

Solidarność, która się opłaca.

NOWY MODEL FINANSOWANIA
OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

im. prof. Jana Nielubowicza.

ul. Puławska 18,

02-512 Warszawa

Raport zakończono w marcu 2026 roku.

Redakcja:

Maria Libura

Tomasz Imiela

Dagmara Głód-Śliwińska

Autorzy:

Maria Libura

Robert Plisko

Tomasz Rowiński

Sebastian Sikorski

Marzena Tambor

Jakub Wierzbicki

Magdalena Władysiuk

Michał Zabdyr-Jamróż

Jan Oleszczuk-Zygmuntowski

Korekta:

Lidia Sadowska-Szlaga

Opracowanie graficzne:

Katarzyna Kapcia

Arkadiusz Galiński

Cytowanie raportu:

Libura M. (red.), Imiela T. (red.), Głód-Śliwińska D. (red.),
*Solidarność, która się opłaca. Nowy model finansowania
ochrony zdrowia w Polsce.* Warszawa, Okręgowa Izba
Lekarska w Warszawie, 2026.

Zawarte w poszczególnych rozdziałach opinie odzwierciedlają przekonania ich autorów; nie należy ich traktować jako stanowiska OIL w Warszawie ani samorządu lekarskiego.

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach, jak również wykorzystywanie całości tekstu lub jego fragmentów wymaga zgody właściciela praw majątkowych oraz podania źródła.



**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**

Spis treści

WPROWADZENIE	4
01 METODY FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA	7
<i>Marzena Tambor</i>	
02 PODATEK ZDROWOTNY	22
<i>Jakub Wierzbicki, Jan Oleszczuk-Zygmuntowski</i>	
03 KONSEKWENCJE PRAWNE ZMIANY SPOSOBU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ	55
<i>Sebastian Sikorski</i>	
04 EGOIZM STRUKTURALNY W POLSKIM SYSTEMIE ZDROWOTNYM	60
<i>Michał Zabdyr-Jamróż</i>	
05 ZDROWIE JAKO WSPÓLNE DOBRO A MEDYCYNĄ PROCEDURALNA	84
<i>Magdalena Władysiuk, Robert Plisko</i>	
06 MEDYCYNĄ PŁASKIEJ KRZYWEJ	113
<i>Tomasz Rowiński</i>	

Wprowadzenie

Postępująca automatyzacja i robotyzacja gospodarki niosą ze sobą istotne konsekwencje dla systemów ubezpieczenia zdrowotnego, szczególnie tych, które — jak model bismarckowski — opierają się głównie na składkach od pracy. Zmiany technologiczne uderzają bowiem w ich fundamenty: powodują one spadek udziału pracy ludzi w tworzeniu wartości dodanej i wzrost produktywności bez proporcjonalnego wzrostu zatrudnienia. W efekcie występuje zjawisko znane jako erozja bazy składkowej. Automatyzacja zwiększa udział dochodów z kapitału, własności intelektualnej, platform cyfrowych i rent technologicznych kosztem dochodów z pracy ludzi. Powstaje więc strukturalna nierównowaga: system zdrowotny finansowany jest głównie przez osoby pracujące, podczas gdy coraz większa część bogactwa jest generowana za pomocą zupełnie innych mechanizmów.

To, czy potrafimy jako kraj przygotować system ochrony zdrowia na konsekwencje tych globalnych procesów, zdeterminuje jego stabilność i zdolność do realizacji podstawowych funkcji w nadchodzących dekadach. Budowaniu odporności na przyszłe wyzwania poświęcony jest niniejszy Raport. Stanowi on efekt trzyletniej pracy Zespołu Studiów Strategicznych przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Punktem wyjścia jest założenie, że przyszłości finansowania ochrony zdrowia w Polsce nie można rozpatrywać wyłącznie w kategoriach technicznych. System ochrony zdrowia należy traktować jak krytyczną infrastrukturę, od której zależy bezpieczeństwo państwa. Zdrowie jest jednym z podstawowych zasobów społecznych. Warunkuje nie tylko indywidualny dobrostan, lecz także zdolność społeczeństwa do rozwoju gospodarczego, utrzymania spójności społecznej i zdolności wspólnoty do skutecznej reakcji na zagrożenia zewnętrzne.

Na ostateczny kształt raportu wpływ miały konsultacje prowadzone w gronie przedstawicieli różnych środowisk związanych z systemem ochrony zdrowia. Szczególne podziękowania kierujemy do uczestników zamkniętych warsztatów eksperckich, które stanowiły ważną przestrzeń wymiany doświadczeń i konfrontacji różnych perspektyw. W spotkaniach tych uczestniczyli przedstawiciele instytucji publicznych – w tym Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia – a także osoby zarządzające podmiotami leczniczymi, przedstawiciele środowisk medycznych, eksperci systemowi oraz pacjenci.

Pierwszy z warsztatów poświęcono celom systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dyskusja pokazała, że bez jasnego określenia funkcji systemu trudno prowadzić racjonalną rozmowę o jego finansowaniu. Poziom wydatków na zdrowie jest odzwierciedleniem wartości organi-

zujących życie wspólnoty politycznej: poziomu solidarności społecznej, gotowości do redystrybucji oraz zakresu odpowiedzialności państwa za działania umożliwiające obywatelom życie w zdrowiu.

Drugi warsztat dotyczył metod finansowania ochrony zdrowia, w tym sposobów gromadzenia środków, ich redystrybucji oraz instytucjonalnych konsekwencji różnych modeli finansowania. Na tle państw europejskich Polska pozostaje krajem o relatywnie niskich publicznych nakładach na ochronę zdrowia w relacji do PKB, mimo ich wzrostu w ostatnich latach. Wysoki udział wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów oznacza w praktyce częściowe przeniesienie ryzyka ekonomicznego choroby z systemu publicznego na obywateli. Szczególnie dotyczy to osób starszych, przewlekle chorych oraz gospodarstw o niższych dochodach. W takich warunkach solidarnościowa funkcja systemu ochrony zdrowia ulega stopniowemu osłabieniu. System nie amortyzuje w pełni skutków choroby, lecz w coraz większym stopniu je prywatyzuje, co w dłuższej perspektywie prowadzi do pogłębiania nierówności zdrowotnych oraz wzrostu kosztów społecznych.

Wnioski z tych debat w istotny sposób wpłynęły na kierunek analiz przedstawionych w niniejszym raporcie.

Jednocześnie dyskusja o finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce często koncentruje się niemal wyłącznie na poziomie nakładów. Tymczasem doświadczenia wielu krajów pokazują, że równie istotne jak wysokość środków są mechanizmy ich gromadzenia oraz bodźce instytucjonalne, które kształtują zachowania uczestników systemu. Źle zaprojektowane reguły finansowania mogą prowadzić do marnotrawstwa zasobów, fragmentaryzacji opieki oraz konfliktów między podmiotami systemu, nawet przy rosnących nakładach.

Struktura raportu odzwierciedla tę szerszą perspektywę. W rozdziale pierwszym M. Tambor przedstawia modele finansowania systemów ochrony zdrowia oraz ich konsekwencje dla stabilności finansowej, efektywności i sprawiedliwości systemów. Rozdział drugi autorstwa J. Wierzbickiego i J. Zygmuntowskiego analizuje koncepcję podatku zdrowotnego opracowaną przez Polską Sieć Ekonomii jako potencjalnej alternatywy dla obecnej składki zdrowotnej oraz przedstawia argumenty przemawiające za poszerzeniem bazy finansowania ochrony zdrowia.

W rozdziale trzecim S. Sikorski analizuje prawne uwarunkowania ewentualnego przejścia z modelu składkowego na podatkowy w Polsce. W kolejnym M. Zabdyr-Jamróz analizuje polski system ochrony zdrowia z perspektywy jego podatności na egoizm strukturalny. Uzasadnia, że instytucjonalna konstrukcja naszego modelu zachęca jego uczestników do mak-

symalizowania własnych interesów kosztem stabilności systemu jako całości. Mechanizmy te są w dużej mierze konsekwencją rozwiązań organizacyjnych wprowadzonych podczas reformy systemu ochrony zdrowia w 1999 roku. Wskazuje też, jakie działania są konieczne do zmiany tej logiki.

Współgra to z argumentacją autorstwa M. Władysiuk i R. Plisko w rozdziale piątym, gdzie omówiono konsekwencje koncentracji systemu finansowania na procedurach medycznych. Model oparty na taryfikacji pojedynczych świadczeń sprzyja fragmentaryzacji opieki oraz utrwała logikę reaktywnego leczenia skutków chorób, utrudniając rozwój profilaktyki, koordynacji opieki i działań nastawionych na długoterminową poprawę zdrowia populacji.

W ostatnim rozdziale T. Rowiński przedstawia koncepcję medycyny płaskiej krzywej, która pozwala ocenić, czy wzrost nakładów na ochronę zdrowia w określonym systemie ma potencjał „produkować” mierzalne przyrosty zdrowia.

Zapraszamy do lektury z nadzieją, że zapoczątkuje ona realne zmiany, wzmacniające nasz system ochrony zdrowia wobec wyzwań przyszłości.

DR MARIA LIBURA

DR TOMASZ IMIELA



01

MARZENA TAMBOR

Metody finansowania ochrony zdrowia

Metody gromadzenia środków stanowią kluczowy element systemów ochrony zdrowia, determinujący ich funkcjonowanie oraz możliwości osiągnięcia jak najlepszego stanu zdrowia populacji. W literaturze przedmiotu za dobrze funkcjonujące uznaje się mechanizmy, które umożliwiają generowanie wystarczających zasobów finansowych, zapewniają stabilność i przewidywalność tych środków oraz ich odporność na wstrząsy. Ponadto mechanizmy te powinny gwarantować taki sposób pozyskiwania i łączenia środków, aby obciążenie finansowe nie dotykało w nieproporcjonalny sposób grup wrażliwych, a także umożliwiać redystrybucję ryzyka finansowego między jednostkami (Rajan et al., 2022). Metody finansowania ochrony zdrowia są ponadto coraz częściej analizowane jako narzędzia, które – oprócz funkcji fiskalnej – mogą również kształtować zachowania zdrowotne, motywując do działań sprzyjających zdrowiu (Tambor, Dubas-Jakóbczyk, & Szetela, 2022; ten Have & Willems, 2014). Niniejszy rozdział przedstawia podstawowe metody finansowania ochrony zdrowia, zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych, wraz z ich charakterystyką oraz przykładami rozwiązań stosowanych w krajach europejskich.

Finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych

Zdrowie jest formą kapitału, który zwiększa produktywność, umożliwia pełnienie ról społecznych i wpływa na dochody oraz rozwój społeczny jednostki i całego społeczeństwa (Grossman, 2000). Inwestowanie w zdrowie poprzez korzystanie ze świadczeń ochrony zdrowia przynosi korzyści zarówno jednostkom, jak i społeczeństwu. Ponieważ nie każda osoba dysponuje takimi samymi zasobami ani uwarunkowaniami zdrowotnymi, państwo często przejmuje obowiązek finansowania ochrony zdrowia, co pozwala wyrównać szanse w korzystaniu z usług zdrowotnych, a tym samym szanse życiowe jednostek.

Interwencję państwa uzasadnia również fakt, że rynek nie zawsze prowadzi do efektywnej alokacji zasobów ochrony zdrowia (Sowada, 2015). Wynika to między innymi z asymetrii informacji między uczestnikami rynku, nieprzewidywalności zdarzeń zdrowotnych oraz istnienia efektów zewnętrznych i dóbr publicznych. Brak interwencji może prowadzić m.in. do popytu indukowanego przez dostawców, selekcji w ubezpieczeniach, braku produkcji dóbr publicznych oraz niedostatecznej konsumpcji świadczeń pożądanых społecznie. I choć państwo również może działać nieefektywnie, jego rola w finansowaniu,

koordynacji systemu i rozłożeniu ryzyka finansowego w populacji, przy jednoczesnym stopniowym usprawnianiu jego funkcjonowania, pozostaje lepszą strategią niż całkowite pozostawienie ochrony zdrowia mechanizmom rynkowym.

Istnieją dwa podstawowe sposoby generowania środków publicznych na ochronę zdrowia: składki ubezpieczeniowe oraz podatki. Pierwszy z nich, tzw. model Bismarcka, wprowadzono w Niemczech pod koniec XIX wieku i początkowo obejmował klasę robotniczą. Był wprowadzony nie tylko w celu poprawy trudnej sytuacji robotników, lecz także zapewnienia spokoju w społeczeństwie doświadczającym gwałtownej industrializacji, masowej urbanizacji i rosnących nierówności. Model finansowania ochrony zdrowia z podatków (tzw. model Beveridge'a) pojawił się później, pod koniec II wojny światowej, z myślą o zapewnieniu powszechnego dostępu do świadczeń i równości w korzystaniu z opieki zdrowotnej, czego systemy ubezpieczeniowe wówczas jeszcze nie gwarantowały. Obecnie w Europie w większości krajów dominuje system oparty na modelu ubezpieczeniowym. System finansowany z podatków funkcjonuje w Wielkiej Brytanii oraz w krajach północnej i południowej Europy, które w latach 60.–80. XX wieku odeszły od modelu ubezpieczeniowego i wprowadziły głównie zdecentralizowane systemy finansowania ochrony zdrowia (Wagstaff, 2009).

W praktyce w ramach poszczególnych modeli finansowania ochrony zdrowia występuje duże zróżnicowanie, a granice między nimi stają się coraz mniej wyraźne. Coraz częściej podkreśla się potrzebę opisywania systemów w sposób bardziej zniuansowany niż tradycyjny podział na dwa modele (Toth, 2016). Niemniej jednak można wskazać kilka typowych cech różnicujących te dwa sposoby finansowania ochrony zdrowia. Pierwsza z nich to rodzaj daniny publicznej. W modelu ubezpieczeniowym jest to składka na ubezpieczenie zdrowotne, która ma charakter celowy, tj. stanowi pieniądze znaczone na ochronę zdrowia. W dużej mierze przychody składkowe są powiązane z rynkiem pracy, ponieważ głównie dochody z pracy podlegają oskładkowaniu, podczas gdy inne źródła przychodów (np. kapitałowe) pozostają często nieoskładkowane. W związku z tym zmiany na rynku pracy, w tym wynikające ze starzenia się społeczeństwa czy kryzysów gospodarczych, mogą ograniczać wpływy ze składek. System ten nie jest rekomendowany dla krajów rozwijających się, w których sektor nieformalny odgrywa znaczną rolę, a zdolności administracyjne instytucji państwa są ograniczone (Yazbeck et al., 2023). Z kolei systemy finansowane z podatków bazują na środkach ogólnych, nieprzeznaczonych na konkretny cel. Dzięki temu pula dostępnych zasobów jest większa i nie zależy wyłącznie od rynku pracy. Taki model jest bardziej zależny od

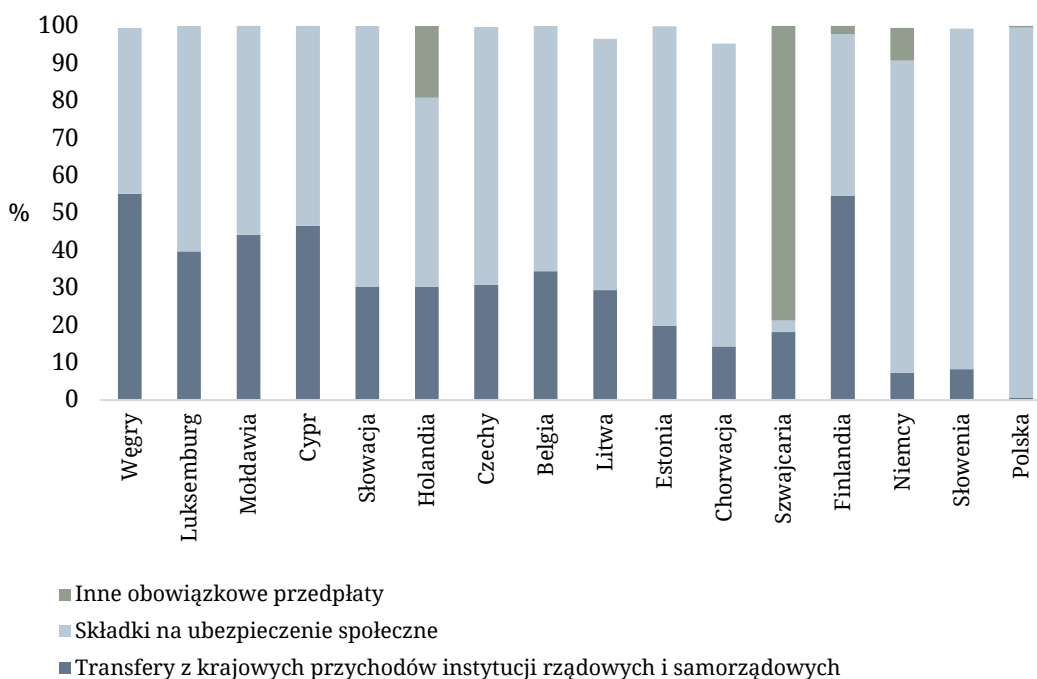
corocznego procesu budżetowego i priorytetów politycznych. Szczególnym przypadkiem są tzw. podatki znaczone na zdrowie, które coraz częściej wprowadza się w celu pozyskania dodatkowych środków na ochronę zdrowia, a jednocześnie oddziaływania na zachowania zdrowotne ludności i zachowania producentów; są to podatki nakładane na produkty uznawane za szkodliwe dla zdrowia, np. o wysokiej zawartości cukru czy soli¹.

Oba modele finansowania ochrony zdrowia, zarówno oparte na składkach ubezpieczeniowych, jak i finansowane z podatków, opierają się na redystrybucji dochodów, niezbędnej do zapewnienia dostępu do świadczeń uzależnionego od potrzeb. Jej zakres różni się w zależności od konstrukcji poszczególnych systemów. W Europie składki na ubezpieczenia społeczne są powiązane z dochodem, a to pozwala na równomierne obciążenie populacji i rozłożenie ryzyka finansowego. Składki są też zazwyczaj dzielone między pracownika a pracodawcę (Rice et al., 2024). Niektóre państwa wprowadzają górną granicę dochodu podlegającego oskładkowaniu (np. Austria, Niemcy, Litwa, Holandia), co zmniejsza zakres redystrybucji, choć w większości krajów taka granica nie obowiązuje (Rice et al., 2024). Podatki przyjmują różne formy. Większość podatków bezpośrednich (np.

dochodowych) ma charakter progresywny, podczas gdy podatki pośrednie w większym stopniu obciążają osoby o niższych dochodach.

Cechą różniącą wskazane modele jest również podstawa uprawnień do świadczeń, wpływająca na zakres populacji objętej opieką zdrowotną. System finansowany z podatków zazwyczaj zapewnia szerszy dostęp, obejmując wszystkich obywateli i rezydentów. W systemach społecznych ubezpieczeń zdrowotnych prawo do świadczeń jest natomiast powiązane ze statusem ubezpieczeniowym, który zwykle wymaga opłacania składki. Członkostwo ma charakter obowiązkowy i zazwyczaj obejmuje wszystkie grupy społeczne, bez możliwości rezygnacji. Wyjątkiem w Europie są Niemcy, gdzie niektóre grupy mogą przejść na ubezpieczenie prywatne, przy ograniczonej możliwości powrotu do systemu publicznego (Rice et al., 2024). W systemach ubezpieczeniowych dla osób niemających dochodów (np. bezrobotnych, dzieci, osoby ubogie) trzeba stworzyć dodatkowe mechanizmy umożliwiające objęcie ich ochroną. Składki za te grupy opłaca państwo, choć skala transferów podatkowych do systemu ubezpieczeń obowiązkowych znacznie różni się między krajami (zob. Wykres 1).

¹ Do podatków zdrowotnych zalicza się również akcyzę na wyroby alkoholowe i tytoniowe, choć w praktyce są to środki rzadko, nawet częściowo, przeznaczone bezpośrednio na cele zdrowotne (Tambor, Dubas-Jakóbczyk, & Mrożek-Gąsiorowska, 2022).

WYKRES 1. STRUKTURA ŹRÓDEŁ PRZYCHODÓW DO SCHEMATÓW OBOWIĄzkOWYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W KRAJACH EUROPEJSKICH (2023).

Źródło: opracowane własne na podstawie danych Eurostat (2026a).

Zarówno w systemie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, jak i w systemie opartym na podatkach, można stosować bodźce ekonomiczne mające wpływ na zachowania zdrowotne (Tambor, Dubas-Jakóbczyk, & Szetela, 2022). Systemy ubezpieczeniowe wydają się jednak oferować większy potencjał wykorzystania bodźców o charakterze indywidualnym, podczas gdy systemy finansowane podatkowo opierają się głównie na bodźcach regulacyjnych i fiskalnych o charakterze populacyjnym. W ramach ubezpieczeń społecznych można powiązać wysokość składki z określonymi zachowaniami zdrowotnymi, takimi jak redukcja behawioralnych czynników ryzyka

czy korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Przykładowo w niemieckim systemie ubezpieczeń społecznych kasy chorych stosują tzw. programy bonusowe, tj. nagrody pieniężne bądź rzeczowe za aktywny udział w działaniach prewencyjnych i dbanie o zdrowie (Stock et al., 2010). Innym rozwiązaniem jest częściowy zwrot zapłaconej składki zdrowotnej w przypadku niskiego korzystania ze świadczeń leczniczych (*no-claim bonus*), mający na celu ograniczyć ich nadmierne wykorzystanie przez osoby ubezpieczone. Ten mechanizm budzi jednak zastrzeżenia, ponieważ może prowadzić do ograniczenia korzystania z niezbędnych i efektywnych świadczeń oraz faworyzu-

je osoby o lepszym stanie zdrowia (Holland, van Exel, Schut, & Brouwer, 2009). Często stosowanym mechanizmem jest również współpłacenie pacjentów (omawiane w dalszej części rozdziału), które nie jest specyficzne wyłącznie dla systemów opartych na ubezpieczeniach.

Rozważając systemy finansowania ochrony zdrowia, należy uwzględnić ich złożoność oraz koszty funkcjonowania w kontekście możliwości administracyjnych i regulacyjnych państwa. Zazwyczaj funkcjonowanie systemu ubezpieczeniowego wiąże się z wyższymi kosztami administracyjnymi (Wagstaff, 2009), choć ich poziom zależy od stopnia złożoności systemu oraz liczby zaangażowanych instytucji. Wyższe koszty generują przede wszystkim systemy bardziej rozbudowane, oparte na wielu instytucjach ubezpieczeniowych, a także te, w których w większym stopniu wykorzystuje się mechanizmy rynkowe (Mathauer & Nicolle, 2011). Przewaga systemów monopsonicznych (z jednym głównym płatnikiem) wynika z efektów skali, ujednoliconych procedur administracyjnych, braku migracji ubezpieczonych oraz eliminacji potrzeby redystrybucji środków pomiędzy ubezpieczycielami, która jest niezbędna, aby zapewnić równy dostęp do świadczeń. Mechanizmy rynkowe, takie jak zaangażowanie prywatnych ubezpieczycieli do zapewnienia obowiązkowego zabezpieczenia (w Europie takie rozwiązanie funkcjonuje w Holan-

dii i Szwajcarii) czy konkurencja między ubezpieczycielami, choć mogą sprzyjać bardziej efektywnej alokacji zasobów i większej responsywności systemu na potrzeby pacjentów – wiążą się jednocześnie z występowaniem typowej zawodności rynku ochrony zdrowia. Polega ona w szczególności na asymetrii informacji i selekcji ryzyka, co zwiększa zapotrzebowanie na regulację publiczną oraz generuje dodatkowe koszty kontroli.

Finansowanie ochrony zdrowia przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Prywatne, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują jako mechanizm finansowania ochrony zdrowia obok systemów zabezpieczenia publicznego. Nie wykorzystuje się ich jako głównego źródła finansowania z powodu licznych przesłanek społecznych i ekonomicznych, które wskazują na relatywnie wysokie koszty w stosunku do osiągniętych korzyści społecznych (Barr, 2004; Thomson, Sagan, & Mossialos, 2020). Jednocześnie zwolennicy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na mechanizmach rynkowych dostrzegają w nich potencjał zwiększenia wyboru konsumenta oraz poprawy efektywności przez wzmocnienie odpowiedzialności pacjentów, opty-

malizację kosztów i lepsze dopasowanie usług do indywidualnych potrzeb. Ubezpieczenia prywatne postrzega się również jako mechanizm uzupełnienia luk systemu publicznego, przyczyniający się do zwiększenia ochrony przed wydatkami bezpośrednimi pacjentów (Thomson, Sagan, & Mossialos, 2020).

Wyróżnia się trzy podstawowe rodzaje prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonujących obok systemu publicznego zabezpieczenia zdrowotnego:

- » **ubezpieczenia uzupełniające** (komplementarne) – pokrywające koszty świadczeń nieobjętych koszykiem świadczeń publicznych lub współpłacenie za świadczenia publiczne;
- » **ubezpieczenia dodatkowe** (suplementarne) – obejmujące świadczenia znajdujące się w koszyku publicznym, lecz z szybszym dostępem lub wyższym standardem usług;
- » **ubezpieczenia zastępcze** (substytucyjne) – przeznaczone dla osób nieobjętych publicznym systemem zabezpieczenia.

W praktyce prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą jedynie po części wypełniać luki systemu publicznego (Mathauer & Kutzin, 2018). Wynika to z ograniczonego zakresu oferowanych świadczeń, górnych limitów refundacji kosztów, tendencji ubezpieczycieli do unikania wysokiego ryzyka (tzw. cream skinning) oraz ograniczonej zdolności finansowej do opłacania składki części grup wrażli-

wych. W ubezpieczeniach prywatnych wielkość składki ustala się na podstawie ryzyka zdrowotnego. Korzystają z nich przede wszystkim osoby zamożniejsze, o wyższym wykształceniu i lepszym stanie zdrowia. Tak jest również w Polsce.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne często postrzega się także jako sposób częściowego odciążenia systemu publicznego. Należy jednak pamiętać, że systemy te nie zawsze funkcjonują oddzielnie i mogą korzystać z tych samych zasobów, w tym kadr medycznych. Przepływ pacjentów do sektora prywatnego wiąże się z jednoczesnym wykorzystaniem tych zasobów, co może także zwiększyć presję na wzrost wynagrodzeń w systemach publicznych.

Statystyki wydatków na zdrowie pokazują, że rola prywatnych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu ochrony zdrowia pozostaje niewielka, nawet jeśli obejmują znaczną część populacji. W Europie udział ten wynosi maks. 13% w Słowenii (Eurostat, 2026b), gdzie posiadanie takiego ubezpieczenia jest niemal powszechne i chroni przez wysokimi kosztami współpłacenia. Ponadto kraje stosują szereg mechanizmów regulujących funkcjonowanie ubezpieczeń prywatnych, zwłaszcza tych o charakterze uzupełniającym i zastępczym. Czyni się tak w celu ograniczenia kosztów dla ubezpieczonych oraz promowania równości dostępu. Do owych mechanizmów należą m.in.: dotacje do

składek, ustalenie standardowego lub minimalnego koszyka świadczeń, określenie górnego limitu składki ubezpieczeniowej lub współpłacenia pacjentów, obowiązek kalkulacji składki na podstawie uśrednionego ryzyka (tzw. community-rated premium) zamiast indywidualnego, ubezpieczenie istniejących wcześniej schorzeń, prawo do przystąpienia do ubezpieczenia niezależnie od stanu zdrowia, wieku czy ryzyka choroby oraz gwarancja ochrony przez całe życie (Thomson, Sagan, & Mossialos, 2020).

Finansowanie ochrony zdrowia poprzez opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych

Opłaty gospodarstw domowych obejmują wszystkie płatności ponoszone w momencie korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia, które nie podlegają refundacji. Zaliczają się do nich zarówno wydatki na świadczenia nabywane na rynku prywatnym, jak i dopłaty (współpłacenie) do świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia lub ubezpieczeń prywatnych. Do wydatków bezpośrednich wlicza się tak opłaty formalne, jak i nieformalne.

Finansowanie ochrony zdrowia przez pobór opłat bezpośrednich wiąże się

z dużym ryzykiem niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz nadmiernej obciążenia finansowego gospodarstw domowych. Może to prowadzić do ograniczenia zaspokajania innych podstawowych potrzeb. Istnieje również ryzyko nieefektywności, zarówno przez nadmierną konsumpcję świadczeń o niskiej wartości (m.in. w wyniku indukowania popytu przez świadczeniodawców, dysponujących istotną przewagą informacyjną nad pacjentami), jak i przez rezygnację z korzystania ze świadczeń społecznie pożądanych.

Jednocześnie dopłaty pacjentów w ramach publicznych i prywatnych systemów zabezpieczenia zdrowotnego są postrzegane jako sposób poprawy efektywności dzięki ograniczeniu nadmiernego korzystania ze świadczeń dostarczanych bezpłatnie. W teorii takie dopłaty mają zmniejszać korzystanie ze świadczeń przynoszących niskie korzyści względem kosztów ich produkcji, ponieważ pacjent przed podjęciem decyzji porównuje korzyści z ceną, którą musi zapłacić. Ponadto wskazuje się, że mogą one motywować do większej dbałości o własne zdrowie w celu uniknięcia przyszłych wydatków.

Wprowadzenie współpłacenia, jak pokazuje praktyka, prowadzi do zmniejszenia korzystania ze świadczeń. Ograniczenie to dotyczy jednak nie tylko świadczeń o niskiej wartości, lecz także tych przy-

noszących istotne korzyści zdrowotne (Tambor, Pavlova, Golinowska, & Groot, 2015). Sytuacja ta następuje z powodu braku wiedzy medycznej pacjentów, którzy nie są w stanie trafnie ocenić, z których świadczeń nie należy rezygnować. Współpłacenie stanowi zatem instrument o istotnych ograniczeniach, a jego stosowanie wymaga wprowadzenia mechanizmów ochronnych dla grup wrażliwych, w szczególności dla osób o niższej zdolności finansowej oraz osób o większych potrzebach zdrowotnych, tak aby zapewnić im realną możliwość korzystania ze świadczeń.

Istnieje szereg sposobów minimalizujących negatywne skutki współpłacenia pacjentów, w tym zwolnienia lub zniżki dla wybranych grup społecznych oraz wprowadzenie górnych limitów kwoty współpłacenia lub liczby świadczeń, za które pacjenci dopłacają. Skuteczne stosowanie tych mechanizmów wymaga odpowiedniej zdolności administracyjnej. Przykładowo zwolnienie osób ubogich z dopłat wymaga identyfikacji gospodarstw o niskich dochodach, natomiast wprowadzenie górnych limitów współpłacenia wymaga monitorowania wcześniej poniesionych wydatków. Ponadto złożone systemy, choć umożliwiają lepsze docieranie do grup najbardziej wrażliwych, mogą być mniej przejrzyste dla pacjentów i świadczeniodawców, tym samym utrudniając ich efektywne funkcjonowanie.

Współpłacenie postrzega się również jako dodatkowe źródło finansowania systemu ochrony zdrowia. Potencjał dopłat do generowania istotnych środków finansowych na poziomie całego systemu jest jednak raczej niewielki, zwłaszcza jeśli w systemie funkcjonują rozbudowane mechanizmy ochronne dla grup wrażliwych. Lista tych grup może być coraz dłuższa w wyniku presji społecznej (Tambor, Pavlova, Golinowska, & Groot, 2015).

W praktyce współpłacenie przez pacjentów jest szeroko stosowanym mechanizmem, choć nie we wszystkich obszarach ochrony zdrowia. Analiza systemów współpłacenia w 40 krajach europejskiego regionu WHO wykazała, że we wszystkich 40 krajach występuje współpłacenie za leki, w 37 za świadczenia stomatologiczne, w 31 za wyroby medyczne, w 25 za opiekę szpitalną, w 23 za ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, w 22 za badania diagnostyczne, w 18 za podstawową opiekę zdrowotną oraz w 14 za opiekę w nagłych wypadkach (Thomson et al., 2024). Opłaty przyjmują różną formę (Tabela 1) i wysokość, a ich stosowaniu towarzyszą mechanizmy ochrony grup wrażliwych. W większości przypadków opłaty nie są powiązane z dochodem, mimo iż takie rozwiązanie uważa się za skuteczny sposób ograniczania negatywnych skutków dopłat.

TABELA 1. FORMY WSPÓŁPŁACENIA PACJENTÓW

Forma dopłaty	Charakterystyka
Współpłacenie ryczałtowe	Ryczałtowa opłata za dane świadczenia np. wizytę.
Współpłacenie procentowe / Współubezpieczenie	Udział procentowy pacjenta w kosztach świadczenia.
Franszyza	Pacjent pokrywa pełne koszty świadczenia do momentu osiągnięcia określonej kwoty w danym roku, po przekroczeniu której dalsze świadczenia stają się dla niego bezpłatne.
Opłaty ponad kwotę refundacji	Pacjent pokrywa różnicę między pełną ceną świadczenia a poziomem jego refundacji, przy czym cena powyżej kwoty refundowanej może wynikać z wyboru wyższej jakości usług, świadczeniodawcy stosującego wyższą stawkę lub z dodatkowych usług oferowanych w ramach świadczenia.

Źródło: opracowane własne.

Wprowadzenie dopłat pacjentów, szczególnie do usług medycznych, często budzi sprzeciw społeczny, zwłaszcza w krajach, gdzie satysfakcja pacjentów z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest niska (Tambor, Pavlova, Golinska, Sowada & Groot, 2015). Między innymi z tego powodu w krajach Europy Środkowo-Wschodniej dopłaty do usług stosuje się rzadziej, a sama polityka dopłat jest niestabilna: dopłaty bywają wprowadzane, a następnie wycofywane (np. na Węgrzech, w Czechach i na Słowacji), często podlegając cyklom politycznym. Niemniej jednak należy podkreślić, że w wielu krajach tego regionu, mimo braku formalnego współpłacenia pacjentów za usługi zdrowotne, gospodarstwa domowe ponoszą znaczne obciążenie wydatkami bezpośrednimi na zdrowie. Wynika ono z opłat za leki i wyroby medyczne, opłat nieformalnych za usłu-

gi, a także z prywatnego korzystania ze świadczeń wywołanego brakami systemów publicznych. To obciążenie jest mierzone poprzez tzw. wydatki katastrofalne, definiowane jako wydatki przekraczające 40% możliwości finansowych gospodarstwa domowego (Thomson et al., 2024). W Polsce 9% gospodarstw domowych doświadcza takich wydatków, przy czym odsetek ten sięga 29% wśród najuboższych (pierwszy kwintyl konsumpcyjny) oraz 21% wśród osób w wieku 75 lat i starszych (Tambor et al., 2025). Są to głównie wydatki na leki, trudno jednak określić, w jakim stopniu wydatki katastrofalne wynikają z dopłat do leków refundowanych, a w jakim – z opłat za leki nierefundowane, w tym przede wszystkim leki dostępne bez recepty i suplementy diety, na które gospodarstwa domowe w Polsce wydają znacznie więcej niż na leki na receptę.

Finansowanie ochrony zdrowia przez medyczne konta oszczędnościowe

Medyczne konta oszczędnościowe to forma finansowania opieki zdrowotnej, w której gospodarstwa domowe gromadzą na indywidualnych kontach środki finansowe przeznaczone na pokrycie przyszłych kosztów opieki zdrowotnej. Konta te mogą być powiązane z pracą, przy czym osoby pracujące samodzielnie lub we współdziałaniu z pracodawcą regularnie odprowadzają składki proporcjonalne do wynagrodzenia. Podobnie jak w przypadku opłat bezpośrednich to konsument (posiadacz konta) samodzielnie nabywa świadczenia, bez udziału trzeciej strony – płatnika.

Medyczne konta oszczędnościowe są rzadko stosowaną metodą finansowania. Po raz pierwszy wprowadzono je w Singapurze w 1984 r., gdzie mają charakter obligatoryjny (Tan et al., 2021). Mimo objęcia znaczącej części populacji nie stanowią istotnego źródła finansowania opieki zdrowotnej (<10% całkowitych wydatków na zdrowie). Konta tego typu występują także w Chinach (również obligatoryjne) oraz w RPA i USA, gdzie mają charakter dobrowolny i uzupełniają systemy oparte na ubezpieczeniach prywatnych (Wouters et al., 2016). W Europie nie funkcjonują medyczne konta oszczędnościowe.

W przeciwieństwie do opłat bezpośrednich medyczne konta oszczędnościowe są formą przedpłaty. Kumulacja zgromadzonych środków pozwala konsumentom zabezpieczyć się przed ryzykiem braku funduszy na opiekę zdrowotną w momencie pojawienia się zapotrzebowania na taką opiekę. Zabezpieczenie to jest jednak ograniczone, ponieważ indywidualne konta nie umożliwiają redystrybucji środków między jednostkami. W efekcie istnieje ryzyko, że zgromadzone środki nie wystarczą na pokrycie wszystkich kosztów, szczególnie w przypadku osób o niższej zdolności finansowej lub większych potrzebach zdrowotnych. Metoda ta nie może zatem stanowić głównego mechanizmu zabezpieczenia zdrowotnego i wymaga dodatkowo zastosowania mechanizmów wsparcia dla grup wrażliwych, jeśli mają one również korzystać z takich kont.

Oczekiwania związane z medycznymi kontami oszczędnościowymi są podobne jak w przypadku opłat bezpośrednich: zwiększenie autonomii i odpowiedzialności indywidualnej konsumentów, ograniczenie nadużywania świadczeń, wzrost konkurencji oraz poprawa efektywności systemu. Doświadczenia płynące z ich stosowania pokazują, że medyczne konta oszczędnościowe mogą przyczynić się do redukcji korzystania z opieki zdrowotnej inicjowanej przez pacjenta, jednak rezygnacja dotyczy też świadczeń przynoszących istotne korzyści zdrowotne

(Wouters et al., 2016). Konta mogą też nie być dobrym mechanizmem kontroli rosnących kosztów opieki zdrowotnej, co wynika z kreowania przez świadczeniodawców popytu na świadczenia wysokiej jakości oraz wzrostu cen usług. W związku z tym wdrożenie medycznych kont oszczędnościowych wymaga wprowadzenia mechanizmów regulujących zachowania świadczeniodawców oraz określenia ograniczeń dotyczących m.in. zakresu świadczeń, które można opłacać ze środków konta, oraz maksymalnych wydatków na pojedyncze usługi.

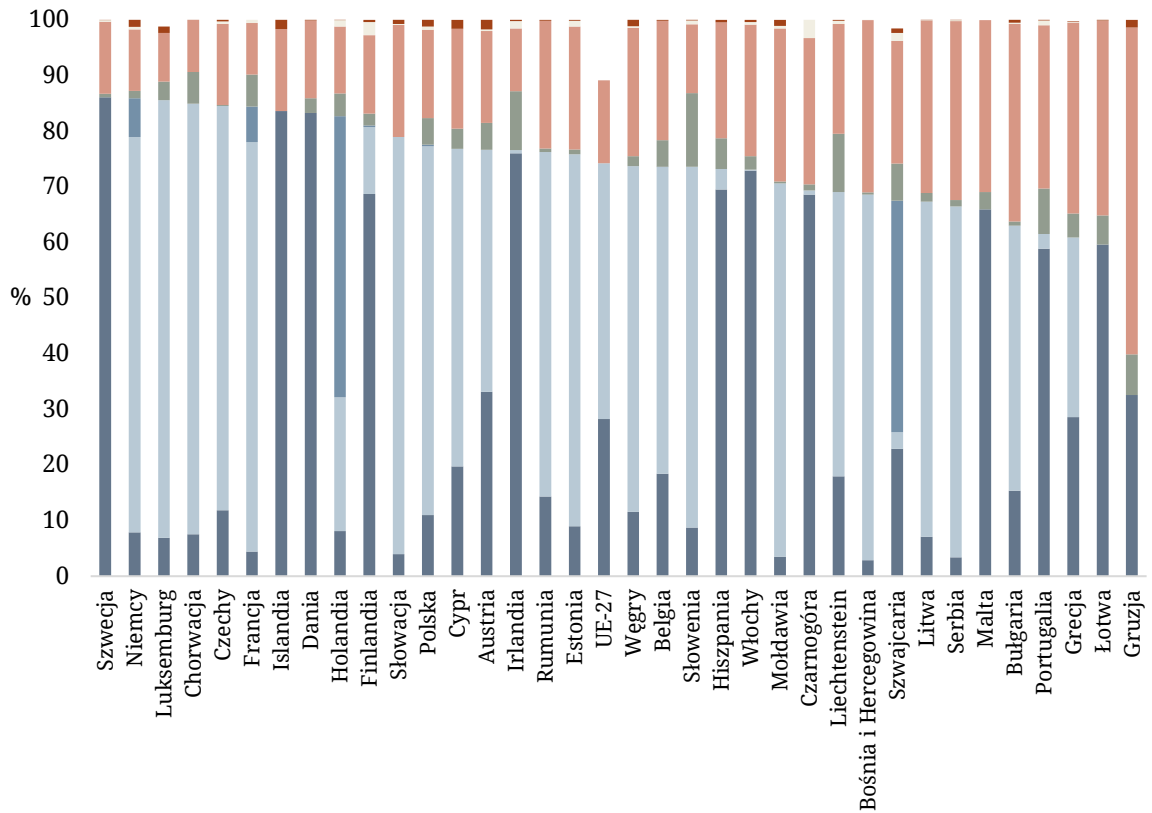
Podsumowanie

W rozdziale przedstawiono główne mechanizmy gromadzenia środków na ochronę zdrowia, omawiając ich wady i zalety w kontekście współczesnych wyzwań oraz celów systemów opieki zdrowotnej. W praktyce sposób, w jaki państwa generują środki na ochronę zdrowia, jest wypadkową wielu czynników. Do najważniejszych należą: uwarunkowania historyczne i kulturowe, determinujące tradycje organizacji systemów opieki zdrowotnej oraz poziom akceptacji społecznej dla różnych rozwiązań, sytuacja ekonomiczna, decydująca o możliwościach

finansowania publicznego i prywatnego, czynniki demograficzne i epidemiologiczne, kształtujące potrzeby zdrowotne i wpływające na możliwości redystrybucji zasobów, a także czynniki polityczne i zdolności instytucjonalne, wpływające na projektowanie i wdrażanie mechanizmów regulacyjnych oraz kontrolnych. W związku z tym istnieje duże zróżnicowanie zarówno roli poszczególnych metod finansowania ochrony zdrowia między krajami, jak i konstrukcji stosowanych rozwiązań w ramach tych metod. Poniższy wykres przedstawia strukturę wydatków na zdrowie w krajach europejskich według schematów finansowania². Oprócz metod opisanych w tym rozdziale wydatki obejmują również środki pochodzące od pracodawców, opłacających przede wszystkim świadczenia związane z medycyną pracy, oraz organizacji pozarządowych (niekomercyjnych), nieodgrywających jednak istotnej roli w finansowaniu ochrony zdrowia. Wykres ilustruje proporcje finansowania ochrony zdrowia według poszczególnych schematów finansowania; należy pamiętać, że uwzględnione kraje różnią się znacznie całkowitym poziomem wydatków na zdrowie, a tym samym wielkością środków wydatkowanych w ramach poszczególnych schematów finansowania.

