SGH Think Tank dla ochrony zdrowia

2026

NOWA ARCHITEKTURA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

SYSTEMOWA DIAGNOZA I REKOMENDACJE EKSPERCKIE

SGH Think Tank dla ochrony zdrowia

AUTORZY

Prof. dr hab. Marek Góra
Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Andrzej M. Fal
Dr hab. n. med. i n. o zdr. Katarzyna Kolasa, prof. ALK
Dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ
Dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH
Dr hab. Christoph Sowada, prof. UJ
Dr hab. Maria Węgrzyn, prof. UEW
Dr Michał Chrobot
Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
Dr Maria Libura
Dr inż. Robert Mołdach
Dr n. o zdr. i n. med. Karol Pawlak
Mec. Michał Czarnuch
Anna Gołębicka, DBA
Agnieszka Włodarczyk

REDAKCJA I SKŁAD

Monika Owczarek

doi: 10.33119/978-83-978710-0-7_2026

PARTNERZY THINK TANKU:

GE HealthCare
GRUPA LUXMED
polpharma

WSPÓŁPRACA PRZY RAPORCIE:

INFARMA
Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych

SPIS TREŚCI

PREAMBUŁA 2

WPROWADZENIE 4

EKSPERCI 6

- **DIAGNOZA PROBLEMÓW W SYSTEMIE FINANSOWANIA ZDROWIA I OCHRONY ZDROWIA** 17
- **PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ W OBSZARZE FINANSOWANIA ZDROWIA I OCHRONY ZDROWIA** 43
- **PROFILAKTYKA I PREWENCJA** 45
  - PROFILAKTYKA JAKO ODRĘBNY OBSZAR FINANSOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA 45
  - FUNDUSZ ZDROWIA PUBLICZNEGO – STABILNY STRUMIEŃ FINANSOWANIA DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH 48
  - CELE CENTRALNE, REALIZACJA REGIONALNA 51
  - OD FINANSOWANIA DZIAŁAŃ DO FINANSOWANIA EFEKTÓW 53
  - PODATKI OD GRZECHÓW ZDROWOTNYCH – NARZĘDZIE ZMIANY ZACHOWAŃ 56
  - WARUNKOWOŚĆ I ZACHĘTY – PROFILAKTYKA JAKO ELEMENT KONTRAKTU SPOŁECZNEGO 59
- **FINANSOWANIE OPIEKI ZDROWOTNEJ** 62
  - SOLIDARYZM FINANSOWY W OCHRONIE ZDROWIA 62
  - PODSTAWOWE ŹRÓDŁO WPŁYWÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA 65
  - ZWIĘKSZENIE STOPY SKŁADKI JAKO SPOSÓB NA WIĘKSZE WPŁYWY DO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA? 68
  - FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA Z BUDŻETU PAŃSTWA JAKO DZIAŁANIE CELOWANE, A NIE INTERWENCYJNE 72
  - WSPÓŁPŁACENIE PRZEZ PACJENTÓW A KONSTRUKCJA KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH 74
  - UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCE JAKO KONSEKWENCJA REDEFINICJI KOSZYKA I WSPÓŁPŁACENIA 79
- **FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ** 82
- **PODSUMOWANIE ROZWIĄZAŃ** 89

ZAKOŃCZENIE 95

METODOLOGIA OPRACOWANIA RAPORTU 97

WYKAZ ŹRÓDEŁ 99

PREAMBUŁA

Zdrowie stanowi jeden z podstawowych elementów dobrostanu zarówno jednostek, jak i całych społeczeństw. Jego ochrona jest jednym z podstawowych sektorów gospodarki i fundamentalnych zadań państwa, co w przypadku Polski znalazło swoje odzwierciedlenie nawet w ustawie zasadniczej. Ten oczywisty fakt rodzi całkiem poważne implikacje, bowiem uznanie opieki zdrowotnej za jedną z podstawowych funkcji państwa pociąga za sobą konieczność zapewnienia odpowiedzialnego, przewidywalnego i wystarczającego finansowania, bez którego realizacja konstytucyjnych gwarancji w obszarze ochrony zdrowia pozostaje jedynie deklaratywna.

Prawo do ochrony zdrowia przysługuje wszystkim obywatelom, zaś jego realizacja możliwa jest dzięki przeznaczaniu przez społeczeństwo części wytwarzanego produktu na finansowanie systemu ochrony zdrowia. Oznacza to, że poziom finansowania ochrony zdrowia stanowi wynik świadomego wyboru społecznego, a nie obiektywnego kryterium optymalności. Wybór ten determinuje zakres i jakość realizacji usług zdrowotnych, a jego konsekwencje ujawniają się w dostępności świadczeń, czasie oczekiwania oraz obciążeniach ponoszonych przez pacjentów i personel medyczny.

Międzynarodowe porównania na temat części PKB przeznaczanej na cele zdrowotne, choć użyteczne, nie mogą być traktowane jako jednoznaczny punkt odniesienia. Wymagają uwzględnienia odmiennych uwarunkowań demograficznych, instytucjonalnych i fiskalnych, które wpływają zarówno na strukturę potrzeb zdrowotnych, jak i na efektywność wykorzystania dostępnych środków. Trudno w związku z tym mówić o optymalnym poziomie nakładów na ochronę zdrowia, zwłaszcza w obliczu stałej zmienności zarówno czynników podaży, jak i popytu w omawianym sektorze.

Zwiększenie części PKB wydawanej na finansowanie ochrony zdrowia - jakkolwiek prawdopodobnie nieuchronne w przypadku Polski - nie stanowi rozwiązania problemów ochrony zdrowia. Przy zwiększonym finansowaniu problemy te szybko się odtworzą w podobnym kształcie i skali, która może być jeszcze większa.

W warunkach ograniczonych zasobów kluczowa jest ich efektywna i sprawiedliwa alokacja.

Dlatego propozycje dotyczące szczegółowych kwestii związanych z ochroną zdrowia zawarte w tym raporcie przedstawione zostały w strukturze wynikającej z fundamentalnych pytań:

- Jak przy istniejącej lub postulowanej wielkości części PKB przeznaczonej na ochronę zdrowia podzielić tę część między różne źródła finansowania?
- Jak to dostosować do różnic w populacji?
- Jak podporządkować powyższe wartościom społecznym?
- Jak dostosować to do zróżnicowania procedur medycznych?
- Jak - niezależnie od tego podziału - ustalić sposoby finansowania procedur i usług medycznych tak, by maksymalizować ich skuteczność kliniczną, a jednocześnie efektywność ekonomiczną?
- Jak racjonalnie podzielić odpowiedzialność za działania w zakresie ochrony zdrowia między instytucje regulatora, podmioty sektora publicznego i prywatnego oraz obywateli?
- Czy i jak łączyć wysokość składki z dostępem do świadczeń medycznych?

Odpowiedzi na takie pytania są nie tylko trudne, ale często niemożliwe. Trudno przy tym wskazać na świecie jeden, optymalny i wzorcowy system ochrony zdrowia. Niektóre z nich mogą stanowić punkt odniesienia czy inspirację, które mogą pomóc we wdrażaniu punktowych zmian. Niemożliwym jest jednak proste przeniesienie dostępnych w innym kraju rozwiązań, bowiem zdrowie jak żaden inny sektor osadzone jest w unikalnym, lokalnym kontekście. Ambitnym celem jest więc już samo zaproponowanie zmian, które poprawiają sytuację nie komplikując jednocześnie sytuacji wyjściowej.

Należy jasno powiedzieć, że głównym problemem, z którym mierzy się każdy niedoskonały (innych nie ma) system ochrony zdrowia jest to,
jak z określonej, dostępnej części PKB sfinansować działania prowadzące do utrzymania populacji w jak najlepszym zdrowiu.

WPROWADZENIE

System ochrony zdrowia w Polsce znajduje się obecnie w stanie głębokiego i wielowymiarowego kryzysu, którego skalę potwierdzają zarówno twarde wskaźniki zdrowotne, jak i dane dotyczące finansowania świadczeń. W ostatniej dekadzie obserwuje się utrzymujące się: ujemny przyrost naturalny, wysokie wskaźniki umieralności możliwej do uniknięcia oraz pogarszające się inne wskaźniki zdrowia publicznego, w tym powrót i rosnącą zachorowalność na choroby zakaźne wieku dziecięcego. Jednocześnie dane o trendach zachorowalności i umieralności w zakresie chorób układu krążenia, otyłości, nowotworów, cukrzycy czy przewlekłych chorób układu oddechowego wskazują na destabilizację epidemiologiczną oraz utrzymujące się opóźnienia diagnostyczne, pogłębione w okresie popandemicznym.

Kryzys ten ma również wymiar finansowy. Narodowy Fundusz Zdrowia, którego podstawową rolą jest zapewnienie stabilnego finansowania świadczeń, w coraz większym stopniu uzależnia swoją płynność od dotacji budżetowych. Wzrastający udział transferów uzupełniających w strukturze jego przychodów świadczy o narastającym rozwarciu między deklarowanym koszykiem świadczeń a realnymi możliwościami jego finansowania ze składki zdrowotnej. Drugą obserwowaną prawidłowością jest coraz większe rozwarstwienie między liczbą uprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych a liczbą osób, za które odprowadzane są składki zdrowotne. Oba te zjawiska podważają zdolność systemu do prowadzenia długofalowej polityki zdrowotnej opartej na przewidywalności, stabilności i zasadzie solidaryzmu.

Eksperci wyrażają jednoznaczne przekonanie, że kluczowym kierunkiem interwencji powinna być **restrukturyzacja wydatków na ochronę zdrowia,** pozwalająca na realizację opieki zdrowotnej w sposób zapewniający najlepszą relację wartości do nakładów oraz radykalne wzmocnienie pierwotnej i pierwszorzędowej profilaktyki, a także wzmacniająca zdolność do **wczesnego wykrywania, diagnozowania i leczenia problemów zdrowotnych.** Jednym z kluczowych mechanizmów racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia w ramach restrukturyzacji finansowania jest systematyczny przegląd koszyka świadczeń gwarantowanych. Proces ten umożliwia identyfikację procedur medycznych, które można bezpiecznie przenieść z poziomu szpitalnej opieki stacjonarnej na ambulatoryjną lub które kwalifikują się do skrócenia średniego czasu pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych, co przyczynia się do optymalizacji alokacji zasobów bez kompromisów w jakości opieki. Pozwala również na identyfikację działań, które generują nakłady bez odpowiadającego podnoszenia wartości dla pacjenta.

Przesunięcie strumienia finansowania w kierunku podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz koordynowanych ścieżek leczenia stanowi jedną z kluczowych i najskuteczniejszych dróg do odwrócenia obecnej piramidy świadczeń i poprawy relacji wartości do kosztów.

Równocześnie niezbędne jest wzmocnienie działań profilaktycznych na poziomie populacyjnym oraz indywidualnym — od programów zapobiegania chorobom zależnym od stylu życia, po kompleksową promocję zdrowia. **Inwestycje w profilaktykę pierwotną i wczesną interwencję są warunkiem ograniczenia narastającego obciążenia chorobami przewlekłymi oraz osiągnięcia strategicznego celu, jakim jest wydłużenie życia w zdrowiu, przy zachowaniu zasad solidaryzmu społecznego w finansowaniu systemu.**

Kształtowanie stabilnej sytuacji w obszarze finansowania ochrony zdrowia wymaga jednoczesnego i trwałego zrównoważenia wpływów oraz wydatków w sektorze. Eksperci mają pełną świadomość, że przedstawiona propozycja restrukturyzacji wydatków — obejmująca przesunięcie środków w kierunku profilaktyki, wczesnej diagnostyki i opieki koordynowanej — jest warunkiem koniecznym dla długofalowej poprawy efektywności systemu, choć może być warunkiem niewystarczającym. Niniejszy raport koncentruje się na drugiej stronie równania, czyli na kształtowaniu stabilnych, przewidywalnych i solidarnych wpływów do systemu. Największym problemem końcowym będzie stworzenie mechanizmu utrzymującego obie strony równania w rzeczywistej równości.

Celem niniejszych analiz jest **wytyczenie kierunku zmiany w sposobie budowania bazy przychodowej, tak aby zapewnić trwały model finansowania zdrowia i ochrony zdrowia, spójny z zasadą solidaryzmu społecznego i zdolny do wspierania, utrzymania oraz poprawy zdrowia mieszkańców Polski.**

EKSPERCI

Prof. dr hab. Marek Góra
Katedra Ekonomii I, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Finansowanie, tak jak i funkcjonowanie publicznej opieki zdrowotnej powinno być powszechne, inaczej uniwersalne, to znaczy wszyscy (przynajmniej w intencji) uczestniczą i wszyscy na jednakowych zasadach. Oczywiście nie wszyscy są tacy sami, ale jeśli dla jakiejś kategorii miałoby być coś szczególnego, to na dodatek, a nie zamiast udziału na powszechnych zasadach.

Finansowanie powinno być maksymalnie przejrzyste i zrozumiałe nie tylko dla ekonomistów, ale także dla uczestników systemu. Z natury dobra jakim jest zdrowie wynika, że w systemie nigdy nie będzie dość pieniędzy. Jednocześnie przyjęcie, że powinno ich być jak najwięcej jest nieracjonalne. Optimum udziału w PKB nie istnieje. Pozostaje wzorowanie się na dobrych przykładach. Tyle że ich raczej nie ma.

Choć ma to wady, konieczne wydaje się wydzielenie "koszyków" usług medycznych. Ich przygotowanie musi być możliwie precyzyjne, przejrzyste i prowadzić do jasnych wniosków, minimalizujących manipulacje.

Obciążenie finansowaniem ochrony zdrowia powinno jak najlepiej odzwierciedlać dochody osób i firm i być możliwie równo rozłożone na całe społeczeństwo. To czy jakieś elementy finansowania są w takim czy innym budżecie jest kwestią wygody zarządzania, a nie celem samego systemu.

Dodatkowe finansowanie może/powinno pochodzić z podatku nałożonego na produkty (w nadmiarze) szkodliwe dla zdrowia. Lista do ustalenia. Nie powinno być jakichkolwiek zwolnień z finansowania opieki zdrowotnej. Dzieci do ustalonego wieku powinny być z automatu objęte opieką zdrowotną niezależnie od jakichkolwiek dodatkowych czynników.

Elementem dobrego sposobu finansowania jest edukacja w zakresie szczególnych kwestii związanych z uczestnictwem w powszechnym systemie. Przykładowo: dlaczego wydatki na leczenie są nierówno rozłożone w trakcie trwania życia, na czym polega losowość występowania problemów zdrowotnych, jak i na ile można na to wpływać, leczenie to zaawansowane stadium ochrony zdrowia, którego potrzebę należy – na ile

to możliwe – minimalizować, finansując prewencję zdrowotną oraz przeciwdziałanie czynnikom szkodliwym typu (zanieczyszczona: woda, powietrze, pożywienie, a także ekspozycja na wypadki) i edukacja w zakresie zdrowego trybu życia. Wydatki na te cele należy traktować jako wydatki na publiczną ochronę zdrowia.

Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Andrzej M. Fal
Wydział Medyczny, Collegium Medicum,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Finansowanie dwustrumieniowe:

1) Strumień publiczny - do osiągnięcia poziomu ok. 9% PKB, skorygowany minimalnym współpłaceniem/opłatą każdorazowego „wejścia do systemu" w celu wyrównania nadużyć/hazardu moralnego. Takie śladowe współpłacenie powinno dotyczyć wszystkich poziomów opieki zdrowotnej, ale być wyłączone np. w długotrwałych hospitalizacjach powyżej 14 dni, okres ciąży itd. Dla najniżej sytuowanych - refundacja kwoty współpłacenia z opieki społecznej zgodnie z zasadami innych zasiłków.

Ten strumień finansowania publicznej opieki zdrowotnej powinien być w pełni transparentny i równo rozłożony na wszystkich uczestników systemu - bez wyłączeń, grup specjalnych itp.

Istotne ponowne, dokładne określenie koszyków pozytywnych, utrzymanie szerokiego zakresu opieki nad ciężarną i dziećmi

2) Strumień prywatny – komplementarny (nie budzi większych zastrzeżeń, ale nie załatwi problemu); moim zdaniem raczej suplementarny (z możliwością częściowego odliczenia od przychodu, z częściową refundacją przez pracodawcę by zmniejszyć absenteizm; co ważne w formie przedpłaconej). Forma przedpłacona będzie rzeczywistym odciążeniem systemu publicznego i zachętą do inwestowania w zdrowie samodzielnie przez obywateli (przy powyższym założeniu odliczenia od podstawy podatku).

3) Profilaktyka powinna być finansowana z podatków od grzechu i części akcyzy. Ustawowo powinien zostać przewidziany minimalny poziom tego finansowania (np. w stosunku do PKB lub budżetu NFZ). Dodatkowo stymulowałoby to do autowdrożenia profilaktyki – bonus składkowy dla osób z niskimi poziomem czynników behawioralnych (próg osiągnięcia bonusu powinien być postawiony wysoko).

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Katarzyna Kolasa, prof. ALK
Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zarządzania Opieką Zdrowotną Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie

W systemie opieki zdrowotnej powinny zostać wdrożone mechanizmy pełnej przejrzystości, rozliczalności i wynagradzania za realną wartość – to znaczy za osiągnięte wyniki zdrowotne i efektywność, a nie jedynie za liczbę świadczeń. W praktyce oznacza to systematyczne publikowanie danych o efektach leczenia i kosztach, powiązanie wynagrodzeń dla świadczeniodawców z rezultatami oraz wprowadzenie bonusów za wysoką jakość i kary za niską efektywność.

Jednocześnie konieczne jest wzmocnienie roli danych, w tym danych z rzeczywistej praktyki klinicznej (real-world evidence). Pozwoli to lepiej oceniać działanie nowych technologii i rozwiązań cyfrowych poza warunkami badań kontrolowanych. Dzięki temu możliwe będzie jasne ustalenie ścieżki wdrożenia i refundacji innowacji, przy czym system będzie oparty na dowodach skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności kosztowej.

Dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ
Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Colegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Optymalny system finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce powinien opierać się na trzech filarach: solidarności społecznej, decentralizacji z transferem zasobów oraz reorientacji wydatkowej na profilaktykę i opiekę ambulatoryjną.

Fundamentem musi pozostać powszechne, obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne (model Bismarcka), oparte na składkach pracowników i pracodawców uzupełnianych środkami z budżetu państwa. System ten gwarantuje solidarność finansową — zdrowi subwencjonują chorych, osoby o wyższych dochodach wspierają tych gorzej sytuowanych. To rozwiązanie zapewnia dostęp równy dla wszystkich i jest sprawiedliwe społecznie.

Jednak obecna struktura finansowania ma poważne wady. Decentralizacja musi być połączona z rzeczywistym transferem zasobów do samorządów. Obecnie samorządy wojewódzkie i powiatowe odpowiadają za szpitale, ich deficyty i jakość usług, ale nie mają narzędzi finansowych do wykonania tych zadań.

Drugą istotną zmianą musi być całkowita reorientacja struktury wydatków. Obecnie ponad 35% zasobów kieruje się na droższe leczenie szpitalne, podczas gdy profilaktyka otrzymuje zaledwie 2% i trend jest spadkowy. To jest fundamentalnym błędem.

Opieka zdrowotna powinna opierać się na silnej, kompetencyjnej podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), która integruje diagnostykę, profilaktykę, edukację zdrowotną i koordynację opieki dla pacjentów z chorobami przewlekłymi. Pilotażowy program POZ Plus wykazał 30-procentowy wzrost efektywności leczenia. Finansowanie POZ poprzez stawki kapitacyjne z budżetami powierzonymi na opiekę koordynowaną — zachęca to do prewencji i unikania droższych hospitalizacji. Niezbędne są jednak permanentne monitorowanie i ewaluacja zachodzących tam procesów.

Trzecim filarem musi być precyzyjne wartościowanie pracy zawodów medycznych. Obecnie brakuje przejrzystości — nie wiemy dokładnie, ile kosztuje praca lekarzy, pielęgniarek, innych specjalistów. To prowadzi do chaotycznego wzrostu wynagrodzeń i braku motywacji do efektywności. Potrzebna jest systematyczna kalkulacja kosztów pracy, uwzględniająca rzeczywistą produktywność i obciążenie zawodowe każdego stanowiska.

Czwartym elementem jest rozszerzenie wielodyscyplinarnych zespołów w POZ — fizjoterapeuci, dietetycy, specjaliści zdrowia publicznego powinni wspierać lekarzy i pielęgniarki. To nie tylko poprawi dostępność, ale pozwoli na bardziej holistyczne podejście do pacjenta i profilaktyki.

Wreszcie, system musi być finansowo stabilny na długie lata. Wzrost wydatków do 7% PKB do 2027 roku jest konieczny, ale niewystarczający bez zmian strukturalnych. Zmiany demograficzne i roszczenia populacji będą rosnąć szybciej niż PKB. Dlatego kluczowe jest przesunięcie akcentu z leczenia na zachowanie zdrowia, a także pełne zaangażowanie wszystkich poziomów: pacjentów (poprzez edukację i współodpowiedzialność), samorządów (poprzez decentralizację) i systemu centralnego (poprzez strategiczne zarządzanie zasobami i priorytetami).

Model ten gwarantuje stabilność poprzez zmniejszenie obciążenia szpitali, dostępność poprzez wzmocnienie POZ i koordynację opieki, oraz sprawiedliwość poprzez solidarne finansowanie i równy dostęp dla wszystkich do podstawowych świadczeń — niezależnie od dochodów czy miejsca zamieszkania.

Dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH
Kierowniczka Katedry Rachunkowości Menedżerskiej i Think Tanku SGH dla ochrony zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Potrzebujemy systemu, który jest w stanie finansować realizowane przez siebie działania ze strumienia wpływów, które stanowią jego podstawowe źródło – w tym wypadku ze składki zdrowotnej. Składka powinna w sposób solidarny i proporcjonalny do poziomu majętności (celowo nie używam określenia dochód podatkowy) być opłacana przez wszystkich uczestników systemu, w uzasadnionych przypadkach kontrybuowana ze środków wspólnie wnoszonych do budżetu państwa. Doprowadzenie do takiego stanu wymaga radykalnych działań identyfikujących największe obszary nieefektywności w wydatkowaniu środków, a także określenia pewnych akceptowanych cen wszystkich zasobów nabywanych i angażowanych w tym systemie. Z drugiej strony konieczne jest określenie, jakie świadczenia wykraczają poza zakres gwarantowany i wymagają dodatkowym strumieniem – tym samym podlegając regułom bardziej rynkowym (dając pole na rozwój ubezpieczeń komercyjnych jako narzędzia do dzielenia ryzyka). Ważnym elementem jest wzmocnienie w obywatelach poczucia odpowiedzialności zarówno za własne zdrowie jak i za sposób korzystania z finansowanych wspólnie zasobów ochrony zdrowia.

Dr hab. Christoph Sowada, prof. UJ
Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński

Zawsze byłem zwolennikiem modelu Bismarcka, w wypadku Polski kilku konkurujących ze sobą kas/funduszy ubezpieczeniowych z absolutnie powszechnym dla wszystkich rezydentów obowiązkiem ubezpieczenia (nie tak jak obecnie). Chociaż składka oparta na zasadzie community rating bardziej odpowiada samej idei ubezpieczenia, liniowa składka naliczana na wszystkie dochody (liniowy payroll tax) także jest do zaakceptowania. Obejmując wszystkie dochody i wszystkich rezydentów składka taka umożliwiłaby pełna realizację zasady solidaryzmu społecznego (brak dyskryminacji w dostępie do świadczeń gwarantowanych z jednej strony, partycypacja w kosztach systemu zgodnie z indywidualną zdolnością płatniczą z drugiej strony). Przychody ze składek powinny pokrywać 100% wydatków publicznych na opiekę zdrowotną. Dotacje budżetowe powinny skoncentrować się na zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Jednocześnie należy bezzwłocznie uzupełnić system o bodźce finansowe stymulujące mieszkańców do rozwijania sprzyjających zdrowiu zachowań konsumpcyjnych, tj. bodźców umożliwiających internalizację zarówno pozytywnych jaki i negatywnych efektów zewnętrznych wynikających z indywidualnych decyzji wpływających na zdrowie.

Dr hab. Maria Węgrzyn, prof. UEW
Katedra Finansów, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Ograniczona zasobność funduszy przeznaczanych na zdrowie przy nieskończonych potrzebach zdrowotnych obywateli zawsze będzie wywoływała powszechne dyskusje co do racjonalności działania. Powiązanie więc możliwości zasobowych z potrzebami zdrowotnymi jest wyjątkowo trudne, ale bezwzględnie konieczne.

Aby zachować dostępność, sprawiedliwość i utrzymać stabilność uważam, że konieczne jest wsparcie systemu dodatkowym źródłem, ale przy równoczesnym uporządkowaniu struktury kosztowej we wszystkich podmiotach systemu zdrowotnego. Dodatkowe źródło należy rozumieć nie jedynie jako wzrost obecnej składki, ale jako element szeroko rozumianej zmiany w architekturze wpływów (i zwolnień) w systemie zdrowotnym.

Dr n. o zdr. Michał Chrobot
Katedra Rachunkowości Menedżerskiej i Think Tank SGH dla ochrony zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Prezes Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych

System powinien opierać się nadal na składce zdrowotnej. Jednakże, mając na uwadze coraz większą liczbę korzystających ze świadczeń, a zmniejszającą się liczbę pracujących, należy wprowadzić stały transfer z budżetu państwa do budżetu NFZ, będący substytutem składki. Powyższe zagwarantuje powszechność zasilania budżetu NFZ (dzisiaj "pracujący" mają prawo czuć się źle, bo płacą, a często nie korzystają), co wzmocni sprawiedliwość systemu, a co najważniejsze zagwarantuje wpływy do budżetu NFZ niezależnie od dobrej woli Ministra Finansów czy Sejmu, którzy muszą dzisiaj w sposób akcyjny "dodawać" środków do NFZ, aby płatnik był wypłacalny.

Z drugiej strony należy mocniej postawić na profilaktykę pierwotną (np. podatki konsumpcyjne "od grzechów") oraz prewencję i profilaktykę wtórną (np. ulgi podatkowe dla osób wykonujących badania profilaktyczne / wzrost obciążeń dla niewykonujących tych badań). W tym zakresie absolutnie zasadnym jest umożliwienie wykonywania badań profilaktycznych podczas wizyty w ośrodku medycyny pracy (czasem najtrudniej się wybrać / umówić na badanie).

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie

Optymalny model finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce powinien gwarantować wzmocnienie solidaryzmu, transparentności w poborze składki i jej alokacji oraz równego dostępu do świadczeń porównywalnej jakości, stabilności i przewidywalności finansowania bez względu na cykle koniunktury, powinien minimalizować ryzyko marnotrawstwa i motywować do poprawy jakości. Optymalny system finansowania powinien być zorientowany na zdrowie populacji i jego stałą poprawę poprzez wdrażanie efektywnych kosztowo innowacji.

Bardziej konkretne założenia dla zrównoważonego systemu ochrony zdrowia:

- *Fundamentem finansowania systemu powinno być powszechne podstawowe ubezpieczenie zdrowotne (PUZ).*
- *Podstawowe ubezpieczenie zdrowotne powinno gwarantować zabezpieczenie potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, w tym opieki długoterminowej, w granicach precyzyjnie określonego koszyka świadczeń gwarantowanych.*
- *Dopełnienie systemu PUZ powinny być ubezpieczenia komplementarne lub inne systemy współpłacenia, które zwiększą zdolność zaspakajania indywidualnych preferencji i potrzeb pacjentów w obszarze ochrony zdrowia.*
- *PUZ powinno być rozdzielone na dwie części, tj.: 1) ubezpieczenia zdrowotne (płacona przez każdego obywatela) i 2) ubezpieczenia pielęgnacyjnego (płacona powszechnie od 30 r. ż.).*
- *Zwolnienie z płacenia składki powinno wiązać się z jej pokryciem z budżetu państwa.*
- *Reforma systemu finansowania oz powinna uwzględniać ewolucyjny wzrost udziału pracodawcy w opłacaniu składki, np. na ubezpieczenie pielęgnacyjne, które powinno być pokrywane w wiekszościowym udziale przez pracodawcę.*
- *Zrównoważenie sektora ochrony zdrowia wymaga wyodrębnienia Funduszu Zdrowia Publicznego zasilanego przychodami z akcyzy na produkty szkodzące zdrowiu, opłaty zdrowotne. Podział środków z FZP powinien odbywać się na podstawie odrębnego algorytmu z przeznaczeniem dla JST.*
- *Motywację do podtrzymywania prozdrowotnych postaw obywateli powinien wzmacniać system zachęt, np. w postaci bonu profilaktycznego.*

Dr Maria Libura
Kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Finansowanie publicznej opieki zdrowotnej w Polsce powinno być przede wszystkim adekwatne do poziomu rozwoju gospodarczego, stabilne, przewidywalne i solidarne. System ochrony zdrowia musi być traktowany jak krytyczna infrastruktura państwa, zapewniająca obywatelom odpowiednie wsparcie zarówno w warunkach stabilizacji, jak i kryzysów.

Aby spełnić te warunki, model finansowania powinien przede wszystkim opierać się na wyższych niż obecne nakładach publicznych. Zwiększenie publicznych wydatków na ochronę zdrowia do poziomu około 10% PKB jest kluczowe dla zapewnienia stabilności systemu. Po drugie, finansowanie powinno zachować zasadę solidarności społecznej. Obecny system w zbyt dużym stopniu opiera się na opodatkowaniu pracy, a zachodzące globalnie zmiany (automatyzacja/robotyzacja) wymagają poszerzenia bazy o dochody z innych źródeł, m.in. kapitału i najmu. Warto rozważyć zastąpienie składki zdrowotnej podatkiem celowym, który obejmowałby zarówno osoby fizyczne, jak i prawne. Danina zdrowotna powinna mieć charakter liniowy lub progresywny, nie różnicując obywateli ze względu na formę zatrudnienia. Starzenie się społeczeństwa wymaga powołania osobnego filaru ubezpieczenia lub podatku celowego na opiekę długoterminową.

Relatywnie niskie na tle UE nakłady na ochronę i brak społecznej aprobaty dla wzrostu podatków sprawiają, że gwarantem konstytucyjnego prawa do opieki zdrowotnej powinien być silny sektor publiczny i „odwrót od pseudo-urynkowienia", które nie rozwiązuje problemów jakości czy optymalnej alokacji świadczeń, a bywa ich istotną częścią.

Zarządzana konkurencja może być mechanizmem podnoszącym jakość opieki, ale wiąże się z wyższymi kosztami administracyjnymi dla systemu, wymaga wiec społecznej akceptacji wysokich danin. Wzrostowi nakładów musi towarzyszyć reforma modelu kontraktowania usług – np. premiowanie jakości i koordynowanej opieki, a nie jedynie liczby wykonanych procedur – co przyczyni się do lepszej dostępności i efektywności usług medycznych bez proporcjonalnego wzrostu kosztów.

Zmiana składki na podatek powinna odbyć się w mechanizmie gwarantującym niezależność poziomu finansowania zdrowia od bieżących targów i interesów politycznych. NFZ wbrew założeniom stracił odporność na doraźne działania polityczne, takie jak podyktowane logiką kampanii wyborczych obniżki składki zdrowotnej. Obniżanie składki zdrowotnej dla wybranych grup (np. przedsiębiorców) w praktyce redukuje środki dla systemu i narusza sprawiedliwość, ponieważ największymi beneficjentami takich ulg są często osoby z wyższymi dochodami.

Zdrowie publiczne powinno być przede wszystkim elementem polityk społecznych, a nie wyłącznie domeną systemu opieki zdrowotnej. Największe nierówności w zdrowiu nie powstają w gabinetach lekarskich, lecz w warunkach życia ludzi. Pogłębia je brak skutecznych polityk wyrównywania szans osób z niższym statusem społeczno-ekonomicznym. Trudny dostęp do dobrej edukacji, stabilnej pracy, wystarczających dochodów, mieszkalnictwa, bezpieczeństwa socjalnego i czystego środowiska - to przyczyny źródłowe dużych rozpiętości wskaźników stanu zdrowia różnych klas społecznych. Dlatego skuteczna polityka zdrowotna musi być prowadzona w logice Health in All Policies – zdrowie musi być traktowane jako kluczowe kryterium oceny skutków regulacji w obszarze polityki społecznej, rynku pracy, podatków, mieszkalnictwa i transportu. W tym sensie polityki społeczne są najważniejszą „profilaktyką" zdrowotną państwa.

