LOKALNIE · OPINIA

REKORDOWE NAKŁADY NA SŁUŻBĘ ZDROWIA NIE LECZĄ SYSTEMU. CO TRZEBA ZMIENIĆ?

Rafał Kozicki · 4 sierpnia 2026

Obecny system jest strukturalnie zaprogramowany na porażkę.

W ciągu zaledwie dekady wydatki Polski na ochronę zdrowia wzrosły niemal trzykrotnie, osiągając w 2024 roku pułap 293,6 mld zł. Równolegle kolejki do specjalistów wydłużają się, pacjenci pokrywają z własnej kieszeni aż 19% kosztów leczenia, a lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma dla nich statystycznie dziesięć minut. Ten system jest strukturalnie zaprogramowany na porażkę.

Debata na temat polskiej ochrony zdrowia od lat cierpi na syndrom fałszywej diagnozy. Politycy i organizacje branżowe zgodnie twierdzą, że lekarstwem na niewydolność systemu jest ciągłe dosypywanie do niego środków finansowych. Liczby są jednak bezlitosne. W 2014 roku wydaliśmy na ten cel 107,6 mld zł. Dekadę później kwota ta uległa potrojeniu. Co polski obywatel, jako pacjent i podatnik, otrzymał w zamian? Wydłużony czas oczekiwania na zabiegi, wskaźniki zdrowotne wciąż odstające od średniej Unii Europejskiej oraz konieczność posiłkowania się prywatnymi usługami, których udział w całkowitych wydatkach wynosi u nas 19% (przy unijnej średniej na poziomie 9%). Zjawisko to można sprowadzić do brutalnego wniosku: każdy dodatkowy miliard złotych wrzucony do obecnej struktury przynosi coraz mniejszą wartość dodaną. Przyczyną tej patologii nie jest niedofinansowanie, lecz archaiczna architektura decyzyjna państwa.

Z wielkim zainteresowaniem zapoznałem się z raportem *5 mitów na temat ochrony zdrowia* wydanym przez podcast Dwie Lewe Ręce oraz Fundację Centrum Demokracji Społecznej (FCDS). Widać w nim jednak fundamentalny błąd: sprowadza koncepcję wolnego rynku wyłącznie do darwinistycznej gry popytu, podaży i bezwzględnej konkurencji cenowej. Tymczasem podstawą każdego cywilizowanego rynku nie jest anarchia, lecz niezależne instytucje chroniące jego uczestników przed oszustwem, asymetrią informacji i nadużyciami silniejszych.

Konkluzje autorów zatrzymują się w połowie drogi, nie podają oni sposobów na uleczenie systemu poza krytyką decentralizacji, postulując wręcz wzmocnienie centralnego planowania i broniąc państwowego monopolu NFZ. Ten scentralizowany układ, pozbawiony niezależnego arbitra, to idealne środowisko dla politycznych nominatów, którzy traktują szpitale jak partyjne łupy.

Zamiast tego warto zaproponować cztery filary państwowotwórczej, instytucjonalnej reformy.

1. Prawdziwy rynek to walka z monopolem, a brak monopoli to egzekucja jakości.

Raport FCDS stwierdza, że państwowy monopol płatnika (NFZ) jest najlepszy, bo jest „wydajniejszy kosztowo".

Monopol NFZ w szkodliwy sposób łączy w sobie jednak wykluczające się role: centrala rozdziela pieniądze, a jednocześnie sama ustala standardy jakości i sama je kontroluje. Potrzebne jest wprowadzenie mechanizmów realnej kontroli, podobnej do kontroli krzyżowej praktykowanej przez urzędy skarbowe. Czy monopol uratował pacjentów Szpitala Południowego? Mogłaby temu zapobiec niezależna, rynkowa instytucja kontrolna – np. Instytucja Egzekwująca Jakość, wzorowana na brytyjskim CQC i działająca jak UOKiK na rynku konsumenckim. Inspektorzy wyłączeni spod jurysdykcji polityków i płatnika (NFZ) muszą mieć prawo wejść na oddział i z dnia na dzień zamknąć patologiczny SOR czy inny oddział. Gdyby istniał polski odpowiednik CQC, polityczny „menadżer" Dawid Kacprzyk zostałby wyprowadzony ze Szpitala Południowego po pierwszym audycie.

2. Fałszywa troska o procedury. Konieczność przejścia na Value-Based Healthcare

FCDS (w micie #5) postuluje odejście od płacenia za procedury, ale traktuje absurdalne pompowanie statystyk szpitalnych jedynie jako błąd systemu (*upcoding*), wierząc, że państwowa biurokracja naprawi tę anomalię, jeśli tylko odpowiednio się nią pokieruje.

