

JAK POPRAWIĆ OCHRONĘ ZDROWIA

Inicjatywa IleNaZdrowie.pl

Jawne dane i ich analiza to krótsze kolejki, lepiej
zaplanowane wydatki i mniej nadużyć w ochronie
zdrowia

PAŹDZIERNIK 2026 R.



IleNaZdrowie.pl w jednym akapicie

Polska przeznacza na ochronę zdrowia coraz więcej pieniędzy, a pacjenci czekają coraz dłużej. Otwarte dane pozwolą zrozumieć, jak te pieniądze przekładają się na dostęp do leczenia i jego jakość. Inicjatywa **IleNaZdrowie.pl** nie projektuje nowego systemu ochrony zdrowia, tylko pokazuje, jakie dane warto udostępnić, żeby każdy mógł sprawdzić, czy decyzje w ochronie zdrowia są racjonalne, jak szybko zapadają i czy przynoszą efekt.

Cztery zasady akcji IleNaZdrowie.pl

- 1. Pełna jawność odpowiedzi.** Każdą odpowiedź instytucji publikujemy w całości, bez skrótów i pominięć.
- 2. Przejrzystość komunikacji.** Publikujemy też brak odpowiedzi, z liczbą dni od wysłania pytania.
- 3. Wiarygodność danych.** Przy każdej liczbie podajemy źródło i sposób wyliczenia.
- 4. Ochrona prywatności.** Nie publikujemy danych pacjentów ani nazw konkretnych placówek.

Jak czytać liczby o ochronie zdrowia

- **Plan to nie wykonanie.** Kwoty z planów i projektów budżetu oznaczamy słowem „plan”, żeby odróżnić założenia od wydatków.
- **NFZ to część szerszego obrazu.** Publiczne wydatki na ochronę zdrowia to NFZ, budżet państwa i samorządy razem. Dopiero suma pokazuje całość.
- **Odchylenie to wskazówka do analizy.** Liczba, która odstaje od reszty, pokazuje, gdzie warto się przyjrzeć. Sama nie przesądza o błędzie ani o niczyjej winie.
- **„Nie wiadomo” to ważna informacja.** Gdy jakieś liczby nikt nie publikuje, piszemy to wprost. Luki w danych publicznych pokazują, gdzie jawność pomoże ocenić system.

Źródła i metodologia. Każdy rozdział kończy się listą źródeł. Pełne odpowiedzi instytucji i metodkę obliczeń publikujemy na stronie **IleNaZdrowie.pl**, żeby każdy mógł sam sprawdzić dane.

Co jest w środku

0	Nie mówimy, jaki ma być system ochrony zdrowia	4
	Tylko jak sprawdzać, czy działa	
1	Płacimy więcej na zdrowie, czekamy dłużej na leczenie	7
	Pieniądże i kolejki w jednym wykresie	
2	Ilu lekarzy naprawdę mamy w Polsce?	9
	Liczba głów a liczba godzin	
3	Starzejemy się: ile będzie kosztować leczenie	13
	Ile kosztuje leczenie w każdym wieku	
4	Piramida świadczeń	16
	Kto ma zatrzymywać pacjenta i dlaczego tego nie robi	
5	Przychodnia POZ: płacimy za listę pacjentów	19
	Czas lekarza, profilaktyka i bodźce	
6	Te same badania medyczne dwa razy	22
	Wymiana danych i obowiązek raportowania	
7	Sygnal o nieprawidłowościach w leczeniu leżał w danych	23
	Nieprawidłowości, które wykryto przez zestawienie zbiorów	
8	Kto pilnuje pilnujących w ochronie zdrowia	25
	Samorząd lekarski, ministrowie, rady szpitali	
9	Złe koło i dobre koło	28
	Pieniądże na oślep a pieniądze po danych	
10	Pętla decyzji OODA	31
	Obserwuj, zorientuj się, zdecyduj, działaj	
11	Co muszą pokazać dane, żeby sięgnąć po mechanizm naprawy	33
	Kiedy sięgać po który mechanizm	
12	Najpierw opublikować dane o zdrowiu, które już są	34
	Dane, które państwo już zbiera	
13	Podziękowania dla mediów, które pytają o ochronę zdrowia	37
	Sprawy z 2026 r. i jeden postulat	



WSTĘP

Nie mówimy, jaki ma być system ochrony zdrowia

Nie przesądzamy o modelu finansowania ani o kształcie sieci szpitali. Pokazujemy dane, które pozwolą rzetelnie ocenić obecne rozwiązania. Postulujemy powszechny dostęp do danych, dzięki któremu każdy prześledzi trzy rzeczy.