Dr inż. Robert Mołdach

Prezes Zarządu Fundacji Porozumienie dla Wartości Publicznej, Wykładowca na studiach SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia

Celem systemu zdrowia jest tworzenie wartości publicznej Moore'a - zdrowia jednostek, wspólnot i społeczeństwa. W egoistycznym świecie Putnama, zgoda co do tego, co jest wartością publiczną i jakie środki mają być użyte do jej tworzenia, wymaga oceny w perspektywie intuicji moralnych Haidta. I tak, intuicja opiekuńczości powinna być zawężona (np. leczenie na koszt sprawcy jego samego i ofiar wypadków drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu lub narkotyków). Za to, bezwzględnie zwiększona powinna być wrażliwość systemu w zakresie intuicji równości, tak obciążeń jak i otrzymywanej opieki (w sensie equity). Podobnie zdecydowanie powinna być wzmocniona intuicja proporcjonalności, by np. różnicować wysokość składki. Intuicja moralna lojalności też wymaga wzmocnienia, by była to lojalność wobec pacjenta i państwa, a nie grup interesu. Wzmocnienia wymaga także intuicja autorytetu, by środki zbierać w sposób sprawiedliwy i kierować zgodnie z dowodami. Wreszcie intuicja moralna czystości, powinna kategorycznie rugować prywatę i przywileje. Różne z tych intuicji moralnych są obecnie na drastycznie błędnych poziomach - np. wybujała opiekuńczość i szorująca po dnie czystość - to wymaga wyrównania i nadania równowagi.

Dr n. o zdr. i n. med. Karol Pawlak
Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego

W mojej ocenie model finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce powinien opierać się na prostej, wspólnej składce naliczanej od wszystkich dochodów – z większą wpłatą wraz ze wzrostem zarobków – oraz na stałym wsparciu budżetu państwa dla dzieci, seniorów i osób w trudniejszej sytuacji. Z góry gwarantujemy minimalny, rosnący wraz ze starzeniem się społeczeństwa poziom środków na zdrowie oraz tworzymy poduszkę na nagłe kryzysy. Część wpływów z opłat od alkoholu, tytoniu i cukru ustawowo kierujemy na profilaktykę, zdrowie psychiczne i zdrowie dzieci. Podstawowe świadczenia powinny być bezpłatne, a dodatkowe ubezpieczenia mogłyby dotyczyć wygody i wyższego standardu, nigdy prawa do szybszej kolejki. Powinniśmy równolegle dokonać analizy efektywności obecnych procedur i zdecydowanie finansować efekty leczenia, a nie wykonane procedury.

Mec. Michał Czarnuch
Partner w kancelarii Rymarz Zdort Maruta

- *Wzrost przychodów: Konieczna rewizja składki zdrowotnej oraz debata o wieku emerytalnym, którego podniesienie realnie zwiększyłoby bazę wpływów.*
- *Profilaktyka: Przesunięcie środków na zapobieganie chorobom i wczesną diagnostykę, co długofalowo obniża koszty leczenia i poprawia dobrostan społeczeństwa.*
- *Model mieszany: Odejście od samej składki na rzecz ustawowo gwarantowanej dotacji budżetowej, uniezależniającej zdrowie od koniunktury gospodarczej. Potrzebujemy mechanizmu „bezpiecznika", który automatycznie uruchamia dodatkowe środki z budżetu, gdy koszty świadczeń (które rosną z inflacją czy wzrostem płac minimalnych) przekraczają wpływy składkowe.*
- *Definicja koszyka: Precyzyjne określenie świadczeń gwarantowanych, co otworzy drogę dla dobrowolnych ubezpieczeń uzupełniających i odciąży sektor publiczny.*
- *Płacenie za efekt: Reforma finansowania premiująca jakość i wynik leczenia, a nie tylko suchą liczbę wykonanych procedur medycznych.*
- *Cyfryzacja i efektywność: System oparty na zbieraniu danych i monitoringu oraz wyraźnych miernikach ilościowo-jakościowych oceny placówek.*
- *Realna wycena: Mechanizmy automatycznej indeksacji wycen świadczeń względem rosnących kosztów pracy i inflacji, by uniknąć zadłużania szpitali.*

Anna Gołębicka, DBA
Ekspertka Centrum im. Adama Smitha

System ochrony zdrowia powinien działać sprawiedliwie, z lepszą organizacją i koordynacją, holistycznie, ponadresortowo, z naciskiem na efekt lepszego zdrowia zamiast wykonanej procedury. Powinien opierać się na maksymalizacji efektu poprawy zdrowia i sprawności pacjenta, a nie na wykonaniu procedur, z naciskiem na te dobrze wycenione. Warto odejść od myślenia jedną specjalizacją w kierunku wielospecjalistycznego, holistycznego spojrzenia. Ważne jest też zapewnienie sprawnej koordynacji ścieżki pacjenta oraz eliminacja marnowania czasu w kolejce.

System ma dawać przestrzeń do dobrej diagnozy i do szukania efektywniejszych sposobów leczenia. Ma eliminować marnotrawstwo czasu i zasobów oraz dublowanie wizyt i badań przez lepszą transparentność i organizację. Ma być sprawiedliwy – zarówno pod kątem wynagradzania personelu, jak i solidarnego oskładkowania bez generowania możliwości obchodzenia płacenia składki. System powinien dawać swoim uczestnikom poczucie bezpieczeństwa, odtworzyć zaufanie i współpracę oraz poprawić zasady skutecznej komunikacji. Zarówno pacjent, jak i medyk muszą się w nim czuć bezpiecznie i muszą być na wspólnej ścieżce do wspólnego celu. System zdrowia nie może zamykać się do resortu zdrowia. Powinniśmy patrzeć na zdrowie wielodyscyplinarnie i ponadresortowo, bo lepsze zdrowie oznacza pracujących obywateli (większe wpływy z podatków), osoby aktywne w gospodarce (wzrost gospodarczy, inwestycje), większe bezpieczeństwo państwa oraz niższe nakłady na świadczenia rentowe czy socjalne.

Agnieszka Włodarczyk
Katedra Rachunkowości Menedżerskiej i Think Tank SGH dla ochrony zdrowia, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

W moim przekonaniu warto uwzględnić w dalszych dyskusjach następujące kwestie: 1) konieczne jest przywrócenie zaufania do publicznego systemu – docelowo: skrócenie kolejek, uproszczenie poruszania się pacjenta po systemie, czemu może służyć przejrzysta strategia etapowych reform, wskazująca na konkretne korzyści/uzasadnienie podejmowanych działań, z realnymi celami. 2) co do zasady trzon finansowania opieki zdrowotnej powinien pozostać po stronie publicznej, nawet kosztem ograniczenia koszyka świadczeń gwarantowanych i/lub zwiększenia składki zdrowotnej (pod warunkiem punktu powyżej). 3) "ucywilizowania" wymagają rosnące wydatki prywatne (bezpośrednio z kieszeni pacjentów), np. poprzez przekierowanie ich na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne (komplementarne).

DIAGNOZA PROBLEMÓW W SYSTEMIE FINANSOWANIA ZDROWIA I OCHRONY ZDROWIA

Całkowite wydatki na zdrowie w Polsce, w wartościach nominalnych, rosną bardzo szybko, szczególnie w ostatnich trzech latach. Wg danych GUS, w 2014 r. było to 107,6 mld zł (z czego wydatki publiczne stanowiły 71%), w 2021 r. 169,4 mld zł, a w 2024 r. już 293,6 mld zł (78% tej kwoty było wydatkowane ze środków publicznych) [1].

W 2023 r. poziom finansowania ochrony zdrowia, po kilkunastu latach wahania między 6,27%, a 6,5%, osiągnął 7,2% PKB [2]. Mimo rekordowego wzrostu poziom ten pozostaje poniżej średniej w UE, która w 2023 r. wyniosła 10%, i plasuje Polskę na 9. miejscu od końca. Jeszcze większe dysproporcje pokazuje zestawienie wydatków per capita wg PPP – w Polsce w 2022 r. wyniosły 1 908 EUR, a średnio w Unii Europejskiej 3 533 EUR. Niższy przelicznik miały jedynie Rumunia, Bułgaria, Chorwacja i Węgry [3].

W Polsce widoczny jest również istotne wyższy niż średnia UE udział wydatków prywatnych w strukturze źródeł finansowania ochrony zdrowia. W 2023 r. około ¼ środków pochodziła z wydatków out-of-pocket (18,8%) oraz dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (5,4%). Środki te przeznaczane były przede wszystkim na produkty medyczne, w tym leki (66% wydatków na ten cel) oraz usługi lecznicze i rehabilitacyjne [4].

Głównym źródłem finansowania ochrony zdrowia pozostaje składka zdrowotna, ale jej udział w całkowitym budżecie maleje na rzecz dotacji podmiotowej uzupełniającej finansowanie do progu procentowego PKB, a de facto do bieżących potrzeb płatnika publicznego (NFZ) [5].

W strukturze wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej dominuje szpitalna opieka stacjonarna i Polska znajduje się pod tym względem powyżej średniej UE. Z uwagi na wydatki na opiekę długoterminową należymy zaś do grupy krajów z najniższymi nakładami. Relatywnie niewiele wydaje się również na profilaktykę, jak również w dużym stopniu skomercjalizowaną opiekę stomatologiczną. W wydatkach na leki znaczny udział mają produkty OTC, co częściowo tłumaczy duży udział wydatków prywatnych w tej kategorii.

W obszarze środków publicznych szpitale (wraz z lekami w programach lekowych [PL] i chemioterapii [CHT]) otrzymują ponad połowę środków budżetu NFZ na świadczenia, 9% przypada na AOS, a 11% trafia do POZ.

Struktura ta pozostaje niezmienna od czasu wprowadzenia sieci podstawowego zabezpieczenia szpitalnego w 2017 r. Wówczas kontrakty na przyszpitalne poradnie AOS zostały włączone do ryczałtu i wykazywane w planie NFZ w pozycji "leczenie szpitalne".

Obecny model finansowania zdrowia i ochrony zdrowia nie tworzy stabilnych warunków do długofalowego planowania polityki zdrowotnej. Źródła tych dysfunkcji mają charakter systemowy i dotyczą zarówno konstrukcji wpływów, jak i mechanizmów alokacji środków finansowych. W rezultacie system, zamiast wspierać zachowania sprzyjające zdrowiu, wzmacniać efektywność świadczeń i budować odporność finansową w zmieniającym się otoczeniu gospodarczym, utrwala nierówności i generuje narastające ryzyka fiskalne. Identyfikacja i szczegółowe omówienie pięciu kluczowych problemów cząstkowych, które w największym stopniu ograniczają stabilność i sprawczość systemu finansowania zdrowia, stanowi niezbędny krok do zaprojektowania racjonalnych, trwałych rozwiązań. Do najważniejszych barier należą: (1) nierówne i niezgodne z zasadą solidaryzmu społecznego oskładkowanie różnych grup obywateli, (2) brak mechanizmów finansowych wspierających lub wymuszających zachowania prozdrowotne, (3) niedostateczne powiązanie finansowania z maksymalizacją wartości zdrowotnej, (4) niska odporność modelu finansowania na zmiany społeczno-demograficzne oraz (5) nieadekwatne przygotowanie budżetu ochrony zdrowia na rosnące potrzeby i koszty opieki długoterminowej.

1 PROBLEM NIERÓWNE I SPRZECZNE Z ZASADĄ SOLIDARYZMU SPOŁECZNEGO OSKŁADKOWANIE RÓŻNYCH GRUP OBYWATELI

Podstawowym modelem organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest system ubezpieczeniowy o charakterze powszechnym, który z definicji powinien mieć charakter solidarnościowy. Jego konstrukcja opiera się na założeniu, że prawo do świadczeń przysługuje osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym, a więc takim, za które odprowadzane są składki przez zobowiązanego płatnika lub są uprawnieni do świadczeń na mocy odrębnych przepisów. Powszechność udziału składkowego stanowi warunek niezbędny dla efektywnego funkcjonowania systemu, ponieważ umożliwia szeroki podział ryzyka zdrowotnego i jego redystrybucję pomiędzy wszystkich jego uczestników. Mechanizm ten – będący współczesną formą ochrony przed indywidualnymi następstwami choroby – jest uznawany za kluczowy element ubezpieczeniowych modeli zabezpieczenia zdrowotnego i pozostaje fundamentem ich stabilności [6]. Wysokość składki powiązana jest z dochodem, a zakres ochrony ubezpieczeniowej nie zależy od wysokości płaconej składki.

Zasada solidaryzmu społecznego realizowana jest poprzez fakt, że osoby osiągające wyższe dochody ponoszą większą część kosztów utrzymania systemu, umożliwiając tym samym ochronę zdrowia także grupom o niższej zdolności płatniczej [7]. Tym samym konstrukcja składki zdrowotnej uważana jest za instrument zarówno redystrybucji zasobów, jak i ograniczania nierówności w zdrowiu [8].

DLACZEGO TO WAŻNE?

ZWOLNIENIA PODMIOTOWE I PRZEDMIOTOWE ZABURZAJĄ ZASADĘ SOLIDARYZMU I POWSZECHNOŚCI UBEZPIECZENIA

W systemach ubezpieczenia zdrowotnego zwolnienia podmiotowe i przedmiotowe stanowią odstępstwa od zasady powszechności i solidaryzmu społecznego. Zwolnienia podmiotowe dotyczą określonych kategorii osób, które – mimo posiadania uprawnienia do korzystania ze świadczeń – nie uczestniczą w finansowaniu systemu poprzez opłacanie składek. Zalicza się do nich najczęściej dzieci, osoby bez dochodu, osoby o najniższych dochodach, a także określone grupy zawodowe lub społeczne, którym ustawodawca przyznaje specjalny status zwolnienia [9]. Zwolnienia przedmiotowe dotyczą wyłączenia części przychodów spod obowiązku składkowego, co prowadzi do zawężenia podstawy finansowania i zmniejszenia redystrybucyjnego potencjału systemu [10]. Oba typy zwolnień – przy braku adekwatnych mechanizmów kompensacyjnych – prowadzą do rozszczelnienia systemu, ograniczając wspólną pulę ryzyka i zwiększając obciążenia pozostałych ubezpieczonych.

Aktualny polski system charakteryzuje się dużym poziomem skomplikowania i występowaniem obu rodzajów zwolnień, a dodatkowo zróżnicowaniem faktycznego obciążenia poziomem składki w zależności od innych parametrów, niż dochód.

Nominalnie największa kwota składki odprowadzana jest z tytułu umów o pracę (70 mld zł), a następnie za osoby pobierające emeryturę i rentę (33,3 mld zł) oraz osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą (23,7 mld zł). Średnia miesięczna wysokość składki płaconej przez osoby ubezpieczone w 2023 r. kształtowała się na poziomie 386 zł, przy czym najwyższa wartość płacona była przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą (728 zł). Średnia składka z tytułu umów o pracę wyniosła w 2023 r. 464,6 zł, a średnia składka emerytów i rencistów 312,7 zł. Średnia wartość odprowadzana za osoby ubezpieczone w ramach KRUS kształtuje się na poziomie składki emerytów, choć częściowo wpływ ten finansowany jest z budżetu państwa [11]. Co ciekawe, całkowita liczba tytułów, dla których zostały odprowadzone składki do ZUS wynosi 29,7 mln, co oznacza, że średnio co 5-ty ubezpieczony odprowadza składki z dwóch tytułów – na przykład umowy o pracę i umowy zlecenia.

Wysokość stopy składki na ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników od 2007 r. pozostaje bez zmian i wynosi 9% podstawy wymiaru (czyli wynagrodzenia brutto pomniejszonego o składki na ubezpieczenie społeczne opłacane przez pracownika). W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą zasady są bardziej złożone i zależą od formy opodatkowania. Najprościej rzecz ujmując, w przypadku zasad ogólnych liczone jest 9% dochodu z działalności gospodarczej, a w przypadku podatku liniowego – 4,9%. W przypadku karty podatkowej wysokość składki liczona jest w relacji do wynagrodzenia minimalnego, a w przypadku ryczałtu – do przeciętnego wynagrodzenia, choć szczegółowe wartości zależą od osiąganych przychodów.

Rolnicy płacą składkę do KRUS, która w gospodarstwach rolnych wynosi 1 zł/ha użytków rolnych, a w działach specjalnych produkcji rolnej liczona jest jako 9% od zadeklarowanej podstawy wymiaru składki [12]. W przypadku gospodarstw rolnych nieprzekraczających 6 ha przeliczeniowych użytków rolnych składki są opłacane przez KRUS.

Dodatkowo, od tej ogólnej zasady stosowane są liczne odstępstwa. Przede wszystkim mowa tu o grupach społecznych lub zawodowych, które są uprawnione do otrzymywania świadczeń zdrowotnych, a za które składki nie są odprowadzane do ZUS ani do KRUS. Problem jest istotny, jako że całkowita liczba odprowadzających składki na koniec 2023 r. wyniosła 26,2 mln osób, co stanowi zaledwie ok. 72% społeczeństwa. Wśród odprowadzających składki do ZUS, 8,9 mln osób stanowią emeryci i renciści, a 16,2 mln pozostałe osoby ubezpieczone. Do osób uprawnionych do świadczeń, ale nie odprowadzających składki zdrowotnej należą:

- dzieci do 18 roku życia,
- studenci i doktoranci (niepracujący na umowach, w ramach których opłacane są składki na ubezpieczenie zdrowotne),
- osoby "pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym", nie odprowadzające składki zdrowotnej,
- osoby pobierające zasiłek macierzyński,
- osoby bezrobotne niepobierające zasiłku,
- osadzeni w zakładach karnych,
- osoby bezdomne,
- emeryci/renciści inwalidzi wojenni i osoby represjonowane i ich rodziny,
- żołnierze ZSW i WOT,
- kombatanci i osoby represjonowane niepodlegające ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierające emerytury lub renty,
- osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadające ważną Kartę Polaka.

Istnieją również grupy społeczne lub zawodowe uprawnione do świadczeń, za które składki opłacane są przez społeczeństwo za pośrednictwem budżetu. Są to m.in. [13]:

- służby mundurowe - policja, straż graniczna i SOP,
- dzieci niezgłoszone do ubezpieczenia przez żadnego z rodziców,
- osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej,
- osoby pobierające zasiłek opiekuńczy, świadczenie pielęgnacyjne lub zasiłek dla opiekuna,
- osoby bezdomne objęte indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności,
- osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego,
- osoby korzystające z urlopu wychowawczego,
- osoby zatrudnione jako nianie lub sprawujące osobistą opiekę nad dzieckiem,
- osoby duchowne (za pośrednictwem Funduszu Kościelnego),
- rolnicy, gdy gospodarstwo rolne jest poniżej 6 ha przeliczeniowych użytków rolnych (opłaca KRUS).

Podstawą wymiaru składki zdrowotnej jest wynagrodzenie osiągane z tytułu realizowanej pracy lub dochód jednoosobowej działalności gospodarczej wynikający z zakresu działalności statutowej. W praktyce oznacza to, że składki zdrowotne nie są naliczane od dochodów osób fizycznych, innych niż wynikające z powyższych tytułów. W szczególności nie są one liczone od dochodów z najmu prywatnego (rozliczanych przez PIT-28), zysków kapitałowych (rozliczanych przez PIT-8C), instrumentów finansowych (rozliczanych przez PIT-38) oraz dochodów z prywatnego zbycia nieruchomości oraz praw majątkowych (rozliczanych przez PIT-39).

DLACZEGO TO WAŻNE?

SYSTEM JEST POSTRZEGANY JAKO NIESPRAWIEDLIWY, DLATEGO TEŻ KOLEJNE GRUPY OBYWATELI SZUKAJĄ SPOSOBU NA UNIKANIE PŁACENIA SKŁADEK

Akceptowalność podatków i składek przez obywateli zależy od wielu aspektów – ekonomicznych, ale także cech indywidualnych (takich jak wiek, płeć, wykształcenie i stopień zaufania do rządzących [14]), norm społecznych, a także przejrzystości oraz sposobu prezentowania w przekazie rządowym, a także w mediach. Jak wskazują badania w krajach rozwiniętych skłonność do płacenia podatków jest większa z uwagi na dostrzegalne efekty wpływów podatkowych. Istotne są również: postrzegana sprawiedliwość polityki podatkowej, przejrzystość finansów publicznych oraz publicznie prowadzona debata na temat wydatków finansowanych z tych źródeł [15].

Zasadę powszechności i solidarności szczególnie akcentuje się w systemach ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Uniwersalność systemu ubezpieczeniowego wyrażana jest przez objęcie składkami każdego członka społeczeństwa, często przy wsparciu osób mniej zamożnych, ze środków publicznych, tak aby nikt nie pozostawał poza systemem [16]. Ciekawy felieton norweskich badaczy podkreśla znaczenie uczestniczenia wszystkich przedstawicieli społeczeństwa w systemie ubezpieczenia zdrowotnego. Wskazują na ryzyko wynikające z wycofywania się najzamożniejszych osób – na przykład poprzez unikanie podatków – które stanowi zagrożenie dla solidarnościowego modelu opieki zdrowotnej, podkopuje zaufanie i gotowość reszty społeczeństwa do finansowania wspólnego systemu [17].

Badanie przeprowadzone w 2023 r. na reprezentatywnej grupie Polaków [18] wykazało niezadowolenie respondentów z ochrony zdrowia oraz przekonanie (ponad 80% badanych), że budżet ochrony zdrowia powinien być większy. Około 50% respondentów byłoby skłonne płacić wyższą składkę w zamian za poprawę w konkretnym obszarze (np. skrócenie kolejek). Podobną gotowość do ponoszenia wyższych obciążeń finansowych (choć samo badanie dotyczyło dopłat do usług) u części (43%) respondentów wykazało badanie z grudnia 2025 r. [19]

DLACZEGO TO WAŻNE?

TO POWODUJE ZANIŻENIE WPŁYWÓW ORAZ NIEWSPÓŁMIERNIE WYSOKIE OBCIĄŻENIE POZOSTAŁYCH PŁATNIKÓW

W 2023 r. średnia miesięczna składka w przeliczeniu na jednego opłacającego składkę wyniosła 386,40 zł [20]. Przy założeniu, że składki w takiej wysokości byłyby opłacane za każdego uprawnionego do ochrony zdrowia, co w uproszczeniu odpowiada liczbie mieszkańców Polski, całkowite wpływy ze składek zdrowotnych powinny wynieść ok. 173,6 mld zł. W tym samym roku NFZ wykazał w planie finansowym wpływy z należnych składek w wysokości 137,6 mld zł [21]. Różnica to 36 mld zł.

Dodatkowo, część dochodów gospodarstw domowych nie jest uwzględniana przy naliczaniu składki na ubezpieczenia zdrowotne, co pogłębia dysproporcję między dochodem a obciążeniem składką zdrowotną. Dotyczy to coraz większej grupy obywateli - przykładowo, w 2024 r. przychody z najmu i dzierżawy zadeklarowało do urzędów skarbowych ponad 1,14 mln osób w Polsce [22].

Budowa systemu, w którym każdy korzystający z ochrony zdrowia ma poczucie jego powszechności oraz solidarnego współuczestnictwa wszystkich grup społecznych w finansowaniu ma kluczowe znaczenie, przede wszystkim dla osób opłacających składki.

Jasne, jednolite i przejrzyste zasady obliczania składki — powiązane z poziomem osiąganego dochodu — zwiększają akceptację obywateli dla własnej roli w systemie, wzmacniając poczucie sprawiedliwości i przejrzystości obciążeń. Kluczowa w tym procesie jest zrozumiała komunikacja celu i zasadności solidarnego uczestniczenia w finansowaniu ochrony zdrowia. Wdrożenie jasnych zasad organizacji systemu umożliwia prowadzenie otwartego dialogu dotyczącego finansowania świadczeń dla grup, które miałyby korzystać z systemu, nie będąc jednocześnie jego płatnikami (np. dzieci).

Wdrożenie takiej konstrukcji finansowania sprzyja również usprawnieniu relacji między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Finansów, pozwalając na jednoznaczne określenie zakresu i zasad dodatkowego obciążenia społeczeństwa dokonywanego za pośrednictwem budżetu centralnego w finansowaniu ochrony zdrowia. Obecnie udział ten jest ustalany w drodze wielomiesięcznych negocjacji, co ogranicza możliwość prowadzenia stabilnej, wieloletniej polityki zdrowotnej.

JAKIE ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄ ZA ROZWIĄZANIEM TEGO PROBLEMU:

- Skłonność obywateli do „uczciwego" płacenia podatków i składek rośnie, m.in. wtedy, gdy system jest postrzegany jako sprawiedliwy i obejmuje wszystkich na równych zasadach.
- Coraz większa zależność finansowania ochrony zdrowia od corocznie negocjowanej dotacji z budżetu państwa utrudnia prowadzenie długofalowej polityki zdrowotnej.
- Rozszczelnienie systemu (np. liczne zwolnienia podmiotowe i przedmiotowe) osłabia solidarność, zmniejsza stabilność przychodów i przenosi koszty na ograniczoną grupę płatników.

2 PROBLEM MECHANIZMY FINANSOWE NIE WSPIERAJĄ MAKSYMALIZACJI DOSTARCZANEJ WARTOŚCI ZDROWOTNEJ

Pojęcie wartości zdrowotnej (ang. *health value*) jest jednym z kluczowych dla polityki zdrowotnej i ekonomii zdrowia. W ujęciu zaproponowanym przez M. Portera, wartość zdrowotna definiowana jest jako relacja osiąganych wyników zdrowotnych istotnych dla pacjenta do poniesionych kosztów ich uzyskania, mierzona w całym cyklu opieki nad pacjentem lub – w przypadku chorób przewlekłych – w założonym przedziale czasu [23]. Nie jest to równoznaczne z poziomem wydatków czy liczbą otrzymanych świadczeń, lecz z faktyczną poprawą stanu zdrowia i funkcjonowania.

Włączenie koncepcji wartości zdrowotnej do mechanizmów finansowych oznacza płacenie nie za wykonane procedury czy inne aktywności, lecz finansowanie rezultatów zdrowotnych i długoterminowych efektów.

Współcześnie podejście do wartości zdrowotnej poszerza konsensus panelu ekspertów Komisji Europejskiej, który rekomenduje ocenianie wartości zdrowotnej w czterech perspektywach. Obejmują one podstawową perspektywę Portera w postaci wartości technicznej oraz trzy dodatkowe perspektywy wartości osobistej, społecznej i alokacyjnej [24]. O ile metody pomiaru wartości technicznej czy osobistej zostały już ugruntowane, to pomiar wartości społecznej, a już szczególnie alokacyjnej, gdzie ocenia się alokację zasobów, ludzi i środków na poszczególne choroby, regiony geograficzne czy grupy społeczne, rodzi nadal szereg pytań, na których odpowiedź należy szukać na gruncie nauki o wartości publicznej.

Ocena wartości zdrowotnej opiera się na zestawie standaryzowanych mierników, które pozwalają uchwycić zarówno poziom zdrowia, jak i efekty interwencji zdrowotnych, w relacji do ich kosztów. Do najczęściej stosowanych mierników należą: oczekiwane lata przeżyte w zdrowiu (*Healthy Life Years,* HLY), czy lata życia skorygowane niepełnosprawnością (*Disability-Adjusted Life Years,* DALY) [25]. W okresie pandemii COVID-19 upowszechnił się wskaźnik liczby zgonów możliwych do uniknięcia [26], a na poziomie systemowym przywołuje się bardziej ogólne wskaźniki, np. skorygowane wskaźniki umieralności czy bardzo ogólny wskaźnik przeciętnej długości trwania życia. Obok wartości klinicznej wskazuje się zasadność uwzględnienia miar doświadczeń pacjentów (przede wszystkim *patient-reported outcome measures, PROMs i patient-reported experience measures,* PREMs).

Polski system ochrony zdrowia nadal w największym stopniu bazuje na finansowaniu w oparciu o mechanizmy tradycyjne, oparte o rozpoznania, wykonane procedury (wyceniane jednostkowo lub jako wiązka świadczeń w ramach danego JGP) albo czas pobytu.

DLACZEGO TO WAŻNE?

OBYWATELE MAJĄ POCZUCIE NIEEFEKTYWNEGO WYDATKOWANIA ŚRODKÓW POCHODZĄCYCH ZE SKŁADEK

Analiza wskaźników zdrowotnych w dłuższym horyzoncie czasowym wskazuje na ograniczoną skalę poprawy rezultatów zdrowotnych populacji, mimo znaczącego wzrostu finansowania. Oczekiwana długość życia w Polsce wzrosła z 77,8 lat w 2014 r. do 78,6 lat w 2022 r., przy czym wzrost ten był relatywnie niewielki zarówno w ujęciu ogólnym, jak i w podziale na płeć.

Jednocześnie wskaźnik lat życia w zdrowiu (HLY) poprawił się jedynie marginalnie — z 62,7 do 64,1 lat u kobiet oraz z 59,8 do 60,8 lat u mężczyzn. Mimo niewielkiego wydłużenia życia, populacja nadal spędza znaczną jego część z ograniczeniami zdrowotnymi: odpowiednio około 17 lat dla kobiet i ponad 12 lat dla mężczyzn.

Równolegle część wskaźników epidemiologicznych uległa jedynie umiarkowanej poprawie lub wręcz pogorszeniu. Choć odnotowano spadek umieralności z powodu nowotworów oraz samobójstw, skala tych zmian — mimo ich pozytywnego kierunku — pozostaje ograniczona w relacji do dynamiki wzrostu nakładów na ochronę zdrowia [27]. Najnowszy raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH - Państwowego Instytutu Badawczego poświęcony kondycji zdrowotnej społeczeństwa wskazuje na wyraźne zahamowanie tempa wzrostu oczekiwanej długości życia, a także pogorszenie samooceny zdrowia przez obywateli [28]. To wyraźny sygnał ostrzegawczy.

Po stronie finansowej obserwowany jest **gwałtowny wzrost kosztów funkcjonowania systemu, który nie znajduje adekwatnego odzwierciedlenia w efektach zdrowotnych, ani w poprawie dostępności świadczeń.** W latach 2016–2024 liczba realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ zwiększyła się o niespełna 10%, podczas gdy koszty ich realizacji wzrosły nominalnie o ponad 160%, a realnie – po korekcie o inflację – o ponad 64% [29]. Znaczna część dodatkowych środków została skonsumowana przez wzrost kosztów jednostkowych (przede wszystkim przez rosnący poziom minimalnego wynagrodzenia personelu podmiotów leczniczych), a nie przez istotne zwiększenie skali lub skuteczności udzielanej opieki.

Szczególnie wyraźna dysproporcja występuje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, gdzie wzrost wydatków był wielokrotnie wyższy niż wzrost liczby realizowanych świadczeń. Jednocześnie system koncentrował się na intensywnym zwiększaniu liczby świadczeń w obszarach takich jak opieka paliatywna, czy świadczenia odrębnie kontraktowane. Nadal nierozwiązane pozostają problemy dostępności do wczesnej diagnostyki, ciągłości leczenia i koordynacji opieki.

Konsekwencją tak skonstruowanego modelu finansowania jest brak odczuwalnej poprawy dostępności do świadczeń, które stanowi jeden z najbardziej widocznych i dotkliwych dla pacjentów symptomów niesprawności systemu. W latach 2022–2025 liczba osób oczekujących na wizytę u specjalisty w trybie pilnym wzrosła ponad dwukrotnie, osiągając niemal 800 tys. osób, przy medianie czasu oczekiwania wynoszącej 55 dni w przypadkach pilnych i 72 dni w przypadkach stabilnych [30]. Zjawisko to wzmacnia społeczne przekonanie, że system – mimo rosnących nakładów – nie zapewnia większej przepustowości i tym samym nie prowadzi do szybszego i skuteczniejszego rozwiązania problemów zdrowotnych pacjentów.

DLACZEGO TO WAŻNE?

SPADEK ZAUFANIA DO SYSTEMU OBNIŻA AKCEPTACJĘ DLA OBECNEJ ORGANIZACJI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Badania społeczne prowadzone przez CBOS w 2023 r. i 2025 r. konsekwentnie wskazują na niski poziom akceptacji dla obecnej organizacji systemu ochrony zdrowia. Zaledwie jedna czwarta respondentów deklaruje zadowolenie z jego funkcjonowania, podczas gdy zdecydowana większość ocenia je negatywnie [31]. Co istotne brak zaufania nie ogranicza się wyłącznie do bieżącej oceny jakości świadczeń, lecz obejmuje również ocenę zdolności systemu do poprawy w przyszłości. Jak wynika z badania SW Research na reprezentatywnej grupie Polaków w 2023 r. ponad połowa uważa, że nawet istotne zwiększenie nakładów finansowych nie doprowadzi do poprawy sytuacji w ochronie zdrowia [18], co wskazuje na głęboko zakorzenione przekonanie o strukturalnej nieskuteczności obecnego modelu finansowania.