I znów idealnym przykładem jest Szpital Południowy, ponieważ z jednej strony państwo wrzuca do sytemu 293 mld zł, a z drugiej dyrektorzy nie są rozliczani z tego, czy pacjent przeżył, ale wyłącznie z wygenerowanych faktur, zysków i realizacji planów. Prowadzi to do przypadków fałszowania dokumentacji medycznej, tylko po to, by sztucznie „ratować dokumentację" dla płatnika. Kosmetyczne poprawki nie przerwą tego procederu.

Rozwiązaniem mogłoby być wdrożenie **Value-Based Healthcare (VBHC),** czyli płacenie również za wynik, a nie tylko za działanie. Państwo jako bezwzględny nabywca rynkowy musi wprowadzić płatności za pełen cykl powrotu pacjenta do zdrowia. Środki powinny płynąć do podmiotu leczniczego w sposób premiujący sytuację, gdy w pełni sprawny pacjent wraca do domu. Wyniki kliniczne każdej placówki muszą być jawne, by promować tych, którzy leczą, a eliminować tych, którzy fałszują statystyki.

3. Zmierzch lekarzocentryzmu

Raport poprawnie wskazuje na słabość Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) jako powód kolejek. Recepta FCDS? Znów typowa: dosypanie pieniędzy, nowe administracyjne wskaźniki i próba zmuszenia lekarzy do rzadszego wystawiania skierowań zza biurka.

Przeładowane i sparaliżowane SOR-y, z których chyba każdy z nas miał (nie)przyjemność korzystać, to wprost wynik niewydolnego POZ. Diagnoza FCDS o zatorach omija jednak prawdziwy problem, którym jest kolejny szkodliwy monopol, tym razem zawłaszczenie przez lobby lekarskie wszelkich czynności medycznych.

Na całym świecie mamy do czynienia z niedoborem lekarzy. NFZ i MZ ciągle bazują jednak na populistycznym wskaźniku liczby lekarzy na 1000 pacjentów, co prowadzi do przekonania, że system uratuje tylko duża liczba lekarzy. Nie! Czy wobec katastrofy demograficznej lekarze będą opiekować się chorymi, starszymi osobami w ośrodkach typu DPS czy ZOL? Znowu: Nie! nowoczesne systemy rozszerzają kompetencje innych zawodów medycznych, takich jak pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta czy opie-

kun medyczny.

> Tymczasem w Polsce Naczelna Izba Lekarska (NIL), zamiast pełnić funkcję strażnika zawodu zaufania publicznego, dbać o standardy i eliminować ze swoich szeregów osoby tolerujące patologie, walczy głównie z innymi zawodami medycznymi. Broni monopolu przed rozwiązaniami, które z powodzeniem są stosowane na świecie i przynoszą efekty kliniczne oraz finansowe.

Potrzebna jest zmiana funkcjonowania systemu, w tym zniesienie dyktatu lobby lekarskiego. Wdrażanie rozwiązań z zachodnich rynków usług, które skutecznie łamią monopol lekarski, spowoduje realną poprawę drożności systemu. Chodzi o rozwiązania takie jak na przykład:

- **First Contact Practitioners (FCP):** Pacjent z bólem stawów nie blokuje kolejki do lekarza specjalisty, lecz trafia prosto do fizjoterapeuty lub pielęgniarki, którzy mogą wstępnie, bazując na wiedzy i doświadczeniu, zróżnicować ból oraz zdecydować o dalszym etapie leczenia. Położna może prowadzić zdrową ciążę do momentu porodu, a lekarz może włączyć się w ten proces po przekroczeniu granicy tzw. niskiego ryzyka.
- **Advanced Practice Nurses (APN):** Dobrze wykształcone pielęgniarki samodzielnie prowadzą pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Idące w tym kierunku zmiany pozwoliłyby lekarzom skupić się w większym stopniu na ratowaniu życia na izbach przyjęć zamiast na administracji i przedłużaniu recept.

4. Oparta na faktach racjonalność państwa i uwolnienie ubezpieczeń dodatkowych

Odnosząc się do zbiórek charytatywnych i dostępności drogich terapii, raport FCDS konkluduje, że państwowy system centralny jest na tyle racjonalny, że w pełni uchroni pacjentów przed koniecznością żebrania o pomoc czy szukania szarlatanów.