1

Racjonalność decyzji: czy opierała się na danych i rzeczowych przesłankach, czy na presji politycznej.

2

Tempo decyzji: ile dni minęło od pojawienia się problemu lub anomalii w danych do działania.

3

Efekt decyzji: czy po zmianie coś się poprawiło i czy zmiana dała oczekiwany wynik.

Wojskowi lotnicy opisują decydowanie jako pętlę czterech kroków: **obserwuj, zorientuj się, zdecyduj, działaj** (z angielskiego OODA: *observe, orient, decide, act*). Im sprawniej przebiega ta pętla, tym szybciej można reagować na zmiany. W ochronie zdrowia nie wiemy nawet, czy decyzje zapadają na podstawie danych i jak szybko zamieniają się w działanie. Pętla decyzji może zaciąć się na każdym kroku:

- **Obserwuj:** nie wiemy, czy potrzebne dane są w ogóle zbierane i udostępniane.
- **Zorientuj się:** kilka razy to media wskazały anomalię w danych publicznych, choć urzędy mają te same dane, a nawet więcej zbiorów do zestawienia.
- **Zdecyduj:** urząd widzi anomalię, ale nie podejmuje decyzji.
- **Działaj:** działania bywają nieskuteczne albo nie ma ich wcale, dopóki nie pojawi się presja społeczna. Często nie da się też sprawdzić, czy przyniosły efekt.

Jako społeczeństwo chcemy wiedzieć, w którym miejscu pętla decyzji zacina się w każdej sprawie.

Krok	Co powinno być jawne
Obserwuj	wskaźniki jakościowe, ilościowe i finansowe, per placówka i w czasie
Zorientuj się	jaki wniosek instytucja wyciągnęła z danych i kiedy
Zdecyduj	jaką decyzję podjęto, na podstawie jakich liczb
Działaj	jaki przepis, zarządzenie lub działanie wdrożono i od kiedy

W tej książce pokazujemy na liczbach, gdzie pętla decyzji się zaczyna i gdzie potrzeba więcej jawności. Część liczb policzyliśmy sami z otwartych zbiorów, część pochodzi z odpowiedzi na wnioski o informację publiczną. Pokazujemy też luki: dane, które państwo ma w swoich bazach, ale jeszcze ich nie publikuje, i dane, których w ogóle nie zbiera (schemat poniżej).

Dlaczego jawne dane są ważne dla Ciebie? Wiele nieprawidłowości wyszło na jaw dopiero wtedy, gdy ktoś spoza instytucji zestawiał dwa zbiory danych. Gdy dane będą jawne, obywatele, dziennikarze i badacze wcześniej zauważą niepokojące sygnały i zapytają o sprawy, które wymagają wyjaśnienia.

Z jawnych danych skorzystają też kolejne rządy i instytucje publiczne. Dostaną dodatkowe narzędzie kontroli, oparte na pracy obywateli, dziennikarzy i badaczy, bez budowania od zera nowych systemów nadzoru.



Pięć poziomów jawności danych o zdrowiu

Każdy zbiór danych o ochronie zdrowia leży dziś na jednym z pięciu poziomów jawności: od danych, których nikt nie zbiera, po analizy obywateli i mediów. Najwyższy poziom otworzyły nowe narzędzia, z którymi każdy sam zestawia źródła i wyciąga wnioski.



Części danych państwo w ogóle nie zbiera. Inne dane zostają w instytucjach i nie są udostępniane nawet na wniosek. Kolejne trafiają do pytającego dopiero na wniosek, a zakres i forma odpowiedzi zależą od urzędu. Tylko część danych leży w otwartych zbiorach, które każdy może pobrać, przeanalizować i przeliczyć.