Szczególnie negatywnie oceniane są te elementy systemu, które z perspektywy pacjentów stanowią najbardziej bezpośredni miernik jego sprawności [32]: dostępność do lekarzy specjalistów, czas oczekiwania na świadczenia oraz niedobory kadrowe. Długie kolejki i trudności w uzyskaniu terminowej diagnostyki stały się dominującym symbolem wadliwego funkcjonowania systemu, przesłaniając jednocześnie obszary, które oceniane są relatywnie lepiej, m.in. kompetencje i zaangażowanie personelu medycznego, czy jakość opieki szpitalnej [33]. W efekcie społeczna percepcja systemu kształtowana jest w znacznym stopniu przez doświadczenie ograniczonej dostępności, a nie przez jakość pojedynczych interwencji medycznych. W warunkach ograniczonej wiary w skuteczność systemu rośnie skłonność do realizacji potrzeb zdrowotnych poza systemem publicznym, w tym do korzystania z opieki prywatnej lub podejmowania decyzji zdrowotnych poza formalnym systemem, na co również wskazują badania [31]. Takie działania dodatkowo osłabiają solidarnościowy charakter finansowania ochrony zdrowia.

DLACZEGO TO WAŻNE?

BRAK AKCEPTACJI SPOŁECZNEJ HAMUJE PROCES WDROŻENIA REFORM

Debata prowadzona w trakcie kampanii prezydenckiej w 2025 r. ujawniła głębokie rozbieżności w postrzeganiu przez Polaków mechanizmów finansowania ochrony zdrowia oraz roli państwa w organizacji i redystrybucji środków publicznych.

Kandydaci przedstawiali propozycje rozpięte między postulatem istotnego zwiększenia publicznych nakładów (do poziomu 8% PKB), koncepcjami decentralizacji finansowania i likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, a wizjami częściowej lub pełnej konkurencji między systemem publicznym i prywatnym. Równolegle pojawiały się narracje akcentujące sprzeciw wobec prywatyzacji publicznej ochrony zdrowia, postulaty reform instytucjonalnych oraz rozwiązania oparte na bodźcach prozdrowotnych i profilaktyce.

Z perspektywy analizowanego problemu kluczowe znaczenie ma fakt, że propozycje te nie tworzyły spójnej, dominującej narracji, która mogłaby stać się podstawą szerokiego konsensusu społecznego. Przeciwnie – koncepcje naprawy finansów ochrony zdrowia były zupełnie przeciwstawne, a w dyskursie te same instytucje (w szczególności NFZ) pełnią rolę symbolu zarówno nadmiernej biurokracji, jak i gwaranta solidarności systemowej. Taka polaryzacja debaty obrazuje poziom niskiej akceptacji społecznej w zakresie choćby fundamentalnych kwestii dla reformy finansów ochrony zdrowia.

Brak akceptacji społecznej dla reform finansowych nie **wynika** wyłącznie z oporu wobec zmian jako takich, lecz **z niedostatku przejrzystej komunikacji dotyczącej celów, kosztów i spodziewanych efektów reform.** Choćby na podstawie deklaracji wszystkich stron politycznych, regularnie pojawiających się w przestrzeni publicznej, można zauważyć, że rzadko odwołują się one do konkretnych skutków finansowych, ekonomicznych i społecznych, a także do interesariuszy, ich nastawienia oraz głównych źródeł ryzyka. W efekcie nawet racjonalne propozycje napotykają barierę społeczną, która znacząco wydłuża lub wręcz blokuje proces ich wdrażania.

Osiągnięcie trwałych zmian zdrowotnych, w najważniejszych wskaźnikach, takich jak liczba lat życia w zdrowiu, wymaga wieloletnich spójnych działań wielosektorowych w obszarze polityki państwa. Nie będzie możliwe bez ponadpartyjnego konsensusu w zakresie ogólnego kierunku zmian. Bez minimalnego porozumienia co do kierunku zmian, zwłaszcza w obszarze finansowania, każda kolejna reforma narażona jest na delegitymizację, odwracanie decyzji oraz utratę zaufania obywateli do instytucji systemu ochrony zdrowia.

Jednocześnie opór przed wdrażaniem bardziej radykalnych zmian systemowych lub zmiana kierunku reformy w cyklu wyborczym, zanim przyniesie ona widoczne efekty, tworzą zamknięte koło – w którym system nie ma szans na trwałą poprawę w kierunku tworzenia większej wartości zdrowotnej, z uwagi na niską akceptację społeczną – a ona się nie poprawia, jako że wartość generowana przez system nie rośnie.

JAKIE ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄ ZA ROZWIĄZANIEM TEGO PROBLEMU:

- Celem systemu ochrony zdrowia jest maksymalizacja wartości zdrowotnej, rozumianej jako poprawa wyników zdrowotnych pacjenta.
- Zwiększenie akceptacji społecznej do finansowania systemu ochrony zdrowia zależy od skuteczniejszej realizacji przez system podstawowego celu, ale również od poprawy subiektywnej percepcji pacjenta względem wartości, jaką otrzymuje indywidualnie.
- Transformacja systemowa i dalsze podnoszenie wartości zdrowotnej zależy od zaufania budowanego przez zarządzających wśród obywateli - w zakresie skuteczności, właściwości i celowości podejmowanych działań.

3 PROBLEM MECHANIZMY FINANSOWE NIE WSPIERAJĄ ZACHOWAŃ PROZDROWOTNYCH

Wskaźniki zdrowotne pozostają w ścisłym związku z zachowaniami zdrowotnymi, które, zgodnie z klasyczną typologią raportu Lalonde'a [34] oraz współczesnymi badaniami nad nierównościami zdrowotnymi i społeczno-ekonomicznymi determinantami zdrowia (np. Commission on Social Determinants of Health, WHO [35]; Marmot [36]), stanowią jeden z kluczowych filarów determinantów zdrowia, obok warunków środowiskowych, czynników społecznych i dostępności do opieki medycznej. Badania epidemiologiczne i populacyjne wskazują, że wskaźniki takie jak DALY czy HLY są w dużej mierze ujemnie skorelowane z popularnością zachowań zagrażających zdrowiu, takich jak palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna, nieprawidłowa dieta czy nadużywanie alkoholu [37].

Badacze wskazują na znaczenie kontekstu społecznego i kulturowego, w tym także wpływu mediów [38]. Istotnymi czynnikami różnicującymi postawy względem zdrowia są również wykształcenie czy status ekonomiczny [39]. Interpretacja mierników zdrowotnych wymaga jednoczesnego uwzględnienia warunków funkcjonowania oraz mechanizmów instytucjonalnych, które mogą te zachowania wzmacniać lub osłabiać.

Zachowania prozdrowotne są również kształtowane przez bodźce ekonomiczno-finansowe. Wzmacnia to oddziaływanie na trwałą zmianę zachowań w obszarach, w których edukacja zdrowotna okazuje się niewystarczająca. Jak wskazują badania, bodźce finansowe – zarówno o charakterze pozytywnym jak i negatywnym – mogą skutecznie wpływać na wybory zdrowotne jednostek. Badania wskazują, że bodźce finansowe mogą wpływać na zmniejszenie odsetka osób palących [40], poprawę masy ciała i spadek udziału osób otyłych w populacji [41], wzrost aktywności fizycznej [42], czy też zwiększenie udziału osób zaszczepionych [43].

Skuteczność tych instrumentów wynika z monetyzacji kosztów i korzyści zdrowotnych, które w sytuacji odroczenia w czasie i braku pewności ich wystąpienia mogą być niedoszacowywane przez jednostki.

DLACZEGO TO WAŻNE?

STYL ŻYCIA WPŁYWA NA ROZWÓJ CHORÓB OD NICH ZALEŻNYCH

Istotny dorobek badań epidemiologicznych potwierdza, że zachowania stylu życia – takie jak aktywność fizyczna, dieta, palenie papierosów, używanie alkoholu i czas spędzany w bezruchu – mają bezpośredni i znaczący wpływ na ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych (np. chorób układu krążenia, cukrzycy, nowotworów) oraz na długość i jakość życia. W analizie kohortowej [44] zaobserwowano, że czynniki możliwe do zmiany (m.in. palenie, otyłość, niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej) były silnie skorelowane z wcześniejszym występowaniem jednej z sześciu głównych przewlekłych chorób (cukrzyca, choroby serca, choroby oddechowe, udar, nowotwory płuc).

W kontekście polskim [45] — choć dane są bardziej rozproszone — badanie dotyczące mieszkańców Dolnego Śląska wykazało, że u pacjentów kardiologicznych (z chorobami układu krążenia) średnie wskaźniki BMI, poziom aktywności fizycznej, jakość odżywiania, a także poziom stresu i uzależnień były znacząco gorsze, niż w grupie osób zdrowych.

Choroby zależne od stylu życia (choroby układu krążenia, nowotwory, a także dolegliwości bólowe kręgosłupa i cukrzyca) zajmują czołowe miejsca wśród przyczyn utraty zdrowia i przedwczesnej umieralności Polaków mierzonych w DALY [46]. W 2023 r. choroby układu krążenia (w tym zwłaszcza choroba niedokrwienna serca i udar) były odpowiedzialne za 36,9% zgonów, nowotwory złośliwe, wśród których dominuje rak płuca, za 24,4%. Analiza liczby zgonów możliwych do uniknięcia wskazuje, że na przyczyny zgonu, którym można zapobiegać dzięki skutecznej profilaktyce zmarło w Polsce w 2022 r. 88 tys. osób, natomiast kolejne 51 tys. osób zmarło na przyczyny, którym można zapobiegać dzięki skutecznej interwencji [1]. Umieralność ta w Polsce była wyższa od przeciętnej w krajach UE-27 o 45% [28]. Badania oceniające udział chorych na cukrzycę w populacji wskazują, że jest to ok. 5,6% [47]. Nadwagę ma ponad 53% Polaków, a otyłość stwierdza się u blisko 25%. Co szczególnie alarmujące – coraz częściej diagnozuje się ją u dzieci i młodzieży. Szacuje się, że w grupie wiekowej 7–9 lat już co piąte dziecko zmaga się z nadmierną masą ciała [28].

DLACZEGO TO WAŻNE?

MEDYCYNA NAPRAWCZA GENERUJE NAJWYŻSZE KOSZTY DLA SYSTEMU

W ochronie zdrowia od lat wskazuje się na tzw. piramidę świadczeń, u podstaw której winny leżeć samoopieka, dalej świadczenia domowe, wyżej opieka podstawowa, ambulatoryjna, szpitalna, a na czubku wysokospecjalistyczna. Stabilny układ piramidy wymaga utrzymania jej szerokiej podstawy – to znaczy oparcia systemu ochrony zdrowia w największym stopniu na pierwszych jej poziomach. Są one bowiem nie tylko najtańsze, ale również najbardziej dostępne dla pacjenta [48].

Polski system charakteryzuje wysoka liczba hospitalizacji możliwych do uniknięcia, przekraczająca średnią OECD. W 2023 r. Polacy odbyli 11,3 mln hospitalizacji trwających średnio 2,79 dnia – oznacza to ponad 31,5 mln dni spędzonych przez polskich pacjentów w szpitalach. Udział wydatków na leczenie szpitalne nadal dominuje w wydatkach NFZ – w 2024 r. stanowił 49%, choć warto zaznaczyć, że w 2022 r. było to o 1 punkt procentowy więcej [21].

Większe znaczenie od łącznych wydatków w systemie mają koszty leczenia poszczególnych schorzeń, w zależności od momentu postawienia diagnozy. Jak wskazują hiszpańskie badania dotyczące raka jelita grubego, koszty leczenia raka zdiagnozowanego we wczesnym stadium są niemal 3-krotnie niższe, od leczenia raka wykrytego w stadium IV choroby [49]. Jak wskazują inne badania, nawet w przypadku stanów nagłych, takich jak sepsa, szybka diagnoza i wdrożenie wystandaryzowanego postępowania pozwala na osiągnięcie efektu zdrowotnego przy niższych kosztach [50].

DLACZEGO TO WAŻNE?

GORSZY STAN ZDROWIA TO NIE TYLKO WYŻSZE WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA, ALE RÓWNIEŻ WYŻSZE KOSZTY POŚREDNIE

Koszty pośrednie w ochronie zdrowia są istotnym komponentem całkowitego obciążenia chorobą dla gospodarki – wskazuje się, że mogą one stanowić około połowy kosztów związanych z chorobą [51]. Obejmują one przede wszystkim koszty utraty produktywności wynikające z absencji chorobowej (absenteizmu) i prezenteizmu, koszty związane z przedwczesną umieralnością oraz trwałą niezdolnością do pracy, a także koszty opieki sprawowanej przez członków rodziny lub instytucje pozamedyczne. W przeciwieństwie do kosztów bezpośrednich, które są relatywnie łatwe do uchwycenia w budżetach płatnika publicznego i świadczeniodawców, koszty pośrednie rozpraszają się poza sektorem ochrony zdrowia i obciążają rynek pracy, system ubezpieczeń społecznych oraz wpływają na wzrost gospodarczy [52].

Z tego względu w większości formalnych analiz systemowych – w tym w standardowych ocenach technologii medycznych (HTA), prowadzonych w Polsce zgodnie z wytycznymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji [53] – uwzględniana jest perspektywa płatnika publicznego, a koszty pośrednie nie są brane pod uwagę lub są w dyskusji traktowane jedynie pomocniczo. Wynika to również z przyjętej metody ich liczenia, która oparta jest na szacunkach, a nie faktycznie poniesionych wydatkach. W publikacjach naukowych, które uwzględniają koszty pośrednie, są one najczęściej liczone metodą kapitału ludzkiego – przy czym jednostkowe koszty absenteizmu są wyliczane w oparciu o różne punkty odniesienia (np. przeciętne wynagrodzenie w gospodarce, wpływ na PIT i CIT, PKB per capita, czy PKB w przeliczeniu na osobę pracującą) [54].

Jednocześnie dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wskazują, że absencja chorobowa, renty z tytułu niezdolności do pracy i przedwczesna dezaktywizacja zawodowa stanowią istotne obciążenie finansowe. W 2024 r. całkowite wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosły 57,4 mld zł. 30% z nich stanowiły wydatki na renty, które pobiera ponad 0,5 mln osób w Polsce. W ostatnich latach wzrósł udział wydatków na absencję chorobową, który stanowił 54% wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy. Liczba dni absencji chorobowej w 2024 r. wyniosła 224 tys. dni. Kolejne pozycje w strukturze wydatków zajmowały wydatki na renty socjalne (8%) oraz świadczenia rehabilitacyjne (6%). Niezdolność do pracy najczęściej wynikała z zaburzeń psychicznych (17,7%), następnie chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (15,4%), urazów i zatruć (14,2%), chorób związanych z okresem ciąży, porodu i połogu (10,5%), chorób układu oddechowego (9,1%), układu krążenia (7,1%) i układu nerwowego (6,7%) [55].

Pomijanie kosztów pośrednich przy analizach zdrowotnych prowadzi do zaniżania rzeczywistych korzyści wynikających z wczesnej diagnostyki, skutecznego leczenia i rehabilitacji oraz sprzyja decyzjom właściwym z punktu widzenia krótkoterminowego budżetu płatnika, lecz suboptymalnym długookresowo, z perspektywy całej gospodarki.

W warunkach postępującego starzenia się ludności, które charakteryzuje współczesną strukturę demograficzną Polski, kluczowe znaczenie ma utrzymanie jak najwyższego poziomu zdrowia i sprawności funkcjonalnej populacji w możliwie długim horyzoncie życia. Choć czynniki demograficzne pozostają w dużej mierze poza bezpośrednim wpływem polityk publicznych, możliwe jest kształtowanie uwarunkowań sprzyjających zdrowiu, m.in. poprzez decyzje regulacyjne i inwestycyjne dotyczące jakości środowiska, transportu czy promocji zdrowego stylu życia. Przestrzeń do podejmowania decyzji, które mogą ograniczać negatywne determinanty stanu zdrowia oraz wzmacniać potencjał zdrowotny populacji, istnieje zarówno na poziomie zbiorowym jak i indywidualnym.

JAKIE ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄ ZA ROZWIĄZANIEM TEGO PROBLEMU:

- Skuteczna profilaktyka pierwotna jest jednym z istotnych filarów obniżenia chorobowości na większość chorób przewlekłych, a w efekcie umożliwieniem działań restrukturyzacyjnych w obszarze systemu ochrony zdrowia, warunkującą zmniejszenie udziału najbardziej kosztownych form leczenia.
- Bodźce finansowe (ekonomiczne) skutecznie kształtują zachowania, w tym zachowania zdrowotne.
- Konsekwencje zachowań antyzdrowotnych (przede wszystkim chorób przewlekłych i inwalidyzacji) dalece wykraczają poza sektor ochrony zdrowia, wpływając na stan całej gospodarki.

4 PROBLEM POLSKI SYSTEM FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA NIE JEST ODPORNY NA ZMIANY SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE

Stoimy w obliczu zjawisk społecznych i technologicznych, które kształtują sytuację w całej gospodarce, również w ochronie zdrowia. Ważnym aspektem jest starzenie się społeczeństwa, wynikające ze spadku urodzeń i wzrostu oczekiwanej długości życia, które powoduje zmianę struktury i zwiększenie udziału osób w wieku poprodukcyjnym w całym społeczeństwie. Co do zasady, populacja osób starszych ma również większe potrzeby zdrowotne. Warto jednocześnie zaznaczyć, że w większości opracowań populacja osób starszych jest definiowana jako osoby powyżej 60 r.ż., choć wraz z wydłużaniem średniej długości życia przesuwa się również wiek zarówno przejścia w wiek poprodukcyjny, jak i zwiększonej zależności. W wielu krajach Europy wiek emerytalny mężczyzn kształtuje się w przedziale 65-67 lat, a ok. 14% emerytów w Polsce w 2024 r. pracowało zawodowo [56].

Współczesna medycyna coraz lepiej adresuje wiele potrzeb zdrowotnych, dzięki rozwojowi nowych technologii medycznych. Wiążą się z tym z kolei wyższe koszty leczenia. Wzrost oczekiwań odnośnie metod leczenia i standardu opieki zdrowotnej dotyczy wszystkich pacjentów, niezależnie od wieku. Wraz z procesem globalizacji oczekiwania pacjentów w Polsce dotyczące zapewnienia dostępu do nowych technologii i efektywnych metod leczenia rosną.

Od 2006 r. obserwuje się stały wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym. W połowie 2025 r. grupa ta liczyła 8,9 mln osób stanowiąc 23,9% populacji Polski. Jeszcze w 2005 r. udział ten wynosił 15,4%. Ponad 80% z tej grupy stanowią osoby do 79 r.ż.

Mniej liczną (ale najszybciej rosnącą) grupę stanowiły osoby w wieku pow. 80 lat, których udział w populacji Polski w 2025 r. stanowił 4,3% (a w 2005 r. 2,7%). [57]

Od 2013 r. w Polsce obserwowany jest ujemny przyrost naturalny. W 2024 r. współczynnik wyniósł -4,2 (na 1000 ludności) i obniżył się o 0,6 p. proc. w stosunku do roku poprzedzającego. Współczynnik dzietności spada i jest aktualnie jednym z najniższych w Unii Europejskiej (1,099 w 2024 r. w stosunku do 1,991 w 1990 r.). Natomiast średni wiek kobiet w momencie urodzenia pierwszego dziecka rośnie (29 lat w 2024 r. w stosunku do 22,7 w 1990 r.) Skutkuje to zmniejszeniem liczby ludności w Polsce, mimo utrzymującego się dodatniego bilansu migracji zagranicznych ludności do Polski na pobyt stały.

Spadek liczby ludności ogółem i wzrost liczby osób starszych skutkuje wzrostem wskaźników obciążenia demograficznego (czyli liczby osób w wieku poprodukcyjnym przypadających na osoby pracujące). W 2024 r. wskaźnik ten ukształtował się na poziomie 31,8, przy średniej unijnej 33,9. Oznacza to, że na każdą osobę w wieku poprodukcyjnym przypada nieco więcej niż 3 pracujących. Dynamiczny wzrost tego wskaźnika zauważalny jest od 2011 r., w latach 2005–2010 wahał się on między 18,9 a 19,0. [58] Trend ten ma się nasilić do 2060 r. Równolegle do przewidywanego spadku ludności do poziomu 30,9 mln osób w roku 2060, spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku pow. 65 r.ż. W 2060 r. w Polsce będzie mieszkać ponad 10 mln osób w tym wieku (tj. o 29% więcej niż obecnie) - będzie to stanowić niemal ⅓ populacji Polski.

DLACZEGO TO WAŻNE?

KOSZTY OCHRONY ZDROWIA ROSNĄ

Trend wzrostu udziału kosztów ochrony zdrowia obserwowany jest nie tylko w Polsce, ale również na całym świecie. Poziom wydatków na zdrowie w 2024 r. przekroczył 8% PKB wskazując przesuwanie się zdrowia do kategorii wydatków o rosnącym znaczeniu makroekonomicznym. Według WHO, globalne średnie wydatki na zdrowie per capita wzrosły o ponad 60% w latach 2000–2022, a wzrost ten miał charakter strukturalny (nie wyłącznie „pandemiczny”) i w ujęciu średnim wyprzedzał wzrost gospodarczy [59]. Średnio w Unii Europejskiej wydatki (w ujęciu realnym) rosły średniorocznie o 3,6% w okresie 2019-2022. W Polsce wzrost w latach 2019-2022 był nieco niższy (2,7%), natomiast w okresie 2022-2024 wzrósł średniorocznie o 13,8% (w wartościach realnych). Dla porównania, wzrost PKB w latach 2022-2024 wyniósł średnio 2,9%, a realny wzrost wynagrodzeń w gospodarce 2,6%.

Kluczowe przyczyny wzrostu kosztów są zidentyfikowane w badaniach światowych i odpowiadają również trendom obserwowanym w Polsce. Są to:

- starzenie się populacji i wzrost udziału osób chorych przewlekle, w tym na choroby cywilizacyjne, oraz obciążonych wieloma schorzeniami. Wydatki na leczenie osób powyżej 60 roku życia w 2022 r. w Polsce stanowiły ponad 55% wszystkich wydatków na leczenie szpitalne i 48,6% wydatków na leczenie ambulatoryjne [58];
- postęp technologiczny – w obszarze zarówno technologii lekowych jak i nielekowych, który poprawia wyniki leczenia i poszerza zakres możliwych interwencji, ale z uwagi na krótszy cykl życia innowacji generuje wyższe koszty (wynikające z amortyzowania kosztów badań i rozwoju). Niemal 70% ubezpieczycieli na świecie wskazuje ten obszar jako główny czynnik wzrostu kosztów opieki zdrowotnej [60];
- koszty pracy w sektorze zdrowia, które są poddawane silnej presji płacowej, przede wszystkim z uwagi na niedobory kadr, ale także specyfikę tych sektorów – nadal silnie zasobochłonną. Dodatkowo wieloletnie niskie płace dla personelu medycznego w sektorze publicznym znormalizowały system „wielozatrudnienia", w którym personel medyczny świadczy pracę dla szeregu podmiotów z sektora publicznego i prywatnego.

Te czynniki działają w sposób nakładający się i wzajemnie wzmacniający: starzenie się populacji i upowszechnianie chorób przewlekłych zwiększa zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, jednocześnie nowe technologie pozwalają na skuteczniejsze leczenie schorzeń, na które dotychczas medycyna nie znajdowała odpowiedzi. Z kolei niedobory kadrowe przekładają się na wyższe wynagrodzenia, co dodatkowo napędza całkowite koszty ponoszone przez placówki medyczne. **Mechanizmy finansowania oparte głównie na składce zdrowotnej naliczanej od wysokości dochodów z pracy i pochodnych mają trudność z rekompensowaniem tych kosztów, ponieważ ich dynamika jest powiązana głównie z aktywnością zawodową populacji i poziomem wynagrodzeń, które rosną wolniej, niż potrzeby zdrowotne.**

DLACZEGO TO WAŻNE?

ZMIANY DEMOGRAFICZNE ZMNIEJSZAJĄ WPŁYWY ZE SKŁADEK ZDROWOTNYCH

System finansowania ochrony zdrowia w Polsce opiera się na mechanizmie repartycyjnym, co oznacza, że bieżące składki zdrowotne finansują bieżące potrzeby zdrowotne populacji.

Przy tym założeniu kluczowe znaczenie ma relacja między liczbą osób płacących składki a liczbą osób korzystających z ochrony zdrowia. Zmiany demograficzne stanowią jeden z kluczowych, strukturalnych czynników ograniczających stabilność tak zbudowanego systemu finansowania.

Zmniejszenie liczby osób w wieku produkcyjnym oznacza mniejszą liczbę osób finansujących system składkami. Starzenie się społeczeństwa oznacza wzrost udziału składek odprowadzanych przez emerytów w całkowitej puli środków. Emeryci uczestniczą w finansowaniu ochrony zdrowia – składka zdrowotna w ich przypadku wynosi 9% podstawy, tj. wysokości emerytury. Co więcej, w sytuacji podejmowania dodatkowej pracy zarobkowej, to wynagrodzenie również podlega oskładkowaniu na zasadach analogicznych do innych grup aktywnych zawodowo. Niemniej jednak, ze względu na niższą przeciętną podstawę wymiaru składki, średnia składka zdrowotna odprowadzana przez emerytów pozostaje istotnie niższa, w porównaniu z osobami aktywnymi zawodowo. Dane porównawcze wskazują, że średnia składka zdrowotna płacona przez emerytów w 2023 r. była niższa o około 32% w relacji do składki odprowadzanej przez pracowników oraz o około 57% w porównaniu z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność gospodarczą. Oznacza to, że nawet przy pełnym zachowaniu formalnego obowiązku składkowego, struktura demograficzna populacji bezpośrednio przekłada się na obniżenie przeciętnych wpływów do systemu.

Przy założeniu dalszego wzrostu liczby emerytów oraz spadku liczby osób w wieku produkcyjnym, a także utrzymania obecnych zasad naliczania i stawek składki zdrowotnej, efekt czysto strukturalny wynikający ze zmian demograficznych prowadziłby do obniżenia łącznych wpływów składkowych o około 22% w stosunku do obecnego poziomu. Warto podkreślić, że jest to odchylenie o charakterze ilościowym, wyizolowane analitycznie wyłącznie jako konsekwencja zmiany struktury populacji, bez uwzględniania potencjalnego wpływu wzrostu gospodarczego, dynamiki wynagrodzeń czy zmian produktywności pracy.

Oznacza to, że nawet przy sprzyjających warunkach makroekonomicznych i nominalnym wzroście wpływów składkowych, presja demograficzna będzie systemowo obniżać zdolność składki zdrowotnej do finansowania rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W konsekwencji zmiany demograficzne nie tylko zwiększają popyt na świadczenia zdrowotne, lecz równocześnie ograniczają ich podstawowe źródło finansowania, co czyni problem strukturalny i długookresowy, a nie cykliczny.

DLACZEGO TO WAŻNE?

PRZYCHODY ROSNĄ WOLNIEJ NIŻ KOSZTY, A OBECNE MECHANIZMY FINANSOWANIA NIE SĄ W STANIE KOMPENSOWAĆ ROSNĄCEGO DEFICYTU

Spowolnienie dynamiki wzrostu wpływów ze składki zdrowotnej (a nawet ujemna dynamika w konsekwencji zmian demograficznych), przy jednoczesnych rosnących wydatkach na zdrowie, będzie skutkować coraz większą dysproporcją tych pozycji i pogłębiającym się deficytem w budżecie płatnika publicznego. Mechanizm finansowania dotychczas oparty głównie na składce zdrowotnej już dziś nie jest w stanie skompensować tej nierównowagi. Udział wpływów ze składki w całkowitych przychodach NFZ spadł z 94% do 83% na przestrzeni ostatnich trzech lat, co wskazuje na pogłębiającą się zależność od innych źródeł przychodów, w tym głównie od corocznie negocjowanej dotacji budżetowej. Jednocześnie estymacja wpływów ze składki zdrowotnej wskazuje na to, że nie są one na poziomie pozwalającym na finansowanie świadczeń na poziomie wynikającym z obowiązujących zobowiązań ustawowych (7%, choć coraz częściej w przestrzeni publicznej mówi się o konieczności podniesienia tego progu).

Raport Think Tanku SGH dla ochrony zdrowia [61] podkreśla, że wzrost wydatków na ochronę zdrowia związany z rosnącą liczbą osób starszych oraz rosnącymi kosztami świadczeń przewyższa tempo wzrostu wpływów składkowych, co prowadzi do narastającego deficytu finansowego Funduszu. Z kolei raport Instytutu Finansów Publicznych i Federacji Przedsiębiorców Polskich [62] wskazuje, że w latach 2025–2028 luka finansowa może osiągnąć od 216,5 mld zł do nawet 249 mld zł, co w relacji do PKB oznacza roczne obciążenie rzędu 0,9–1,9% PKB.

Koszty świadczeń zdrowotnych rosną szybciej, niż wpływy ze składek, co wynika zarówno ze zmian demograficznych, jak i wzrostu kosztów leczenia. W efekcie NFZ jest coraz bardziej zależny od dopłat budżetowych, które mają jedynie charakter uzupełniający i są ograniczone fiskalnymi zasadami planowania wydatków publicznych. Bez istotnej modyfikacji mechanizmów finansowania – poprzez nowe źródła przychodów lub redystrybucję już istniejących – system nie jest w stanie skompensować tempa wzrostu kosztów, co z kolei grozi ograniczeniem dostępu do usług zdrowotnych lub pogorszeniem ich jakości.

Stabilność finansowania ochrony zdrowia ma znaczenie szeroko patrząc dla całej gospodarki – stabilny rynek pracy wpływa na produktywność gospodarki. W pierwszej kolejności dotyczy oczywiście pacjentów, ponieważ brak adekwatnego finansowania przekłada się na dostępność świadczeń, długość kolejek oraz jakość opieki.

Niestabilna sytuacja płatnika publicznego uderza w placówki medyczne, w których trudniej jest planować strategicznie i prowadzić działalność opartą w dużej mierze na stałych kosztach, w tym osobowych. Próby szukania oszczędności uderzają z kolei w pracowników systemu (medycznych i niemedycznych), co zwrotnie ma niewątpliwie wpływ na poziom obsługi pacjentów.

Konieczne jest sprzyjanie wydłużeniu okresu aktywności ekonomicznej. Chodzi z jednej strony o czynniki zdrowotne (zdolność i chęć do aktywności), a z drugiej o czynniki instytucjonalne (przemodelowanie instytucji tak, by docelowo starość zaczynała się po 75 roku życia).

JAKIE ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄ ZA ROZWIĄZANIEM TEGO PROBLEMU:

- Prognozy jednoznacznie wskazują na trwałą zmianę struktury ludności i wzrost udziału osób starszych oraz spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym. Oznacza to, że mechanizmy finansowania oparte głównie na składce zdrowotnej będą systemowo osłabiane niezależnie od wahań koniunkturalnych.
- Rozwój medycyny, oczekiwania społeczne oraz standardy europejskie rodzą oczekiwania Polaków w zakresie dostępu do skutecznych terapii. Brak adekwatnego finansowania wiąże się z koniecznością ograniczania koszyka świadczeń.
- Odwlekanie decyzji o wzmocnieniu i przebudowie mechanizmów finansowania prowadzi do narastania luki finansowej oraz kumulacji problemów, które w przyszłości będą wymagały bardziej radykalnych i kosztownych interwencji.

5 PROBLEM SYSTEM FINANSOWANIA NIE JEST PRZYGOTOWANY NA ZWIĘKSZENIE KOSZTÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Osoby starsze korzystają z systemu ochrony zdrowia w sposób istotnie bardziej intensywny niż populacja młodsza. W 2023 r. w opiece ambulatoryjnej udzielono łącznie 347,3 mln porad, z czego 108,7 mln (31,3%) dotyczyło osób w wieku 65 lat i więcej, przy czym udział ten wzrósł w porównaniu z rokiem poprzednim. W ujęciu per capita skala tej różnicy jest jeszcze bardziej widoczna. W 2023 r. przeciętna liczba porad ambulatoryjnych przypadających na jednego mieszkańca wyniosła 9,2, przy czym w populacji 0-64 wskaźnik ten kształtuje się na poziomie 7,9 podczas gdy osoba w wieku 65 lat i więcej korzystała średnio z 14,6 porady, a więc niemal dwukrotnie częściej.

Wyższa intensywność korzystania ze świadczeń jest bezpośrednio związana z rozpowszechnieniem chorób przewlekłych i ograniczeń funkcjonalnych. W Europejskim Badaniu Warunków Życia Ludności przeprowadzonym w 2023 r. 63,2% osób w wieku 60+ deklarowało długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, a ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności – 45,1%, przy czym ponad 13% tych respondentów doświadczało poważnych ograniczeń funkcjonalnych.

Konsekwencją zwiększonego zapotrzebowania zdrowotnego osób starszych jest silna koncentracja wydatków publicznych na tej grupie świadczeniobiorców. W strukturze kosztów najwyższy udział mają świadczenia szpitalne – w 2023 r. koszty refundacji leczenia szpitalnego osób w wieku 60+ stanowiły 55,6% ogólnej kwoty refundacji tych świadczeń. Znaczące obciążenie finansowe generują również inne segmenty systemu. 86,0% kosztów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych refundowanych przez NFZ poniesiono na pacjentów z tej grupy wiekowej. W obszarze opieki hospicyjno-paliatywnej dominowały świadczenia stacjonarne i domowe i niemal w całości dotyczyły grupy pacjentów 60+. Szczególnie istotnym elementem presji kosztowej pozostaje farmakoterapia – w 2023 r. na refundację leków aptecznych dla pacjentów 60+ przeznaczono blisko 65% całkowitych wydatków na refundację leków w Polsce. [63]

W starzejącym się społeczeństwie obserwuje się częstsze występowanie chorób przewlekłych i niepełnosprawności. Wiąże się to ze znacznym wzrostem wydatków na zaspokojenie rosnących potrzeb ludności związanych ze zdrowiem, jak też zapewnieniem usług opiekuńczych osobom potrzebującym opieki.