² Schematy finansowania to mechanizmy finansowania, przez które finansuje (opłaca) się usługi.

WYKRES 2. STRUKTURA WYDATKÓW BIEŻĄCYCH NA ZDROWIE WG SCHEMATÓW FINANSOWANIA W KRAJACH EUROPEJSKICH (2023)



- Schemat instytucji niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych
- Schemat finansowania przez przedsiębiorstwa
- Schemat opłat bezpośrednich gospodarstw domowych
- Schemat dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych
- Schemat obowiązkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych
- Schemat społecznych ubezpieczeń zdrowotnych
- Schemat rządowy i samorządowy

Źródło: opracowane własne na podstawie danych Eurostat (2026b).

LITERATURA

- Barr, N. (2004). *The economics of the welfare state* (4th ed.). Oxford University Press.
- Eurostat (2026a). *Revenues of health care financing schemes by health care financing schemes*. https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HFFS
- Eurostat (2026b). Health care expenditure by financing scheme. https://doi.org/10.2908/HLTH_SHA11_HF
- Grossman, M. (2000). The human capital model. W A. J. Culyer & J. P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics* (t. 1, s. 347–408). Elsevier.
- Holland, J., van Exel, N. J. A., Schut, F. T., Brouwer, W. B. F. (2009). Some pain, no gain: Experiences with the no-claim rebate in the Dutch health care system. *Health Economics, Policy and Law*, 4(4), 405–424.
- Mathauer, I., Kutzin, J. (2018). *Voluntary health insurance: Its potentials and limits in moving towards UHC* (Policy brief WHO/HIS/HGF/PolicyBrief/18.5). World Health Organization.
- Mathauer, I., Nicolle, E. (2011). A global overview of health insurance administrative costs: What are the reasons for variations found? *Health Policy*, 102(2–3), 235–246.
- Rajan, D., Papanicolas, I., Karanikolos, M., Koch, K., Rohrer-Herold, K., Figueras, J. (2022). *Health system performance assessment: A primer for policy-makers*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Rice, T., Vrangbæk, K., Saunes, I. S., Bouckaert, N., Bryndová, L., Cascini, F., Vörk, A., Dimova, A., Kocot, E., Murauskienė, L., Bricard, D., Blumel, M., Gaál, P., Pažitný, P. (2024). Can revenue collection for public funding in health care be progressive? An assessment of 29 countries. *Health Policy*, 148, 105147.
- Sowada, C. (2015). Rynek w ochronie zdrowia: jego właściwości i ograniczenia. W S. Golinowska (red.), *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia: podręcznik ekonomiki zdrowia* (s. 62–103). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stock, S., Schmidt, H., Büscher, G., Gerber, A., Drabik, A., Graf, C., Lungen, M., & Stollenwerk, B. (2010). Financial incentives in the German statutory health insurance: New findings, new questions. *Health Policy*, 96(1), 51–56.
- Tambor, M., Dubas-Jakóbczyk, K., Mrożek-Gąsiorowska, M. (2022). Źródła finansowania zdrowia publicznego. W S. Golinowska, J. Czepiel, A. Domagała, M. Duplaga, T. Grodzicki, J. Hałuszka, G. Jasiońska, J. Klingemann, I. Kowalska-Bobko, A. Ryś, M. Ścibor, M. Tambor, B. Tobiasz-Adamczyk, P. Tyszko (red.), *Zdrowie publiczne: wymiar społeczny i ekologiczny* (ss. 918–937). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Tambor, M., Dubas-Jakóbczyk, K., Szetela, P. (2022). Bodźce ekonomiczne w zdrowiu publicznym. W S. Golinowska, J. Czepiel, A. Domagała, M. Duplaga, T. Grodzicki, J. Hałuszka, G. Jasiońska, J. Klingemann, I. Kowalska-Bobko, A. Ryś, M. Ścibor, M. Tambor, B. Tobiasz-Adamczyk, & P. Tyszko (red.), *Zdrowie publiczne: wymiar społeczny i ekologiczny* (ss. 951–967). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Tambor, M., García-Ramírez, J. A., Pavlova, M. (2025). Catastrophic and impoverishing out-of-pocket payments for health care in Poland in 2013–2021. *Health Policy OPEN*, 9, 100143.
- Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S., & Groot, W. (2015). Can European countries improve sustainability of health care financing through patient cost-sharing? *Frontiers in Public Health*, 3, 196.
- Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S., Sowada, C., Groot, W. (2015). Towards a stakeholders' consensus on patient payment policy: The views of health-care consumers, providers, insurers and policy makers in six Central and Eastern European countries. *Health Expectations*, 18(4), 475–488.
- Tan, C. C., Lam, C. S., Matchar, D. B., Zee, Y. K., & Wong, J. E. (2021). Singapore's health-care system: Key features, challenges, and shifts. *The Lancet*, 398(10305), 1091–1104.
- ten Have, M., & Willems, D. (2014). Influencing lifestyle and insurance premium differentiation: The ethical debate in the Netherlands. *Eurohealth*, 20(2), 18–20.
- Thomson, S., Cylus, J., Al Tayara, L., Martínez, M. G., García-Ramírez, J. A., Gregori, M. S., Evetovits, T. (2024). Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: A descriptive analysis of financial protection in 40 countries. *The Lancet Regional Health – Europe*, 37, 100803.
- Thomson, S., Sagan, A., Mossialos, E. (Eds.). (2020). *Private health insurance: History, politics and performance*. Cambridge University Press.
- Toth, F. (2016). Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy*, 120(5), 535–543.

Wagstaff, A. (2009). *Social health insurance vs. tax-financed health systems: Evidence from the OECD*. World Bank Policy Research Working Paper No. 4821. World Bank.

Wouters, O. J., Cylus, J., Yang, W., Thomson, S., McKee, M. (2016). Medical savings accounts: Assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. *Health Economics, Policy and Law*, 11(3), 321–335.

Yazbeck, A. S., Soucat, A. L., Tandon, A., Cashin, C., Kutzin, J., Watson, J., Thomson, S., Nguyen, S. N., Evetovits, T. (2023). Addiction to a bad idea, especially in low- and middle-income countries: Contributory health insurance. *Social Science & Medicine*, 320, 115–168.



JAKUB WIERZICKI,
JAN OLESZCZUK-ZYGMUNTOWSKI

Podatek zdrowotny

Wstęp

System finansowania ochrony zdrowia w Polsce oparty jest formalnie na składce zdrowotnej, stanowiącej element ubezpieczeń społecznych. W praktyce jednak mechanizm który zaprojektowano, celowo odbiega od klasycznego modelu ubezpieczeniowego. Składka zdrowotna nie wykazuje cech ekwiwalentności, a jej wysokość nie jest formalnie powiązana ani z zakresem, ani z jakością uzyskiwanych świadczeń. W rezultacie funkcjonuje ona jako ukryta forma podatku dochodowego, mimo że nie została wprost zakwalifikowana jako danina podatkowa. Było to założenie systemowe, pomyślane tak, aby środki ze składek przekazywane na system ochrony zdrowia uniezależnić od targów politycznych wokół podziału centralnego budżetu. Założenie to należy utrzymać, wprowadzając postulowany przez nas podatek zdrowotny.

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce ma zatem charakter redystrybucyjny, właściwy raczej systemom podatkowym niż ubezpieczeniowym. Ciężar finansowania rozkłada się przy tym pośrednio i niesymetrycznie. Znaczna część wpływów pochodzi ze składek osób o niższych dochodach, podczas gdy nie wykorzystuje się innych, bardziej adekwatnych źródeł finansowania. Taka konstrukcja sprzyja regresywnemu rozłożeniu obciążeń i wzmacnia poczucie niesprawiedliwości

fiskalnej, a także zachęca do optymalizacji podatkowej, obciążając najbardziej tych, którzy nie mają możliwości ograniczenia swoich zobowiązań.

Utrzymywanie formalnej fikcji składki zdrowotnej negatywnie wpływa zarówno na stabilność finansowania systemu, jak i na zaufanie obywateli do mechanizmów danin publicznych. Z tego względu zasadne jest rozważenie zastąpienia jej Podatkiem Zdrowotnym (PZ) o charakterze celowym, powiązaniem z wieloma źródłami dochodów. Takie rozwiązanie zwiększyłoby przejrzystość systemu, przystosowało go do realiów nowoczesnej, kapitałochłonnej gospodarki XXI wieku oraz pozwoliłoby wykorzystywać bodźce fiskalne do przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, których udział w obciążeniu zdrowotnym społeczeństwa rośnie.

Reforma w tym kierunku mogłaby wzmocnić długoterminową stabilność finansowania ochrony zdrowia, w większym stopniu uniezależniając ją od struktury rynku pracy i zmian demograficznych. Zróżnicowanie źródeł dochodów, w tym trwałe powiązanie części wpływów z akcyzy i podatków zdrowotnych z wydatkami zdrowotnymi, zwiększyłoby przewidywalność oraz odporność systemu na wstrząsy zewnętrzne. Stabilne finansowanie sprzyjałoby planowaniu inwestycji w infrastrukturę, kadry medyczne i profilaktykę, co stanowi warunek długotrwałej

poprawy jakości i dostępności świadczeń. Ostatecznym celem proponowanej reformy jest stworzenie warunków do trwałego osiągnięcia i utrzymania poziomu nakładów na ochronę zdrowia na poziomie 9% PKB.

TEZY PRACY

- Podatek zdrowotny powinien być dostosowany do źródeł finansowania nowoczesnej, kapitałochłonnej gospodarki XXI wieku oraz wspierać walkę z chorobami cywilizacyjnymi poprzez działanie odpowiednich bodźców fiskalnych.
- Obowiązująca składka zdrowotna w Polsce nie spełnia podstawowych kryteriów składki ubezpieczeniowej i w praktyce funkcjonuje jako ukryty podatek dochodowy.
- Podatek zdrowotny, który ma zastąpić składkę zdrowotną, powinien mieć charakter celowy, tak aby zapewnić mechanizm zabezpieczający przed corocznymi ograniczeniami budżetowymi.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce ma charakter redystrybucyjny, co uzasadnia jego umiejscowienie w systemie podatkowym, a nie ubezpieczeniowym.
- Obecna konstrukcja finansowania ochrony zdrowia opiera się głównie na dochodach ze składek od najbiedniejszej części społeczeństwa, pomijając inne możliwości finansowania.

- Utrzymywanie fikcji składki zdrowotnej prowadzi do niewystarczającego finansowania ochrony zdrowia oraz osłabia zaufanie obywateli do systemu danin publicznych poprzez degresywne rozłożenie kosztów finansowania.

- Wprowadzenie podatku zdrowotnego pozwoliłoby na uproszczenie systemu, zwiększenie transparentności oraz uczciwe rozłożenie ciężarów finansowania ochrony zdrowia.

SKŁADKA ZDROWOTNA JAKO „SKŁADATEK”

Składka na ubezpieczenie zdrowotne, mimo swojej nazwy i formalnego zakotwiczenia w systemie ubezpieczeń społecznych, w praktyce funkcjonuje jako ukryty podatek dochodowy. Jej konstrukcja, sposób poboru oraz relacja między wysokością obciążenia a zakresem uzyskiwanych świadczeń odbiegają od klasycznych cech składki ubezpieczeniowej i odpowiadają istocie daniny publicznej.

Po pierwsze, składka zdrowotna ma charakter przymusowy, powszechny i bezwrotny, co stanowi podstawową cechę podatku. Obowiązek jej uiszczania nie wiąże się z dobrowolnym przystąpieniem do systemu ani z indywidualną oceną ryzyka zdrowotnego. Składka obejmuje szerokie spektrum podmiotów: pracowników, przedsiębiorców, emerytów i rencistów, a od 2022 r. także osoby prowadzące działalność gospodarczą

bez górnego limitu podstawy wymiaru. Brak limitu oznacza, że składka obciąża dochody w sposób proporcjonalny, analogicznie do podatku dochodowego.

Po drugie, składka zdrowotna została odebrana od zasady ekwiwalentności, która jest fundamentem systemów ubezpieczeniowych. W klasycznym ubezpieczeniu wysokość składki pozostaje w relacji do zakresu lub prawdopodobieństwa uzyskania świadczenia. Tymczasem w polskim systemie ochrony zdrowia dostęp do świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ma charakter powszechny i jednolity, niezależny od wysokości zapłaconej składki. System obejmuje również osoby nieuczestniczące w jego finansowaniu, takie jak członkowie rodzin ubezpieczonych czy osoby nieosiągające dochodów, co wynika z art. 68 Konstytucji. Nie występuje zatem żadna zależność między indywidualnym wkładem finansowym a zakresem lub jakością otrzymywanych świadczeń. Wynika to z samych założeń systemu, który opiera się na zasadzie solidaryzmu. Zdrowie ma charakter dobra publicznego, co czyni solidaryzm rozwiązaniem pragmatycznym. Gdy część populacji nie ma dostępu do profilaktyki ani leczenia, rośnie ryzyko transmisji chorób zakaźnych, wzrastają koszty leczenia powikłań chorób, których leczenie odkłada się ze względu na koszty, itd. W rezultacie w mniej zdrowym społeczeństwie spada produktywność całej gospodarki. Dla

tego nawet systemy silnie rynkowe (np. USA) utrzymują komponent publiczny, bo pozostawienie części populacji bez dostępu do nowoczesnej opieki zdrowotnej generuje koszty, które i tak ponosi państwo.

Po trzecie, reforma wprowadzona w ramach tzw. „Polskiego Ładu” w 2022 r. ostatecznie przesądziła o podatkowym charakterze składki zdrowotnej. Likwidacja możliwości odliczenia 7,75 punktu procentowego składki od podatku dochodowego spowodowała, że całe 9% obciążenia przeniesiono bezpośrednio na podatników. Wcześniej znaczna część składki była de facto finansowana z budżetu państwa przez mechanizm podatkowy; po zmianach ciężar finansowania systemu ochrony zdrowia w całości przesunięto na obywateli. Zmianie tej nie towarzyszyła reforma konstrukcji składki ani wprowadzenie jasnych zasad właściwych dla podatków, co zwiększyło nieprzejrzystość systemu.

Po czwarte, zróżnicowanie zasad naliczania składki zdrowotnej w zależności od formy uzyskiwania dochodu doprowadziło do powstania licznych niespójności i arbitrażu podatkowego. Różne stawki efektywne, odmienne podstawy wymiaru oraz odrębne zasady rozliczeń dla pracowników, przedsiębiorców rozliczających się według skali, podatku liniowego czy ryczałtu sprawiają, że osoby o porównywalnej zdolności płatniczej

ponoszą znacząco różne obciążenia. Tego rodzaju konstrukcja jest trudna do pogodzenia z konstytucyjną zasadą równości wobec ciężarów publicznych i dodatkowo potwierdza podatkowy, a nie ubezpieczeniowy charakter składki.

W konsekwencji składka zdrowotna funkcjonuje obecnie jako hybrydowa, nieprzejrzysta forma opodatkowania dochodu, pozbawiona cech typowych zarówno dla klasycznego podatku (jasnej podstawy, jednolitych zasad i pełnej integracji z systemem podatkowym), jak i dla ubezpieczenia społecznego (ekwiwalentności i powiązania składki ze świadczeniem). Ten stan rzeczy stanowi jeden z najważniejszych argumentów za zastąpieniem składki zdrowotnej otwartym, jednoznacznym podatkiem zdrowotnym, który w sposób przejrzysty i sprawiedliwy realizowałby cele finansowania ochrony zdrowia.

BRAK EKWIWALENTNOŚCI

Jedną z podstawowych wad obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia jest całkowite odejście od zasady ekwiwalentności, przy jednoczesnym zachowaniu formalnej konstrukcji składki ubezpieczeniowej. Zasada ta, charakterystyczna dla systemów ubezpieczeniowych, zakłada istnienie związku pomiędzy wysokością składki a prawem do świadczenia lub zakresem ochrony. W polskim systemie ochrony zdrowia związek ten nie występuje, co w praktyce

czyni składkę zdrowotną daniną o charakterze stricte podatkowym.

Wysokość składki zdrowotnej nie wpływa ani na zakres, ani na jakość otrzymywanych świadczeń. Osoby odprowadzające bardzo wysokie składki, zarówno pracownicy o wysokich dochodach, jak i przedsiębiorcy mają identyczne uprawnienia jak osoby płacące minimalne kwoty lub w ogóle nieuczestniczące w finansowaniu systemu. Dostęp do świadczeń finansowanych przez NFZ jest jednolity i niezależny od indywidualnego wkładu finansowego, a katalog świadczeń gwarantowanych podlega dodatkowym ograniczeniom, m.in. poprzez kryteria efektywności kosztowej. W efekcie składka zdrowotna nie pełni funkcji ubezpieczeniowej, lecz funkcję redystrybucyjną, typową dla podatków.

Jednocześnie system obejmuje szerokie grupy beneficjentów, które nie partycypują w jego finansowaniu, takie jak członkowie rodzin osób ubezpieczonych, osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku czy osoby nieosiągające dochodów. Choć powszechność dostępu do opieki zdrowotnej stanowi konstytucyjnie uzasadniony cel polityki publicznej, jego realizacja poprzez formalnie „składkową” konstrukcję prowadzi do wewnętrznej sprzeczności systemu i osłabia przejrzystość relacji między świadczeniem publicznym a źródłem jego finansowania.

TABELA 2. OBECNE OBCIĄŻENIA SKŁADKOWE.

Grupa	Podstawa wymiaru	Stawka	Miesięczna kwota (2025)	Uwagi
Pracownik (etat)	Wynagrodzenie brutto	9%	zależna od wynagrodzenia	Potrącana z pensji, przekazywana przez pracodawcę.
JDG – skala podatkowa	Dochód	9%	min. 314,96 zł (od lutego 2025)	9% od dochodu, nie mniej niż od 75% płacy min.
JDG – podatek liniowy	Dochód	4,9%	min. 314,96 zł (od lutego 2025)	Składka proporcjonalna do dochodu; brak odliczenia od podatku.
JDG – ryczałt	Przychód (trzy progi)	Stać kwota zależna od przychodu	» do 60 000 zł → 461,66 zł » 60 000–300 000 zł → 796,43 zł » powyżej 300 000 zł → 1384,94 zł	
Rolnicy (KRUS)	Kwota bazowa	78 zł	78 zł	Ustalana kwotowo przez KRUS; aktualizowana kwartalnie.
Emeryci i renciści	Świadczenie brutto	9%	zależna od wysokości świadczenia	Potrącana automatycznie przez ZUS lub KRUS.

ARBITRAŻ PODATKOWY

Brak ekwiwalentności w połączeniu ze zróżnicowanymi zasadami naliczania składki zdrowotnej stworzył silne bodźce do arbitrażu podatkowego. Różnice w podstawie wymiaru, stawkach efektywnych oraz mechanizmach rozliczeń między pracownikami, przedsiębiorcami rozliczającymi się według skali podatkowej, podatku liniowego czy ryczałtu sprawiają, że wybór formy opodatkowania staje się narzędziem optymalizacji składki zdrowotnej. W praktyce oznacza to, że osoby o porównywalnych dochodach ponoszą istotnie odmienne obciążenia na finansowanie ochrony zdrowia. Podważa to zasadę równości wobec ciężarów publicznych.

Arbitraż ten prowadzi do zniekształceń decyzji ekonomicznych, takich jak przechodzenie na samozatrudnienie, zmiana formy opodatkowania lub fragmentacja działalności gospodarczej wyłącznie w celu obniżenia składki zdrowotnej. Wymienione zjawiska nie zwiększają efektywności gospodarki ani nie poprawiają jakości finansowania ochrony zdrowia, a jedynie komplikują system fiskalny i zmniejszają jego przewidywalność.

W rezultacie obecna konstrukcja składki zdrowotnej łączy brak ekwiwalentności typowy dla podatku z fragmentacją właściwą źle zaprojektowanej daninie, co generuje poczucie niesprawiedliwości oraz obniża społeczną akceptację systemu. Zjawisko arbitrażu podatkowego jest

bezpośrednim skutkiem tej niespójności i stanowi kolejny argument za zastąpieniem składki zdrowotnej jednolitym podatkiem zdrowotnym, opartym na jasnych zasadach, wspólnej podstawie opodatkowania i rzeczywistej zdolności płatniczej podatników.

NIERÓWNOŚĆ OBCIĄŻEŃ MIĘDZY PRACĄ A KAPITAŁEM

Obecny system finansowania ochrony zdrowia w Polsce w sposób strukturalny nierówno obciąża różne źródła dochodu, co prowadzi do istotnych dysproporcji fiskalnych i zniekształceń alokacyjnych w gospodarce. Składka zdrowotna, mimo swojej formalnej odrębności, w największym stopniu obciąża dochody z pracy oraz z pozarolniczej działalności gospodarczej, podczas gdy dochody z kapitału i majątku w znacznym stopniu pozostają poza jej zakresem lub są traktowane w sposób uprzywilejowany.

Dochody z pracy najemnej są obciążone składką zdrowotną w sposób automatyczny i pełny, bez możliwości optymalizacji po stronie podatnika. Składkę nalicza się od całości wynagrodzenia brutto, a jej ciężar, szczególnie po likwidacji odliczenia w ramach „Polskiego Ładu” - wprost obniża dochód rozporządzalny pracowników. Analogicznie, osoby prowadzące działalność gospodarczą, mimo formalnej swobody wyboru formy opo-

datkowania, w praktyce ponoszą znaczące i często nieproporcjonalne obciążenia zdrowotne, zwłaszcza w przypadku niestabilnych lub niskich dochodów.

W przeciwieństwie do dochodów z pracy i działalności gospodarczej – dochody kapitałowe i majątkowe (takie jak dywidendy, odsetki, zyski kapitałowe czy dochody z najmu) nie są objęte składką zdrowotną. Osoby osiągające wysokie dochody z kapitału nie partycypują więc w finansowaniu ochrony zdrowia, nawet jeśli ich faktyczna zdolność płatnicza jest wyższa niż ludzi uzyskujących dochody z pracy. Trudno uzasadnić tę asymetrię zarówno z perspektywy sprawiedliwości społecznej, jak i konstytucyjnej zasady równości wobec ciężarów publicznych.

Nierówne obciążenie różnych źródeł dochodu zniekształca decyzje ekonomiczne i wpływa na strukturę aktywności zawodowej i inwestycyjnej. Nadmierne opodatkowanie pracy i przedsiębiorczości zniechęca do podejmowania legalnej aktywności zawodowej, zwiększa skłonność do przechodzenia na samozatrudnienie oraz wypycha dochody do form mniej opodatkowanych. Jednocześnie preferencyjne traktowanie kapitału sprzyja koncentracji dochodów i pogłębianiu nierówności majątkowych, bez adekwatnego udziału w finansowaniu usług publicznych, z których korzystają wszyscy obywatele.

W dłuższej perspektywie taka konstrukcja systemu fiskalnego osłabia jego stabilność, zwłaszcza w kontekście zmian demograficznych i technologicznych. Starzenie się społeczeństwa oraz rosnący udział dochodów kapitałowych w strukturze PKB powodują, że system oparty głównie na opodatkowaniu pracy staje się coraz mniej wydolny. Brak szerokiej, spójnej bazy finansowania ochrony zdrowia zwiększa ryzyko niedofinansowania systemu i zwiększa presję na osoby aktywne zawodowo.

Nierówności obciążeń między pracą, przedsiębiorczością a kapitałem stanowią zatem fundamentalny problem obecnego modelu składki zdrowotnej. Ich usunięcie wymaga odejścia od fragmentarycznej, selektywnej daniny i wprowadzenia jednolitego PZ, obejmującego wszystkie formy dochodu według wspólnych zasad i proporcjonalnie do rzeczywistej zdolności płatniczej podatników.

ODEJŚCIE OD MECHANIZMU „T-2” I POWIĄZANIE FINANSOWANIA Z PKB

Istotnym elementem reformy finansowania ochrony zdrowia jest odejście od mechanizmu „t-2”, polegającego na ustalaniu poziomu nakładów na ochronę zdrowia w oparciu o dane makroekonomiczne sprzed dwóch lat. Mechanizm ten, choć wprowadzony w celu zwiększenia przewidywalności finansowania,

w praktyce prowadzi do opóźnionej reakcji systemu zdrowotnego na bieżącą sytuację gospodarczą oraz rzeczywiste potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Powiązanie finansowania ochrony zdrowia z historycznymi danymi PKB powoduje, że w okresach szybkiego wzrostu gospodarczego system nie korzysta w pełni z poprawy koniunktury, natomiast w okresach spowolnienia lub kryzysu reaguje z opóźnieniem, co może prowadzić do nagłych niedoborów finansowych. Taka konstrukcja utrudnia elastyczne zarządzanie systemem ochrony zdrowia i ogranicza zdolność państwa do szybkiego reagowania na nowe wyzwania, takie jak epidemie, wzrost kosztów technologii medycznych czy presja płacowa w sektorze ochrony zdrowia.

Wprowadzenie podatku zdrowotnego umożliwia bezpośrednio powiązanie finansowania ochrony zdrowia z bieżącą sytuacją gospodarczą, a tym samym z aktualnym poziomem PKB. Wpływy z podatku zdrowotnego rosną wraz z dochodami podatników i ogólną aktywnością gospodarczą, co zapewnia bardziej naturalny i automatyczny mechanizm dostosowawczy. System finansowania zdrowia przestaje być oparty na administracyjnie ustalanych wskaźnikach, a zaczyna funkcjonować w oparciu o realne strumienie dochodów.

Bezpośrednie powiązanie z PKB zwiększa również przejrzystość i wiarygodność deklarowanego celu nakładów na zdrowie, w szczególności w kontekście dążenia do poziomu 9% PKB. Podatek zdrowotny pozwala na materialne powiązanie tego celu z konkretnym instrumentem fiskalnym, a nie jedynie z ustawowym zobowiązaniem, które w praktyce może być modyfikowane lub obchodzone poprzez zmiany metodologiczne. Finansowanie ochrony zdrowia staje się w ten sposób bardziej odporne na decyzje polityczne o charakterze krótkookresowym.

Odejście od mechanizmu „t-2” poprawia także jakość planowania finansowego w ochronie zdrowia. Bieżące wpływy podatkowe, monitorowane przez administrację skarbową, umożliwiają lepsze prognozowanie środków dostępnych dla NFZ w perspektywie rocznej i wieloletniej. Pozwala to na stabilniejsze kontraktowanie świadczeń, ograniczenie zadłużania się podmiotów leczniczych oraz bardziej racjonalne planowanie inwestycji i polityki kadrowej.

W konsekwencji rezygnacja z mechanizmu „t-2” i powiązanie finansowania ochrony zdrowia z bieżącym PKB przez podatek zdrowotny stanowi ważny krok w kierunku nowoczesnego, elastycznego i odpornego systemu finansowania zdrowia. Rozwiązanie to zwiększa adekwatność nakładów do realnych potrzeb,

wzmacnia stabilność systemu i tworzy solidne podstawy do realizacji długofalowych celów polityki zdrowotnej państwa.

STABILNOŚĆ FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W DŁUGIM OKRESIE

Jednym z głównych celów wprowadzenia podatku zdrowotnego jest zapewnienie długookresowej stabilności finansowania systemu ochrony zdrowia, w warunkach narastających wyzwań demograficznych, epidemiologicznych i technologicznych. Obecny model, oparty jedynie na obciążeniu pracy i jednoosobowej działalności gospodarczej, charakteryzuje się wysoką wrażliwością na zmiany strukturalne w gospodarce i coraz słabiej odpowiada na rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Podatek zdrowotny, oparty na szerszej i zróżnicowanej bazie dochodowej, zmniejsza zależność finansowania ochrony zdrowia od jednego źródła przychodów. Obejmuje on zarówno dochody z pracy, działalności gospodarczej, jak i dochody kapitałowe, dzięki czemu wpływy do systemu zdrowia rosną wraz z całkowitym dochodem narodowym, a nie wyłącznie z poziomem zatrudnienia. Taka konstrukcja zwiększa odporność systemu na procesy automatyzacji, cyfryzacji oraz zmiany form zatrudnienia.

Stabilność finansowania wzmacnia również powiązanie podatku zdrowotnego z cyklem gospodarczym, a nie z decyzjami administracyjnymi. Wzrost gospodarczy automatycznie przekłada się na wyższe wpływy do NFZ, a w okresach spowolnienia spadki dochodów są łagodniejsze niż w systemie opartym wyłącznie na składkach. Dzięki temu ograniczona zostaje potrzeba nagłych korekt budżetowych lub doraźnych transferów z budżetu państwa, które destabilizują planowanie finansowe systemu ochrony zdrowia.

Istotnym elementem stabilności jest także przewidywalność strumienia finansowania. Integracja podatku zdrowotnego z systemem PIT i CIT umożliwia bieżące monitorowanie wpływów oraz ich prognozowanie w perspektywie wieloletniej. Pozwala to na lepsze planowanie kontraktów ze świadczeniodawcami, inwestycji w infrastrukturę medyczną oraz polityki kadrowej w ochronie zdrowia. Stabilne finansowanie sprzyja również poprawie jakości zarządzania w systemie i ogranicza zjawisko narastania zobowiązań wymagalnych.

Długookresowa stabilność finansowania ochrony zdrowia ma duże znaczenie w kontekście starzenia się społeczeństwa. Wraz ze wzrostem udziału osób w wieku poprodukcyjnym rosną potrzeby zdrowotne, podczas gdy liczba osób aktywnych zawodowo maleje. System

oparty na podatku zdrowotnym, a nie wyłącznie na składkach od pracy, lepiej dostosowuje się do tej zmiany strukturalnej, zapewniając solidarne finansowanie opieki zdrowotnej niezależnie od struktury demograficznej.

W rezultacie podatek zdrowotny stanowi trwałą podstawę finansową systemu ochrony zdrowia, zdolną do absorpcji przyszłych wstrząsów gospodarczych i demograficznych. Zapewnia on stabilność niezbędną do realizacji długofalowych celów polityki zdrowotnej oraz do stopniowego zwiększania nakładów na zdrowie w sposób odpowiedzialny i systemowy.

Konstrukcja podatku zdrowotnego

Projektowany podatek zdrowotny stanowi centralny element reformy finansowania ochrony zdrowia. Jego konstrukcja opiera się na zasadzie powszechności, przejrzystości oraz powiązaniu z istniejącym systemem podatkowym, w szczególności z podatkiem dochodowym od osób fizycznych (PIT) i podatkiem dochodowym od osób prawnych (CIT). Celem jest zastąpienie składki zdrowotnej jednolitą daniną podatkową, eliminującą nierówności i arbitraż, zapewniającą stabilne finansowanie Narodowego Funduszu Zdrowia.

PODSTAWA OPODATKOWANIA I RELACJA DO PIT

Podstawą opodatkowania podatkiem zdrowotnym byłby dochód w rozumieniu podatku dochodowego, ustalany na analogicznych zasadach jak w PIT. Oznacza to, że podatek zdrowotny naliczany byłby od tej samej podstawy, co zasadnicze zobowiązanie podatkowe, bez tworzenia odrębnych definicji dochodu czy przychodu.

Ścisłe powiązanie podstawy podatku zdrowotnego z PIT:

- » zwiększa przejrzystość systemu,
- » ogranicza koszty administracyjne,
- » eliminuje rozbieżności interpretacyjne,
- » umożliwia pełną integrację rozliczeń rocznych.

Podatek zdrowotny nie funkcjonuje jako składka celowa, lecz jako odrębny komponent podatku dochodowego, wyodrębniony jedynie funkcjonalnie ze względu na przeznaczenie wpływów na finansowanie ochrony zdrowia.

Stawka podatku zdrowotnego ma charakter jednolity i proporcjonalny, przy jednoczesnym zastosowaniu kwoty wolnej, analogicznej do tej obowiązującej w PIT. Takie rozwiązanie zapewnia ochronę osób o niskich dochodach oraz wzmacnia progresywny charakter całego systemu podatkowego. Wprowadzenie kwoty wolnej, implikuje wprowadzenie

uniwersalnego ubezpieczenia zdrowotnego, kończąc z fikcją rejestrowania się w powiatowych urzędach pracy jedynie po to, aby uzyskać ubezpieczenie zdrowotne.

Jednolita stawka podatku zdrowotnego upraszcza system i zapewnia równe traktowanie podatników niezależnie od źródła dochodu, przy jednoczesnym zachowaniu progresji całkowitego obciążenia fiskalnego przez konstrukcję PIT.

ZASADY DLA PRACOWNIKÓW I EMERYTÓW

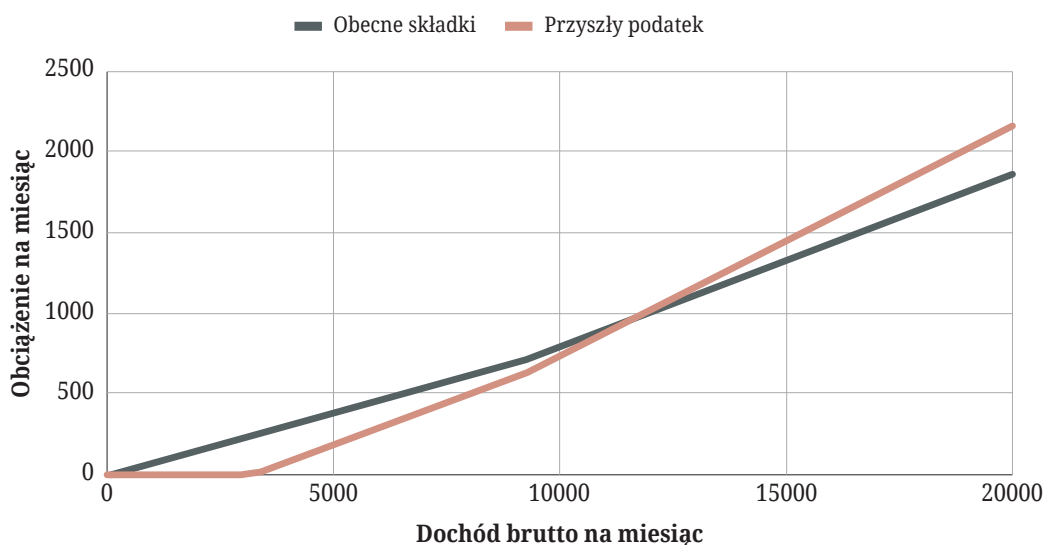
W przypadku pracowników najemnych oraz emerytów i rencistów podatek zdrowotny byłby pobierany w formie zaliczek, analogicznie do PIT, przez płatników (pracodawców oraz organy emerytalno-rentowe). Rozwiązanie to nie wymaga od podatników dodatkowych obowiązków formalnych.

Dla tej grupy reforma oznacza:

- » likwidację odrębnej składki zdrowotnej,
- » włączenie finansowania zdrowia w jednolity system podatkowy,
- » większą przejrzystość rzeczywistych obciążeń.

Emeryci i renciści korzystają z kwoty wolnej, co zapobiega nadmiernemu obciążeniu świadczeń o niskiej wartości nominalnej.

WYKRES 3. SYMULACJA DLA PROPONOWANEJ PRZEZ PLSE STAWKI 12% Z KWOTĄ WOLNĄ 30000 ZŁ KONTRA OBECNE SKŁADKI DLA PRACOWNIKÓW NA UOP I EMERYTÓW.



ZASADY DLA PRZEDSIĘBIORCÓW (SKALA PODATKOWA, PODATEK LINIOWY, RYCZAŁT)

Podatek zdrowotny obejmuje przedsiębiorców niezależnie od formy opodatkowania działalności gospodarczej, co stanowi istotny element ograniczania arbitrażu podatkowego:

- » w przypadku skali podatkowej – podatek zdrowotny naliczany byłby od dochodu na zasadach ogólnych,
- » w przypadku podatku liniowego – od dochodu ustalanego zgodnie z ustawą o PIT,
- » w przypadku ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych – od przychodu, z zastosowaniem proporcjonalnych mechanizmów kompensujących brak kosztów uzyskania przychodu.

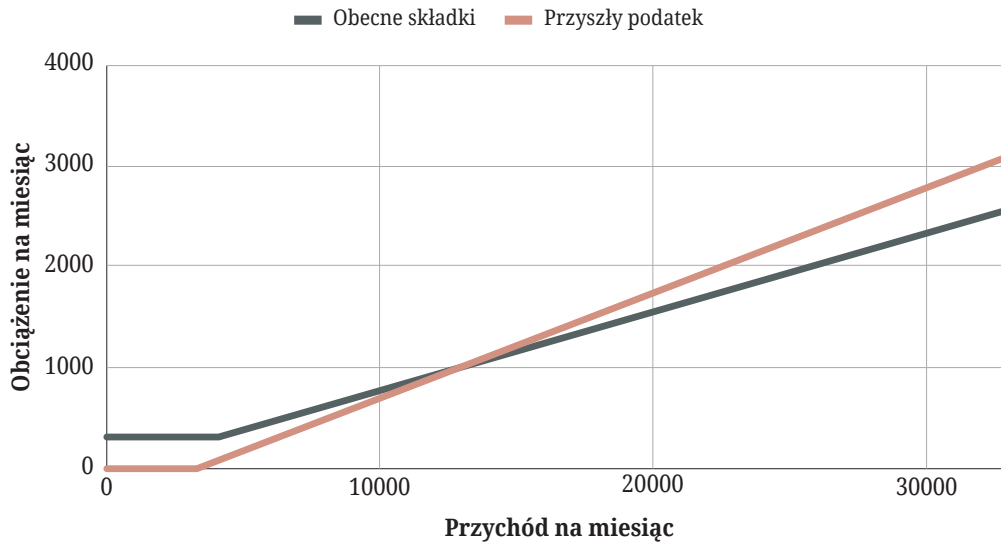
Ujednolicenie zasad eliminuje sytuację, w której wybór formy opodatkowania determinuje wysokość obciążeń zdrowotnych w sposób nieproporcjonalny do zdolności płatniczej podatnika.

PODATEK ZDROWOTNY W CIT I MECHANIZM ODLICZENIA

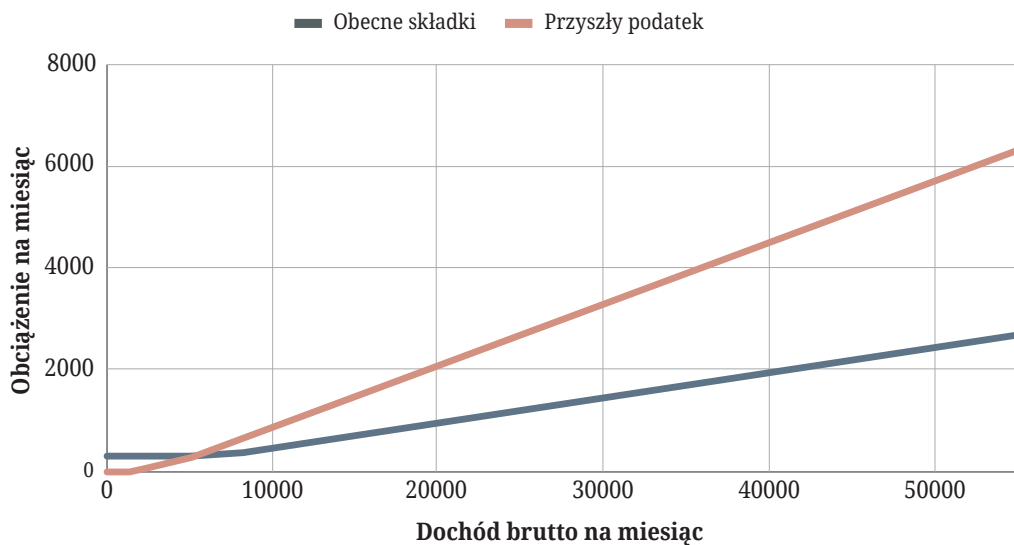
W celu zapewnienia powszechności finansowania ochrony zdrowia oraz objęcia systemem także dochodów kapitałowych, projekt przewiduje włączenie podatku zdrowotnego do systemu CIT. Rozwiązanie to:

- » umożliwia partycypację osób prawnych w finansowaniu zdrowia,
- » ogranicza przesuwanie dochodów z PIT do CIT w celach optymalizacyjnych,
- » wzmacnia neutralność systemu podatkowego.

WYKRES 4. SYMULACJA DLA PROPONOWANEJ PRZEZ PLSE ZAGREGOWANEJ STAWKI RYCZAŁTOWEJ KONTRA OBECNE SKŁADKI DLA PRZEDSIĘBIORCÓW ROZLICZAJĄCYCH SIĘ PODATKIEM RYCZAŁTOWYM.



WYKRES 5. SYMULACJA DLA PROPONOWANEJ PRZEZ PLSE STAWKI 12% Z KWOTĄ WOLNĄ 30000 ZŁ KONTRA OBECNE SKŁADKI DLA PRZEDSIĘBIORCÓW ROZLICZAJĄCYCH SIĘ LINIOWO.



Mechanizm odliczenia zapobiega podwójnemu opodatkowaniu tych samych strumieni dochodów, jednocześnie zachowując zasadę, że dochody kapitałowe również uczestniczą w finansowaniu dóbr publicznych, w tym ochrony zdrowia.

UZASADNIENIE KONSTITUCYJNE I SYSTEMOWE WPROWADZENIA PODATKU ZDROWOTNEGO

Wprowadzenie podatku zdrowotnego w miejsce obecnej składki zdrowotnej znajduje silne uzasadnienie konstytu-

cyjne oraz systemowe. Skoro dostęp do świadczeń ma charakter powszechny i niezależny od indywidualnego wkładu finansowego, to finansowanie tego systemu powinno opierać się na jasnej, solidarnej i powszechnej daninie publicznej. Podatek zdrowotny w sposób bardziej adekwatny niż składka realizuje tę logikę, ponieważ wprost opiera się na zdolności płatniczej podatników i nie tworzy fikcji ubezpieczeniowej.