Najwięcej możliwości daje najwyższy poziom jawności (E). Gdy dane są otwarte, obywatele i dziennikarze z pomocą prostych narzędzi i sztucznej inteligencji sami szukają odchyleń, porównują dane i pytają o nie instytucje. Dzięki analizie otwartych danych wyszła na jaw część spraw opisanych w rozdziale 7.

Cel tej publikacji: przesunąć każdy zbiór danych o poziom wyżej, aż do poziomu E, na którym dane są dostępne dla wszystkich i pomagają podejmować lepsze decyzje.

Płacimy więcej na zdrowie, czekamy dłużej na leczenie

Publiczne nakłady na ochronę zdrowia wzrosły od 2018 r. ponad dwukrotnie, a w planie na 2027 r. mają być prawie trzykrotnie wyższe. Tymczasem średni czas oczekiwania na świadczenie się wydłużył. Jak wydawać rosnące pieniądze, żeby pacjenci szybciej dostawali leczenie?

93,5

mld zł nakładów publicznych na zdrowie w 2018 r.

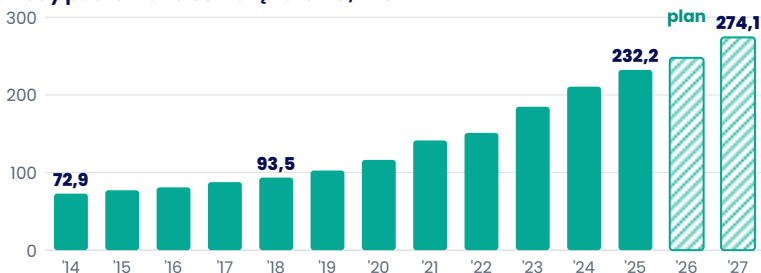
232,2

mld zł w 2025 r. (wykonanie)

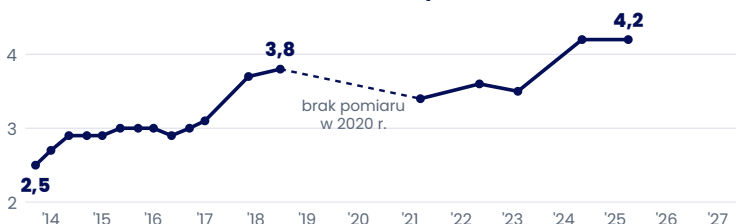
274,1

mld zł w projekcie na 2027 r., czyli 613 zł miesięcznie na mieszkańca

Nakłady publiczne na ochronę zdrowia, mld zł



Średni czas oczekiwania na świadczenie w miesiącach



Górny panel: nakłady publiczne liczone według ustawy (NFZ i budżet państwa, bez samorządów), ceny bieżące; lata 2026–2027 to plan i projekt budżetu.

Dolny panel: średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia według pomiarów Fundacji Watch Health Care; w 2020 r. pomiaru nie było. **Źródła:** GUS/MZ, „Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022–2024”; MZ na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, 18.06.2026 (wykonanie 2025); Barometr WHC 2025.

(...) zwiększanie wyceny świadczeń pierwszorazowych nie wpływa na skrócenie kolejek, w szczególności w krótkim okresie.

Narodowy Fundusz Zdrowia, sprawozdanie z działalności za 2025 r.

Na co przeznaczono dodatkowe pieniądze na zdrowie?

Najwyższa Izba Kontroli oszacowała, że w latach 2021–2024 ustawowe podwyżki kosztowały system ponad **113 mld zł**, z czego ponad **90 mld zł** to wynagrodzenia. W tym samym czasie średni czas oczekiwania wydłużył się w **63,7%** zbadanych komórek organizacyjnych. Nikt jeszcze nie zmierzył, jaki efekt zdrowotny przyniosły ustawowe podwyżki.

Szpitala: więcej pieniędzy za to samo

W latach 2020–2025 kwota, którą NFZ płaci szpitalom za leczenie rozliczane grupami JGP, wzrosła z **21,8 do 63,3 mld zł**. Hospitalizacji przybyło o **39%**. Ta sama procedura szpitalna kosztuje dziś, po odjęciu inflacji, o **42%** więcej niż w 2020 r. Warto sprawdzać, co za te pieniądze dostają pacjenci.