W 2023 r., na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej (lub przewidywane, że będą tyle trwały) uskarżało się blisko 36% osób w wieku 16 lat i więcej, a wśród osób w wieku senioralnym aż 63,2% (wobec 64,5% w roku 2022). Ograniczoną zdolność wykonywania czynności z powodu problemów zdrowotnych, trwającą co najmniej ostatnie 6 miesięcy miało w 2023 r. ponad 45% seniorów. Ponad 80% osób 60+ korzystało z leczenia lub badania [1]. Wskaźniki zdrowotne potwierdzają pogorszenie stanu zdrowia populacji wraz z wiekiem. Jednocześnie samoocena stanu zdrowia Polaków wskazuje na „taki sobie" stan zdrowia – niemal 48% respondentów w 2023 r. wybrało tę odpowiedź. Ok. 32% ocenia swój stan zdrowia jako „dobry" lub „bardzo dobry", a 20% deklaruje, że jest „zły" lub „bardzo zły" [63].

Wydatki na długoterminową opiekę zdrowotną są trudne do porównania w ujęciu międzynarodowym, z uwagi na różne modele finansowania tych usług, styk z obszarem opieki społecznej, a także różnice w udziale opieki nieformalnej.

Całkowite wydatki bieżące na opiekę długoterminową w 2023 r. wyniosły w Polsce 7,9% przy średniej unijnej na poziomie 17,1% [64]. Prognozy wskazują, że z uwagi na zmiany demograficzne, wydatki publiczne na opiekę długoterminową w Polsce wzrosną 3-krotnie w latach 2019-2070 – od 0,8% PKB w 2019 r. do 2,4% PKB w 2070 r. [65]

DLACZEGO TO WAŻNE?

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTWA NAKŁADA SIĘ NA ZMIANĘ STRUKTURY RODZINY

W Narodowym Spisie Powszechnym z 2021 r. odnotowano zmniejszenie przeciętnej liczby osób w gospodarstwie domowym (2,99 wobec 3,05 w 2011 r.) Ponad 47% gospodarstw domowych liczy 1-2 osoby, a zaledwie 17% to gospodarstwa z więcej niż 5 osobami. Zmienia się również struktura gospodarstw domowych według grup pokoleniowych – rośnie udział gospodarstw domowych, w których zamieszkuje osoba starsza (w 2021 r. wynosił 30%) – przy czym znacznie częściej jest to obserwowane na wsiach (ponad 40% gospodarstw) niż w miastach (25%). Ponad 22% gospodarstw zamieszkują z kolei wyłącznie osoby starsze. Maleje równocześnie liczba gospodarstw zamieszkiwanych przez osoby młode i w średnim wieku (spadek z 56% w 2011 r. do 47,7% w 2021 r.). [66]

Zmiany struktury rodziny w Polsce mają charakter wielowymiarowy i wynikają z nakładania się procesów demograficznych, kulturowych oraz społeczno-ekonomicznych. Dane Narodowych Spisów Powszechnych z lat 2011–2021 pokazują spadek liczby rodzin z dziećmi o 16%. Dodatkowo udział rodzin z dziećmi wśród rodzin spadł o 7 p.p. z 74% do 67%. Równocześnie obserwowane jest przesunięcie wieku pierwszego urodzenia – w 2024 r. kobiety rodziły pierwsze dziecko średnio w wieku ponad 29 lat, podczas gdy w 1990 r. było to poniżej 23 lat [67]. W badaniu realizowanym przez Instytut Pokolenia zapytano o przyczyny bezdzietności i niskiej dzietności wśród kobiet urodzonych w latach 1979-1983 [68]. Najczęściej wskazywaną przyczyną był brak potrzeby posiadania dzieci (26%), a kolejnymi przyczyny zdrowotne (16%) czy brak odpowiedniego partnera (12%). 8% wskazało powody ekonomiczne, 7% styl życia wykluczający macierzyństwo, a 6% kwestie światopoglądowe i politykę państwa.

Niska dzietność jest kluczowym czynnikiem pogłębiającym niekorzystne przemiany demograficzne w Polsce. Współczynnik całkowitej dzietności w Polsce od wielu lat pozostaje znacznie poniżej tzw. progu zastępowalności pokoleń, który za Craigiem [69] przyjmuje się na poziomie 2,1 dziecka/kobietę. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego współczynnik ten spadł w 2024 r. do około 1,099 dziecka/kobietę z poziomu 1,158 w 2023 r. [67]

Malejąca liczba urodzeń jest już widoczna w danych o ruchu naturalnym. W 2024 r. w Polsce urodziło się zaledwie ok. 250 tys. dzieci, co jest jednym z najniższych poziomów od zakończenia II wojny światowej. W konsekwencji Polska odnotowuje trwałą ujemną naturalną zmianę liczby ludności – liczba zgonów przewyższa liczbę urodzeń, co przyczynia się do ogólnego spadku populacji. [70]

DLACZEGO TO WAŻNE?

- CIĘŻAR OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI STAJE SIĘ PROBLEMEM SYSTEMOWYM

Aktualnie w Polsce opieka długoterminowa kształtowana jest na styku dwóch systemów – zdrowotnego i społecznego. Dodatkowo, znaczna część opieki realizowana jest nieformalnie przez rodziny, poza systemem sformalizowanej opieki długoterminowej (rządowe źródła mówią o 80% potrzebujących [71]).

W sektorze pomocy społecznej są to różne formy zakładów pomocy społecznej. Pod koniec 2023 r. w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało ok. 122 tys. osób, z czego ok. 70% to osoby starsze. W 2023 r. 82,6 tys. seniorów skorzystało z usług opiekuńczych. W sektorze ochrony zdrowia ta opieka jest świadczona głównie przez ZOL, ZPO, dzienne domy opieki medycznej oraz pielęgniarki opieki długoterminowej. W placówkach stacjonarnych w 2021 r. przebywało ok. 45 tys. osób, ok. 60 tys. było objęte domową opieką pielęgniarską. [63]

Ciężar opieki w Polsce nadal spoczywa na opiekunach nieformalnych. Brak jest potwierdzonych statystyk, natomiast szacunki Centrum Wsparcia Opiekunów w Krakowie mówią o pełnieniu takiej roli przez 20% mieszkańców - z czego większość stanowią kobiety w wieku 50-60 lat. Obciążenie opieką nad osobą zależną skutkuje również zjawiskiem “wypychania” nieformalnych opiekunów z rynku pracy - co ma niekorzystny wpływ na rozwój gospodarczy, a z perspektywy niniejszego raportu wiąże się również z kwestią odprowadzania składek na opiekę zdrowotną. [72]

W niektórych krajach systemy opieki długoterminowej są budowane tak, aby przenosić główny ciężar opieki z rodzin i opierać na zorganizowanych, stabilnie finansowanych strukturach publicznych. Mechanizmy finansowania są zróżnicowane – są to np. ubezpieczenia pielęgnacyjne (Niemcy, Holandia), finansowanie podatkowe (kraje skandynawskie), zazwyczaj w uzupełnieniu ze współpłaceniem.

Część krajów zmierza w kierunku odwracania instytucjonalizacji, poprzez zmianę modelu opieki na rzecz domowej i środowiskowej, przy finansowaniu publicznym. Ważnym elementem tych systemów są instrumenty finansowe wspierające organizację opieki w domu chorego, np. bony opiekuńcze (Finlandia, Belgia), dodatki pieniężne dla opiekunów rodzinnych (Francja), a także działania niefinansowe, takie jak np. programy wytchnieniowe. [65]

Jak wynika z opracowania Banku Światowego do najważniejszych wyzwań w zakresie opieki długoterminowej w Polsce należy zwiększenie finansowania z budżetu państwa oraz wprowadzenie mechanizmów wsparcia dla JST, które zobowiążą się do rozwijania inicjatyw w obszarze opieki długoterminowej, zgodnie z zalecanymi kierunkami działań. Wskazano również na konieczność zdefiniowania opieki nieformalnej i zapewnienia wsparcia finansowego i pozafinansowego dla nieformalnych opiekunów.

DLACZEGO TO WAŻNE?

BRAK STABILNEGO SYSTEMU FINANSOWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ POWODUJE, ŻE ROSNĄCY POPYT PROWADZI DO PRZECIĄŻENIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Wydatki NFZ na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w latach 2022-2024 zwiększyły się z około 2,8 mld do 4 mld. Jednocześnie, jak wskazują liczne źródła, jest to niewystarczające. Brak wyraźnego, skoordynowanego mechanizmu finansowania opieki długoterminowej sprawia, że pacjenci wymagający stałej opieki – często z zaburzeniami funkcji w codziennych czynnościach lub wielochorobowością – nadal pozostają w oddziałach szpitalnych. Takie zjawisko określane jest w literaturze jako hospitalizacje socjalne, czyli wykorzystywanie łóżek szpitalnych do zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, które w efektywnych systemach realizowane są poza szpitalem [73]. W efekcie zasoby przeznaczone na leczenie chorób ostrych są używane do zaspokajania potrzeb opiekuńczych, co generuje nieefektywne koszty i wydłuża dostęp do świadczeń specjalistycznych. Występowanie tego zjawiska w Polsce jest podkreślane w licznych kontekstach [74].

Empiryczne dane dotyczące polskich oddziałów szpitalnych potwierdzają, że seniorzy stanowią bardzo znaczącą część kosztów leczenia szpitalnego: na oddziałach kardiologicznych oraz chorób wewnętrznych leczenie osób starszych generowało odpowiednio 78% i 80% wszystkich refundowanych świadczeń na tych oddziałach, co odzwierciedla rosnącą liczbę hospitalizacji w populacji w podeszłym wieku [63].

Przenoszenie potrzeb związanych z opieką nad osobami starszymi na oddziały szpitalne jest nieefektywne kosztowo i zwiększa obciążenia systemu zdrowotnego, którego celem jest realizacja procesów klinicznych, a nie opiekuńczych.

Stabilne przygotowanie systemu finansowania do rosnących kosztów opieki długoterminowej ma znaczenie przede wszystkim dla pacjentów w wieku senioralnym oraz ich rodzin, ponieważ determinuje dostęp do adekwatnych świadczeń opiekuńczo-zdrowotnych oraz zmniejsza ryzyko przerzucania ciężaru opieki wyłącznie na opiekunów nieformalnych.

Jest to również zagadnienie strategiczne ogólnie dla systemu ochrony zdrowia, gdyż brak odpowiednich rozwiązań finansowych prowadzi do przeciążenia zasobów w innych punktach systemu, w tym pojawiania się tzw. hospitalizacji socjalnych. W wymiarze instytucjonalnym odpowiedzialność za podjęcie działań leży pomiędzy kompetencjami resortu zdrowia i resortu rodziny i polityki społecznej.

JAKIE ARGUMENTY PRZEMAWIAJĄ ZA ROZWIĄZANIEM TEGO PROBLEMU:

- Prognozowany wzrost populacji w wieku senioralnym nakłada się na proces kurczenia się rodzin i dominację modelu rodzin nuklearnych oraz jednoosobowych gospodarstw domowych. W praktyce oznacza to coraz mniejsze możliwości przejmowania opieki nad osobami niesamodzielnymi przez członków rodzin, co zwiększa oczekiwanie na systemowe, publiczne formy wsparcia.
- Styk dwóch systemów – zdrowotnego i społecznego – rodzi ryzyko nieefektywności i systemowych luk w zabezpieczeniu potrzeb. Skutkuje to fragmentaryzacją świadczeń i obniżeniem ich skuteczności.
- Z punktu widzenia ochrony zdrowia konieczne jest rozdzielenie funkcji medycyny naprawczej od funkcji opiekuńczej wobec osób przewlekle chorych. Zapewnienie adekwatnych i stabilnych zasobów wymaga zatem odrębnego, jednoznacznie wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej.

PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ W OBSZARZE FINANSOWANIA ZDROWIA I OCHRONY ZDROWIA

Proponowane rozwiązania w obszarze finansowania ochrony zdrowia zostały przedstawione i pogrupowane w strukturze trzech filarów:

- profilaktyka i prewencja (wraz z edukacją zdrowotną),
- opieka zdrowotna (leczenie i rehabilitacja) oraz
- opieka długoterminowa.

Taki podział odzwierciedla zarówno odmienność celów szczegółowych poszczególnych segmentów systemu, jak i odmienny model kształtowania wydatków, odpowiedzialności instytucjonalnej oraz efektów. Każdy z tych obszarów odpowiada na inne potrzeby mieszkańców, operuje w innych horyzontach czasowych i wymaga innego zestawu narzędzi finansowych. Jednocześnie wszystkie trzy filary mają służyć realizacji tego samego celu głównego - **utrzymania populacji Polski i każdego mieszkańca w jak najlepszym zdrowiu.**

Pierwszy filar – profilaktyka, prewencja i edukacja zdrowotna – jest kluczowy dla utrzymania zdrowia mieszkańców, a w konsekwencji również ograniczenia zapotrzebowania na świadczenia medyczne w przyszłości. Inwestycje w zdrowie populacji i każdego mieszkańca, wczesne wykrywanie chorób, działania prozdrowotne i edukacyjne charakteryzują się długofalowym horyzontem oddziaływania i często rozproszonym efektem, który materializuje się w postaci mniejszej zapadalności, opóźnienia zachorowań, lepszej jakości życia oraz niższych kosztów leczenia. Wymaga to mechanizmów finansowania, które premiują zachowania prozdrowotne i pozwalają na obniżenie przyszłych kosztów.

Drugi filar – opieka zdrowotna obejmująca leczenie i rehabilitację – odpowiada za realizację zasadniczej funkcji systemu opieki zdrowotnej, jaką jest diagnozowanie, leczenie i przywracanie sprawności. Jest to obszar generujący wysokie, często dynamicznie rosnące koszty wynikające ze zwiększającej się złożoności procesów klinicznych, rosnących oczekiwań pacjentów oraz postępu technologicznego. Finansowanie tego segmentu wymaga mechanizmów zapewniających wystarczalność środków, choć równolegle nie należy zapominać o niezbędności ciągłych działań na rzecz racjonalizacji poziomu wydatków.

Trzeci filar – opieka długoterminowa – obejmuje obszar, który zyskuje kluczowe znaczenie w warunkach starzenia się społeczeństwa. Jest to sfera z pogranicza ochrony zdrowia i opieki społecznej, wymagająca stabilnego i zwiększonego finansowania, a także koordynacji międzysektorowej. Wyodrębnienie tego segmentu pozwala na adekwatne zdefiniowanie odpowiedzialności instytucjonalnej oraz osobistej oraz uniknięcie nieefektywności wynikających z przeciążania systemu szpitalnego funkcjami opiekuńczymi.

Trójfilarowe podejście do finansowania ochrony zdrowia stanowi odpowiedź na zidentyfikowane problemy. Umożliwia projektowanie instrumentów finansowych w sposób celowy, zgodnie z funkcją, którą ma pełnić dany filar.

Punktem wspólnym wniosków płynących z dyskusji eksperckiej jest stwierdzenie zasadniczej rozbieżności pomiędzy deklarowanymi celami a faktycznymi działaniami realizowanymi przez system ochrony zdrowia. W dokumentach strategicznych – takich jak Ramy strategiczne „Zdrowa przyszłość" czy Krajowy Plan Transformacji – poprawa zdrowia populacji konsekwentnie wskazywana jest jako nadrzędny cel interwencji publicznej. Na etapie operacjonalizacji cel ten jednak ulega rozmyciu: działania, nakłady i instrumenty finansowe nie są wprost powiązane z mierzalnymi efektami zdrowotnymi. W praktyce oznacza to, że system rozliczany jest z poziomu wydatków i realizacji kontraktów, a nie z rezultatów interwencji. Brak odniesienia do efektów zdrowotnych w sprawozdaniach z realizacji planu finansowego i działalności NFZ jest tego najbardziej wymownym przykładem. Jeśli finansowanie ma wspierać realizację celu głównego, nowoczesne mechanizmy muszą w sposób systemowy wiązać nakłady z efektami, zarówno na poziomie populacyjnym, jak i poszczególnych segmentów systemu.

Jednocześnie w debacie publicznej obserwujemy brak jednoznacznego zdefiniowania problemu, na który polityka zdrowotna państwa powinna odpowiadać. Utrzymanie populacji i każdego mieszkańca w jak najlepszym zdrowiu nie funkcjonuje dziś jako jasno sformułowany cel państwa, ani na poziomie ustawowym, ani w programach politycznych. W miejsce problemów fundamentalnych – takich jak pogarszający się stan zdrowia populacji czy niewystarczająca skuteczność interwencji zdrowotnych – w dyskursie dominują kwestie dostępności świadczeń, niedoborów kadrowych czy rosnących kosztów. Są to jednak objawy, a nie istota problemu. Próby ich łagodzenia bez uprzedniego zdefiniowania celu nadrzędnego prowadzi do działań reaktywnych, a nie strategicznych. W tym sensie trójfilarowe podejście do finansowania ochrony zdrowia, uzupełnione o wyraźne powiązanie celów, nakładów i efektów, stanowi próbę przesunięcia ciężaru debaty z zarządzania niedoborem na zarządzanie wartością zdrowotną.

PROFILAKTYKA I PREWENCJA

PROFILAKTYKA JAKO ODRĘBNY OBSZAR FINANSOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

DLACZEGO PROFILAKTYKA PRZEGRYWA W OBECNYM MODELU FINANSOWANIA

Eksperci są zgodni, że jednym z fundamentalnych błędów polskiego systemu ochrony zdrowia jest podporządkowanie finansowania profilaktyki logice medycyny naprawczej. W praktyce oznacza to, że działania profilaktyczne konkurują o środki z leczeniem ostrym, wysokospecjalistycznym i szpitalnym – czyli z obszarami, które generują największą presję polityczną, medialną i społeczną. W warunkach tak bardzo ograniczonych zasobów konkurencja ta jest z góry przegrana.

Profilaktyka charakteryzuje się bowiem innym mechanizmem nakład-efekt niż leczenie: jej skuteczność jest odroczona w czasie, trudniejsza do jednoznacznego przypisania pojedynczym interwencjom i rzadko przekłada się na natychmiastową poprawę dostępności świadczeń. Tymczasem mechanizmy planowania budżetowego w ochronie zdrowia są w dużej mierze krótkoterminowe i reaktywne – skoncentrowane na przekierowaniu środków na bieżące deficyty, skracaniu kolejek i finansowaniu świadczeń ratujących zdrowie i życie. W takim mechanizmie inwestycje w zdrowie populacyjne są systemowo wypychane na margines.

Prof. Andrzej Fal: Dodatkowym problemem jest rozproszenie środków przeznaczonych na profilaktykę pomiędzy liczne strumienie finansowania: budżet centralny, jednostki samorządu terytorialnego, fundusze celowe, programy resortowe oraz inicjatywy czasowe. Taka fragmentacja uniemożliwia osiągnięcie efektu skali, prowadzi do dublowania działań oraz w praktyce uniemożliwia rzetelną ocenę efektywności zdrowotnej wydatkowanych środków.

PROFILAKTYKA JAKO POLITYKA PAŃSTWA, A NIE WYŁĄCZNIE SEKTOR OCHRONY ZDROWIA

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: Zdrowie publiczne wymaga podejścia systemowego. Tylko interwencje prowadzone w skali populacyjnej, oparte na spójnych priorytetach i długim horyzoncie czasowym, są w stanie realnie obniżyć zapadalność na choroby cywilizacyjne.

Mec. Michał Czarnuch zauważa: Warunkiem skuteczności takiego podejścia jest podniesienie profilaktyki na poziom koordynacji rządowej, najlepiej Koordynatora w randze ministra na poziomie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Kluczowe determinanty zdrowia – warunki pracy, środowisko, bezpieczeństwo, styl życia czy zdolność do aktywności zawodowej – dotyczą obszarów działania wielu resortów. W ślad za tym **budżet na profilaktykę byłby zasilany ze środków różnych resortów.** Przy zachowaniu wspólnych celów i jednolitym podejściu do rozliczania efektów mogłoby być finansowane nie tylko ze środków będących w gestii Ministerstwa Zdrowia, ale m.in. Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Klimatu i Środowiska, Ministerstwa Obrony Narodowej czy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Dla efektywności takiego finasowania jest jednak kilka warunków sine qua non, m.in. wspomniana już wysoka pozycja Koordynatora, określenie wskaźnikowe minimalnych kwot przeznaczanych na cele z tej grupy przez poszczególne resorty (w przeciwnym razie resorty będą dążyły do minimalizacji tych środków), kontrola Koordynatora nad rzeczywistym przeznaczeniem środków (w celu uniknięcia np. finasowania wzrostu etatyzacji własnej, wyposażenia czy innych tylko pozornie związanych z profilaktyką celów w obrębie finansowania przez resorty).

Dr Libura argumentuje, że jeśli państwo poważnie traktuje profilaktykę, inwestycje w zdrowie muszą zaczynać się poza sektorem ochrony zdrowia. Polityka mieszkaniowa, środowiskowa i urbanistyczna powinna być traktowana jako element polityki zdrowotnej, podobnie jak stabilność dochodowa i ochrona pracy, które poprzez ograniczanie stresu ekonomicznego wpływają bezpośrednio na zdrowie psychiczne i somatyczne. W obszarze samych działań profilaktycznych opowiada się ona za odejściem od programów projektowanych „dla wszystkich" na rzecz interwencji celowanych, opartych na segmentacji społecznej i aktywnym docieraniu do grup o niższym kapitale zdrowotnym, rozliczanych z osiągniętego efektu.

Na tym tle ujawnia się jedna z kluczowych rozbieżności w debacie eksperckiej dotyczącej profilaktyki. Prof. Christoph Sowada, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Anna Gołębicka, DBA oraz dr Robert Mołdach podkreślają bowiem znaczenie odpowiedzialności indywidualnej pacjentów za korzystanie z dostępnych narzędzi profilaktycznych.

W ich ocenie skuteczna polityka zdrowotna wymaga nie tylko tworzenia sprzyjających warunków strukturalnych, lecz także aktywnego zaangażowania obywateli, podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych oraz realnego wykorzystywania oferowanych programów prewencyjnych. Odpowiedzialność państwa polega w tym ujęciu przede wszystkim na zapewnieniu dostępu, jakości i bodźców, natomiast nie może ona całkowicie zastępować odpowiedzialności osobistej za własne zdrowie.

Równoległe, odmienne stanowisko w tej części debaty prezentuje dr Maria Libura, która jako punkt wyjścia dla polityki profilaktycznej wskazuje konieczność systemowego zwalczania nierówności zdrowotnych. Jej zdaniem najgłębsze i najbardziej trwałe różnice w stanie zdrowia populacji mają swoje źródło we wczesnym dzieciństwie oraz w warunkach społeczno-ekonomicznych, takich jak stabilność zatrudnienia, jakość mieszkania, dostęp do transportu, zdrowej żywności oraz wiarygodnej informacji. W tej perspektywie tzw. „złe wybory zdrowotne" są w dużej mierze konsekwencją ograniczeń strukturalnych, a nie indywidualnych deficytów wiedzy czy motywacji. Hipoteza „indywidualnej odpowiedzialności" nie tłumaczy powszechnego zjawiska gradientu społecznego w zdrowiu: gorsza sytuacja finansowa, niższe wykształcenie czy gorsze warunki pracy korelują z gorszym zdrowiem.

Eksperci są jednak zgodni w zakresie zasadności realizacji koncepcji *„one health approach"* [75], w której zdrowie populacji i każdego mieszkańca traktowane jest jako efekt skoordynowanych polityk publicznych, a nie wyłączna odpowiedzialność resortu zdrowia. Bez zmiany tej perspektywy profilaktyka pozostanie zbiorem rozproszonych inicjatyw, a nie narzędziem realnej zmiany trendów epidemiologicznych.

KONSEKWENCJE BRAKU ODRĘBNEJ ARCHITEKTURY FINANSOWEJ

Brak **wyodrębnionego strumienia finansowania dla profilaktyki i prewencji** prowadzi do szeregu negatywnych konsekwencji systemowych. Po pierwsze, odpowiedzialność za efekty zdrowotne jest rozmyta pomiędzy różnymi poziomami administracji i instytucjami, co utrudnia zarówno zarządzanie, jak i rozliczanie rezultatów. Po drugie, programy profilaktyczne często mają charakter krótkotrwały, projektowy i nieciągły, co uniemożliwia osiągnięcie trwałych efektów zdrowotnych.

Po trzecie, brak stabilnego finansowania sprzyja realizacji działań o niskiej skuteczności, ale wysokiej akceptowalności politycznej i atrakcyjności medialnej, zamiast interwencji opartych na dowodach naukowych.

W rezultacie – mimo ponoszonych nakładów – nie obserwuje się istotnej poprawy kluczowych wskaźników zdrowia populacji, co dodatkowo podkopuje zaufanie społeczne do sensu inwestowania w profilaktykę.

ODRĘBNY STRUMIEŃ FINANSOWANIA ZDROWIA PUBLICZNEGO

Wyodrębnienie stabilnego strumienia finansowania profilaktyki i zdrowia publicznego, którego celem jest długofalowa inwestycja w zdrowie mieszkańców, a nie reagowanie na skutki chorób. Fundusz taki, choćby składający się z kilku składowych resortowych, powinien być w pełni pod nadzorem Koordynatora.

FUNDUSZ ZDROWIA PUBLICZNEGO – STABILNY STRUMIEŃ FINANSOWANIA DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH

DLACZEGO OBECNE MECHANIZMY FINANSOWANIA PROFILAKTYKI SĄ NIEWYSTARCZAJĄCE

Jednym z kluczowych źródeł nieskuteczności działań profilaktycznych w Polsce jest ich finansowanie w formule doraźnej, rozproszonej i podatnej na wahania cyklu polityczno-budżetowego. Profilaktyka funkcjonuje dziś w oparciu o mozaikę programów czasowych, funduszy celowych oraz środków samorządowych, które nie tworzą spójnego i przewidywalnego systemu inwestowania w zdrowie mieszkańców.

Taka konstrukcja powoduje, że nawet dobrze zaprojektowane programy profilaktyczne mają ograniczoną trwałość, są trudne do skalowania i rzadko podlegają systematycznej ewaluacji. Brak stabilnego źródła finansowania sprzyja również realizacji inicjatyw o charakterze punktowym, których kontynuacja zależy bardziej od bieżących priorytetów politycznych niż od ich udowodnionej skuteczności zdrowotnej.

FUNDUSZ ZDROWIA PUBLICZNEGO JAKO INSTYTUCJONALNA ODPOWIEDŹ NA PROBLEM

W odpowiedzi na te ograniczenia dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, a także inni eksperci, przywołują koncepcję powołania dedykowanego **Funduszu Zdrowia Publicznego,** który integrowałby obecnie rozproszone środki i zapewniał długoterminową stabilność finansowania działań profilaktycznych i promujących zdrowie. Fundusz ten pełniłby rolę wyodrębnionego strumienia finansowego, którego celem nie jest reagowanie na bieżące niedobory systemu lecznictwa, lecz systematyczna inwestycja w ograniczanie przyszłego obciążenia chorobami przewlekłymi. Pomysł pojawiał się już w debacie publicznej, m.in. jako postulat zespołu ekspertów senackiej komisji zdrowia.

Ten element jest istotny organizacyjnie. Choć samo połączenie środków w ramach jednego Funduszu nie spowoduje wzrostu ich wartości, jednak ma inne warte odnotowania zalety. Po pierwsze, można oczekiwać wystąpienia efektu synergii (przy założeniach, które były omówione powyżej). Co więcej, wyodrębniony Fundusz daje możliwość wskazania źródła w budżecie państwa, z którego zasilany byłby do poziomu uzgodnionego minimum, gdyby poziom ten nie został osiągnięty z przypisanych do Funduszu strumieni.

Kluczową cechą Funduszu byłaby jego przewidywalność – zarówno po stronie źródeł finansowania, jak i zasad alokacji środków. Eksperci podkreślają, że tylko w takich warunkach możliwe jest planowanie interwencji profilaktycznych w horyzoncie wieloletnim, adekwatnym do dynamiki zmian epidemiologicznych.

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA I MINIMALNY POZIOM NAKŁADÓW

Jak zauważa prof. Andrzej Fal, naturalnym źródłem zasilania Funduszu Zdrowia Publicznego powinna być część wpływów z podatków i opłat od grzechów zdrowotnych, w szczególności z akcyzy na alkohol i wyroby tytoniowe, a także innych instrumentów fiskalnych nakładanych na produkty negatywnie oddziałujące na zdrowie. Prof. Marek Góra wskazuje, że takie rozwiązanie pozwala częściowo internalizować koszty społeczne generowane przez konsumpcję tych produktów, choć – co podkreślają eksperci – nawet wysokie wpływy z podatków od grzechów zdrowotnych nie równoważą w pełni przyszłych kosztów zdrowotnych i społecznych wynikających z niewłaściwej konsumpcji.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka akcentuje konieczność wyznaczenia **minimalnego poziomu nakładów na zdrowie publiczne,** który byłby niezależny od bieżących napięć budżetowych. W krótkim okresie punkt odniesienia mógłby stanowić określony udział w publicznych wydatkach na ochronę zdrowia (np. 3–5%), natomiast w dłuższej perspektywie – wzorem Danii – relacja do PKB.

Doświadczenia państw skandynawskich pokazują, że trwałe instytucjonalne zakotwiczenie finansowania zdrowia publicznego sprzyja konsekwentnej realizacji polityk profilaktycznych niezależnie od zmieniających się cykli politycznych. Z kolei przykład Singapuru ilustruje, że długoterminowe inwestowanie w zdrowie mieszkańców – zanim pojawi się potrzeba kosztownego leczenia – może istotnie ograniczać presję na system ochrony zdrowia w przyszłości.

ANTYCYPACJA RYZYK FISKALNYCH I INSTYTUCJONALNYCH

Eksperci są jednocześnie świadomi, że powołanie Funduszu Zdrowia Publicznego będzie budzić opór ze strony resortu finansów, dla którego ograniczenie elastyczności budżetowej stanowi istotne ryzyko systemowe. Jak zauważa dr Robert Mołdach, każda propozycja „znaczenia" środków musi być bardzo solidnie uzasadniona priorytetem zdrowia oraz wykazaniem długofalowych korzyści fiskalnych.

Z tego względu Fundusz powinien być zaprojektowany w sposób minimalizujący ryzyka instytucjonalne: z jasnymi zasadami przeznaczania środków, obowiązkiem cyklicznej ewaluacji efektów oraz możliwością korekty lub obowiązkiem wygaszania nieskutecznych interwencji. Takie rozwiązania pozwalają zachować równowagę między stabilnością finansowania a racjonalnością zarządzania środkami publicznymi.

FUNDUSZ ZDROWIA PUBLICZNEGO (FZP)

Centralny mechanizm finansowy służący finansowaniu profilaktyki i promocji zdrowia, zasilany m.in. z podatków od grzechów zdrowotnych, zapewniający wieloletnie planowanie, stabilność wydatków oraz powiązanie środków z efektami zdrowotnymi.

CELE CENTRALNE, REALIZACJA REGIONALNA

W debacie o organizacji finansowania profilaktyki często pojawia się uproszczony spór między centralizacją a decentralizacją. Eksperci jednoznacznie wskazują, że jest to fałszywa percepcja, która odciąga uwagę od rzeczywistego problemu, jakim jest brak spójnego modelu zarządzania odpowiedzialnością za efekty zdrowotne. W obecnym systemie ani poziom centralny, ani regionalny nie ponosi realnej odpowiedzialności za długoterminowe rezultaty działań profilaktycznych.

Centralizacja bez jasnych celów i mierników prowadzi do administracyjnego zarządzania programami, oderwanego od lokalnych uwarunkowań. Z kolei pełna decentralizacja sprzyja fragmentaryzacji interwencji, powielaniu działań oraz znacznym różnicom w dostępie do programów profilaktycznych pomiędzy regionami. W efekcie system nie generuje ani skali, ani porównywalnych efektów zdrowotnych.

CENTRALNE WYZNACZANIE CELÓW I PRIORYTETÓW ZDROWOTNYCH

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: kluczowym warunkiem skuteczności profilaktyki jest centralne określenie ograniczonego zestawu priorytetów zdrowotnych, skoncentrowanych na chorobach i czynnikach ryzyka generujących największe obciążenie chorobowe mieszkańców. Tylko na tym poziomie możliwe jest projektowanie interwencji, które w sposób systemowy wpływają na zapadalność na choroby cywilizacyjne.