Zbiórki charytatywne to wspaniały przejaw działania społeczeństwa obywatelskiego tam, gdzie państwo zawodzi. Jest jednak jasne, że ucieczka Polaków na internetowe zrzutki oraz jeden z najwyższych w Europie odsetków wydatków z własnej kieszeni (tzw. *out-of-pocket*) nie są systemowym rozwiązaniem. Problemem jest, że Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTMiT) jedynie doradza, a kluczowe decyzje podejmuje polityk pod wpływem lobbingu. Brak twardych reguł rodzi uznaniowość, a za braki w systemie pacjent ostatecznie i tak płaci sam.

System musi być oparty na twardej ekonomii, w której z podstawowej składki zdrowotnej finansowane są wyłącznie najbardziej efektywne świadczenia.

> Konieczne jest wprowadzenie AOTMiT lub innego niezależnego podmiotu nadzorującego na zupełnie nowy poziom przeznaczenia, uniezależnienie agencji oraz nadanie jej prawa do rekomendacji, które będą prawnie wiążące dla rządu. Trzeba skończyć z politycznym sterowaniem refundacjami pod publiczkę.

Dodatkowo wskazane byłoby ustalanie **twardego progu opłacalności (*cost-effectiveness threshold*)**, w którympaństwo twardo negocjuje z koncernami i z podstawowej składki finansuje tylko te terapie, które mieszczą się w określonym koszcie zyskania jednego roku życia w zdrowiu. Jeśli innowacja nie spełnia tego kryterium, to środki przesuwane są natychmiast na inne świadczenia tak, by uratować więcej pacjentów za te same pieniądze.

Następnym etapem musi być wprowadzenie **dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego,** które mogłoby być ujęte w rozliczeniu PIT jako koszt. **Wprowadzenie i uwolnienie rynku ubezpieczeń dodatkowych** pozwoli pacjentom w cywilizowany sposób pokrywać koszty tego, za co dziś i tak płacą z własnej kieszeni (np. stomatologia), a także zyskać dostęp do najdroższych, niestandardowych terapii, na które dziś muszą organizować dramatyczne internetowe zbiórki.

Odpowiedzią na kryzys ochrony zdrowia nie jest obrona monopolu, ale wyzwolenie opieki zdrowotnej poprzez państwowe instytucje rynkowe. Niezależna i bezwzględna kontrola CQC zamiast politycznych nominatów, płacenie za wyleczenie (VBHC) zamiast zarabiania na martwych duszach oraz suwerenna polityka lekowa to jedyna ścieżka ratunku.

Poniżej przedstawiam sześć strukturalnych błędów, które czynią z ochrony zdrowia studnię bez dna. Jest to swojego rodzaju odpowiedź na to, co zastałem w raporcie FCDS.

1. Fasadowość instytucji: AOTMiT taryfikuje, zamiast oceniać

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) nosi dumną nazwę, sugerującą przeprowadzanie zaawansowanych analiz wartości innowacji medycznych. W polskiej rzeczywistości ustrojowej ciężar jej pracy sprowadza się jednak głównie do księgowego wyceniania procedur dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dla porównania, w Wielkiej Brytanii funkcjonuje NICE (National Institute for Health and Care Excellence) – agencja, której rekomendacje, oparte na twardych dowodach klinicznych i ekonomicznych, są dla systemu wiążące. Tamtejszy płatnik musi finansować to, co państwowa agencja uzna za obiektywnie opłacalne i skuteczne.

W Polsce rekomendacje AOTMiT nie mają mocy wiążącej. Ostateczną decyzję o refundacji podejmuje Minister Zdrowia, który dysponuje prerogatywą jej odrzucenia bez merytorycznego trybu odwoławczego. Jak zauważono w 2024 r. na łamach „The European Journal of Health Economics", na decyzje ministra mogą wpływać negocjacje cenowe czy naciski polityczne na późniejszych etapach procesu. Efekt? W koszyku świadczeń gwarantowanych ostatecznie lądują technologie wybrane na podstawie decyzji politycznych i lobbingu, a nie twardych, naukowych dowodów (evidence-based medicine).

