

# MITÓW NA TEMAT OCHRONY ZDROWIA

Raport Fundacji Centrum  
Demokracji Społecznej



DWIE  
LEWE  
RĘCE



# **spis treści**

<b>wstęp</b>	<b>3</b>
<b>mit #1</b>	<b>4</b>
<b>Mechanizmy rynkowe i konkurencja to wyższa jakość</b>	
<b>mit #2</b>	<b>9</b>
<b>Zbiórki medyczne rozwiążą problem finansowania</b>	
<b>mit #3</b>	<b>15</b>
<b>Skoro nie korzystam, to nie płacę</b>	
<b>mit #4</b>	<b>20</b>
<b>Najważniejsze to skrócić kolejki do specjalistów</b>	
<b>mit #5</b>	<b>27</b>
<b>Więcej pieniędzy nic nie zmieni</b>	
<b>autorzy</b>	<b>32</b>

# wstęp

Mit jest niczym, które jest wszystkim. Przybliża nam świat, w uproszczony, alegoryczny sposób objaśniając złożone zjawiska. Oswaja nasze lęki przed tym, co nieznanne, chaotyczne, potencjalnie niebezpieczne, dając jednocześnie nadzieję na skuteczne stawienie czoła temu, czego się boimy. Uzasadnia i usprawiedliwia wreszcie obecny stan rzeczy, przedstawiając go jako naturalny i konieczny.

Nasza narodowa dyskusja na temat ochrony zdrowia jest zdominowana przez mity w stopniu tak wszechogarniającym, że potrzeba byłoby pióra Jana Parandowskiego, aby wszystkie te podania i legendy uporządkować, omówić, przeanalizować. Badacz krytyczny wchodzi tu w spór z mocno ugruntowaną tradycją ustną, przekazywaną nie tylko z pokolenia na pokolenie, lecz także z tweeta na tweet, z jednego filmiku na TikToku na kolejny. Polemika nie odbywa się z innym raportem, monografią czy programem politycznym, ale z powszechnymi mniemaniami, na ogół opatrzonymi wstępami typu: „Przecież wszyscy wiedzą, że...”, „Nikt mnie nie przekona, że...”, „Tak na zdrowy rozum...”.

Niemniej, jak powiada klasyk, „Trzeba się bić”, choć w tym wypadku może lepszym mottem byłoby: „Nie bij, tłumacz”. Powierzchowne, zwodnicze rozumienie, oparte na stereotypach, plotkach i anegdotach, należy próbować wypierać wiedzą pewniejszą, bazującą na uogólnionym doświadczeniu praktyków oraz dorobku teoretycznym naukowców. Rozumiejąc, że medycyna jest nauką społeczną, nie wolno też tracić z oczu perspektywy pacjenta. Lecznictwo jest sprawą zbyt poważną, aby pozostawić je w rękach samych tylko lekarzy.

Ambicją, jaka przyświecała Sekcji Medycznej Fundacji Centrum Demokracji Społecznej, było nazwanie, opisanie, a następnie obalenie choćby tylko najpopularniejszych – a tym samym najgroźniejszych – mitów dotyczących polskiego systemu ochrony zdrowia. Mamy nadzieję, że publikacja ta choć w niewielkim stopniu przyczyni się do tego, abyśmy przestali postrzegać zarządzanie publiczną opieką zdrowotną jako mitologię stosowaną. Czytelnikowi pozostawiamy ocenę tego, na ile udało nam się temu zadaniu sprostać.

**Marcin Giełzak**

prezes Fundacji Centrum Demokracji Społecznej

**mit #1**



**dr Maria Libura**

**Mechanizmy rynkowe  
i konkurencja to  
wyższa jakość**

**Konkurencja nie jest magicznym lekarstwem na problemy ochrony zdrowia. Może pomagać, ale tylko wtedy, gdy działa w ramach dobrze zaprojektowanych reguł. Sama z siebie nie gwarantuje ani niższych kosztów, ani lepszej jakości opieki. Czasem wręcz przeciwnie – koszty muszą rosnąć, ponieważ dodatkowe środki trafiają na marketing, administrację i budowanie przewagi konkurencyjnej.**

„Wprowadźmy konkurencję, to będziemy leczeni szybciej i taniej”, „Jeśli pojawi się konkurencja, dostaniemy więcej i lepiej za mniej”. Kto z nas nie słyszał takiej recepty na bolączki ochrony zdrowia? Konkurencyjne kasy chorych mają być lepsze niż NFZ, rywalizacja między szpitalami ma poprawić jakość leczenia, a masowe kształcenie lekarzy – zatrzymać wzrost ich wynagrodzeń, bo medycy zaczną konkurować o miejsca pracy. Czy jednak mechanizmy te rzeczywiście działają tak, jak twierdzą zwolennicy urynkowania ochrony zdrowia?

Jest to co najmniej wątpliwe. Takie myślenie wyrasta z wiary w niezawodność rynku. **Przy czym słowo „wiara” jest tu użyte celowo – postulaty uzdrawiania systemu przez niekontrolowaną konkurencję mają słabe oparcie w dowodach, a częściej bazują raczej na micie, że rywalizacja „o klienta” automatycznie prowadzi do obniżenia kosztów i poprawy jakości oferowanych usług.** Mit ten wiąże się zwykle z przekonaniem o centralnej roli wyboru pacjenta. „Pieniądze pójdą za pacjentem” – twierdzono przecież, reklamując reformę z 1999 r. „Klient” miał zyskać wybór, a placówki medyczne miały zabiegać o jego decyzję. Założenie brzmi atrakcyjnie, ale pomija kilka fundamentalnych problemów.<sup>1</sup>

Po pierwsze, w wielu obszarach ochrony zdrowia potrzeby przewyższają możliwości systemu. Pacjent nie jest więc zwykle „kurą znoszącą złote jaja”, a bardziej petentem – na jego miejsce czekają kolejni. W praktyce wybór pacjenta sprowadza się często do wyboru kolejki. Dlatego systemy ochrony zdrowia racjonują dostęp do świadczeń. **W modelach europejskich priorytetem jest potrzeba zdrowotna, w systemach bardziej rynkowych większą rolę odgrywa zdolność pacjenta do zapłaty za świadczenie lub zakres posiadanego ubezpieczenia.**

Po drugie, rynek zdrowia cechuje się asymetrią informacji. **Pacjent nie wie, jakie leczenie jest dla niego optymalne, i nie potrafi w pełni ocenić jego efektów.** Jeśli pojawi się powikłanie, to czy wynika ono z ryzyka zabiegu, czy też z błędu lekarza? Pacjent nie jest w stanie jednoznacznie tego rozstrzygnąć.

Po trzecie, mamy do czynienia z niepewnością. Nie wiemy, kiedy zachorujemy ani jak poważnie. Trudno się więc przygotować finansowo na leczenie, a gdy choroba już wystąpi, zwykle nie można „odłożyć zakupu” świadczenia bez poważnych konsekwencji. **Popyt na usługi zdrowotne jest zatem w dużej mierze nieelastyczny i nieprzewidywalny.**

### **Pacjent nie jest klientem**

W książce *Managing the Myths of Health Care* Henry Mintzberg zauważył: **„Kierowanie się logiką rynku w ochronie zdrowia ma tyle sensu co prowadzenie orkiestry symfonicznej jak fabryki butów”.**<sup>2</sup> Pacjent nie jest więc klientem

1 Rice, T., Unruh, L., & Barnes, A. J. (2023). *The Economics of Health Reconsidered* (5th ed.). Health Administration Press

2 Mintzberg, H. (2017). *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations Between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers.

w klasycznym sensie – działa w warunkach stresu, zależności i ograniczonej wiedzy. Leczenie nie jest produktem, który można łatwo porównać przed „zakupem”, a jego efekty zależą od wielu czynników biologicznych i społecznych.

Na to wszystko nakłada się społeczny wymiar zdrowia. Choroba zakaźna dotyczy przecież nie tylko jednostki, lecz także całej wspólnoty. Opóźnione leczenie prowadzi do kosztów społecznych – absencji w pracy, wypłaty rent, obciążeń dla systemu zabezpieczenia społecznego. Oszczędność jednego segmentu systemu (NFZ) może stanowić koszt w innym (ZUS). Już w 1963 r. Kenneth Arrow wykazał, że rynek usług zdrowotnych nie spełnia warunków klasycznego rynku.<sup>3</sup> Jego prace stały się jednym z fundamentów współczesnej ekonomii zdrowia. Kilka lat później otrzymał Nagrodę Nobla za swój wkład w ekonomię dobrobytu i teorię wyboru społecznego.

Celem systemu ochrony zdrowia w europejskim modelu jest zdrowie wszystkich obywateli i zapewnienie im równego dostępu do świadczeń, a nie maksymalizacja zysku poszczególnych graczy na rynku zdrowia. Konkurencja może prowadzić do wypaczenia priorytetów – premiować działania zwiększające przychody kosztem tych poprawiających zdrowie populacji.

Rynek ochrony zdrowia charakteryzuje się trwałą nierównowagą między popytem a podażą. Podaż jest ograniczona przez liczbę specjalistów, infrastrukturę oraz czas potrzebny do kształcenia kadr. W efekcie mechanizmy samoregulacji nie działają: wzrost zapotrzebowania nie zwiększa automatycznie dostępności świadczeń. **Co więcej, decyzje terapeutyczne są w dużej mierze kształtowane przez wiedzę i rekomendacje lekarzy, co dodatkowo odróżnia ochronę zdrowia od typowych rynków konsumenckich.** Powoduje to także zjawisko popytu indukowanego przez świadczeniodawcę, który ze względu na wspomnianą asymetrię informacji, może zachęcać lub zniechęcać do niektórych procedur.

Konkurencja prowadzi za to do fragmentacji systemu. Zamiast współpracy pojawiają się izolacja i orientacja na wynik finansowy. Skutki to [m.in.](#):

- powielanie usług i inwestycji,
- brak koordynacji opieki,
- trudności w planowaniu zasobów.

Konkurencja nie jest magicznym lekarstwem na problemy ochrony zdrowia. Może pomagać, ale tylko wtedy, gdy działa w ramach dobrze zaprojektowanych reguł. Sama z siebie nie gwarantuje ani niższych kosztów, ani lepszej jakości opieki. **Czasem wręcz przeciwnie – koszty muszą rosnąć, ponieważ dodatkowe środki trafiają na marketing, administrację i budowanie przewagi konkurencyjnej.**

### **NFZ jest wydajniejszy kosztowo**

System z jednym płatnikiem, takim jak NFZ, generuje znacznie niższe koszty administracyjne niż systemy oparte na wielu konkurujących ze sobą ubezpieczycielach.<sup>4</sup> Wynika to z efektu skali i braku konieczności dublowania struktur – pojedynczy płatnik utrzymuje jedną sieć biur, jednolity system rozliczeń i wspólne procedury kontraktowania świadczeń. W systemach, w których funkcjonuje wielu ubezpieczycieli, większą część środków pochłaniają kosz-

3 Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.