Na co NFZ przeznacza 100 zł (plan 2026)

ok. **46 zł** leczenie szpitalne,
10 zł podstawowa opieka zdrowotna (POZ), czyli lekarz rodzinny,
8 zł ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS),
6 zł refundacja leków,
3 zł psychiatria, **2 zł** stomatologia,
25 zł pozostałe świadczenia i koszty NFZ.

Czego potrzebujemy, żeby ocenić wydatki na zdrowie

Przy każdym świadczeniu potrzebne są trzy informacje: **koszt**, **liczba** wykonanych świadczeń i **wynik** leczenia. Dziś publiczna jest tylko część danych o liczbie świadczeń. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która liczy ceny świadczeń, ma szczegółowe dane o kosztach szpitali. Gdy opublikuje je dla każdej placówki, porównamy wydatki i ich efekty.

Co powinno być jawne: koszt jednostkowy świadczenia w każdym szpitalu, w podziale na koszt medyczny i administracyjny. Standard rachunku kosztów obowiązuje od 2021 r. Szpitale już liczą koszt jednostkowy. Do jawności kosztów brakuje jednolitego formatu, terminu publikacji i konsekwencji za nieudostępnienie danych.

Źródła: GUS/MZ, „Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2022–2024” (nakłady według art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych); PAP, informacje o projekcie budżetu na 2027 r.; NFZ, sprawozdanie z działalności za 2025 r.; Barometr Fundacji Watch Health Care; Najwyższa Izba Kontroli, raport P/24/046; obliczenia własne na zbiorach NFZ 4864 i raportach JGP 2025; plan finansowy NFZ na 2026 r.; Dz.U. 2020 poz. 2045 (standard rachunku kosztów).

Ilu lekarzy **naprawdę** mamy w Polsce?

Czy powinniśmy kształcić więcej lekarzy, żeby zwiększyć dostęp do świadczeń? Żeby odpowiedzieć, porównujemy liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców, ale sama liczba nie mówi, ile czasu lekarze leczą pacjentów. Czy lekarz po siedemdziesiątce pracuje tyle samo godzin co trzydziestolatek? NFZ ma dane, które pokazują, jak czas pracy lekarzy zmienia się z wiekiem.

164 456

lekarzy wykonujących zawód według rejestru Narodowej Izby Lekarskiej (NIL), stan na 30.06.2026

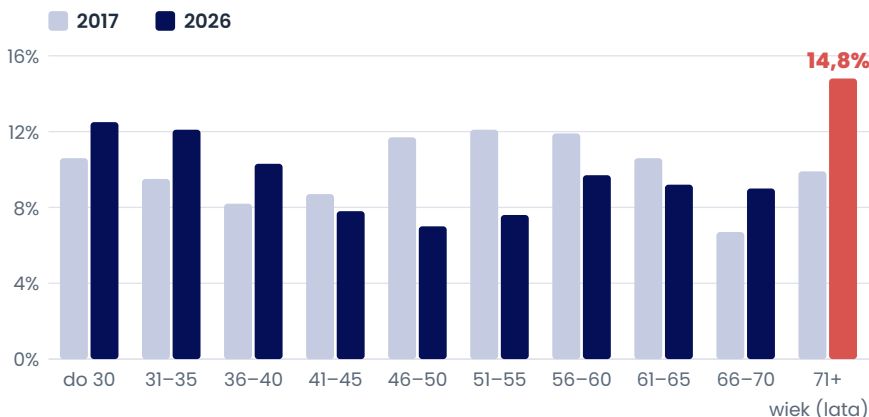
33%

lekarzy ma 61 lat lub więcej, czyli prawie co trzeci

14,8%

lekarzy ma ponad 70 lat; w 2017 r. było to 9,9%, czyli o 4,9 punktu procentowego mniej

Lekarze wykonujący zawód według wieku (odsetek wszystkich)



Rośnie liczba lekarzy w najmłodszych i najstarszych grupach wieku, a środkowe grupy się kurczą. Od 2017 r. liczba lekarzy po 70. roku życia wzrosła o 84%, a wszystkich wykonujących zawód o 24%. „Wykonujący zawód” znaczy tylko, że ktoś ma prawo wykonywania zawodu i nie zgłosił przerwy. Nie mówi to, ile godzin lekarz pracuje ani czy przyjmuje pacjentów. Źródło: NIL, Centralny Rejestr Lekarzy, zestawienia z 30.04.2017 i 30.06.2026.