Z punktu widzenia systemu finansów publicznych podatek zdrowotny zwiększa spójność i przejrzystość całego systemu fiskalnego. Integracja finansowania ochrony zdrowia z systemem podatków dochodowych pozwala na uproszczenie konstrukcji danin, ograniczenie kosztów administracyjnych oraz zmniejszenie ryzyka arbitrażu podatkowego przez tę samą podstawę obliczania PZ co podatku PIT. Jednocześnie umożliwia bardziej elastyczne reagowanie na zmiany demograficzne i gospodarcze, w tym na starzenie się społeczeństwa oraz rosnącą rolę dochodów kapitałowych, dzięki nowym filarom przesuującym ciężar z pracy na kapitał i szkodliwą konsumpcję.

Wprowadzenie podatku zdrowotnego stanowi zatem racjonalne i konstytucyjnie uzasadnione uporządkowanie istniejącego stanu faktycznego. Zamiast utrzymywać niejednoznaczną, hybrydową konstrukcję składki zdrowotnej, reforma proponuje jawne uznanie, że finansowa-

nie ochrony zdrowia odbywa się przez pobieranie daniny podatkowej, zaprojektowanej zgodnie z zasadami równości, solidarności i przejrzystości prawa.

ROLA KRAJOWEJ ADMINISTRACJI SKARBOWEJ

Ważnym elementem projektowanej reformy jest powierzenie poboru i rozliczania podatku zdrowotnego Krajowej Administracji Skarbowej (KAS). Rozwiązanie to stanowi logiczną konsekwencję uznania podatkowego charakteru finansowania ochrony zdrowia oraz istotny krok w kierunku uproszczenia i ujednolicenia systemu danin publicznych.

Podatek zdrowotny miałby charakter celowy i ściśle zdefiniowany. Ograniczałoby to ryzyko corocznych sporów politycznych dotyczących wysokości i przeznaczenia środków. Jasne przypisanie wpływów do jednego, konkretnego celu zwiększa przejrzystość systemu oraz przewidywalność finansowania. Całość uzyskanych dochodów byłaby automatycznie przekazywana do Narodowego Funduszu Zdrowia, w sposób analogiczny do funkcjonujących już rozwiązań fiskalnych, takich jak akcyza paliwowa, podatek od gier, podatek leśny czy opłaty związane z koncesjami i wydobyciem kopaliny. Takie rozwiązanie wzmocniłoby stabilność finansową NFZ i ograniczyło możliwość redystrybucji środków na cele niezwiązane z ochroną zdrowia.

KAS dysponuje rozbudowaną infrastrukturą organizacyjną, informatyczną i kompetencyjną, która od lat służy poborowi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych. Włączenie podatku zdrowotnego do tego samego mechanizmu poboru pozwala na wykorzystanie istniejących procedur zaliczkowych, systemów raportowania oraz narzędzi analitycznych, bez konieczności tworzenia nowych, równoległych struktur administracyjnych. Z punktu widzenia państwa oznacza to niższe koszty wdrożenia reformy oraz zwiększenie efektywności aparatu fiskalnego.

Istotnym aspektem przekazania poboru podatku zdrowotnego do KAS jest integracja rozliczeń podatkowych. Podatek zdrowotny będzie naliczany od tej samej podstawy co podatek dochodowy, a jego rozliczenie nastąpi w ramach rocznych deklaracji PIT i CIT. Dzięki temu podatnicy uzyskają spójny obraz swoich obciążeń fiskalnych, a klin podatkowo-zdrowotny stanie się przejrzysty i łatwy do oszacowania. Automatyczne wypełnianie deklaracji przez administrację skarbową, z zachowaniem prawa do korekty, dodatkowo zmniejszy obciążenia administracyjne po stronie obywateli i przedsiębiorców.

Przeniesienie poboru podatku zdrowotnego do KAS oznacza również odejście od dublowania funkcji administracyjnych pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń

Społecznych a administracją podatkową. W obecnym modelu ZUS pełni rolę pośrednika w przekazywaniu składek zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia, pobierając z tego tytułu opłatę za obsługę i ewidencję składek. Reforma eliminuje ten mechanizm, umożliwiając bezpośredni transfer środków do NFZ i zwiększając kwotę finansowania ochrony zdrowia.

Z perspektywy systemowej rola KAS w poborze podatku zdrowotnego wzmacnia również funkcję kontrolną i analityczną państwa. Jednolita baza danych obejmująca dochody podatników oraz należne daniny publiczne pozwala na lepsze monitorowanie wpływów, ograniczanie nadużyć oraz ocenę skutków fiskalnych reformy w czasie rzeczywistym. Sprzyja to większej stabilności planowania finansowego NFZ i całego sektora finansów publicznych.

UZASADNIENIE WPROWADZENIA PODATKU OD ŻYWNOSCI ULTRAPRZETWORZONEJ (HPF)

Żywność ultraprzetworzona (*High-Palatable Food*; HPF) to żywność przetworzona w taki sposób, aby wykorzystywać „różne psychologiczne i fizjologiczne mechanizmy, które sterują przyjmowaniem pożywienia i bilansem energetycznym”; (Fazzino et al., 2019). HPF to żywność uzależniająca przez „hakowanie” apetytu i silną stymulację ośrodka

nagrody. HPF stanowi obecnie 25-30% polskiego rynku żywnościowego o wartości około 90-110 miliardów złotych, co czyni ją atrakcyjnym celem dla polityki podatkowej.

Kryteria badaczy Uniwersytetu w Kansas ustanawiają trzy odrębne klastry składników definiujących żywność ultraprzetworzoną, każdy oparty na specyficznych kombinacjach makroskładników i sodu.

- » **Klaster FSOD** (tłuszcz i sól) – stanowiący 70% wszystkich produktów HPF – obejmuje produkty zawierające ponad 25% kalorii z tłuszczu oraz co najmniej 0,30% sodu według masy produktu (300 mg/100g). Do tej kategorii należą głównie przetwory mięsne, wędliny, czy produkty typu pizza i gotowe posiłki z mięsem.
- » **Klaster FS** (tłuszcz i cukry proste) charakteryzuje się zawartością ponad 20% kalorii z tłuszczu i ponad 20% kalorii z cukrów prostych. Kategoria ta obejmuje 25% produktów HPF, głównie czekolady, ciastka, ciasta i inne słodkie wyroby cukiernicze.
- » **Klaster CSOD** (węglowodany i sól) definiowany jako ponad 40% kalorii z węglowodanów (po odjęciu błonnika i cukrów) oraz co najmniej 0,20% sodu według masy (200 mg/100g). Do tej kategorii należą słone przekąski, krakersy, precle i niektóre produkty zbożowe.

Walidacja amerykańska wykazała 86% trafność w identyfikacji fast foodów i 88% trafność dla słodyczy, co potwierdza praktyczną użyteczność definicji dla celów regulacyjnych.

Koszty zdrowotne konsumpcji żywności ultraprzetworzonej

Żywność wysokokaloryczna, charakteryzująca się wysoką zawartością cukrów prostych, tłuszczów nasyconych, soli oraz dodatków smakowych, prowadzi do nadmiernej konsumpcji kalorii przy jednoczesnej niskiej wartości odżywczej. Powszechna dostępność i intensywny marketing tej żywności sprzyjają utrwalaniu niekorzystnych nawyków żywieniowych już od najmłodszych lat.

Skutkiem wymienionych procesów jest gwałtowny wzrost częstości występowania otyłości, nadwagi oraz zaburzeń metabolicznych, które generują istotne i trwałe koszty dla systemu ochrony zdrowia. Koszty te obejmują nie tylko bezpośrednie wydatki na leczenie, ale również koszty pośrednie - absencję chorobową, obniżoną produktywność pracy oraz przedwczesną dezaktywację zawodową.

Choroby dietozależne, takie jak cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze czy niektóre nowotwory, stały się jednym z głównych czynników presji na wydatki zdrowotne. Ich charak-

ter przewlekły powoduje długookresowe zaangażowanie zasobów systemu ochrony zdrowia, w tym opieki ambulatoryjnej, farmakoterapii oraz hospitalizacji.

W odróżnieniu od ryzyk losowych, typowych dla klasycznych systemów ubezpieczeniowych, ryzyko chorób dietozależnych ma w dużej mierze charakter behawioralny i środowiskowy, kształtowany przez ceny, dostępność i skład produktów spożywczych. Oznacza to, że państwo dysponuje narzędziami wpływu na skalę tego ryzyka przez adekwatną politykę podatkową.

Funkcja fiskalna i prewencyjna podatku HPF

Podatek HPF pełni podwójną funkcję. Z jednej strony ma charakter fiskalny - generuje dodatkowe, stabilne dochody publiczne, które mogą zostać przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia, profilaktyki oraz edukacji żywieniowej. Z drugiej strony pełni funkcję prewencyjną i regulacyjną, wpływając na strukturę cen produktów spożywczych i korygując bodźce rynkowe.

Podniesienie ceny żywności ultraprzetworzonej zmniejsza jej względną atrakcyjność wobec produktów zdrowszych, a jednocześnie tworzy bodźce dla producentów do reformulacji składu produktów. Doświadczenia międzynarodowe

wskazują, że nawet umiarkowane instrumenty podatkowe mogą prowadzić do istotnych zmian po stronie podaży, bez konieczności stosowania bezpośrednich zakazów czy restrykcji administracyjnych.

Wprowadzenie podatku HPF jest zatem uzasadnione zarówno ekonomicznie, jak i zdrowotnie. Stanowi on racjonalne narzędzie ograniczania kosztów zewnętrznych generowanych przez konsumpcję żywności ultraprzetworzonej, wzmacnia solidarne finansowanie systemu ochrony zdrowia oraz wpisuje się w długofalową strategię poprawy stanu zdrowia populacji.

KONSTRUKCJA PODATKU OD ŻYWNOŚCI ULTRAPRZETWORZONEJ (HPF)

Konstrukcja podatku od żywności ultraprzetworzonej została zaprojektowana w taki sposób, aby skutecznie realizować cele zdrowia publicznego przy jednoczesnym zachowaniu prostoty administracyjnej i neutralności konkurencyjnej. Podatek HPF ma charakter selektywny, precyzyjnie ukierunkowany na produkty generujące największe koszty zdrowotne, a jego konstrukcja ogranicza możliwość obchodzenia przepisów oraz przeczucia odpowiedzialności regulacyjnej na konsumentów.

Relacja do istniejącego podatku cukrowego

Podatek HPF został zaprojektowany jako komplementarny wobec istniejącego podatku cukrowego, a nie jako jego proste rozszerzenie. Podatek cukrowy koncentruje się głównie na napojach słodzonych, natomiast HPF obejmuje znacznie szerszą kategorię produktów spożywczych, w tym żywność stałą o wysokiej palatalności.

Jednocześnie konstrukcja podatku HPF unika podwójnego opodatkowania tych samych cech produktu. W przypadku produktów objętych podatkiem cukrowym mechanizmy podatku HPF przewidują odpowiednie korekty lub wyłączenia, tak aby łączny ciężar fiskalny był proporcjonalny i uzasadniony zdrowotnie. Takie podejście zwiększa spójność systemu danin prozdrowotnych i ogranicza ryzyko nadmiernego obciążenia określonych segmentów rynku.

W rezultacie konstrukcja podatku HPF łączy precyzję regulacyjną z efektywnością fiskalną. Skierowanie podatku do producentów i importerów, zróżnicowanie stawek według ryzyka zdrowotnego oraz jego komplementarność wobec istniejących instrumentów tworzą spójny mechanizm wspierający realizację celów zdrowia publicznego i długofalową redukcję kosztów leczenia chorób dietozależnych.

Podmiot opodatkowania – producenci i importerzy

Podatek HPF nakładany byłby na producentów krajowych oraz importerów żywności ultraprzetworzonej, czyli podmioty wprowadzające produkty objęte podatkiem do obrotu na terytorium kraju. Takie rozwiązanie ma kilka istotnych zalet systemowych. Po pierwsze, znacząco ogranicza liczbę podmiotów zobowiązanych do rozliczeń podatkowych w porównaniu do opodatkowania sprzedaży detalicznej. Po drugie, przesuwając punkt interwencji fiskalnej na etap, na którym możliwa jest reformulacja składu produktów, a nie jedynie reakcja konsumenta na zmianę ceny.

Opodatkowanie producentów i importerów zapewnia też równe warunki konkurencji między produktami krajowymi i importowanymi oraz zgodność z zasadami jednolitego rynku Unii Europejskiej.

Podstawa opodatkowania i stawki

Podstawą opodatkowania w podatku HPF byłaby ilość produktu wprowadzonego do obrotu, zróżnicowana według kategorii żywności ultraprzetworzonej (FSOD, FS, CSOD) oraz poziomu zawartości składników krytycznych. Stawki podatku konstruuje się proporcjonalnie do potencjalnego ryzyka zdrowotnego, jakie niesie spożywanie określonego produktu. Podatek spełnia więc funkcję prewencyjną.

Przykład obliczenia opłaty:

▶ Chipsy (klaster FSOD, 40% tłuszczu, 800 mg sodu): 2,00 opłaty podstawowej + (15g nadmiaru tłuszczu × 0,50) + (0,5g nadmiaru sodu × 1,00) = 10,00 zł za kilogram.

Takie rozwiązanie umożliwia stopniowanie obciążeń fiskalnych w zależności od stopnia przetworzenia i składu produktu oraz tworzy czytelne bodźce ekonomiczne do obniżania zawartości cukru, tłuszczu czy soli. Konstrukcja stawek pozwala również na ich okresową waloryzację, tak aby zachować realną skuteczność podatku w czasie.

OCZEKIWANE EFEKTY PODATKU OD ŻYWNOSCI ULTRAPRZETWORZONEJ (HPF)

Wprowadzenie podatku od żywności ultraprzetworzonej ma na celu wywołanie trwałych i mierzalnych efektów zdrowotnych, fiskalnych oraz rynkowych, przy jednoczesnym poszanowaniu zasad proporcjonalności i efektywności regulacyjnej. Podatek HPF nie jest instrumentem represyjnym, lecz narzędziem korygującym bodźce ekonomiczne, które obecnie sprzyjają nadmiernej konsumpcji żywności ultraprzetworzonej.

Reformulacja produktów spożywczych

Jednym z oczekiwanych efektów podatku HPF jest reformulacja składu produktów spożywczych przez producentów. Zróż-

nicowanie stawek podatku w zależności od zawartości cukru, tłuszczu i soli tworzy bezpośredni bodziec ekonomiczny do obniżania poziomu składników krytycznych, bez konieczności ingerencji administracyjnej w receptury produktów.

Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że producenci reagują na tego rodzaju instrumenty fiskalne redukcją zawartości cukru, tłuszczu lub sodu, wprowadzaniem wariantów produktów o zmodyfikowanym składzie oraz zmianą struktury oferty w kierunku produktów mniej przetworzonych (Blueprint, 2024).

Efekt reformulacyjny ma szczególne znaczenie z punktu widzenia zdrowia publicznego, ponieważ poprawia jakość diety konsumentów bez konieczności zmiany ich zachowań zakupowych.

Zmiany zachowań konsumenckich

Drugim istotnym efektem podatku HPF są zmiany w strukturze konsumpcji. Wzrost cen produktów ultrawysoko przetworzonych, nawet umiarkowany, prowadzi do ograniczenia ich spożycia, zwłaszcza wśród grup najbardziej wrażliwych cenowo. Jednocześnie atrakcyjność cenowa produktów zdrowszych ulega poprawie, co sprzyja stopniowej zmianie wzorców żywieniowych.

Podatek HPF działa jako sygnał informacyjny, zwiększając świadomość konsumentów co do negatywnych skutków

zdrowotnych określonych kategorii żywności. Efekt ten wzmacnia oddziaływanie instrumentów edukacyjnych i profilaktycznych, tworząc spójne środowisko regulacyjne, które sprzyja lepszym dla zdrowia decyzjom.

Długookresowa redukcja kosztów leczenia

Najważniejszym efektem podatku HPF w perspektywie długoterminowej jest ograniczenie dynamiki wzrostu kosztów leczenia chorób dietozależnych. Zmniejszenie spożycia żywności ultraprzetworzonej oraz poprawa jej składu prowadzą do obniżenia ryzyka otyłości, cukrzycy typu 2, chorób układu krążenia i innych schorzeń przewlekłych.

Redukcja zapadalności na choroby dietozależne przekłada się na:

- » niższe wydatki NFZ na leczenie przewlekłe,
- » zmniejszenie presji na system opieki zdrowotnej,
- » poprawę produktywności pracy i jakości życia populacji.

W efekcie podatek HPF pełni funkcję inwestycji w zdrowie publiczne, której korzyści fiskalne i społeczne narastają w czasie. Stanowi on istotne uzupełnienie podatku zdrowotnego i zmian w akcyzie, tworząc spójny pakiet instrumentów fiskalnych wspierających długofalową stabilność systemu ochrony zdrowia.

ZMIANY W AKCYZIE NA ALKOHOL I WYROBY TYTONIOWE JAKO ELEMENT POLITYKI ZDROWOTNEJ

Zmiany w systemie akcyzowym dotyczącym alkoholu i wyrobów tytoniowych stanowią trzeci filar pakietu instrumentów fiskalnych wspierających zdrowie publiczne, obok podatku zdrowotnego oraz podatku od żywności ultraprzetworzonej (HPF). Ich celem jest jednocześnie ograniczenie konsumpcji substancji o udowodnionym, silnie negatywnym wpływie na zdrowie oraz zapewnienie stabilnych źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia.

Akcyza na alkohol i wyroby tytoniowe należy do klasycznych podatków Pigou, których uzasadnieniem jest internalizacja kosztów zewnętrznych generowanych przez konsumpcję dóbr szkodliwych. Koszty te obejmują nie tylko wydatki na leczenie chorób związanych z alkoholem i tytoniem, lecz także koszty społeczne w postaci obniżonej produktywności, absencji chorobowej, przedwczesnej śmiertelności oraz obciążeń systemu pomocy społecznej i wymiaru sprawiedliwości.

Dotychczasowy system akcyzowy w Polsce charakteryzuje się fragmentacją i niespójnością, zarówno w zakresie opodatkowania alkoholu (różne stawki dla piwa, wina i wyrobów spirytusowych), jak i w dynamice opodatkowania wyro-

bów tytoniowych. Prowadzi to do zniekształceń cenowych, które wpływają na strukturę konsumpcji, sprzyjając substytucji między kategoriami produktów zamiast realnego ograniczenia spożycia.

Proponowane zmiany w akcyzie mają na celu:

- » uproszczenie systemu opodatkowania alkoholu,
- » utrzymanie silnych bodźców cenowych ograniczających konsumpcję tytoniu,
- » trwałe powiązanie wpływów z akcyzy z finansowaniem ochrony zdrowia,
- » zwiększenie spójności polityki fiskalnej i zdrowotnej państwa.

Uzasadnienie zdrowotne i ekonomiczne ujednolicenia akcyzy

Ujednolicenie akcyzy na alkohol i wyroby tytoniowe ma silne uzasadnienie zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne, stanowiąc jedno z podstawowych narzędzi polityki zdrowia publicznego. Oba produkty – alkohol i tytoń – są głównymi czynnikami ryzyka rozwoju chorób przewlekłych oraz wczesnej śmiertelności, a ich konsumpcja generuje wysokie koszty zewnętrzne, ponoszone przez społeczeństwo i system ochrony zdrowia.

Alkohol i tytoń jako główne czynniki chorobowe

Alkohol i wyroby tytoniowe odpowiadają za znaczną część zachorowalności

i umieralności w populacji dorosłych. Spożycie alkoholu jest powiązane z chorobami wątroby, nowotworami, chorobami układu krążenia oraz urazami wynikającymi z wypadków i przemocy. Tytoń jest głównym czynnikiem ryzyka chorób nowotworowych, chorób sercowo-naczyniowych i przewlekłych chorób układu oddechowego.

Ponadto konsumpcja tych produktów generuje wysokie koszty pośrednie, obejmujące absencję chorobową, obniżoną produktywność, przedwczesne wyłączenie z rynku pracy oraz zwiększone wydatki na świadczenia społeczne. Oznacza to, że ograniczenie konsumpcji alkoholu i tytoniu ma nie tylko znaczenie zdrowotne, lecz także ekonomiczne. Zmniejsza presję finansową na system publiczny.

Koszty zewnętrzne konsumpcji dla systemu ochrony zdrowia

Koszty zewnętrzne związane z alkoholem i tytoniem są istotnie większe niż indywidualne koszty konsumpcji, ponieważ część konsekwencji zdrowotnych i społecznych jest pokrywają środki publiczne. Wysokie wydatki NFZ na leczenie chorób alkoholowych i tytoniowych, w tym hospitalizacje, leczenie przewlekłe i farmakoterapia, stanowią znaczną część kosztów systemu opieki zdrowotnej.

Podwyższenie akcyzy pozwala internalizować te koszty, czyli przenieść ich część na konsumentów w postaci wyższych

cen, co sprzyja ograniczeniu konsumpcji oraz bardziej sprawiedliwemu rozłożeniu ciężaru finansowania ochrony zdrowia. W efekcie zwiększone wpływy podatkowe służą zarówno redukcji szkód zdrowotnych, jak i stabilnemu finansowaniu NFZ.

Uzasadnienie podwyższenia akcyzy na alkohol i wyroby tytoniowe opiera się na trzech filarach:

- » **Zdrowotnym** – ograniczenie konsumpcji substancji szkodliwych dla zdrowia, zmniejszenie chorobowości i śmiertelności.
- » **Ekonomicznym** – internalizacja kosztów zewnętrznych generowanych przez konsumpcję, redukcja wydatków publicznych na leczenie chorób wywołanych przez używki.
- » **Společnym** – poprawa jakości życia, ograniczenie skutków społecznych nadużywania alkoholu, w tym przestępczości i wypadków.

Podwyższenie akcyzy stanowi zatem spójny i skuteczny instrument polityki zdrowotnej, komplementarny wobec podatku zdrowotnego i podatku od żywności ultra-przetworzonej, wzmacniający stabilność finansowania systemu ochrony zdrowia.

NOWY MODEL OPODATKOWANIA ALKOHOLU

Projektowany nowy model opodatkowania alkoholu ma na celu uproszczenie systemu akcyzowego, zwiększenie jego spójności zdrowotnej oraz wzmocnienie

efektu prewencyjnego podatku. Obecnie obowiązujący model, oparty na zróżnicowanych stawkach dla poszczególnych kategorii napojów alkoholowych, prowadzi do zniekształceń cenowych i osłabia skuteczność akcyzy jako narzędzia ograniczania konsumpcji.

Jednolita opłata akcyzowa za gram czystego alkoholu

Podstawowym elementem nowego modelu jest wprowadzenie jednolitej opłaty akcyzowej za gram (lub jednostkę) czystego alkoholu etylowego w wysokości 7 gr, niezależnie od rodzaju napoju alkoholowego. Oznacza to odejście od różnicowania stawek akcyzy między piwem, winem i wyrobami spirytusowymi na rzecz neutralnego, obiektywnego kryterium, jakim jest faktyczna zawartość alkoholu.

Takie rozwiązanie ma silne uzasadnienie zdrowotne – ryzyko zdrowotne zależy od ilości spożytego alkoholu etylowego, a nie od formy, w jakiej jest on konsumowany. Jednolita stawka eliminuje uprzywilejowanie wybranych kategorii napojów i wzmacnia przekaz zdrowotny, że każda ilość alkoholu wiąże się z określonym ryzykiem.

Uproszczenie systemu akcyzowego

Nowy model opodatkowania alkoholu prowadzi do znacznego uproszczenia systemu akcyzowego. Zmniejszenie liczb

by stawek i wyjątków ogranicza koszty administracyjne po stronie państwa oraz podmiotów gospodarczych, a także redukuje pole do sporów interpretacyjnych i optymalizacji podatkowej.

Uproszczony system jest bardziej przejrzysty i przewidywalny. Łatwiej wówczas egzekwować przepisy oraz skutecznie pobierać akcyzę. Taki system pozwala na prostszą waloryzację stawek w czasie, tak aby zachować wpływ cen na poziom konsumpcji.

Eliminacja różnic między kategoriami napojów alkoholowych

Obecne różnice w opodatkowaniu poszczególnych kategorii alkoholu sprzyjają substytucji konsumpcji zamiast jej realnego ograniczenia. Konsumenci reagują na zmiany cen, przenosząc popyt na tańsze, słabiej opodatkowane produkty, co osłabia efekt zdrowotny akcyzy.

Jednolita akcyza za jednostkę czystego alkoholu eliminuje te zniekształcenia, zapewniając neutralność podatkową między napojami alkoholowymi. W efekcie polityka akcyzowa koncentruje się na rzeczywistym celu zdrowotnym – ograniczeniu całkowitej ilości spożywanego alkoholu, zamiast na regulowaniu struktury rynku.

Nowy model opodatkowania alkoholu stanowi zatem spójne, prozdrowotne i efektywne administracyjnie rozwią-

zanie, które wzmacnia oddziaływanie fiskalne akcyzy, zwiększa jej akceptację społeczną i tworzy solidną podstawę stabilnego finansowania ochrony zdrowia.

AKCYZA NA WYROBY TYTONIOWE

Akcyza na wyroby tytoniowe pozostaje jednym z najskuteczniejszych narzędzi ograniczania palenia tytoniu, a jej dalsze wzmacnianie stanowi integralny element projektowanej polityki zdrowotnej. Tytoń jest jednym z głównych, możliwych do uniknięcia czynników ryzyka chorób i przedwczesnej śmierci, a skuteczna polityka fiskalna w tym obszarze przynosi wyraźne korzyści zdrowotne i ekonomiczne.

Utrzymanie 20% rocznego wzrostu akcyzy

Projekt zakłada utrzymanie realnego, corocznego wzrostu akcyzy na wyroby tytoniowe na poziomie 20%, co jest zgodne z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia oraz doświadczeniami państw, które skutecznie ograniczyły skalę palenia. Systematyczny, przewidywalny wzrost akcyzy pozwala na stopniowe, lecz trwałe podnoszenie cen wyrobów tytoniowych, co jest najważniejszym czynnikiem redukującym popyt, szczególnie wśród młodzieży i osób o niższych dochodach.

Stabilna ścieżka wzrostu akcyzy ogranicza jednocześnie ryzyko nagłych wstrzą-

sów cenowych i ułatwia producentom oraz dystrybutorom dostosowanie się do zmian regulacyjnych. Przewidywalność polityki fiskalnej sprzyja również lepszemu planowaniu wpływów budżetowych oraz dochodów przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia.

Spójność z polityką zdrowia publicznego i UE

Podwyższanie akcyzy na wyroby tytoniowe jest spójne z celami krajowej i unijnej polityki zdrowia publicznego, w tym z dążeniem do redukcji odsetka palaczy i ograniczenia ekspozycji na dym tytoniowy. Polska, jako państwo członkowskie Unii Europejskiej, zobowiązana jest do stopniowego zbliżania poziomu opodatkowania wyrobów tytoniowych do standardów unijnych, zarówno pod względem stawek nominalnych, jak i ich realnej siły oddziaływania cenowego.

Wzmocnienie akcyzy ogranicza także atrakcyjność cenową wyrobów tytoniowych w zestawieniu z dochodami konsumentów, co jest istotne w warunkach wzrostu wynagrodzeń. Bez regularnej waloryzacji akcyzy realne ceny tytoniu ulegają relatywnemu obniżeniu, a to osłabia skuteczność polityki zdrowotnej.

PODZIAŁ WPŁYWÓW Z AKCZY

Projektowane zmiany w systemie akcyzowym przewidują jasny i funkcjonalny podział wpływów z akcyzy na alkohol

i wyroby tytoniowe, który wzmacnia związek między źródłem dochodów publicznych a miejscem ponoszenia kosztów zdrowotnych. Taki model zwiększa przejrzystość finansów publicznych oraz akceptację społeczną podwyżek akcyzy jako instrumentu polityki zdrowotnej.

80% wpływów dla Narodowego Funduszu Zdrowia

Zdecydowana większość wpływów z akcyzy – **80% uzyskanych dochodów** – zostaje przeznaczona bezpośrednio na finansowanie Narodowego Funduszu Zdrowia. Rozwiązanie to odpowiada zasadzie, zgodnie z którą środki pochodzące z opodatkowania dóbr szkodliwych dla zdrowia są wykorzystywane do finansowania leczenia chorób, które te dobra współpowodują.

Bezpośrednie przekierowanie wpływów do NFZ:

- » zwiększa stabilność finansowania ochrony zdrowia,
- » ogranicza konieczność uzupełniania budżetu NFZ dotacjami z budżetu państwa,
- » poprawia przejrzystość relacji między polityką fiskalną a wydatkami zdrowotnymi.

Opisany mechanizm wzmacnia również legitymizację społeczną akcyzy, pokazując jej funkcję kompensacyjną i solidarnościową.

Pozostałe 20% wpływów z akcyzy zasila budżet państwa, kompensując koszty pośrednie związane z konsumpcją alkoholu i tytoniu, takie jak wydatki na pomoc społeczną, bezpieczeństwo publiczne czy utratę dochodów podatkowych wynikającą z obniżonej produktywności. Utrzymanie części wpływów w budżecie centralnym zapewnia elastyczność fiskalną oraz umożliwia finansowanie działań uzupełniających, w tym programów profilaktycznych i edukacyjnych.

Powiązanie źródła dochodów z miejscem ponoszenia kosztów

Największą zaletą proponowanego podziału wpływów jest funkcjonalne powiązanie źródła dochodów publicznych z miejscem generowania kosztów zdrowotnych. Alkohol i tytoń generują znaczące obciążenia dla systemu ochrony zdrowia, dlatego ich opodatkowanie bezpośrednio wzmacnia finansowanie tego systemu.

Proponowane rozwiązanie:

- » poprawia spójność polityki fiskalnej i zdrowotnej,
- » zwiększa przewidywalność finansowania NFZ,
- » tworzy trwałe źródło dochodów niezależne od cyklu koniunkturalnego.

W efekcie podział wpływów z akcyzy stanowi ważny element systemowego podejścia do finansowania zdrowia, uzupełniając podatek zdrowotny i poda-

tek HPF oraz wzmacniając długofalową odporność finansową systemu ochrony zdrowia.

OCZEKIWANE EFEKTY ZMIAN W AKCYZIE

Zmiany w akcyzie na alkohol i wyroby tytoniowe mają przynieść komplementarne efekty zdrowotne, fiskalne i społeczne, wzmacniając skuteczność całego pakietu reform ukierunkowanych na stabilne finansowanie ochrony zdrowia. Podstawowym założeniem jest jednoczesne oddziaływanie na poziom konsumpcji oraz na stronę dochodową systemu publicznego.

Ograniczenie konsumpcji alkoholu i tytoniu

Najważniejszym efektem zdrowotnym podwyższenia i uporządkowania akcyzy jest trwałe ograniczenie konsumpcji alkoholu i wyrobów tytoniowych. Badania empiryczne jednoznacznie wskazują, że wzrost cen tych produktów prowadzi do spadku popytu, przy czym efekt ten jest szczególnie silny wśród młodzieży i młodych dorosłych, osób o niższych dochodach oraz konsumentów okazjonalnych.

Jednolita akcyza za jednostkę czystego alkoholu eliminuje mechanizmy substytucji między kategoriami napojów, natomiast systematyczny wzrost akcyzy tytoniowej zapobiega erozji cen w wyniku wzrostu dochodów. W efekcie polityka akcyzowa skuteczniej realizuje cel zdro-

wotny, jakim jest zmniejszenie całkowitej ekspozycji populacji na czynniki ryzyka.

Zwiększenie stabilnych wpływów do NFZ

Drugim efektem jest wzrost i stabilizacja wpływów finansowych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pomimo spodziewanego spadku wolumenu sprzedaży alkoholu i tytoniu, odpowiednio skalibrowane stawki akcyzy zapewniają utrzymanie, a w średnim okresie także wzrost nominalnych dochodów podatkowych.

Powiązanie 80% wpływów z akcyzy bezpośrednio z NFZ:

- » zmniejsza wrażliwość finansowania ochrony zdrowia na cykl koniunkturalny,
- » zwiększa przewidywalność planowania wydatków zdrowotnych,
- » ogranicza presję na inne źródła finansowania publicznego.

EFEKTY DYSTRYBUCYJNE I SPOŁECZNE

Zmiany w akcyzie niosą ze sobą również istotne efekty dystrybucyjne i społeczne. Choć akcyza ma charakter regresywny w ujęciu dochodowym, jej negatywne skutki są równoważone przez korzyści zdrowotne, które w największym stopniu dotyczą grup o niższym statusie społeczno-ekonomicznym – bardziej nara-

żonych na skutki palenia i nadużywania alkoholu.

Dodatkowo redystrybucja wpływów do NFZ oznacza, że środki pozyskane z akcyzy wracają do społeczeństwa w postaci:

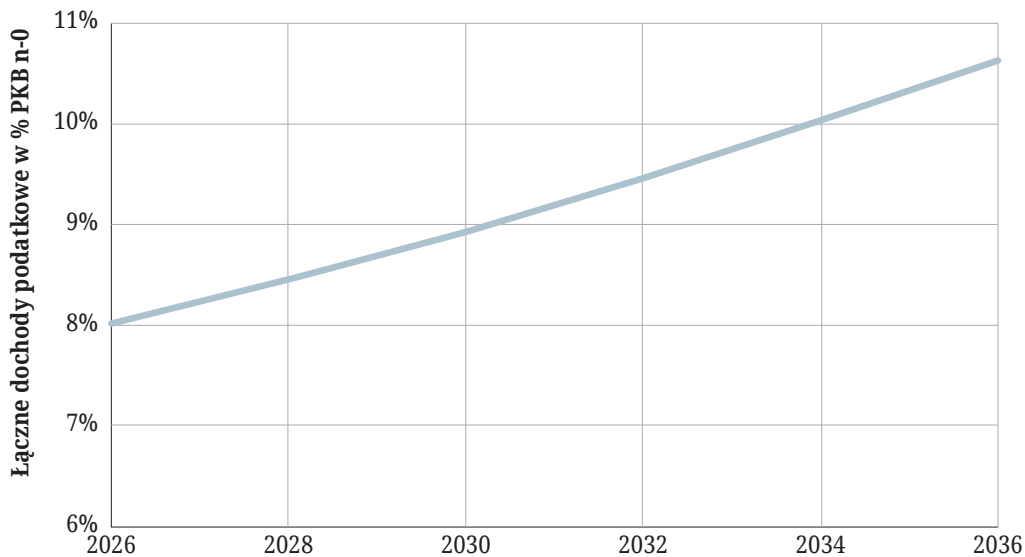
- » lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- » wyższej jakości leczenia chorób przewlekłych,
- » zwiększonej dostępności profilaktyki i wczesnej diagnostyki.

W rezultacie zmiany w akcyzie na alkohol i wyroby tytoniowe należy postrzegać nie tylko jako instrument fiskalny, lecz jako narzędzie polityki zdrowotnej i społecznej, które jednocześnie ogranicza szkody zdrowotne, wzmacnia solidarność systemu i zwiększa długofalową odporność finansową ochrony zdrowia.

WPŁYWY DO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Wprowadzenie podatku zdrowotnego ma na celu zapewnienie stabilnych, przewidywalnych i wystarczających wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia, odpowiadających rzeczywistym potrzebom systemu ochrony zdrowia. Zastąpienie składki zdrowotnej podatkiem o szerokiej, jednolitej podstawie opodatkowania pozwala na trwałe wzmocnienie dochodów NFZ oraz ograniczenie ich podatności na zmiany strukturalne na rynku pracy.

WYKRES 6. ŁĄCZNE DOCHODY PODATKOWE W % PKB N-0



Istotna zmiana polega na poszerzeniu bazy finansowania ochrony zdrowia. Podatek zdrowotny obejmuje wszystkie formy dochodu, a nie wyłącznie dochody z pracy i działalności gospodarczej. Dzięki temu wpływy do NFZ przestają być nadmiernie uzależnione od liczby osób zatrudnionych na umowach o pracę czy od poziomu samozatrudnienia, a zaczynają odzwierciedlać ogólną kondycję gospodarki i rzeczywistą zdolność płatniczą podatników. Taki model zwiększa odporność finansowania zdrowia na zmiany technologiczne, automatyzację pracy oraz procesy demograficzne.

Integracja podatku zdrowotnego z systemem PIT i CIT umożliwia bardziej precyzyjne prognozowanie wpływów do NFZ. Administracja skarbową dysponuje bieżącymi danymi o dochodach podat-

ników, co pozwala na lepsze planowanie budżetu funduszu oraz ograniczenie ryzyka nagłych niedoborów finansowych. W przeciwieństwie do obecnego modelu składkowego, wpływy z podatku zdrowotnego są mniej podatne na wahania wynikające z wyboru formy zatrudnienia czy optymalizacji składkowej.

Istotnym elementem reformy jest również bezpośrednie powiązanie wpływów z podatku zdrowotnego z finansowaniem NFZ. Środki z tej daniny trafiają wprost do systemu ochrony zdrowia, bez pośrednich mechanizmów transferowych i bez opłat administracyjnych pobieranych przez inne instytucje. Zwiększa to efektywną kwotę dostępnych środków oraz wzmacnia przejrzystość relacji między źródłem finansowania a wydatkami na świadczenia zdrowotne.

W dłuższej perspektywie podatek zdrowotny umożliwi stopniowe i systemowe zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia spójnie z rozwojem gospodarczym kraju. Wzrost dochodów podatników przekłada się automatycznie na wzrost wpływów do NFZ, co sprzyja realizacji strategicznych celów polityki zdrowotnej, w tym zwiększania dostępności świadczeń, poprawy jakości usług oraz finansowania inwestycji w infrastrukturę i kadry medyczne.

Wpływy do Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu podatku zdrowotnego stanowią zatem fundament nowego modelu finansowania ochrony zdrowia. Model ten opiera się na powszechności, solidarności i stabilności fiskalnej, a jednocześnie tworzy warunki do długofalowego, odpowiedzialnego planowania rozwoju systemu zdrowotnego w Polsce.

Skutki dla budżetu państwa

Wprowadzenie podatku zdrowotnego wywiera istotny wpływ nie tylko na sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, lecz również na strukturę i stabilność budżetu państwa. Reforma ta porządkuje relacje między budżetem centralnym a systemem ochrony zdrowia, eliminując mechanizmy pośrednie i wzmacniając odpowiedzialność fiskalną państwa.

W obecnym modelu finansowania zdrowia budżet państwa w sposób pośredni uczestniczy w pokrywaniu kosztów składki zdrowotnej, m.in. poprzez historyczny mechanizm jej odliczenia od podatku dochodowego oraz liczne dotacje i transfery uzupełniające do NFZ. Rozwiązania te zacierają rzeczywisty obraz finansowania ochrony zdrowia, utrudniają ocenę faktycznych obciążeń podatników oraz osłabiały przejrzystość planowania budżetowego. Podatek zdrowotny eliminuje tę niejednoznaczność, ponieważ jasno rozdziela dochody budżetowe od wpływów przeznaczonych ściśle na ochronę zdrowia.

Istotnym efektem reformy jest również ograniczenie presji na doraźne dotacje budżetowe dla systemu ochrony zdrowia. Stabilne i przewidywalne wpływy z podatku zdrowotnego zmniejszają konieczność corocznego uzupełniania finansowania NFZ środkami z budżetu państwa, co poprawia dyscyplinę fiskalną i zwiększa wiarygodność planów finansowych sektora publicznego. Budżet państwa zyskuje większą elastyczność w realizacji innych polityk publicznych, bez ryzyka destabilizacji systemu zdrowotnego.

Reforma sprzyja także lepszemu zarządzaniu ryzykiem fiskalnym. Powiązanie finansowania ochrony zdrowia z szeroką bazą podatkową sprawia, że wahania koniunkturalne oddziałują na budżet państwa i NFZ w bardziej zrównoważony spo-

sób. W okresach spowolnienia gospodarczego spadki dochodów rozkładają się na większą liczbę źródeł, co ogranicza ryzyko gwałtownych niedoborów finansowych wymagających interwencji budżetowej.

W konsekwencji wprowadzenie podatku zdrowotnego prowadzi do większej przejrzystości, stabilności i przewidywalności finansów publicznych. Budżet państwa przestaje pełnić rolę nieformalnego stabilizatora systemu ochrony zdrowia, a jego relacja z NFZ opiera się na jasnych, systemowych zasadach. Taki model sprzyja długofalowemu planowaniu fiskalnemu oraz wzmacnia odpowiedzialność państwa za zapewnienie trwałego finansowania ochrony zdrowia.

WPŁYW NA GOSPODARKĘ, RYNEK PRACY I ZDROWIE PUBLICZNE

Pakiet reform fiskalnych obejmujący podatek zdrowotny, podatek od żywności ultraprzetworzonej (HPF) oraz zmiany w akcyzie na alkohol i wyroby tytoniowe wywiera oddziaływanie makroekonomiczne, które wykracza poza bezpośrednie skutki budżetowe i dystrybucyjne. Reforma wpływa na funkcjonowanie rynku pracy, strukturę konsumpcji, produktywność gospodarki oraz długofalowy potencjał wzrostu, dzięki poprawie stanu zdrowia populacji i zwiększeniu stabilności finansów publicznych.

Podstawowym założeniem reformy jest traktowanie zdrowia publicznego nie jako kosztu, lecz jako czynnika rozwojowego, który wpływa na jakość kapitału ludzkiego, aktywność zawodową oraz konkurencyjność gospodarki. W tym ujęciu instrumenty fiskalne pełnią funkcję korygującą i inwestycyjną jednocześnie.

DOCHODY ROZPORZĄDZALNE I KONSUMPCJA

Reforma wpływa na dochody rozporządzone gospodarstw domowych w sposób zróżnicowany i selektywny. Podatek zdrowotny, zintegrowany z systemem PIT, porządkuje strukturę obciążeń pracy i działalności gospodarczej, ograniczając nieefektywne różnice między formami aktywności zawodowej. Dla większości podatników zmiana ta oznacza wzrost dochodów rozporządzalnych przez względnie wysoką kwotę wolną.

Zmiany w podatkach pośrednich oddziałują na konsumpcję w sposób ukierunkowany – wzrost cen dotyczy przede wszystkim produktów o negatywnym wpływie na zdrowie, takich jak żywność ultraprzetworzona, alkohol i wyroby tytoniowe. Nie prowadzi to do ogólnego spadku konsumpcji, lecz do zmiany jej struktury, sprzyjającej przesunięciu wydatków w kierunku dóbr mniej szkodliwych i usług o wyższej wartości.

W ujęciu makroekonomicznym efekt netto reformy na konsumpcję prywatną jest pozytywny, ponieważ gospodarstwa domowe o największej skłonności do konsumpcji (czyli te najbiedniejsze) otrzymują dodatkowe dochody wskutek spadku efektywnego obciążenia składką zdrowotną dzięki kwocie wolnej od podatku.