4 Hagens, L. L., Klazinga, N. S., Mueller, M., Morgan, D. J., & Jeurissen, P. P. T. (2018). How and why do countries differ in their governance and financing-related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology.

ty marketingu, negocjacji kontraktów, obsługi indywidualnych polis oraz administracji. W modelach z jednym płatnikiem koszty administracyjne wynoszą zwykle ok. 1–3 proc. środków, jakimi zarządza instytucja, podczas gdy w systemach powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z wieloma płatnikami często mieszczą się w przedziale 3–6%. W przypadku komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych koszty administracyjne, marketingowe i sprzedażowe mogą sięgać nawet 15–20 proc. składki. Dzięki powszechnemu, obowiązkowemu ubezpieczeniu większa część publicznych środków bezpośrednio finansuje świadczenia zdrowotne. **W Polsce koszty NFZ są bardzo niskie – oscylują wokół 1 proc.!**

Konkurencja sprzyja także selekcji pacjentów – zjawisku przyrównywanemu do „wydłubywania rodzynek z sernika”, czyli preferowaniu przypadków bardziej opłacalnych. Może również prowadzić do nieefektywnej konkurencji o kadry i wzrostu wynagrodzeń w wybranych specjalizacjach.

Dobrym przykładem jest przejście całego zespołu specjalistów z oddziału neurochirurgii dziecięcej ze Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza przy ul. Niekańskiej do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który wedle doniesień medialnych miał przedstawić zespołowi dobrą ofertę



w zamian za taki ruch.<sup>5</sup> To tylko jeden przykład skutków powszechnej w polskim systemie rywalizacji o prestiż, kadry i kontrakty z NFZ. W efekcie pod znakiem zapytania stanął sens wcześniejszych inwestycji infrastrukturalnych na Nieklańskiej, w tym budowa i wyposażenie nowoczesnego bloku operacyjnego dostosowanego do potrzeb najmłodszych pacjentów. Jak pisał „Rynek Zdrowia”, odejście lekarzy ze szpitala do WUM spowodowało, że w Mazowieckiem stopniała liczba łóżek na neurochirurgii dziecięcej – z 74 do 50. To przykład kosztów konkurencji o kadry w warunkach ich niedoboru. Co z tego wynika?

Niekontrolowana konkurencja w ochronie zdrowia jako mechanizm poprawy jakości jest mitem. Coraz częściej pojawia się natomiast idea konkurencji o wyniki leczenia – opartej na mierzeniu efektów zdrowotnych i porównywaniu ich między placówkami. Jej celem nie jest „karanie” słabszych placówek, ale równanie wszystkich w górę, by pacjent miał pewność, że otrzyma odpowiednie leczenie, niezależnie od tego, gdzie trafi. **Jest to zatem nie tyle spontaniczny efekt rynku, ile rezultat świadomie zaprojektowanego systemu oceny i poprawy jakości.**<sup>6</sup> Jego celem jest podnoszenie standardów opieki dla wszystkich pacjentów.

Alternatywą dla konkurencji jest model oparty na współpracy, integracji i maksymalizacji efektów zdrowotnych. W takim systemie:

- placówki współdziałają w leczeniu pacjenta, dzieląc się wiedzą i zasobami,
- finansowanie premiuje koordynację leczenia i długoterminowe efekty zdrowotne,
- pacjent jest partnerem, a nie „klientem” do pozyskania.

**W ochronie zdrowia lepsze rezultaty przynoszą współpraca, koordynacja i wspólne cele niż rywalizacja o ograniczone zasoby.** Nikt nie chciałby przecież testować jakości leczenia zawału serca, by potem przyznać szpitalowi dwie gwiazdki w skali od jednej do pięciu gwiazdek...

5 zob. <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Uczelnia-podebrala-szpitalowi-specjalistow-Lecznica-szuka-lekarzy-na-calym-swiecie,254008,1.html>

6 Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Eds.). (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. European Observatory on Health Systems and Policies.

# Zbiórki medyczne rozwiążą problem finansowania

Radosław Tokarz



mit #2

Zbiórki służą dobrze jednemu zadaniu: pozwalają nam poczuć się lepiej i uwrażliwiają na cierpienie pewnych szczególnych grup chorych. Jednak to, co daje zbiórkom urok i powoduje, że się w nie angażujemy, jest z punktu widzenia całego systemu ochrony zdrowia wadą. „Mądrość tłumu” nie jest w stanie weryfikować słuszności celów zbiórek, niekoniecznie kieruje środki do najbardziej potrzebujących pacjentów i obszarów ochrony zdrowia oraz promuje finansowanie tego, co „robi wrażenie” na darczyńcach, czasami prowadząc do swego rodzaju licytacji na litość i cierpienie, w najgorszym przypadku do oszustw i tragedii.

Francis Bacon napisał kiedyś, że „dobroć [...] nie może być nadmierna, lecz tylko może błędzić”. Na tym samym oddechu należałoby dodać, że również nadmierna wiara w skuteczność dobroci może być problemem! Niejednokrotnie z ust polityków i publicystów słyszeliśmy, że polski system ochrony zdrowia funkcjonuje w dużej mierze dzięki różnego rodzaju zbiórkom. Od finałów Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy po indywidualne kampanie na platformach takich jak SiePomaga, a kończąc na ostatnich zbiórkach Łatwoganga.

Nawet pobieżna analiza liczb i faktów każe tezę tę odrzucić. **Podstawową różnicą między światem zbiórek a publicznym systemem ochrony zdrowia jest bowiem skala.** Z badania UCE Research z 2021 r.<sup>2</sup> wynika, że blisko 60 proc. Polaków rokrocznie angażuje się w różnego rodzaju działania charytatywne, przeznaczając na nie najczęściej od 50 do 300 zł. Zgrubnie licząc, oznacza to kwotę na poziomie 1-2 mld zł rocznie. Na samą zbiórkę Cancer Fighters wpłacono rekordowe 280 mln złotych, a i tak, w porównaniu do budżetu NFZ<sup>3</sup> jest to kwota 1000 razy mniejsza. Mimo to wielu z nas instynktownie przeciwstawia „ciepło” i sprawność ziórek „zimnemu” i niewydolnemu systemowi publicznemu. Jeśli przyjrzymy się temu fenomenowi bliżej, nietrudno będzie zrozumieć, że przewaga ziórek ma charakter przede wszystkim wizerunkowy.

### Dyskretny urok ziórek

Krytyk mógłby powiedzieć, że państwo, choć dysponuje znacznie większymi środkami, to wydaje je nieefektywnie. Wspomniałby o rozbudowanej biurokracji i wysokich wynagrodzeniach medyków. Darczyńca ma natomiast poczucie kontroli – wie, czy wspiera konkretnego pacjenta, czy też zakup określonego sprzętu. Daje mu to satysfakcję i poczucie sprawczości. Publicyści często bronią WOŚP, twierdząc, że fundacja może i zbiera rocznie 0,1 proc. tego, co na ochronę zdrowia przeznacza państwo<sup>4</sup>, ale gdyby porównać same tylko wydatki na sprzęt, to wpływ WOŚP staje się znaczący.

Jednak to co daje zbiórkom urok i powoduje, że się w nie angażujemy, jest z punktu widzenia całego systemu ochrony zdrowia ich wadą. Gdy chodzi o wyposażenie szpitali, często porównuje się wydatki WOŚP z wydatkami

1 F. Bacon, *Eseje*, przeł. C. Znamierowski, Warszawa 1959.

2 KIB, *Olbrzymia hojność Polaków. Jesteśmy wyjątkowym narodem*, <<https://www.money.pl/gospodarka/olbrzymia-hojnosc-polakow-jestesmy-wyjatkowym-narodem-6642110783756832a.html>>

3 [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/finanse\\_nfz/2024/ostateczny\\_plan\\_finansowy\\_nfz\\_na\\_rok\\_2024.xlsx](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/finanse_nfz/2024/ostateczny_plan_finansowy_nfz_na_rok_2024.xlsx)

4 *Cel 34. Finału WOŚP: Diagnostyka i leczenie chorób przewodu pokarmowego u najmłodszych pacjentów*, <<https://www.wosp.org.pl/final/final>>.

Ministerstwa Zdrowia (NFZ sam w sobie zakupów nie dokonuje), które kupuje sprzęt tylko w ramach specjalnych programów, np. Narodowej Strategii Onkologicznej. Gdyby na tym zakończyć analizę, to istotnie, wydatki na sprzęt medyczny poczynione przez Ministerstwo Zdrowia i WOŚP są podobnego rzędu wielkości. **Jednak większość sprzętu szpitale kupują w przetargach ze środków, które otrzymują od NFZ za leczenie pacjentów, a nie ze środków ministerstwa – krótko mówiąc, cały proces jest zdecentralizowany.** Ma to oczywiście swoje wady, ale pozwala dopasować zakupy do realnych potrzeb danego szpitala. **Co ważne, sprzęt sam w sobie nikogo nie leczy. Potrzebne są: wykwalifikowany personel, infrastruktura oraz finansowanie świadczeń.**

Czy zarząd WOŚP, wybierając główny cel corocznej zbiórki, kieruje się realnymi potrzebami szpitali i pacjentów? Tegoroczna zbiórka (2026) ma na celu wsparcie leczenia chorób przewodu pokarmowego u dzieci, a pieniądze będą zbierane na zaawansowany sprzęt do dziecięcej chirurgii przewodu pokarmowego, w tym na roboty DaVinci, które otrzymają 2-3 największe ośrodki w Polsce<sup>5</sup>. Tyle że... nie jest to ani pierwszo-, ani nawet drugorzędowa potrzeba. Zabiegi robotyczne w tej dziedzinie są wykonywane w bardzo ograniczonych przypadkach, a ich wyższość nad klasycznymi metodami leczenia nie jest jeszcze w sposób jednoznaczny wykazana. **Cel zbiórki – jak się wydaje – podyktowany jest raczej logiką marketingu i łatwością mobilizowania darczyńców (zakup najnowocześniejszego wyposażenia robi wrażenie) niż realnymi potrzebami zdrowotnymi.** Większość wpłacających nie ma jednak ani możliwości, ani kompetencji, by to rzetelnie ocenić. Tymczasem szpitale powiatowe toną w długach, zamykają się nierentowne oddziały, brakuje pieniędzy na badania obrazowe. Trzeba jednak oddać sprawiedliwość WOŚP – w latach 90. i na początku XXI w., przy dramatycznym niedofinansowaniu systemu, fundacja realnie przyczyniła się do poprawy wyposażenia szpitali i ratowania życia pacjentów.

### Proza ponad poezją

Patrzeć na ochronę zdrowia przez pryzmat pojedynczych historii – „choroby małej Oli” – zaciera obraz rzeczywistości. System pochłania przede wszystkim środki na codzienne, powtarzalne procedury: operacje, diagnostykę, leczenie chorób przewlekłych. Czy wyobrażamy sobie zbiórki na każdą operację wyrostka robaczkowego, koronarografię czy każdą chemioterapię? Przecież tutaj też mamy konkretnych potrzebujących... Zawał rozpoznaje się średnio u 184 osób dziennie<sup>6</sup>, a jego leczenie może kosztować kilkadziesiąt tysięcy złotych, zaś chemioterapię otrzymują w Polsce setki tysięcy ludzi rocznie. To właśnie te „zwykłe” świadczenia generują największe koszty i wymagają systemowego zarządzania.

