opcja II: zreformować NFZ

Propozycje Sławomira Mentzena zmierzają w zupełnie odmiennym kierunku. Lider Nowej Nadziei postuluje wprowadzenie większej konkurencji na rynku zdrowotnym poprzez rozdzielenie NFZ na mniejszych ubezpieczycieli na wzór niegdysiejszych Kas Chorych. Podobnie jak w propozycjach Partii Razem, intuicja ta nie jest pozbawiona sensu. Tego rodzaju system mamy w Niemczech czy Holandii, więc między bajki należy włożyć zarzuty politycznych oponentów Konfederacji o chęci wprowadzenia do Polski prywatyzacji na wzór amerykański. Tę koncepcję firmuje swoim nazwiskiem były prezes NFZ Andrzej Sośnierz, postać znająca dobrze realia ubezpieczyciela państwowego.

Rzeczywiście, konkurujące ze sobą systemy powinny wypracowywać bardziej korzystne finansowo rozwiązania.

> Zdecentralizowanie procesów decyzyjnych powinno pomóc w poradzeniu sobie z jednym z głównych mankamentów systemu, czyli wyceną świadczeń.

W sytuacji centralnego wyznaczania kosztu poszczególnych procedur nie da się ich niuansować w zależności od sytuacji poszczególnych szpitali. Przeniesienie decyzji na niższy szczebel powinno pomóc w likwidacji takich patologii jak kominy płacowe w niektórych specjalizacjach lekarskich. Podobnie w budzącej duże emocje kwestii zamykania oddziałów. Dużo łatwiej o konstruktywne rozwiązania, gdyby placówki medyczne mogły zgłaszać swoje problemy na poziomie wojewódzkim. Centralne zarządzanie czasem pozwala wypracowywać koncepcje skuteczne. Niestety, w wielu wypadkach przypomina raczej zarządzanie budową chodników w miastach powiatowych z poziomu Ministerstwa. Kierunek decentralizacyjny, na wzór wielu innych dobrze działających systemów europejskich, wydaje się być dobrym pomysłem.

Oczywiście, do każdego z tych argumentów należy dodać wiele zastrzeżeń. Zakładam, że finansowanie kas chorych będzie wyznaczane odgórnie, więc elementem konkurencji nie będzie wysokość składki zdrowotnej. Do tego kasy miałyby być prawdopodobnie ograniczone terytorialnie, np. do województw. Konkurencja w takich warunkach byłaby więc dość iluzoryczna. Jeżeli zaś mimo wszystko różnice w jakości usług byłyby tak znaczące, że pacjenci byliby gotowi na turystykę zdrowotną po kraju, to obawy może budzić potencjalny wzrost nierówności. Już dziś łatwiej o dostęp do specjalisty, jeżeli mieszka się w

sąsiedztwie dużego ośrodka miejskiego, a wprowadzenie większej dywersyfikacji płatników pogłębiłoby ten problem. Czy wówczas państwo realizowałoby swój konstytucyjny obowiązek ochrony zdrowia wszystkich obywateli? Przy równym poziomie obciążenia ludzi kosztami opieki zdrowotnej byłoby to z pewnością bardzo nieuczciwe.

Sam Sławomir Mentzen zdaje się nie dostrzegać takich zagrożeń.

> W wywiadzie w Kanale Zero Mentzen uciekał się do bardzo odległych od Polski przykładów jak Singapur, mający być w jego wizji wzorcem tego, jak można sprawnie ułożyć system leczenia swoich obywateli bez wydawania na to pokaźnych sum z budżetu. Lider Nowej Nadziei jak ognia unika oczywistego stwierdzenia, że do systemu należy włożyć więcej pieniędzy.

Tymczasem propozycja wprowadzenia Kas Chorych, jakkolwiek ciekawa i warta rozwinięcia, nie wydaje się być wystarczająca do zaspokojenia oczekiwań obywateli wobec państwowego systemu.

No właśnie, bo w tym wszystkim chodzi w dużej mierze o oczekiwania.

Zdrowotna umowa społeczna

Podczas likwidacji Kas Chorych ówczesny minister zdrowia Mariusz Łapiński powiedział: „Mówiąc obrazowo: powinniśmy zapewniać możliwość korzystania z opieki zdrowotnej na poziomie poloneza czy skody, natomiast jak ktoś chce się leczyć mercedesem, to niech dopłaca". Takiej szczerości dziś brakuje polskim politykom. Przedstawione dwa wyraziste stanowiska różnią się ukrytymi założeniami tego, jak wyobrażamy sobie stan docelowy. Jakie usługi i w jakim zakresie oferujemy ludziom? Jaki jest „przyzwoity" czas oczekiwania do lekarza rodzinnego, a jaki na zabieg planowy? Czy wszystkie usługi medyczne powinny być refundowane, czy część z nich z założenia powinna być przesunięta do sektora prywatnego? W tym sensie i Zandberg, i Mentzen mogą mieć rację, ale wyłącznie w zakresie własnych systemów wartości.

Zandberg mógłby skonstruować system swoich marzeń, gdyby państwo było w stanie wydawać kilkanaście procent PKB na zdrowie, ale wówczas byłaby to Polska daleka od marzeń Mentzena, bo podatki musiałyby być wyższe. System Mentzena mógłby działać dobrze i skutecznie w obrębie jego wolnościowych założeń – każdy, kto by się wystarczająco postarał, otrzymałby profesjonalne leczenie, ale jednocześnie ludzie mniej zaradni czy biedniejsi mogliby zostać na lodzie.

> Wobec narastającego napięcia wokół sytuacji służby zdrowia potrzebujemy dyskusji na temat założeń, a nie tylko rozwiązań. Umowa społeczna wkoło ochrony zdrowia nie jest klarowna.

Szacując możliwości i bazując na oczekiwaniach, potrzeba wypracować plan minimum, na jakie chcemy się umówić. Czy społeczeństwo jest gotowe na ponoszenie dodatkowych kosztów, żeby poprawić finansowanie polskiej służby zdrowia? Jeśli nie, to czy zaakceptujemy ograniczenie dostępności różnych świadczeń medycznych? Jeżeli nie zaczniemy rozstrzygać tych dylematów, to rzeczywistość zrobi to za nas.

Dziś trudno wyobrazić sobie leczenie wielu chorób bez angażowania swoich środków. Niektóre gałęzie ochrony zdrowia są zdominowane przez świadczenia wykonywane prywatnie. Powszechnie zaakceptowaliśmy, że stomatologia jest realizowana w dużej mierze w gabinetach bez kontraktu z NFZ. Czy chcemy wypychania kolejnych specjalności do takiego modelu funkcjonowania?

Jeśli nie zaczniemy rozmawiać na poważnie, to właśnie w tym kierunku będziemy zmierzać. Z uproszczających koncepcji Zandberga i Mentzena należy wziąć to, co dobre. Ale najpierw ustalić, do czego w ogóle dążymy.

Nagranie: https://www.youtube.com/watch?v=RdN3JDX81p0

Oryginał: https://nlad-kopia1113.instawp.site/jak-zreformowac-sluzbe-zdrowia-miedzy-zandbergiem-a-mentzenem/

WSPÓŁTWÓRZ NOWY ŁAD

Za Nowym Ładem stoją czytelnicy, którzy dorzucają się do jego istnienia. Dołącz do nich — jednorazowo, w kwocie, która Ci odpowiada.

DOŁĄCZAM

wspieram.nlad.pl



Zeskanuj, aby wesprzeć