2. Państwo teoretyczne w praktyce: brak egzekucji wytycznych

Nawet gdyby polskie agencje funkcjonowały wzorowo i wydawały twarde standardy leczenia, system i tak potykałby się o kolejny problem: nikt nie weryfikuje ich stosowania. W państwach o wysokiej kulturze instytucjonalnej, takich jak Wielka Brytania, działa Care Quality Commission (CQC) – niezależny inspektorat z uprawnieniami do audytu placówek, przepytywania pacjentów i przyznawania publicznie dostępnych ocen jakości (od *outstanding* po *inadequate*). Szpital z notorycznie złą oceną ryzykuje karami finansowymi, a nawet utratą kontraktu. W Polsce certyfikacje i akredytacje Centrum Monitorowania Jakości w

Ochronie Zdrowia (obecnie włączanego w struktury NFZ) mają charakter biurokratyczny. Placówki mogą ignorować nowoczesne standardy bez większych konsekwencji finansowych. Zjawisko to, w literaturze określane jako *implementation gap* (rozbieżność między zaleceniami a praktyką), w Polsce przybiera monstrualne rozmiary, bo państwo zrezygnowało z funkcji kontrolnej na rzecz samego administrowania kontraktami.

3. Archaiczny hierarchizm: marnotrawstwo kadr medycznych

Polski model opieki zdrowotnej jest paraliżująco lekarzocentryczny. Oparty na feudalnej niemal strukturze, stawia lekarza na absolutnym szczycie, odbierając samodzielność innym kompetentnym zawodom medycznym.

Według danych GUS za 2023 rok dysponujemy 137 tys. lekarzy, 216 tys. pielęgniarek i ponad 59 tys. fizjoterapeutów. Mimo to rola tych dwóch ostatnich grup pozostaje stricte podwykonawcza. W krajach rozwiniętych odchodzi się od tego modelu. W Wielkiej Brytanii wdrażany jest system, w którym fizjoterapeuta lub dietetyk pełnią w przychodni funkcję diagnosty pierwszego kontaktu dla pacjentów z określonymi schorzeniami (np. bóle kręgosłupa). Omija się w ten sposób niepotrzebną wizytę u lekarza ogólnego. W Holandii, Danii czy USA wykwalifikowane pielęgniarki z rozszerzonym zakresem kompetencji (Advanced Practice Nurses) w dużej mierze przejmują prowadzenie pacjentów z chorobami przewlekłymi. Badania międzynarodowe jednoznacznie potwierdzają: samodzielność kadr pomocniczych skraca kolejki, utrzymuje satysfakcję pacjentów na identycznym, a czasem wyższym poziomie, obniżając jednocześnie koszty systemu. W Polsce wciąż płacimy wysokospecjalistycznemu lekarzowi za wykonywanie czynności, które znacznie szybciej i taniej mogliby wykonać fizjoterapeuta czy magister pielęgniarstwa.

4. Korporacjonizm zamiast doradztwa: rola konsultantów krajowych

Instytucja konsultantów krajowych, powoływanych w poszczególnych dziedzinach medycyny przez Ministra Zdrowia – brzmi to z pozoru jak ucieleśnienie rzetelnego, państwowego doradztwa. W rzeczywistości jest to usankcjonowany prawnie mechanizm lobbingu wewnątrzsystemowego. Zamiast niezależnej oceny potrzeb zdrowotnych populacji konsultanci nierzadko skupiają się na promowaniu wąskich interesów własnego środowiska i specjalizacji. System ten pozbawiony jest transparentności, omijany jest proces konkursowy, a powoływane osoby pozostają uwikłane w podległość wobec decydenta politycznego i lojalność wobec własnych korporacji zawodowych.

W systemie niemieckim decyzje kształtujące standardy podejmuje niezależny Wspólny Komitet Federalny (G-BA), w którym zasiadają lekarze, pielęgniarki, dentyści, ale także reprezentanci pacjentów. Działa on jawnie, na podstawie niezależnych ocen instytutu naukowego, przy surowym rygorze zarządzania konfliktami interesów. Polska tkwi w systemie quasifeudalnych relacji, gdzie eksperckość przegrywa z interesem grupowym.

5. Fabryka procedur: płacimy za działanie, nie za wyleczenie

Rdzeniem niewydolności systemu jest model finansowania, w którym płatnik nagradza placówki za „wykonanie procedury" (*fee-for-service*). Skoro NFZ płaci osobno za każdą wizytę, każde badanie i każdy zabieg, bodziec ekonomiczny jest oczywisty: więcej procedur oznacza wyższy przychód dla szpitala lub przychodni.

To fatalny mechanizm z punktu widzenia dobra obywatela. Nowoczesna koncepcja opieki opartej na wartości (Value-Based Healthcare) definiuje sukces jako poprawę stanu zdrowia pacjenta podzieloną przez koszt osiągnięcia tego stanu. W Polsce system wynagradza sam fakt podjęcia leczenia, niezależnie od tego, czy przyniosło ono skutek kliniczny. Szpital nie ma finansowej motywacji, by wyleczyć pacjenta szybko i trwale (zapobiegając rehospitalizacji), lecz by „przemielić" go przez jak największą liczbę wycenionych procedur.