### Problemy rynku zbiórek – co właściwie finansujemy?

Nie sposób kwestionować dobrych intencji darczyńców. Nie byłoby też uczciwe odmawianie dobrej woli operatorom platform, którzy naprawdę po-

<sup>5</sup> *Choroby przewodu pokarmowego celem Finalu!*, <<https://newsroom.wosp.org.pl/430664-choroby-przewodu-pokarmowego-celem-finalu>>.

<sup>6</sup> KM, *Zawał serca: umiera nawet 1 na 5 pacjentów. Kluczem skuteczne i opłacalne kosztowo leczenie*, <<https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Kardiologia/Zawal-serca-umiera-nawet-1-na-5-pacjentow-Kluczem-skuteczne-i-oplaczalne-kosztowo-leczenie,244877,1014.html>>.

mogli wielu ludziom. Problem tkwi w konstrukcji systemu. Platformy zbiórkowe utrzymują się z prowizji lub darowizn powiązanych z wpłatami, co sprzyja maksymalizacji ruchu i liczby zbiórek. Im większy ruch na stronie, a zatem im więcej wpłat, tym więcej pieniędzy trafia również do kieszeni operatorów platform. Ten zbieg szczytnych celów z modelem finansowania może skutkować różnymi patologiami.

**Największym problemem jest słaba weryfikacja medyczna ziórek.** W systemie publicznym każda procedura terapeutyczna, aby uzyskać finansowanie, musi zostać pozytywnie zaopiniowana przez odpowiednie organy. W świecie ziórek decyzja o wsparciu spoczywa na darczyńcy, często pozbawionym wiedzy i narzędzi do oceny skuteczności terapii. Trudno oczekiwać od platform crowdfundingowych, by każdy przypadek został sprawdzony przez konsylium lekarskie. Taki test na ogół przechodzą jedynie zbiórki wyjątkowe choćby z uwagi na wysokość kwoty, jaką chcą pozyskać. Choć w regulaminach platform znajdują się zapisy o weryfikacji ziórek, to weryfikacja ta sprowadza się do wykrycia oczywistych oszustw i wyłudzeń. W interesie platform nie leży odrzucanie ziórek na terapie niesprawdzone czy też eksperymentalne. Dyktuje to wspomniany wcześniej mechanizm ich finansowania, sama ich logika biznesowa: "im więcej tym lepiej". Platformy de facto przerzucają odpowiedzialność za ocenę zasadności zbiórki na darczyńców. Jeśli jakaś paraklinika z drugiego końca świata zechce leczyć umierające dziecko komórkami macierzystymi albo podejmie się agresywnego, pozbawionego szans na powodzenie leczenia rozsianego raka, nic nie stoi na przeszkodzie, by taką zbiórkę założyć. Istnieje więc ryzyko jawnych oszustw i zarabiania na cudzej tragedii.

### **Zbiórka niejedno ma imię**

Jak zauważa Jakub Kosikowski, specjalista onkologii klinicznej i członek Naczelnej Rady Lekarskiej, zbiórki medyczne można podzielić na cztery kategorie:

- leczenie zgodne z wiedzą medyczną, ale nierefundowane,
- wsparcie codziennego funkcjonowania w chorobie,
- leczenie za granicą, podczas gdy identyczne dostępne jest także w Polsce,
- terapie eksperymentalne<sup>7</sup>.

### **To rozróżnienie jest kluczowe dla zrozumienia problemu.**

Na pierwszym typie ziórek możemy polegać coraz mniej. Wbrew obiegu opinii pacjenci w Polsce mają dostęp do wielu nowoczesnych terapii i choć zdarza się, że brakuje refundacji leków dla pacjentów z rzadkimi chorobami, to sytuacja jest niewątpliwie lepsza niż jeszcze 10-15 lat temu. **Trzeba jednak pamiętać, że wiele nowych terapii nie ma jeszcze jednoznacznie potwierdzonego działania, co często stawia rodziców w tragicznej sytuacji – czekać na dalsze badania leku i refundację czy też wydać cały majątek na obiecującą, ale niepewną terapię.** To przypadek ostatniej zbiórki Łatwoganga na lek na dystrofię Duchenne'a. Warto w takich wypadkach skorzystać z informacji np. na stronie Europejskiej Agencji Leków.

<sup>7</sup> Jakub Kosikowski: *Więcej niż połowa ziórek onkologicznych nikomu nie pomoże*, <<https://wiadomosci.wp.pl/jakub-kosikowski-wiecej-niz-polowa-zbiorek-onkologicznych-nikomui-nie-pomoze-6934385599269824a>>.

Drugi typ zbiórek to te najbardziej potrzebne, ale też wywołujące mniej emocji i nieprzyciągające tak wielkiej uwagi. Dotyczą zwykłego funkcjonowania przewlekle chorych czy niepełnosprawnych. Potrzeby chorych, którzy zakładają tego typu zbiórki, są codzienne, można powiedzieć „nudne”. Darczyńca nie otrzymuje w tym wypadku natychmiastowej gratyfikacji za „uratowanie życia”, a jedynie pomaga w zarządzaniu cierpieniem. **Paradoksalnie to właśnie te środki – na wózek inwalidzki, utrzymanie mamy chorego dziecka, która musiała zrezygnować z pracy, dojazdy na chemioterapię – często decydują o tym, czy leczenie sfinansowane przez NFZ w ogóle ma szansę się powieść i czy pacjent odzyska jakość życia.** To fundament leczenia, ale jako mało efektywny w konkursie cierpienia zazwyczaj przegrywa. Potrzebujący, choć zbierają stosunkowo niewielkie kwoty, nierzadko pozyskują jedynie jej ułamek. Takie zbiórki warto wspierać i to one pokazują największe problemy z zabezpieczeniem socjalnym w Polsce. Tego rodzajem zbiórki była kwietniowa akcja Cancer Fighters.

Kategoria trzecia karmi się mitem „zagranicznej doskonałości”, powstałym w latach, gdy polska medycyna faktycznie pozostawała daleko w tyle, jednak dzisiaj nasze standardy leczenia są podobne do tych w Europie Zachodniej. **Ten mit** wynika również z zagubienia pacjenta, który nie został odpowiednio poinformowany i pokierowany. Chaos organizacyjny w naszym systemie sprawia wrażenie, że sama jakość leczenia jest również zła, co nie jest prawdą. Sytuacja zmienia się na lepsze, coraz szerzej stosowana jest opieka koordynowana, pojawiły się rozwiązania w rodzaju karty DiLO, która umożliwia pacjentom z podejrzeniem nowotworu złośliwego uzyskanie szybkiej diagnozy i leczenia, niemniej mamy na tym polu jeszcze dużo do poprawy.


Kategoria czwarta to najbardziej niebezpieczny obszar, opiera się bowiem na desperacji i nadziei, którą wykorzystują nieuczciwi oferenci. **Świat zbiórek zmienia się w bazar, gdzie obok stoisk medycznych stoją stragany z cudownymi eliksirami.** Znajdujące się w tragicznej sytuacji rodziny, które od lekarza usłyszały najgorszą diagnozę – „medycyna jest bezradna” – zamiast otrzymać realne wsparcie, wpadają w sidła szarlatanów obiecujących niemożliwe za grube miliony. To właśnie w zbiórkach należących do tej kategorii „pospolite ruszenie” nie ratuje życia, ale funduje kosztowną i bolesną iluzję. Koronnym przykładem jest afera związana z posłem PiS Łukaszem Mejzą i jego paramedyczną organizacją Vinci NeoClinic, w której „[...] terapia pluripotencjalnymi komórkami macierzystymi miała też pomagać przy autyzmie, udarach mózgu, chorobie Alzheimera i Parkinsona, stwardnieniu rozsianym czy zaniku mięśni. Dla seniorów była oferta regeneracji mózgu, poprawy sprawności seksualnej, redukcji blizn czy wydłużenie i polepszenie jakości życia nawet o 14 proc. Wszystko to za jedyne 80 tys. dolarów”<sup>8</sup>. Dwie ostatnie kategorie można nazwać „zbiórkami nieufności” lub „zbiórkami rozpacz” – wynikają z braku zaufania do systemu i prowadzą do finansowania działań o wątpliwej wartości.

8 M. Orłowski, *Rodzice nieuleczalnie chorych dzieci o Łukaszu Mejzie. „Ja bym temu ch... dupę skopała”*, <<https://www.newsweek.pl/polska/polityka/wirtualna-polska-lukasz-mejza-oszukiwal-rodzicow-nieuleczalnie-chorych-dzieci-vinci/l4gf61c>>.

Oczywiście istnieją podmioty, które są świadome ograniczeń modelu zbiorowego i świadomość tę budują także wśród swoich użytkowników. **Znane są przypadki, w których to platforma zbiorkowa wykryła próbę oszustwa po zapoznaniu się z dokumentami i zawiadomiła organy ścigania.** Zasadny wydaje się model, w którego ramach to platforma opłaca faktury wystawione bezpośrednio przez szpitale, apteki czy kliniki, a nie przelewa środki na konto chorego. Wszelkie tego rodzaju wysiłki należy ocenić pozytywnie. Nadal jednak jest to jedynie profesjonalizacja filantropii, a nie model konkurencyjny wobec systemu publicznego.

### **Filantropia nie zastąpi państwa**

Sprawny system ochrony zdrowia może współistnieć z filantropią, ale nie może się na niej opierać. Normą powinno być poczucie sprawiedliwości – wspólne finansowanie dostępu do leczenia – a nie uzależnienie od emocjonalnych impulsów i współczucia. **Można w końcu powiedzieć, że NFZ to największa i najskuteczniejsza zbiórka medyczna w historii Polski.** Ochrona zdrowia nie może jednak stać się „igrzyskami empatii”.



# Skoro nie korzystam, to nie płacę

dr Michał Zabdyr-Jamróz



mit #3

Ubezpieczając dom, raczej nie liczymy, że spłonie, żeby ten wydatek nam się „opłacił”. Tak samo składka zdrowotna nie jest indywidualną ratą za przyszłe leczenie. To wkład do wspólnej puli, z której finansuje się leczenie tych, którzy akurat są w potrzebie. Tak działa solidaryzm nawet w prywatnych ubezpieczeniach i kolejki określa relacja zasobów do potrzeb. Stąd powszechny obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego gwarantuje, że płacąc składki, obniżamy koszty dla innych, a inni, płacąc składki, obniżają koszty dla nas.

Ilekoć ktoś omija dramatycznie długą kolejkę w ramach NFZ i z własnej kieszeni płaci za wizytę prywatną, wówczas samo ciśnięcie się na usta to retoryczne pytanie: „Po co mam płacić, skoro nie korzystam?”. Bezpośredni wniosek jest oczywisty: lepiej byłoby nie płacić podwójnie i zachować to, co pochłania obowiązkowa składka zdrowotna. A skoro prywatne firmy medyczne tak sprawnie zapewniają usługi „od ręki”, to – idąc tym rozumowaniem – pacjenci mogliby z takim samym skutkiem wydać swoje pieniądze tylko na prywatne ubezpieczenie. Prawda? Niestety, nie.