KONKURENCYJNOŚĆ I PRODUKTYWNOŚĆ

Stan zdrowia populacji jest jednym z najważniejszych, choć często niedoszacowanych, czynników determinujących produktywność pracy i konkurencyjność gospodarki. Projektowana reforma fiskalna dzięki zwiększeniu i stabilizacji finansowania ochrony zdrowia oraz ograniczenie ekspozycji na czynniki ryzyka zdrowotnego wpływa pozytywnie na jakość kapitału ludzkiego w średnim i długim okresie.

Lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, skrócenie czasu oczekiwania na leczenie oraz większe nakłady na profilaktykę i wczesną diagnostykę prowadzą do zmniejszenia absencji chorobowej oraz ilości przedwczesnego opuszczania rynku pracy. Ma to bezpośredni wpływ na wydajność pracy oraz na zdolność przedsiębiorstw do utrzymania stabilnych zespołów pracowniczych, co liczy się szczególnie w warunkach starzenia się społeczeństwa i niedoborów siły roboczej.

Instrumenty fiskalne o charakterze zdrowotnym wpływają również na konkurencyjność gospodarki przez ograniczenie kosztów pośrednich chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia, nowotwory czy cukrzyca typu 2. Niższe koszty zdrowotne przekładają się na mniejsze obciążenie systemów ubezpieczeń społecznych, wyższą aktywność zawodową oraz większą stabilność finansów publicznych, a to poprawia warunki prowadzenia działalności gospodarczej.

Jednocześnie reforma sprzyja bardziej efektywnej alokacji zasobów w gospodarce. Ograniczenie arbitrażu podatkowego oraz ujednoczenie obciążeń między różnymi formami zatrudnienia i działalności gospodarczej zmniejsza motywację do podejmowania decyzji organizacyjnych wyłącznie ze względów fiskalnych. W efekcie kapitał i praca są alokowane tam, gdzie generują najwyższą wartość dodaną, co wzmacnia długofalową konkurencyjność gospodarki.

Zdrowie publiczne jako inwestycja rozwojowa

Traktowanie zdrowia publicznego jako inwestycji, a nie wyłącznie jako kosztu budżetowego, stanowi fundament projektowanej reformy. Stabilne finansowanie ochrony zdrowia, wsparte instrumentami fiskalnymi ukierunkowanymi

na ograniczenie czynników ryzyka, tworzy długookresowe korzyści ekonomiczne i społeczne, które wykraczają poza bezpośrednie efekty budżetowe.

Poprawa zdrowia populacji zwiększa oczekiwaną długość życia w zdrowiu, co przekłada się na wyższą aktywność zawodową, większą produktywność oraz lepszą jakość życia. Zmniejszenie częstości chorób przewlekłych ogranicza presję na system opieki zdrowotnej i pozwala na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów publicznych.

W tym ujęciu podatek zdrowotny, podatek HPF oraz zmiany w akcyzie pełnią funkcję instrumentów inwestycyjnych, które finansują rozwój kapitału ludzkiego i wzmacniają odporność gospodarki na wstrząsy demograficzne i zdrowotne. Reforma tworzy tym samym podstawy dla trwałego wzrostu gospodarczego opartego na zdrowszej, bardziej produktywnej populacji.

Podsumowanie – systemowe znaczenie reformy

Przedstawiony pakiet reform fiskalnych stanowi kompleksową i spójną odpowiedź na strukturalne problemy finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Wprowadzenie podatku zdrowotnego, uzupełnione

podatkiem od żywności ultraprzetworzonej (HPF) oraz zmianami w akcyzie na alkohol i wyroby tytoniowe, tworzy zintegrowany system instrumentów, który wzmacnia stabilność dochodów publicznych i realizuje cele zdrowia publicznego.

Reforma odchodzi od fragmentarycznych i nieprzejrzystych rozwiązań parapodatkowych na rzecz jasnego, podatkowego modelu finansowania zdrowia, opartego na szerokiej bazie, zasadzie solidarności oraz powiązaniu obciążeń z rzeczywistymi kosztami zdrowotnymi. Dzięki temu system staje się bardziej odporny na zmiany demograficzne, cykliczne wahania gospodarcze oraz rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Jednym z celów reformy jest zintegrowanie polityki fiskalnej z celami zdrowotnymi. Podatek zdrowotny porządkuje sposób finansowania ochrony zdrowia, eliminując nierówności i arbitraż podatkowy, natomiast podatek HPF i zmiany w akcyzie pełnią funkcję korekcyjną, ograniczając konsumpcję dóbr generujących wysokie koszty zdrowotne. Spójność ta zwiększa efektywność całego systemu - instrumenty fiskalne nie działają w izolacji, lecz wzajemnie się uzupełniają, tworząc konsekwentny zestaw bodźców ekonomicznych sprzyjających poprawie zdrowia populacji.

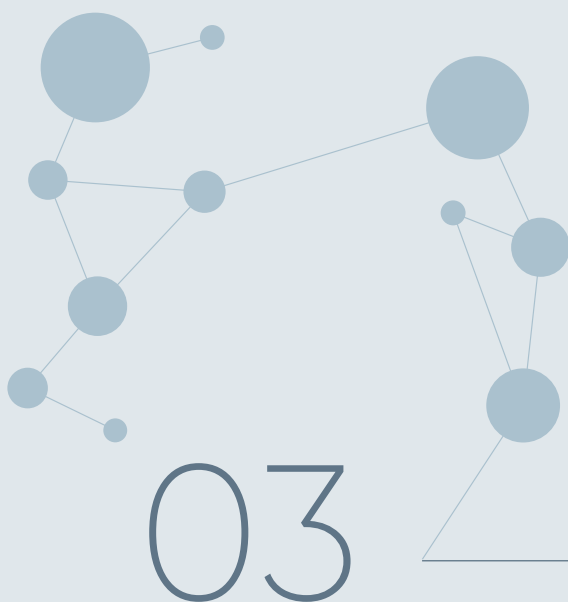
Reforma wzmacnia długoterminową stabilność finansowania systemu ochrony

zdrowia, uniezależniając go w większym stopniu od struktury rynku pracy i demografii. Dywersyfikacja źródeł dochodów NFZ, w tym trwałe powiązanie części wpływów z akcyzy i podatków zdrowotnych z wydatkami zdrowotnymi, zwiększa przewidywalność i odporność systemu na gwałtowne zmiany zewnętrzne. Stabilne finansowanie umożliwia lepsze planowanie inwestycji w infrastrukturę, kadry medyczne oraz profilaktykę, co jest warunkiem poprawy jakości i dostępności świadczeń w długim okresie.

Ostatecznym celem reformy jest stworzenie warunków do trwałego osiągnięcia i utrzymania poziomu nakładów na ochronę zdrowia na poziomie 9% PKB, zgodnie z deklarowanymi priorytetami polityki publicznej i potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Zaproponowane instrumenty fiskalne dostarczają stabilnych, przewidywalnych źródeł finansowania, które umożliwiają realizację tego celu bez nadmiernego obciążania pracy i bez pogłębiania nierówności społecznych.

LITERATURA

- Angus, C., Holmes, J., & Meier, P. S. (2019). Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction* (Abingdon, England), 114(8), 1489–1494. <https://doi.org/10.1111/add.14631>
- Monteiro, C. A., Cannon, G., Levy, R. B., Moubarac, J. C., Louzada, M. L., Rauber, F., Khandpur, N., Cediel, G., Neri, D., Martinez-Steele, E., Baraldi, L. G., & Jaime, P. C. (2019). Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutrition*, 22(5), 936–941. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>
- Monteiro, C. A., Louzada, M. L., Steele-Martinez, E., Cannon, G., Andrade, G. C., Baker, P., Bes-Rastrollo, M., Bonaccio, M., Gearhardt, A. N., Khandpur, N., Kolby, M., Levy, R. B., Machado, P. P., Moubarac, J. C., Rezende, L. F. M., Rivera, J. A., Scrinis, G., Srouf, B., Swinburn, B., & Touvier, M. (2025). Ultra-processed foods and human health: the main thesis and the evidence. *Lancet* (London, England), 406(10520), 2667–2684. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01565-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01565-X)
- Nesta. (2024, 10 września). *Tax sugar and salt sold in processed foods*. Blueprint. <https://blueprint.nesta.org.uk/intervention/tax-sugar-salt-sold-in-processed-foods>
- Popkin, B. M., Barquera, S., Corvalan, C., Hofman, K. J., Monteiro, C., Ng, S. W., Swart, E. C., & Taillie, L. S. (2021). Towards unified and impactful policies to reduce ultra-processed food consumption and promote healthier eating. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 9(7), 462–470. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00078-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00078-4)
- Tambor, M., Klich, J., & Domagała, A. (2021). Financing Healthcare in Central and Eastern European Countries: How Far Are We from Universal Health Coverage?. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(4), 1382. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041382>
- World Health Organization, (2023). Global report on the use of sugar-sweetened beverage taxes. Geneva: World Health Organization, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374530/9789240084995-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. (2021). WHO technical manual on tobacco tax policy and administration. Geneva: World Health Organization, 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340659/9789240019188-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. Health Taxes. Washington DC: Pan-American Health Organization, <https://www.paho.org/en/topics/health-taxes>.



03

SEBASTIAN SIKORSKI

Konsekwencje prawne zmiany sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

W Polsce obecnie obowiązującym modelem ochrony zdrowia jest model ubezpieczeniowy (Bismarcka), choć w bardzo zmodyfikowanej wersji. Organizacja ochrony zdrowia w modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych polega na zabezpieczeniu obywateli przed finansowymi i zdrowotnymi następstwami zdarzeń losowych, które niosą skutki zdrowotne. W modelu tym zakłada się przymus ubezpieczenia w zakresie podstawowym. Istnieje przy tym możliwość korzystania z ubezpieczeń dobrowolnych w celu otrzymywania świadczeń dodatkowych. Uczestnictwo w ubezpieczeniach powszechnych wymaga od obywateli wnoszenia obowiązkowych opłat – składek ubezpieczeniowych, które są opłacane solidarnie z pracodawcami. Instytucje ubezpieczeniowe zobowiązane są do równoważenia przychodów pochodzących ze składek z wydatkami na świadczenia opieki zdrowotnej, czyli bilansowania przychodów z kosztami. W zamian za to osoby ubezpieczone nabywają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych z funduszu ubezpieczeniowego, którego są członkami¹. Do cech charakterystycznych tego modelu

można zaliczyć: finansowanie oparte na składkach ubezpieczeniowych (uzupełnianych środkami z budżetu państwa), zarządzanie środkami przez niezależne od państwa instytucje typu kasy chorych oraz kontraktowanie świadczeń².

Widać więc, jak bardzo system ubezpieczeniowy został zmodyfikowany w polskich realiach. Należy podkreślić, że z prawnego punktu widzenia taka modyfikacja nie budzi wątpliwości. Konstrukcja publicznego systemu ochrony zdrowia może być oparta na modelu mieszanym, łączącym rozwiązania. Przy czym, jak się podkreśla, szerokie możliwości ustawodawcy w zakresie kreowania publicznego systemu ochrony zdrowia są ograniczone normą zawartą w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, tj. obowiązkiem zapewnienia rzeczywistego i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych³. W polskim systemie podstawowym źródłem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są składki na ubezpieczenie zdrowotne⁴. Zgodnie z przepisami art. 87 ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

¹ A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach* [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane*, J. Suchecka (red.), wyd. 2, Warszawa 2015, s. 29–30.

² J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, wyd. 4, Warszawa 2018, s. 22.

³ T. Sroka, *Wybrane problemy dotyczące finansowania przez władze publiczne świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w świetle Konstytucji*, „Państwo i Prawo” 2021/11, s. 78–79.

⁴ Według danych GUS, w 2015 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych społecznych składek na ubezpieczenia zdrowotne - 58,8% środków wydatkowanych na realizację opieki zdrowotnej stanowiły wpływy z tego rodzaju składek (w 2014 r. 59,1%). Kategoria ta obejmuje składki opłacane zarówno przez pracowników, jak i pracodawców, pracujących na własny rachunek oraz inne instytucje opłacające składki w imieniu ubezpieczonych. Zob. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016*, Warszawa 2017, s. 163.

publicznych⁵ (dalej: u.ś.o.z.), poboru i ewidencji składek dokonują instytucje ubezpieczenia społecznego: ZUS i KRUS, które następnie przekazują te środki do NFZ. Składka miesięczna na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy jej wymiaru, a jej wysokość uzależniona jest od osiągniętego przychodu, z zastrzeżeniem, że dotyczy każdego z tytułów przychodu odrębnie. Kwota stanowiąca dla danego ubezpieczonego podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne jest niepodzielna i unormowana w zróżnicowany sposób, w zależności od kategorii ubezpieczonych.

Należy podkreślić, że sama możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zależy od wysokości odprowadzanej składki, a jedynie od faktu bycia ubezpieczonym⁶. Celem obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest zapewnienie świadczeniobiorcom gwarantowanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Przepis art. 2 ust. 1 u.ś.o.z. jednoznacznie bowiem wskazuje, że prawo to przysługuje wyłącznie podmiotom mających status świadczeniobiorcy w rozumieniu u.ś.o.z.⁷. W świe-

tle tego przepisu świadczeniobiorcami są przede wszystkim osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym – obowiązkowym i dobrowolnym (art. 2 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.). Jednocześnie ustawodawca enumeratywnie określił kategorie osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu w przepisie art. 66 u.ś.o.z.⁸. Co do zasady osoby wymienione w tym przepisie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem spełniania wymagań określonych w art. 3 ust. 1 u.ś.o.z., w szczególności w zakresie miejsca zamieszkania, obywatelstwa czy legitymowania się dokumentem stanowiącym podstawę pobytu cudzoziemca na terytorium Polski. Osoba objęta obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego nabywa prawo do świadczeń w dniu zgłoszenia jej do ubezpieczenia. Zgłoszenia dokonuje płatnik składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ustawodawca dopuścił jednocześnie możliwość dobrowolnego ubezpieczenia. Z budżetu państwa finansowane są również wydatki związane z tworzeniem i prowadzeniem podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest przedstawiciel Skarbu Państwa. Nie dotyczy to jednak samych świadczeń, które finansowane są na zasadach ogólnych⁹.

⁵ Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.

⁶ A. Sidorko, *Dowód ubezpieczenia zdrowotnego po 1 stycznia 2012 roku*, „Służba Pracownicza” 2012/5, s. 16–19.

⁷ D. Karkowska, A. Nerka, *Pozycja płatnika składek w ubezpieczeniu społecznym i zdrowotnym*, LEX/el. 2007.

⁸ Dz.U. z 2025 r. poz. 350 ze zm.

⁹ Również z budżetu państwa finansowane są świadczenia opieki zdrowotnej wyliczone w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na tej podstawie (najczęściej w formie dotacji celowej) finansuje się w szczególności świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieposiadającym tytułu do obowiązkowego lub dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia wysokospecjalistyczne, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 65. rok życia.

Z części budżetu państwa pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia finansuje się również leczenie lub badania diagnostyczne należące do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju¹⁰. Przejściowym źródłem finansowania były również pozabudżetowe środki europejskie¹¹.

Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony zgodnie z przepisem art. 96 u.ś.o.z. jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Jak jednak podkreśla Tamara Zimna, NFZ nie jest właściwą jednostką organizacyjną (*statio fisci*) do reprezentowania Skarbu Państwa, a tym bardziej osób ubezpieczonych. Ma status osoby prawnej, nabywającej prawa i zaciągającej zobowiązania we własnym imieniu. W obrocie cywilnoprawnym podlega (poza nielicznymi wyjątkami) takim samym prawom i obowiązkom jak inne osoby prawne¹². Zasadniczym zadaniem NFZ jest kontraktowanie świadczeń, ich rozliczanie oraz kontrola realizacji ich udzielania.

Zamiana ze składki na ubezpieczenie zdrowotne na podatek powoduje zmianę źródła finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu u.ś.o.z i stanowi de facto zmianę modelu z ubezpieczeniowego na budżetowy model ochrony zdrowia – Beveridge’a, który również występuje współcześnie w zmodyfikowanych (hybrydowych) odmianach w niektórych państwach. Jego podstawowym założeniem jest finansowanie świadczeń zdrowotnych oparte na metodzie zaopatrzeniowej, a więc ze środków pochodzących z podatków. W systemie tym to budżet państwa jest źródłem finansowania opieki zdrowotnej, a dystrybucja środków finansowych odbywa się za pośrednictwem Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia i administracji terytorialnej. Do głównych cech charakteryzujących ten model zalicza się w szczególności: wydzielenie i ustawowe określenie wielkości środków finansowych budżetu państwa przeznaczonych na finansowanie opieki zdrowotnej; państwową organizację i nadzór nad udzielaniem świadczeń oraz ujęcie uprawnienia do świadczeń jako prawa obywatelskiego¹³.

¹⁰ Zgodnie z dyspozycją przepisu art. 42j u.ś.o.z.

¹¹ P. Lenio, *System ochrony zdrowia w Szwecji* [w:] *Organizacyjne i prawne aspekty systemów ochrony zdrowia wybranych państw*, M. Urbaniak (red.), Warszawa 2019, s. 258 nn. W 2020 r. zostały przyjęte: *Perspektywy budżetowe 2021–2027. Europa zrównoważonego rozwoju*, Instytut In.Europa, 2020, <http://ineuropa.pl/akademia-in-europa-pierwsza-edycja/perspektywy-budzetowe-2021-2027/> (dostęp: 7.02.2021 r.). Przejściowym źródłem finansowania są również pozabudżetowe środki europejskie w ramach perspektywy finansowej 2014–2020. Chodzi przede wszystkim o wydatki dokonywane w ramach regionalnych programów operacyjnych dla poszczególnych województw, a także w ramach osi priorytetowych ogólnopolskich programów operacyjnych, takich jak Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 czy Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020.

¹² T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. 3, Warszawa 2014; Zob. M. Stahl, *Inne administrujące podmioty publiczne* [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. 6, *Podmioty administrujące*, R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), s. 528–529.

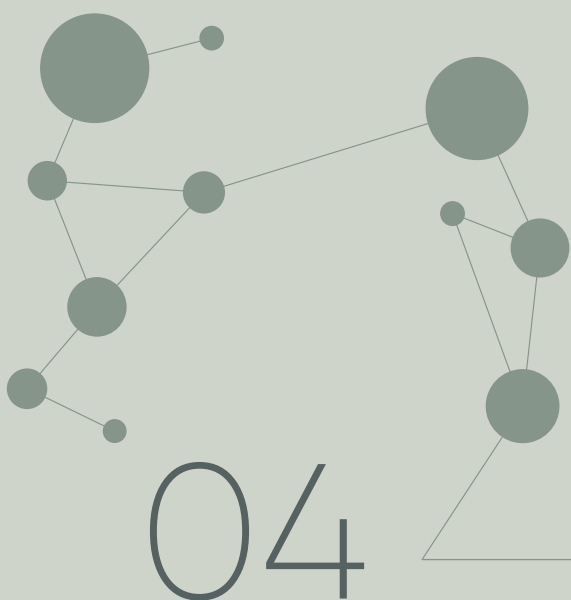
¹³ A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach* [w:] *Finansowanie ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane*, J. Suchecka (red.), wyd. 2, Warszawa 2015, s. 36–37; J. Leowski, *Polityka zdrowotna...*, s. 24.

Reasumując, współcześnie oba modele doznają wielu modyfikacji i występują jako rozwiązania hybrydowe. Od strony prawnej na poziomie konstytucyjnym – art. 68 Konstytucji RP – dopuszczalny jest wniosek, że wprowadzenie zmian do systemu finansowania świadczeń ochrony zdrowia ze środków publicznych ma swoje umocowanie w ustawie zasadniczej. Przywołany przepis Konstytucji RP statuuje bowiem prawo obywateli do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach równości. W obu przywołanych modelach warunek ten jest spełniony. Jednocześnie, na podstawie Konstytucji RP, na ustawodawcy ciąży obowiązek uregulowania szczegółowych zasad budowy i finansowania ze środków publicznych systemu ochrony zdrowia. Wydaje się, że również z perspektywy ekonomicznej zmiana modelu finansowania ochrony zdrowia nie budzi wątpliwości. Wskazuje się wręcz, że nowy podatek lub paropodatek, podobnie jak opłata cukrowa, mógłby prawie w całości zasilać budżet NFZ. Od strony prawnej jego wprowadzenie będzie trudniejsze. Rezygnacja ze składki na ubezpieczenie zdrowotne i przejście na powszechny podatek skutkuje bowiem koniecznością

wprowadzenia istotnych zmian w ustawodawstwie. Obecnie najważniejszym źródłem publicznym finansowania jest NFZ, a jego budżet tworzą składki zdrowotne (9% podstawy wymiaru). Obok składki przekazywanej do NFZ system zasilają środki publiczne przekazywane bezpośrednio z budżetu państwa, jednostek samorządu terytorialnego i innych podmiotów sektora finansów publicznych. W ostatnich latach to źródło stanowiło mniej niż 15% wszystkich środków¹⁴. Przede wszystkim więc na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych musiałaby zostać zlikwidowana składka zdrowotna, kategoria ubezpieczonego, zmienione zasady przepływu środków, jak i sama konstrukcja prawna i rola NFZ. Jednocześnie kwestie te wymagałyby zmian ustawowych w zakresie ustanowienia nowego podatku, przepływu środków itp. Ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym¹⁵ także wymagałaby wprowadzenia zmian. Od strony prawnej mielibyśmy więc do czynienia z zasadniczym przebudowaniem nie tylko sposobu finansowania świadczeń, ale także zadań i kompetencji w zakresie całego systemu ochrony zdrowia.

¹⁴ K. Opolski, M. Zuber, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce* [w:] *Antynomie systemu zdrowia w Polsce*, K. Opolski, Z. Opolska, T. Zdrojewski (red.), Warszawa 2021, s. 53.

¹⁵ Dz.U. z 2024 r. poz. 1670 ze zm.



MICHAŁ ZABDYR-JAMRÓZ

Egoizm strukturalny w polskim systemie zdrowotnym

Wprowadzenie

Egoizm strukturalny to zjawisko polegające na tym, że uwarunkowania systemowe zachęcają do zachowań egoistycznych we wzajemnych relacjach między podmiotami (zarówno osobami fizycznymi, jak i organizacjami). Prowokują, a wręcz wymuszają te zachowania, niezależnie od inherentnych cech charakteru, inklinacji czy postaw podmiotów. Za sprawą mechaniki targu interesów i tzw. pułapki dylematu negocjatora prowadzą do niekorzystnych skutków w postaci antagonistycznych kompromisów opartych na eksploatacji przewagi negocjacyjnej i asymetrii informacji.

Egoizm strukturalny stanowi fundamentalną cechę polskiego systemu zdrowotnego od momentu jego reform w latach 1999 i 2004. Zjawisko to zidentyfikowałem w moich badaniach na temat sposobu rozstrzygnięcia sporów zbiorowych, np. strajku pielęgniarek w Warszawskim Centrum Zdrowia Dziecka w 2016 roku (Zabdyr-Jamróż, 2018, 2021, 2023, s. 181–188). Wyjaśnia ono powody, dla których tak powszechne jest u nas „branie pacjentów na zakładników” i inne zachowania antagonistyczne: odmowa świadczeń ponadlimitowych, strajki personelu, a nawet odmowa zawierania kontraktów przez świadczeniodawców. Okazuje się bowiem, że w Polsce – na styku systemu zdrowotnego i modelu tworzenia polity-

ki zdrowotnej – stanowią one najskuteczniejszą metodę komunikacji politycznej i często jedyną ścieżkę wpływu na ostateczny kształt reform.

W tym tekście omawiam szerzej fundamenty koncepcji egoizmu strukturalnego: oparcie na teorii zła strukturalnego razem z jej aspektem prospektywnym czy pragmatycznym. Prezentuję teoretyczne aspekty koncepcji, objaśniając fundamentalne dla niej pojęcia, w szczególności (bezwzględny) egoizm oraz pułapkę dylematu negocjatora. Następnie pokazuję, jak egoizm strukturalny przejawia się w polskim systemie zdrowotnym: mechanizmy jego funkcjonowania, przykłady historyczne oraz to, jak wyglądały punktowe reformy mające na celu jego złagodzenie.

Założenia i cel koncepcji

ZŁO STRUKTURALNE

Pojęcie egoizmu strukturalnego zainspirowane jest koncepcją zła strukturalnego (*structural evil*) – dyskutowanego na gruncie filozofii społecznej, etyki i religii (w tym teologii katolickiej) – a definiowanego jako „wzorzec szkodliwych zachowań wynikający z pułapek koordynacji zdominowanej ryzykiem, w których szkodliwe zachowanie staje się ‘bezpiecznym’ wyborem w warunkach nie-

pewności” (Nadaletti & da Silva, 2026). Koncepcja ta jest istotna w rozważaniu dylematów odpowiedzialności etycznej – zarówno subiektywnej (winy) jak i obiektywnej – za pewnego rodzaju występki, przestępstwa czy grzechy, wynikające w przeważającej mierze z okoliczności przymuszających, a nie z wad charakteru czy premedytacji (umyślnego i w pełni dobrowolnego łamania norm).

Koncepcja ta wynika z obserwacji, że nie da się w ten sam sposób oceniać osoby, która popełniła kradzież biżuterii w celu wzbogacenia się, i osoby, która z desperacji ukradła chleb ze straganu, żeby nakarmić głodującą rodzinę. W tym ostatnim przypadku wskazuje się, że problematyczne (nieproduktywne i niesprawiedliwe) jest wyłączenie koncentrowanie się na potępianiu danego czynu, szczególnie jeśli występuje powszechnie. Rekomenduje się wówczas refleksję nad systemowymi uwarunkowaniami – złem strukturalnym, które popycha niektórych ludzi do takiej desperacji, szczególnie jeśli ich skrajnemu ubóstwu towarzyszy ekstremalne bogactwo i obfitość jedzenia u innych.

Analiza w duchu zła strukturalnego przywoływana bywa w kontekście zwalczania korupcji, przestępczości, handlu narkotykami, niewolnictwa itd. Pragmatycznym atutem takiego podejścia jest podpowiadanie zaleceń zmian strukturalno-systemowych, które mogą wyeliminować lub zredukować warunki

sprzyjające szkodliwym zachowaniom czy prowokujące je. Pozwala ono nie tylko w dużej skali zredukować zjawiska niekorzystne, ale także promować te pozytywne przez tworzenie sprzyjających im warunków.

Koncepcja nie ma na celu zdejmowania odpowiedzialności etycznej ani prawnej z ww. podmiotów. Nie jest alternatywą dla systemu sankcji w przypadku indywidualnych naruszeń (nie ma na celu eliminacji np. wymiaru sprawiedliwości), aczkolwiek wskazuje, że niektóre nazbyt retrybutywne procedury karne nie tylko nie redukują zjawisk szkodliwych, lecz mogą je nawet pogłębiać, same stanowiąc element zła strukturalnego. Historycznie wpływową argumentację w tym duchu znamy z choćby z traktatu *O przestępstwach i karach* Cesarego Beccarii (Jamrozowicz, 2025).

Ponadto koncepcja ta zapobiega osłabianiu mechanizmów wymiaru sprawiedliwości i pociągania do odpowiedzialności obiektywnej (Zabdyr-Jamróż, 2009) z jednoczesną redukcją sankcji do ścisłej winy (odpowiedzialności subiektywnej) – przy tzw. hipertrofii moralności (Gehlen, 1989). Dotyczy to także sytuacji swobody interpretacyjnej i immunitetu wykonawczego przyznawanego w ramach ograniczonej odpowiedzialności (np. menadżerów podmiotów gospodarczych, w tym leczniczych) (Buell, 2016).

ZDROWIE PUBLICZNE I SPRAWIEDLIWOŚĆ SPOŁECZNA

Koncepcja egoizmu strukturalnego, podobnie jak zła strukturalnego, szczególnie nadaje się jako narzędzie analityczne na potrzeby zdrowia publicznego oraz sprawiedliwości społecznej. Określenia zawarte w tych terminach sygnalizują szerszy – publiczny bądź społeczny – wymiar pojęcia bazowego. W przypadku zdrowia publicznego będzie to zwrócenie uwagi na znaczenie ponadjednostkowe (populacyjne) oraz to, że jest ono przedmiotem zbiorowych wysiłków (społeczeństwa i państwa), czyli zakłada jakiegoś rodzaju przedsięwzięcia zbiorowe, umowy społeczne czy regulacje ukierunkowane na dobro wspólne.

Analogicznie jest, gdy mówimy o sprawiedliwości społecznej. Nie koncentruje się ona na relacji jednostkowej – czy to sprawiedliwości wyrównawczej, czy dystrybucyjnej – ale na szerszych relacjach społecznych w perspektywie długoterminowej. Bierze pod uwagę nie tylko konkretne powinności i cnoty, ale też konsekwencje różnych działań czy reguł. Zdarzać się bowiem może, że to, co jednostkowo wydaje się neutralne czy nawet sprawiedliwe, w szerszym kontekście i dalszym rozrachunku może prowadzić do krzywd i niesprawiedliwości.

Z perspektywy sprawiedliwości społecznej pożądane są takie zasady współżycia

społecznego, które będą tworzyły dogodne warunki do realizacji sprawiedliwości w konkretnych, indywidualnych przypadkach (i w dowolnym ich rozumieniu) – na tej samej zasadzie, jak jednym z fundamentalnych zadań zdrowia publicznego jest zwiększanie dostępu do zdrowia dla każdego i w dowolnych okolicznościach. Liczy się także sprawianie, że wybór zdrowszego stylu życia jest łatwiejszy.

SYSTEMOWA PREWENCJA ZJAWISK SZKODLIWYCH

W kontekście systemów zdrowotnych przykładem tego rodzaju strukturalnego podejścia jest tzw. socjaldemokratyczny (oryginalnie zwany skandynawskim, aktualnie spopularyzowany w Europie) model bioetyczny w podejściu do rozpatrywania błędów medycznych (Dickenson, 1999). Stanowi on alternatywę dla dwóch historycznie go poprzedzających.

- » W **modelu deontologicznym** (najdłużej reprezentowanym przez kraje Europy Południowej) kwestie te rozstrzygali sami lekarze w ramach korporacji zawodowej.
- » W **modelu liberalnym** (wywodzonym z Europy Zachodniej) błędy medyczne rozpatruje się w sądach powszechnych, głównie w ramach ustalania winy lub odpowiedzialności cywilnej wiążącej się z obowiązkiem odszkodowawczym.
- » W **modelu socjaldemokratycznym** z reguły odszkodowania przyznaje się

z urzędu, a następnie specjalna komisja (złożona z ekspertów różnych dziedzin oraz ławników), wspierana zeznaniami uczestników zdarzenia, bada przyczyny błędu, żeby zapobiec mu w przyszłości przez odpowiednie zmiany strukturalno-proceduralne.

Poza ewidentnymi przypadkami winy za naruszenie prawa i zasad etosu zawodowego (np. operowanie pod wpływem alkoholu) – zakłada się tu, że błędy medyczne są elementem ryzyka zawodowego, wynikającym z charakteru praktyki i działania w warunkach stresu. Jednocześnie jednak nie traktuje się ich jako czegoś, co jest naturalną kolejną rzeczą, z którą trzeba się pogodzić, tylko jako okazję do nauki, żeby tym błędom zapobiec w przyszłości. Oznacza to rezygnację z szukania kozła ofiarnego – winnego (do retributywnego ukarania) lub odpowiedzialnego cywilnie (do wyrównawczego odszkodowania) – i wprowadzenie jednego z wariantów systemu *no-fault* (Gaine, 2003).

Takie działanie wynika z obserwacji, że poszukiwanie winnego czy odpowiedzialnego odszkodowawczo stanowi dla uczestników zdarzenia sytuację ryzyka, w której „najbezpieczniejszym” zachowaniem jest strategiczna kontrola informacji. W modelu skandynawskim osoba, która popełniła błąd, nie musi obawiać się samooskarżenia i może bez obawy oraz bez zwłoki procesowej dokładnie

opowiedzieć, jak do błędu doszło. To z kolei ma służyć wprowadzeniu procedur zapobiegających występowaniu określonego błędu w przyszłości.

Rozważania teoretyczne

EGOIZM, ALTRUIZM, ROZUMNA WZAJEMNOŚĆ

Egoizm – właściwie: bezwzględny egoizm – rozumiany jest tu jako postawa (trwała skłonność do działania według zasady) nadrzędności interesu własnego bez względu na konsekwencje dla innych. Oznacza ona maksymalną eksploatację przewagi przetargowej – gdzie każdą przewagę zasobów i asymetrii informacyjnej wykorzystuje się, aby przymusić drugą stronę do kooperacji według warunków wprost reprezentujących tę przewagę, nawet jeśli będą skrajnie niekorzystne dla strony słabszej.

Przeciwieństwem egoizmu nie jest tylko (bezwzględny) altruizm – czyli postawa gotowości do poświęcenia swojego interesu na rzecz innych niezależnie od oczekiwanych korzyści, ale także niezależnie od ryzyka eksploatacji i szkody własnej.

Najistotniejszą postawę alternatywną stanowi rozumność lub rozumna wzajemność (*reasoned reciprocity*), czyli postawa uwzględniania zarówno intere-

su własnego, jak i interesu innych w perspektywie długofalowej (zrównoważona kooperacja) przy zaspokajaniu potrzeb własnych (rozumny egoizm) oraz pomaganiu innym (rozumny altruizm). Zakłada ona unikanie takich zasad współpracy, które prowadzą do wyraźnych lub skrajnych dysproporcji korzyści i kosztów dla wszystkich stron.

Oznacza to – z jednej strony – unikanie eksploatacji przewagi przetargowej (bezwzględny egoizm). Jednocześnie – z drugiej – oznacza także unikanie autoeksploatacji, gdy podmioty egoistyczne eksploatują czyjś (bezwzględny) altruizm – bez sprawiedliwego odwzajemnienia, tj. wnoszenia wkładu proporcjonalnego do możliwości, powodując rażące szkody dla podmiotów altruistycznych.

Pojęcia rozumności i wzajemności wywodzą się z teorii sprawiedliwości i teorii demokracji deliberatywnej. Pomocne w ich zrozumieniu jest rozróżnienie racjonalności od rozumności – lub „tego, co racjonalne” (*the rational*) od „tego, co rozumne” (*the reasonable*). Różnicę między tymi pojęciami, przywołując opis Williama Sibleya, zwięźle wyjaśnia John Rawls:

„Wiedząc, że ludzie są racjonalni, nie wiemy, do jakich celów będą dążyć, a jedynie, że będą do nich dążyć inteligentnie. Wiedząc, że ludzie są rozumni, gdy w grę wchodzi wzgląd na innych,

*mamy świadomość, że chcą kierować się w swym postępowaniu taką zasadą, do której oni i inni mogą wspólnie wycho-
dzić w swym rozumowaniu – i ludzie
rozumni biorą pod uwagę konsekwencje
swych działań dla pomyślności innych.
Dyspozycja do bycia rozumnym ani nie
wynika z racjonalności, ani nie jest jej
przeciwieństwem, nie da się pogodzić
z egoizmem, wiąże się bowiem z dyspo-
zycją do działania w sposób moralny.
(Rawls, 1998, s. 90; zob.: Sibley, 1953)*

Rozumna wzajemność obejmuje zjawiska altruizmu odwzajemnionego i systemowego. Oznacza brak oczekiwania bezpośredniej odpłaty za przysługę (doraźny altruizm) przy założeniu, że zostanie ona dokonana w dalszej przyszłości lub w potrzebie – albo przez beneficjenta (altruizm odwzajemniony), albo przez kogoś innego (altruizm systemowy). Rozumna wzajemność nie oczekuje od nikogo poświęcenia ponad miarę ani tolerowania uporczywej niewdzięczności czy nieuczciwości nieodwzajemnionego traktowania.

Rozumna wzajemność nie domaga się rezygnacji z interesu własnego ani działania wyłącznie nie dla zysku (*non-profit*), ale wyklucza zasadę maksymalizacji zysków dzięki eksploatacji przewagi przetargowej. W ten sposób chroni bezwzględnych altruistów przed eksploatacją charakterystyczną dla bezwzględ-

nych egoistów. Chroni też bezwzględnych egoistów przed eksploatacją, która wynikałaby z tego, że znaleźli się w słabszej pozycji przetargowej.

Te rozważania mają interesujące przełożenie na dyskusję nad kwestią etycznych, bioetycznych i ogólnoekonomicznych uwarunkowań konkurencji rynkowej i jej ograniczeń. Dotyczy to np. debat nad stosowaniem „reguły rozsądku” (*rule of reason*) w zwalczaniu praktyk antymonopolowych w sektorze zdrowotnym w odniesieniu do klauzul o nie-konkurencji (*non-compete terms*, NCTs) przy zatrudnianiu personelu medycznego (Gilman, 2024).

W tym miejscu zarysuję tylko dla porządku, że samej konkurencji rynkowej nie należy sprowadzać wyłącznie do mechanizmu opartego na bezwzględnym egoizmie. Konkurencja może występować w dwóch typach czystych:

- » Antagonistyczna rywalizacja to taka, w której bezwzględny egoizm rzeczywiście jest naczelną motywacją. Skłania do wykorzystywania wszystkich możliwych środków (włączając w to praktyki nieetyczne, ale legalne lub wątpliwe prawnie). Celem jest całkowity sukces, eliminacja konkurencji i maksymalizacja zysków (najlepiej w postaci renty monopolisty).
- » Uczciwe współzawodnictwo opiera się tymczasem na egoizmie rozumnym. Dyktuje on poszanowanie pew-

nych reguł zapobiegających nadużyciu luk prawnych. Samym celem nie jest tutaj wcale zwycięstwo, ale proces – samo- i współdoskonalący wymiar konkurencji jako wzajemnego uczenia się i motywacji, zgodnie z zasadami *fair play*.

EGOIZM A NATURA LUDZKA

Pojęcie egoizmu strukturalnego nie ma charakteru antropologicznego – przede wszystkim nie zakłada, że egoizm jest impulsem dominującym w naturze ludzkiej. Nie zakłada też tezy odwrotnej, że człowiek z natury jest altruistyczny, a do egoizmu przymuszać go mogą tylko narzucone odgórnie instytucje, jak to można wnioskować z niektórych oświeceniowych inspiracji koncepcji zła strukturalnego (MacIntyre i in., 2006). Zawiera natomiast założenie, że przy minimalnie sprzyjających warunkach zewnętrznych (sztucznych i naturalnych, w tym przy braku nadmiernej nierówności stron) ludzie nie tylko są zdolni, ale wręcz skłonni do działań integracyjnych i do względnie uczciwej dystrybucji kosztów i korzyści z kooperacji.

Opiera się na tezie, że człowiek ma predyspozycje (najpewniej uwarunkowane ewolucyjnie) do obu typów postaw jako kontekstualnie adaptacyjnych, występujące w populacji w różnorodnym natężeniu, a uruchamiane w zależności od okoliczności (Liu, 2024). Instytucje,

tj. rozwiązania strukturalne czy systemowe, mogą pewne postawy dławić lub im sprzyjać: zarówno w odniesieniu do samej jednostki – w procesie jej socjalizacji – jak i przez selekcję na stanowiska decyzyjne organizacji jednostek o odpowiednich predyspozycjach.

PUŁAPKA EGOIZMU W DYLEMACIE NEGOCJATORA

W realiach domniemania dominacji egoizmu (np. z braku zaufania) – ale gdy konieczne jest ustalenie warunków kooperacji czy innego rodzaju porozumienie – domyślną metodą koordynacji jest targowanie. Rozstrzygnięcie uzyskuje się przez obopólne przyznanie, że interesy stron zostały zaspokojone w satysfakcjonującym stopniu. W tym kontekście konfrontacja i uzgodnienie egoizmów jest nie tylko pewnym kontekstem procesu, ale samym kryterium decyzyjnym.

W tych realiach realizować się mogą przede wszystkim tzw. negocjacje dystrybutywne między współpracującymi antagonistami (*distributive negotiation between cooperating antagonists*). Stanowią one formę rozstrzygnięcia konfliktu interesów w domniemanej grze o sumie zerowej (gdzie nie ma możliwości rozstrzygnięcia typu *win-win*). Idealnie, przy względnej równości stron, proces koordynacji polegać ma tu na wzajemności ustępstw, a finalnie – na kompromisie,

w którym obie strony są „równie niezadowolone”. W rzeczywistości, przy asymetrii stron, nagminnie stosuje się różne formy przymusu wynikające z przewagi informacyjnej czy zasobów. Stąd „strony domyślnie lub wprost wymieniają nie tylko obietnice, ale także groźby [przymusu] (szczególnie groźby wycofania się z ewentualnego porozumienia)”, w tym ukrywają informacje i bez zahamowań wykorzystują przewagę negocjacyjną (Raiffa, 1982, s. 18).


Warto zauważyć, że opisane wyżej targi interesów nie są jedyną możliwością działania. Inną są tzw. całkowicie kooperatywne negocjacje dystrybutywne (*fully cooperative distributive negotiation*) (Raiffa i in., 2007, s. 94–95). W tym przypadku również mamy do czynienia z grą o sumie zerowej, zatem rozwiązaniem ponownie będzie kompromis. Strony cechuje jednak (przynajmniej do pewnego stopnia) rozumna wzajemność. Są one tutaj w pełni kooperatywne, tj. otwarte i szczerze w odniesieniu do swoich celów, intencji i możliwości.

Przedstawiona strategia otwiera drogę do rozstrzygnięcia w postaci uczciwego kompromisu (*fair compromise*), polegającego na sprawiedliwym, proporcjonalnym do możliwości podziale korzyści i kosztów, w którym strona mająca przewagę gotowa jest raczej przyjąć odpowiednio większe poświęcenie niż wymusić poświęcenie na słabszym. W dostatecz-

nie dogodnych warunkach kooperatywne negocjacje mogą przyjąć postać tzw. negocjacji deliberatywnych, które „mają miejsce w warunkach względnej otwartości i jawności względem interesów, potrzeb, oraz ograniczeń”, czyli realizacji deliberatywnych ideałów „wzajemnego uzasadniania, szacunku i uczciwości” (Warren & Mansbridge, 2013, s. 92–93).