Centralny poziom zarządzania powinien być również odpowiedzialny za definiowanie mierników efektów, standardów realizacji programów oraz minimalnych wymogów jakościowych. Pozwala to uniknąć sytuacji, w której sukces programu oceniany jest na podstawie liczby przeprowadzonych działań, a nie rzeczywistego wpływu na zdrowie mieszkańców.

REGIONALNA REALIZACJA JAKO WARUNEK SKUTECZNOŚCI OPERACYJNEJ

Jednocześnie eksperci podkreślają, że skuteczna realizacja programów profilaktycznych wymaga silnego zakorzenienia regionalnego i lokalnego. Dr Michał Chrobot wskazuje, że przekazanie zarządzania operacyjnego na poziom regionalny zwiększa zgłaszalność do programów dzięki lepszemu dopasowaniu działań informacyjnych i promocyjnych do lokalnych uwarunkowań społecznych i kulturowych.

Samorządy oraz regionalni koordynatorzy odgrywają kluczową rolę w docieraniu do grup wysokiego ryzyka, współpracy z pracodawcami, szkołami oraz organizacjami pozarządowymi. Bez tej warstwy pośredniczącej nawet najlepiej zaprojektowane programy centralne pozostają niewykorzystane.

Anna Gołębicka, DBA podkreśla, że przekierowanie środków na poziom regionalny musi być powiązane z precyzyjnym określeniem celów prozdrowotnych, rozumianych nie jako realizacja pojedynczych działań, lecz jako trwała zmiana zachowań zdrowotnych mieszkańców. Kluczowym wyzwaniem jest projektowanie interwencji, które sprzyjają budowaniu nawyków i realnie poszerzają możliwości dokonywania zdrowszych wyborów, a nie ograniczają się do formalnego wdrażania instrumentów takich jak szkolenia informacyjne czy aplikacje cyfrowe. Skuteczność regionalnej alokacji środków zależy zatem od zdolności przełożenia celów zdrowotnych na spójne, długofalowe działania osadzone w lokalnym kontekście społecznym i instytucjonalnym.

ALGORYTMICZNA ALOKACJA ŚRODKÓW I JASNY PODZIAŁ ODPOWIEDZIALNOŚCI

Warunkiem pogodzenia centralnych celów z regionalną realizacją jest wprowadzenie algorytmicznego mechanizmu alokacji środków profilaktycznych. Jak wskazuje prof. Andrzej Fal, podział środków powinien uwzględniać strukturę demograficzną, epidemiologiczną oraz specyficzne czynniki ryzyka występujące w danym regionie, ograniczając jednocześnie uznaniowość decyzji finansowych.

Algorytmiczna alokacja środków profilaktycznych pozwala również na jasne przypisanie odpowiedzialności: poziom centralny odpowiada za cele, zdefiniowanie mierników, podział środków oraz za monitorowanie i ewaluację, natomiast poziom regionalny – za osiągnięcie określonych rezultatów zdrowotnych. Taki model sprzyja przejrzystości, porównywalności wyników oraz racjonalnemu wykorzystaniu środków publicznych. Algorytm mógłby zawierać mechanizm promujący regiony osiągające szczególnie dobre wyniki, w celu wzmacniania tych zachowań.

INSTYTUCJONALNE ZAPLECZE DANYCH I MONITORINGU

Mec. Michał Czarnuch podkreśla, że skuteczne zarządzanie profilaktyką wymaga stworzenia centralnego systemu zbierania danych, monitorowania realizacji programów i oceny ich efektów. System ten mógłby być osadzony przy wyspecjalizowanej instytucji zdrowia publicznego, współpracującej z Głównym Inspektoratem Sanitarnym, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz jednostkami samorządu terytorialnego.

Bez jednolitego systemu danych niemożliwe jest zarówno rzetelne porównywanie efektów między regionami, jak i podejmowanie decyzji o modyfikacji lub wygaszaniu nieskutecznych interwencji.

ALGORYTM ALOKACJI ŚRODKÓW PROFILAKTYCZNYCH DO REGIONÓW

Mechanizm podziału środków oparty na obiektywnych wskaźnikach demograficznych, epidemiologicznych i czynnikach ryzyka, umożliwiający jasny podział odpowiedzialności między poziom centralny i regionalny oraz racjonalne planowanie interwencji.

OD FINANSOWANIA DZIAŁAŃ DO FINANSOWANIA EFEKTÓW

OGRANICZENIA FINANSOWANIA OPARTEGO NA AKTYWNOŚCIACH

Jednym z kluczowych mankamentów obecnego podejścia do finansowania profilaktyki jest koncentracja na aktywnościach, a nie na ich rezultatach. Programy są często oceniane na podstawie liczby przeprowadzonych badań, kampanii informacyjnych czy wydarzeń edukacyjnych, bez pogłębionej analizy ich realnego wpływu na zachowania zdrowotne i wskaźniki epidemiologiczne. Taki model sprzyja realizacji działań łatwych do wykazania sprawozdawczo, lecz niekoniecznie skutecznych z punktu widzenia zdrowia publicznego.

Mec. Michał Czarnuch zwraca uwagę, że finansowanie aktywności prowadzi do utrwalania schematu, w którym sukces programu mierzony jest jego „widocznością", a nie trwałą zmianą zdrowotną. W efekcie środki publiczne są angażowane w inicjatywy o ograniczonej wartości dodanej, podczas gdy interwencje bardziej złożone, wymagające dłuższego horyzontu czasowego, pozostają niedofinansowane.

EFEKT ZDROWOTNY JAKO PUNKT ODNIESIENIA DLA FINANSOWANIA

Eksperci podkreślają konieczność stopniowego przechodzenia w kierunku **finansowania opartego na efektach zdrowotnych *(outcomes)*, a nie wyłącznie na rezultatach bezpośrednich *(outputs)*.** W kontekście profilaktyki oznacza to przesunięcie akcentu z liczby zrealizowanych działań na mierzalną poprawę wskaźników zdrowia populacji, takich jak obniżenie zapadalności na choroby przewlekłe, poprawa zgłaszalności do badań przesiewowych czy zmiana rozpowszechnienia kluczowych czynników ryzyka.

Prof. Andrzej Fal wskazuje, że choć pełne powiązanie finansowania z efektami zdrowotnymi jest metodycznie trudne, nie oznacza to rezygnacji z ich pomiaru. Konieczne jest przyjęcie realistycznych mierników pośrednich oraz odpowiedniego horyzontu czasowego oceny, dostosowanego do charakteru interwencji profilaktycznych. Pozwoli to na racjonalne wydatkowanie puli profilaktyki/ zdrowia publicznego, zwiększenie efektywności działań i racjonalizację mierników efektu pośredniego i ostatecznego w kontekście czasowym. Te mierniki powinny jednocześnie stanowić podstawowe kryterium kontynuacji lub dyskontynuacji działań, niezależnie od kryteriów politycznych związanych z kadencyjnością.

EWALUACJA, SELEKCJA I WYGASZANIE PROGRAMÓW

Jednym z najbardziej zaniedbanych elementów systemu jest ewaluacja programów profilaktycznych. Eksperci wskazują, że brak mechanizmów selekcji i wygaszania nieskutecznych działań prowadzi do kumulacji projektów o niskiej efektywności i rozpraszania zasobów.

Na ten problem zwraca również uwagę prof. Maria Węgrzyn, podkreślając, że w Polsce funkcjonuje wiele równoległych programów profilaktycznych, lecz niemal żaden z nich nie jest systematycznie oceniany pod kątem efektywności zdrowotnej i ekonomicznej. W jej ocenie nie analizuje się całościowo stopnia wykrywalności chorób osiąganego dzięki tym programom, ani nie określa minimalnej skali uczestnictwa niezbędnej do realnego obniżenia ryzyka ciężkiego zachorowania w populacji. W rezultacie decyzje o kontynuacji lub rozszerzaniu programów podejmowane są bez wiedzy o ich rzeczywistym wpływie na zdrowie i koszty systemowe.

Prof. Węgrzyn wskazuje, że kluczowym kierunkiem dalszych działań w obszarze profilaktyki nie powinno być mnożenie kolejnych inicjatyw, lecz precyzyjne definiowanie warunków ich prowadzenia, obejmujących cele zdrowotne, minimalne progi uczestnictwa oraz mierniki efektów. Dopiero w takim modelu możliwe jest sensowne bilansowanie relacji między poprawą stanu zdrowia mieszkańców a ponoszonymi nakładami finansowymi, co stanowi warunek racjonalnego zarządzania środkami publicznymi.

Wprowadzenie obowiązkowej ewaluacji, połączonej z możliwością modyfikacji lub zakończenia programów niespełniających założonych kryteriów, jest warunkiem racjonalizacji wydatków i budowy zaufania do systemu finansowania profilaktyki.

PREMIA ZA EFEKT I ODPORNOŚĆ NA PRESJĘ POLITYCZNĄ

Mec. Michał Czarnuch proponuje wprowadzenie elementu premii za osiągnięcie efektów zdrowotnych jako mechanizmu wzmacniającego orientację na wynik. Premia taka nie powinna jednak stanowić jedynego źródła finansowania programów, lecz uzupełnienie stabilnej podstawy budżetowej.

Eksperci podkreślają, że jednym z głównych wyzwań jest odporność systemu na presję polityczną i krótkoterminowe oczekiwania. Finansowanie oparte na efektach, przy odpowiednio zaprojektowanych miernikach i horyzoncie oceny, może ograniczać pokusę utrzymywania programów wyłącznie ze względu na ich atrakcyjność medialną.

WARUNKI BRZEGOWE WDROŻENIA

Wdrożenie finansowania opartego na efektach zdrowotnych wymaga spełnienia kilku warunków brzegowych: dostępności wiarygodnych danych, jasno zdefiniowanych mierników, kompetencji analitycznych po stronie instytucji zarządzających oraz akceptacji faktu, że nie wszystkie interwencje przynoszą oczekiwane rezultaty.

Eksperci są zgodni, że podejście to powinno być wdrażane stopniowo, z wykorzystaniem pilotaży oraz mechanizmów uczenia się systemu, aby uniknąć ryzyka nadmiernej biurokratyzacji i zniechęcenia realizatorów programów.

FINANSOWANIE OPARTE NA EFEKTACH ZDROWOTNYCH

Model finansowania, w którym część środków przeznaczonych na profilaktykę jest powiązana z osiągnięciem mierzalnych rezultatów zdrowotnych, ocenianych w adekwatnym horyzoncie czasowym, z zachowaniem stabilnej podstawy finansowania.

PODATKI OD GRZECHÓW ZDROWOTNYCH – NARZĘDZIE ZMIANY ZACHOWAŃ

SIN TAXES JAKO NARZĘDZIE POLITYKI ZDROWOTNEJ, A NIE FISKALNEJ

W debacie publicznej podatki od grzechów zdrowotnych często postrzegane są przede wszystkim jako instrument fiskalny, służący zwiększaniu dochodów budżetowych. Eksperci podkreślają jednak, że z perspektywy zdrowia publicznego ich zasadniczą funkcją jest kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez mechanizm cenowy. Prof. Andrzej Fal zwraca uwagę, że odpowiednio zaprojektowana akcyza nie eliminuje całkowicie konsumpcji alkoholu czy wyrobów tytoniowych, ale ogranicza ją ilościowo, zmniejsza impulsywność zakupów oraz przesuwa popyt w kierunku produktów relatywnie mniej szkodliwych.

Z tego punktu widzenia skuteczność podatków od grzechów zdrowotnych należy oceniać nie tylko przez pryzmat generowanych wpływów, lecz przede wszystkim przez ich wpływ na poziom konsumpcji oraz długoterminowe trendy epidemiologiczne. Takie podejście pozwala uniknąć nadmiernego uzależnienia finansowania profilaktyki od wpływów z konsumpcji produktów szkodliwych, a jednocześnie wzmacnia spójność systemu, w którym instrumenty fiskalne, regulacyjne i finansowe wzajemnie się uzupełniają.

W tym kontekście prof. Monika Raulinajtys-Grzybek wskazuje, że szersze wykorzystanie bodźców finansowych do kształtowania zachowań zdrowotnych jest jednak ekonomicznie uzasadnione. Jej zdaniem, w sytuacji, gdy pozytywne efekty zachowań prozdrowotnych są długookresowe, rozproszone i obarczone niepewnością, zastosowanie pewnych i natychmiastowych konsekwencji negatywnych – w postaci wyższych opłat lub podatków – ma największą szansę na szybkie oddziaływanie na decyzje konsumentów. Mechanizm ten opiera się na asymetrii percepcji zysków i strat, zgodnie z którą bodźce kosztowe są silniejszym i bardziej bezpośrednim sygnałem decyzyjnym niż odległe w czasie korzyści zdrowotne.

Prof. Christoph Sowada zaznacza, że skuteczność podatków od grzechów zdrowotnych jako narzędzia ograniczającego konsumpcję zależy od elastyczności cenowej popytu, czyli tego jak silnie konsumenci reagują na podniesienie cen. Takie analizy są konieczne, nie tylko w odniesieniu do całego rynku, ale do różnych grup społecznych, w tym takich, w których ograniczenie spożycia jest najbardziej pożądane.

SIN TAXES W KONTEKŚCIE MIĘDZYNARODOWYM

Międzynarodowe rekomendacje, w tym stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia, konsekwentnie wskazują na potrzebę **zwiększania podatków na wyroby tytoniowe, alkohol oraz napoje wysokosłodzone i inne produkty zawierające dużą ilość cukru** jako jednego z najbardziej efektywnych narzędzi profilaktyki w zdrowiu publicznym. Doświadczenia wielu krajów pokazują, że podwyżki cen prowadzą do spadku konsumpcji, szczególnie wśród młodszych grup wiekowych. Jak we wszystkich działaniach holistycznego zdrowia publicznego musi polityka fiskalna być powiązana z pozostałymi elementami (edukacją, systemem bodźców negatywnych, promocją alternatywnych a zdrowotnie akceptowalnych rozwiązań). W przeciwnym razie osiągnięty efekt będzie jedynie przejściowy.

W tym samym nurcie myślenia eksperci postulują **wprowadzenie podatku od żywności zawierającej tłuszcze trans** i inną żywność wysokoprzetworzoną, wskazując na jego szczególne znaczenie w kontekście narastającej epidemii otyłości i rozwoju chorób metabolicznych (w tym cukrzycy) w Polsce. Wysokoprzetworzona żywność, charakteryzująca się dużą gęstością energetyczną i niską wartością odżywczą, stanowi jeden z kluczowych czynników ryzyka chorób metabolicznych, których leczenie generuje istotne i długofalowe koszty dla systemu ochrony zdrowia. Podatek ukierunkowany na najbardziej szkodliwe komponenty diety mógłby pełnić zarówno funkcję bodźca cenowego ograniczającego konsumpcję, jak i sygnału regulacyjnego dla producentów.

Na zagrożenia zdrowotne wynikające z rosnącej dostępności i konsumpcji żywności wysokoprzetworzonej zwraca również uwagę dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, podkreślając, że bez interwencji po stronie podaży oraz bodźców fiskalnych trudno oczekiwać trwałej zmiany wzorców żywieniowych w skali populacyjnej. W tym ujęciu instrumenty podatkowe ukierunkowane na konkretne grupy produktów mogą stanowić uzupełnienie działań edukacyjnych i profilaktycznych, wzmacniając ich skuteczność.

Jednocześnie przykłady zagraniczne potwierdzają, że skuteczność sin taxes jest najwyższa wtedy, gdy stanowią one element szerszej strategii zdrowia publicznego, obejmującej regulacje, edukację zdrowotną oraz dostęp do alternatyw sprzyjających zdrowiu.

Na konieczność opierania polityki fiskalnej w obszarze zdrowia publicznego na twardych dowodach empirycznych zwraca uwagę prof. Iwona Kowalska-Bobko. Jak pokazują metaanalizy przywoływane przez Światową Organizację Zdrowia, wzrost cen napojów słodzonych (SSB) o 20% prowadzi przeciętnie do spadku ich konsumpcji o około 20%.

Efekty te przekładają się na mierzalne korzyści zdrowotne: w Meksyku odnotowano spadek wskaźnika BMI o 2,4% wśród nastolatek, a modele prognostyczne wskazują na możliwość uniknięcia około 107 tys. przypadków cukrzycy w perspektywie 10 lat. W kontekście Polski, gdzie koszty leczenia cukrzycy szacowane są na około 10 mld zł rocznie, oznaczałoby to potencjalną redukcję obciążenia chorobowego mierzonego wskaźnikiem DALY o 5–10%, przy jednoczesnym wygenerowaniu środków możliwych do reinwestowania w programy prewencji, w tym działania antyotyłościowe [76].

OGRANICZENIA I RYZYKA STOSOWANIA SIN TAXES

Podatki od grzechów zdrowotnych nie mogą być traktowane jako samodzielne i wystarczające narzędzie rozwiązywania problemów zdrowia publicznego. Anna Gołębicka, DBA zwraca uwagę na istotne ryzyka gospodarcze związane z nadmiernym podnoszeniem podatków konsumpcyjnych, w tym możliwość wzrostu nielegalnego importu oraz substytucji produktów objętych wyższą stawką tańszymi alternatywami o porównywalnej szkodliwości zdrowotnej. Podkreśla przy tym, że podwyższanie obciążeń fiskalnych musi być projektowane w sposób przemyślany i stopniowy. Zgodnie z koncepcją krzywej Laffera, opisującą zależność pomiędzy poziomem opodatkowania a dochodami publicznymi, nadmierne obciążenia mogą prowadzić do spadku wpływów budżetowych w wyniku wypychania legalnej konsumpcji do nieformalnych kanałów.

Podkreśla to również prof. Iwona Kowalska-Bobko: w debacie podnosi się kontrargumenty zwiększania podatków zdrowotnych, takie jak ryzyko rozwoju szarej strefy, transgraniczny import napojów słodzonych czy straty producentów. Analiza doświadczeń siedmiu krajów, w których wprowadzono podatki od SSB, wskazuje jednak na dodatni bilans netto takich rozwiązań – poprawę wskaźników zdrowotnych przy jednoczesnym wzroście dochodów publicznych. Warunkiem utrzymania tego efektu jest stały monitoring skutków regulacji oraz różnicowanie stawek podatkowych, w tym stosowanie ulg dla produktów niskoprzetworzonych.

Czynnikiem wpływającym na poziom konsumpcji jest również reklama, a potencjalnym narzędziem oddziaływania – albo wprowadzenie zakazu reklamy produktów szkodliwych, albo wdrożenie podatku na reklamę szkodliwych produktów, który również mógłby zasilać strumień finansujący działania profilaktyczne.

Prof. Marek Góra podkreśla jednocześnie, że nawet bardzo wysokie wpływy z akcyzy nie równoważą w pełni przyszłych kosztów społecznych i medycznych związanych z konsumpcją alkoholu, tytoniu czy wysoko przetworzonej żywności. Oznacza to, że uzasadnienie podatków od grzechów zdrowotnych należy opierać na logice internalizacji kosztów społecznych, a nie prostym bilansie fiskalnym.

ZNACZENIE POWIĄZANIA WPŁYWÓW Z FINANSOWANIEM PROFILAKTYKI

Jednym z kluczowych postulatów wyłaniających się z debaty ekspertów jest konieczność **powiązania części wpływów z podatków od grzechów zdrowotnych z finansowaniem działań profilaktycznych i prewencyjnych.** Takie rozwiązanie pełni kilka istotnych funkcji. Po pierwsze, wzmacnia społeczny mandat dla stosowania sin taxes, zwiększając akceptację dla wyższych obciążeń cenowych. Po drugie, stabilizuje finansowanie profilaktyki, zmniejszając jej zależność od corocznych decyzji budżetowych.

Prof. Andrzej Fal wskazuje, że w długim okresie takie powiązanie może prowadzić do następującego efektu – skuteczna redukcja konsumpcji obniża wpływy z akcyzy, ale jednocześnie zmniejsza przyszłe wydatki systemu ochrony zdrowia w stopniu znacznie większym. Z perspektywy zdrowia publicznego jest to efekt pożądany, choć wymaga on odpowiedniego zarządzania oczekiwaniami fiskalnymi.

POWIĄZANIE WPŁYWÓW Z PODATKÓW OD GRZECHÓW ZDROWOTNYCH Z BUDŻETEM NA PROFILAKTYKĘ

Mechanizm przeznaczania określonej części wpływów z akcyzy i innych podatków od grzechów zdrowotnych na finansowanie działań profilaktycznych i prewencyjnych, zwiększy akceptację społeczną tych instrumentów i stabilność finansowania zdrowia publicznego. Wpływy te powinny być jednym z bezpośrednich strumieni zasilających FZP.

WARUNKOWOŚĆ I ZACHĘTY – PROFILAKTYKA JAKO ELEMENT KONTRAKTU SPOŁECZNEGO

DLACZEGO SAME BODŹCE FINANSOWE SĄ NIEWYSTARCZAJĄCE

Eksperci podkreślają, że nawet najlepiej zaprojektowane mechanizmy finansowania profilaktyki oraz podatki od grzechów zdrowotnych nie prowadzą automatycznie do trwałej zmiany zachowań zdrowotnych. Styl życia, decyzje zdrowotne i korzystanie z profilaktyki są bowiem silnie uwarunkowane czynnikami ekonomicznymi, społecznymi, kulturowymi i psychologicznymi. W efekcie system oparty wyłącznie na bodźcach cenowych lub dostępności programów profilaktycznych nie wykorzystuje w pełni swojego potencjału.

Z perspektywy zdrowia publicznego oznacza to konieczność włączenia do architektury finansowania także instrumentów, które wzmacniają **odpowiedzialność jednostki za korzystanie z oferowanych narzędzi profilaktycznych,** przy jednoczesnym zachowaniu solidarnościowego charakteru systemu. Jest to problem istotny, ponieważ ze względu na zapis Konstytucji nie można w tym zakresie wprowadzić najskuteczniejszego w doświadczeniach innych krajów (np. Belgii) mechanizmu nagroda/kara. Można jednak wprowadzać mechanizmy oparte na nagrodzie.

WARUNKOWOŚĆ JAKO ELEMENT ODPOWIEDZIALNOŚCI, A NIE SANKCJI

Dr Michał Chrobot zwraca uwagę, że jednym z praktycznych sposobów wdrażania warunkowości może być integracja badań profilaktycznych z innymi istniejącymi mechanizmami systemowymi, takimi jak medycyna pracy. Włączenie wyników badań medycyny pracy do programu „Moje Zdrowie" pozwoliłoby ograniczyć dublowanie świadczeń oraz zwiększyć efektywność wykorzystania zasobów.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka wskazuje, że wraz z wprowadzeniem programu „Moje Zdrowie", gwarantowanego każdemu ubezpieczonemu od 20. roku życia, pojawia się możliwość redefinicji relacji między płatnikiem a ubezpieczonym. Jej zdaniem realizacja podstawowego pakietu badań profilaktycznych powinna stać się elementem kontraktu społecznego, obok samej płatności składki zdrowotnej.

Eksperci podkreślają, że warunkowość nie powinna mieć charakteru represyjnego ani prowadzić do wykluczenia z systemu ochrony zdrowia. Prof. Iwona Kowalska-Bobko wskazuje, że w krajach mających doświadczenia z represyjnymi konsekwencjami zachowań antyzdrowotnych wycofywano się z nich z uwagi o zarzuty o niezgodność z zapisami konstytucji (takim przykładem są Niemcy). Celem proponowanych mechanizmów warunkowych jest wzmocnienie motywacji do korzystania z profilaktyki poprzez sygnał, że zdrowie jest wspólną odpowiedzialnością – państwa, systemu i obywatela.

AKCEPTACJA SPOŁECZNA I KONTEKST KULTUROWY

Prof. Katarzyna Kolasa podkreśla, że skuteczność mechanizmów warunkowości zależy w dużym stopniu od ich społecznej akceptowalności. Instrumenty postrzegane jako przymusowe lub niesprawiedliwe mogą prowadzić do oporu, obniżenia zaufania do systemu i paradoksalnie zmniejszenia skłonności do udziału w profilaktyce.

Dlatego projektowanie zachęt i warunków powinno uwzględniać różnice społeczno-kulturowe, poziom wykluczenia zdrowotnego oraz bariery w dostępie do świadczeń. Kluczowe znaczenie ma również jasna komunikacja celu tych mechanizmów – jako wsparcia zdrowia, a nie formy kontroli obywateli. Konieczne jest także jednoznaczne określenie granic – warunkowość nie może prowadzić do ograniczenia dostępu do świadczeń ratujących zdrowie ani pogłębiania nierówności zdrowotnych.

W tym sensie warunkowość pełni rolę uzupełniającą wobec innych instrumentów polityki zdrowotnej, domykając system finansowania profilaktyki poprzez włączenie odpowiedzialności indywidualnej w ramy solidarnościowego modelu ochrony zdrowia.

WARUNKOWOŚĆ PROFILAKTYCZNA

Zestaw mechanizmów motywujących do udziału w profilaktyce, opartych na integracji programów, miękkich zachętach i warunkach organizacyjnych, które wzmacniają odpowiedzialność jednostki bez wprowadzania sankcji wykluczających.

FINANSOWANIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

SOLIDARYZM FINANSOWY W OCHRONIE ZDROWIA

SOLIDARYZM JAKO FUNDAMENT PUBLICZNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Publiczny system ochrony zdrowia opiera się na zasadzie solidarności, która odróżnia go zarówno od czysto rynkowych modeli finansowania usług zdrowotnych, jak i od systemów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na zasadzie indywidualnej ekwiwalentności składki i ryzyka zdrowotnego. Oznacza wspólne ponoszenie ryzyka zdrowotnego oraz partycypację w finansowaniu systemu proporcjonalnie do zdolności płatniczej, niezależnie od faktycznego korzystania ze świadczeń. W tym sensie ochrona zdrowia nie jest tylko dobrem konsumpcyjnym, lecz także elementem bezpieczeństwa społecznego.

Eksperci zwracają uwagę, że solidaryzm w ochronie zdrowia bywa w debacie publicznej mylony z prostą redystrybucją lub z przeniesieniem odpowiedzialności finansowej na wąską grupę najlepiej zarabiających. **Tymczasem jego istotą jest powszechność uczestnictwa wszystkich obywateli w systemie publicznego ubezpieczenia zdrowotnego** adekwatne do indywidualnej zdolności płatniczej, a nie obciążanie wyłącznie „bogatych" kosztami zdrowia całej populacji. Ponadto, tak jak nadmierny wzrost sin taxów czy akcyzy może rodzić obawy o przeniesienie do „szarej" strefy, podobne zagrożenie może wynikać z rażącego wzrostu obciążeń jednej grupy.

ZRÓŻNICOWANIE OBCIĄŻEŃ I WYJĄTKI – SOLIDARYZM W PRAKTYCE

Choć polski system ochrony zdrowia jest formalnie oparty na zasadzie solidarności, w praktyce charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem obciążeń finansowych oraz szerokim zakresem wyjątków od powszechnego oskładkowania. Dotyczy to zarówno zwolnień podmiotowych, jak i przedmiotowych, których katalog narastał stopniowo, często w odpowiedzi na doraźne decyzje polityczne lub presję określonych grup interesu.

Eksperci postulują **rezygnację z istniejących zwolnień przedmiotowych i podmiotowych** – z przedstawionymi w dalszych punktach wyjątkami. Prof. Maria Węgrzyn wskazuje, że część tych wyjątków jest słabo uzasadniona z perspektywy logiki systemowej.

O ile finansowanie ochrony zdrowia osób w sytuacjach skrajnego wykluczenia – takich jak osoby bezdomne – ze środków budżetowych jest powszechnie akceptowane, o tyle inne uprzywilejowania budzą kontrowersje, zwłaszcza w warunkach pokoju i stabilności państwa. Zróżnicowanie zasad partycypacji finansowej przekłada się bezpośrednio na poczucie niesprawiedliwości wśród płatników składek, którzy ponoszą relatywnie wyższe obciążenia bez jasnej informacji, dlaczego system funkcjonuje w taki, a nie inny sposób.

Dodatkowym problemem jest brak konsekwencji po stronie użytkowników systemu, widoczny choćby w zjawisku nieodwoływania wizyt lekarskich. Choć nie jest to klasyczny element finansowania, ma ono wymierne skutki kosztowe i organizacyjne, a jego tolerowanie podważa przekonanie, że system opiera się na wzajemnej odpowiedzialności.

W efekcie solidaryzm – jak zauważa Anna Gołębicka, DBA – przestaje być postrzegany jako wspólna wartość, a zaczyna być odbierany jako zbiór niespójnych reguł, które można próbować omijać. To z kolei osłabia akceptację społeczną dla jakichkolwiek reform po stronie dochodowej.

GRANICE SOLIDARNOŚCI – ZACHOWANIA RYZYKOWNE I PYTANIE O SPRAWIEDLIWOŚĆ

Największe kontrowersje budzi kwestia finansowania skutków świadomych, modyfikowalnych zachowań ryzykownych. Dr Robert Mołdach wskazuje na fundamentalne napięcie wpisane w solidarnościowy model ochrony zdrowia: z jednej strony system zapewnia bezwarunkową troskę o zdrowie i życie, z drugiej – pełne przenoszenie kosztów skrajnie nieodpowiedzialnych decyzji na całą wspólnotę rodzi pytania o sprawiedliwość. Ten punkt widzenia wzmacnia Anna Gołębicka, DBA, argumentując, że przypadki takie jak **hospitalizacje osób nietrzeźwych** z przyczyn wynikających z nadmiernego spożycia alkoholu podlegają rozważeniu, czy nie powinny być **wyłączone z finansowania ze środków wspólnych,** jako że nie mają charakteru losowego. Dr Robert Mołdach wskazuje na potencjalne konsekwencje działania pod wpływem alkoholu dotyczące nie tylko samego sprawcy, ale innych osób – na przykład wypadki na stokach narciarskich, spowodowane przez pijanego sprawcę.

Jako rozwiązanie alternatywne lub uzupełniająco do powyżej opisanego rozważa się możliwość oddziaływania na podejmowanie ryzyka zdrowotnego poprzez wzrost poziomu składki zdrowotnej dla osób wykazujących ewidentnie szkodliwe zachowania zdrowotne. Taka podwyżka składki może być jednak postrzegana jako represyjna w stosunku do grup osób, których składka miałaby dotyczyć.

Dodatkowo prof. Christoph Sowada zwraca uwagę, że taki mechanizm finansowy jest trudny do implementacji w systemie finansowanym poprzez składkę zdrowotną której poziom powiązany jest z dochodem.

W tym kontekście eksperci odwołują się do rozwiązań hybrydowych stosowanych w innych krajach, które – jak pokazuje dr Robert Mołdach – pozwalają zachować bezwarunkową ochronę życia, przy jednoczesnym wprowadzeniu bodźców prewencyjnych i elementów współodpowiedzialności. Podaje przykłady ratownictwa górskiego w Czechach czy Słowacji, gdzie procedura ratunkowa jest nieodpłatna, ale koszty ewakuacji helikopterem ponosi poszkodowany, jeśli nie posiada dodatkowego ubezpieczenia. Innym przykładem są bonifikaty składkowe dla niepalących i osób regularnie uczestniczących w profilaktyce (np. Singapur, Korea Południowa) lub zwyżki składek dla palących (USA po przyjęciu ACA).

Analiza wypowiedzi ekspertów prowadzi do wspólnego wniosku: brak jasno zdefiniowanych zasad solidarności finansowej osłabia zaufanie do systemu ochrony zdrowia i utrudnia przeprowadzanie jakichkolwiek reform. Nierówne obciążenia, nieczytelne wyjątki i brak odpowiedzialności po stronie użytkowników systemu powodują, że każda próba korekty finansowania – niezależnie od jej ekonomicznej zasadności – będzie napotykać silny opór społeczny i polityczny.

SOLIDARYZM W OCHRONIE ZDROWIA

Bez świadomego i przejrzystego określenia, kto, w jakim zakresie i za kogo ponosi odpowiedzialność finansową system traci zarówno poczucie sprawiedliwości, jak i stabilność fiskalną. W takich warunkach każda próba zwiększania nakładów na zdrowie wzmacnia bodźce do unikania partycypacji i poszukiwania wyjątków, zamiast budować gotowość do solidarnego współfinansowania powszechnych potrzeb zdrowotnych.

PODSTAWOWE ŹRÓDŁO WPŁYWÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

SKŁADKA ZDROWOTNA JAKO KONSTRUKCJA SYSTEMOWA, A NIE WYŁĄCZNIE INSTRUMENT FISKALNY

Struktura wpływów do systemu ochrony zdrowia stanowi jeden z kluczowych czynników warunkujących zarówno jego stabilność finansową, jak i społeczną akceptację dla ponoszonych obciążeń. W polskich warunkach zasadniczym źródłem wpływów pozostaje składka zdrowotna, której konstrukcja – choć formalnie odrębna od podatków – w praktyce posiada wiele cech podatku dochodowego. Jej wysokość zależy od poziomu indywidualnego dochodu podlegającego zgodnie z ustawą oskładkowaniu, natomiast poziom wpłaty nie przekłada się na zakres ani jakość uzyskiwanych świadczeń zdrowotnych.