Ten drugi, dalej posunięty wniosek na pewno jest chybiony. Dobrowolne, prywatne i komercyjne ubezpieczenia wcale nie będą tańsze i równie czy bardziej przystępne niż NFZ. Dobitnie pokazują to nie tylko wieloletnie doświadczenia międzynarodowe opisane w badaniach naukowych<sup>1</sup>. Dostrzegamy to nawet w najnowszych polskich doniesieniach prasowych<sup>2</sup>. **Prywatne firmy medyczne różnicują swoich klientów na tych, którzy płacą od ręki, i tych, którzy są abonamentami.** I dają priorytet tym pierwszym, a nie tym drugim, ponieważ same podlegają konieczności racjonowania ograniczonych zasobów ze składek. To dlatego ubezpieczeni prywatnie też muszą czekać – często wcale nie krócej niż „na NFZ”.

Jednak to już ta pierwsza konkluzja – z pozoru oczywista, że jak płacę, to mi się należy, jest szczególnie problematyczna i prowadzi do kuriozalnych wniosków.

### Czy ubezpieczając dom, liczymy na pożar?

Pytanie „Po co mam płacić, skoro nie korzystam?” jest intuicją zrozumiałą. To pozorny rewers zasady „płacę i wymagam”. Taka transakcyjna retoryka (tzw. sprawiedliwości wymiennej) przez lata dominowała w dyskursie publicznym. **W ten sposób uzasadniano przecież reformę służby zdrowia z 1999 r., czyli wprowadzenie kas chorych i obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych.** Miała ona „nauczyć Polaków, że nie ma nic za darmo”. Wyodrębnienie składki zdrowotnej na pasku płac miało pokazać ludziom „kwotę, która idzie na ich leczenie”.

Problem w tym, że retoryka tego rodzaju – posunięta zbyt daleko – niesie ryzyko wypaczenia sensu ubezpieczeń zdrowotnych. I to nie tylko tych powszechnych (obowiązkowych), jakie w krajach rozwiniętych były już wtedy standardem. Rzecz w tym, że opłacając składki ubezpieczeniowe – dowolnego

1 M. Zabdyr-Jamrós i M. Libura, Polemika z tekstem: Propozycja zmian w systemie opieki zdrowotnej w świetle badań opinii pielęgniarek, <<https://ejournals.eu/czasopismo/zdrowie-publiczne-i-zarzadzanie/artykul/polemika-z-tekstem-propozycja-zmian-w-systemie-opieki-zdrowotnej-w-swietle-badan-opinii-pielęgniarek>>.

2 K. Niedźwiecki, Masz abonament medyczny, ale do lekarza szybciej zapiszesz się na NFZ. Pułapka na pieniądze, <<https://www.money.pl/gospodarka/masz-abonament-medyczny-ale-do-lekarza-szybciej-zapiszesz-sie-na-nfz-pulapka-na-pieniadze-6352335199262337a.html>>.

rodzaju – nie płaci się za otrzymanie w przyszłości świadczenia czy odszkodowania, lecz za zapewnienie świadczeń na wypadek zrealizowania się ryzyka – nagłej potrzeby, nieszczęścia, katastrofy (pożaru, wypadku samochodowego, ciężkiej choroby itd.).

Przy głębszym namyśle logika zdania „Po co mam płacić, skoro nie korzystam?” jest niedorzeczna. **Sugerowałaby bowiem, że kto wykupuje ubezpieczenie od pożaru domu, powinien kiedyś dostać z niego odszkodowanie, czyli... jego dom powinien spłonąć.**

Takie myślenie oznaczałoby, że płacąc składki zdrowotne, ktoś planuje kiedyś złamać nogę albo zachorować na raka, a jeśli tego uniknie, będzie się czuć „poszkodowany”.

Płacąc składki na ubezpieczenie zdrowotne – zamiast coś „kupować” na przyszłość – dołączamy do umowy społecznej opartej na solidaryzmie: do wzajemnej obietnicy, że zapewnimy pomoc tym, którym będzie potrzebna, wtedy, gdy będą jej wymagać. Oznacza to zobowiązanie do solidarnego wkładu do wspólnej puli. **Innymi słowy, płacąc składkę, „nabywa” się nie tyle gwarancję, że z pomocy się kiedyś skorzysta, ile gwarancję, że tę pomoc otrzyma się w razie potrzeby.**

### **Czy mamy pozwolić na „spiralę śmierci”?**

Wzajemne ubezpieczenia zdrowotne to znakomity przykład systemowego wynalazku społecznego, który w wymiarze cywilizacyjnym czyni dobroczynność bardziej sprawiedliwą i efektywną kosztowo. Dzięki niemu możemy zapewnić pomoc nawet najbardziej potrzebującym, nie zdejść na kaprysy dobrowolnej filantropii ani nie zmuszając chorych do „żebrania” o wsparcie. Co więcej, ograniczamy koszty, które w klasycznej działalności charytatywnej pochłania marketing.

Między innymi dlatego tak powszechną cechą nowoczesnych, solidarystycznych systemów ubezpieczenia zdrowotnego jest ich obowiązkowość. Dobrowolność rodzi poważne problemy. Uczestnicy zaczynają kalkulować, czy opłaca im się płacić składki, jeśli są zdrowi i zamożni. W takiej sytuacji logika tytułowego pytania „Po co mam płacić, skoro nie korzystam?” prowadzi wprost do tzw. hazardu moralnego – rezygnacji z ubezpieczenia na rzecz wyższego dochodu rozporządzalnego.

W ten sposób krótkowzrocznie ignoruje się ryzyko choroby czy wypadku. Czasem bywa to doraźnie racjonalne w realiach zażartej konkurencji ekonomicznej. Jeśli mój rywal rezygnuje z ubezpieczenia się i przeznacza więcej środków na inwestycje (lub ostentacyjną, prestiżową konsumpcję), ja powinienem zrobić to samo, by nie osłabić swojej pozycji.

Dobrowolność wymusza na ubezpieczycielach kalkulowanie składek według ryzyka zdrowotnego, żeby zatrzymać osoby młode i zdrowe. Tu ujawnia się kolejny problem: **system, w którym składki płaciłyby głównie osoby korzystające ze świadczeń, nie miałyby szans się utrzymać.** Składki musiałyby być tak wysokie, że cały model straciłby sens. Na tym polega chwiejność dobrowolnych systemów. Wraz ze wzrostem liczby chorych trzeba podnieść wysokość składek. Wtedy część zdrowszych uczestników rezygnuje, co zmniejsza pulę środków i wymusza kolejne podwyżki. Zjawisko to nazywane jest wymownie

„spirala śmierci” systemu ubezpieczeniowego. Właśnie dlatego cywilizowane społeczeństwa umawiają się na obowiązkowość – żeby uwolnić się od takiej konkurencji, która prowokuje hazard moralny.

### **Czy emeryci powinni płacić więcej?**

Czy w takim razie składki powinny zależeć od ryzyka zdrowotnego? Intuicja podpowiada, że to sprawiedliwe. Niższe składki na ubezpieczenie samochodu zachęcają do bezpiecznej jazdy, a na ubezpieczenie zdrowotne promują zdrowy styl życia. W praktyce jednak takie rozwiązanie ma ograniczone zastosowanie. Zdrowie w dużej mierze zależy od czynników, na które jednostka nie ma wpływu: genetyki, środowiska (zanieczyszczenie powietrza), warunków pracy, poziomu stresu czy dostępu do infrastruktury (terenów do zdrowej rekreacji), a nawet stanu gospodarki i rozwarstwienia społecznego. Badania (np. Whitehall Study Michaela Marmota)<sup>3</sup> pokazują, w jak znacznej mierze zdrowie zależy od pozycji społecznej. Starzenie się, choroby przewlekłe, niepełnosprawność – wszystko to generuje koszty niezależnie od indywidualnych wyborów.

Rozumiemy przy tym, że nawet jeśli indywidualne decyzje odgrywały w naszym życiu znaczącą rolę, to są pewne sytuacje, w których mimo wszystko zasługuje on na solidarną pomoc, a nie rachunek za poniesione koszty leczenia. **Podnoszenie składek osobom, które więcej chorują, prowadziłoby do pogłębienia nierówności i dalszego pogorszenia zdrowia populacji.** To rozwiązanie byłoby nie tylko moralnie wątpliwe, lecz także ekonomicznie nieefektywne.

### **Słuszna intuicja, błędne wnioski**

Pytanie „Po co mam płacić, skoro nie korzystam?” wynika w dużej mierze z uzasadnionej frustracji: długich kolejek, trudnego dostępu do specjalistów, niskiego komfortu obsługi – zarówno gdy chodzi o warunki lokalowe, jak i traktowanie pacjentów. W takich warunkach konieczność korzystania z prywatnych wizyt bywa odbierana jako złamanie obietnicy solidarności. Pacjent w chorobie nie może się zmagać z systemem – powinien otrzymać pomoc.

Wszystko to bardzo zasadna intuicja etyczna. Ale nawet wobec niedofinansowania i koszmarnych kolejek, NFZ i tak realizuje zasadę solidaryzmu ubezpieczonych lepiej niż prywatny sektor ochrony zdrowia. Choćby dlatego, że autentycznie gwarantuje leczenie najcięższych i najbardziej kosztownych chorób. Chroni pacjentów przed tragicznym wyborem pomiędzy bankructwem albo koniecznością całkowitej rezygnacji z leczenia. Tymczasem prywatne systemy bardziej się troszczą o rentowność i zyski dla udziałowców. Dlatego ograniczają dostęp do świadczeń, np. tego rodzaju zapisami: „W przypadku gdy Osoba Uprawniona osiągnie wiek 70 lat, ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę w trybie natychmiastowym, tj. bez okresu wypowiedzenia”<sup>4</sup>. NFZ nie ma prawa zrobić czegoś takiego.

Dlatego nawet Niemcy dostrzegli patologie konkurencji między kasami chorych o pacjentów najzdrowszych i najbardziej dochodowych. Wprowadzili u siebie w 2009 r. federalny fundusz zdrowotny (*Gesundheitsfonds*). Zabiera on

3 M.G. Marmot i in., Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study, <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1674771/>>.