Przy standardowej organizacji targu interesów dominuje jednak współpraca antagonistów. Instytucjonalizuje ona eksploatację przewagi przetargowej jako podstawową zasadę rozstrzygającą – w myśl hasła „to nic osobistego, to czyste interesy”. Przykładowo: „Zdolność odejścia od stołu sprawia, że silniejsza strona transakcji może narzucać swoje żądania – nawet bez czynienia żadnych ustępstw. Jest to forma przymusu typowa i uznawana w tego typu procesie. Przymus przejawiać się tu może także w strategicznej kontroli informacji – wstrzymywaniu się przed wyjawianiem pewnych kwestii, szczególnie informacji o swoich faktycznych potrzebach i możliwościach” (Zabdyr-Jamróż, 2023, s. 131).

Opisana sytuacja prowadzi do zjawiska „pułapek koordynacji zdominowanej ryzykiem, w których szkodliwe zachowanie staje się ‘bezpiecznym’ wyborem w warunkach niepewności”. Wzorowym tego przykładem jest pułapka dylematu negocjatora. Opisali ją obrazowo John Forester i David Stitzel (1989, s. 252–253):

 Każda ze stron obawia się bycia oszukaną przez drugą. Każda ze stron może pomyśleć: „Dlaczego miałbym ujawniać swoje priorytety, jeśli druga strona zamierza mnie wykorzystać? Jeśli zachowam informacje dla siebie, będę w dobrej sytuacji, nawet jeśli oni są dość otwarci. Im bardziej będą otwarci, w tym lepszej sytuacji będę ja. Jednak jeśli nie są otwarci, zachowanie informacji dla siebie to zdecydowanie najlepsza droga. Więc lepiej nie mówić o tym, czym moja grupa naprawdę jest gotowa się zadowolić – to jest najkorzystniejsze rozwiązanie.

Oczywiście, gdy każda ze stron zajmuje takie stanowisko, to każda nieprawdzwie przedstawia swoje priorytety: zataja informacje o możliwościach i ukrywa kwestie, co do których byłaby gotowa ustąpić, żeby uzyskać więcej w innych. Działając w obawie przed oszukaniem i skrzywdzeniem, obie strony mogą nieświadomie wpaść w pułapkę – stworzyć sytuację, w której wyłącznie tracą. To, co wydaje się indywidualnie racjonalne dla każdej ze stron, może prowadzić do społecznie nieracjonalnego skutku. Każdy ma nadzieję na korzyść, ale wszyscy tracą. Jeśli obie strony byłyby skłonne podzielić się prawdziwymi informacjami o swoich różnych priorytetach, a tym samym wykazywać chęć ustępstw w niektórych kwestiach, miałyby szansę zyskać. [...] Wszyscy uważają, że powinni sobie poradzić lepiej, a nastrój, jaki

powstaje, to raczej mieszanka frustracji i urazy niż satysfakcja. Wszyscy czują, że lepsze porozumienie było możliwe, ale nie potrafili wykombinować, jak je osiągnąć. Ich uraz sugeruje, że wiedzą, że wpadli w pułapkę, nawet jeśli nie do końca wiedzą, jak do tego doszło.

Dylemat negocjatora dobrze ilustruje wypowiedź jednej z postaci filmu *Historia małżeńska* (2019, reż. Noah Baumbach), będącego w istocie opowieścią o rozkładzie związku w realiach silnie kontradyktoryjnego, kalifornijskiego prawa rozwodowego. Kiedy żona zatrudnia znaną adwokatkę i wszczyna postępowanie rozwodowe z wygórowanymi żądaniami w kwestii majątku i opieki nad dziećmi, mąż udaje się do swojego prawnika i sugeruje rozwiązanie polubowne. Prawnik odpowiada jednak: „Słuchaj, jeśli zaczniemy z pozycji rozsądku, a oni zaczną z pozycji szaleństwa, to gdy dojdziemy do porozumienia, spotkamy się gdzieś między rozsądkiem a szaleństwem. Co i tak będzie szaleństwem, bo pół-szaleństwo dalej jest szaleństwem”.

Realia tego rodzaju ściśle kontradyktoryjnych, antagonistycznych targów interesów przypominają przeciąganie liny. Każdy ciągnie w swoją stronę tak mocno, jak tylko może, zakładając, że rozsądny kompromis to wypadkowa przeciwnych sił – pewne uśrednienie żądań i potrzeb, a najlepsze (najbardziej uczciwe) rezul-

taty osiąga się, gdy obie strony równie intensywnie obstają przy swoim. Jest to założenie bliższe fikcji prawnej, bo nie uwzględnia dysproporcji sił, jakie powstają przy asymetrii pozycji negocjacyjnych, w tym determinacji. Stąd nawet w sytuacji gotowości stron do polubownego rozwiązania sporu profesjonalści i doświadczeni praktycy będą doradzać postawę egoistyczną i antagonistyczną.

Negatywnymi konsekwencjami dylematu negocjatora są suboptymalne rozstrzygnięcia, powstałe w wyniku kompromisu opartego na niepełnych informacjach i niezrównoważonej dystrybucji korzyści i kosztów. W perspektywie długoterminowej pojawiają się rozstrzygnięcia doraźne, bez oglądu całości i horyzontu systemowego. Źródłem tej sytuacji jest fakt, że dylemat negocjatora zniechęca do rozumnej wzajemności i czyni zachowanie egoistyczne tym z definicji zła strukturalnego: „bezpiecznym wyborem w warunkach niepewności”, szczególnie nagradzając egoizm w konfrontacji z rozumną wzajemnością.

W wymiarze systemowym – poza kontekstem konkretnych negocjacji – pułapka negocjatora przejawia się w źle uregulowanym rynku, gdzie dominuje konkurencja jako antagonistyczna rywalizacja, i kiedy zakładamy, że gra nie jest fair, a najkorzystniejszym zachowaniem jest wykorzystanie każdej okazji, żeby pokonać przeciwnika.

Egoizm strukturalny w polskim systemie zdrowotnym

UWARUNKOWANIA SYSTEMOWE

Egoizm strukturalny polskiego systemu ochrony zdrowia przejawia się przede wszystkim w sposobie ustanowienia rynku wewnętrznego na poziomie świadczeniodawców, opisanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 ze zm.).

Rynek ten opiera się na rozdziale płatnik–świadczeniodawca, gdzie Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jako monopson – choć za pośrednictwem regionalnie zdekoncentrowanych Oddziałów Wojewódzkich – nabywa świadczenia opieki zdrowotnej w drodze umów cywilnoprawnych z niezależnymi świadczeniodawcami: zarówno publicznymi (rządowymi, uniwersyteckimi lub samorządowymi) jak i prywatnymi. Rozdział funkcji płatnika od świadczeniodawcy jest obowiązkowy i wynika z art. 97 ust. 6 ustawy: „Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej”.

Ponadto domyślnym sposobem traktowania umów, rozstrzygania konkursów i ewentualnych sporów są przepisy Kodeksu cywilnego. Dotyczy to zarówno standardowych gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (art. 155, ust. 1.), jak i programów polityki zdrowotnej (art. 48b, ust. 4). Tego rodzaju relacja cywilnoprawna odnosi się nie tylko do kontraktów ze szpitalami prywatnymi czy samorządowymi lub uniwersyteckimi (czyli publicznymi, ale niezależnymi). Dotyczy nawet tych placówek, które nadzoruje ten sam podmiot, co NFZ – czyli minister zdrowia. Stwarza możliwość osobliwej sytuacji, w której Fundusz podległy ministrowi znajduje się w sporze cywilnoprawnym ze szpitalem, dla którego minister jest podmiotem założycielskim.

Oznacza to, że umowy zawiera się na zasadzie konkursów ofert i negocjacji, a konflikty rozstrzygane są na drodze sądowej według zasady kontradiktoryjności. Ta zasada była osłabiana w reakcji na różne stwierdzone nieprawidłowości w kolejnych reformach (szczególnie ograniczających swobodę umów i wymuszających wymianę informacji między stronami), utrzymując jednak fundamentalną logikę systemu, która pozostaje domyślna i rozprzestrzenia się na poboczne aspekty działalności, w tym na relacje między „konkurującymi między sobą” podmiotami leczniczymi.

NIECIĄGŁOŚĆ I KONFLIKTOWOŚĆ

Mechanizm konkurencji wewnętrznej wiąże się ze szczególnym ryzykiem zakłóceń funkcjonowania podmiotów leczniczych, a to wpływa na ciągłość udzielania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej i realizacji programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej. Problem ten został częściowo rozwiązany w ramach różnych reform, które wzmocniły stabilność świadczenia opieki m.in. w ramach sieci szpitali, tj. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 844).

Typowe dla dylematu negocjatora domniemanie bezwzględnego egoizmu w połączeniu z monopsoniczną pozycją NFZ sprawia, że Fundusz mógł narzucać świadczeniodawcom rażąco nisko wycenione kontrakty i ułatwiał kwestionowanie nadwykonań. Niedoszacowanie, konieczność działania na granicy lub wręcz poniżej kosztów, prowadziło do zadłużenia szpitali – szczególnie placówek publicznych (w tym samorządowych), które przyjmują przeważającą część pacjentów w ciężkim stanie i zabiegów wysokiego ryzyka. To z kolei prowokowało konflikty (możliwe do uniknięcia) i zerwanie ciągłości świadczeń: zarówno w funkcjonowaniu bieżącym, wiodąc do sporów zbiorowych (Zabdyr-Jamróż, 2021), jak i we wdrażaniu reform.

Spory publiczne występują, gdy reformy realizuje się bez dostatecznych uzgodnień kluczowych interesariuszy. Należą do nich szczególnie prywatni świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), na tym poziomie dominujący. Nie dość, że de facto są wykonawcami wielu różnorodnych reform zdrowotnych, to jeszcze stanowią bramę systemową w udzielaniu skierowań na wyższe stopnie referencyjne (pełnią funkcję tzw. *gatekeepera*). Odgrywając tę węzłową rolę, nie są ani politycznie zależni, ani ustawowo przymuszeni (tak jak np. samorządy) do zagwarantowania mieszkańcom dostępu do świadczeń. Owa rola i niezależność daje im więc bardzo silne weto w przypadku dowolnych reform systemowych. Mają możliwość podjęcia swoistego strajku świadczeniodawców, czyli odmowy zawarcia kontraktów na nowych zasadach.

Weto prywatnych świadczeniodawców POZ w obliczu bezkompromisowej postawy ministerstwa wielokrotnie wykorzystywało Porozumienie Zielonogórskie (PZ), prowadząc do zerwania ciągłości świadczeń. Przykładowo 6 stycznia 2004 roku, zanim udało się zawrzeć kompromis (po 40-godzinnych negocjacjach z rządem), w obszarach objętych protestem pacjenci mieli przez prawie tydzień ograniczony dostęp do POZ. Analogiczny strajk świadczeniodawców miał miejsce podczas wprowadzania pakietu onkologicznego i kolejkowego w latach 2014–2015 (Kowalska i in., 2015).

Pozytywnym aspektem wymienionych przypadków był fakt, że mechanizmy egoizmu strukturalnego wykorzystano do osłabienia „autopojetycznego” (wsobnego i wykluczającego) modelu tworzenia polityki zdrowotnej (Dudzińska, 2015). Zaliczyć go należy do tzw. pluralistycznego modelu demokracji (Dahl, 2012; Held, 2010) i inkrementalnego modelu polityki zdrowotnej (Lindblom, 1959). Te same mechanizmy ugruntowują jednakowoż brak zaufania. Skłaniają interesariuszy do przekonania, że nawet przemyślane reformy mają na celu ich eksploatację.

Domniemanie interesowności rozszerza się nawet na obszary systemu, które powinny być wyłączone z logiki rywalizacji. Zgodnie z regulacjami instytucje doradczo-ekspertskie mają dostarczać wiedzy specjalistycznej. Osoby powoływane na te stanowiska (np. konsultantów) z oczywistych względów zajmują jednak również eksponowane stanowiska kierownicze w instytucjach (szpitalach), które „konkurują” na danym obszarze. Ponieważ system opiera się na egoizmie strukturalnym, osłabia to wiarę w bezstronność ich opinii. Domniemanie stronniczości wynika nie tylko z podejrzania o chęć zapewnienia strategicznej przewagi podmiotowi, z którym ci doradcy są związani, lecz również z obawy o ich ograniczony punkt widzenia.

KONKURENCJA O SPIJANIE ŚMIETANKI

Najbardziej bezpośrednim skutkiem egoizmu strukturalnego na rynku zdrowotnym jest tzw. spijanie śmietanki (*cream skimming*). Polega ono na tym, że z różnych względów jakiś podmiot koncentruje się wyłącznie na takiej działalności i/lub klienteli, które są najbardziej zyskowne i najmniej ryzykowne (generują największy przychód i najniższe koszty). W opiece zdrowotnej oznacza to przede wszystkim pogłębianie nierówności w dostępie, zaniechanie najbardziej potrzebujących pacjentów (z wysokim ryzykiem zdrowotnym i o niższej pozycji społeczno-ekonomicznej) oraz przenoszenie najtrudniejszych świadczeń na podmioty publiczne (Chareyron i in., 2023; Werbeck i in., 2021; Yang i in., 2020).

W systemach ubezpieczeniowych, szczególnie publicznych z kontraktowaniem, jednym z kluczowych mechanizmów prowokujących spijanie śmietanki jest wycena i mechanizm rozliczania. Aktualnie dobrą praktyką jest wycena świadczeń w oparciu o ich efektywność kosztową i korzyści zdrowotne dla pacjentów, a to wymaga zaangażowania mechanizmów oceny technologii medycznych. Stąd od ponad dekady (patrz rozdz.: *Reformy łagodzące egoizm strukturalny*) w procesie tym uczestniczy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), choć nie w pełni skutecznie.

Problemy z wyceną wynikają z ograniczonych zasobów i utrwalonych instytucjonalnie mechanizmów.

Tradycyjny dla Polski mechanizm wyceny świadczeń w kontraktach z NFZ opierał się na procedurach konkursowych i na tym, jaką wycenę za punkt w danym zakresie świadczeń gwarantowanych udało się świadczeniodawcom wynegocjować z płatnikiem. Jego monopolistyczna pozycja (jako monopsonu) dawała przytłaczającą przewagę przetargową.

Problematyczna wycena w połączeniu z chronicznym problemem zadłużenia szpitali i okazjonalną presją reform na płynność finansową sprawiają, że zachowaniem bezpiecznym jest spijanie śmietanki, czyli poszukiwanie kontraktów na te zakresy świadczeń, które np. są wycenione szczególnie lukratywnie. W przypadku niektórych podmiotów publicznych proceder ten niekoniecznie dyktuje maksymalizacja zysku. Może to być chęć zrównoważenia budżetu szpitala przez subsydiowanie świadczeń niedoszacowanych przez świadczenia przeszacowane w wycenie NFZ.

Przykład stanowią zjawiska związane z nadspodziewanie korzystną wyceną kardiologii inwazyjnej (NIK, 2016) – szkodliwe zarówno w wymiarze finansowym (nadproporcjonalne inwestycje szpitalne w odziały, wybieranie droższej terapii zamiast efektywnej kosztowo), jak i zdro-

wotnym (stosowanie inwazyjnej kardiologii w sytuacjach, w których jej ryzyka operacyjne nie są uzasadnione medycznie). Ponadto raport NIK wskazywał, że problematyczne wyceny świadczeń skutkowały wyraźnym zjawiskiem spijania śmietanki w wydaniu podmiotów prywatnych (NIK, 2016, s. 12):

„ Skontrolowane podmioty niepubliczne w zdecydowanie większym jednak stopniu niż publiczne koncentrowały swoją aktywność na udzielaniu tych świadczeń, w stosunku do świadczeń zachowawczych. Okolicznością sprzyjającą tej sytuacji była wycena przez NFZ poszczególnych procedur kardiologicznych: stawki ustalone przez płatnika dla świadczeń zachowawczych nie pozwalały bowiem na pokrycie kosztów leczenia, a w przypadku świadczeń inwazyjnych – umożliwiały w większości przypadków realizację zysków. Skoncentrowanie działalności podmiotów niepublicznych na dochodowej kardiologii inwazyjnej było także możliwe dzięki znajdującym się w tej samej lokalizacji szpitalom publicznym, gotowym do przyjęcia pacjentów wymagających leczenia zachowawczego, bez względu na związane z tym uwarunkowania finansowe.

Ten przykład okazuje się regułą, jak wskazują wyniki przeglądu literatury na temat szpitali w UE. Jego autorzy zauważają, że szpitale prywatne są znacznie

bardziej podatne na zjawisko spijania śmietanki: „dowody sugerują [...], że sektor szpitali prywatnych (*for-profit*) wydaje się mocniej reagować na zachęty (finansowe) niż inne typy świadczeniodawców” (Kruse i in., 2018).

DWUWŁADZA INWESTYCJI I ŚWIADCZEŃ

Art. 96.1 ustawy jest bardzo wyraźnym odrzuceniem w polskim systemie publicznym modelu narodowej służby zdrowia (tzw. modelu Beveridge’a), w którym kluczową cechą jest integracja roli płatnika i świadczeniodawcy w ramach jednej organizacji. Integracja tych funkcji nie jest jednak zabroniona w sektorze prywatnym. Jest podstawą organizacyjną ubezpieczeń w modelu HMO (*health maintenance organization*). Ich przykładem w Polsce są prywatne firmy medyczne oferujące abonamentowe przedpłacenie. Potocznie nazywa się je ubezpieczeniami i funkcjonalnie mają wiele cech ubezpieczenia zdrowotnego, ale regulacyjnie są odrębne.

Zasada rozdziału funkcji płatnika od świadczeniodawcy zabezpiecza typowy dla modelu Bismarcka rynek wewnętrzny. Stanowi jednak fundamentalną barierę dla koordynacji systemu publicznego między inwestycjami infrastrukturalnymi a planowaniem świadczeń według map potrzeb zdrowotnych. Ustanawia ona odrębny proces decyzyjny

dotyczący finansowania dla inwestycji (np. przez samorządy wojewódzkie będące właścicielami świadczeniodawców) i dla kontraktowania usług (przez oddziały wojewódzkie NFZ).

Takich ograniczeń nie posiadają prywatne abonamentowe firmy medyczne, gdzie obie funkcje należą do jednej struktury organizacyjnej i podlegają wspólnemu organowi decyzyjnemu. Dla systemu publicznego oznacza to, że – nawet pomijając większą wolność w spijaniu śmietanki – strukturalnie będzie skazany na efektywność mniejszą od firm prywatnych, co ułatwia nieżyczliwe porównania w spolaryzowanej debacie publicznej.

Przykładowo dwa szpitale w tym samym rejonie mogą zainwestować w rozbudowę tego samego zakresu świadczeń (budowę oddziału, zakup sprzętu), który w określonym momencie jest wysoko wyceniony – dla wzmocnienia swojej rentowności w realiach chronicznego niedoszacowania świadczeń i zadłużenia placówki. Potem może się okazać, że NFZ – zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych lub niedoborem zasobów – nie ma środków na zakontraktowanie dwóch oddziałów tego samego rodzaju i jedna z inwestycji (lub obie w połowie) okazuje się marnotrawstwem. Jest to oczywiście zamierzony skutek konkurencji, czyli prawidłowo działającego doboru rynkowego, w którym ktoś powinien odpaść. Ale w realiach finansów publicznych

niezmienne oznacza to zmarnowanie zasobów publicznych, pogłębiające problem zadłużenia szpitali samorządowych (patrz rozdz.: *Marnotrawstwo*).

SPYCHOLOGIA STOSOWANA

Monopsoniczna pozycja NFZ sprawia, że ma on znaczącą przewagę negocjacyjną. Jednocześnie realia dylematu negocjatora skłaniają Fundusz do domniemania bezwzględnego egoizmu jego kontrahentów – legitymizując bezpardonową eksploatację swojej przewagi negocjacyjnej. Te czynniki w połączeniu z chronicznym niedofinansowaniem składały się na praktykę narzucania świadczeniodawcom wyceny świadczeń, która notorycznie była poniżej kosztów operacyjnych. Te same czynniki zachęcały do kwestionowania nadwykonań. Zadłużano więc szpitale publiczne (w tym samorządowe), tworząc złudzenie ich systemowej niegospodarności pomimo zabezpieczania leczenia najtrudniejszych przypadków. Za tak powstałe zadłużenie szpitali samorządowych odpowiadać miały podmioty właścicielskie. W wyroku z dnia 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K 4/17) Trybunał Konstytucyjny uznał jednak taki stan rzeczy za niekonstytucyjny:

Ujemny wynik finansowy samorządowych zakładów opieki zdrowotnej wynikał ze zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń medycznych przez

Narodowy Fundusz Zdrowia. Trybunał uznał, że jednostki samorządu terytorialnego zostały w ten sposób zobowiązane do częściowego finansowania świadczeń zdrowotnych, mimo iż jest to zadanie ze sfery administracji rządowej (Gromek, 2021).

Innymi słowy – w realiach systematycznego niedofinansowania płatnika – władze centralne zmuszają samorządy do subsydiowania NFZ przez zadłużenie. Praktyka ta i jej konsekwencje to ewidentny skutek wywoływany i wzmacniany egoizmem strukturalnym, przez wymuszenie negocjacyjno-antagonistycznej relacji między NFZ a świadczeniodawcami.

Zakłada się, że konkurencja wewnętrzna i model partnerstwa publiczno-prywatnego w świadczeniu usług opieki zdrowotnej zapewnią wyższą jakość i lepsze ceny. Jednak w wielu przypadkach prawdziwa konkurencja jest albo niemożliwa (ponieważ na przykład konkretny zakres świadczeń zapewnia tylko jeden szpital w regionie), albo prowadzi do duplikacji (dwa szpitale inwestują w ten sam rodzaj potencjału, aby konkurować o ograniczone zasoby NFZ) i marnotrawstwa.

MARNOTRAWSTWO

Z perspektywy efektywności kosztowej i gospodarności systemu do niepożądaných skutków rynku wewnętrznego

z kontraktowaniem świadczeń należą koszty wynikające ze wspomnianej nieciągłości świadczeń, a także wynikające z kosztów obsługi i rozliczania umów oraz z postępowań sądowych w przypadku sporów o rozliczenie nadwykonań. Nie jest to jedyne wyzwanie.

Funkcjonowanie systemu na zasadach skonstruowanych z myślą o konkurencji i negocjowanie cen staje się coraz wyraźniej problematyczne. Zasady te odnosi się bowiem do sytuacji, w których wskazana jest raczej koordynacja zamiast konkurencji, planowanie zamiast rynkowej alokacji oraz taryfikacja zamiast wyceny przez targowanie. Punktem odniesienia mają być mapy potrzeb zdrowotnych populacji, a wycena świadczeń powinna się opierać na wartości dla zdrowia pacjentów (*value-based pricing*). Wymaga to szeregu istotnych odstępstw od rynkowych mechanizmów wyceny i alokacji dóbr i usług (Anastasy i in., 2019), szczególnie jeśli zależy nam na zagwarantowaniu pro-jakościowych walorów konkurencji w opiece zdrowotnej.


Zastana sytuacja obfituje w paradoksy i generuje liczne sprzeczności. Z perspektywy racjonalnego planowania w zarządzaniu publicznymi zasobami – w wybitnie skomplikowanym i kosztownym systemie, przy już i tak ograniczonych środkach – kluczową rolę odgrywa imperatyw gospodarności. Tymczasem zasady rynku wewnętrznego implikują,

że pewien poziom marnotrawstwa jest nie tylko oczekiwany, ale wręcz konieczny. W ramach rynku wewnętrznego na poziomie świadczeniodawców konkurencja o charakterze antagonistycznej rywalizacji jest oczekiwanym mechanizmem alokacji zasobów. Żeby działała poprawnie, wymaga ona jednak jakiegoś zakresu redundancji w dostępnych zasobach, tj. nadmiarowości, która pozwoli na selekcję kontrahentów lepszych i eliminację słabszych. Marnotrawstwo zasobów jest tu do pewnego stopnia zamierzonym efektem, jako element strategii selekcji.

Nie chodzi tylko nadmiarowe zasoby, które pozostają w gotowości – wskazane dla odporności systemu na kryzysy i nagłe skoki zapotrzebowania. Chodzi również o nadmiarowość, która będzie z zasady odrzucona, występującą w procedurach konkursowych czy innych skutkach konkurencji, i trwale wyeliminowana wskutek upadłości czy likwidacji szpitala, oddziału itd. Przekłada się to na systemową utratę zdolności wykorzystania zasobów stanowiących masę majątkową podmiotu. Stratę oznacza już sama sprzedaż na rynku wtórnym (w wyniku amortyzacji), a tym bardziej licytacja. Zatrzymanie rzadko wchodzi w grę, bo nieużywany, niekonserwowany sprzęt (z założenia przeznaczony do stałego użytku) niszczy się i ponowne jego uruchomienie może być albo niemożliwe, albo wymagać dodatkowych zasobów. Nawet intencjonalna „naftalinizacja” (ang. *mothballing*),

czyli zabezpieczenie na czas wyłączenia z użytkowania, wymaga przemyślanej, metodycznej konserwacji, więc i odpowiednich nakładów.

Interesującym przykładem marnotrawstwa zasobów systemu publicznego jest przypadek Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie (SPZOZ-u Samorządu Województwa Mazowieckiego), który na przełomie roku 2023 i 2024 zawiesił działalność 24-łóżkowego oddziału neurochirurgii. Powodem był fakt, że cały pięcioosobowy zespół specjalistów zatrudniono w szpitalu klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM). Jak relacjonował „Rynek Zdrowia”:

 *Czemu lekarze odeszli do WUM? Jak podejrzewa Mariusz Mazurek [rzecznik szpitala wojewódzkiego], nie chodzi tu tylko o aspekty finansowe. Uczelnia ma większe możliwości zaoferowania lekarzom rozwoju zawodowego, kariery naukowej, prowadzenia nowatorskich badań itp. Rzecznik podkreśla, że szpital nie ma pretensji do specjalistów, którzy porzucili pracę na oddziale. Jednak zwraca uwagę, że władze uniwersytetu powinny analizować skutki takiego „drenażu”. (ML, 2024)*

W wyniku opisanego wydarzenia w Województwie Mazowieckim liczba łóżek szpitalnych neurochirurgii dziecię-

cej spadła z 74 do 50. Sytuacja ta stanowi podręcznikowy przykład, jak wbudowany w system egoizm strukturalny zagraża ciągłości realizacji świadczeń i jego zdolnościom przerobowym, niezależnie od reform, które miały takim sytuacjom zapobiec. Szpital może być częścią sieci szpitali, z gwarancjami ciągłości kontraktowania, ale nie jest w stanie przewidzieć, czy jego kluczowy personel nie zostanie podkupiony na rynku pracy.

REFORMY ŁAGODZĄCE EGOIZM STRUKTURALNY

W Polsce negatywne zjawiska wynikające z egoizmu strukturalnego są rozpoznane i podejmowano już kilka prób sprostania im z różnymi, lecz stale niedostatecznymi skutkami.

Pierwszą reformą w nowym systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, którą należy odnotować, jest utworzenie 2 sierpnia 2003 roku Porozumienia Zielonogórskiego (Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia). Powstał związek świadczeniodawców prywatnych – głównie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), stomatologii, rehabilitacji i psychiatrii z pięciu województw: lubuskiego, wielkopolskiego, dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego. Jego systemową funkcją było zrównoważenie monopsonistycznej przewagi przetargowej NFZ w przypadku narzuca-

nia skrajnie niekorzystnych warunków kontraktów.

Kolejna istotna reforma to powierzenie wyceny świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOT-MiT, oryginalnie AOTM) w nowelizacji ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. (Dz.U. 2014 poz. 1138). Celem było wprowadzenie mechanizmów oparcia wyceny świadczeń na realnych kosztach i efektywności kosztowej, tak aby unikać patologii egoizmu strukturalnego wynikającej z faktu, że wycena jest skutkiem targu interesów (w dylemacie negocjatora) między NFZ a świadczeniodawcami. Przykładowo jednym z naczelných zaleceń dla AOT-MiT było „urealnienie wycen świadczeń z zakresu kardiologii” (NIK, 2016, s. 15).

Warto odnotować nieudaną reformę z 2021 r., w której przygotowaniu rozważano różne możliwości integracji funkcji, choćby w ograniczonym wymiarze, przez Agencję Restrukturyzacji Szpitali – na zasadzie centralnej koordynacji; byłaby to tzw. wirtualna integracja (Dubas-Jakóbczyk i in., 2023).

Istniejącym narzędziem elektronicznym jest Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Minister Zdrowia (MZ) i wojewodowie używają go do oceny zasadności inwestycji w infrastrukturę szpitalną w porozumieniu z NFZ. Technicznie rzecz biorąc, opinie (odpłatne) nie są

obowiązkowe, ale od 2021 roku są wymagane w przypadku kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia i umożliwiają uzyskanie pomocy finansowej od MZ. Skuteczność Instrumentu w zapobieganiu marnotrawstwu inwestycyjnemu, jak wykazały dochodzenia Najwyższej Izby Kontroli z lat 2023 i 2024 (NIK, 2024, 2024; Skwira, 2024), jest jednak dość ograniczona i niespójna. Zdarza się, że inwestycje realizuje się pomimo negatywnej opinii, a świadczenia finansuje przez wykorzystanie innych narzędzi prawno-administracyjnych.

Podsumowanie i rekomendacje

Pomimo stopniowego osłabienia zjawiska egoizmu strukturalnego w naszym systemie wciąż generuje on poważne wyzwania. Stanowi fundament organizacji systemu i stwarza podatny grunt dla pułapki dylematu negocjatora oraz strategicznej kontroli informacji – między NFZ a świadczeniodawcami, a także między „konkurującymi” ze sobą świadczeniodawcami.

Konsekwencją egoizmu strukturalnego jest częściowe marnotrawstwo zasobów systemu. Negatywnie wpływa on również na procesy skoordynowanego planowania inwestycji i świadczeń. Kluczowe znaczenie ma tutaj ustawowy rozdział funkcji płatnik–świadczeniodawca w sys-

temie publicznym. Takich ograniczeń nie posiadają prywatne abonamentowe firmy medyczne, gdzie obie funkcje należą do jednej struktury organizacyjnej i podlegają wspólnemu organowi decyzyjnemu.

Egoizm strukturalny zwiększa ryzyko braku ciągłości i opóźnień w świadczeniu usług (spowodowanych wygaśnięciem umów, a nawet „strajkami” świadczeniodawców). Sprzyja wadliwej wycenie świadczeń i tym samym prowokuje zjawisko spijania śmietanki. W połączeniu z chronicznym niedofinansowaniem obciąża podmioty o słabszej pozycji przetargowej. Wzmacnia to problem zadłużenia szpitali samorządowych, a także utrudnia realizację zasady solidaryzmu, pogłębiając nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

W wymiarze tworzenia polityk oraz bieżącego funkcjonowania egoizm strukturalny nadwyręża wzajemne zaufanie uczestników systemu, czyniąc domniemanie bezwzględne egoizmu innych założeniem najbezpieczniejszym. Brak zaufania rozlewa się poza procesy ściśle negocjacyjno-konkurencyjne i dotyka istotnych organów doradczo-ekspertkich – tworząc podejrzenie konfliktu interesów.

Barierą dla koordynacji w finansowaniu świadczeń i inwestycji jest w szczególności rozdział funkcji płatnik–świadczeniodawca. Tworzy to osobliwą dwuwładzę, w której centralny płatnik planuje świad-

czenia, ale inwestycje planują świadczeniodawcy. Założeniem przy tworzeniu rynku wewnętrznego było przekonanie, że świadczeniodawcy będą rozwijać infrastrukturę w odpowiedzi na bodziec nabywcy ze strony monopsonicznego płatnika. Tymczasem nagminna jest albo sytuacja odwrotna (gdzie NFZ musi kontraktować według dostępnej infrastruktury), albo wręcz konkurencja o to, kto będzie miał lepszą pozycję, żeby nakłonić NFZ do przekierowania kontraktów do siebie (potęgujące problem infrastruktury nieadekwatnej do potrzeb).

Kluczowym problemem jest tu asymetria informacji i niespójność decyzyjna wynikająca z pułapki dylematu negocjatora. Szpitale traktują Fundusz jako „współpracującego antagonistę” i chcą go zaskoczyć swoimi nowymi atutami (inwestycjami), przymuszając na sposób rynkowy do przyznania lukratywnych kontraktów. Jednocześnie szpitale traktują się wzajemnie jako konkurujących antagonistów – rywalizują, żeby wyprzedzić przeciwnika w pozyskaniu tych atutów.

Działania rywalizacyjne świadczeniodawców często następują pod dyktando różnorodnych motywacji podmiotów właścicielskich (powodowanych choćby lokalną polityką samorządową). Czasem ryzykują oni pomimo negatywnej opinii IOWISZ, a potem zaskakuje ich odmowa przyznania kontraktu i muszą innymi ścieżkami podtrzymać inwestycję.

Jednocześnie świadczeniodawcy mają powody podejrzewać, że decyzje NFZ są nietrafne, gdyż Fundusz działa w realiach chronicznego niedofinansowania (przypisuje się mu więc skąpstwo i obstrukcję proceduralną). Jako mało wiarygodne, z obawy o stronniczość ekspertów, traktuje się także mapy potrzeb zdrowotnych. Wszystkie te czynniki, nadwątlające zaufanie, nakładają się na siebie i konserwują zjawisko egoizmu strukturalnego, pomimo szeregu reform.

Wypada w tym miejscu docenić osiągnięcia reformatorskie w polskim systemie zdrowotnym. Mimo ograniczonej skuteczności stanowią one bezcenny dorobek (NFZ, AOTMiT, sieć szpitali, itd.) lub co najmniej stelaż dla dalszych poprawek (IOWISZ). Jednak głębsze, strukturalne reformy są tu wysoce wskazane.

Gdyby NFZ mógł pełnić rolę właścicielską dla szpitali – przynajmniej tych, które (w tym momencie zarówno *de facto*, jak i *de iure*) nie podlegają konkurencji i należą do sieci zabezpieczenia szpitalnego – ułatwiłoby to spójne planowanie inwestycji i świadczeń w zgodzie ze wskazaniami mapy potrzeb zdrowotnych. W kontekście zadłużenia szpitali byłoby to też rozwiązanie bliższe wymogom konstytucyjnym.

W obliczu nowoczesnych rozwiązań organizacyjnych art. 96.1 ustawy nie jest całkowitą przeszkodą dla skoordynowa-

nego planowania. Dostępne rozwiązanie stanowi tzw. integracja wirtualna, czyli koordynacja przez ustanowienie wspólnego mechanizmu decyzyjnego (a nie tylko konsultacyjno-uzgodnieniowego).

Tego rodzaju integracja może zostać wprowadzona nie tylko na poziomie centralnym, ale również – łącznie lub alternatywnie – na poziomie regionalnym (wojewódzkim) i adekwatnie do regionalnych map potrzeb. Regionalna integracja (wirtualna) pozwalałaby realizować funkcję alokacyjną w sposób zdecentralizowany (właśc. zdekoncentrowany), czyli w sposób skuteczniejszy, przy zachowaniu centralnej redystrybucji zasobów, zgodnie z wymogami efektywnego solidaryzmu.

Egoizm strukturalny jest najprawdopodobniej zjawiskiem, którego nie da się całkowicie wyeliminować. Działa jako mechanizm mający pewną racjonalność systemową. W niektórych przypadkach służył jako narzędzie demokratycznego upodmiotowienia kluczowych interesariuszy systemu. Nawet jeśli uznać go za pewien etap rozwojowy – należy jednak dostrzec jego problematyczność w zakresie dążenia do efektywności kosztowej, solidaryzmu społecznego i medycyny opartej na dowodach. Uzdrawienie i unowocześnienie polskiego systemu zdrowotnego wymaga reform strukturalnych, które ograniczą zjawisko egoizmu strukturalnego.

Kluczowe wnioski

Egoizm strukturalny:

- wynika z fundamentalnych zasad organizacji polskiego publicznego systemu zdrowotnego: rynku wewnętrznego, rozdziału funkcji płatnika od świadczeniodawcy itd.;
- stwarza podatny grunt dla pułapki dylematu negocjatora – domniemania antagonizmu między NFZ a świadczeniodawcami, a także między świadczeniodawcami;
- stanowi barierę dla efektywnej koordynacji i planowania – szczególnie przez rozdział funkcji płatnika od świadczeniodawcy;
- prowokuje marnotrawstwo zasobów publicznych, nieciągłość funkcjonowania, zmuszanie samorządów do subsydiowania NFZ, spijanie śmietanki i pogłębia nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej;
- zawiera domniemanie braku zaufania, rozszerzające się na pozostałe instytucje systemu, które torpedują inicjatywy reformatorskie;
- może być osłabiony dzięki jednej z kluczowych reform strukturalnych, to jest integracji funkcji płatnika i świadczeniodawcy (co najmniej wirtualnej i na poziomie regionalnym).

LITERATURA

- Anastasy, C., Barros, P., Barry, M., Bourek, A., Brouwer, W., Maeseneer, J. D., Kringos, D., Lehtonen, L., McKee, M., Murauskienė, L., Nuti, S., Ricciardi, W., Siciliani, L., Wild, C. (2019). *Defining Value in "Value-Based Healthcare"*. Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health. European Commission DG Health & Food Safety.
- Buell, S. W. (2016). *Capital Offenses: Business Crime and Punishment in America's Corporate Age*. W. W. Norton & Company.
- Chareyron, S., L'Horty, Y., Petit, P. (2023). Cream skimming and discrimination in access to medical care: A field experiment. *Health Economics*, 32(8), 1868–1883. <https://doi.org/10.1002/hec.4692>
- Dahl, R. A. (2012). *Demokracja i Jej Krytycy*. (S. Amsterdamski, Tłum.). Aletheia.
- Dickenson, D. L. (1999). Cross-cultural Issues in European Bioethics. *Bioethics*, 13(3–4), 249–255.
- Dudzińska, A. (2015). *System Zamknięty. Socjologiczna Analiza Procesu Legislacyjnego*. Instytut Studiów Politycznych PAN, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Forester, J., Stitzel, D. (1989). Beyond Neutrality. *Negotiation Journal*, 5(3), 251–264.
- Gainé, W. J. (2003). No-fault compensation systems. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7397), 997–998. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7397.997>
- Gehlen, A. (1989). Hipertrofia moralności (Moral und Hypermoral. Eine pluralistische Ethik, 1969). *Zdanie*, 11–12, 52–54.
- Gilman, D. J. (2024). A Competition Perspective on Physician Non-compete Agreements—Daniel J. Gilman, 2024. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00469580241237621>
- Gromek, Z. (2021). Glosa do Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. Akt K 4/17. *Przegląd Sejmowy*, 163(2), 267–279. <https://doi.org/10.31268/PS.2021.26>
- Held, D. (2010). *Modele Demokracji* (W. Nowicki, tłum.). Wydawnictwo UJ.
- Jamrozowicz, M. (2025). Rewolucyjne idee Cesarego Beccarii – jak traktat O przestępstwach i karach wpłynął na debatę o karze śmierci i torturach. *Vade Nobiscum*, XXV. <https://doi.org/10.18778/8331-882-0.10>
- Kowalska, I., Sagan, A., Mokrzycka, A., & Zabdyr-Jamrós, M. (2015). The first attempt to create a national strategy for reducing waiting times in Poland: Will it succeed? *Health Policy*, 119(3), 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.010>
- Kruse, F. M., Stadhouders, N. W., Adang, E. M., Groenewoud, S., Jeurissen, P. P. T. (2018). Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), e434–e453. <https://doi.org/10.1002/hpm.2502>
- Lindblom, C. E. (1959). The Science of „Muddling Through”. *Public Administration Review*, 19(2), 79–88.
- Liu, Y. (2024). The Influencing Factors of Altruism and Egoism. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 26, 567–571. <https://doi.org/10.54097/kxq67452>
- MacIntyre, A., Grant, R. W., Grant, R. W. (red.). (2006). *The Rousseauian Revolution and the Problem of Evil*. W Naming Evil Judging Evil (s. 0). University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226306742.003.0004>
- ML. (2024, 12 stycznia). *Uczelnia podebrała szpitalowi specjalistów. Lecznica szuka lekarzy na całym świecie*. Rynek Zdrowia. <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Uczelnia-podebrała-szpitalowi-specjalistow-Lecznica-szuka-lekarzy-na-calym-swiecie,254008,1.html>
- Nadaletti, L. P., da Silva, A. M. C. M. (2026). Structural evil from coordination trap: A game-theoretic account of the distribution of evil. *International Journal for Philosophy of Religion*, 99(2), 8. <https://doi.org/10.1007/s11153-025-09987-9>
- NIK. (2016). *Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze. Informacja o wynikach kontroli*. Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia.
- NIK. (2024, czerwiec 4). *Czy inwestycje w zdrowiu wyjdą nam na zdrowie?* Najwyższa Izba Kontroli. Najwyższa

Izba Kontroli. <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/ochrona-zdrowia-inwestycje-system-oceny.html>

Raiffa, H. (1982). *The Art and Science of Negotiation*. Harvard University Press.

Raiffa, H., Richardson, J., Metcalfe, D. (2007). *Negotiation Analysis: The Science and Art of Collaborative Decision Making* (1 edition). Belknap Press.

Rawls, J. (1998). *Liberalizm Polityczny* (A. Romaniuk, tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sibley, W. M. (1953). *The Rational versus the Reasonable*. *Philosophical Review*, 62(4), 554–560.

Skwira, A. (2024). System oceny inwestycji w ochronie zdrowia – nieodzowna racjonalizacja przedsięwzięć leczniczych. *Kontrola Państwowa* 5/2024, (5). <https://www.nik.gov.pl/kontrola-panstwowa/05/system-oceny-inwestycji-w-ochronie-zdrowia-nieodzowna-racjonalizacja-przedstawic-licznicych.html>

Warren, M. E., & Mansbridge, J. J. (2013). Deliberative Negotiation. W J. J. Mansbridge & C. J. Martin (red.), *Negotiating Agreement in Politics* (s. 86–120). American Political Science Association.

Werbeck, A., Wübker, A., Ziebarth, N. R. (2021). Cream skimming by health care providers and inequality in health care access: Evidence from a randomized field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 188, 1325–1350. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.05.028>

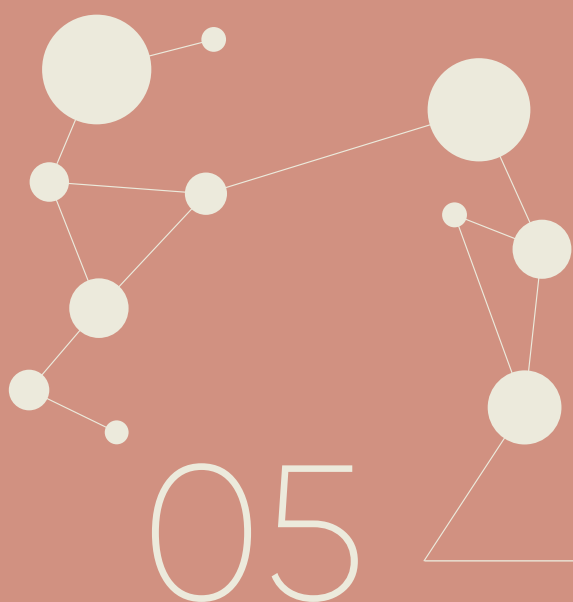
Yang, O., Chan, M. K., Cheng, T. C., Yong, J. (2020). Cream skimming: Theory and evidence from hospital transfers and capacity utilization. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 173, 68–87. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2020.03.024>

Zabdyr-Jamróż, M. (2009). Sprawiedliwość społeczna made in USA. *Pressje. Teki Klubu Jagiellońskiego*, V XI, 156–167.