Liczymy lekarzy, a nie ich godziny pracy

Według OECD Polska ma **3,75** praktykującego lekarza na 1000 mieszkańców (2023), przy średniej OECD **3,9**. Przy takim wieku lekarzy sama liczba lekarzy na 1000 mieszkańców nie jest miarodajna: co trzeci ma ponad 60 lat, a nie wiemy, ile godzin pracuje.

O dostępie do leczenia decyduje nie tylko liczba lekarzy, ale też czas ich pracy i liczba pacjentów, których przyjmują. Ogólnopolskiej liczby godzin pracy na lekarza, także w podziale na wiek, nikt jeszcze nie publikuje. Gdy NFZ ją opublikuje, łatwiej będzie ocenić kadry i zaplanować dostęp do świadczeń.

Proponowany wskaźnik dla lekarzy

Godziny pracy lekarza na 1000 pacjentów zamiast lekarzy na 1000 mieszkańców. Do tego **świadczenia na godzinę** w podziale na wiek i specjalizację. NFZ ma dane do obu wskaźników: grafik z każdej umowy i imienny personel przy każdym rozliczonym świadczeniu. Oba wskaźniki pokażą, jak dostępność lekarzy różni się między grupami wieku i specjalizacjami.



Przykład: godziny lekarzy w przychodniach POZ

Dla przychodni POZ liczbę godzin lekarzy na pacjentów da się już policzyć. NFZ uznaje, że 2500 pacjentów przypada na jeden etat lekarza (37 godz. 55 min tygodniowo). Norma NFZ to więc **15 godz. 10 min** pracy lekarza tygodniowo na 1000 pacjentów. Poniżej normy NFZ leżą **782** z 9 212 miejsc udzielania świadczeń POZ. Te 782 miejsca mają na listach **2 769 707** pacjentów, a 71 z nich nie wykazuje ani jednej godziny pracy lekarza. Te dane wskazują, gdzie warto sprawdzić, czy godziny z grafiku przekładają się na opiekę nad pacjentami.

Źródła: OECD, Health at a Glance 2025 i baza DF_PHYS; Eurostat, zbiór hlth_rs_prs2; zarządzenie Prezesa NFZ 22/2025/DSOZ, § 21; dane NFZ udostępnione w 2026 r. na wniosek o informację publiczną (9 212 miejsc udzielania świadczeń POZ, deklaracje z czerwca 2026 r., harmonogramy z lipca 2026 r.); obliczenia własne.

Ilu lekarzy kształcimy w Polsce

Liczbę miejsc na kierunku lekarskim co roku ustala minister zdrowia. Od 2015 r. limit miejsc na kierunku lekarskim wzrósł o 79%, a liczba uczelni z kierunkiem lekarskim wzrosła z 15 do 39. To duża zmiana skali kształcenia. Jej efekty warto śledzić, bo od nich zależy, ilu lekarzy będzie leczyć za kilka lat.

6 188

2015/16

8 309

2020/21

10 504

2025/26

11 061

2026/27

Limit miejsc na studiach lekarskich to nie liczba przyjętych ani absolwentów. Część miejsc to studia w języku angielskim: w 2018/19 było ich 1 891 z 8 014. Ilu absolwentów studiów anglojęzycznych leczy potem w Polsce, na razie nikt nie sprawdza. Gdy ktoś to policzy, będzie wiadomo, na ile nowe miejsca na studiach dają lekarzy polskim pacjentom.

Ilu lekarzy wyjechało z Polski

Od wejścia Polski do UE w 2004 r. do końca 2025 r. o zaświadczenie potrzebne do pracy w innym kraju UE wystąpiło **44 775** lekarzy i dentystów. W latach 2019–2023 o zaświadczenie do pracy w UE występowało od **558** do **887** lekarzy rocznie. Zaświadczenie do pracy w UE to jednak nie wyjazd: bierze je też ktoś, kto dopiero rozważa pracę za granicą.