4 P. Master, *Alarmujący zapis w regulaminie Luxmedu. Sieć wyjaśnia, o co chodzi*, <<https://finanse.wp.pl/luxmed-nie-chce-leczyc-seniorow-siec-odpiera-zarzuty-7165789699062688a>>.

kasom chorych wszystkie zebrane składki, dorzuca do tego dotacje z budżetu państwa, a następnie rozdziela tym kasom środki adekwatnie do kosztów leczenia ich ubezpieczonych<sup>5</sup>. Wszystko po to, żeby rynek nie karał ubezpieczalni za to, że mają za dużo osób z chorobami chronicznymi czy emerytów. **Warto o tym pamiętać za każdym razem, gdy ktoś przykładem niemieckim próbuje nas przekonać do wyższości konkurencji i pluralizmu w ubezpieczeniach zdrowotnych.**

### **Racjonalna dobroczynność jako dorobek cywilizacyjny**

Powszechny obowiązek i solidarny mechanizm oskładkowania nie przypadkiem obowiązują w krajach wysokorozwiniętych. Jedynym wyjątkiem są w zasadzie Stany Zjednoczone ze skrajnie urynkowanym systemem generującym gigantyczne koszty, relatywnie słabym zdrowiem populacji i notorycznymi bankructwami konsumenckimi wywołwanymi kosztami leczenia. **Na tle USA systemy europejskie wypadają znacznie lepiej pod względem nie tylko sprawiedliwości, ale i efektywności kosztowej.**

Powszechne, obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne zapewniają stabilność systemu ochrony zdrowia, ograniczają ryzyko jego rozpadu i sprzyjają solidarności. Pozwalają rozproszyć ryzyko w dużej populacji, utrzymać składki na akceptowalnym poziomie i zapewnić dostęp do leczenia niezależnie od sytuacji życiowej.

Wpłacanie składek, z których się bezpośrednio nie korzysta, ale korzystają z nich inni, nie jest wadą systemu – to jego istota. To racjonalny, sprawdzony mechanizm organizacyjny. Powszechne ubezpieczenia zdrowotne są przykładem zinstytucjonalizowanej solidarności – przekształcenia empatii w trwałą i efektywną instytucję społeczną. **Żeby zmotywować się do płacenia składki, nie trzeba współodczuwać cierpienia z chorymi.** Wystarczy rozumieć i wiedzieć, że składki pomagają osobom w potrzebie – w sposób systematyczny, racjonalny i zgodny z udowodnioną wiedzą medyczną.



<sup>5</sup> B. Becker, S. Uebelmesser, *Article Health Insurance Competition in Germany – the Role of Advertising*, <<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/292293/1/schm.130.2.169.pdf>>.

**mit #4**



**Szymon Makles**

**dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW**

**Najważniejsze to skrócić  
kolejki do specjalistów**

**Walka z kolejkami to mylenie skutku z przyczyną. Prawdziwymi problemami są brak koordynacji opieki, wysoka liczba niepotrzebnych wizyt oraz skierowań do specjalistów. Zamiast budować kolejne pasy "autostrady", musimy poprawić przepustowość dróg już dostępnych.**

Kolejki do lekarzy specjalistów są tematem każdej kampanii wyborczej. Każda partia pytana o swój pomysł na naprawę ochrony zdrowia odpowiada, że je „skróci”. Tymczasem zmieniają się koalicje, rządy i ministrowie, a co roku obserwujemy kolejne wydłużanie się czasu oczekiwania na wizytę. Według najnowszych ustaleń Fundacji Watch Health Care pacjent w Polsce na wizytę w przychodni specjalistycznej czeka średnio 4,2 miesiąca. **Jest to najgorszy wynik od roku 2012, kiedy organizacja rozpoczęła swoje badania<sup>1</sup>.**

Trzeba powiedzieć jasno: skupianie się wyłącznie na skracaniu kolejek jest jak leczenie dokuczliwego objawu ciężkiej choroby zamiast zajęcia się jej fundamentalną przyczyną. A przyczyną tą jest systemowe osłabienie, niedocenywanie i chroniczne niedofinansowanie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), czyli przychodni lekarzy rodzinnych.

### **Podstawowa opieka zdrowotna – nierówny fundament**

Dyskusję o lekarzach rodzinnych trzeba zacząć od szczerego przyznania, że niemal każda – nawet skrajna – opinia o POZ w Polsce jest na swój sposób prawdziwa, bo wynika z osobistych doświadczeń. Podstawowa opieka zdrowotna to gigantyczny obszar systemu. Przewijają się przez niego blisko 40 tys. lekarzy, pracujących w różnym wymiarze godzin, z najróżniejszym przygotowaniem merytorycznym, podejściem, ze specjalizacją albo bez niej.

Można trafić bardzo dobrze, ale można też bardzo źle. Można znaleźć placówki funkcjonujące świetnie, ale większość działa przeciętnie, a kilka procent – niestety – wręcz źle. Jeśli ktoś leczy się w takiej placówce, ma złe doświadczenia, to jego negatywna opinia jest w pełni uzasadniona. **Czynnikiem decydującym o jakości leczenia nie jest przy tym wielkość podmiotu, lecz jakość zarządzania nim.** Tam, gdzie wdrożono profesjonalne procesy zarządcze, jakość leczenia jest wyższa.

Chorobą toczącą polskie placówki POZ, bezpośrednio wpływającą na długość kolejek do specjalistów, jest „skierowanioza”. To ona powoduje, że lekarz rodzinny bywa redukowany – lub sam się redukuje – do roli wystawiacza skierowań. Taka postawa może wynikać także z przekonań pacjentów, którzy oczekują szybkiego dostępu do specjalisty, choć nie jest to uzasadnione – np. do laryngologa przy bólu gardła.

Obecnie lekarz rodzinny bez większych konsekwencji może wpisać kod Z03 („Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne”), skierować pacjenta do wielu specjalistów i zrobić to z braku czasu, narządzi diagnostycznych lub pod presją pacjenta żądającego konsultacji z lekarzem, którego subiektywnie uważa za lepiej przygotowanego do zajęcia się jego przypadkiem.

Dobrym przykładem jest historia pewnego pulmonologa, który wrócił do Polski z Niemiec i był sfrustrowany, że trafiają do niego pacjenci z prostymi

<sup>1</sup> W 2024 roku rekordowo długie kolejki do lekarzy specjalistów, <<https://www.prawo.pl/zdrowie/kolejki-do-lekarzy-specjalistow-w-2024-r-raport,530890.html>>.

problemami. Pierwszą wizytę musi poświęcić choćby na wykonanie spirometrii – polegającej na mocnym dmuchaniu w rurkę przyklejoną do urządzenia mierzącego, ile powietrza i jak szybko pacjent jest w stanie wydychać – pozwalającej zdiagnozować lub wykluczyć wiele podstawowych chorób płuc takich jak astma czy przewlekła obturacyjna choroba płuc – zatem prostego badania, które powinno być standardem w przychodni POZ. W efekcie pacjenci rzeczywiście wymagający specjalistycznej diagnostyki, terapii i opieki czekają na wizytę dłużej.

Nie jest to tylko intuicja. **Badania pokazują, że systemy opieki zdrowotnej oparte na silnej podstawowej opiece zdrowotnej są bardziej efektywne, wydajne i równe<sup>2</sup>. W Wielkiej Brytanii lekarze rodzinni rozwiązują około 90 proc. problemów zdrowotnych pacjentów<sup>3</sup>**, co przekłada się na lepsze wyniki zdrowotne populacji.

### Żeby leczyć, trzeba mieć czym

Jedną z przyczyn tej sytuacji jest brak narzędzi diagnostycznych w placówkach POZ. Lekarz kieruje pacjenta do specjalisty nie dlatego, że nie ma wiedzy, lecz dlatego, że nie może zlecić niektórych badań. Sytuację częściowo poprawiło wprowadzenie opieki koordynowanej i tzw. budżetu diagnostycznego. To krok w dobrą stronę, ale wciąż brakuje systemowych mechanizmów wymagających wykonania podstawowej diagnostyki w POZ przed skierowaniem pacjenta do lekarza specjalisty.

**Nie da się jednak regulować procedur medycznych w rozporządzeniu.** Takie próby niosą ryzyko narzucenia przestarzałych standardów (ponieważ wytyczne zmieniają się co kilka lat, a zmiana rozporządzenia to proces powolny – prawo mogłoby nakazywać lekarzom postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną). Jeśli ustawowo określimy próg skierowania (np. hemoglobina na poziomie 9 g/dl), powstaje pytanie: co z wynikiem 9,1 g/dl?

Trwają prace nad tzw. odwróconą piramidą świadczeń, która ma określić minimalny zakres badań w POZ przed skierowaniem do poradni.

### Ale komu się to opłaca?

Drugą przyczyną, jeszcze ważniejszą, jest sposób finansowania świadczeń. Przez lata podstawową opiekę zdrowotną finansowano głównie stawką kapitałową – stałą kwotą za każdego zapisanego pacjenta. **Model ten bywa demotywujący, bo placówki oferujące najmniej mają najniższe koszty i najwyższą rentowność.**

Przykładowo, jeden pacjent z bólem kręgosłupa w jednej placówce może otrzymać kompleksową diagnostykę – w tym badanie RTG, testy w kierunku chorób zapalnych stawów oraz wnikliwą analizę różnicową – co pozwala na postawienie diagnozy bez generowania dodatkowych kosztów zewnętrznych. A inny pacjent z tym samym schorzeniem w innej placówce – jedynie skierowanie do neurologa lub ortopedy. Obie wizyty są wyceniane tak samo, choć ich efekt systemowy oraz koszty dla przychodni są zupełnie inne.

2 Starfield B., Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012, „Gaceta Sanitaria”, nr 26, s. 20–26, <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>>.

3 Primary Care Patient Safety Strategy, <<https://www.england.nhs.uk/patient-safety/primary-care-patient-safety-strategy/>>.

Na szczęście model ten zaczyna się zmieniać. Przykładem jest „dodatek za wielochorobowość” (konkretna kwota dodawana do stawki kapitacyjnej, rosnąca wraz z liczbą chorób przewlekłych u danego pacjenta), który może zostać utracony na 12 miesięcy, jeśli pacjent trafi do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). To silna zachęta do leczenia pacjenta w placówkach POZ.

**Dowodem tego, że dobrze zaprojektowane bodźce działają, może być przykład teleporad w czasie pandemii.** NFZ wprowadził wówczas prosty, ale niezwykle precyzyjny mechanizm: ostrzeżenie dla placówek z odsetkiem teleporad powyżej 75 proc., groźbę zerwania kontraktu przy przekroczeniu 90 proc. i premię finansową dla tych, które utrzymały ten wskaźnik poniżej 25 proc. W ciągu dwóch miesięcy problem został rozwiązany.

### **Opieka koordynowana – niedoceniona rewolucja**

Kluczowym elementem zmian jest opieka koordynowana, działająca już w niemal połowie placówek w Polsce i kontynuowana ponad podziałami politycznymi. Dla pacjentów przewlekle chorych oznacza to ogromną zmianę: dostęp do badań, konsultacji specjalistycznych i kompleksowego planu leczenia w ramach POZ. W proces zaangażowani są także dietetyk, edukator i koordynator opieki, który – dbając o terminy wizyt i badań – zdejmuje z chorego ogromny ciężar samodzielnego poruszania się po systemie. Najważniejszym efektem dla pacjentów jest poczucie, że wreszcie ktoś się nimi realnie zajmuje. Pojawia się jednak pytanie, czy nie doprowadzi to do przeciążenia POZ. **Kluczowa jest tu ekonomia skali – opieka podstawowa jest tańsza i łatwiejsza do rozwinięcia niż specjalistyczna.**

Zbudowanie gęstej sieci kompetentnych placówek POZ jest więc zadaniem prostszym i tańszym niż rozwijanie setek wysokospecjalistycznych poradni w każdym powiecie. Jeśli uwolnimy specjalistów od pacjentów stabilnych oraz od rutynowych wizyt kontrolnych – które z powodzeniem, na podstawie wytycznych, może przejąć lekarz rodzinny – system się udroźni, a kolejki ulegną skróceniu.