Zabdyr-Jamróż, M. (2018). Czy pielęgniarzom wolno strajkować „o kasę”? Wyzwania dla uwzględniania interesów własnych pielęgniarek w świetle teorii systemów deliberatywnych na przykładzie strajku z Centrum Zdrowia Dziecka w 2016 roku. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne / Nursing and Public Health*, [w druku].

Zabdyr-Jamróż, M. (2021). „All they want is money!” The deliberative theory approach to the inclusion of nurses’ self-interests in the 2016 strike in the Children’s Memorial Health Institute in Warsaw. *Social Theory & Health*, 19(1), 68–91. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00123-y>

Zabdyr-Jamróż, M. (2023). *Wszechstronność. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej* (2: open access). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. <https://wuj.pl/ksiazka/wszechstronniczosc-wydanie-2>



MAGDALENA WŁADYSIUŁ,
ROBERT PLISKO

Zdrowie jako wspólne dobro a medycyna proceduralna

- Zdrowie stanowi fundament nie tylko osobistego dobrostanu, lecz także stabilności i spójności całego społeczeństwa.
- Rozumiane jako dobro publiczne, determinuje ono inne polityki społeczne.
- Kształt systemu zabezpieczenia zdrowotnego jest odzwierciedleniem nie tylko kondycji finansowej państwa, ale przede wszystkim jego wartości oraz tego, jak w praktyce realizuje ono zasady solidaryzmu i pomocniczości.
- Jednym z głównych wyzwań polskiego systemu ochrony zdrowia jest rozwój „medycyny proceduralnej”.
- Medycyna proceduralna to model organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych, w którym dominującą jednostką planowania, rozliczania i oceny działalności jest procedura medyczna, a nie efekt zdrowotny osiągany w procesie opieki nad pacjentem.
- Koncentracja na bieżącym finansowaniu systemu opieki zamiast na zmianie zasad organizacji świadczeniodawców utrwała i pogłębia niewydolność ekonomiczną systemu.

W ramach tego rozdziału z jednej strony pragniemy przedstawić podsumowanie głównych trendów w ewaluacji polskiego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, uwzględniając ocenę wybranych czynników wpływających na efektywność i wydajność ekonomiczną, a z drugiej – omówić główne wyzwania, w tym rozwój

„medycyny proceduralnej”. Medycyna proceduralna to model organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych, w którym dominującą jednostką planowania, rozliczania i oceny działalności jest procedura medyczna (np. konsultacja, badanie, zabieg, hospitalizacja), a nie całkowity efekt zdrowotny osiągany w całym przebiegu opieki nad pacjentem (nie tylko w zakresie danej choroby). W tym ujęciu podstawowym przedmiotem zarządzania staje się „produkcja” świadczeń mierzona wolumenem i punktacją, co ułatwia fragmentaryzację opieki oraz marginalizowanie działań profilaktycznych i koordynacyjnych.

Proces transformacji ustrojowej w państwach Europy Środkowo-Wschodniej, w tym w Polsce, wymusił radykalną przebudowę dotychczasowego modelu polityki społecznej i zdrowotnej. Wprowadzane reformy miały balansować pomiędzy kosztami społecznymi, czyli granicą wytrzymałości obywateli na wprowadzane zmiany, a kosztami zaniechania wynikającymi z wieloletnich opóźnień w kształtujących się systemach opieki zdrowotnej. Demokratyzacja oraz przejście na gospodarkę rynkową pociągnęły za sobą konieczność nowej organizacji struktur i metod finansowania opieki medycznej.

W ciągu ostatnich dekad systemy opieki zdrowotnej stały się jeszcze bardziej złożone z powodu większych możliwości

związanych z osiągnięciami naukowymi oraz ciągłego poszukiwania poprawy jakości i dostępności. We współczesnych realiach polityczno-gospodarczych nie można sprowadzać sprawy finansowania opieki zdrowotnej wyłącznie do mechanicznego zwiększania nakładów finansowych. Obecnie jednym z najważniejszych wyzwań systemowych w Polsce staje się wypracowanie optymalnych proporcji i jasnych relacji między publicznym, a prywatnym sektorem usług medycznych, jako kluczowego warunku stabilnego państwa. Polska i inne kraje regionu rozwijają (można też powiedzieć: testują) formy systemu opieki zdrowotnej w różnych wymiarach – zarówno źródeł finansowania, organizacji opieki, jak i w zakresie alokacji środków. Obecnie w Polsce podejmuje się działania zmierzające do zorientowania systemu na pacjenta, takie jak wprowadzanie koordynowanej opieki zdrowotnej czy nowych mechanizmów świadczeń, choć ten proces jest bardzo powolny.

Zarówno na poziomie międzynarodowym, jak i europejskim, wskazuje się, że system opieki zdrowotnej powinien się opierać na zestawie nadrzędnych wartości (ang. *Value Based Healthcare*, VBHC [1, 2]) i zasad, determinujących decyzje organizacyjne i finansowe. Fundamentalnym założeniem dobrze funkcjonującego systemu jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne (ang. *universal health covera-*

ge; w 2023 r. 96,9% ludności Polski było formalnie objętych systemem ubezpieczeń zdrowotnych [3], zgodnie z danymi OECD). Oznacza ono dostępność opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli określonego kraju. Drugim filarem jest podstawowa opieka zdrowotna (ang. *primary care*) jako baza organizacji systemu. Listę priorytetów zdefiniowano w WHO [4] i podobnie jak w Unii Europejskiej [5] obejmuje ona sześć zasadniczych celów:

- » równość w dostępie – zagwarantowanie, że dostęp do świadczeń zdrowotnych zależy od potrzeb zdrowotnych, a nie od poziomu zamożności;
- » jakość i efektywność opieki medycznej – planowanie, wspieranie monitorowania, oceny i poprawy jakości;
- » ochrona finansowa – zapewnienie, że koszty leczenia nie pogłębiają problemów materialnych pacjentów, a ryzyko finansowe wynikające z choroby jest odpowiednio amortyzowane;
- » sprawiedliwość finansowania – proporcjonalne obciążenie kosztami systemu zdrowotnego, zgodnie z możliwościami dochodowymi obywateli (co oznacza, że udział osób zamożniejszych w finansowaniu jest wyższy niż osób mniej zamożnych);
- » przejrzystość i odpowiedzialność – promowanie transparentnego zarządzania środkami finansowymi w systemie zdrowia, eliminacja nieformalnych opłat i zobowiązanie świadczeniodawców do odpowiedzialności za usługi,

- » sprawność administracyjna – ograniczenie zbędnych kosztów zarządzania, redukcja nakładania się kompetencji i wielokrotnych opłat.

Od wielu lat poszukuje się mierników, które pozwoliłyby ocenić efektywność systemów oraz ich wydajność ekonomiczną m.in. przez rozwijanie modeli Value Based Healthcare. Krajowy system ochrony zdrowia staje się niewydolny przez rosnące obciążenie społeczeństwa chorobami cywilizacyjnymi (związane z dłuższym życiem obywateli) i wysokie koszty leczenia szpitalnego. Kwestie te, wraz z problemami z finansowaniem systemu, rodzą pytania o dalszą organizację opieki. Koszty są także wypadkową dezorganizacji opieki (ograniczony zakres ciągłości opieki między POZ a opieką ambulatoryjną czy szpitalną) i funkcji przypisywanych poszczególnym elementom opieki. Zwiększający się dostęp do technologii medycznych, często bez jednoznacznych dowodów skuteczności, w połączeniu z niejasnym podziałem ról między opieką publiczną i prywatną, sprzyja wzrostowi kosztów (Wykres 7). Organizowanie opieki głównie przez pryzmat specjalizacji i układanie świadczeń zgodnie z nimi – zamiast z funkcjami poszczególnych świadczeniodawców czy członków zespołów medycznych na różnych szczeblach – prowadzi do dalszego rozdrobnienia opieki i rosnących kosztów.

Od 1997 r. w Polsce nie odbyła się żadna pogłębiona i szeroka systemowa debata oparta na analizie skutków wdrażanych rozwiązań w zakresie rozwoju systemu publicznego oraz jego relacji z rynkiem prywatnym. Wydatki prywatne Polaków stanowią od wielu lat ok. 16–22% (w zależności od przyjętej metodyki) całkowitych wydatków na zdrowie [3, 8]. W 2023 roku całkowite wydatki prywatne w systemie ochrony zdrowia wyniosły łącznie blisko 43,8 mld zł. Z tej kwoty aż 38,6 mld zł (88%) stanowiły wydatki bezpośrednio, czyli środki wydane przez pacjentów wprost z własnej kieszeni [6]. Od 2005 r. one systematycznie maleją, w 2023 r. poziom ten wynosił 15,7%, czyli był niemal równy średniej w UE wynoszącej 15,5% [3]. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne pełnią jedynie rolę uzupełniającą i odpowiadają za 6,5% całość i nakłady na nie stopniowo rosną [6].

Razem ze zwiększającymi się całkowitymi wydatkami na zdrowie wskazuje się, że zbliżamy się do poziomu ok. 8% PKB wydatków na zdrowie, lecz rosną obawy o uzyskiwane efekty, nie tylko w zakresie długości życia, lecz przede wszystkim jego jakości. Wydaje się, że narastający kryzys finansowania zdrowia w Polsce będzie się pogłębiał, na co wskazują wszystkie prognozy o charakterze demograficznym i epidemiologicznym.

Zdrowie Polaków a finansowanie opieki zdrowotnej na tle Europy

OCENA ZDROWIA POLAKÓW

Oczekiwana długość życia jest uważana za jeden z głównych wskaźników oceny stanu zdrowia populacji. W Polsce oczekiwana długość życia przy urodzeniu w latach 2015–2019 pozostawała relatywnie stabilna i wynosiła ok. 77,5–78,0 lat i wzrosła do 78,7 w 2024. Polacy żyją o 3 lata krócej niż wynosi średnia dla wszystkich krajów UE-27. Mężczyźni żyją przeciętnie o 4,1 roku krócej, a kobiety o 1,9 roku krócej. Polacy żyją o 7,1 roku krócej od najdłużej żyjących w UE Szwedów – 81,7 roku, a Polki o 4,6 roku niż Hiszpanki. Różnice wynikają m.in. z faktu, że mężczyzn w Polsce charakteryzuje bardzo wysoka umieralność przedwczesna w wieku aktywności zawodowej (25–64 lata), co od wielu lat jest niepokojącą tendencją [4].

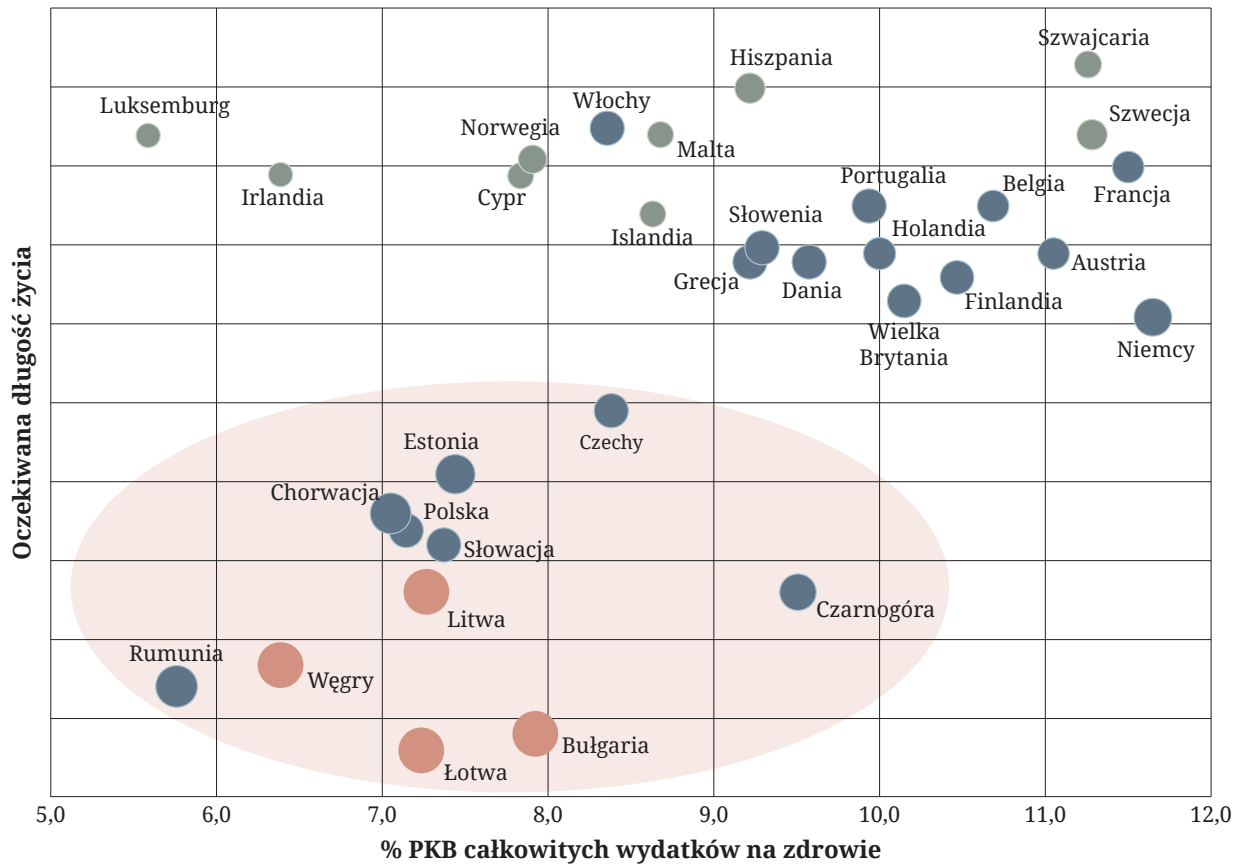
Wyższe wskaźniki umieralności nie odzwierciedlają jakości życia (albo inaczej: stopnia funkcjonowania) w zdrowiu. Ocenę jakości życia w kontekście jego długości można też mierzyć oczekiwaną długością życia w zdrowiu (HLY – *Health Life Years*) i w Polsce wynosi dla kobiet 64,1 roku, czyli 79 % ich całkowitej długości życia. Oznacza to, że przeciętna Polka

spędzi blisko 18 lat, zmagając się z niepełnosprawnością lub chorobami ograniczającymi sprawność. Dla mężczyzn wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu wynosi 60,8 roku (82,8 % ich całego życia), co oznacza 14 lat życia z niepełnosprawnością, i jest on krótszy w stosunku do kobiet z powodu wyższej umieralności [6].

Na poziomie populacyjnym ocenę niepełnosprawności i długości życia mierzy się za pomocą DALY, co też umożliwia porównanie krajów między sobą. Polska plasuje się w grupie krajów o podwyższonym obciążeniu chorobami i urazami na poziomie DALY – 35 247 i wynik ten jest gorszy niż w wielu państwach europejskich, dla przykładu: Irlandia i Islandia po ok. 25,5 tys., Szwajcaria 27 tys., Szwecja 28,5 tys., Francja i Dania po ok. 30 tys., Holandia 31,3. Wynik ów znajduje się na poziomie zbliżonym do Niemiec (35,3 tys.) i Grecji (35,6 tys.). Wyższymi wskaźnikami charakteryzują się m.in. Rumunia i Węgry po ok. 40 tys., Litwa 42 tys. oraz Bułgaria i Łotwa po ok. 44 tys. (Wykres 7) [7].

Dane z wykresu 7. nie wskazują, że wyższe wydatki na zdrowie przekładają się na ogólną długość życia czy DALY, ponieważ determinują je nie tylko styl życia czy czynniki biologiczne, lecz także środowiskowe (warunki życia, mieszkaniowe, praca) czy społeczno-ekonomiczne, w tym status społeczny i dostęp do opieki zdrowotnej.

WYKRES 7. OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA A % PKB CAŁKOWITYCH WYDATKÓW NA ZDROWIE (CAŁKOWITE I PUBLICZNE [3]) W EUROPIE ORAZ OCENA WSKAŹNIKA DALY [7]



Oczekiwana długość życia a % PKB całkowitych wydatków na zdrowie (całkowite i publiczne) w Europie oraz ocena wskaźnika DALY.

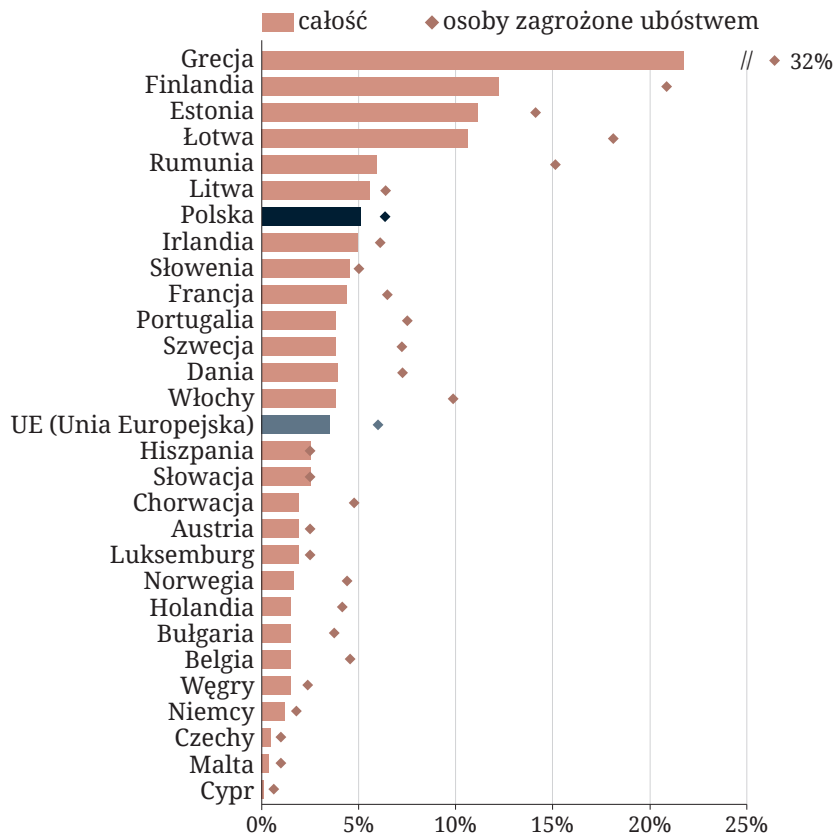
● powyżej 40 tys. ● 30-40 tys. ● poniżej 30 tys.

Źródła: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat (rok 2023 lub najbliższy) oraz Disease Burden of Disease dla roku 2023

Z kolei wyniki prezentowane na wykresie 8. wskazują, że wskaźniki zdrowotne związane z ukształtowaniem ekosystemu życia i zdrowia w Polsce są gorsze niż w krajach Europy Zachodniej i porównywalne ze wskaźnikami w krajach Europy Środkowej (jak Czechy i Słowacja). Za miarę wpływu opieki zdrowotnej można przyjąć ogólny wskaźnik umieralności możliwej do uniknięcia tzw. *treatable + preventable* (zgony możliwe do uniknięcia dzięki skutecznej profi-

laktyce oraz terminowemu i skutecznemu leczeniu). W Polsce wartość tego wskaźnika poprawiała się już przed pandemią COVID-19, jednak utrzymywała się na poziomie wyższym niż średnia w UE [8]. W latach 2013–2019 wskaźnik spadł z 377,5 do 100 tys. w 2013 r., do ok. 348,3 tys. w 2016 r., po czym utrzymywał się na zbliżonym poziomie ok. 355 tys. do 2019 r., podczas gdy w UE-27 wartość tego wskaźnika obniżała się z 269,7 do 243,2 tys. [9].

WYKRES 8. ODSETEK OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH NIEZASPOKOJONE POTRZEBY W ZAKRESIE BADAŃ LEKARSKICH Z POWODÓW FINANSOWYCH, DŁUGIEGO CZASU OCZEKIWANIA LUB ODLEGŁOŚCI

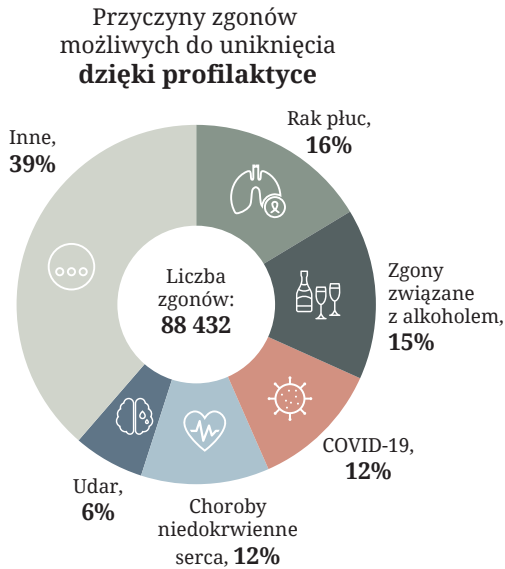


Źródła: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Poland.

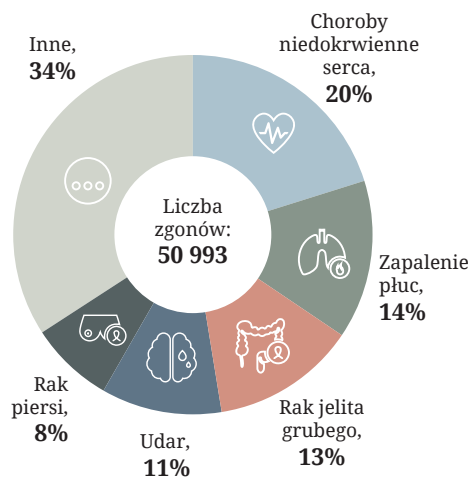
Kraje UE istotnie różnią się w zakresie behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych i zgonu. Zwraca uwagę fakt, że w części krajów, będących w czołówce ograniczania ryzyka dla jednych wskaźników, pojawiają się jednocześnie złe wyniki dla pozostałych parametrów. Przykładem mogą być Włochy, w których spożywa się względnie mało alkoholu i jest niski poziom otyłości, ale wysoki odsetek populacji to osoby palące. Niski odsetek palaczy i niski poziom spożycia alkoholu rapor-

towany jest dla Finlandii – tam jednak notuje się bardzo wysokie wskaźniki otyłości. W tej podstawowej ocenie najlepiej wypada Holandia, gdzie relatywnie niskiemu spożyciu alkoholu i niskiemu odsetkowi osób otyłych towarzyszy jeden z niższych wskaźników palenia. Niekorzystne wyniki dla każdego z analizowanych czynników ryzyka raportuje się natomiast w Niemczech. Polska znajduje się w środku stawki dla porównywanych czynników ryzyka [9].

WYKRES 9. PRZYCZYNY ZGONÓW MOŻLIWYCH DO UNIKNIĘCIA DZIĘKI PROFILAKTYCE ALBO DZIĘKI INTERWENCJI MEDYCZNEJ W POLSCE W 2022 ROKU [8]



Przyczyny zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej



Definicje: Śmiertelność, której można zapobiec, definiuje się jako zgony, których można uniknąć głównie dzięki działaniom w zakresie zdrowia publicznego i profilaktyki pierwotnej. Śmiertelność, której można zapobiec dzięki leczeniu, definiuje się jako zgony, których można uniknąć głównie dzięki działaniom w zakresie opieki zdrowotnej, w tym badaniom przesiewowym i leczeniu. Oba wskaźniki odnoszą się do przedwczesnej śmiertelności (poniżej 75. roku życia). W wykazach połowa wszystkich zgonów spowodowanych niektórymi chorobami (np. chorobą niedokrwienną serca, udarem mózgu, cukrzycą i nadciśnieniem) została przypisana do wykazu zgonów możliwych do uniknięcia, a druga połowa do przyczyn możliwych do wyleczenia, dzięki czemu nie dochodzi do podwójnego liczenia tych samych zgonów.

Źródło: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Poland

W Polsce w 2024 r. 5,2 % osób, które konkretnie zgłosiły potrzebę skorzystania z opieki medycznej, nie mogło uzyskać do niej dostępu z powodu kosztów, czasu oczekiwania lub odległości, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 3,6% [3].

W 2024 r. 64% Polaków deklaroowało, że jest w dobrym stanie zdrowia – nieco mniej niż średnia w UE wynosząca 68 %. Podobnie jak w innych krajach UE występuje istotna różnica między płciami: swoje zdrowie oceniło jako dobre 67,5% mężczyzn w porównaniu do 61,6% kobiet. Różnica według poziomu dochodów jest znacznie większa: 49,3% Polek z najniższej grupy dochodowej deklaroowało dobry stan zdrowia, podczas gdy w najwyższej grupie dochodowej odsetek ten wyniósł 76,4% i jest ona większa niż w UE [3].

WYDATKI NA ZDROWIE

Mimo rosnących wydatków na zdrowie Polska wciąż pozostaje w tyle za większością krajów Unii Europejskiej pod względem procentowego udziału Produktu Krajowego Brutto (PKB) przeznaczanego

na zdrowie. Ogólne wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca w Polsce w 2023 r. wyniosły 2 266 EUR w przeliczeniu na mieszkańca rocznie, przy średniej w Europie 3 832 EUR, czyli o 40% mniej. Z tej kwoty 78% pochodziło z nakładów ze środków publicznych, natomiast 22% stanowiły wydatki prywatne – w większości ponoszone przez pacjentów bezpośrednio z własnej kieszeni (*out-of-pocket*), głównie na leczenie ambulatoryjne oraz opiekę stomatologiczną [3].

Polska w całym okresie 2015–2024 utrzymywała niższy poziom finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych niż średnia UE-27. W latach 2015–2022 wartość publicznych wydatków w Polsce wynosiły ok. 6,25–6,54% PKB, podczas gdy w UE-27 przed pandemią utrzymywały się blisko 9,8–9,9% PKB. W latach 2020–2021 w UE-27 widać wyraźny wzrost średniej całkowitych wydatków na zdrowie w PKB do ok. 10,8%, a następnie spadek w 2023 r. do ok. 9,97%, co współgra z „efektem pandemicznym”. W Polsce po niewielkich wahaniami nastąpiło przyspieszenie wzrostu wydatków do 8,1% w 2025. Zmniejszyła się dystans do średniej unijnej, choć poziom pozostaje nadal wyraźnie poniżej UE-27 [8].

Mimo wzrostu nakładów publicznych w Polsce wydatki prywatne (z kieszeni pacjentów głównie na leki i opiekę ambulatoryjną, obok ubezpieczeń zdro-

wotnych) również rosną nominalnie i osiągnęły ponad 64 mld zł w 2024 roku. W 2024 roku aż 64,1% obywateli skorzystało z usług placówek prywatnych, jak wynika z Raportu NIZP „Stan zdrowia ludności w Polsce”. Ponadto w 2024 roku Polacy przeznaczyci na prywatne ubezpieczenia zdrowotne 2,3 miliarda złotych, co stanowi wzrost o 35,3% w porównaniu z rokiem poprzednim [6].

Odnotowuje się zatem, wynikających bardzo dynamiczny wzrost wydatków na zdrowie w Polsce o ok. 30% w okresie ostatnich 10 lat, wyraźniejszy w okresach poprzednich. Wynika to z nowych mechanizmów finansowania (np. z ustawy o 7% PKB na zdrowie) oraz samej inflacji kosztów medycznych podyktowanej m.in. zmianami taryf, a także wzrostem wynagrodzeń kadry medycznej. W lutym 2025 roku inflacja w Polsce wyniosła 4,9% w skali roku, a w tym czasie ceny usług zdrowotnych wzrosły o 6,6%. Wśród największych wzrostów znalazły się usługi stomatologiczne oraz usługi lekarskie [10].

Polski sektor ochrony zdrowia czerpie istotne środki z Unii Europejskiej, uruchamiane za pośrednictwem kilku komplementarnych instrumentów finansowych. W ramach Planu Odbudowy i Odporności (KPO) w ochronie zdrowia przyznano ok. 3 mld EUR, co stanowi około 5% całkowitej alokacji w ramach polskiego KPO (blisko 60 mld EUR).

Plan ukierunkowano na cztery główne obszary: restrukturyzację sektora szpitalnego, przyspieszenie cyfryzacji usług zdrowotnych, zwiększanie dostępności wykwalifikowanych kadr medycznych oraz wzmocnienie potencjału badawczego w priorytetowych dziedzinach nauk medycznych. RRP uzupełniają środki polityki spójności UE na lata 2021–2027, a Polska pozostaje największym beneficjentem tego instrumentu, z łączną alokacją 75,5 mld EUR, z czego 2,1 mld EUR przeznaczono na obszar zdrowia – przede wszystkim na inwestycje infrastrukturalne oraz doposażenie w sprzęt medyczny. Dodatkowe wsparcie zapewnia program EU4Health: w latach 2021–2023 polscy beneficjenci pozyskali łącznie 28,5 mln EUR w formie wspólnych działań i grantów bezpośrednich ze szczególnym uwzględnieniem onkologii (39%) oraz działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób (18%).

WYDATKI Z WŁASNEJ KIESZENI

Wydatki z własnej kieszeni (tzw. *out-of-pocket*) zawsze odgrywały znaczącą rolę w polskim systemie ochrony zdrowia. Kwestie finansowe są ogromną barierą dla Polaków np. z powodu braku środków finansowych ok. 40% kobiet zrezygnowało z leków na receptę (39,8%), opieki dentystrycznej (36,7%) oraz wizyt u lekarza specjalisty (35,1%) (w okresie ostatnich 12 miesięcy) [5]. Odpowiedni brak dostępu w konsekwencji prowadzi

do stopniowego pogarszania się ich stanu zdrowia, co znajduje odzwierciedlenie w danych epidemiologicznych.

Dane NIZP PZH wskazują, że z prywatnej opieki medycznej (w jakimkolwiek stopniu, przynajmniej okazjonalnie) korzysta 63,5% mężczyzn i 63% kobiet. Z kolei wyłącznie ze świadczeń prywatnych u lekarzy specjalistów korzysta 15,7% mężczyzn i 18,2% kobiet, głównie w miastach. W 2023 roku całkowite wydatki prywatne na zdrowie wyniosły 43,8 mld zł (18% wszystkich bieżących wydatków na zdrowie) [5].

Zjawisko to jest silnie zróżnicowane w zależności od wieku pacjentów i ich możliwości finansowych. Grupa wiekowa 20–39 lat to główni użytkownicy usług prywatnych – osoby przed 40. rokiem życia stanowią aż ok. 43% pacjentów deklarujących, że leczą się wyłącznie lub przede wszystkim prywatnie. Osoby w średnim wieku (40–59 lat) są drugą najliczniejszą grupą opłacającą swoje leczenie poza NFZ – od 33% (kobiety) do 36% (mężczyźni). Seniorzy (60–74 lata oraz 75+) w zdecydowanej większości korzystają wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej, co zasadniczo wynika z ich sytuacji finansowej. Osoby w wieku 75 lat i starsze stanowią zaledwie ok. 5–8% pacjentów korzystających w leczeniu z sektora prywatnego [5]. Jednocześnie są najbardziej obciążone kosztami leków, za które płacą przy kasie aptecz-

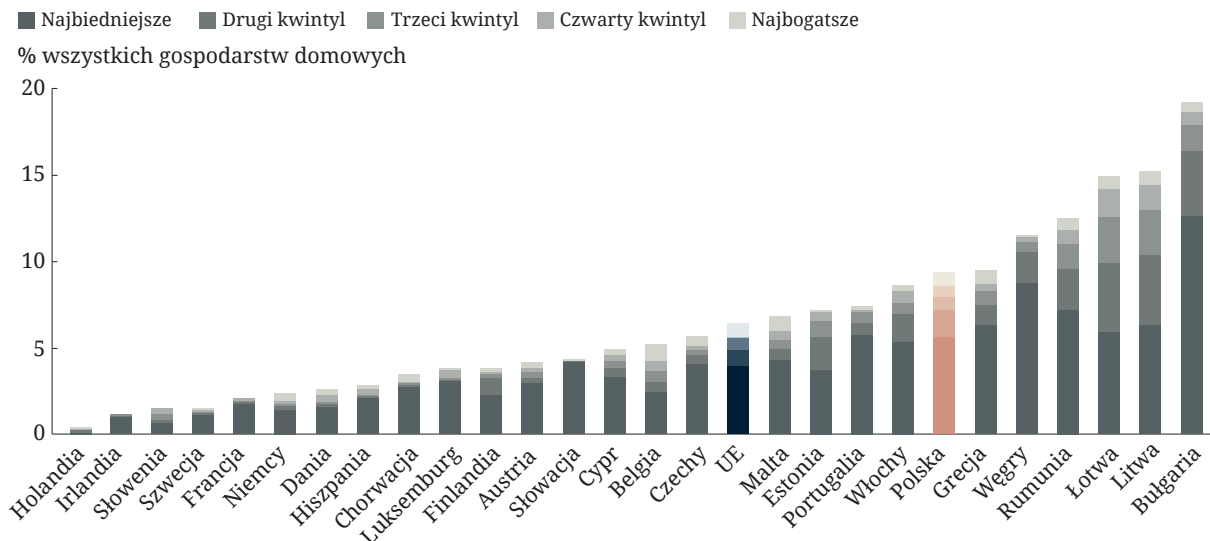
nej, z powodu wielochorobowości i ograniczonej refundacji. Dane wskazują, że co najmniej 65% Polaków korzysta przede wszystkim z opieki zdrowotnej w ramach NFZ.

Wydatki z własnej kieszeni nie zawsze są postrzegane jako główna przeszkoda; na liście kluczowych wyzwań respondenci częściej wskazywali kolejki do świadczeń zdrowotnych, a następnie braki kadrowe czy brak podmiotowego traktowania pacjenta oraz nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

Zjawisko dotyczące nierówności w zdrowiu będzie się pogłębiać wraz z ograniczaniem dostępu do opieki publicznej. Katastrofalne wydatki na opiekę zdro-

wotną w 2021 w Polsce dotykały 9,4% gospodarstw domowych i najczęściej gospodarstw domowych o najniższych dochodach. W Polsce odsetek osób zagrożonych ubóstwem dochodowym (poniżej 60% krajowej mediany dochodu ekwiwalentnego po transferach) obniżył się w ostatniej dekadzie i od 2017 r. utrzymuje się wyraźnie poniżej średniej UE-27: w 2024 wynosił 13,8%, podczas gdy średnia dla UE-27 wynosiła ok. 16,2%. Na tle państw UE Polska plasuje się obecnie w środkowo-korzystnej grupie: wyraźnie lepiej niż kraje o najwyższych wartościach, m.in. Bułgaria, Rumunia, Grecja, Hiszpania (19–24%), ale gorzej niż liderzy o najniższych odsetkach, zwłaszcza Czechy (9–10%), Holandia, Belgia, Norwegia i Dania (11–12%)¹.

WYKRES 10. ODSETEK GOSPODARSTW DOMOWYCH Z KATASTROFALNYMI WYDATKAMI



Definicje: Średnia dla UE jest nieważona. Dane dla Polski odnoszą się do 2021 r. Katastrofalne wydatki definiowane są jako wydatki gospodarstw domowych pokrywane z własnej kieszeni, przekraczające 40% całkowitych wydatków gospodarstwa domowego pomniejszonych o wydatki na podstawowe potrzeby tj. żywność, mieszkanie i media) na opiekę zdrowotną i w Polsce.

Źródło: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Poland.

¹ W interpretacji warto pamiętać, że jest to miara **relatywna** (próg zależy od krajowej mediany), a **AROPE** jest wskaźnikiem szerszym (obejmuje dodatkowo depryzację materialno-społeczną i niską intensywność pracy), więc sama stopa *at-risk-of-poverty* nie opisuje pełnego spektrum wykluczenia społecznego.

Wydatków Polaków nie mierzy się w kontekście dostępu do zdrowego życia. Aż 29,3% z nas wskazuje wysokie ceny zdrowej żywności jako główną barierę w zdrowym odżywianiu [6]. Sprawiają one, że wybiera się tańszą, przetworzoną żywność, której spożywanie pogarsza stan zdrowia, a w następstwie – wymusza wydatki na leczenie. Oznacza to, że system będzie musiał finansować leczenie nowotworów i chorób krążenia wywołanych ww. czynnikami przez kolejne dekady w jeszcze większym stopniu niż dziś.

Polski system ochrony zdrowia – wydajność czy błąd zaniechania?

Oczekiwania Polaków co do systemu opieki zdrowotnej bez wątplenia będą rosły. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym [11]. Wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest również konsumpcja alkoholu (obecnie 9,7 litra czystego alkoholu w przeliczeniu na osobę rocznie) i niekorzystne trendy w tym zakresie (wzrost udziału alkoholi mocnych z 34,6% do 39,2% między 2018 a 2021 r.). Ponadto zatrzymał się stopniowy spadek liczby osób regularnie palących wyroby tytoniowe lub papiere-

rosy elektroniczne (nałóg ten odpowiada u mężczyzn za 13,5% utraconych lat życia w zdrowiu). Niewłaściwa dieta i brak ruchu prowadzą do epidemii otyłości i nadwagi: dotyczą już one 62% mężczyzn i 43% kobiet [6].

Jednocześnie wciąż brakuje wielowymiarowych analiz wskazujących na jednoznaczne przyczyny narastających problemów w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce w okresie ostatnich 20–30 lat. Wiadomo jednak, że przyczynami są zbyt wolno podnoszące się wydatki na zdrowie oraz spadek wydajności ekonomicznej systemu, związany z nieadekwatną alokacją środków na terenie kraju zarówno w zakresie zarządzania regionalnego, jak i przez przyjęte formy finansowania świadczeń. Pojawiają się postulaty wdrażania modeli opieki opartej na wartości (w tym *bundled payment*), które są odmienne od kapitacji, opłaty za usługę (ang. *fee-for-service*) czy ryczałtu, gdzie świadczeniodawców finansuje się w zależności od liczby wykonanych świadczeń. Wymaga to wprowadzenia rozwiązań, dzięki którym pobudzona zostanie konkurencja na poziomie regionalnym i centralnym, a na poziomie lokalnym ustanowiona współpraca [12].

Przyjęta w Polsce zasada solidarności, zgodnie z którą obywatele wspólnie gromadzą środki na finansowanie świadczeń zdrowotnych (w szczególności poprzez składkę zdrowotną i mecha-

nizmy redystrybucyjne), ma w założeniu zapewnić ochronę przed ryzykiem finansowym choroby oraz ograniczać nierówności w dostępie do leczenia. Jednocześnie zasada pomocniczości państwa w zdrowiu nie ogranicza się do roli regulatora, lecz pełni funkcję gwaranta bezpieczeństwa zdrowotnego. W konsekwencji deklarowany katalog wartości tworzy ramy systemu, który miałyby minimalizować bariery ekonomiczne, chronić przed ubóstwem zdrowotnym oraz zapewniać równy start w dostępie do świadczeń. Jest to model oparty na założeniu, że zdrowie nie powinno być dobrem rynkowym w pełnym znaczeniu tego słowa, lecz dobrem o charakterze wspólnym – wymagającym zbiorowej odpowiedzialności.

Niestety w centrum organizacji i finansowania znalazły się procedury medyczne (badania, zabiegi, hospitalizacje, konsultacje), a sukces systemu mierzy się głównie liczbą i wykonaniem świadczeń oraz poziomem kosztów, a nie całościowym efektem zdrowotnym pacjenta.

1. ZARZĄDZANIE I LEADERSHIP

W warstwie normatywnej organizacja systemu ma realizować ideę powszechności i równości dostępu do świadczeń, niezależnie od statusu materialnego, miejsca zamieszkania czy indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Kluczowe jest ponowne rozważenie i rozdzielenie ról

regulatora (MZ czy samorządów w ustalaniu zasad i standardów), płatnika (zakup świadczeń i budżetowanie), dostawców usług (świadczeniodawców) oraz instytucji wspierających (m.in. AOTMiT, CMJ, NIZP PZH). Zbyt duża koncentracja kompetencji w jednej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów. Widać to obecnie w polskim systemie ze względu na rolę NFZ jako dominującego podmiotu nie tylko pod kątem finansowania, lecz i kształtowania zakresu opieki.

Jakość, zgodnie z podejściem WHO, jest rozumiana jako opieka, odpowiadająca określonym kryteriom i aktualnej wiedzy medycznej w ramach posiadanych zasobów, oraz zapewniająca pacjentowi maksymalną korzyść zdrowotną przy minimalnym ryzyku utraty zdrowia [13]. W Polsce nadal brak kompleksowej i ciągłej realnej oceny jakości opieki w ramach systemu opieki zdrowotnej, pomimo oceny przez regulatora (w ramach KPRM, NIZP PZH czy GUS), dążenia do poprawy przez akredytację i promowania tych rozwiązań przez NFZ (w postaci wyższego wskaźnika kontraktu). Pomimo że w ostatnich latach podjęto działania zmierzające do uszczelnienia oceny jakości, m.in. przez ustawę o jakości oraz wprowadzenie nowych wymogów w standardach akredytacyjnych, głównie jednak wyznaczono ramy formalno-prawne. Wprowadzenie zmian nie umożliwiło ani monitorowania procesów, ani oceny wskaźników, w tym

efektów zdrowotnych, co byłoby osiągalne np. przez odpowiednie rejestry czy ocenę ścieżek pacjentów (planowane m.in. w ramach e-DILO [14]).

W praktyce w Polsce powinna nastąpić zmiana sposobu definiowania rozwiązań przez:

1. poziom centralny, gdzie ustala się koszyk świadczeń, standardy i zasady finansowania, zakresy funkcjonowania świadczeniodawców, także w oparciu o dane regionalne: miało to być celem m.in. Map Potrzeb Zdrowotnych, czy w jakimś zakresie Planów Transformacji, lecz efektywność ich wykorzystania ogranicza fakt, że stworzono je głównie z myślą o finansowaniu rozwoju polskiego systemu w celu realizacji KPO; stałym elementem polityki zdrowotnej państwa powinna być ocena potrzeb populacji, struktura świadczeniodawców oraz możliwości finansowe, a przede wszystkim – przemyślane strategie;
2. poziom regionalny, odpowiedzialny za planowanie i organizację sieci świadczeniodawców, w tym za regularną analizę danych regionalnych;
3. poziom lokalny, realizujący opiekę i dostosowujący działania do potrzeb społeczności zarówno w sektorze zdrowia, jak i opieki społecznej przy współpracy z samorządami.