Jak wskazuje prof. Marek Góra, ta konstrukcyjna cecha składki zdrowotnej rodzi istotne konsekwencje percepcyjne. Znaczna część społeczeństwa interpretuje składkę zdrowotną przez analogię do składki emerytalnej, oczekując relacji ekwiwalentności: wyższa składka – wyższe świadczenie. Brak takiego związku w systemie ochrony zdrowia prowadzi do frustracji płatników i wzmacnia niechęć wobec ponoszenia obciążeń, zwłaszcza gdy składka naliczana jest od wielu źródeł dochodu (np. umowy o pracę i umów cywilno-prawnych realizowanych przez tę samą osobę).

SKŁADKA CZY PODATEK ZDROWOTNY – ZNACZENIE STRUMIENIA ZNACZONEGO

W debacie eksperckiej regularnie powraca pytanie, czy utrzymywanie składki zdrowotnej jako odrębnego instrumentu finansowania jest rozwiązaniem optymalnym, czy też należałoby rozważyć przejście na model podatku zdrowotnego finansowanego bezpośrednio z budżetu państwa. Prof. Christoph Sowada wskazuje, że pełne włączenie finansowania zdrowia do finansowania budżetowego w polskich warunkach niesie istotne ryzyko podporządkowania wydatków zdrowotnych bieżącej konkurencji politycznej już na etapie planowania budżetu. Z tej perspektywy **znaczony strumień środków na zdrowie** pełni funkcję stabilizującą i chroni system przed coroczną walką o priorytety fiskalne.

Odmienną, choć niekoniecznie sprzeczną systemowo, perspektywę przedstawia dr Maria Libura, opowiadając się za rozwiązaniami zbliżonymi do konstrukcji podatku dochodowego.

Odwołując się do europejskich modeli podatku zdrowotnego, wskazuje ona, że solidarny system ochrony zdrowia wymaga progresywnego mechanizmu finansowania, który w większym stopniu niż obecna składka zdrowotna odzwierciedla realną zdolność płatniczą obywateli. W jej ujęciu kluczowe nie jest samo nazewnictwo instrumentu – składka czy podatek – lecz jego konstrukcja. Danina na zdrowie powinna obejmować wszystkie formy dochodu, zgodnie z postulatami środowisk ekonomicznych skupionych wokół Polskiej Sieci Ekonomii, oraz posiadać charakter progresywny lub co najmniej liniowy.

Kwestia kwoty wolnej wzbudziła wątpliwości części pozostałych ekspertów. Dr Robert Mołdach wskazał, że rozwiązanie to de facto osłabia zasadę solidaryzmu, zamiast ją wzmacniać. W ich ocenie solidarność w ochronie zdrowia polega nie na wyłączaniu kolejnych grup z partycypacji finansowej, ile na powszechnym, choć zróżnicowanym udziale w finansowaniu systemu. Tworzenie kolejnych zwolnień – nawet motywowanych ochroną osób o najniższych dochodach – może prowadzić do dalszej fragmentaryzacji systemu oraz utrwalania przekonania, że odpowiedzialność za finansowanie ochrony zdrowia spoczywa wyłącznie na części społeczeństwa. Zdanie to zdecydowanie podziela prof. Christoph Sowada.

Eksperci ci podkreślali znaczenie symbolicznego i behawioralnego wymiaru nawet minimalnej partycypacji finansowej. Utrzymanie obowiązku współuczestnictwa w finansowaniu ochrony zdrowia, niezależnie od poziomu dochodu, sprzyja budowaniu poczucia osobistej odpowiedzialności za system i wzmacnia społeczną legitymizację wspólnotowego finansowania. Z tej perspektywy bardziej zasadne wydaje się ograniczanie katalogu zwolnień i wyjątków niż jego dalsze rozszerzanie, nawet w ramach reformy opartej na progresywnej konstrukcji daniny zdrowotnej.

ZRÓŻNICOWANIE FORM DOCHODU A SPRAWIEDLIWOŚĆ OBCIĄŻEŃ

Odmienne traktowanie różnych form uzyskiwania dochodu pozostaje jednym z najbardziej dyskutowanych elementów architektury finansowania ochrony zdrowia. Dochody z pracy etatowej, działalności gospodarczej oraz dochody kapitałowe różnią się pod względem kosztów ich uzyskania, możliwości reinwestowania oraz ponoszonego ryzyka ekonomicznego, co uzasadnia ostrożność w projektowaniu jednolitych mechanizmów obciążeń.

Eksperci byli w dużej mierze zgodni co do zasadności **objęcia składką zdrowotną dochodów kapitałowych i dochodów z najmu.** W tym obszarze panowało przekonanie, że poszerzenie bazy dochodowej o dochody z kapitału stanowi logiczne wzmocnienie zasady solidarności i poprawia stabilność finansową systemu, bez istotnego ryzyka negatywnych efektów behawioralnych.

Wątpliwości koncentrowały się natomiast na próbach pełnego ujednolicenia obciążeń pomiędzy dochodem z pracy etatowej a dochodem z działalności gospodarczej. Jak wskazała prof. Monika Raulinajtys-Grzybek, w przypadku przedsiębiorców składka zdrowotna naliczana jest od dochodu, który przeznaczany jest nie tylko na bieżącą konsumpcję, lecz także na inwestycje, rozwój oraz budowanie odporności finansowej przedsiębiorstwa, co w dłuższej perspektywie może osłabiać dynamikę gospodarczą. Z tego względu mechaniczne zrównanie zasad oskładkowania tych dwóch form aktywności jest obarczone wysokim ryzykiem.

Jednocześnie utrzymywanie znacznych różnic w oskładkowaniu poszczególnych form dochodu sprzyja arbitrażowi fiskalnemu, w szczególności wypychaniu pracowników na umowy cywilnoprawne lub samozatrudnienie. Zjawisko to nie tylko obniża stabilność wpływów do systemu ochrony zdrowia, lecz także podważa zasadę solidarności, prowadząc do sytuacji, w której osoby o porównywalnych dochodach ponoszą skrajnie różne obciążenia.

PRZEJRZYSTOŚĆ SYSTEMU DOCHODOWEGO JAKO WARUNEK LEGITYMIZACJI

Wypowiedzi ekspertów jednoznacznie wskazują, że jednym z głównych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia jest niski poziom przejrzystości po stronie dochodowej. Eksperci podkreślają, że obywatele nie wiedzą, ile realnie płacą na ochronę zdrowia poszczególne grupy społeczne, czy też jakie grupy są zwolnione z partycypacji. Brak rzetelnej wiedzy i bazowanie wyłącznie na niesprawdzonych (często nieprawdziwych) newsach internetowych osłabia zaufanie do systemu i ogranicza jego legitymizację społeczną. Przejrzystość zasad finansowania i raportowanie efektów zdrowotnych jawią się nie jako elementy fakultatywne, lecz jako warunek trwałości solidarnego modelu finansowania.

SKŁADKA ZDROWOTNA JAKO FUNDAMENT ZAUFANIA SPOŁECZNEGO

Bez przejrzystości zasad, rozliczalności wydatków i jasnego określenia celów zdrowotnych każda próba zwiększania obciążeń będzie postrzegana jako niesprawiedliwa i politycznie niewykonalna.

ZWIĘKSZENIE STOPY SKŁADKI JAKO SPOSÓB NA WIĘKSZE WPŁYWY DO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA?

ISTOTNA SEKWENCJA REFORM

Debata o zwiększaniu wpływów do systemu ochrony zdrowia często koncentruje się na pytaniu o skalę dodatkowych środków, pomijając kluczową kwestię sekwencji działań. Jak podkreśla Anna Gołębicka, DBA, **wzrost stopy składki zdrowotnej nie może być punktem wyjścia reformy, lecz jej konsekwencją.** Najpierw konieczne jest zdefiniowanie celu systemu, zasad jego funkcjonowania oraz tego, co obywatele realnie otrzymują w zamian za wyższe obciążenia. Dopiero wówczas możliwa jest uczciwa rozmowa o kosztach.

Ten punkt widzenia podziela Agnieszka Włodarczyk, wskazując, że bez jasnej i rzetelnej informacji o tym, na co konkretnie przełożą się dodatkowe środki, nie da się zbudować społecznej akceptacji dla wzrostu stopy składki. W warunkach niskiego zaufania do systemu obietnice „ogólnej poprawy dostępności" są niewystarczające – nawet jeśli miałyby charakter realistyczny.

Prof. Christoph Sowada wskazuje, że decyzja o podniesieniu stopu składki musiałaby być połączona z kampanią informacyjną przedstawiającą, ile wynoszą składki zdrowotne w innych krajach. Trudno zaakceptować formułowanie żądania podniesienia ogólnych wydatków na zdrowie (finansowania) np. do poziomu w Niemczech bez jednoczesnego wskazania, że tam składka zdrowotna (bez ubezpieczenia pielęgnacyjnego, które też jest obowiązkowe) sięga często poziomu 17% (14,6% składka zasadnicza i obecnie już średnio ponad 3% składka dodatkowa pobierana przez kasy).

SKŁADKA ZALEŻNA OD DOCHODU

Wśród ekspertów istnieje szeroka zgoda co do tego, że zwiększanie wpływów do systemu wymaga szerszej bazy finansowania. Anna Gołębicka, DBA wskazuje, że solidarny system oznacza partycypację wszystkich zgodnie z faktyczną zdolnością płatniczą, co przemawia za modelem, w którym każdy ponosi przynajmniej bazowy ciężar finansowania, a osoby o wyższych dochodach uczestniczą w nim w większym stopniu, ale też na zasadach, które nie będą karą za pracę.

Uzupełniając tę perspektywę, dr Maria Libura podkreśla, że progresja w finansowaniu ochrony zdrowia nie powinna być traktowana wyłącznie jako narzędzie fiskalne służące zwiększaniu wpływów, lecz jako mechanizm realizacji zasady solidarności w warunkach rosnących nierówności dochodowych.

W tym ujęciu progresywna danina zdrowotna lepiej od obecnej składki odzwierciedla realną zdolność płatniczą obywateli.

Dyskusja wśród ekspertów dotyczyła nie tylko uzasadnionego poziomu składki, ale również wprowadzenia **maksymalnego rocznego pułapu składki zdrowotnej.** Mechanizm ten jest dobrze znany z systemu ubezpieczeń społecznych i dotyczy relatywnie wąskiej grupy najwyżej zarabiających. Anna Gołębicka, DBA uznaje takie rozwiązanie za zasadne, wskazując, że może ono ograniczać skłonność do ucieczki w szarą strefę lub przenoszenia działalności poza granice kraju. Podobnie prof. Monika Raulinajtys-Grzybek zauważa, że pułap składki mógłby pełnić funkcję „bezpiecznika" w sytuacji jednoczesnego wzrostu stopy składki. Dodatkowo należy pamiętać – co podkreśla prof. Andrzej Fal – że decyzja o ewentualnym wzroście stopy składki powinna być poprzedzona wdrożeniem innych omówionych w tym raporcie mechanizmów.

Uzupełniając tę perspektywę, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka zwraca uwagę, że maksymalny pułap składki może odgrywać istotną rolę nie tylko fiskalną, lecz także społeczną. W jej ocenie wprowadzenie górnego ograniczenia obciążeń sprzyjałoby wzmocnieniu poparcia społecznego dla innych zmian poprawiających powszechność systemu, w tym dla ograniczania wyjątków oraz rozszerzania bazy finansowania. Jednocześnie mechanizm ten mógłby redukować bodźce do zaniżania dochodów i próby wyłączenia się z systemu w warunkach rosnących obciążeń, co czyni go istotnym elementem pakietu reform o charakterze solidarnościowym.

Prof. Christoph Sowada wskazuje jednak, że chociaż taki górny pułap może mieć też pozytywne skutki, to zasadniczo stoi on w sprzeczności z zasadą solidaryzmu dochodowego, która uzależnia wysokość obciążenia od zdolności płatniczej/dochodu. Agnieszka Włodarczyk wskazuje na ryzyko ograniczenia faktycznych wpływów do sektora ochrony zdrowia w sytuacji, gdyby pułap został ustalony na zbyt niskim poziomie. Eksperci podkreślają konieczność bardzo ostrożnego projektowania tego instrumentu (w tym np. określenia zasad jego indeksacji) oraz jego ścisłego powiązania z całościową reformą systemu finansowania ochrony zdrowia.

RYZYKA BEHAWIORALNE ZWIĘKSZANIA OBCIĄŻEŃ

Jednocześnie dr Małgorzata Gałązka-Sobotka zwraca uwagę, że problemem polskiego systemu nie jest wyłącznie poziom obciążeń, lecz ich silne zróżnicowanie. Z tej perspektywy zwiększanie wpływów powinno iść w parze z **porządkowaniem zasad oskładkowania, tak aby ograniczyć arbitraż i poczucie niesprawiedliwości** pomiędzy grupami o porównywalnych dochodach.

Eksperci są zgodni, że zwiększanie obciążeń finansowych bez uwzględnienia reakcji behawioralnych podatników i płatników składek może prowadzić do efektów odwrotnych od zamierzonych. Już teraz różnice w oskładkowaniu sprzyjają wypychaniu na samozatrudnienie lub umowy cywilnoprawne, osłabiając stabilność wpływów.

Anna Gołębicka, DBA podkreśla ryzyko rozwoju szarej strefy w sytuacji nadmiernych obciążeń fiskalnych, zwłaszcza jeśli nie towarzyszy im poprawa jakości i dostępności świadczeń. Zwiększanie wpływów powinno być projektowane z uwzględnieniem reakcji rynku pracy i przedsiębiorców. Bez przekonania obywateli, że dodatkowe środki przełożą się na realne, odczuwalne korzyści, nawet technicznie poprawne reformy będą napotykać silny opór.

Zwiększanie wpływów do systemu ochrony zdrowia jawi się zatem nie jako jednorazowa decyzja fiskalna o podniesieniu stopy składki i/lub rozszerzeniu podstawy jej naliczania, lecz jako proces wymagający spójnej wizji, przejrzystości i konsekwencji w realizacji wcześniejszych reform strukturalnych.

PODNIESIENIE STOPY SKŁADKI POPRZEDZONE REFORMĄ

Bez uporządkowania zasad solidarności, przejrzystości finansowania i jasnego określenia celów zdrowotnych, wzrost obciążeń fiskalnych grozi erozją zaufania, rozwojem szarej strefy i destabilizacją bazy dochodowej systemu.

WYDŁUŻENIE WIEKU EMERYTALNEGO JAKO STRUKTURALNE ŹRÓDŁO STABILIZACJI FINANSOWANIA ZDROWIA

Wśród ekspertów pojawił się również wątek zwiększania finansowania ochrony zdrowia poprzez zmiany strukturalne poza samym systemem składkowym, w szczególności poprzez **wydłużenie wieku emerytalnego.**

Anna Gołębicka, DBA zwraca uwagę, że niski wiek emerytalny kobiet w Polsce – jeden z najniższych w Europie – działa destrukcyjnie w dwóch wymiarach. Po pierwsze, powoduje przedwczesne wypychanie kobiet z rynku pracy – już przed 55. rokiem życia, kiedy wchodzą w okres ochronny, stają się one mniej atrakcyjne dla pracodawców, nie mogą znaleźć pracy. Skutkuje to utratą ważnego kapitału ludzkiego o dużym doświadczeniu i wiedzy. Po drugie, wcześniejsze przechodzenie na emeryturę prowadzi do bardzo niskich świadczeń, zwiększając ryzyko ubóstwa w starszym wieku i pośrednio presję na system ochrony zdrowia oraz opiekę społeczną.

W jej ocenie jest to klasyczny przykład marnowania potencjału, który mógłby wzmacniać zarówno finanse publiczne, jak i stabilność systemu zdrowotnego.

Systemowy wymiar tego problemu podkreśla prof. Andrzej Fal, wskazując, że wydłużenie wieku emerytalnego wydaje się jednym z najbardziej logicznych sposobów reagowania na narastające problemy finansowe w ochronie zdrowia i opiece społecznej. Przy utrzymaniu obecnego wieku emerytalnego coraz dłuższe życie populacji powoduje istotne przesunięcia w strukturze wydatków publicznych. Średni okres pobierania emerytury wynosi obecnie ok. 23 lata dla kobiet (przy oczekiwanej długości życia ok. 83 lat) oraz ok. 13 lat dla mężczyzn (przy długości życia ok. 78 lat), a okresy te prawdopodobnie będą się dalej wydłużać.

Jednocześnie maleje liczba osób pracujących, co prowadzi do spadku stopy zastąpienia i narastania napięć fiskalnych. Jak wskazuje prof. Andrzej Fal, w uproszczeniu system staje przed trzema scenariuszami: dalszym spadkiem realnej wartości emerytur i zubożeniem seniorów; wzrostem obciążeń pozapłacowych, obniżającym zamożność całego społeczeństwa; albo poprawą stanu zdrowia i wydłużeniem aktywności zawodowej, czemu musiałaby towarzyszyć zmiana ustawowego wieku emerytalnego. Tylko ten trzeci scenariusz daje szansę na jednoczesne wsparcie systemu emerytalnego i ochrony zdrowia.

Z perspektywy finansowania zdrowia szczegółową analizę przedstawia prof. Iwona Kowalska-Bobko, wskazując, że wydłużenie wieku emerytalnego – np. do 67 lat dla obu płci – zwiększyłoby wpływy składkowe. Są one wyższe dla osób pracujących niż emerytów – a problem ten będzie narastać, jako że emerytury w coraz mniejszym stopniu będą kompensować wcześniejsze dochody z pracy. Jednocześnie, jak zaznacza, rozwiązanie to wiązałoby się z umiarkowanym wzrostem kosztów zdrowotnych rzędu 2–3%, wynikającym z dłuższej aktywności zawodowej osób starszych. Bilans netto pozostaje jednak dodatni z punktu widzenia stabilności finansów publicznych i zdolności systemu do finansowania rosnących potrzeb zdrowotnych.

WIEK EMERYTALNY A STABILNOŚĆ FINANSOWANIA ZDROWIA

Wydłużenie wieku emerytalnego zwiększa bazę składkową systemu ochrony zdrowia, pod warunkiem, że jest powiązane z działaniami umożliwiającymi dłuższą aktywność zawodową w zdrowiu. Bez takich zmian finansowanie ochrony zdrowia pozostanie strukturalnie niedostosowane do trendów demograficznych.

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA Z BUDŻETU PAŃSTWA JAKO DZIAŁANIE CELOWANE, A NIE INTERWENCYJNE

FINANSOWANIE Z BUDŻETU PAŃSTWA WYBRANYCH OBSZARÓW SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

W ostatnich latach budżet państwa staje się coraz istotniejszym źródłem finansowania ochrony zdrowia, jednak rola ta ma w dużej mierze charakter ratunkowy, a nie systemowy. Środki budżetowe uruchamiane są przede wszystkim w sytuacjach, gdy finansowanie składkowe okazuje się niewystarczające, a bieżący plan finansowy systemu „nie dopina się". W takich warunkach transfery z budżetu pełnią funkcję ratunkową, służąc bieżącemu zasypywaniu luki finansowej, bez jednoznacznego wskazania, jakie obszary systemu są nimi objęte, jakie cele mają zostać osiągnięte oraz jakie efekty powinny zostać rozliczone. Brak precyzyjnego przypisania środków budżetowych do konkretnych zadań lub funkcji systemowych osłabia przejrzystość finansowania ochrony zdrowia i utrudnia ocenę skuteczności takiej interwencji.

W debacie nad stabilnością finansowania ochrony zdrowia coraz częściej pojawia się postulat wyodrębnienia określonych obszarów świadczeń i finansowania ich w sposób odmienny od standardowego mechanizmu składkowego. Eksperci podkreślają, że nie wszystkie elementy systemu ochrony zdrowia pełnią tę samą funkcję społeczną i systemową, a część z nich ma charakter dobra publicznego w ścisłym znaczeniu.

Jak wskazuje prof. Maria Węgrzyn, **finansowanie bezpośrednio z budżetu świadczeń kluczowych dla bezpieczeństwa państwa** pozwala na sztywne określenie poziomu nakładów oraz uniezależnienie ich od wahań wpływów składkowych. Podobne stanowisko prezentuje dr Michał Chrobot, argumentując, że ratownictwo medyczne – jako element infrastruktury bezpieczeństwa – powinno być traktowane analogicznie do innych służb odpowiedzialnych za ochronę życia i porządku publicznego.

SKŁADKA ZDROWOTNA FINANSOWANA Z BUDŻETU PAŃSTWA – DLA ZDEFINIOWANYCH GRUP

Drugim istotnym obszarem dyskusji jest sposób finansowania ochrony zdrowia osób, które nie opłacają składki zdrowotnej, a mają uprawnienie do ubezpieczenia – w szczególności dzieci oraz wybranych grup pozostających poza rynkiem pracy.

Eksperci są zgodni, że powszechność ochrony zdrowia nie musi oznaczać powszechnego indywidualnego opłacania składki, jednak brak jasno zdefiniowanego mechanizmu finansowania tych grup osłabia przejrzystość systemu.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka oraz dr Michał Chrobot postulują **wprowadzenie stałej, zryczałtowanej składki rocznej, odprowadzanej z budżetu państwa za osoby uprawnione, lecz niepłacące składki.** Takie rozwiązanie pozwala jednoznacznie określić skalę zaangażowania środków publicznych w finansowanie zdrowia oraz ogranicza niejawne subsydiowanie systemu. Zdanie to popiera większość ekspertów.

Warto jednocześnie podkreślić, że rozwiązanie polegające na finansowaniu składki zdrowotnej z budżetu państwa za zdefiniowane grupy nie jest w polskim systemie rozwiązaniem nowym ani eksperymentalnym. Budżet państwa ponosi odpowiedzialność za finansowanie składki zdrowotnej za szereg grup uprawnionych. Ograniczenie w ostatnich latach części tych grup było jednym z (wielu) czynników, które przyczyniły się do obecnej trudnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozostawienie ciężaru finansowania świadczeń dla tych grup na płatniku publicznym, bez adekwatnej kompensacji budżetowej, osłabiło stabilność dochodową NFZ.

Jak zauważa prof. Monika Raulinajtys-Grzybek, przejrzyste przypisanie odpowiedzialności finansowej za poszczególne grupy społeczne tworzy przestrzeń do racjonalnej debaty nad zakresem wyjątków od powszechnego oskładkowania. Wysoka akceptacja społeczna finansowania składki za dzieci kontrastuje bowiem z dużo mniejszą gotowością do analogicznego finansowania innych grup dorosłych, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w architekturze systemu. Anna Gołębicka, DBA dodaje, że takie grupy powinny zostać ograniczone do absolutnego minimum osób, które z racjonalnych lub losowych względów nie są w stanie takiej składki płacić.

DANE I PILOTAŻE JAKO PODSTAWA DECYZJI FINANSOWYCH I STANDARDÓW

Eksperci podkreślają, że decyzje o wydzielaniu strumieni finansowania nie powinny mieć charakteru wyłącznie politycznego, lecz opierać się na rzetelnych danych i doświadczeniach pilotażowych. Prof. Katarzyna Kolasa wskazuje na konieczność systemowego gromadzenia danych rzeczywistych z każdego świadczenia zdrowotnego, co umożliwiałoby ocenę efektywności klinicznej i kosztowej poszczególnych interwencji.

W jej ocenie Ministerstwo Zdrowia powinno nie tylko gromadzić dane, lecz także wydzielać środki na ich analizę we współpracy z ośrodkami akademickimi. Wyniki takich analiz oraz pilotaży – zwłaszcza w obszarze innowacyjnych technologii nielekowych – powinny stanowić podstawę do tworzenia standardów świadczeń oraz decyzji o ich finansowaniu.

Dodatkowym postulatem jest mechanizm wynagradzania oszczędności osiąganych dzięki udowodnionej poprawie efektywności. Jak podkreśla prof. Katarzyna Kolasa, tylko powiązanie danych, pilotaży i bodźców finansowych może prowadzić do racjonalizacji wydatków bez obniżania jakości opieki.

ŚRODKI BUDŻETOWE JAKO UZUPEŁNIAJĄCY STRUMIEŃ FINANSOWANIA W UZGODNIONYCH PRZYPADKACH

Finansowanie wybranych obszarów ochrony zdrowia z budżetu państwa – zwłaszcza w odniesieniu do świadczeń o charakterze bezpieczeństwa publicznego oraz w przypadku grup niepłacących składki – może wzmacniać stabilność i przejrzystość systemu. Kluczem jest oparcie decyzji na danych, a nie na doraźnych przesłankach politycznych.

WSPÓŁPŁACENIE PRZEZ PACJENTÓW A KONSTRUKCJA KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

CZY STAĆ NAS NA ZAKRES USŁUG WYZNACZANY PRZEZ KOSZYK ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH?

Polski system ochrony zdrowia opiera się formalnie na szerokim koszyku świadczeń gwarantowanych, który – co do zasady – przysługuje wszystkim pacjentom na takich samych warunkach. W praktyce jednak model ten funkcjonuje w przeważającym zakresie w sposób zero-jedynkowy: świadczenie albo jest w pełni finansowane ze środków publicznych, albo pozostaje całkowicie poza systemem.

Dr Maria Libura wskazuje, że głównym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia nie jest wyłącznie niedobór środków, lecz chaos organizacyjny i brak ciągłości leczenia oraz jasnej odpowiedzialności za pacjenta i jego ścieżkę terapeutyczną. System jest fragmentaryczny, reaktywny i oparty na rywalizacji o zasoby, a nie na koordynacji opieki.

Jak podkreślają eksperci, przy narastających ograniczeniach budżetowych oraz rosnącym zapotrzebowaniu na świadczenia, taki model może pogłębiać nierówności w dostępie do opieki. Prof. Monika Raulinajtys-Grzybek zwraca uwagę, że w warunkach formalnej powszechności koszyka rzeczywistym regulatorem dostępu stają się czynniki pozasystemowe: zdolność pacjenta do poruszania się po systemie, dostęp do informacji, przypadek czy moment zachorowania zbiegający się z dostępnością kontraktu na dany zakres usług. W efekcie osoby o niższych kompetencjach zdrowotnych, słabszym kapitale społecznym lub ograniczonej mobilności realnie korzystają z systemu w mniejszym stopniu, mimo formalnie identycznych uprawnień.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka podnosi tezę, że paradoksalnie to właśnie model „wszystko albo nic" sprzyja nieformalnej selekcji pacjentów oraz wypychaniu części potrzeb poza system publiczny, co w praktyce oznacza większe obciążenie finansowe dla tych, którzy nie są w stanie czekać lub skutecznie egzekwować swoich praw.

REDEFINICJA KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

W debacie nad wprowadzaniem **współpłacenia i opłat za świadczenia zdrowotne** eksperci są zgodni co do jednego: mechanizmy te nie mogą być projektowane w oderwaniu od definicji koszyka świadczeń gwarantowanych. Kluczowe pytanie brzmi, na jakiej osi wyznaczać granicę pomiędzy świadczeniami finansowanymi publicznie a tymi, które mogą podlegać opłatom (jako świadczenia niegwarantowane).

Eksperci podkreślają, że obecny koszyk świadczeń gwarantowanych jest bardzo szeroki, co w praktyce uniemożliwia rozróżnienie między świadczeniem podstawowym a ponadstandardowym. Dr Michał Chrobot zwraca uwagę, że obecne regulacje prawne dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych nie pozwalają na wyraźne wydzielenie procedur, które mogłyby być objęte ubezpieczeniem uzupełniającym lub opłatami. Należy oczywiście pamiętać, że każda decyzja o wyłączeniu świadczeń z koszyka świadczeń gwarantowanych rodzi silny sprzeciw interesariuszy, co czyni takie rozwiązania politycznie trudnymi do wdrożenia.

Agnieszka Włodarczyk podkreśla, że niezależnie od przyjętej osi podziału, warunkiem społecznej akceptowalności opłat jest realna dostępność i porównywalność standardu świadczeń gwarantowanych pomiędzy świadczeniodawcami oraz bezwzględne wyłączenie z opłat elementów decydujących o bezpieczeństwie leczenia.

Prof. Iwona Kowalska-Bobko postuluje **podział koszyka świadczeń na część gwarantowaną** (bezpłatną) **i uzupełniającą** (podlegającą dopłatom lub opłatom). Wskazuje, że taki krok może pełnić funkcję ochronną dla solidaryzmu, o ile zostanie właściwie zaprojektowany. Właściwie zaprojektowany podział koszyka umożliwia przesunięcie alokacji środków w stronę POZ i profilaktyki, co ma bezpośrednie znaczenie dla ograniczania hospitalizacji możliwych do uniknięcia. Z tej perspektywy dopłaty i koszyk uzupełniający nie są celem samym w sobie, lecz narzędziem zmiany struktury wydatków.

WSPÓŁFINANSOWANIE – ZAKRES I WARUNKI AKCEPTOWALNOŚCI

Eksperci dyskutowali zasadność wprowadzenia mechanizmów **współfinansowania za świadczenia znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych.** Anna Gołębicka, DBA postuluje, że bezpłatna powinna pozostać solidna baza świadczeń – obejmująca procedury ratujące życie oraz podstawowe, skuteczne klinicznie terapie. Finansowanie „wszystkiego wszystkim" prowadzi do rozproszenia środków i obniżenia jakości opieki, a w ochronie zdrowia – podobnie jak w ekonomii – nie istnieje pojęcie „darmowych obiadów": zawsze ktoś ponosi koszt, a brak przejrzystości sprzyja nieefektywności i powstawaniu patologii w dostępie.

Jednocześnie eksperci zwracają uwagę, że istnieje kilka zasadniczo różnych sposobów definiowania zbioru świadczeń podlegających współpłaceniu, z których każdy niesie odmienne konsekwencje społeczne i systemowe:

- kryterium kosztowe – dopłaty obejmują świadczenia podstawowe, niskokosztowe, które każdy obywatel jest w stanie sfinansować z własnej kieszeni;
- kryterium efektywności – środki publiczne finansują technologię najbardziej efektywną (o najlepszej relacji nakładów do efektów), a wszystkie pozostałe podlegają dopłatom;
- kryterium jakościowe – koszyk podstawowy zapewnia skuteczne leczenie, natomiast dopłaty dotyczą elementów komfortu lub wyższego standardu (np. jednoosobowy pokój, droższy wyrób medyczny);
- kryterium ilościowe – system publiczny finansuje określoną liczbę świadczeń (np. pierwsze zabiegi rehabilitacyjne lub badania diagnostyczne), a kolejne podlegają współpłaceniu.

INSTRUMENTY WSPÓŁFINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ (W RAMACH KOSZYKA UZUPEŁNIAJĄCEGO)

Eksperci zwracają uwagę, że pojęcie „współfinansowania" obejmuje w istocie kilka odmiennych instrumentów, które różnią się zarówno skutkami finansowymi, jak i społeczną akceptowalnością:

- **Dopłata kwotowa** – obowiązkowa opłata za wybrane usługi zdrowotne (np. dopłata za zastosowanie innej technologii medycznej). W tym modelu istotne jest rozstrzygnięcie kwestii poboru opłat.

- **Współubezpieczenie** – opłata procentowa od kosztu świadczenia, której ryzyko mogłoby być częściowo przeniesione na rynek komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych.

- **Franszyza** – finansowanie świadczeń przez pacjenta do określonego progu, powyżej którego koszty przejmuje płatnik publiczny. Rozwiązanie to ogranicza drobny, nadmiarowy popyt, jednocześnie chroniąc pacjentów w przypadku poważnej choroby.

- **Indemnizacja** – określa kwotę dopłaty płatnika do świadczeń uzyskiwanych przez pacjenta; stanowi odwrócenie klasycznej dopłaty kwotowej, z tym że to nie dopłata pacjenta jest z góry określona, ale wysokość partycypacji płatnika; gdy cena świadczenia przekracza ustaloną kwotę dopłaty różnicę pokrywa pacjent [77]. Prof. Christoph Sowada wskazuje, że właśnie ten mechanizm mógłby w polskich warunkach uzyskać relatywnie największą akceptację społeczną, pod warunkiem jasnego określenia kryteriów oraz zgodności z konstytucyjną zasadą równego dostępu.

Istotne uzupełnienie tej perspektywy wnosi dr Maria Libura, wskazując, że dyskusja o opłatach i współpłaceniu musi uwzględniać fakt systemowego wykluczenia części pacjentów. Współpłacenie bardzo skutecznie ogranicza korzystanie ze świadczeń przez grupy o niskich dochodach, przez co pacjenci trafiają do systemu ochrony zdrowia z bardziej zaawansowanymi problemami zdrowotnymi. Korzyści z wprowadzenia współpłacenia nawet w wymiarze finansowym mogą być zatem krótkoterminowe, a nawet – pozorne. W jej ocenie polski system ochrony zdrowia w sposób trwały wyklucza osoby o niskich kompetencjach zdrowotnych, osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze i samotne, osoby w kryzysie psychicznym oraz mieszkańców obszarów wiejskich. Z tego względu dr Maria Libura postuluje wprowadzenie mierników wykluczenia zdrowotnego – na poziomie populacyjnym i placówek – jako warunku monitorowania skutków współpłacenia.