### **Dżem na zbyt dużej kromce chleba**

Dane NFZ z 2023 r. pokazały, że z tego systemu skorzystały już ponad 2 mln osób, szczególnie pacjenci z nadciśnieniem, cukrzycą i chorobami płuc<sup>4</sup>. Niestety, wdrażanie opieki koordynowanej, mimo ogromnego potencjału, zwolniło z powodu niedofinansowania. Jeśli w pierwszym roku na program przeznaczony się 300 mln zł, to w drugim roku, by utrzymać opiekę nad dotychczasowymi pacjentami i objąć nią nowych, potrzeba może dwa razy tyle, a jeśli dołączą nowe placówki, to jeszcze więcej. Tymczasem finansowanie nie nadążało za skalą wdrożenia. Sytuację można porównać do prób rozsmarowania cienkiej warstwy dżemu na coraz większej kromce chleba.

**W dłuższej perspektywie opieka koordynowana mogłaby przebudować system, skrócić kolejki, ograniczyć powikłania i hospitalizacje.**

4 WEBINAR: Opieka koordynowana w POZ, <<https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/opieka-koordynowana-w-poz/>>.

## Specjaliści i gra na czas

Kolejki są efektem gry trzech stron: AOS (która niechętnie oddaje pacjentów), POZ (która nie zawsze jest gotowa ich przyjąć z powrotem) i pacjentów (niekoniecznie skłonnych zrezygnować z kontynuacji leczenia w poradni AOS, gdy już zostali tam przyjęci). Aby zrozumieć reguły tej gry, musimy się przyjrzeć motywacjom każdej ze stron, które działają w warunkach permanentnego niedofinansowania, trafnie opisywanego jako „syndrom krótkiej kody”. Poradnie specjalistyczne od kilku lat finansowane są w sposób nielimitowany, co oznacza, że otrzymują pieniądze za każdą pojedynczą wizytę pacjenta, zatem im więcej osób przyjmą, tym więcej zarobią. **System ten premiuje więc dużą liczbę prostych, powtarzalnych świadczeń.** Dla poradni idealny jest pacjent, który na wizytę kontrolną (tzw. *follow-up*) przychodzi po przedłużeniu recepty i na krótką rozmowę – generuje przychód przy minimalnych kosztach i nakładzie pracy<sup>5</sup>. W przeciwieństwie do niego pacjent pierwszorazowy jest problematyczny: wymaga czasochłonnej diagnostyki, wdrożenia terapii i poniesienia kosztów, które nie zawsze się zwracają, zwłaszcza w niżej wycenionych specjalizacjach.

W rezultacie poradnie blokują swoje grafiki wizytami kontrolnymi pacjentów stabilnych, o dobrze kontrolowanych objawach. **Ich leczenie mógłby z powodzeniem przejąć lekarz rodzinny, mając od specjalisty jasną instrukcję, kiedy niezbędna będzie ponowna konsultacja w poradni.** Skoro pacjenci stabilni blokują grafiki, choć mogliby być leczeni w POZ, to nowych pacjentów przyjmuje się mniej – co z kolei wydłuża kolejki.

## To dlatego na pierwszą wizytę czeka się miesiącami

Aby z tym walczyć, Ministerstwo Zdrowia i NFZ wprowadziły mechanizm polegający na tym, że finansowanie poradni uzależnione jest od utrzymania odsetka pacjentów pierwszorazowych powyżej mediany dla całego kraju. To zmusza placówki do ciągłego uwalniania terminów dla nowych pacjentów, ponieważ mediana stale się podnosi. Im więcej wizyt pierwszorazowych, tym wyższa mediana. Trzeba więc jeszcze więcej wizyt pierwszorazowych, żeby medianę przekroczyć. Powstaje błędne koło. **Pomysł jest sprytny, ale pokazuje, do jak skomplikowanych rozwiązań trzeba się uciekać, by wymusić pożądane zachowania.** Wciąż jednak brakuje skutecznych narzędzi, które motywowałyby specjalistów do odsyłania ustabilizowanych pacjentów z powrotem do POZ.

Rozwiązać ten problem próbowano, wykorzystując kody chorób ICD-10, pozwalające zarówno lekarzom, jak i NFZ precyzyjnie zapisywać diagnozy i rozliczać leczenie, a także śledzić występowanie schorzeń na całym świecie. Przykładowo ustalono, że pacjent z prostym nadciśnieniem (kod I10) nie może być leczony w AOS, ale z nadciśnieniem powikłanym (I11) już tak. W praktyce w AOS dochodzi do tzw. *upcodingu* – i nagle okazuje się, że w kraju mamy epidemię nadciśnienia powikłanego. Innym pomysłem była degresja finansowania, czyli niższa wycena trzeciej i następnych wizyt kontrolnych. Tu jednak pojawia się kolejny problem: co z pacjentami, którzy ze względów medycznych naprawdę wymagają częstej opieki specjalistycznej? Każdy taki mechanizm to ryzyko wylania dziecka z kąpielą.

<sup>5</sup> Burkey Y i in., Long-term follow-up in outpatient clinics. 2: The view from the specialist clinic, „Family Practice”, nr 14(1), s. 29-33, <<https://doi.org/10.1093/fampra/14.1.29>>.

### Mosty zamiast murów

Potrzebne więc są rozwiązania integrujące POZ i AOS. W Wielkiej Brytanii działa system szybkich konsultacji lekarz–lekarz (*Advice & Guidance*), polegający na tym, że lekarz rodzinny ma dostęp do szybkiej konsultacji ze specjalistą – telefonicznej lub online – bez konieczności fizycznego kierowania pacjenta do poradni. System ten pozwala rozwiązać wiele wątpliwości diagnostycznych i terapeutycznych na poziomie POZ i ogranicza liczbę skierowań do specjalistów.

W Polsce testowano podobne rozwiązanie (E-KONSYLIUM), ale nie wdrożono go na szerszą skalę. W krajach skandynawskich funkcjonuje system „kontroli na sygnał pacjenta”. **Zamiast rutynowych, comiesięcznych wizyt pacjent jest dokładnie instruowany, w jakich sytuacjach (np. nasilenie objawów, wystąpienie nowych dolegliwości) powinien się zgłosić na wizytę, i często robi to za pomocą prostej aplikacji w telefonie<sup>6</sup>.**

### Kluczem jest koordynacja

Wyobraźmy sobie pacjenta pod opieką pięciu wybitnych specjalistów – kardiologa, diabetologa, nefrologa, neurologa i ortopedy. Jeśli każdy z nich, skupiony na „swoim” odcinku, przepisze leki, to pacjent będzie przyjmować kilkanaście różnych preparatów, z których kilka będzie się dublować, a kilka wchodzić w groźne interakcje. **Potrzebny jest zatem integrator opieki, którym powinien być właśnie lekarz rodzinny, który skoordynuje leczenie, zapobieganie interakcjom lekowym i zapewni spójność terapii.**

Badania kliniczne potwierdziły tę zasadę nawet w onkologii – losowe badanie porównawcze wykazało, że opieka prowadzona przez lekarza rodzinnego po leczeniu wczesnego stadium raka piersi jest równie bezpieczna i nie pogarsza jakości życia w porównaniu z opieką specjalistyczną<sup>7</sup>.

### Kontrola jako brakujące ogniwo

Wzmocnienie POZ musi iść w parze z kontrolą jakości. Nie możemy po prostu dać lekarzom rodzinnym więcej pieniędzy oraz narzędzi i liczyć wyłącznie na ich dobrą wolę. NFZ dysponuje ogromnymi zbiorami danych, które można wykorzystać do identyfikacji nieprawidłowości, choćby identyfikować placówki kierujące do specjalistów większy odsetek swoich pacjentów z danym schorzeniem, niż to robią inne placówki. **Jednocześnie należy unikać nadmiernej biurokracji – przykład Wielkiej Brytanii, która w pewnym momencie miała ponad 100 różnych wskaźników jakości, pokazuje, że może to być przeciwkuczne.**

### Jeszcze ten ostatni raz, na pewno się uda...

Popularny żart o dobudowywaniu kolejnego pasa autostrady w celu zlikwidowania korków – zamiast korzystania z taniego transportu publicznego

6 Dahlberg K., Jaensson M., Nilsson U., "Let the patient decide" – Person-centered postoperative follow-up contacts, initiated via a phone app after day surgery: Secondary analysis of a randomized controlled trial, „International Journal of Surgery”, nr 61, s. 33–37, <<https://doi.org/10.1016/j.ijso.2018.11.022>>.

7 Grunfeld E. i in., *Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: A comparison of family physician versus specialist care*, „Journal of Clinical Oncology”, nr 24(6), s. 848–855, <<https://doi.org/10.1200/JCO.2005.03.2235>>.

– dobrze oddaje logikę błędnych reform. Podobny mechanizm rządzi naszym myśleniem o systemie ochrony zdrowia, a w szczególności o kolejkach w AOS. **Większa liczba specjalistów nie rozwiąże problemu kolejek, jeśli nie zmienimy struktury systemu, ponieważ lekarze ci jeszcze chętniej będą mnożyć zupełnie niepotrzebne wizyty kontrolne pacjentów, którzy wcale nie wymagają specjalistycznej pomocy** (ponieważ, jak zostało wspomniane, tacy pacjenci są „prości, szybcy i tani”). Z kolei lekarze POZ będą częściej kierować pacjentów do specjalistów zamiast podjąć trud diagnostyki i leczenia. W rezultacie, mimo zwiększonej liczby specjalistów, czas oczekiwania skróci się minimalnie lub nie skróci się wcale. Skończymy dokładnie tak, jak mieszkańcy Los Angeles, którzy poprzez dobudowanie kolejnych pasów zwiększyli jedynie liczbę samochodów poruszających się autostradami. Efektem w systemie ochrony zdrowia może być jedynie wzrost liczby zbędnych wizyt i dalsze przeciążenie systemu.

**Kluczem jest reforma POZ polegająca na promowaniu tych lekarzy rodzinnych, którzy rzetelnie leczą, dobrze prowadzą chorych przewlekle i ograniczają nadmiarowe skierowania, odpowiednie finansowanie i skuteczna kontrola jakości.** Bez silnej podstawowej opieki zdrowotnej nie da się realnie skrócić kolejek ani poprawić funkcjonowania całego systemu.