Głównym ograniczeniem wprowadzenia tych rozwiązań w celu zwiększenia efek-

tywności jest koordynacja między poziomami oraz wspólna ocena wskaźników w systemie. Oprócz wskaźników długofalowych kluczowe znaczenie ma zastosowanie wskaźników krótkoterminowych, takich jak np. liczba hospitalizacji na danym terenie w stosunku do liczby świadczeń czy opieki POZ. Nieodzownym elementem ładu zarządczego jest udział interesariuszy: organizacji pacjentów, samorządów zawodów medycznych oraz świadczeniodawców jako elementu stałego dialogu, a nie jedynie jako gry określonych grup nacisku i działania *ad hoc*. Partycypacja nie powinna oznaczać paraliżu decyzyjnego – potrzebne są zdefiniowane tryby konsultacji, terminy i kryteria rozstrzygnięć na każdym poziomie.

2. ALOKACJA ŚRODKÓW

Wydaje się, że w Polsce wzrost wydatków na opiekę zdrowotną jest konieczny, co potencjalnie sprzyja poprawie efektywności, choć wzrost ten jest obecnie konsumowany przez kosztochłonną medycynę proceduralną. Rosnąca liczba badań podkreśla dodatnią zależność między wydatkami na ochronę zdrowia a oczekiwaną długością życia [9], uwzględniając również takie czynniki, jak: status społeczny, dochód, poziom wykształcenia, wykonywany zawód, wiek, płeć oraz styl życia. W dwóch analizach oszacowano, że 10% wzrost wydatków na ochronę zdrowia mógłby wydłużyć oczekiwaną długość życia o 3–6 miesięcy (w krajach

OECD o 3–4 miesiące, pod warunkiem że poziom nieefektywności pozostanie niezmienny). Od 1960 do 2021 r. obserwuje się trzy różne trendy w zmianach oczekiwanej długości życia w krajach CEE. Pierwszy okres obejmuje czas przed 1991 rokiem; w Polsce luka zdrowotna zwiększyła się z mniej niż jednego roku na początku lat 60. do 10,2 roku w 2019. Dla porównania w Portugalii różnica wzrosła o 17,7, w Rumunii o 9,6 [33] a na Węgrzech o 8,3 roku. O nieodpowiedniej organizacji opieki pośrednio świadczy skrócenie długości życia w Polsce o 2,3 roku w okresie 2019–2021 (dla porównania: 2,65 roku w Rumunii, 1,86 roku w Czechach, 1,82 roku na Węgrzech oraz 1,46 roku w Grecji).

W Polsce w zakresie opieki zdrowotnej głównym celem systemu jest ograniczenie nakładów, nie tylko z powodów wydajnościowych. Jednym z podstawowych mechanizmów prowadzących do wzrostu nadużyć w systemie jest sposób organizacji i finansowania świadczeniodawców, czego przykładem może być m.in. sposób kontrolowania i różnicowanie taryf dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia szpitalnego bez względu na zakres opieki czy rozwój innowacji. Dodatkowo wpływają na to zasady kontraktowania, w tym limity, czy przerzucanie kosztów opieki na świadczeniodawców (np. brak lub opóźnienia płatności ze strony NFZ; płatności za wykonania za kwartał III i IV 2025,

nie zostały jeszcze w pełni zrealizowane w pierwszym kwartale 2026 roku). Koncentracja na bieżącym finansowaniu systemu opieki i wysokości taryf zamiast na zmianie zasad organizacji świadczeniodawców nie prowadzi do usuwania przyczyn niewydolności ekonomicznej systemu.

Problem wynika z ograniczonego zakresu oceny skutków regulacji wprowadzanych zmian w taryfikacji świadczeń jedynie w odniesieniu do pojedynczych grup świadczeń, np. tylko w obrębie specjalizacji czy grupy chorób. Brakuje oceny skutków dla poszczególnych grup świadczeniodawców na danym terenie, czy dla różnych łańcuchów dostaw. Jednocześnie wydaje się, że zjawisko nadużyć w opiece zdrowotnej, czy szerzej: w ochronie zdrowia, tak przez płatnika, świadczeniodawców czy samych pacjentów, pomimo że jest wskazywane m.in. przez Najwyższą Izbę Kontroli, nie przynosi realnych zmian. Główne przyczyny są związane z rozwojem „medycyny proceduralnej” i wynikają z:

» rozliczania za usługę: płatność i ocena pracy oparte na wykonanych czynnościach (np. punktach, procedurach), także jako jeden z mechanizmów coraz szerzej kontraktowanej kadry medycznej, oraz skłonność do wykonywania większej lub mniejszej liczby badań i zabiegów (w zależności od motywacji finansowej) niż wynika to z realnej potrzeby klinicznej;

- » fragmentacji opieki: pacjent odwiedza wielu specjalistów i otrzymuje świadczenia bez spójnej koordynacji;
- » priorytetyzacji ostrych interwencji: przewaga leczenia ostrych epizodów i działań naprawczych nad prewencją i kontrolą chorób przewlekłych;
- » słabych bodźców jakościowych: jakość i bezpieczeństwo są traktowane jak dodatek, a nie główne kryterium powodzenia.

Kolejne „reformy” w postaci ustanowienia koszyka świadczeń gwarantowanych w 2006 roku (prace koncepcyjne trwały niecałe dwa lata), ze znacznym ograniczeniem i zacementowaniem wąskiej roli podstawowej opieki od 2001 roku w ramach stawki kapitałowej, czy początkowo wprowadzeniem grup JGP (bez ewaluacji w czasie zasadności zakresu grup, a jedynie w ramach regulacji wysokości taryf przez AOTMiT czy sam NFZ) tylko dla leczenia szpitalnego bez zmian w systemie ambulatoryjnym jako początek systemu medycyny proceduralnej utrwały nieprawidłowości w systemie. Spowodowało to zwiększenie i rozproszenie liczby świadczeniodawców, bez określenia ich profili pod kątem integracji i kompleksowości świadczeń (pokazuje to wzrost liczby szpitali z 700 w 2000 roku do 980 w 2022) i jasnych zasad rozliczania ich. Stąd wzięły się zjawiska optymalizacji świadczeń oraz „ciekawie” zjawiska epidemiologiczne wynikające ze sprawozdawczości do NFZ (np.

nowotworów, powikłań m.in. porodów, czy innych zakresów), które stały się podstawą tworzenia kolejnych narzędzi analizy trendów epidemiologii w Polsce np. Mapy Potrzeb Zdrowotnych czy opracowania NIZP PZH – NIB.

Dodatkowo zaniechanie zabezpieczenia odpowiedniego zasobu kadry medycznej (pod względem zakresu, jak i tworzonych kompetencji), w tym odpowiedniego ich finansowania, spowodowało zjawisko wieloletowości. Włączenie pielęgniarek POZ do programu CHUK oraz zmiana kryteriów pozwoliły na to, że część czynności (wywiad, pomiary, organizacja badań, edukacja zdrowotna) mogła być wykonywana przez personel pielęgniarski, co zwiększyło przepustowość poradni, odciążało lekarzy i ułatwiło umawianie pacjentów i wskazuje na to, że zauważana jest konieczność zmian.

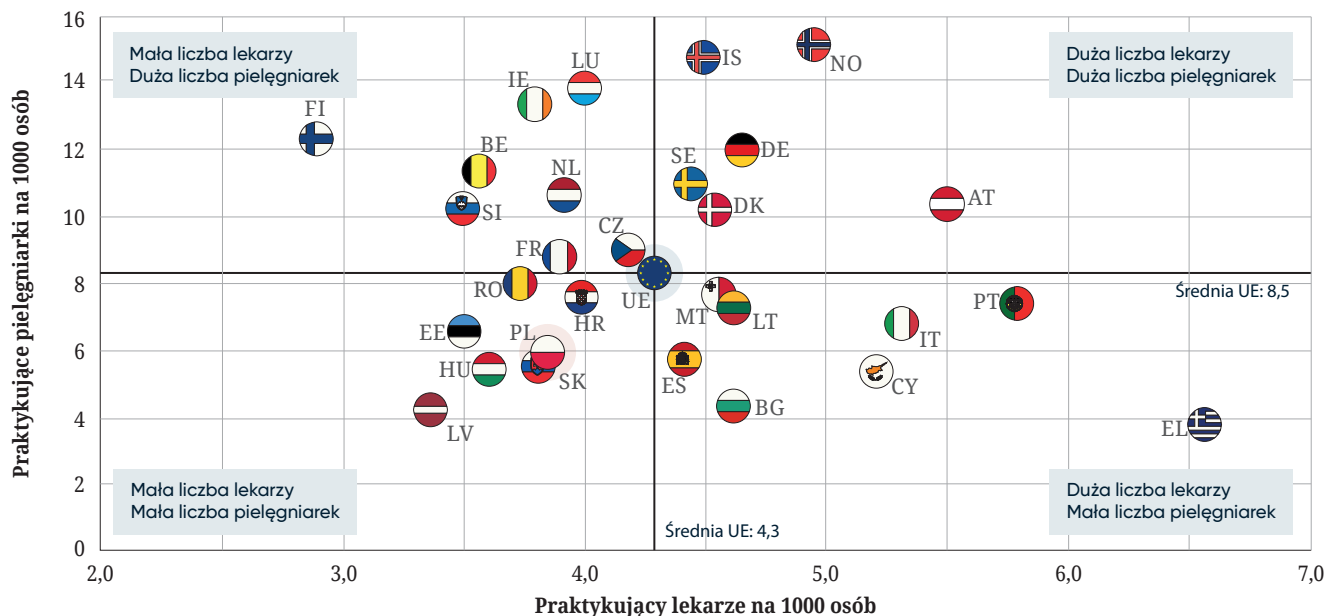
Zmiany te doprowadziły do stałego podnoszenia oczekiwań finansowych poszczególnych grup, a w konsekwencji powoduje to już braki kadrowe zarówno w systemie publicznym, jak i prywatnym. Kadry są jednym z najtrudniej skalowalnych zasobów systemu. Ich projektowanie powinno obejmować planowanie liczby pracowników medycznych, ich rozmieszczenia regionalnego oraz kompetencji. Cel ten wiąże się z koniecznością zmiany nie tylko form kształcenia na uczelniach, lecz również w ramach

ustawicznego kształcenia w czasie specjalizacji. Szczęólnego znaczenia nabiera opieka nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, wymagająca zespołów interdyscyplinarnych i nowych ról (koordynator opieki, edukator zdrowotny, farmaceuta kliniczny) przy organizacji zadań świadczeniodawców.

Niewydolność części publicznego segmentu ochrony zdrowia, szczególnie w obrębie dostępu do specjalistów i diagnostyki, skutkuje odpływem pacjentów do sektora prywatnego. Zjawisko to – przy dużej skali korzystania z usług prywatnych – tworzy w praktyce równoległy system, w którym szybkość uzyskania świadczenia zależy od zasobności

portfela pacjenta. Mechanizm ten promuje przede wszystkim osoby młodsze i aktywne zawodowo, dysponujące większymi dochodami i elastycznością organizacyjną. Jednocześnie grupy bardziej wrażliwe społecznie – osoby uboższe, niepełnosprawne, gorzej wykształcone, mieszkańcy obszarów peryferyjnych oraz seniorzy – częściej pozostają uzależnione od systemu publicznego, a więc od dostępności świadczeń i czasu oczekiwania. W konsekwencji nierówność staje się nie tylko skutkiem ubocznym, ale trwałym elementem krajobrazu systemowego: dostęp do leczenia w odpowiednim czasie i zakresie nie zależy od potrzeb zdrowotnych, lecz od możliwości finansowych.

WYKRES 11. LICZBA PRACUJĄCYCH PIELĘGNIAREK I LEKARZY W POLSCE I W KRAJACH EU



Definicje: Średnia UE jest nieważona. Dane dotyczące pielęgniarek obejmują wszystkie kategorie pielęgniarek (nie tylko te spełniające wymogi dyrektywy UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych). W Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, co powoduje znaczne przeszacowanie liczby praktykujących lekarzy. W Grecji liczba pielęgniarek jest zaniżona, ponieważ obejmuje tylko te pracujące w szpitalach.

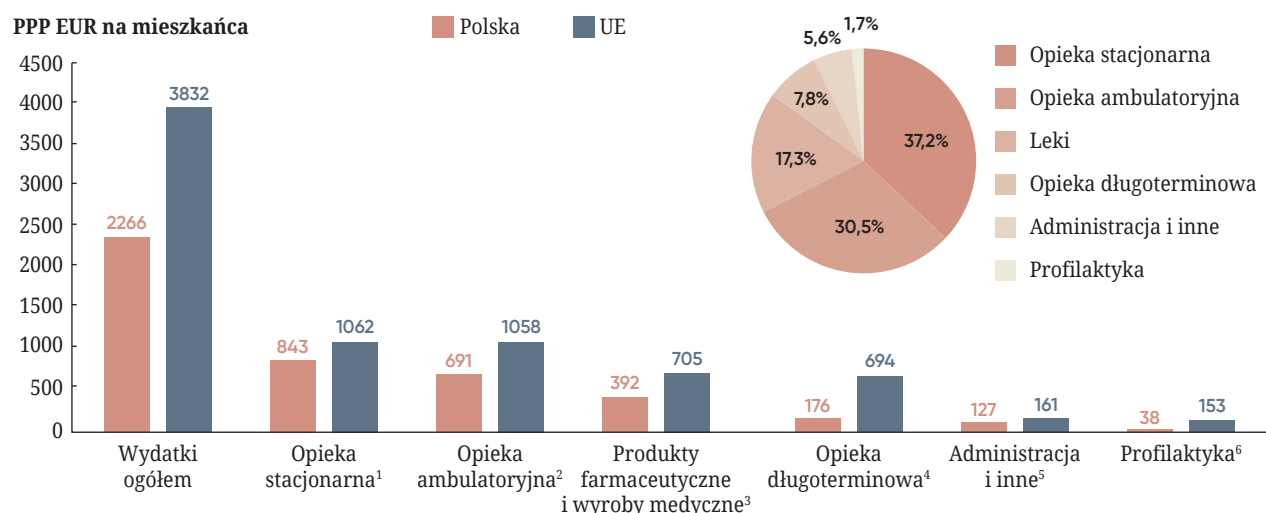
Źródło: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Poland

Dane zagraniczne wskazują, że nawet kraje o wysokiej wartości wydatków na zdrowie przyjęły odmienne modele organizacji opieki, szczególnie opieki podstawowej i szpitalnej. Polska należy do krajów o względnie wysokiej liczbie łóżek zaraz za Bułgarią, Niemcami, Rumunią czy Mołdawią. Liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. mieszkańców jest w Polsce wyraźnie większa niż średnio w UE-27, a w latach 2018–2023 pozostała raczej stabilna. Wskaźnik spadł z 653,7 w 2018 do 627,1 w 2023 r. Dla porównania średnia UE-27 wykazuje łagodny trend spadkowy z 538,3 (2018) do 510,8 (2023). Oznacza to, że dystans Polski względem średniej unijnej utrzymuje się na poziomie ok. +90 do +120 łóżek/100 tys., lub więcej w stosunku do państw o niskich wartościach, np. Szwecji -187–212 czy

Holandii -231–318. Dodatkowo wskaźniki obłożenia łóżek w 2022 r. były bardzo wysokie, na poziomie 80,0%; ich wartość spadła do 68,8 % w 2023 r.

Ze względu na zjawisko nadużyć, częściej nazywane hazardem moralnym (a niekiedy: pokusą nadużycia, ryzykiem moralnym) stanowi mechanizm opisywany w ekonomii ubezpieczeń, polegający na zmianie zachowania ubezpieczonego (lub podmiotu korzystającego z ochrony finansowej) po objęciu ochroną ubezpieczeniową, z powodu zmniejszenia kosztu krajowego, jaki ponosi (np. współpłacenie jest niskie lub zerowe) bądź też w sytuacji, gdy płatnik nie jest w stanie w pełni obserwować ani kontrolować działań wpływających na ryzyko i wykorzystanie świadczeń. W ochronie zdrowia oznacza

WYKRES 12. WYDATKI NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W PRZELICZENIU NA PPP NA MIESZKAŃCA W EURO W ROKU 2023



Uwagi : 1. Obejmuje leczenie i rehabilitację w szpitalach i innych placówkach; 2. Obejmuje opiekę domową i usługi pomocnicze (np. transport pacjentów); 3. Obejmuje wyłącznie rynek poza szpitalny; 4. Obejmuje wyłącznie element zdrowotny opieki długoterminowej; 5. Obejmuje zarządzanie i administrację systemem opieki zdrowotnej oraz inne wydatki; 6. Obejmuje wyłącznie wydatki na zorganizowane programy profilaktyczne; Średnia UE jest ważona (obliczona przez OECD).

Źródło: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Poland

to w praktyce, że ubezpieczenie może zwiększać korzystanie z usług medycznych, bo pacjent płaci mniej z własnej kieszeni. W literaturze podkreśla się, że termin „moral hazard” nie musi oznaczać niemoralności; chodzi raczej o efekt bodźców finansowych i asymetrii informacji w relacji płatnik–świadczeniodawca–pacjent (OUP Academic).

W praktyce spotyka się dwa ujęcia (bardzo zbliżone z klasycznym podziałem na *ex ante* i *ex post*):

- » *Ex ante* (przed zdarzeniem): ubezpieczenie może osłabiać motywację do ograniczania ryzyka (np. mniej działań profilaktycznych, większa skłonność do zachowań ryzykownych), bo część kosztów ewentualnych konsekwencji poniesie ubezpieczyciel/płatnik,
- » *Ex post* (po zdarzeniu, przy korzystaniu ze świadczeń): ubezpieczenie może zwiększać konsumpcję dóbr i usług, których cenę częściowo lub całkowicie pokrywa ubezpieczenie (np. więcej wizyt, badań, procedur, wybór droższych opcji).

Wyniki RAND Health Insurance Experiment pokazują, że gdy rośnie udział kosztów ponoszonych przez pacjenta (cost sharing), spada wykorzystanie usług i wydatki – co jest klasycznym mechanizmem zgodnym z teorią hazardu moralnego. Jednocześnie – i to jest kluczowe z perspektywy polityki zdrowotnej – ograniczanie konsumpcji przez współ-

płatnicze może redukować zarówno usługi zbędne, jak i część tych potrzebnych, dlatego narzędzia „anty – moral hazard” muszą być projektowane ostrożnie [18]. Poza prostym zwiększaniem współpłacenia rozwija się podejścia typu value-based cost sharing: niższe współpłacenie dla świadczeń o wysokiej wartości klinicznej (wysoki efekt zdrowotny względem kosztu) i wyższe dla świadczeń o niskiej wartości [19]. Jednocześnie istniejące badania naukowe wskazują, że cost sharing nie ogranicza wydatków całkowitych w systemach opieki zdrowotnej, lecz może w wybranych obszarach prowadzić do pogorszenia efektów opieki czy zwiększenia nierówności [20].

W Polsce przykładem wskazującym na nadużycia jest opieka ambulatoryjna. Wskaźnik liczby konsultacji lekarskich w systemie publicznym na mieszkańca w Polsce był w latach 2015–2019 umiarkowanie stabilny i wykazywał łagodny wzrost (7,4 do 7,7), po czym w 2020 r. odnotowano wyraźny spadek do 6,8, oraz wzrost w roku 2023 do poziomu 8,4. Na tle Europy poziom Polski w 2023 r. był niższy niż w krajach o wysokiej intensywności korzystania z porad (np. Niemcy ok. 9,8–10,0; Austria ok. 12,3–12,6; Holandia ok. 10,1), zbliżony do części państw Europy Środkowej (np. Czechy ok. 8,8–9,1), a wyraźnie wyższy niż w krajach o niskich wartościach (np. Szwecja ok. 3,1; Norwegia ok. 3,8–4,5; Portugalia ok. 5,3) [9]. Widać to już obecnie w obre-

bie opieki prywatnej realizowanej przez ubezpieczycieli: w 2025 r. przeciętny Polak skorzystał z 13,7 prywatnego świadczenia medycznego w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, co oznacza wzrost o 10 % w porównaniu do roku poprzedniego [17]. Liczby te mogą odzwierciedlać różnice w organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, dostępności specjalistów oraz wzorcach kierowania i zastępowania konsultacji innymi formami opieki, w tym prywatnej.

Warto dodać, że ograniczanie hazardu moralnego nie powinno się opierać wyłącznie na mechanizmach finansowych i kontrolnych. Liczą się również normy, zaufanie i odpowiedzialność interesariuszy. Fundamentem przestrzegania reguł społecznych powinna być infrastruktura etyczna i prawna – zarówno w wymiarze intelektualnym (przekonania, założenia jawne i ukryte przyjmowane w działalności gospodarczej, jej badaniu i edukacji na jej rzecz), jak i materialnym (konkretne rozwiązania stosowane w życiu publicznym, praktyce gospodarczej, administracyjnej). Jest to warunek sine qua non kształtowania dobra wspólnego, jakim jest zdrowie. W praktyce ochrony zdrowia oznacza to m.in., aby znajdować rozwiązania, które wzmacniają profesjonalizm i odpowiedzialność (standardy kliniczne, przejrzystość decyzji, monitoring jakości),

zamiast opierać się tylko na przykręcaniu kurka finansowego.

Ponadto wydaje się, że jedną z przyczyn niewydolności polskiego systemu zdrowotnego jest zaniedbanie wielosektorowego podejścia do szeroko pojętej prewencji w Polsce. Widać to między innymi w populacji dzieci: wycofanie pielęgniarek szkolnych, które przywrócono w roku 2019, brak odpowiedniej koordynacji działań POZ w zakresie badań bilansowych z możliwościami wdrożenia odpowiedniej opieki (np. w zakresie rosnącej otyłości dzieci), w tym psychiatrycznej. Wiąże się to także z nieodpowiednim reagowaniem i niedostosowaniem działań z poziomu prewencji u dzieci w POZ we współpracy z innymi instytucjami, w tym przede wszystkim z sektorem edukacji. Drugą przyczyną jest brak zmian organizacji i koordynacji prewencji w Polsce w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ [21]) czy podejmowania działań w POZ w ramach opieki koordynowanej, Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) czy Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (NPChUK), które wprowadzają kompleksowe zmiany w polskiej kardiologii i dziedzinach pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia (ChUK).

Obecnie niemal 10-letnia historia Narodowego Programu Zdrowia [22]² – będącego

² Obejmujące cele dotyczące: profilaktykę nadwagi i otyłości, profilaktykę uzależnień, promocję zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne, wyzwania demograficzne, w tym seniorów.

aktem wykonawczym ustawy o zdrowiu publicznym i kluczowym narzędziem realizacji zadań w tym obszarze – pokazuje, że zakresy działań często się nakładają. Dotyczy to m.in. działań edukacyjnych realizowanych równoległe w ramach NSO czy programu profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK). Takie nakładanie się inicjatyw, przy jednoczesnym braku spojrzenia przez pryzmat czynników ryzyka, rodzi pytania o zakres integracji i projektowe podejście do rozwiązań. W efekcie może prowadzić do wzrostu wydatków, który nie musi przekładać się na realne efekty zdrowotne. Program CHUK był w trakcie realizacji modyfikowany, co doprowadziło do poprawy jego dostępności, lecz ciągle zakres jest bardzo ograniczony – w 2020 roku skorzystało z niego 40 772 osób, w 2022 roku 5-krotnie więcej – 221 281 osób [23]. Same wydatki na Narodowy Program Zdrowia wynosiły w ciągu pięciu lat ok. 700 mln zł, w tym po 350 mln z budżetu państwa oraz z państwowych funduszy celowych pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia oraz Ministra Sportu i Turystyki, a obecnie jest planowane wydanie ok. 1 mld [24]. W latach 2021-2023 zrealizowano 88 proc. z 83 zadań ujętych w NPZ, które dotyczyły aż 81 tys. inicjatyw, a na ich realizację przeznaczono 16,2 mld zł [25].

Wprowadzone obecne bilanse zdrowia w ramach „Mojego Zdrowia” budzą nadzieje, lecz brak objęcia opieką koordynowaną ok. 50% kontraktów POZ w Pol-

sce [26] i długość kolejek do specjalistów budzą wątpliwości co do skuteczności tego programu oraz każą zadać pytania o ryzyka dublowania działań z już istniejącymi projektami profilaktycznymi.

Przy wprowadzeniu tego rozwiązania nie ustalono zasad kontroli, podziału kompetencji między instytucje, ani wskaźników oceny długofalowej. Niewystarczające wykorzystanie nowoczesnych technologii oraz ograniczony model konsultacji z innymi specjalistami – rodzi kolejne ograniczenia w maksymalizacji efektów. Dodatkowo brak odpowiedniego nadzoru nad równością w dostępie i nad zakresami opieki zakresem opieki w ramach POZ będzie skutkowało dla pacjentów dalszymi kolejkami do specjalistów.

Modele płatności

Obecnie 18 zakresów świadczeń ma zróżnicowane zakresy kontraktowania i modele płatności. Wydaje się, że jesteśmy na początku wprowadzania bardziej elastycznych form finansowania opieki, w tym: bardziej złożonych związanych ze ścieżką pacjenta (np. KOS-Zawał [27]). W Polsce, podobnie jak na świecie, modele płatności zostały zdywersyfikowane m.in: (1) w POZ w oparciu o stawkę kapitacyjną, a także w oparciu o model płatności za usługę w ramach opieki koordynowanej czy budżet powierzony; (2) w szpitalnictwie – systemy oparte na grupach jednorodnych (DRG/JGP), cza-

sem z elementami ryczałtu, lecz z dużym udziałem płacenia za usługę; (3) w opiece ambulatoryjnej – płacenie za usługę, w niewielkim zakresie płacenie ryczałtowe za określone pakiety świadczeń. Każdy mechanizm finansowania zawiera ryzyko nadużyć, lecz największe ma system *fee-for-service* sprzyjający nadwykonaniom świadczeń, co w systemie polskim jest wyraźnie widoczne. Ma to w Polsce miejsce od lat i przejawia się w utrzymującym się udziale leczenia szpitalnego. Niejednoznaczny system JGP może prowadzić do selekcji przypadków lub ryzyka nadużyć w kodowaniu, co w Polsce miało być ograniczone siecią szpitali i wprowadzeniem ryczałtu (co prawda dalej opartego na JGP).

Projektowanie systemu wymaga myślenia w optyce ścieżki pacjenta (*patient journey*) i powinno być dostosowane do jego potrzeb. Oznacza to spójne zintegrowanie w systemie prewencji i leczenia – od profilaktyki i wczesnej diagnostyki, przez odpowiednie terapie i rehabilitację, po opiekę długoterminową. Najczęściej „wąskie gardła” i konieczność koordynacji przez pacjenta pojawiają się na styku: POZ ze specjalistami czy szpitalem, a także między diagnostyką a kontynuacją leczenia.

W Polsce w trakcie planowania opieki lekarz POZ miał się stać „gatekeeperem”, zgodnie z założeniami opieki w innych krajach, lecz dopiero wprowadzenie pilo-

tażu POZ PLUS w 2018 roku [28] i wdrożenie opieki koordynowanej stało się podstawą tego systemu. Opóźnienie planowanego rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej było decyzją polityczną podtrzymywaną przez kolejne rządy od 2001 roku pomimo sprzyjającej sytuacji finansowej w państwie i wsparcia unijnego.

Silna POZ jest fundamentem systemu (choć w Polsce dodatkowo taką rolę mogłaby pełnić służba medycyny pracy) i może odpowiadać za: (a) profilaktykę w ramach zespołów specjalistów (w tym pielęgniarek szkolnych) oraz szczepienia; (b) wczesne wykrywanie chorób; (c) współprowadzenie leczenia chorób przewlekłych oraz (d) koordynację opieki, w tym z opieką społeczną. W praktyce skuteczna POZ wymaga systematycznego wprowadzania narzędzi do zarządzania populacją (m.in. listy pacjentów, powiadomienia o badaniach przesiewowych, odpowiednie wskaźniki oceniające świadczeniodawców), wsparcia pielęgniarskiego i koordynatorskiego oraz jasnych zasad współpracy ze specjalistami. Obecne wdrożenie nowoczesnego POZ jest w połowie drogi.

W ramach programów pilotażowych w Polsce testowane są rozwiązania dotyczące kompleksowości, integracji z jednoczesnym testowaniem płacenia za efekt. Przykład stanowią m.in. KOS-Zawał, KOWZS - kompleksową opieką nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów, czy

opieka bariatryczna. Głównym ograniczeniem jest przy tym brak równego dostępu na terenie Polski, co widać między innymi w KOS-Zawał (funkcjonującym od października 2017 roku programie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego). Dane z 2022 roku wskazywały 70,8 tys. przypadków zawału serca, z czego 27% objęto leczeniem w programie KOS-Zawał, a w 2024 – 67,6 tys., z czego leczeniem objęto 25,3%. Około 7 na 10 pacjentów objętych KOS-Zawał było rehabilitowanych kardiologicznie, w tym 29% pacjentów odbyło rehabilitację w trybie dziennym (poza KOS-Zawał tylko 3%). W porównaniu z pacjentami leczonymi poza programem pacjenci objęci KOS-Zawał cechowali się istotnie niższą śmiertelnością 30-dniową, 180-dniową i roczną, niezależnie od wieku czy przebytych chorób, co wskazuje, że tylko 1/4 populacji pacjentów ma większe szanse na życie: w 2022 roku w województwie śląskim 61% przypadków zawału było objętych programem, a województwie świętokrzyskim tylko 1% przypadków. Wprowadzenie sieci kardiologicznej ma być na te kwestie odpowiedzią, lecz nadal nie widać zmian w zakresie integracji z innymi świadczeniami czy potrzebami pacjentów, w tym – rzeczywistym ukierunkowaniem realizacji zadań przez świadczeniodawców [29].

Elementy pomiaru jakości i kompleksowości wdrożono w ramach wielkoskalowych projektów, takich jak pilotaże Krajowej Sieci Onkologicznej czy Krajo-

wej Sieci Kardiologicznej. Pomimo dyskusji na temat kształtu opieki dopiero od 2027–2028 planuje się wprowadzanie odpowiednich narzędzi oceny, m.in. Elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej (e-KOK) jako dokumentu cyfrowego, który pozwoli gromadzić i przetwarzać dane dotyczące opieki kardiologicznej oraz monitorować wskaźniki jakości na każdym etapie leczenia kardiologicznego [30]. Aspekty rozwoju koordynacji uwzględniono w pilotażu opieki psychiatrycznej. Wydaje się, że ich głównym grzechem jest brak odpowiedniego długofalowego planowania rozwoju co do zakresu wdrażanych rozwiązań szeroko w całym systemie, oraz brak kompleksowej oceny skutków ich wdrożenia i wyzwań w implementacji, także poza systemem opieki zdrowotnej.

Obecnie w Polsce system rygorystycznej kontroli wydatków i zakresu świadczeń wdrożony jest w zakresie dostępu do leków przez wprowadzenie ustawy refundacyjnej i jej aktualizacje wraz z systemem kontroli świadczeniodawców i lekarzy. Wdrożenie e-recepty otworzyło nowe perspektywy zarządzania opieką, lecz są niewykorzystywane w Polsce ani do oceny bezpieczeństwa, ani do regulacji preskrypcji, jak w innych krajach [31]. Wydaje się, że względnie najskuteczniej uregulowano procesy w obrębie dostępu do innowacji i leków wysokokosztowych przez rosnące znaczenie negocjacji cenowych, instrumentów dzielenia ryzy-

ka (RSA/RSS), warunkowej refundacji i coraz częstszego monitorowania efektów w praktyce klinicznej. Pomimo obaw płatnika związanych ze wzrostem wydatków, dotyczących przede wszystkim starzenia się populacji polskiej, wprowadzenie ustawy refundacyjnej doprowadziło w Polsce do ścisłego monitorowania cen i relatywnie dobrze zorganizowanej kontroli wydatków.

3. JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO: SYSTEM UCZĄCY SIĘ

Jakość w systemie ochrony zdrowia powinna być mierzona wielowymiarowo: poprzez wyniki leczenia, poprawność procesów, bezpieczeństwo pacjenta oraz jego doświadczenie. Modelu wprowadzonego przez Donabediana, nie realizuje się u nas w pełnym zakresie.

Ważnym elementem jest mechanizm uczenia się: regularne przeglądy danych, identyfikacja barier wdrożeniowych oraz szybkie wprowadzanie korekt. System powinien unikać reform jednorazowych lub punktowych, a prowadzić do systemu ciągłego rozwoju. Jedną z kluczowych kwestii stanowi ocena bezpieczeństwa pacjenta, wymagającego kultury organizacyjnej, która promuje zgłaszanie zdarzeń niepożądanych i uczenie się. Chodzi o zmianę perspektywy z kultury „zgniłego jabłka” na system „no fault”, tak by nie szukać bezustannie winnych. Niezbędne są procedury, checklisty, analiza przy-

czyn źródłowych oraz szkolenia zespołów. Wysoka jakość nie jest dodatkiem, lecz warunkiem efektywności: powikłania i readmisje generują koszty i obniżają zaufanie do systemu.

Rejestry kliniczne i benchmarki między ośrodkami to narzędzie, które pozwala ustalić najlepsze praktyki i miejsca wymagające wsparcia, mogłoby się też stać podstawą rozwoju nauki jak np. w Szwecji. W połączeniu z akredytacją opartą na wytycznych i standardach oraz odpowiednim systemem audytów mogą umożliwić stopniową redukcję nieuzasadnionej zmienności w praktyce klinicznej.

Celem cyfryzacji nie jest samo wdrożenie narzędzia, ale poprawa funkcjonalności procesów, a nowoczesny system opieki zdrowotnej wymaga wiarygodnych danych. Podstawą jest interoperacyjność i spójne standardy, umożliwiające wymianę informacji między poziomami opieki. Obecnie minimalny zakres EDM to: elektroniczna dokumentacja medyczna, e-recepta, e-skierowanie, centralna rejestracja oraz rejestry programów i wyników leczenia. Dlatego ocena dojrzałości cyfrowej powinna obejmować także szkolenia, ergonomię pracy, automatyzację raportowania oraz redukcję obciążeń administracyjnych. W Polsce obecnie wydaje się, że głównym zadaniem cyfryzacji jest wdrażanie innowacji zamiast szukania systemowego podej-

ścia do wdrażanych procesów (vide brak wdrożenia karty e-DILO pomimo ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej od 2023 roku), które już prowadzą do wzrostu biurokracji (mnożąc przepisy dotyczące sprawozdawczości bez uwzględnienia wydolności operacyjnej szpitali czy szerzej świadczeniodawców i stopnia automatyzacji zbierania danych), co zwiększa czas pracy personelu i obniża jakość danych, a przede wszystkim nie prowadzi do wzrostu transparentności systemu.

Podsumowanie

Zestawienie wartości deklarowanych z wartościami realizowanymi prowadzi do wniosku, że polski system ochrony zdrowia funkcjonuje w stanie trwałego napięcia między ideą solidarności i powszechności a mechanizmami, które utrwalają nierówności, prywatyzację i reaktywny charakter opieki. Wieloletnie niedofinansowanie oraz problemy strukturalne sprawiają, że formalne założenia nie przekładają się na równy dostęp pacjentów do świadczeń. W praktyce system coraz częściej premiuje indywidualną zaradność i wymusza rynkowe strategie radzenia sobie z chorobą, w których zasobność portfela wpływa na czas, zakres i jakość uzyskiwanej pomocy. Dla dalszych rekomendacji i kierunków reform kluczowe jest zatem nie tylko pytanie o poziom nakładów, lecz także o to, czy mechanizmy

organizacyjne i finansowe wzmacniają solidarność i koordynację opieki, czy też – nieintencjonalnie – utrwalają podziały i wzmacniają model kosztownej medycyny proceduralnej czy „naprawczej”.

W ostatnich dekadach systemy opieki zdrowotnej stały się wyjątkowo złożone, a to wymaga stosowania modeli i typologii umożliwiających porównywanie sposobów finansowania, organizacji i zapewniania świadczeń. Wybór modelu organizacji opieki nie wynika jednak wyłącznie z historii czy uwarunkowań politycznych, ale także z dojrzałości instytucji oraz społeczeństwa – rozumienia roli jednostki w kształtowaniu postaw prozdrowotnych i odpowiedzialności poszczególnych interesariuszy systemu w jego kształtowaniu.

Zdrowie jest nadal postrzegane jako dobro wspólne, a jednocześnie analiza danych pokazuje, że współcześnie polski system ochrony coraz częściej funkcjonuje w logice medycyny proceduralnej, także coraz częściej w prewencji. Poprawę zdrowia powinno się mierzyć efektywnością i wydajnością ekonomiczną systemu. Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia powinien się opierać na zestawie wartości: równości i sprawiedliwości w dostępie, bezpieczeństwie pacjenta, skuteczności klinicznej opartej na dowodach, adekwatnym wykorzystaniu zasobów, transparentności, w tym: zasad rozliczania. Fundamentem takiego systemu

są powszechne ubezpieczenie zdrowotne oraz silna podstawowa opieka zdrowotna. Pomimo oczywistych kierunków rozwoju systemów wciąż poszukuje się mierników, które pozwalałyby na obiektywne porównywanie efektywności systemów – dlatego w tekście zestawiono dane o finansowaniu, stanie zdrowia populacji oraz wskaźnikach możliwej do uniknięcia umieralności.

Na tle Europy Polska pozostaje krajem o relatywnie niskich nakładach na zdrowie (w relacji do PKB) w porównaniu do średniej UE, mimo zauważalnego dynamicznego wzrostu w ostatnich latach. Równoległe wyraźnie rośnie znaczenie wydatków prywatnych – zarówno bezpośrednich, np. leków czy wizyt, jak i (w mniejszym stopniu) dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. W praktyce prowadzi to do utrzymywania się podwójnego obiegu świadczeń: publicznego i prywatnego, przy czym prywatny obecnie pełni często funkcję obejścia barier dostępu (czas oczekiwania, dostępność opieki ambulatoryjnej), a nie uzupełnienia systemowo zaplanowanej ścieżki pacjenta. Jednocześnie rosnące koszty świadczeń (m.in. w warunkach inflacji kosztów medycznych) wzmacniają presję na gospodarstwa domowe oraz budżet publiczny. Rosnące bariery finansowe skutkują rezygnacją z badań, leków i kontynuacji leczenia, szczególnie przez kobiety, co wprost przekłada się na pogorszenie stanu zdrowia, a w dal-

szej perspektywie – na wzrost kosztów. Korzystanie z usług prywatnych jest wyraźnie zróżnicowane wiekowo i ekonomicznie: częściej wybierają je osoby młode i w średnim wieku, podczas gdy seniorzy pozostają w większym stopniu zależni od systemu publicznego.

Obok poszukiwania źródeł finansowania kluczowe jest spojrzenie na funkcjonalność systemu, w tym identyfikacja skutecznych modeli finansowania opieki i ich wpływ na zachowania świadczeniodawców (zarówno szpitali, jak i indywidualnych praktyk lekarskich czy innej kadry medycznej). Każdy model płatności rodzi ryzyko nadużyć. Potrzeba łączenia metod finansowania staje się nowym trendem w poszukiwaniu stymulacji do wysokiej wydajności systemów. Wdrażanie zabezpieczeń: audytu, mierników jakości, monitorowania readmisji, standardów minimalnych i stałego nadzoru nad efektami staje się koniecznością. Zwraca się też uwagę, że cyfryzacja stwarza nowe możliwości, ale wciąż nie jest w pełni wykorzystywana do poprawy bezpieczeństwa i jakości ani do zarządzania praktyką kliniczną.

Silny nacisk, położony na podstawową opiekę zdrowotną jako koordynatora systemu i filaru profilaktyki czy potencjalnie – koordynatora chorób przewlekłych, rodzi dalsze pytania o kompetencje i zadania kadry medycznej na poszczególnych etapach opieki. Opóźnienie

w poszerzaniu dostępu do opieki koordynowanej w POZ będzie powodować opóźnienie w osiągnięciu efektów i podniesienie kosztów. Skuteczna POZ wymaga odpowiedniego poziomu zarządzania lokalną populacją, wsparcia pielęgniarskiego i koordynatorskiego, w tym nowego zdefiniowania narzędzi integracji czy komunikacji oraz klarownych zasad współpracy z opieką społeczną.

Priorytetem zmian jest przejście od logiki reaktywnej w stronę systemu uczącego się i zorientowanego na wartość. Kluczowym wyzwaniem Polski nie jest wyłącznie zaplanowanie ile wydamy na zdrowie, ale jak to zrobimy: czy nakłady wzmocnią prewencję, koordynację i jakość, czy raczej utrwalają kosztowny, fragmentaryczny model leczenia skutków chorób.

Najważniejszą zmianą ma być przejście od „medycyny procedur” do systemu opartego na wartościach, czyli odpowiedzialnego za efekty na poziomie pacjenta i populacji, z uwzględnieniem wpływu na wydajność świadczeniodawców. Bez opartej na danych poprawy jakości i integracji informacji sam wzrost wydatków nie pozwoli na szersze wdrażanie bodźców premiujących lepsze wyniki zdrowotne czy nowych metod alokacji środków, jak *bundled payment*. Wysoki udział wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów wskazuje na istotne przesunięcie odpowiedzialności z systemu publicznego na gospodarstwa

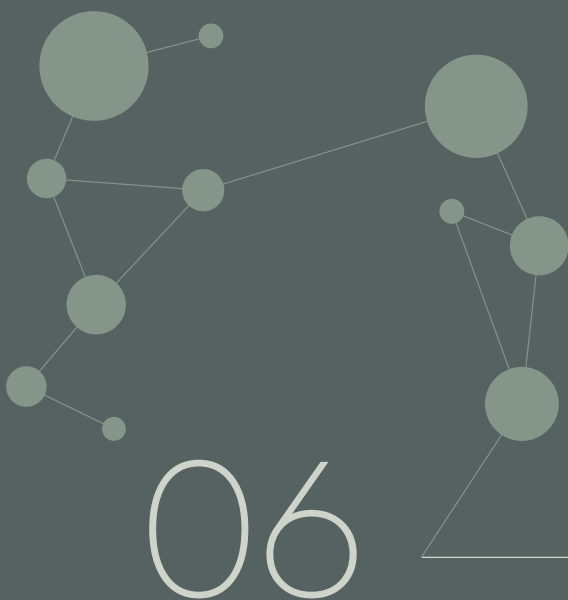
domowe, szczególnie osób starszych i niepełnosprawnych. Jeżeli znaczącą część kosztów choroby – zwłaszcza opieki ambulatoryjnej – pacjenci pokrywają bezpośrednio, solidarność traci swoją funkcję ochronną. Wówczas system nie w pełni amortyzuje ryzyko ekonomiczne choroby, lecz w dużej mierze je prywatyzuje, co w konsekwencji będzie prowadzić do wzrostu kosztów ze spadającą efektywnością. Proces ten widać między innymi w USA. Skutki opisanego mechanizmu są szczególnie dotkliwe dla seniorów i osób z chorobami przewlekłymi, wymagających stałej farmakoterapii i częstych kontaktów z systemem.