6. Iluzja równości kosztem racjonalności państwowej

Polski system opiera się na fałszywym dogmacie absolutnej równości dostępu do wszystkich dostępnych terapii, abstrahując od ich realnej opłacalności. W efekcie państwo rozdysponowuje ograniczone zasoby w sposób nieefektywny, co w ostatecznym rozrachunku uderza w całą populację.

Każde racjonalne państwo ustala tzw. próg opłacalności (*cost-effectiveness threshold*). Jest to maksymalna kwota, jaką jest gotowe zapłacić za uratowanie dodatkowego roku życia pacjenta. W Wielkiej Brytanii wynosi ona ok. 20–35 tys. funtów, w Australii 50–70 tys. dolarów australijskich. Powyżej tego progu uznaje się, że finansowanie skrajnie drogiej terapii odbierze środki konieczne do leczenia dziesiątek innych pacjentów. W Polsce formalnego i bezwzględnie przestrzeganego progu brak.

Skutkuje to dramatycznymi zjawiskami: system pod presją medialną finansuje niebotycznie drogie terapie eksperymentalne o marginalnej korzyści dla chorego terminalnie, podczas gdy elementarne programy prewencji, wczesnej diagnostyki onkologicznej czy opieki koordynowanej (które mogłyby uratować tysiące obywateli) pozostają chronicznie niedofinansowane.

Jak wyjść z pułapki? Program naprawczy dla państwa

Te sześć problemów tworzy układ zamknięty. Brak agencji z prawdziwego zdarzenia prowadzi do rozpraszania środków. Uzależnienie od konsultantów politycznych podtrzymuje decyzyjny chaos.

> System lekarzocentryczny generuje zatory i ogromne koszty, które pompują mechanizm wynagradzania za wykonaną procedurę.

Wyjście z tego impasu wymaga politycznej odwagi i oparcia reformy na trzech twardych filarach państwowotwórczych:

1. Suwerenność instytucjonalna (Governance). Państwo musi pozbyć się modelu ręcznego sterowania przez urzędników Ministerstwa Zdrowia. Wymagane jest powołanie w pełni niezależnej instytucji analitycznej (na wzór brytyjskiego NICE), której rekomendacje dotyczące refundacji będą dla polityków wiążące. Konieczne jest wyznaczenie twardego, matematycznego progu opłacalności terapii (ICER), który powstrzyma polityczne uleganie presji kosztem sprawiedliwości systemu.

2. Nowy paradygmat finansowania. Musimy odejść od płacenia za procedury medyczne na rzecz płacenia za utrzymanie zdrowia populacji. Państwo powinno kontraktować i nagradzać placówki na podstawie tzw. *outcomes* (wyników zdrowotnych), wymuszając na świadczeniodawcach koordynację opieki nad pacjentem, a nie mnożenie niepotrzebnych badań.

3. Racjonalizacja zarządzania kadrami medycznymi. Lekarze muszą zostać odciążeni z ról, które z powodzeniem mogą przejąć inni specjaliści. Konieczne jest upodmiotowienie pielęgniarek i fizjoterapeutów, nadanie im uprawnień diagnostycznych i wdrożenie systemu porad pierwszego kontaktu bez obecności lekarza. Równolegle należy powołać silną, wyposażoną w uprawnienia kontrolne i sankcyjne instytucję oceniającą jakość placówek. Trzykrotny wzrost wydatków na zdrowie w ciągu zaledwie dziesięciu lat to potężny wysiłek polskiego podatnika. Fakt, że nie przełożył się on na odczuwalną poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego, dowodzi, że problemem nie są zasoby, lecz struktura.

> Mechanizmy sprawdzone w państwach zachodnich istnieją i są gotowe do zaimplementowania. Pytanie, które musimy dziś zadać, nie dotyczy tego, „skąd wziąć pieniądze", ale czy w klasie politycznej znajdzie się siła woli, by porzucić fatalny model zarządzania państwowym zdrowiem i uderzyć w usankcjonowany system marnotrawstwa.

W tekście posłużono się danymi m.in. GUS (2024), WHO European Observatory (2024), raportów OECD z serii Health at a Glance, publikacji naukowych w „European Journal of Health Economics" oraz analiz wytycznych NICE.

Nagranie: https://www.youtube.com/watch?v=kcQA6wJs63g

Oryginał: https://nlad-kopia1113.instawp.site/rekordowe-naklady-na-sluzbe-zdrowia-nie-lecza-systemu-co-trzeba-zmienic/

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