### Bibliografia

- *Country comparison Poland vs United Kingdom Life Expectancy at Birth 2025*, <<https://countryeconomy.com/countries/compare/poland/uk?sc=XE24>>.
- Jerjes W., *Balancing specialist roles with generalist responsibilities in primary care: Have we gone too far?*, „Frontiers in Health Services”, nr 5, <<https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1438711>>.
- *Finansowanie i rozliczanie świadczeń POZ*, <<https://mmedica.online/finansowanie-i-rozliczanie-swadczen-poz/>>.
- Munnich E.L., Parente S.T., *Procedures take less time at ambulatory surgery centers, keeping costs down and ability to meet demand up*, „Health Affairs”, nr 33(5), s. 764–769, <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1281>>.
- Pędziwiatr M. i in., *Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery*, „Medical Oncology”, nr 35(6), 95, <<https://doi.org/10.1007/s12032-018-1153-0>>.
- Taneja A., Su'a B., Hill A.G., *Efficacy of patient-initiated follow-up clinics in secondary care: A systematic review*. „Internal Medicine Journal”, nr 44(12a), s. 1156–1160, <<https://doi.org/10.1111/imj.12533>>

**mit #5**



**dr n. med. Tadeusz Jędrzejczyk**

**Więcej pieniędzy  
nic nie zmieni**

**Są takie obszary ochrony zdrowia, gdzie dramatycznie brakuje pieniędzy. Ale są też takie, gdzie niepotrzebnie wydajemy miliardy na zbędne świadczenia i zamiast leczyć, tworzymy koszty. Musimy radykalnie zmienić sposób płacenia szpitalom. Nie płacić za wykonanie zabiegu, bez względu na to, czy pacjent po wyjściu z kliniki czuje się lepiej. Przeciwnie: pieniądze powinny podążać za efektem leczenia. Szpital powinien być nagradzany za to, że pacjent szybko i bez powikłań wraca do normalnego życia, a nie tylko za to, że system odnotował wykonanie kolejnej procedury.**

„Najpierw zabezpieczmy wiadro, żeby nie przeciekało, zanim do niego dolejemy” – posłużenie się tą metaforą<sup>1</sup> do opisu publicznego systemu ochrony zdrowia nie jest rzeczą nową. Wynika to zapewne z tego, że w czasie kolejnych kampanii wyborczych przewodnim hasłem praktycznie wszystkich stronnictw politycznych jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Dodajmy, że na ogół miałyby to nastąpić bez podniesienia opodatkowania czy poczynienia istotnych oszczędności.

Narracja ta po wyborach jest kontynuowana przez polityków zasiadających w ławach opozycji. Tymczasem sytuacja parlamentarzystów większości rządowej, którzy muszą już liczyć się z zasadami algebry budżetowej, jest z istoty rzeczy trudniejsza – zwłaszcza gdy poprzednicy poczynili zobowiązania przekraczające racjonalnie zaplanowane wpływy. W takiej sytuacji atrakcyjna staje się motywacja do poszukiwania „przecieków”, czyli środków wydawanych nieefektywnie. Rezultaty tych działań – najczęściej – pozostawiają jednak wiele do życzenia. Dlaczego?

Po pierwsze, szukanie racjonalnych oszczędności jest trudne, a kto już środkami dysponuje, wcale nie jest do tego skłonny. Po drugie, **obok nadmiaru środków w jednym miejscu istnieją kluczowe obszary dotknięte dramatycznym ich brakiem**. Po trzecie wreszcie, na ochronę zdrowia będziemy musieli wydawać więcej – o ile nie chcemy się zgodzić na cywilizacyjną degradację i społeczną akceptację drastycznie nierównego dostępu do opieki zdrowotnej, przy niższym poziomie jakości i bezpieczeństwa.

Narrację o przeciekającym wiadrze czynią bardziej przekonującą doniesienia o kominowych zarobkach niektórych medyków. Nie można się dziwić, że bulwersuje to opinię publiczną. Z jednej strony słyszy ona o poważnym niedofinansowaniu systemu, z drugiej zaś docierają do niej doniesienia o lekarzy zarobkach przekraczających 1,5 miliona złotych rocznie. Trzeba jednak przypomnieć, że problem ten ma systemowe przyczyny i da się go rozwiązać wyłącznie na poziomie systemowym. Niezbędne jest odwrócenie błędnych rozwiązań legislacyjnych i decyzji.<sup>2</sup>

**Dzisiaj pokażna część naszych składek trafia na zakup drogich świadczeń specjalistycznych.<sup>3</sup> Wśród nich nierzadko zdarzają się procedury o niewielkiej,**

1 Porównanie systemu finansowania jakiegoś podmiotu do dolewania wody do dziurawego wiadra przez lidera Konfederacji Wolność i Niepodległość, Sławomira Mentzena, nie było niczym nowym. Pojawiło się w latach 2019, a nawet 2011. Przed 14 laty użyła go ówczesna minister zdrowia, Ewa Kopacz. Należy uczciwie wskazać, że przygotowana wówczas regulacja, wdrażająca dyrektywę unijną, dotycząca refundacji leków, choć nie rozwiązała wszystkich problemów w tym obszarze (a przejściowo spowodowała szereg większych i mniejszych problemów), to w istocie okazała się skuteczna w efektywnej kontroli wydatków w tej części pozycji kosztów NFZ. Ceny leków spadły, przejrzystość podejmowania decyzji wzrosła, dostępność i jakość preskrypcji pozostała na co najmniej takim samym poziomie.

2 Precyzyjniej to efekt całego spektrum decyzji na poziomie centralnym: wyceny świadczeń, rozporządzeń koszykowych, limitów na kształcenie w poszczególnych dziedzinach a także bezrefleksyjnej akceptacji modelu B2B pomiędzy podmiotami leczniczymi i specjalistami.

3 Oczywiście koszty jednostkowe świadczeń na ogół wciąż są niższe niż w bardziej zamożnych krajach, ale przestało to być regułą.

a czasem wręcz zerowej wartości dla pacjenta. Czy jest to argument za tezą o „przeciekającym wiadrze”? W żadnym wypadku. Należyte monitorowanie, nadzór i egzekwowanie standardów w zarządzaniu środkami na leczenie wymaga również odpowiednich zasobów i organizacji. Innymi słowy: zainwestowanie milionów w lepsze zarządzanie środkami jest niezbędną inwestycją. Trzeba wydać pieniądze, aby pieniędzy nie marnować jeszcze więcej. Jednak potencjalna pula uratowanych przed zmarnowaniem zasobów nie pokryje ani aktualnego deficytu, ani nie pozwoli na zaspokojenie realnych potrzeb zdrowotnych Polaków.<sup>4</sup> Same oszczędności to za mało.

### Jak marnujemy środki

Prosty, ilustracyjny przykład: pacjent przychodzi do lekarza z „bólami pleców” – to jeden z najczęstszych objawów zgłaszanych w gabinecie – i zostaje ustawiony w kolejce po rezonans magnetyczny bez wcześniejszej weryfikacji innymi badaniami czy choćby wizyty u fizjoterapeuty. Rzadko też otrzymuje od lekarza pierwszego kontaktu wyczerpującą i adekwatną informację, nie mówiąc o koordynacji świadczeń – nie tylko między różnymi podmiotami leczniczymi, lecz także w obrębie jednego szpitala czy dużej przychodni. Tymczasem koszt rezonansu (obecnie średnio ok. 1000 zł) przekracza dwie minimalne składki zdrowotne. **Nikt w Polsce nie prowadzi systemowego audytu klinicznego<sup>5</sup>, który eliminowałby tego typu praktyki.** W rezultacie pacjent czeka na wynik badania, które na tym etapie często nie jest nawet potrzebne, zamiast tak szybko, jak to możliwe, rozpocząć skuteczne leczenie i rehabilitację.

**Zawyżanie rachunków przez świadczeniodawcę<sup>6</sup> jest w naszym systemie nie tyle aberracją, ile systemową koniecznością.** Wystarczy nieco kreatywnej interpretacji definicji „produktów rozliczeniowych”, by zakwalifikować świadczenie do droższej grupy. Skala zjawiska jest znacząca. Przykładowa kontrola wykazała w ciągu roku 70 pacjentów, dla których pojedyncza faktura opiewała na 14 tys. zł zamiast na 8 tys. zł. Na jednym oddziale, gdzie praktykę tę stosowano przez pięć lat, daje to 2,1 mln zł. Co przesądza o możliwości kwalifikacji do droższej procedury? Często sprawy zupełnie proste: dodatkowe badanie tomografii komputerowej, inny niż w istocie obszar anatomiczny interwencji, wydłużenie pobytu w szpitalu o 12 godzin. Dokumentacja medyczna wszystko przyjmie, mimo że już nie jest papierowa. W efekcie niemal automatycznie dostaje się z NFZ znacznie wyższą kwotę za tego samego pacjenta.

### Trzeba płacić za efekt

Czy istnieje recepta na zmianę? Tak – lepsze rozwiązania są znane i dostępne. Przeszły również praktyczne testy systemowe. Wbrew standardowym postulatom nie chodzi jednak o „dopasowanie”<sup>7</sup> koszyka świadczeń gwarantowanych.

4 Mimo kilku dekad starzejąca się obecnie szkoła Nowego Zarządzania Publicznego w Polsce się niestety nie zakorzeniła. Zgodnie ze standardami wypracowanego przez teorię i praktykę zarządzania znaczący wzrost efektywności osiągnąć jest relatywnie łatwo. Zob. R. Koch, Reguła 80/20: zasada, która odmienia świat, przeł. L. Sielicki, Gliwice 2020.

5 Definicja pojęcia jest prosta: usystematyzowany proces sprawdzający racjonalność poszczególnych etapów terapeutycznych - zarówno pod kątem medycznym, jak i finansowym. Audyt pozwala zidentyfikować nieefektywny proces diagnostyki, leczenia czy rehabilitacji a następnie poprawić procesy na zasadzie ciągłej helisy poprawy jakości świadczeń.

6 Znane jako upcoding.

7 Postulat ten pojawia się regularnie w dyskusji kadr zarządzających w ochronie zdrowia. Chodziłoby o przesunięcie poza sektor publiczny części świadczeń, które od tego momentu byłyby finansowane ze środków prywatnych, bezpośrednio z kieszeni pacjenta.

Zamiast wyceniać samą procedurę, system powinien finansować w pierwszej kolejności te terapie, które dają pacjentowi najwięcej lat życia w jak najlepszym zdrowiu. Pozwalający nam to mierzyć wskaźnik lat życia skorygowany o jego jakość (ang. QALY, Quality-Adjusted-Life-Years) ma już co najmniej 50-letnią historię<sup>8</sup>.