Z perspektywy społecznej oznacza to rosnące ryzyko rezygnacji z leczenia lub ograniczania go z powodów finansowych. W dłuższym okresie konsekwencją jest pogorszenie stanu zdrowia, większe obciążenie systemu hospitalizacjami oraz utrwalanie spiralnych kosztów „medycyny naprawczej”. W efekcie system działa najsprawniej w sytuacjach ostrych i w końcowych etapach choroby, natomiast słabiej radzi sobie z wczesnym wykrywaniem problemów zdrowotnych, skutecznym prowadzeniem chorób przewlekłych i zapobieganiem niepełnosprawności. Taki model zwiększa obciążenia finansowe w długiej perspektywie, ponieważ leczenie skutków jest droższe niż zapobieganie i skuteczna koordynacja opieki.

LITERATURA

1. Łukomska E, Władysiuk M, Rolska-Wójcik P, Kulik-Sztorc M, Szałańska M, Olewińska E, Lis J. Value Based Health Care. Infarma. Warszawa, 2019. Dostępne na stronie (01.03.2026): raport-VBHC.pdf
2. Defining Value In “Value based Healthcare”, Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). ISBN 978-92-76-08993-3, European Union, 2019. Dostępne na stronie (01.03.2026): 552c25af-54b6-40f2-9424-604670e09492_en
3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Poland. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostępne na stronie (01.03.2026): 552c25af-54b6-40f2-9424-604670e09492_en
4. WHO. Health Financing and Economics. Dostępne na stronie: Health Financing and Economics
5. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth
6. red. Bogdan Wojtyniak, Anna Smaga – NJB „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – 2025”, NIZP PZH. Warszawa 2025. Dostępne na stronie (01.03.2026):
7. DALY: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease 2023: Findings from the GBD 2023 Study. Seattle, WA: IHME, 2025.
8. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Poland. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostępne na stronie (01.03.2026): 552c25af-54b6-40f2-9424-604670e09492_en
9. Health in the European Union – facts and figures - Statistics Explained - Eurostat
10. GUS. Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych w październiku 2025 r. Dostępne na stronie: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-w-pazdzierniku-2025-r-2,168.html>
11. WHO. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022.
12. Porter, M., Teisberg, E., How physicians can change the future of health care. JAMA. 2007; 297(10):1103–1111
13. ASQ. What Are Quality Standards? Dostępne na stronie: What are Quality Standards? List of ISO Quality Management Standards | ASQ
14. e-DiLO coraz bliżej wdrożenia? CeZ publikuje komunikat o nowym narzędziu | Alert Medyczny
15. Di Mauro C. Ex ante and ex post moral hazard in compensation for income losses: results from an experiment, The Journal of Socio-Economics, 2002, 31, 3, [https://doi.org/10.1016/S1053-5357\(02\)00120-8](https://doi.org/10.1016/S1053-5357(02)00120-8).
16. Graf, M., Baumgardner, J. R., Neumann, U., Brewer, L., Chou, J. W., & Fendrick, A. M. (2024). Economic Evidence on Cost Sharing and Alternative Insurance Designs to Address Moral and Behavioral Hazards in High-Income Health Care Systems: A Systematic Review. Journal of Market Access & Health Policy, 12(4), 342–368. <https://doi.org/10.3390/jmahp12040027>
17. PMR Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2025. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2025–2030.
18. Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., Benjamin, B., Leibowitz, A., Marquis, M. S., & Zwanziger, J. (1988). Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment (Report No. R-3476-HHS). RAND Corporation.
19. Mark V. Pauly Fredric E. Blavin Working Paper. NBER Working Paper Series Value Based Cost Sharing Meets The Theory Of Moral Hazard: Medical Effectiveness In Insurance Benefits Design 13044. Dostępne na stronie: <http://www.nber.org/papers/w13044> NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH
20. Koohi Rostamkalaee Z, Jafari M, Gorji HA. A systematic review of strategies used for controlling consumer moral hazard in health systems. BMC Health Serv Res. 2022 Oct 18;22(1):1260. doi: 10.1186/s12913-022-08613-y. PMID: 36258192; PMCID: PMC9580205.
21. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026. Dostęp: <https://www.gov.pl/attachment/9417955d-3b84-45b0-ad64-8cda8de80f7e>
22. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2026. ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 30.02.2021, Dz.U.2021.642, od 31 grudnia 2025 r.
23. AOTMIT. Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej Ocena zasadności zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej WS.420.2.2025. Dostępny na stronie: 2025 02 27 WS.420.2.2025 RAPORT Bilans zdrowia_REOPTR.pdf

24. ROZPORZĄDZENIE MZ z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026. Dz.U.2021.642. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021-2026-19099255>
25. Narodowy Program Zdrowia przedłużony do 2026 roku - Serwis ZOZ
26. <https://koordynowana.nfz.gov.pl/przychodnie-poz-realizujace-opieke-koordynowana/>
27. NFZ. Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń.
28. NFZ. Program pilotażowy POZ PLUS. Dostępna na stronie: POZ PLUS / Zakończone / Projekty / Programy pilotażowe i projekty / O NFZ / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
29. NFZ. Nowy raport NFZ o KOS-Zawał. Program zmniejszył ryzyko zgonu. Warszawa 2023. Dostępne na stronie Centrala NFZ - Aktualności / Aktualności / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
30. MZ. Krajowa Sieć Kardiologiczna – lepsza opieka dla pacjentów z chorobami układu krążenia. 04.03.2025. Dostępne na stronie (01.30.2026): Krajowa Sieć Kardiologiczna – lepsza opieka dla pacjentów z chorobami układu krążenia - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl
31. Moorkens, E., Vulto, A.G., Huys, I., Dylst, P., Godman, B., Keuerleber, S., Claus, B., Dimitrova, M., Petrova, G., Sović-Brkičić, L., Slabý, J., Šebesta, R., Laius, O., Karr, A., Beck, M., Martikainen, J.E., Selke, G.W., Spillane, S., McCullagh, L., Trifirò, G., Vella Bonanno, P., Mack, A., Fogeles, A., Viksna, A., Władysiuk, M., Mota-Filipe, H., Meshkov, D., Kalaba, M., Mencej Bedrač, S., Fürst, J., Zara, C., Skiöld, P., Magnússon, E., Simoens, S.. Policies for biosimilar uptake in Europe: An overview. PLoS One. 2017 Dec 28;12(12): e0190147. doi: 10.1371/journal.pone.0190147. PMID: 29284064; PMCID: PMC5746224.
32. Reibling N, Mareike Ariaans M, Wendt C. Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. Health Policy 123, 7, 2019: 611-620
33. European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Health systems in crisis: The case of European periphery countries. Eurohealth, 29(1), 27–32.



TOMASZ ROWIŃSKI

Medycyna płaskiej krzywej

➤ Użyteczność klasycznych wskaźników zdrowotnych rośnie, gdy są zestawiane z miarami jakości i sprawności systemu, ponieważ pozwala to uchwycić nie tylko „ile” zdrowia system wytwarza, lecz także „jakim kosztem”, dla kogo, i z jaką stabilnością efektów.

➤ Zasadnicze pytanie brzmi: czy istnieje poziom nakładów, po którego przekroczeniu dalszy wzrost finansowania – przy braku zmian strukturalnych i alokacyjnych – przynosi coraz mniejsze korzyści zdrowotne.

➤ **Koncepcja medycyny płaskiej krzywej pozwala ocenić, czy wzrost nakładów na ochronę zdrowia, ma potencjał „produkować” mierzalne przyrosty zdrowia, czy też w określonym systemie, bez wprowadzenia reform, przekłada się on głównie na redukcję ryzyka i niepewności w zdrowiu.**

Wprowadzenie

Klasyczne wskaźniki stosowane do oceny efektów nakładów finansowych na ochronę zdrowia – takie jak oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE), DALY czy koszt za QALY – opierają się na danych agregowanych, umożliwiając porównania międzynarodowe oraz analizę trendów czasowych, a przez to są powszechnie wykorzystywane w ocenie polityk zdrowotnych (World Health

Organization, 2026a, 2026b). Ich użyteczność rośnie, gdy są zestawiane z miarami jakości i sprawności systemu, ponieważ pozwala to uchwycić nie tylko „ile” zdrowia system wytwarza, lecz także „jakim kosztem”, dla kogo, i z jaką stabilnością efektów. W tym kontekście wskaźnik *avoidable mortality* (zgony możliwe do uniknięcia) – obejmujący zarówno *treatable mortality* (zgony możliwe do uniknięcia dzięki terminowej i skutecznej opiece medycznej), jak i *preventable mortality* (zgony możliwe do uniknięcia dzięki profilaktyce i prewencji) – bywa traktowany jako syntetyczny „sygnał ostrzegawczy” wskazujący, czy rosnące nakłady przekładają się na realną redukcję przedczesnych zgonów. Wysoki poziom tych wskaźników przy rosnących wydatkach sugeruje ograniczoną zdolność systemu do konwersji pieniędzy na poprawę zdrowia populacji (OECD, 2025a).

Z perspektywy decydentów zasadnicze pytanie brzmi jednak bardziej technicznie: czy istnieje poziom nakładów, po którego przekroczeniu dalszy wzrost finansowania – przy braku zmian strukturalnych i alokacyjnych – przynosi coraz mniejsze korzyści zdrowotne (malejące przychody krańcowe)? Właśnie tę logikę formalizuje koncepcja *flat-of-the-curve medicine*, zaproponowana przez Schodera i Zweifla (2011). Co istotne, nie jest to narzędzie „za” lub „przeciw” zwiększaniu finansowania. To rama analityczna do rozróżniania dwóch sytuacji: (a) wzro-

stu nakładów, który nadal ma potencjał „produkować” mierzalne przyrosty zdrowia, oraz (b) wzrostu nakładów, który bez reform coraz częściej kupuje nie przyrost średnich wyników, lecz redukcję ryzyka i niepewności w zdrowiu. Niemniej jednak należy zauważyć, że status społeczno-ekonomiczny jest czynnikiem zmieniającym zależność i komplikującym prostą relację pomiędzy nakładami i HALE, oraz wpływającym na wariację wieku śmierci (możliwej do uniknięcia).

Gradient społeczny w zdrowiu opisuje systematyczną, „schodkową” zależność między pozycją społeczno-ekonomiczną a zdrowiem: wraz z każdym kolejnym szczeblem w dół hierarchii (niższe dochody, słabsze wykształcenie, gorsze i bardziej ryzykowne warunki pracy) rośnie ryzyko chorób, a długość życia skraca się. Kluczowe jest to, że nie jest to zjawisko ograniczone do marginesu ubóstwa ani do „najbiedniejszych” społeczeństw — gradient przebiega przez całe populacje, także w krajach wysokorozwiniętych, co oznacza, że przewaga zdrowotna kumuluje się stopniowo wraz z rosnącym kapitałem społecznym i ekonomicznym.

W tym ujęciu ograniczanie gradientu w krajach UE ma sens nie tylko etyczny, ale również ściśle ekonomiczny i demograficzny: szeroki gradient oznacza trwałe „marnotrawstwo” kapitału ludzkiego — więcej lat życia przeżytych w gorszym zdrowiu, niższą produktywność i więk-

szą presję na świadczenia opiekuńcze oraz budżety zdrowotne. Przekłada się to na logikę działania systemu ochrony zdrowia: im silniejszy gradient, tym częściej system pracuje reaktywnie (leczenie skutków), zamiast przesuwac ciężar na działania proaktywne (zapobieganie przyczynom). Szczególnie kosztowne dla systemu ochrony zdrowia jest zjawisko tzw. „potrzeb niewyrażonych”. Osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym częściej rezygnują z profilaktyki i wczesnej diagnostyki (bariera kosztów, ograniczona „kompetencja zdrowotna”), przez co trafiają do systemu później — w stadiach bardziej zaawansowanych i droższych w leczeniu (np. powikłania cukrzycy czy późno wykryte nowotwory). Na poziomie porównań międzynarodowych widać zarazem, że wysokie wydatki per capita nie gwarantują dobrych wyników populacyjnych. Stany Zjednoczone pozostają skrajnym przykładem kraju o najwyższych nakładach na zdrowie, przy jednocześnie gorszych wskaźnikach zdrowotnych niż wiele innych państw wysokodochodowych.

Obszar malejących przychodów krańcowych

Schoder i Zweifel (2011) opisują problem jako pomiar krańcowej produktywności nakładów w ochronie zdrowia. W wie-

lu analizach makroekonomicznych (np. Chen et al., 2021) relacja między wydatkami a wynikami zdrowotnymi jest przedmiotem empirycznej estymacji, a nie normatywnego założenia. Tego typu wyniki zwykle nie rozstrzygają sporu „czy zwiększać wydatki”, lecz raczej pomagają racjonalizować tempo i strukturę ich wzrostu.

W polskim dyskursie publicznym postulat zwiększania nakładów często pojawia się jako pochodna niedoboru finansowania („wydajemy mniej niż UE/OECD”, „brakuje w NFZ”). Nie negując potrzeby wzrostu finansowania, warto równolegle doprecyzować, jaki ma być jego cel mierzony efektami zdrowia populacji, a nie tylko wolumenem świadczeń. W praktyce definicje „potrzeb” systemu bywają redukowane do logiki podaży i rozliczania świadczeń, podczas gdy intencja ustawowa obejmuje także zapewnienie równego dostępu i finansowanie świadczeń w sposób systemowy (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135r.)¹.

Z tym wiąże się drugi warunek: rozwój profilaktyki i promocji zdrowia, które redukują presję kosztową chorób możliwych do uniknięcia. W Polsce udział wydatków na prewencję w bieżących wydatkach zdrowotnych pozostaje niski (1,7% całości), wyraźnie poniżej średniej OECD (2025b). Sama dynamika nakładów, bez równoległej zmiany struktury (w tym zwiększenia udziału prewencji),

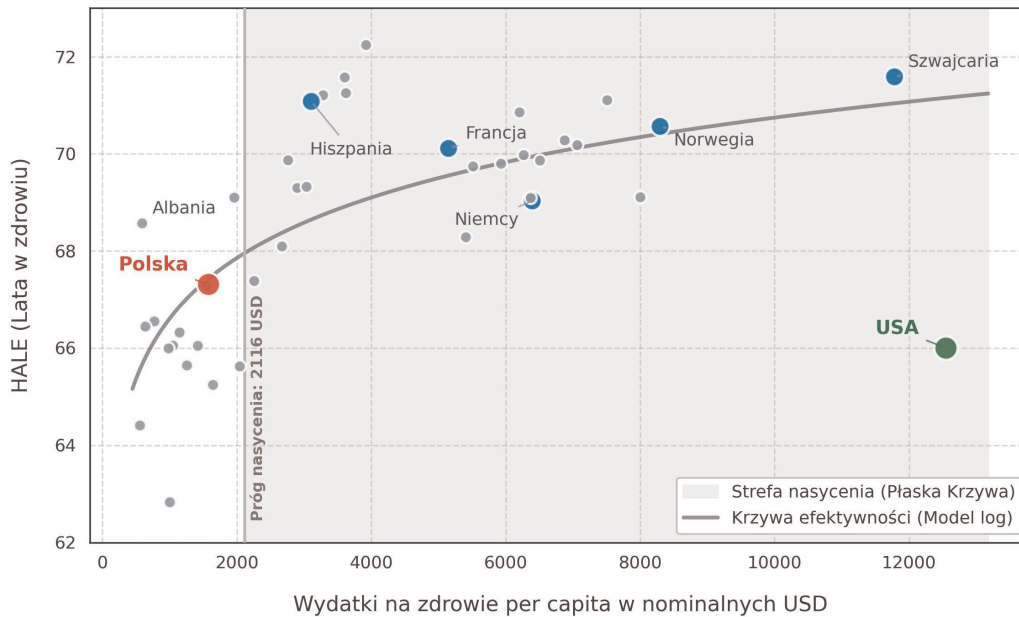
zwiększa ryzyko wejścia w strefę malejących przychodów krańcowych – szczególnie wtedy, gdy dodatkowe środki „zalewają” istniejące mechanizmy organizacyjne zamiast je przebudowywać.

W logice medycyny płaskiej krzywej kluczową miarą efektu zdrowotnego jest HALE (*Healthy Life Expectancy*). Jest to oczekiwana liczba lat życia przeżytych w „pełnym zdrowiu”, z korektą o lata przeżyte z chorobą i niesprawnością (Salomon i in., 2012). Wrażliwość HALE na czynniki pozamedyczne (edukacja zdrowotna, warunki pracy, polityka społeczna) jest w tym ujęciu zaletą: wskaźnik premiuje realną kompresję zachorowalności, a nie wyłącznie wydłużenie życia. W niniejszym tekście HALE zachowuje znaczenie nadane mu w estymacjach WHO/GBD (Salomon i in., 2012), a wskaźniki GUS traktowane są pomocniczo jako kontekst krajowy – nie jako bezpośredni substytut HALE.

Relacja „więcej wydatków ≠ proporcjonalnie więcej zdrowia” jest szczególnie widoczna w porównaniach międzynarodowych. Dane WHO pokazują, że kraje o bardzo wysokich wydatkach mogą osiągać wyniki w zakresie długości życia i zdrowych lat życia, które nie są adekwatne do skali nakładów, co wskazuje na znaczenie organizacji, cen, bodźców i struktury świadczeń (Chen i in., 2021). W tym sensie próg „płaskiej krzywej”

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20042102135>

WYKRES 13. RELACJA POMIĘDZY OCZEKIWANymi LATAMI W ZDROWIU A NAKŁADAMI PER CAPITA



Nakłady *per capita* są liczone w nominalnych USD z uwzględnieniem średniorocznego kursu walutowego w danym kraju w 2023 roku. Dane za WHO <https://apps.who.int/nha/database>

nie jest wyłącznie problemem poziomu finansowania, ale przede wszystkim sposobu jego użycia.

Schoder i Zweifel (2011) estymują nieliniową zależność między wydatkami na zdrowie *per capita* (HCE) a oczekiwaną długością życia w ich specyfikacji, dla populacji w wieku 60 lat i więcej (LE60). Empirycznie uzyskali m.in. parametry (dla zmiennej HCE w postaci liniowej i kwadratowej), które implikują punkt, w którym efekt krańcowy wydatków na LE60 przechodzi w zero. W uproszczonym zapisie marginalny efekt można przedstawić jako:

$$\frac{\partial LE60}{\partial HCE} = 0,842 * HCE - 0,199 * HCE^2$$

Warunek $\partial LE60 / \partial HCE = 0$ prowadzi do krytycznej wartości.

W jednostkach przyjętych w artykule oznacza to próg 2 116 USD na mieszkańca, powyżej którego oczekiwany efekt krańcowy wydatków na długość życia zaczyna się wypłaszczać (Schoder i Zweifel, 2011). Ten próg nie jest „prawem natury”, lecz wynikiem konkretnych obliczeń na danych panelowych (lata, kraje OECD, zestaw zmiennych kontrolnych, opóźnienia wydatków). W dalszej części traktuję go jako heurystyczny punkt odniesienia dla analizy Polski, a nie jako precyzyjną granicę polityki zdrowotnej.

Trzymając się założeń metodologicznych Autorów (nominalne USD *per capita*) konieczne jest przeliczenie krajowych wydatków na zdrowie do wartości *per capita* w USD. W tym tekście przyjęto następujące założenia robocze (determinują wszystkie wyniki liczbowe w dalszej części):

- » HCE rozumiane jest jako bieżące wydatki na zdrowie i jest oszacowane na podstawie wartości bazowej dla 2024 r. (293,6 mld PLN), z wykorzystaniem scenariusza wzrostu nominalnego 6% r/r dla 2025 i 2026;
- » oszacowano wielkość populacji dla 2025 i 2026 roku, uwzględniając negatywną tendencję demograficzną ostatnich lat;
- » zastosowano średni roczny kurs USD 3,7588 dla 2025 (na podstawie dziennych średnich kursów NBP). Dla 2026 został on wyliczony na podstawie dostępnych kursów dziennych do 27.02.2026 włącznie;
- » scenariusz makroekonomiczny zakłada stabilizację nominalną po okresie wysokiej inflacji oraz wykorzystuje prognozę inflacji CPI dla 2026 r. na poziomie 2,9% w projekcji NBP (Na-

rodowy Bank Polski, 2025). Pozostała część wzrostu nominalnego (w przyjętym 6% r/r) jest interpretowana jako umiarkowany wzrost realny i/lub zmiany struktury wydatków.

Za Schoderem i Zweifelem (2011) obliczono dla Polski dwa wskaźniki, które mogą być istotne w dyskusji o zwiększaniu nakładów na ochronę zdrowia:

- » **podnoszenie oczekiwanej liczby lat w zdrowiu (HALE)** – jest to miara określająca średnią liczbę lat przeżytych w pełnosprawności. Relacja pomiędzy HALE i HCE ma kształt funkcji wielomianowej, gdzie identyfikacja jej załamania jest ważna z perspektywy decydentów - płaska część krzywej oznacza malejące lub zerowe zwroty z inwestycji w postaci zwiększania liczby lat w zdrowiu;
- » **redukowanie zmienności wieku w chwili śmierci możliwej do uniknięcia (SD_{VAD})** jest miarą rozpiętości wieku śmierci. Redukcja VAD (*Variability of Age at Death*) oznacza „rektangularyzację” krzywych przeżycia, czyli mniejsze ryzyko przedwczesnej śmierci. Autorzy pokazali, że goto-

TABELA 3. OSZACOWANIA WARTOŚCI WSKAŹNIKÓW DLA LAT 2025 I 2026

Zmienne oszacowane dla lat	2025	2026
HCE nominalne (1,06 r/r)	311 237 000000 PLN	329 911 000 000 PLN
Szacowana populacja Polski	37 402 052	37 200 000
Średni kurs USD	3,7588	3,5775
HCE <i>per capita</i> w USD	2 214	2 479

HCE *per capita* w USD obliczono jako: (HCE w PLN / populacja) / kurs PLN/USD.

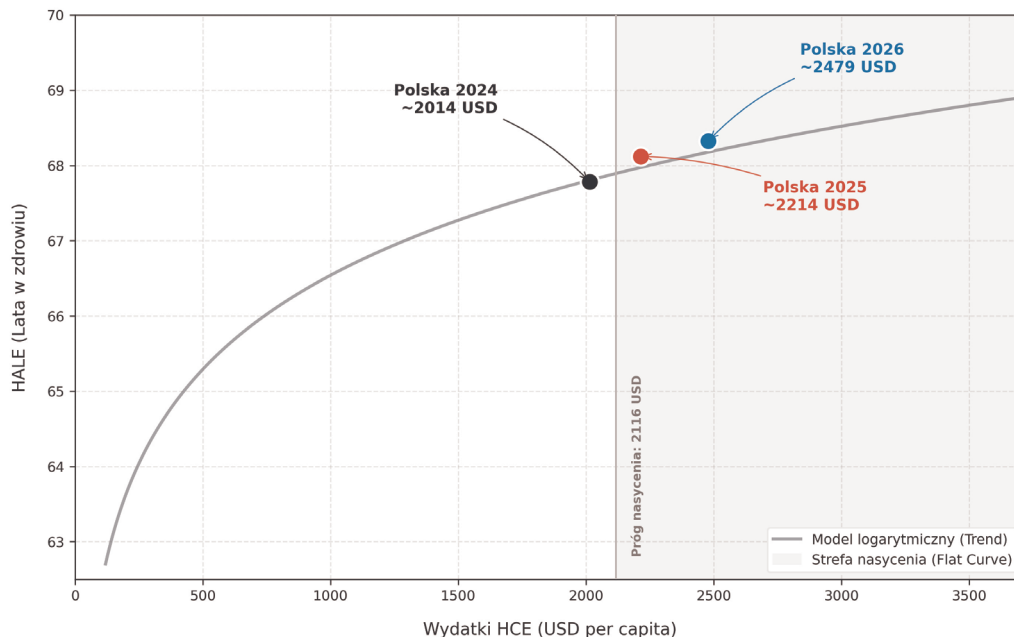
wość do zapłaty (*Willingness-to-Pay*, WTP) za tę redukcję wariacji znacząco przewyższa faktyczny koszt dodatkowych nakładów, interpretując je jako formę „prawdziwego ubezpieczenia” zdrowotnego.

Wynik jest jednoznaczny: przy tych założeniach Polska w 2025 r. znajduje się powyżej progu 2 116 USD *per capita*, a w 2026 r. oddala się od niego jeszcze bardziej. Interpretacyjnie oznacza to, że dalszy wzrost nakładów ma wysokie ryzyko coraz słabszego przełożenia na przyrost zdrowych lat życia.

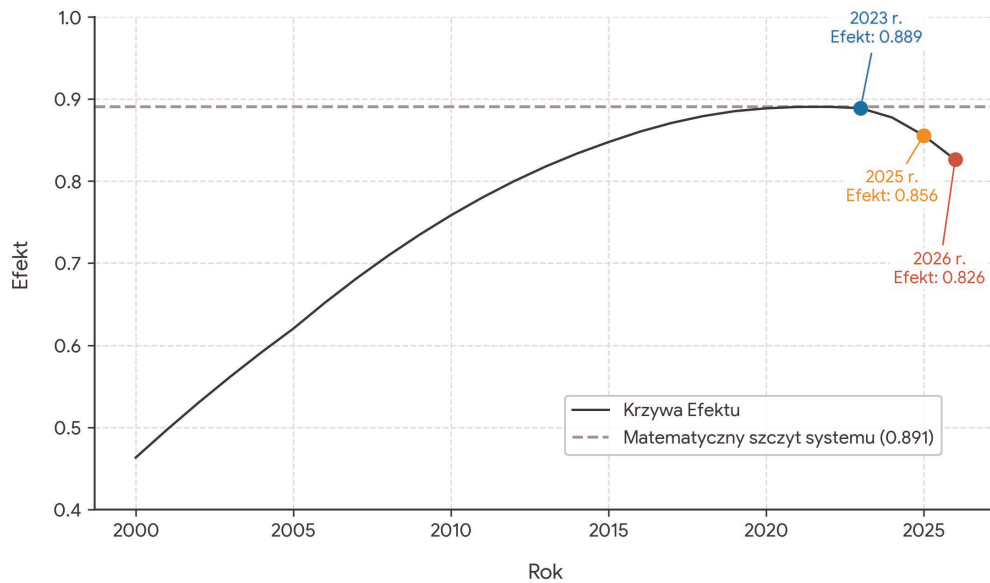
Zwiększanie nakładów bez zmiany alokacji środków nie będzie w sposób proporcjonalny zwiększać oczekiwanego wieku w pełnosprawności. Zapowiadany wzrost nakładów (+25 mld zł rocznie) oraz niski udział prewencji (1,7%) zwiększają prawdopodobieństwo coraz mniejszego zwrotu w postaci lat życia w zdrowiu, szczególnie dla wieku postprodukcyjnego.

Zgodnie z **prawem malejących przychodów krańcowych** jako kraj coraz mniej efektywnie wykorzystujemy dostępne środki.

WYKRES 14. OBRAZOWE PRZEDSTAWIENIE POLSKI WZGLĘDEM PROGU MEDYCyny PŁASKIEJ KRZYWEJ. RELACJA HALE DO HCE.



WYKRES 15. OBRAZOWE PRZEDSTAWIENIE ZMIANY EFEKTYWNOŚCI W CZASIE. UDZIAŁ WYDATKÓW ZDROWOTNYCH W WYDŁUŻANIU ŻYCIA W POLSCE (2000–2026)



W praktyce koncepcja *flat-of-the-curve medicine* nie stanowi argumentu przeciwko zwiększaniu finansowania ochrony zdrowia, lecz podkreśla konieczność rozróżnienia między ilością a jakością oraz strukturą nakładów. Dodatkowe środki finansowe na ochronę zdrowia mogą być w pełni uzasadnione, jeżeli są skierowane na interwencje o wysokim zwrocie marginalnym (np. prewencja, opieka koordynowana, innowacje), natomiast w przypadku dalszego „zalewania” systemu bez reform strukturalnych ryzyko coraz mniejszych przychodów krańcowych rośnie, zgodnie z medycyną płaskiej krzywej.

Zmienność wieku w chwili śmierci

Zjawisko malejących przychodów krańcowych – choć intuicyjne i dobrze osadzone w ekonomii – nie wyjaśnia w pełni społecznej akceptacji dla rosnących wydatków na zdrowie w krajach zamożnych. Schoder i Zweifel (2011) pokazują, że analizę należy rozszerzyć o zmienność wieku w chwili śmierci (VAD, *Variability of Age at Death*), operacyjnie ujmowaną jako odchylenie standardowe wieku zgonu (SD_{VAD}). Spadek VAD oznacza, że zgony koncentrują się w coraz węższym przedziale wieku, co demograficznie odpowiada procesowi „rektangularyzacji” krzywej przeżycia.

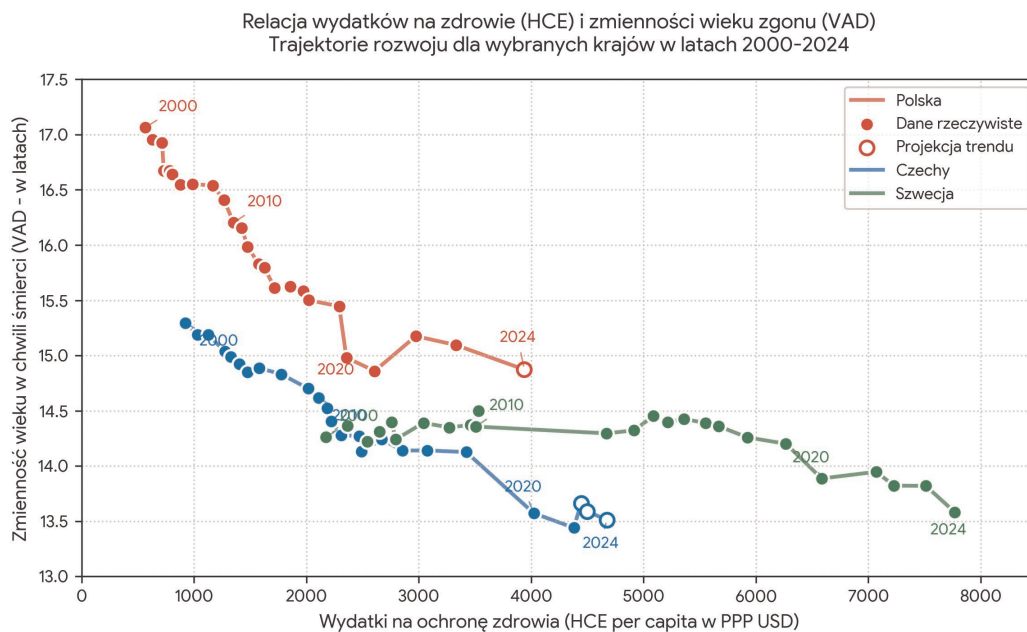
W tym ujęciu wydatki zdrowotne nie muszą już „kupować” głównie dodatkowych lat życia w sensie średniej HALE. Mogą „kupować” zmniejszenie ryzyka przedwczesnej śmierci i redukcję niepewności co do przebiegu życia. Z perspektywy psychologicznej i ekonomicznej jest to szczególny typ użyteczności: społeczeństwo płaci premię za stabilność i przewidywalność, nawet jeżeli średni przyrost długości życia jest marginalny.

Wartość tej premii odnosi się do „wyceń” redukcji ryzyka zgonu, w tym w koncepcji wartości statystycznego życia (VSL) i jej pochodnych. Abstrahując od krytyki tej koncepcji, oszacowania VSL są silnie zróżnicowane między bada-

niami i kontekstami instytucjonalnymi (Banzhaf, 2022).

Zgodnie z koncepcją medycyny płaskiej krzywej oszacowano gotowość do zapłaty (WTP) za redukcję niepewności dotyczącej przedwczesnej śmierci w Polsce. Schoder i Zweifel (2011) raportują, że 10-procentowy wzrost HCE wiąże się ze spadkiem SD_{VAD} o 0,42% (dla pełnego okresu danych panelowych; w podokresie 1983–2005 spadek wynosi 0,56%). Poniżej przedstawiono wyliczenia WTP dla Polski, oparte na danych przyjętych w tekście. Po przekroczeniu progu krzywej, oszacowanie na ile dalsze nakłady zmniejszają ryzyko przedwczesnej śmierci z powodu chorób określa się na podstawie wskaźnika WTP.

WYKRES 16. RELACJA POMIĘDZY NAKŁADAMI NA ZDROWIE A ZMIENNOŚCIĄ WIEKU ŚMIERCI



Anotacja. Do obliczenia zmienności wieku śmierci, w tym projekcji, wykorzystano dane Human Mortality Database – lata 2000 – 2024, przy czym dla Polski dane są do 2023 a dla Czech do 2021. Dostępne <https://www.mortality.org/>. W przypadku wydatków na ochronę zdrowia wykorzystano che_ppp_pc WHO Global Health Expenditure Database (GHED). <https://apps.who.int/nha/database> (ostatnia aktualizacja: 12 grudnia 2025 r.)

Do jego obliczenia przyjęto następujące założenia dla 2025 roku:

- » HCE per capita = 2 214 USD;
- » PKB per capita = 28 485 USD;
- » LE przy urodzeniu = 78 lat;
- » $SD_{VAD} = 15,09$ (na podstawie danych z 2023 r.)².
- » Dziesięcioprocentowy wzrost HCE oznacza koszt krańcowy 221,40 USD *per capita*.

Redukcja zmienności przedwczesnej śmierci SD_{VAD} na poziomie 0,42% wynosi: $15,09 \times 0,0042 = 0,0634$. W dalszym kroku przyjęto, zgodnie z procedurą zaproponowaną przez Autorów, że redukcję zmienności o 1 SD_{VAD} można przeliczać na równowartość 0,5 roku życia. Otrzymujemy więc ekwiwalent: $0,0634 \times 0,5 = 0,0317$ roku, czyli około 11–12 dni. Aby wycenić tę korzyść, zastosowano konserwatywną metodą wyliczenia VLS dla Polski, opartą na jednokrotności PKB *per capita* (podejście często używane jako próg referencyjny w analizach efektywności kosztowej, choć bywa krytykowane; Robinson et al., 2017). W konsekwencji:

$$WTP = 0,0317 \times 28\,485\,USD \approx 903\,USD$$

Wynik oznacza, że społeczna gotowość do zapłaty za redukcję niepewności wyrażonej spadkiem SD_{VAD} – zmniejszeniem wariancji wieku przedwczesnej śmierci jest w tym uproszczonym rachunku około

czterokrotnie większa niż koszt 10-procentowego wzrostu nakładów (903 USD wobec 221 USD). W sensie interpretacyjnym wspiera to tezę Schodera i Zweifla (2011): nawet gdy krańcowy przyrost „średnich lat w zdrowiu” słabnie, społeczeństwo może racjonalnie akceptować wysokie koszty, ponieważ kupuje nie tylko długość życia, ale także bezpieczeństwo i przewidywalność swojego zdrowia.

Podsumowanie

Polski system ochrony zdrowia znalazł się w punkcie, w którym – przy przyjętych założeniach przeliczeniowych – nakłady *per capita* przekroczyły próg medycyny płaskiej krzywej. Oznacza to, że dalsze zwiększanie finansowania bez zmian strukturalnych i bez zmiany alokacji może generować coraz mniejsze krańcowe korzyści w postaci przyrostu zdrowych lat życia. Nie wynika z tego jednak wniosek o „czystym marnotrawstwie”. W obszarze płaskiej krzywej wydatki mogą pełnić inną funkcję: redukować zmienność wieku w chwili śmierci i działać jak kosztowna, lecz świadomie opłacana polisa społeczna od przedwczesnego zgonu. W takim ujęciu dodatkowe środki przynoszą wartość dodaną w postaci premii za redukcję lęku związanego z niepewnością co do przebiegu zdrowia.

² Oszacowane na podstawie <https://www.mortality.org/>

Ograniczenia

Kluczowe ograniczenie dotyczy bezpośredniej implementacji parametrów Schodera i Zweifla (2011) do polskich realiów. Oszacowano je na podstawie danych panelowych dla krajów OECD w długim horyzoncie czasowym, przy innej strukturze wydatków i innym poziomie dochodu. Drugim ograniczeniem jest zastosowanie uproszczonej wyceny statystycznej wartości jednego roku życia, opartej na jednokrotności PKB *per capita*, co pozwala ominąć konieczność estymacji współczynnika absolutnej awersji, ale jednocześnie upraszcza mechanizm wyceny (Robinson et al., 2017). Trzecie ograniczenie ma charakter metodolo-

giczny i dotyczy waluty oraz porównywalności: w praktyce różnice między nominalnym USD a ujęciem w parytecie siły nabywczej (PPP) mogą przesunąć pozycję kraju względem progę. Czwarte ograniczenie wynika z samej funkcji wielomianowej z ujemnym współczynnikiem. Przy kwadracie HCE matematycznie wymusza to spadek po przekroczeniu maksimum. W praktyce zjawisko medycyny płaskiej krzywej należy częściej rozumieć jako wypłaszczenie (plateau), gdzie krańcowe zwroty stają się bliskie zera, a niekoniecznie natychmiastowo ujemne. Dlatego wykresy w tej części tekstu powinny być traktowane jako heurystyczna wizualizacja relacji, a nie jako dosłowna prognoza.

LITERATURA

- Banzhaf, H. S. (2022). The value of statistical life: A meta-analysis of meta-analyses. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 13(2), 182–197. <https://doi.org/10.1017/BCA.2022.9>
- Chen, S., Kuhn, M., Prettnner, K., Bloom, D. E., Wang, C. (2021). Macro-level efficiency of health expenditure: Estimates for 15 major economies. *Social Science & Medicine*, 287, 114270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114270>
- Narodowy Bank Polski. (2025, 7 listopada). Projekcja inflacji i PKB – listopad 2025. <https://nbp.pl/projekcja-inflacji-i-pkb-listopad-2025/>
- OECD. (2025a). Avoidable mortality: Definitions, sources and methods (OECD Health Statistics 2025). <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=41dfcc30-110a-4b7a-ac94-d6b8874e27cd>
- OECD. (2025b). Health at a Glance 2025: OECD indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- OECD. (2025c). Health at a Glance 2025: Poland (Country note). OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025-country-notes_2f94481e/poland_3e11c239/c3917772-en.pdf
- Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., Murray, C. J. L. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2144–2162. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61690-0)
- Schoder, J., Zweifel, P. (2011). Flat-of-the-curve medicine: A new perspective on the production of health. *Health Economics Review*, 1(1), 2. <https://doi.org/10.1186/2191-1991-1-2>
- Robinson, L. A., Hammitt, J. K., Chang, A. Y., Resch, S. (2017). Understanding and improving the one and three times GDP per capita cost-effectiveness thresholds. *Health Policy and Planning*, 32(1), 141–145. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw096>
- World Health Organization. (2024, 24 maja). COVID-19 eliminated a decade of progress in global level of life expectancy (World Health Statistics 2024). <https://www.who.int/news/item/24-05-2024-covid-19-eliminated-a-decade-of-progress-in-global-level-of-life-expectancy>
- World Health Organization. (2026a). Global Health Expenditure Database (GHED). <https://apps.who.int/nha/database>
- World Health Organization. (2026b). Poland: Country health overview (WHO Data). <https://data.who.int/countries/616>

Spis tabel i wykresów

TABELE

Tabela 1.	Formy współpłacenia pacjentów	16
Tabela 2.	Obecne obciążenia składkowe.....	27
Tabela 3.	Oszacowania wartości wskaźników dla lat 2025 i 2026	118

WYKRESY

Wykres 1.	Struktura źródeł przychodów do schematów obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich (2023).....	11
Wykres 2.	Struktura wydatków bieżących na zdrowie wg schematów finansowania w krajach Europejskich (2023) ...	19
Wykres 3.	Symulacja dla proponowanej przez PLSE stawki 12% z kwotą wolną 30000 zł kontra obecne składki dla pracowników na UOP i emerytów.	33
Wykres 4.	Symulacja dla proponowanej przez PLSE zagregowanej stawki ryczałtowej kontra obecne składki dla przedsiębiorców rozliczających się podatkiem ryczałtowym.	34
Wykres 5.	Symulacja dla proponowanej przez PLSE stawki 12% z kwotą wolną 30000 zł kontra obecne składki dla przedsiębiorców rozliczających się liniowo.....	34
Wykres 6.	Łączne dochody podatkowe w % PKB n-0.....	48
Wykres 7.	Oczekiwana długość życia a % PKB całkowitych wydatków na zdrowie (całkowite i publiczne [3]) w Europie oraz ocena wskaźnika DALY [7]	89
Wykres 8.	Odsetek osób zgłaszających niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich z powodów finansowych, długiego czasu oczekiwania lub odległości.....	90
Wykres 9.	Przyczyny zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce albo dzięki interwencji medycznej w Polsce w 2022 roku [8]	91
Wykres 10.	Odsetek gospodarstw domowych z katastrofalnymi wydatkami.....	94
Wykres 11.	Liczba pracujących pielęgniarek i lekarzy w Polsce i w krajach EU	100
Wykres 12.	Wydatki na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na PPP na mieszkańca w Euro w roku 2023.....	101
Wykres 13.	Relacja pomiędzy oczekiwanymi latami w zdrowiu a nakładami <i>per capita</i>	117
Wykres 14.	Obrazowe przedstawienie Polski względem prognozy medycyny płaskiej krzywej.....	119
Wykres 15.	Obrazowe przedstawienie zmiany efektywności w czasie.....	120
Wykres 16.	Relacja pomiędzy nakładami na zdrowie a zmiennością wieku śmierci.....	121

ZESPÓŁ STUDIÓW STRATEGICZNYCH
PRZY OIL W WARSZAWIE



**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**

ISBN