Co do zasady europejskie państwa wysokorozwinięte starają się ograniczać współpłacenie za skuteczne interwencje medyczne ze względu na korzyści indywidualne i społeczne utrzymywania i przywracania zdrowia.

Prof. Christoph Sowada dodaje, że szczególną ochronę dla grup społecznych uzyskujących niskie dochody stanowić mogą ustanowione górne granice współpłacenia. Takie funkcjonują np. w Niemczech, gdzie w przypadku osób ubezpieczonych w Kasach Chorych partycypacja w kosztach gwarantowanych świadczeń nie może przekroczyć 2% ich rocznego dochodu, a w przypadku osób chorujących na określone choroby chroniczne i uczestniczących w określonych programach prewencyjnych 1% rocznego dochodu.

Osobnym, lecz istotnym wątkiem jest kwestia nieodwoływanych wizyt, które generują znaczne straty po stronie systemu i ograniczają dostępność świadczeń dla innych pacjentów. Eksperci podkreślają, że wprowadzenie opłaty za nieodwołaną wizytę (*no show fee*) może pełnić funkcję narzędzia organizacyjnego, a nie fiskalnego. Opłata ta nie powinna być traktowana jako źródło dodatkowych dochodów, lecz jako instrument poprawy przepływu pacjentów i racjonalnego wykorzystania zasobów systemu.

Agnieszka Włodarczyk zaznacza jednak, że takie rozwiązanie może być rozważane wyłącznie po spełnieniu warunków technicznych i organizacyjnych. Kluczowe znaczenie ma pełne wdrożenie e-rejestracji oraz zapewnienie pacjentom łatwego i powszechnie dostępnego mechanizmu odwoływania wizyt. W przeciwnym razie opłata no show mogłaby penalizować nie intencjonalne zaniedbania, lecz bariery systemowe.

WSPÓŁPŁACENIE DO ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH I OPŁATY ZA ŚWIADCZENIA POZA KOSZYKIEM

Współpłacenie i opłaty mogą stać się akceptowalnym elementem systemu tylko pod warunkiem jasnego zdefiniowania podstawowego zakresu świadczeń, zagwarantowania jego realnej dostępności i jakości oraz powiązania dodatkowych opłat z elementami wykraczającymi poza przyjęty standard jakości, a nie z bezpieczeństwem leczenia.

UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCE JAKO KONSEKWENCJA REDEFINICJI KOSZYKA I WSPÓŁPŁACENIA

OD DOPŁAT DO ZARZĄDZANIA RYZYKIEM PACJENTA

Dyskusja o współpłaceniu, dopłatach oraz granicach koszyka świadczeń prowadzi w sposób naturalny do pytania o mechanizmy ochrony pacjentów przed nadmiernym obciążeniem finansowym. Eksperci podkreślają, że w systemie, który dopuszcza współpłacenie za określone świadczenia gwarantowane, konieczne staje się wprowadzenie instrumentów umożliwiających zarządzanie ryzykiem kosztowym po stronie pacjenta, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych i zdarzeń losowych.

W tym kontekście **ubezpieczenia uzupełniające** nie są traktowane jako alternatywa dla systemu publicznego, lecz jako jego funkcjonalne dopełnienie, wynikające bezpośrednio z odejścia od modelu „wszystko albo nic". Jak podkreśla prof. Iwona Kowalska-Bobko, ubezpieczenia te mogą pełnić rolę bufora finansowego, chroniącego pacjentów przed kumulacją dopłat i współpłacenia.

Eksperci podkreślają, że różne formy współfinansowania świadczeń – takie jak współpłacenie procentowe, franszyza czy indemnizacja – w naturalny sposób sprzyjają rozwojowi rynku ubezpieczeń uzupełniających. Dr Michał Chrobot zauważa, że w szczególności mechanizmy procentowe oraz franszyzowe generują ryzyko finansowe, które pacjenci będą skłonni przenosić na ubezpieczycieli, o ile ramy prawne i regulacyjne umożliwią taki transfer w sposób przejrzysty.

UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCE – ZNACZENIE INSTRUMENTÓW REGULACYJNYCH

Jednocześnie eksperci zwracają uwagę, że pozostawienie rozwoju ubezpieczeń uzupełniających wyłącznie mechanizmom rynkowym może rodzić ryzyko ograniczonego dostępu dla grup o wyższym ryzyku zdrowotnym. Dodatkowo cechą ubezpieczeń prywatnych jest ekwiwalencja składki i ryzyka. Wdrożenie systemu dotowania składek na ubezpieczenie osób o wyższym ryzyku zdrowotnym byłoby dodatkową komplikacją tego mechanizmu.

Kluczowe znaczenie ma sposób regulacji tego segmentu. Prof. Iwona Kowalska-Bobko podkreśla, że brak jasnych reguł mógłby prowadzić do pogłębiania nierówności (na przykład w zakresie możliwości wykupienia ubezpieczenia uzupełniającego), co w warunkach niskiego zaufania społecznego (obecnie zadowolenie z systemu deklaruje jedynie ok. 25% obywateli) mogłoby dodatkowo osłabiać legitymizację systemu publicznego.

Prof. Iwona Kowalska-Bobko proponuje raczej ograniczenie zakresu ubezpieczeń uzupełniających do świadczeń spoza koszyka świadczeń gwarantowanych oraz rozważenie zachęt fiskalnych, takich jak ulgi podatkowe.

Prof. Maria Węgrzyn zauważa z kolei, że mechanizmy dopłat do dodatkowych usług funkcjonują już de facto w sektorze prywatnym w formie abonamentów i pakietów medycznych, w ramach których różny próg finansowy wyznacza zakres dostępnych usług. W jej ocenie odpowiednio uregulowane rozwiązania tego typu mogłyby zostać włączone do systemu publicznego, zwiększając jego elastyczność bez naruszania zasady solidarności.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka wskazuje, że system współpłacenia występuje już w systemie publicznym w refundacji leków, wyrobów medycznych np. sprzętu rehabilitacyjnego oraz wyższego standardu w szpitalach działających w formie spółek, np. opłata od wyższego standardu pokoju. Zatem pozostaje tylko decyzją polityczną rozszerzenie tego mechanizmu na inne zakresy świadczeń, których standard może być bardzo zróżnicowany dla pacjentów objętych tym samym poziomem ubezpieczenia.

W nawiązaniu do wcześniej formułowanych wniosków eksperci podkreślają, że projektowanie ubezpieczeń uzupełniających musi uwzględniać ryzyko pogłębiania wykluczenia w dostępie do opieki zdrowotnej. Jednym z mechanizmów ochrony przed wykluczeniem jest pozostawienie podstawowego koszyka świadczeń gwarantowanych, który powinien zawierać technologie i świadczenia zabezpieczające dostęp do terapii kluczowych dla zdrowia i życia. System, który dopuszcza współpłacenie i dodatkowe ubezpieczenia bez monitorowania ich wpływu na różne grupy społeczne, może nieświadomie wzmacniać bariery dostępu dla osób o niskich kompetencjach zdrowotnych, osób starszych, z niepełnosprawnościami czy mieszkańców obszarów peryferyjnych.

EFEKTYWNOŚĆ SYSTEMU A ROLA UBEZPIECZEŃ UZUPEŁNIAJĄCYCH

Eksperci podkreślają, że ubezpieczenia uzupełniające nie rozwiążą problemów systemu ochrony zdrowia, jeśli nie będą osadzone w szerszej strategii poprawy efektywności. Anna Gołębicka, DBA wskazuje, że kluczowe znaczenie ma przejście od finansowania opartego na wolumenie świadczeń do modeli uwzględniających jakość i efekty zdrowotne. Ubezpieczenia uzupełniające powinny być traktowane jako instrument wspierający racjonalne wybory pacjentów i świadczeniodawców, a nie jako mechanizm kompensujący niedoskonałości finansowania publicznego. Bez wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej, koordynacji opieki i standardów jakości, wdrożenie tego rozwiązania może jedynie maskować problemy systemowe.

W tym kontekście Prof. Iwona Kowalska-Bobko odwołuje się do doświadczeń państw europejskich, w tym Holandii i Niemiec, gdzie wyraźny podział koszyka oraz ścisłe reguły rynku ubezpieczeń pozwoliły pogodzić solidaryzm z wysoką efektywnością. W Holandii obowiązkowe ubezpieczenie podstawowe obejmuje jednolity koszyk dla wszystkich, przy zakazie selekcji ryzyka, natomiast ubezpieczenia uzupełniające – obejmujące szybszy dostęp i elementy komfortu – funkcjonują powszechnie, obejmując ok. 75% populacji i stanowiąc istotny komponent finansowania bez podważania równego dostępu do świadczeń podstawowych.

UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCE

Powinny być rozwijane jako konsekwencja jasno zdefiniowanego koszyka świadczeń i mechanizmów współpłacenia. Bez wyraźnych granic solidarności i monitorowania ryzyka wykluczenia mogą one pogłębiać nierówności zamiast stabilizować system.

FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

FRAGMENTACJA SYSTEMU I KONIECZNOŚĆ INTEGRACJI

Opieka długoterminowa pozostaje najsłabiej zinstytucjonalizowanym segmentem polskiego systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej. Jest to obszar funkcjonujący na styku dwóch porządków: świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeń pomocy społecznej współfinansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Taki podział odpowiedzialności ma charakter historyczny, a nie funkcjonalny, i w warunkach starzenia się społeczeństwa generuje narastające napięcia finansowe oraz organizacyjne.

Eksperci zgodnie wskazują, że dwoistość ta prowadzi do fragmentacji świadczeń, braku ciągłości opieki oraz przerzucania kosztów pomiędzy instytucjami. Dr Michał Chrobot zwraca uwagę na równoległe funkcjonowanie dwóch instytucjonalnych modeli opieki nad osobami niesamodzielnymi, które odpowiadają na podobne potrzeby funkcjonalne, lecz są osadzone w odmiennych reżimach prawnych i finansowych. Z jednej strony funkcjonują domy pomocy społecznej, finansowane na podstawie przepisów o pomocy społecznej, w których pobyt jest współfinansowany przez pacjenta, jego rodzinę oraz – w razie potrzeby – jednostkę samorządu terytorialnego, przy istnieniu minimalnej kwoty miesięcznych kosztów opieki przypisanej do mieszkańca. Jednocześnie pobyt w DPS nie wyklucza finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia szeregu świadczeń zdrowotnych, w tym opieki lekarza POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stomatologii czy leków refundowanych.

Z drugiej strony funkcjonują zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, finansowane przede wszystkim ze środków NFZ, w których płatnik publiczny pokrywa koszty świadczeń medycznych, natomiast pacjent ponosi opłatę za zakwaterowanie i wyżywienie w wysokości do 70% pobieranego świadczenia emerytalno-rentowego. W tym modelu nie określa się jednak minimalnej kwoty kosztów opieki przypisanej do pacjenta, a zakres finansowania zdrowotnego jest węższy – z wyłączeniem odrębnego finansowania opieki lekarza POZ czy refundacji leków na zasadach analogicznych do osób pozostających w środowisku lub DPS. Jak podkreśla dr Chrobot, taka konstrukcja prowadzi do sytuacji, która skutkuje diametralnie różnymi zasadami finansowania, partycypacji pacjenta w kosztach oraz dostępem do świadczeń, co podważa zarówno efektywność systemu, jak i poczucie sprawiedliwości po stronie pacjentów i ich rodzin.

Prof. Iwona Kowalska-Bobko podkreśla, że taka konstrukcja sprzyja nieefektywności systemowej. Instytucje mają bodźce do „wypychania" pacjentów do innego segmentu systemu, zamiast doboru formy opieki adekwatnej do ich potrzeb. W rezultacie rośnie udział wydatków ponoszonych bezpośrednio przez gospodarstwa domowe, a ciężar opieki coraz częściej spoczywa na rodzinach, co pogłębia nierówności i obniża bezpieczeństwo socjalne osób starszych.

Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że ograniczenie tej fragmentacji wymaga albo silnej integracji strumieni finansowania, albo **wyodrębnienia opieki długoterminowej jako odrębnego filaru** systemu zabezpieczenia społecznego. W praktyce oznacza to odejście od podziału „zdrowie – pomoc społeczna" na rzecz finansowania pakietu usług odpowiadających na potrzeby osoby niesamodzielnej, niezależnie od formalnej klasyfikacji świadczeń.

FUNDUSZ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Brak jednolitego mechanizmu finansowania opieki długoterminowej prowadzi do dublowania kosztów, luk w opiece oraz przerzucania odpowiedzialności na rodziny. Integracja strumieni finansowania lub wyodrębnienie opieki długoterminowej jako osobnego filaru jest warunkiem poprawy efektywności i sprawiedliwości systemu.

ZAPEWNIENIE EFEKTYWNEGO I WYSTANDARYZOWANEGO SYSTEMU WSPARCIA

Budowa efektywnego systemu opieki długoterminowej wymaga odejścia od modelu reaktywnego, opartego na hospitalizacjach i instytucjonalizacji, na rzecz podejścia proaktywnego, skoncentrowanego na utrzymaniu samodzielności i funkcjonowania w środowisku zamieszkania. Jak podkreśla prof. Iwona Kowalska-Bobko, obecny model w zbyt dużym stopniu reaguje na kryzysy zdrowotne i opiekuńcze, zamiast im zapobiegać, co generuje wysokie koszty oraz obniża jakość życia osób niesamodzielnych.

Warunkiem powodzenia takiego modelu jest jednak jednoznaczne określenie, komu i w jakim zakresie przysługuje wsparcie. Takie podejście jest charakterystyczne dla systemów, które osiągnęły względną stabilność w obszarze opieki długoterminowej. W Niemczech funkcjonuje jednolity system oceny potrzeb i pięć poziomów niesamodzielności, które determinują zakres świadczeń finansowanych z ubezpieczenia pielęgnacyjnego [78]. W Japonii certyfikacja potrzeb stanowi podstawę zarówno planowania usług, jak i kontroli wydatków na poziomie lokalnym [79]. Standaryzacja nie tylko zwiększa sprawiedliwość dostępu, lecz także umożliwia długoterminowe prognozowanie kosztów.

Dr Karol Pawlak wskazuje, że **kwalifikacja do opieki długoterminowej** powinna wynikać z jasno zdefiniowanych, mierzalnych i **obiektywnych kryteriów niesamodzielności,** opartych na ocenie funkcjonalnej pacjenta. Zastosowanie standardów takich jak ICF pozwala odejść od arbitralnych decyzji administracyjnych na rzecz transparentnego powiązania poziomu potrzeb z poziomem finansowania. Standaryzacja ta powinna być sprzężona z jednolitym mechanizmem kwalifikacji do opieki długoterminowej, łączącym ocenę potrzeb, plan opieki oraz koordynację świadczeń zdrowotnych i społecznych.

Prof. Kowalska-Bobko zwraca uwagę, że bez takiej koordynacji nawet dobrze zaprojektowane instrumenty finansowe nie przełożą się na realną poprawę dostępności i jakości opieki. System powinien funkcjonować w oparciu o lokalne sieci usług, rozwijane przez jednostki samorządu terytorialnego, lecz z jasno określonymi standardami i odpowiedzialnością za rezultaty. Integracja opieki długoterminowej z podstawową opieką zdrowotną ma tu znaczenie fundamentalne – POZ pozostaje naturalnym punktem wczesnej identyfikacji pogarszającej się sprawności funkcjonalnej i może odgrywać kluczową rolę w uruchamianiu wsparcia zanim dojdzie do dekompensacji zdrowotnej.

W tym kontekście coraz większego znaczenia nabierają technologie wspierające opiekę, w szczególności teleopieka i rozwiązania monitorujące bezpieczeństwo osób starszych w miejscu zamieszkania. Ich rola nie polega wyłącznie na obniżaniu kosztów, lecz na wydłużaniu okresu samodzielnego funkcjonowania i opóźnianiu konieczności korzystania z kosztownej opieki instytucjonalnej. Warunkiem ich skuteczności jest jednak osadzenie w spójnym systemie usług, a nie traktowanie jako autonomicznych projektów pilotażowych.

Argument ten wzmacnia perspektywa dr Marii Libury, która jednoznacznie wskazuje, że obecny model opieki – w dużej mierze oparty na nieformalnej pracy rodzin – jest demograficznie i etycznie nie do utrzymania. Spadek dzietności, migracje oraz zmiana ról społecznych powodują, że zdolność rodzin do pełnienia funkcji opiekuńczych systematycznie maleje. W tych warunkach brak systemowej odpowiedzi prowadzi do narastania nierówności, przeciążenia opiekunów oraz pogłębiania wykluczenia osób niesamodzielnych.

EFEKTYWNOŚĆ I KRYTERIA DOSTĘPU

Skuteczny system opieki długoterminowej wymaga standaryzacji oceny niesamodzielności, jednej ścieżki wejścia do systemu oraz priorytetu dla opieki domowej i środowiskowej. Bez jasnych kryteriów potrzeb finansowanie pozostaje reaktywne i trudne do kontroli.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ SPOŁECZNA, SAMOOPIEKA I REDEFINICJA STAROŚCI

Debata o finansowaniu opieki długoterminowej nie może abstrahować od pytania o odpowiedzialność społeczną i indywidualną. Prof. Marek Góra zwraca uwagę, że konieczna jest zmiana sposobu myślenia o starości i zależności. Współczesne społeczeństwa nie są jednorodne pod względem potrzeb osób starszych: wiek 60–70 lat coraz częściej oznacza okres względnej samodzielności i aktywności, natomiast intensywna potrzeba asysty koncentruje się w grupie 80+. Zacieranie tych różnic prowadzi do nieefektywnej alokacji zasobów.

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka podkreśla, że u podstaw systemu opieki długoterminowej powinna znajdować się **silna piramida samoopieki i opieki nieformalnej,** rozumianej szerzej niż wyłącznie opieka rodzinna. Wsparcie opiekunów – także spoza rodziny – jest bardziej efektywnym rozwiązaniem, o ile państwo partycypuje w kosztach i formalizuje ten segment rynku, jak ma to miejsce np. we Włoszech [80].

Badania przywoływane przez prof. Monikę Raulinajtys-Grzybek [81 pokazują, że w Polsce opieka nad osobami niesamodzielnymi wciąż w dominującym stopniu spoczywa na członkach rodziny, podczas gdy w krajach południowej Europy znacznie częściej angażowani są opiekunowie zewnętrzni, współfinansowani ze środków publicznych. Różnica ta ma istotne konsekwencje dla trwałości systemu i obciążenia gospodarstw domowych.

Dr Maria Libura podkreśla, że najbardziej racjonalnym i humanitarnym modelem opieki długoterminowej są usługi środowiskowe i lokalne sieci wsparcia, pozwalające ludziom jak najdłużej pozostać w miejscu zamieszkania. Instytucjonalizacja w sektorze stacjonarnym powinna być rozwiązaniem ostatecznym, a nie domyślnym. W tym ujęciu opieka rodzinna nie może dłużej pełnić roli „ukrytego filaru" systemu – demografia i zmiany społeczne sprawiają, że model ten ulega trwałemu załamaniu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ I KONTRAKT SPOŁECZNY

Opieka długoterminowa wymaga nowego kontraktu społecznego: połączenia solidarnego finansowania, wsparcia samoopieki i realistycznego podejścia do odpowiedzialności rodzin i państwa. Bez redefinicji roli starości i niesamodzielności system pozostanie strukturalnie niewydolny.

SKŁADKA PIELĘGNACYJNA JAKO NOWY FILAR FINANSOWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

W warunkach starzenia się społeczeństwa coraz wyraźniej ujawnia się strukturalna niewydolność obecnego modelu finansowania opieki długoterminowej, opartego na niestabilnej kombinacji środków budżetowych oraz finansowania przez NFZ. Prof. Iwona Kowalska-Bobko wskazuje, że mechanizm ten nie jest dostosowany do systematycznego wzrostu popytu na opiekę – zarówno w wymiarze liczby osób niesamodzielnych, jak i intensywności potrzeb opiekuńczych. W efekcie system reaguje doraźnie, zamiast planować w horyzoncie wieloletnim.

W tym kontekście uzasadnione jest wprowadzenie odrębnej składki pielęgnacyjnej lub – szerzej – powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności. Jak podkreśla dr Maria Libura, takie ubezpieczenie powinno dotyczyć wyodrębnionego ryzyka społecznego i działać niezależnie od ubezpieczenia zdrowotnego, choć być skoordynowane z nim organizacyjnie.

Prof. Kowalska-Bobko argumentuje, że **składka pielęgnacyjna** płacona przez dorosłych obywateli pełniłaby funkcję solidarnościową, analogiczną do składki zdrowotnej czy emerytalnej. Przykładowo, w Japonii jest obowiązkowa od 40 roku życia [82]. Prof. Christoph Sowada przywołuje również przykład Niemiec, gdzie podstawowa stopa składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne wynosi od 2025 r. 4,2% dla osób bezdzietnych i jest redukowana wraz z rosnącą liczbą posiadanych dzieci poniżej 25 r.ż. Udział pracodawcy w każdym wypadku wynosi 1,8% (wyjątek Saksonia – 1,3%) [83].

Dedykowany strumień finansowania – nawet na poziomie 1–2% dochodu – pozwoliłby na stabilizację wydatków, rozwój usług środowiskowych oraz inwestycje w prewencję niesamodzielności. Badania OECD wskazują, że systemy oparte na powszechnym ubezpieczeniu opieki długoterminowej przyczyniają się do istotnego (nawet o 30%) ograniczenia ubóstwa wśród osób starszych, co ma znaczenie nie tylko społeczne, lecz także fiskalne [84].

Anna Gołębicka, DBA dodaje, że taka składka ma duże szanse akceptacji społecznej o ile będzie połączona z określonym gwarantowanym koszykiem świadczeń przypisanych do danej składki.

Dyskusja ekspertów toczyła się wokół konstrukcji samej składki. Prof. Kowalska-Bobko dopuszcza model progresywny, w którym podstawą naliczania byłby dochód z korektami uwzględniającymi wiek, sytuację rodzinną czy poziom aktywów.

Bardziej restrykcyjne stanowisko prezentuje prof. Christoph Sowada, który podkreśla, że zasada solidaryzmu dochodowego wymaga oparcia składki wyłącznie na pełnej zdolności płatniczej gospodarstwa domowego, bez wyjątków i wyłączeń poszczególnych kategorii dochodów. Każde takie wyłączenie – jego zdaniem – osłabia system i podważa jego legitymizację.

Kolejnym wątkiem w debacie eksperckiej jest sposób podziału składki pielęgnacyjnej pomiędzy pracownika i pracodawcę. Prof. Iwona Kowalska-Bobko wskazuje, że dzielenie składki – przykładowo po 0,75% po każdej stronie – mogłoby ograniczyć presję na wynagrodzenia brutto oraz zwiększyć społeczną akceptację reformy, zwłaszcza w jej początkowej fazie. Rozwiązanie to miałoby charakter pragmatyczny i adaptacyjny, nawiązując do doświadczeń niemieckich, gdzie składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne jest **współfinansowana przez pracowników i pracodawców.**

Jednocześnie prof. Christoph Sowada zwraca uwagę, że z ekonomicznego punktu widzenia składka płacona przez pracodawcę również stanowi koszt pracy, który w dłuższym okresie rozkłada się pomiędzy pracowników, przedsiębiorców i konsumentów. W tym sensie podział składki nie zmienia fundamentalnej logiki obciążenia gospodarki, a jego znaczenie ma charakter wtórny wobec pytania o skalę i podstawę naliczania składki.

Ten punkt widzenia uzupełnia prof. Monika Raulinajtys-Grzybek, podkreślając, że choć w długim okresie koszt składki pracodawcy może zostać „przeniesiony" na rynek pracy, to w krótkim okresie podział składki ma istotne znaczenie polityczno-społeczne. W szczególności w odniesieniu do już zawartych umów o pracę pozwala on uniknąć natychmiastowego spadku wynagrodzeń netto i może ograniczać opór społeczny wobec wprowadzenia nowej daniny.

Taki sposób wprowadzania nowej składki – z rozłożeniem obciążenia między pracownika i pracodawcę oraz z wyraźnym okresem przejściowym – nawiązuje do doświadczeń reform emerytalnych z lat 90., jak zauważa prof. Marek Góra, gdzie akceptacja społeczna zmian była budowana stopniowo, przy jednoczesnym jasno zakomunikowanym celu długoterminowej stabilizacji systemu.

SKŁADKA PIELĘGNACYJNA

Wyodrębnienie powszechnej składki pielęgnacyjnej oznacza uznanie niesamodzielności za odrębne ryzyko społeczne. Dedykowany strumień finansowania – potencjalnie współtworzony przez pracodawców – umożliwia stabilne planowanie wydatków i ogranicza uzależnienie systemu od doraźnych decyzji budżetowych.

WSPÓŁPŁACENIE, INDEMNIZACJA I DOUBEZPIECZENIA

Nawet przy wzmocnieniu finansowania publicznego opieki długoterminowej nie należy zakładać, że państwo przejmie pełne koszty tego segmentu. Dziś znaczna część obciążeń finansowych spoczywa na rodzinach, a skokowe przejęcie tych kosztów przez sektor publiczny byłoby fiskalnie nierealistyczne. Z tego względu konieczne jest uporządkowanie mechanizmów współpłacenia oraz rozwoju instrumentów doubezpieczeniowych.

Prof. Christoph Sowada wskazuje, że w obszarze opieki długoterminowej – w przeciwieństwie do świadczeń zdrowotnych ratujących życie – zasadne jest stosowanie mechanizmów **indemnizacji,** czyli współfinansowania kosztów przez pacjentów lub **ubezpieczenia dodatkowe.** Kluczowe znaczenie ma jednak jasne określenie, która część opieki powinna być finansowana solidarnie, a która może podlegać współpłaceniu bez naruszania zasad sprawiedliwości społecznej.

W tym kontekście pojawia się również koncepcja gromadzenia środków na przyszłą opiekę długoterminową na **indywidualnych kontach opieki długoterminowej** – analogicznie do rozwiązań emerytalnych – o której wspomina dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. Takie instrumenty nie zastępują finansowania publicznego, lecz pełnią funkcję bufora, pozwalającego obywatelom zabezpieczyć się przed ryzykiem wysokich kosztów opieki w późnym wieku.

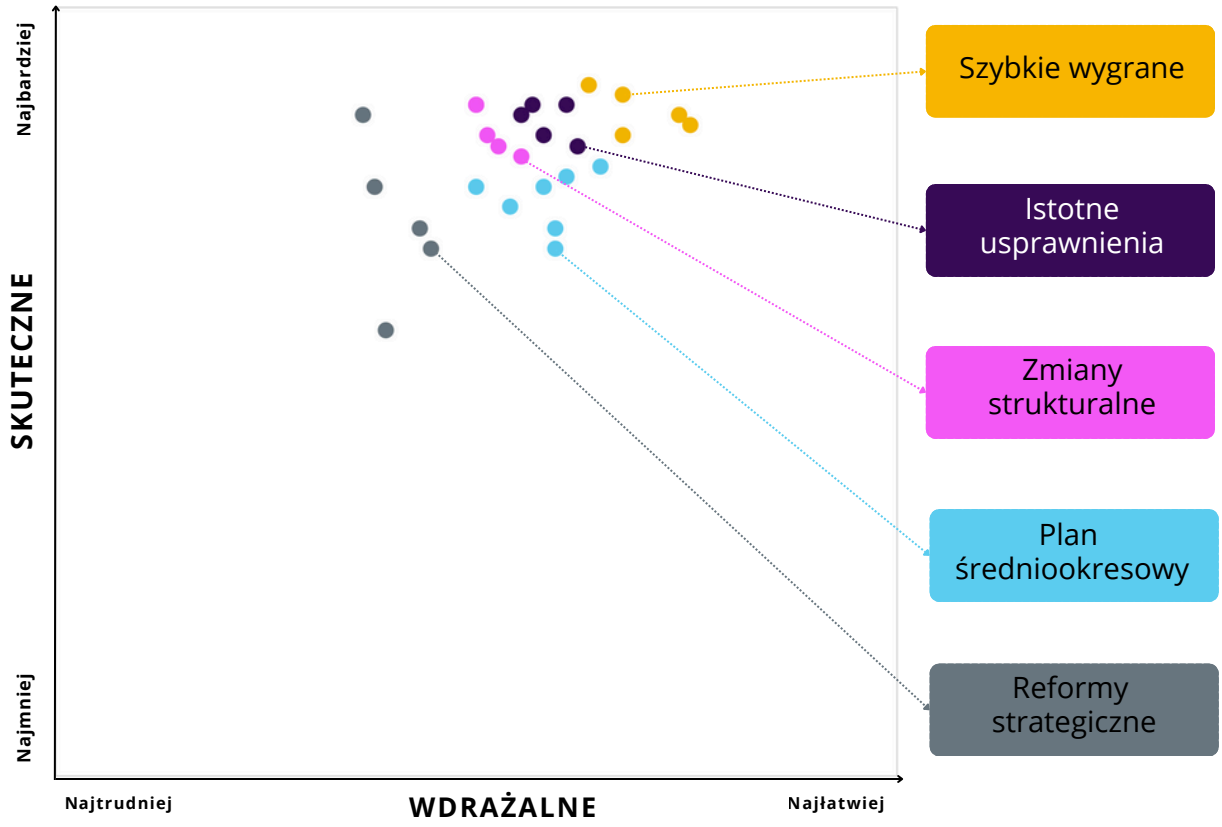
Doświadczenia zagraniczne pokazują, że w większości krajów OECD systemy opieki długoterminowej opierają się na modelach mieszanych, łączących finansowanie publiczne z dopłatami pacjentów i ubezpieczeniami dodatkowymi. Warunkiem ich akceptowalności jest jednak ochrona przed nadmiernym obciążeniem osób o niskich dochodach oraz przejrzystość zasad partycypacji finansowej.

WSPÓŁPŁACENIE I UBEZPIECZENIA UZUPEŁNIAJĄCE

Rozwój opieki długoterminowej wymaga realistycznego podziału ryzyka finansowego. Wzmocnienie finansowania publicznego powinno być uzupełnione systemem jednolitych, uporządkowanych dopłat i rozwojem ubezpieczeń dodatkowych, w miejsce przerzucania kosztów w sposób nieformalny na rodziny.

PODSUMOWANIE ROZWIĄZAŃ

Podsumowanie przedstawia syntetyczne ujęcie dyskutowanych rozwiązań w oparciu o przeprowadzoną ocenę punktową wszystkich ekspertów, która umożliwiła ich porównanie oraz logiczne uporządkowanie. Zastosowanie dwóch komplementarnych wymiarów – **skuteczności i wdrażalności** – pozwoliło jednocześnie uchwycić zarówno potencjalny wpływ poszczególnych rekomendacji na ograniczenie zidentyfikowanych problemów systemowych, jak i realność ich implementacji w istniejących uwarunkowaniach, w szczególności polityczno-prawnych.



Rozwiązania zostały ocenione w dwóch wymiarach: Wdrażalne oraz Skuteczne.
Zastosowano skalę punktową 1-5, gdzie: 1 – najmniej skuteczne / najtrudniejsze do wdrożenia, 5 – najbardziej skuteczne / najłatwiejsze do wdrożenia

Dzięki takiej perspektywie możliwe było nie tylko wskazanie rozwiązań o najwyższej wartości merytorycznej, lecz również rozróżnienie działań możliwych do szybkiego wdrożenia od tych, które wymagają dłuższego horyzontu przygotowawczego lub większych nakładów zasobów. W efekcie zestawienie to pełni funkcję narzędzia wspierającego priorytetyzację decyzji oraz budowę spójnej ścieżki zmian.

SZYBKIE WYGRANE

	Wdrażalne		Skuteczne	
	Śr.	IQR	Śr.	IQR
Płatność za efekt – profilaktyka	3,21	1,75	4,64	1,00
Mechanizmy motywacyjne do realizacji badań profilaktycznych	3,43	1,00	4,57	1,00
Medycyna pracy połączona z systemem profilaktyki	3,79	1,00	4,43	1,00
Świadczenia kluczowe z budżetu państwa	3,86	1,00	4,36	1,00
Kryteria kwalifikowania do LHC	3,43	1,00	4,29	1,00

To rozwiązania ocenione jednocześnie jako bardzo skuteczne i relatywnie łatwe do wdrożenia, co czyni je naturalnymi kandydatami do działań inicjujących oraz generowania wczesnych, widocznych rezultatów systemowych. Do tej grupy należą przede wszystkim instrumenty wzmacniające profilaktykę poprzez powiązanie finansowania z efektami zdrowotnymi (płatność za efekt), mechanizmy motywacyjne zwiększające zgłaszalność na badania oraz integracja medycyny pracy z systemem profilaktyki.