Choć termin ten może brzmieć abstrakcyjnie, w istocie chodzi o matematyczną formułę, która pozwala oszacować, na ile dzięki zastosowanemu leczeniu pacjent będzie żyć dłużej i lepiej. Rozważmy prosty przykład. W erze przed szczepieniami i antybiotykami nawet 50 proc. przypadków zakażenia błonicą kończyło się zgonem<sup>9</sup>. Przyjmując uproszczone założenie, że leczenie antybiotykiem jest w 100 proc. skuteczne, a pacjentem jest pięciolatek, można policzyć, że terapia za 5 tys. zł<sup>10</sup> przynosi średnio 70 lat życia w pełnym zdrowiu. Oznacza to koszt jednej jednostki QALY na poziomie ok. 70 zł. Dla porównania – leczenie zawału serca za 50 tys. zł<sup>11</sup> u 60-letniego pacjenta przekłada się na koszt jednej jednostki QALY wynoszący mniej więcej 9 tys. zł. W praktyce, uwzględniając rehabilitację, leczenie powikłań i koszty pośrednie, wartość ta zbliża się do 25 tys. zł<sup>12</sup>. Zasadnicze znaczenie ma przy tym kwestia jakości życia pacjenta. Dobrym przykładem jest operacja zaćmy – która choć życia nie wydłuża, to jednak znacząco poprawia jego jakość. Za kilka tysięcy złotych uzyskuje się około 2,5 QALY, co czyni operację zaćmy świadczeniem bardzo efektywnym.

W czym zatem problem? Po pierwsze, takich analiz wciąż wykonuje się niewiele, a efektywność leczenia bywa tematem tabu, chronionym przez grupy interesów i „tajemnicę przedsiębiorcy”. **W efekcie znaczna część środków publicznych zostaje przeznaczona na świadczenia o znikomej wartości.** Drugim filarem zmiany powinna być transformacja modelu finansowania. Mowa o podejściu, w którym pieniądz podąża nie tyle za pacjentem, ile za wartością zdrowotną świadczenia. Koncepcja ta, znana jako Value Based Healthcare (VBHC), rozwija się od początku XXI w.<sup>13</sup> i polega na definiowaniu optymalnych planów i ścieżek leczenia pod względem efektów klinicznych oraz jakości życia pacjenta, a dopiero potem określaniu ich kosztu. Musimy radykalnie zmienić sposób płacenia szpitalom. Dzisiaj NFZ płaci po prostu za wykonanie zabiegu, bez względu na to, czy pacjent po wyjściu z kliniki czuje się lepiej. Pieniądze powinny podążać za efektem leczenia. Szpital powinien być nagradzany za to, że pacjent szybko i bez powikłań wraca do normalnego życia, a nie tylko za to, że system odnotował wykonanie kolejnej procedury. Na prostym, już zresztą istniejącym pozytywnym przykładzie. Po sukcesach rozwoju technik

8 Więcej o samym wskaźniku: Eleanor MacKillop, Sally Sheard, Quantifying life: Understanding the history of Quality-Adjusted Life-Years (QALYs), „Social Science & Medicine”, vol. 211, 2018, s. 359–366, <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.004>>.

9 W istocie przyczyną objawów i ciężkiego przebiegu błonicy jest toksyna wytwarzana przez bakterie *Corynebacterium diphtheriae*, które nabyły zdolność jej produkcji dzięki zakażeniu bakteriofagiem (wirusem infekującym komórki bakteryjne). Można więc powiedzieć, że błonica stanowi przykład „piętrowego zakażenia”. Na szczęście szczepienia zmniejszyły występowanie tej groźnej, związanej z 10% ryzykiem zgonu, choroby, co liczby przypadków liczonych rocznie w tuzinach a nie setkach tysięcy.

10 Kwota niezweryfikowana, podana w celu zobrazowania różnic.

11 Znow kwota dla uproszczenia przybliżona. W tym wypadku należy wziąć pod uwagę nie tylko samo leczenie w szpitalu – np. przez wstawienie stentu w światło tętnicy wieńcowej – lecz także konieczność przyjmowania leków i kontroli lekarskiej do końca życia. W istocie realny koszt leczenia takiego schorzenia przekracza kwotę kilkudziesięciu tysięcy złotych (wynagrodzenie, jakie NFZ płaci szpitalowi), a do końca życia chorego z pewnością wyniesie nie mniej niż 100 tys. zł.

12 Wskaźnik QALY oblicza się, mnożąc liczbę lat przeżytych w danym stanie zdrowia przez współczynnik użyteczności, odzwierciedlający jakość życia na skali od 0 (zgon) do 1 (pełnia zdrowia).

13 Samo wykorzystanie wskaźnika QALY do podejmowania decyzji o finansowaniu przez płatnika publicznego po raz pierwszy na większą skalę zostało wdrożone w amerykańskim stanie Oregon. To jednak dotyczyło samej oceny technologii medycznej (leków, operacji, badań profilaktycznych), a nie stosowania jej w praktyce.

leczenia zawału za pomocą balonikowania i stentów wciąż problemem pozostawał okres leczenia szpitalnego i rehabilitacji. Odpowiedzią stał się program koordynowanej opieki, "prowadzącej" pacjenta w procesie zdrowienia i tym samym powrotu do zdrowia i sprawności. Wciąż jednak obejmuje mniej niż połowę pacjentów dotkniętych zawałem (za rok 2025<sup>14</sup>). Ponadto program ten jest wyjątkiem a nie regułą właściwego organizowania, monitorowania i finansowania świadczeń.

Czy gdyby udało się odzyskać – co technicznie jest możliwe – około 40 mld zł (mniej niż 20 proc. budżetu NFZ), problem zostałby rozwiązany? Czy można byłoby obniżyć składkę zdrowotną i zachować lub nawet poprawić jakość oraz dostępność świadczeń? Nic na to nie wskazuje.

Zmiana paradygmatu ograniczyłaby co prawda marnotrawstwo, ale nie usunęłaby głównych przyczyn wzrostu kosztów: **starzenia się społeczeństwa, rosnących oczekiwań pacjentów oraz dostępnych nowych technologii medycznych dające szanse na pomoc dotychczas nieuleczalnie chorych.**

**Warto rozważyć przypadek, jakim jest rak piersi** – najczęstszy nowotwór u kobiet. W ciągu ostatnich trzech dekad dokonano wielu przełomów: w farmakoterapii, diagnostyce, chirurgii i rehabilitacji. W rezultacie pięcioletnia przeżywalność wzrosła ponad trzykrotnie<sup>15</sup>, zatem choroba ta staje się przewlekłą, co oznacza większą liczbę pacjentek wymagających długotrwałej opieki i monitorowania – a więc także wyższe koszty.

Tu dochodzimy do roli innowacji. Nowe technologie są coraz częściej oceniane pod kątem efektywności (QALY), jednak dotyczy to głównie leków. Znacznie gorzej radzimy sobie z oceną technologii diagnostycznych, organizacyjnych czy sprzętowych. **Nie zapominajmy też o personelu.** Opieka zdrowotna opiera się przede wszystkim na pracy ludzi, a niedobory kadrowe już dziś stanowią poważne ograniczenie systemu. Koronny argument o dodatkowych środkach niezbędnych, by skrócić kolejki do specjalistów? W całości jest mu poświęcony inny tekst niniejszego raportu.

### **Zaniedbanie wraca jako wróg**

Na koniec warto wspomnieć o obszarach szczególnie zaniedbanych – takich jak opieka stomatologiczna dzieci – usługa zupełnie podstawowa i relatywnie niedroga. Polska przeznaczona na nią niewielkie środki i wydaje je nieefektywnie, co przekłada się na zły stan zdrowia jamy ustnej najmłodszych. Czy pozostawienie dzieci i młodzieży bez dobrze zorganizowanej opieki stomatologicznej przystoi 20. gospodarce świata? Takich obszarów jest więcej. **Bez zaangażowania dodatkowych środków będą się one tylko powiększać.**

14 Raport: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/kos-zawal>

15 Dynamika ta różniła się oczywiście w poszczególnych krajach i przy wszystkich zastrzeżeniach co do jakości zbieranych danych powinna być odczytywana ostrożnie. Jedną z ciekawszych publikacji na ten temat zob. Breast cancer mortality in 500 000 women with early invasive breast cancer diagnosed in England, 1993–2015: population based observational cohort study, „BMJ” 2023, < <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074684>>.

# autorzy

## **dr n. med. Tadeusz Jędrzejczyk**

Absolwent Wydziału Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku, obecnie Gdański Uniwersytet Medyczny, gdzie także uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Specjalizacja I stopnia z Medycyny Społecznej, a następnie Zdrowia Publicznego. Od 1995 r. związany z Zakładem Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej. Posiada dyplom MBA w ochronie zdrowia (Gdański Uniwersytet Medyczny i Gdańska Fundacja Kształcenia Menedżerów)

Radny Miasta Gdańska w kadencji 1994-98, pełnił funkcję przewodniczącego Komisji Zdrowia. Przewodniczący Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Współpracował z Wirtualną Polską (1999-2002), gdzie redagował serwis zdrowie, następnie redaktor zdrowie.med.pl (do 2007r.). W kadencji 2024-26 wiceprezydent European Public Health Alliance. Uczestniczył i brał udział w koordynacji szeregu projektów międzynarodowych.

W latach 2008-2009 oraz 2013-2014 odpowiednio Dyrektor ds. Medycznych i Dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego. Zastępca dyrektora ds. Lecznictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. W latach 2014-2016 Prezes NFZ.

Od 2019 r. w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. Autor szeregu prac i artykułów zarówno naukowych jak i popularnych.

## **Dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW**

Specjalista medycyny rodzinnej, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śl. we Wrocławiu. Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ.

Od wielu lat zaangażowana w pracę na rzecz rozwoju medycyny rodzinnej. Redaktor naczelna czasopisma „Lekarz POZ”. Zastępca redaktora naczelnego kwartalnika Family Medicine & Primary Care Review. Współredaktor sześciu podręczników dla lekarzy i studentów. Naukowo zajmuje się przede wszystkim tematyką grypy i jej profilaktyki, innych zakażeń układu oddechowego i szczepień.

### **dr Maria Libura**

Doktor nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, adiunkt w Katedrze Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, przewodnicząca Zespołu ds. studiów Strategicznych przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, wiceprezeska Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, członkini Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Polskiej Sieci Ekonomii. Ekspertka i działaczka organizacji pacjentów.

### **dr Michał Zabdyr-Jamróż**

Doktor politologii, adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego CMUJ. Współpracownik Europejskiego Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych w Brukseli oraz Partnerstwa na rzecz Zrównoważonych i Odpornych Systemów Ochrony Zdrowia. Gościnnie wykładowca Uniwersytetu Kopenhaskiego. Redaktor naczelny czasopisma naukowego „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” oraz założyciel i redaktor Bloga Zdrowia Publicznego UJCM. Autor książki „Wszelchstronność: o deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej”.

### **Szymon Makles**

Sekcja Medyczna FCDS

### **Radosław Tokarz**

Założyciel Sekcji Medycznej FCDS

---

Jeśli bliskie są Ci wartości i aktywności, jakie wyznaczają kurs i porządkują prace **Fundacji Centrum Demokracji Społecznej** rozważ wsparcie finansowe naszej organizacji.

Możesz to zrobić poprzez przelew na konto nr:

**70109018830000000157155120**

z dopiskiem: "Darowizna na cele statutowe".

Nasz adres: *Fundacja Centrum Demokracji Społecznej,*

*ul. Targowa 27/6, 90-043 Łódź*

---

Możesz nas też wesprzeć przez serwis Patronite na stronie:

[dwielewerece.com](http://dwielewerece.com)

albo

[patronite.pl/dlr](http://patronite.pl/dlr)