Uzupełniają je rozwiązania o charakterze porządkującym i stabilizującym, takie jak finansowanie wybranych świadczeń bezpośrednio z budżetu państwa czy doprecyzowanie kryteriów kwalifikowania do LHC. Wspólną cechą tej kategorii jest operowanie na istniejących strukturach i instrumentach finansowych, co ogranicza skalę koniecznych zmian legislacyjnych i organizacyjnych, a jednocześnie pozwala osiągać stosunkowo szybkie i mierzalne efekty w obszarze dostępności oraz skuteczności działań zdrowotnych.

Oceny eksperckie w tej kategorii charakteryzowały się wysokim poziomem zgodności, co wskazuje na stabilne i względnie jednolite postrzeganie potencjału analizowanych rozwiązań. Dominowały opinie spójne, a rozbieżności miały ograniczony zakres. Wyraźniej zróżnicowane stanowiska dotyczyły jedynie instrumentu powiązania finansowania z efektami zdrowotnymi, co można interpretować jako odzwierciedlenie odmiennych ocen ryzyk organizacyjnych i administracyjnych związanych z jego implementacją.

ISTOTNE USPRAWNIENIA

	Wdrażalne		Skuteczne	
	Śr.	IQR	Śr.	IQR
Podział koszyka świadczeń (bazowy, uzupełniający)	2,86	1,00	4,50	1,00
Składka z budżetu państwa np. za dzieci	3,07	1,75	4,50	1,00
Fundusz opieki długoterminowej	2,79	0,75	4,43	1,00
Sin taxes na profilaktykę	2,93	1,75	4,29	1,00
Wyższe akcyza, podatek cukrowy	3,14	1,75	4,21	1,00

Ta kategoria obejmuje rozwiązania o wysokiej skuteczności, wymagające jednak umiarkowanego wysiłku wdrożeniowego ze względu na konieczność zmian regulacyjnych oraz uzgodnień fiskalnych.

Składają się na nią instrumenty wzmacniające finansowanie profilaktyki poprzez dedykowane źródła przychodów (sin taxes, wyższa akcyza i podatek cukrowy) oraz poprzez przesunięcie części odpowiedzialności finansowej na budżet państwa (w tym składka finansowana z budżetu np. za dzieci). Uzupełnieniem są rozwiązania porządkujące zakres i logikę świadczeń (podział koszyka na bazowy i uzupełniający) oraz mechanizmy regulacji finansowania opieki długoterminowej (dedykowany fundusz). Wspólnym mianownikiem jest budowa bardziej przejrzystych bodźców i strumieni finansowania, które mogą zwiększać efektywność działań profilaktycznych, ale wymagają spójnego projektu legislacyjnego i odporności na kontrowersje społeczne związane z daninami i zmianą koszyka.

Oceny eksperckie w tej grupie wskazują na wysoką zgodność co do potencjału skuteczności proponowanych rozwiązań, przy nieco większym zróżnicowaniu opinii w zakresie ich wdrażalności. Oznacza to, że kierunki te są postrzegane jako merytorycznie zasadne i potencjalnie efektywne, natomiast różnice zdań dotyczą głównie skali trudności implementacyjnych oraz ryzyk społeczno-politycznych związanych z wprowadzaniem nowych obciążeń fiskalnych i modyfikacją zakresu świadczeń gwarantowanych.

ZMIANY STRUKTURALNE

	Wdrażalne		Skuteczne	
	Śr.	IQR	Śr.	IQR
Międzyresortowe finansowanie profilaktyki	2,50	1,00	4,50	1,00
Nowa składka pielęgnacyjna	2,50	1,00	4,50	1,00
Ograniczenie arbitrażu składki zdrowotnej	2,57	1,00	4,29	1,00
Mechanizm solidarnościowy (każdy płaci składkę zdrowotną)	2,64	1,00	4,21	1,00
Indywidualne konta LHC	2,79	1,00	4,14	1,00

To rozwiązania o bardzo wysokim potencjale wpływu systemowego, których wdrożenie wiąże się jednak z istotnymi barierami instytucjonalnymi i politycznymi.

Do tej grupy należą działania oparte na paradygmacie solidaryzmu obejmujące ograniczenie arbitrażu składki zdrowotnej i wprowadzenie powszechności składki zdrowotnej jako bazowego założenia systemowego. W obszarze związanym z profilaktyką proponowane jest międzyresortowe finansowanie. Uzupełnieniem rozwiązań w tej grupie są wprowadzenie nowej składki pielęgnacyjnej i dodatkowy strumień finansowania opieki długoterminowej poprzez indywidualne konta, które zwiększają środki finansowe na opiekę długoterminową.

Wspólną cechą tych rozwiązań jest ich głęboki charakter regulacyjny – nie polegają na prostych korektach parametrów, lecz na zmianie logiki przepływu środków i odpowiedzialności budżetowej, co przekłada się na wysoki potencjał efektu, ale również na wydłużony i bardziej wymagający proces wdrożeniowy.

Oceny eksperckie w tej kategorii cechują się wysokim poziomem zgodności zarówno w odniesieniu do skuteczności, jak i wykonalności proponowanych rozwiązań. Oznacza to, że kierunki te są postrzegane jako jednoznacznie uzasadnione merytorycznie oraz relatywnie spójnie oceniane pod względem trudności implementacyjnych. W praktyce wskazuje to na silny konsensus ekspercki co do ich systemowego znaczenia oraz realistycznej, choć wymagającej, ścieżki wdrożenia.

PLAN ŚREDNIOOKRESOWY

	Wdrażalne		Skuteczne	
	Śr.	IQR	Śr.	IQR
Ustawowe nakłady na zdrowie publiczne	3,29	1,00	4,07	0,75
Fundusz Zdrowia Publicznego	3,07	2,00	4,00	0,75
Nowy podatek – tłuszcze trans	2,50	1,00	3,93	2,00
Algorytm alokacji środków na profilaktykę	2,93	0,75	3,93	0,00
Indemnizacja	2,71	1,00	3,79	1,75
Ubezpieczenia uzupełniające	3,00	2,00	3,64	1,75
Maksymalny pułap składki zdrowotnej	3,00	2,00	3,50	1,00

Ta kategoria obejmuje rozwiązania o umiarkowanie wysokiej skuteczności i umiarkowanej wdrażalności, których realizacja wymaga przygotowania regulacyjnego oraz zabezpieczenia źródeł finansowania, lecz nie wiąże się z koniecznością głębokiej przebudowy instytucjonalnej systemu.

W tej grupie znajdują się zarówno instrumenty fiskalne i parametryczne (np. podatek od tłuszczów trans, maksymalny pułap składki zdrowotnej), mechanizmy porządkujące kierunkowanie środków finansowych – algorytm alokacji na działania profilaktyczne, a także mechanizmy wprowadzające nowe strumienie środków (indemnizacja, ubezpieczenia uzupełniające).

Uzupełniają je rozwiązania o charakterze stabilizacyjnym, takie jak utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego czy ustawowe określenie minimalnych nakładów na zdrowie publiczne. Wspólną cechą tej kategorii jest koncentracja na budowie przewidywalnych ram finansowania i stopniowym zwiększaniu efektywności wydatków w perspektywie kilkuletniej.

Oceny eksperckie w tej kategorii wskazują na umiarkowanie wysoki poziom zgodności w zakresie skuteczności proponowanych rozwiązań, przy większym zróżnicowaniu opinii dotyczących ich wdrażalności. Oznacza to, że kierunki te są postrzegane jako merytorycznie uzasadnione i potencjalnie efektywne, jednak różnice stanowisk koncentrują się wokół skali trudności implementacyjnych, dostępności źródeł finansowania oraz ryzyk regulacyjnych.

REFORMY STRATEGICZNE

	Wdrażalne		Skuteczne	
	Śr.	IQR	Śr.	IQR
Wydłużenie wieku emerytalnego	1,79	1,00	4,43	1,00
Wzrost stopy składki zdrowotnej	1,86	1,00	3,93	1,75
Franszyza	2,14	1,5	3,64	2,00
Dopłata kwotowa	2,21	1,75	3,50	1,00
Ograniczenie finansowania publicznego leczenia wypadków po alkoholu	1,93	1,75	2,93	0,00

Ta kategoria obejmuje rozwiązania o wysokim znaczeniu systemowym, których wdrażalność jest najtrudniejsza ze względu na koszty polityczne, ryzyka społeczne oraz konieczność wprowadzenia zmian o dużej wrażliwości dystrybucyjnej. W jej skład wchodzi wydłużenie wieku emerytalnego, które może istotnie poprawiać długookresową równowagę finansów publicznych i pośrednio stabilizować finansowanie ochrony zdrowia, ale wymaga szerokiego konsensusu społecznego. Podobnie wzrost stopy składki zdrowotnej stanowi bezpośrednią dźwignię zwiększenia przychodów systemu, jednak jest trudny do przeprowadzenia z uwagi na obciążenia dla gospodarstw domowych i pracodawców.

Z kolei instrumenty współpłacenia, takie jak franszyza i dopłata kwotowa, mogą ograniczać popyt nieuzasadniony medycznie i zwiększać przewidywalność wydatków, lecz niosą ryzyko pogorszenia dostępności dla części pacjentów i wymagają starannego zaprojektowania mechanizmów ochronnych. Uzupełnia to ograniczenie publicznego finansowania leczenia wypadków po alkoholu – rozwiązanie o potencjale dyscyplinującym, ale obarczone znacznym ryzykiem kontrowersji prawnych i etycznych oraz trudnościami w praktycznym egzekwowaniu.

Wspólnym mianownikiem tych propozycji jest to, że przesuwają one podstawowe parametry odpowiedzialności finansowej i zachowań w systemie, oferując istotne korzyści w długim horyzoncie, lecz wymagając ostrożnego wdrożenia oraz silnego mandatu politycznego.

Oceny eksperckie w tej kategorii wskazują na relatywnie wysoki poziom zgodności co do znaczenia systemowego analizowanych rozwiązań, przy jednocześnie wyraźnie niższej i bardziej zróżnicowanej ocenie ich wdrażalności. Proponowane kierunki są postrzegane jako potencjalnie skuteczne w długim horyzoncie, jednak budzą większe rozbieżności opinii w zakresie społecznej akceptowalności, ryzyk politycznych oraz praktycznej wykonalności.

ZAKOŃCZENIE

Celem niniejszego raportu był przegląd stanowisk ekspertów na temat złożonego zagadnienia finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Analiza tych perspektyw pozwoliła nie tylko uporządkować diagnozę obecnych problemów, lecz także uchwycić ich wspólny mianownik: potrzebę głębokiej, systemowej zmiany sposobu myślenia o finansowaniu zdrowia. Zestawione opinie i argumenty prowadzą do wniosku, że wyzwania, przed którymi stoi system, nie mają charakteru incydentalnego ani przejściowego, lecz strukturalny, a zatem wymagają spójnej i długofalowej odpowiedzi.

System finansowania ochrony zdrowia w Polsce wymaga dziś nie korekty, lecz świadomej i całościowej przebudowy. Obecna konstrukcja przypomina budynek wielokrotnie nadbudowywany i doraźnie wzmacniany, lecz pozbawiony spójnego projektu architektonicznego. Utrzymujący się deficyt Narodowego Funduszu Zdrowia, rosnąca zależność od dotacji budżetowych, pogarszające się wskaźniki zdrowia publicznego oraz niekorzystne trendy demograficzne tworzą strukturalną nierównowagę między wpływami a wydatkami. W tych warunkach dalsze zwiększanie nakładów bez zmiany zasad finansowania będzie prowadziło do narastania napięć fiskalnych i erozji zaufania społecznego.

Autorzy raportu wskazują, że kluczowym wyzwaniem nie jest wyłącznie poziom środków, lecz sposób ich gromadzenia, dystrybucji i rozliczania. Nierówne oskładkowanie, brak powiązania finansowania z wartością zdrowotną, niedostateczne wsparcie dla profilaktyki, wrażliwość systemu na zmiany demograficzne oraz brak stabilnych mechanizmów finansowania opieki długoterminowej powodują, że obecny model nie zapewnia ani trwałości, ani sprawiedliwości. Bez zmiany architektury finansowania kolejne interwencje będą jedynie punktowymi remontami, które nie usuną wad konstrukcyjnych.

Proponowana koncepcja trzech filarów – profilaktyki i prewencji, opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej – tworzy spójną konstrukcję nowej architektury systemu. Wyodrębnienie stabilnego strumienia finansowania profilaktyki, opartego na długofalowych celach zdrowotnych i powiązanego z mierzalnymi efektami, pozwala przesunąć ciężar z reakcji na chorobę w stronę inwestycji w zdrowie i wzmacnia fundament całego systemu.

Uporządkowanie zasad solidarności w finansowaniu świadczeń, wzmocnienie przejrzystości składki zdrowotnej oraz jasne określenie roli budżetu państwa i mechanizmów współpłacenia stanowią warunek odbudowy zaufania społecznego i stabilności fiskalnej. Wyodrębnienie opieki długoterminowej jako osobnego, stabilnie finansowanego filaru odpowiada na wyzwania starzejącego się społeczeństwa i domyka strukturę systemu, ograniczając przerzucanie kosztów na rodziny.

Trwałe zrównoważenie systemu wymaga nowego kontraktu społecznego. Państwo musi jasno określić zakres solidarności i odpowiedzialności publicznej, obywatele muszą mieć poczucie sprawiedliwości i przejrzystości zasad, a wszystkie instytucje publiczne powinny współdziałać w modelu ponadresortowym. Nowa architektura finansowania nie może być projektem jednego resortu: powinna być wspólną konstrukcją całego państwa.

Stawką nie jest wyłącznie bilans finansowy systemu, lecz długoterminowa odporność i zdolność państwa do zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego. Trwałość finansowania, przejrzystość zasad i koncentracja na efektach zdrowotnych powinny stać się fundamentem nowej architektury finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

METODOLOGIA OPRACOWANIA RAPORTU

Raport został przygotowany w oparciu o iteracyjne podejście problemowe, inspirowane koncepcją *Problem Driven Iterative Adaptation (PDIA)* wypracowaną przez Center for International Development. Podejście to zakłada rozpoczęcie prac od wspólnej, pogłębionej diagnozy problemu, a następnie stopniowe wypracowywanie i testowanie rozwiązań w toku wieloetapowej dyskusji eksperckiej, z uwzględnieniem realnych ograniczeń instytucjonalnych, prawnych i fiskalnych. Zastosowano wieloetapową, jakościową metodologię badawczą, łączącą analizę ekspercką, przegląd dostępnych danych oraz strukturalną dyskusję nad możliwymi kierunkami zmian w systemie finansowania ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem opieki długoterminowej. Podejście miało na celu nie tylko identyfikację kluczowych problemów systemowych, lecz także ocenę realnych, możliwych do wdrożenia rozwiązań w polskich uwarunkowaniach instytucjonalnych, prawnych i fiskalnych.

Pierwszym etapem prac było powołanie interdyscyplinarnego zespołu eksperckiego oraz skierowanie celowanych zaproszeń do przedstawicieli środowisk akademickich, instytucji badawczych i towarzystw naukowych zajmujących się ekonomią, finansami publicznymi, zdrowiem publicznym oraz polityką społeczną. Dobór ekspertów miał charakter celowy i był ukierunkowany na zapewnienie zróżnicowanych perspektyw analitycznych, w tym doświadczenia w obszarze projektowania reform systemowych, oceny skutków regulacji oraz analizy porównawczej systemów ochrony zdrowia.

Drugim etapem był pogłębiony *desk research,* obejmujący analizę krajowych i międzynarodowych raportów, publikacji naukowych, dokumentów strategicznych oraz propozycji rozwiązań, które pojawiały się w debacie publicznej i eksperckiej w ostatnich latach. Celem tego etapu było zebranie i usystematyzowanie istniejących koncepcji dotyczących finansowania ochrony zdrowia i opieki długoterminowej, identyfikacja dominujących narracji oraz luk analitycznych, a także wstępne rozpoznanie rozwiązań funkcjonujących w innych krajach.

Na tej podstawie przeprowadzono trzeci etap prac, polegający na wspólnej diagnozie problemu głównego oraz problemów szczegółowych, które raport podejmuje. Diagnoza miała charakter konsensualny i była efektem moderowanej dyskusji eksperckiej, w której identyfikowano kluczowe mechanizmy strukturalne wpływające na stabilność finansową systemu, efektywność alokacji środków oraz sprawiedliwość społeczną.

Szczególny nacisk położono na rozróżnienie problemów o charakterze systemowym od problemów wynikających z bieżących uwarunkowań organizacyjnych lub regulacyjnych.

Czwartym etapem była wieloekspercka dyskusja nad możliwymi rozwiązaniami odpowiadającymi na zidentyfikowane problemy. Dyskusja ta miała charakter iteracyjny i obejmowała zarówno analizę potencjalnych korzyści poszczególnych rozwiązań, jak i ich ograniczeń, ryzyk wdrożeniowych oraz możliwych skutków ubocznych. W ramach tego etapu konfrontowano różne podejścia normatywne i techniczne, w tym odmienne oceny roli państwa, rynku oraz gospodarstw domowych w finansowaniu ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

Ostatnim etapem prac była punktowa ocena wypracowanych rozwiązań, przeprowadzona pod kątem dwóch kluczowych kryteriów: skuteczności (effectiveness) oraz wdrażalności (feasibility). Skuteczność rozumiana była jako potencjał danego rozwiązania do realnego ograniczenia zidentyfikowanego problemu systemowego, natomiast wdrażalność obejmowała ocenę zgodności z obowiązującymi ramami prawnymi, akceptowalności społecznej, kosztów fiskalnych oraz zdolności instytucjonalnych i organizacyjnych do implementacji. Ocena ta miała charakter porównawczy i służyła uporządkowaniu rekomendacji raportu według ich potencjalnej użyteczności w krótkim i długim horyzoncie czasowym.

Wyniki agregowano poprzez obliczenie wartości średnich ocen dla obu kryteriów, co pozwoliło na określenie ogólnego poziomu postrzeganej skuteczności i wykonalności poszczególnych propozycji, a także poprzez analizę rozstępu międzykwartylowego (IQR), który odzwierciedlał stopień zgodności opinii ekspertów. Niski IQR interpretowano jako wysoki poziom konsensusu i stabilność ocen, natomiast wyższe wartości wskazywały na większe zróżnicowanie stanowisk. Skala ocen miała charakter pięciostopniowy, gdzie niższe wartości oznaczały odpowiednio mniejszą skuteczność lub trudniejszą wdrażalność, a wyższe — większy potencjał oddziaływania i łatwość implementacji. W analizie interpretacyjnej przyjmowano orientacyjnie, że wartości z górnych przedziałów skali odzwierciedlają rozwiązania o wysokim potencjale, środkowe – rozwiązania o umiarkowanej ocenie, natomiast dolne – propozycje o ograniczonej skuteczności lub znaczących barierach wdrożeniowych.

WYKAZ ŹRÓDEŁ

1. World Health Organization. (2025). Poland country health profile 2025. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/poland-country-health-profile-2025

2. Główny Urząd Statystyczny. (2025). Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022–2024. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2022-2024,27,5.html

3. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Health at a glance Europe 2024. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

4. Główny Urząd Statystyczny. (2024). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 roku. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html

5. Ustawa z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2021 poz. 1773). Nowelizacja zakładała wzrost do 7% PKB w 2027 roku. Warto zaznaczyć, że od 2017 r. podstawą do wyliczeń jest PKB z okresu “n minus 2”, czyli sprzed 2 lat.

6. Owsiak, B. (2017). Finanse publiczne. Współczesne ujęcie. PWN

7. Sowada, C. (2016). Składka zdrowotna jako procent dochodu a solidaryzm: Założenia i doświadczenia. Ekonomista, 4: 567-582

8. Suchecka, J. (2016). Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej. Wolters Kluwer

9. Lenio, P. (2018). Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia. Wolters Kluwer

10. Wójcik, E. (2023). Zróżnicowanie zasad opodatkowania dochodów osób fizycznych w zależności od rodzaju źródła przychodów. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

11. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. (2026). Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne. https://www.zus.pl/baza-wiedzy/skladki-wskazniki-odsetki/skladki/wysokosc-skladek-na-ubezpieczenia-spoleczne

12. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. (2026). Ubezpieczenia zdrowotne. https://www.gov.pl/web/krus/ubezpieczenia-zdrowotne

13. Art. 86 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.)

14. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). Tax morale: What drives people and businesses to pay tax? OECD Publishing

15. Mohammed, H., & Tangl, A. (2024). Taxation perspectives: Analyzing the factors behind viewing taxes as punishment. Journal of Risk and Financial Management, 17(5): 1-17; World Health Organization. (2004). Social health insurance: Report by the Secretariat (Executive Board, 115th Session, EB115/8)

16. WHO, Social health insurance, Report by the Secretariat, Executive Board, 115th Session, EB115/8, 2 grudnia 2004

17. Brekke, M., & Wisborg, T. (2025). What became of solidarity? Tidsskriftet. https://tidsskriftet.no/en/2019/11/leder/what-became-solidarity

18. PAP Serwis Zdrowie. (2023). Wyższa składka zdrowotna? Tak, ale... https://zdrowie.pap.pl/raport/wyzsza-skladka-zdrowotna-tak-ale

19. Rzeczpospolita. (2025). Sondaż: Ochrona zdrowia za dopłatą? Większość Polaków na nie. https://www.rp.pl/zdrowie/art43504961-sondaz-ochrona-zdrowia-za-doplata-wiekszosc-polakow-na-nie

20. Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego uzyskanych przez autorów w trybie dostępu do informacji publicznej

21. https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/

22. Interia Biznes. (2025). Ponad milion osób ma dochód z najmu. MF nie ujawnia wszystkich danych. https://biznes.interia.pl/finanse/news-ponad-milion-osob-ma-dochod-z-najmu-mf-nie-ujawnia-wszystkie,nId,22454281

23. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? New England Journal of Medicine, 363(26): 2477–2481; Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press

24. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. (2019). Opinion on defining value in "value-based healthcare". https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en

25. Gromulska, L., Wysocki, M., & Goryński, P. (2008). Lata przeżyte w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY) – zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności. Przegląd Epidemiologiczny, 62: 811-820

26. Termedia. (2023). Przyczyny zgonów możliwych do uniknięcia. https://www.termedia.pl/mz/Przyczyny-zgonow-mozliwych-do-unikniecia,53576.html; Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). Avoidable mortality (Health at a Glance 2023). https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/avoidable-mortality-preventable-and-treatable_e7407977.html

27. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2016). Health at a glance Europe 2016. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en.html; Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Health at a glance Europe 2024. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

28. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH. (2025). Raport: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025. https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/

29. Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej. (2025). Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia 14. http://calpe.pl/monitor/wp-content/uploads/2025/09/MFOZ-14.pdf

30. Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej. (2025). Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia 13. http://calpe.pl/monitor/wp-content/uploads/2025/07/MFOZ-13.pdf

31. Termedia. (2025). Polacy oceniają publiczną ochronę zdrowia. https://www.termedia.pl/mz/Polacy-oceniaja-publiczna-ochrone-zdrowia,64074.html

32. Ipsos. (2024). Opieka zdrowotna w Polsce – nowe zagrożenia, stare problemy. https://www.ipsos.com/pl-pl/opieka-zdrowotna-w-polsce-nowe-zagrozenia-stare-problemy

33. Puls Medycyny. (2023). Jak pacjenci oceniają szpitale według CMJ? https://pulsmedycyny.pl/kadry/lekarze/jak-pacjenci-oceniaja-szpitale-wedlug-cmj-wcale-nie-negatywnie/

34. Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Government of Canada

35. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

36. Marmot, M. (2020). Health equity in England: The Marmot review 10 years on. Institute of Health Equity, University College London. https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-full-report.pdf

37. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Health at a glance 2024

38. Janaszczyk, A., Wengler, L., & Popowski, P. (2012). Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych; Syrkiewicz-Światła, M., Holecki, T., & Wojtynek, E. (2014). Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 20(2).

39. Ślusarska B, Dobrowolska B, Zarzycka D. Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. Probl Hig Epidemiol 2013, 94(4): 667-674.

40. Volpp, K. G., Troxel, A. B., Pauly, M. V., Glick, H. A., Puig, A., Asch, D. A., Galvin, R., Zhu, J., Wan, F., DeGuzman, J., Corbett, E., Weiner, J., & Audrain-McGovern, J. (2009). A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. New England Journal of Medicine, 360(7): 699–709.

41. Volpp, K. G., John, L. K., Troxel, A. B., Norton, L., Fassbender, J., & Loewenstein, G. (2008). Financial incentive-based approaches for weight loss: A randomized trial. JAMA, 300(22): 2631–2637

42. Mitchell, M. S., Goodman, J. M., Alter, D. A., John, L. K., Oh, P. I., Pakosh, M. T., & Faulkner, G. E. (2013). Financial incentives for exercise adherence in adults: Systematic review and meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine, 45(5): 658–667

43. Mantzari, E., Vogt, F., & Marteau, T. M. (2015). Financial incentives for increasing uptake of HPV vaccinations: A randomized controlled trial. Health Psychology, 34(2): 160–171

44. Gao, X., Zheng, J., Liu, M., Liu, C., Wang, Y., Li, Y., Chen, W., Li, X., & Wang, H. (2025). Healthy lifestyles and risk of major non-communicable chronic diseases and mortality in individuals with metabolic syndrome. The Journal of Nutrition, Health and Aging, 29(9)

45. Muszyński, J., Żółtańska, J., Michalczak, W., & Sebzda, T. (2016). Analiza stylu życia dorosłych mieszkańców Dolnego Śląska w aspekcie zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym. Family Medicine & Primary Care Review, 18: 33-38

46. GBD 2023 Poland Collaborators. (2025). The burden of diseases, injuries, and risk factors by voivodship in Poland, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. The Lancet, 58: 1-17

47. Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej. (2021). Cukrzyca w liczbach – czy powinniśmy się bać? https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/cukrzyca-w-liczbach-czy-powinnismy-sie-bac/

48. Walshe, K., & Smith, J. (2011). Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wolters Kluwer

49. Mara, J., Errasti, J., Soto-Gordo, M., Mar-Barrutia, G., Martínez-Llorente, J. M., Domínguez, S., García-Albás, J. J., & Arrospide, A. (2017). The cost of colorectal cancer according to the TNM stage. Cirugía Española (English Edition), 95(2): 89–96

50. Dale, C. R., Chiu, S. T., Schoepflin Sanders, S., Stowell, C. J., Steel, T. L., Liao, J. M., & Barnes, J. I. (2024). Sepsis Order Set Use Associated With Increased Care Value. Chest, 166(5): 1046–1055

51. Wrona, W., Hermanowski, T., Golicki, D., Jakubczyk, M., Macioch, T., Goszczyńska, K., & Wójcik, R. (2011). Koszty utraconej produktywności w analizach farmakoekonomicznych. Przegląd Epidemiologiczny, 65: 147–162

52. Łyszczarz, B. (2024). Productivity losses from short-term work absence due to neoplasms in Poland. Scientific Reports, 14 (3289); Niewiadomski, P., Ortega-Ortega, M., & Łyszczarz, B. (2025). Productivity losses due to health problems arising from COVID-19 pandemic. Applied Health Economics and Health Policy, 23(2): 231-251; Łyszczarz, B., & Sowa, K. (2022). Production losses due to mortality associated with modifiable health risk factors in Poland. The European Journal of Health Economics, 23(1): 33-45

53. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2016). Wytyczne oceny technologii medycznych. https://www.aotm.gov.pl/wytyczne-oceny-technologii-medycznych/

54. Czop, L. (2024), Koszty pośrednie nowotworu złośliwego oskrzela i płuca w Polsce w 2021 roku. Praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie; Guziak, A. (2024), Koszty pośrednie u pacjentów z depresją w Polsce. Praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

55. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. (2009-2024). Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spolecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy

56. Instytut Emerytalny. (2025). W Polsce mamy już blisko 900 tys. pracujących emerytów. https://www.instytutemerytalny.pl/2025/10/15/wyborcza-biz-w-polsce-mamy-juz-blisko-900-tys-pracujacych-emerytow-najczesciej-sa-to-kobiety-zatrudnione-w-opiece-zdrowotnej-i-pomocy-spolecznej-komentuje-dr-marcin-wojewodka/

57. Główny Urząd Statystyczny. (2025). Ludność – stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2025 r. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2025-r-stan-w-dniu-30-czerwca,6,39.html

58. Główny Urząd Statystyczny. (2023). Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2022-roku,2,5.html

59. World Health Organization. (2024). National Health Accounts documentation. https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/63016071/en

60. Willis Towers Watson. (2025). Globalne trendy medyczne 2025 – Polska z wysokim wzrostem kosztów. https://www.wtwco.com/pl-pl/insights/2025/11/globalne-trendy-medyczne-2025-polska-z-wysokim-wzrostem-kosztow

61. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. (2025). 10 nowych źródeł finansowania NFZ. https://www.sgh.waw.pl/sites/sgh.waw.pl/files/2025-03/10-nowychzrodel-finansowania-nfz.pdf

62. Instytut Finansów Publicznych. (2025). Raport: Luka finansowa NFZ 2025. https://www.ifp.org.pl/wp-content/uploads/2025/02/IFP_raport_LukaFinansowaNFZ_2025_internet.pdf

63. Główny Urząd Statystyczny. (2024). Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2023-roku,2,6.html

64. European Commission (Eurostat). (2024). Healthcare expenditure statistics by function, provider and financing scheme. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_by_function,_provider_and_financing_scheme

65. Ministerstwo Zdrowia. (2024). Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce opracowany przez Bank Światowy. https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy

66. Główny Urząd Statystyczny. (2023). Rodziny w Polsce w świetle wyników NSP 2021. https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/rodziny-w-polsce-w-swietle-wynikow-nsp-2021,7,2.html

67. Główny Urząd Statystyczny. (2024). Polska w liczbach 2024. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/17/1/polska_w_liczbach_2024_pl_pi.pdf

68. Główny Urząd Statystyczny. (2024). Bezdzietność. https://dane.gov.pl/pl/dataset/3762,bezdzietnosc

69. Craig, J. (1994). Replacement level fertility and future population growth. Population Trends, (78): 20–22

70. Główny Urząd Statystyczny. (2026). Ludność. https://ssgk.stat.gov.pl/Ludnosc.html

71. Uzasadnienie do projektu ustawy o opiece długoterminowej z dn. 16 grudnia 2025 r.

72. Wsparcie dla Opiekuna. (2023). Potrzeby opiekunów nieformalnych. https://wsparciedlaopiekuna.pl/artykuly/potrzeby-opiekunow-nieformalnych-w-sprawowaniu-opieki-nad-osoba-niesamodzielna-starsza-i-mozliwosci-ich-wsparcia/

73. Schubert, A., Czech, M. & Skrzekowska-Baran I. (2018). Aging society: organization of long-term care for the elderly in Poland. J Health Policy Outcomes Res https://www.jhpor.com/article/2178-aging-society-organization-of-long-term-care-for-the-elderly-in-poland

74. Polska Opieka. (2023). Rosnące koszty opieki. https://polskaopieka.eu/artykuly/rosnace-koszty-opieki; Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. (2026). RPO: seniorzy, hospitalizacja. https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-seniorzy-hospitalizacja-kprm-odpowiedz; Lurka, K. Termedia. (2023). Przechowalnia. https://www.termedia.pl/mz/Przechowalnia,54206.html

75. World Health Organization. (2026). One health. https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1

76. Falbe, J., Grummon, A. H., & Krieger, J. W. (2022). Sugar-sweetened beverage taxes and population health outcomes. JAMA Pediatrics, 176(2): 129–131

77. Kozber, M. M., & Osak, M. (2013). Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii. Problemy Zarządzania, 11(1): 93–111

78. Bundesministerium für Gesundheit. (2025). Pflegegrade im Überblick. https://gesund.bund.de/pflegegrade-im-ueberblick

79. Iwagami, M., & Tamiya, N. (2019). The long-term care insurance system in Japan: Past, present, and future. JMA Journal, 2(1): 67–69

80. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). Towards a structured and systemic integration of home care for the non-self-sufficient in Italy. OECD Publishing.

81. Palacios-Galvez, M. S., Garcia-Navarro, E. B., José, H., et al. (2025). Factors that influence the burden of the caregiver of cardiovascular patients. BMC Public Health, 25, 4098

82. Japan Health Policy Now. (2025). Long-term care. https://japanhpn.org/en/longtermcare/

83. Personio. (2025). Pflegeversicherungsbeiträge in der GKV. https://support.personio.de/hc/de/articles/6110302747805-Pflegeversicherungsbeitr%C3%A4ge-in-der-GKV-Unterschied-Sachsen-und-restliche-Bundesl%C3%A4nder

84. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Is care affordable for older people? https://www.oecd.org/en/publications/is-care-affordable-for-older-people_450ea778-en.html

SGH

Think Tank dla ochrony zdrowia