Ministerstwo Zdrowia nie posiada szczegółowych danych dotyczących rejestru wyjazdów i powrotów lekarzy.

Odpowiedź MZ na interpelację nr 15990, 8.04.2026

Pełny obraz wymaga stałego liczenia wyjazdów i powrotów: ilu lekarzy podejmuje pracę za granicą, ilu wraca i jak zmienia to dostęp do świadczeń.

Jak policzyć, ilu lekarzy leczy w Polsce: co roku policzyć lekarzy z prawem wykonywania zawodu, którzy przez 12 miesięcy nie udzielili w Polsce żadnego świadczenia zapisanego w systemie e-zdrowia (P1). Brak świadczeń nie dowodzi wyjazdu ani końca pracy, ale sygnalizuje, że lekarz nie leczy pacjentów w kraju. Centrum e-Zdrowia ma dane z P1. Należy co roku publikować tę liczbę w podziale na wiek i rocznik dyplomu.

Źródła: rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny: Dz.U. 2015 poz. 1119, 2018 poz. 1381 i 1845, 2020 poz. 1272, 2025 poz. 1086, 2026 poz. 1167 (sumy z załączników: obliczenia własne); odpowiedzi MZ na interpelacje nr 11086, 15990, 18220; NIL, zestawienie nr 5 z 31.12.2025.

Od miejsca na studiach do pracy w Polsce

Prześledźmy rocznik, który zaczął studia lekarskie w 2018 r., i postawmy go obok lekarzy, którzy co roku osiągają wiek emerytalny. Porównanie pokazuje, na ile nowi lekarze mogą zastąpić tych, którzy kończą pracę.

Limit 2018/19: 8 014	6 123 po polsku	1 891 ang.
Dyplom lekarza w 2024 r.	5 972*	
Lekarze stażyści (VI 2026)	5 824	
Podjęli pracę w Polsce	brak danych	

Co roku kończy 65 lat	ok. 3 000
Co roku kończy 70 lat	ok. 3 000

* Liczba dyplomów obejmuje oba toki studiów: polski i obcojęzyczny. Ministerstwo Zdrowia nie podaje podziału absolwentów według języka studiów. Lekarze stażyści to osoby z prawem wykonywania zawodu ograniczonym do stażu, stan na 30.06.2026. Liczba lekarzy, którzy co roku kończą 65 i 70 lat, to obliczenie własne: liczba lekarzy wykonujących zawód w wieku 61–65 i 66–70 lat podzielona przez 5. Źródła: Dz.U. 2018 poz. 1381 i 1845; odpowiedź MZ na interpelację nr 18654; NIL, Centralny Rejestr Lekarzy, 30.06.2026.

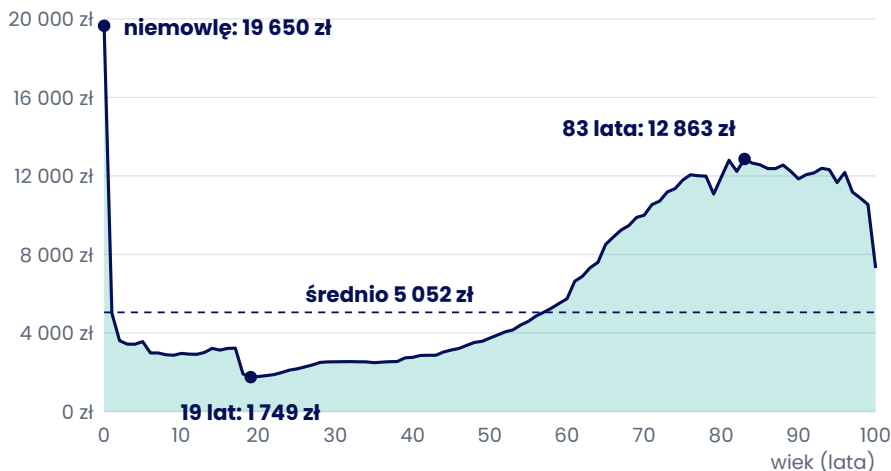
Rocznik 2018 po polsku to 6 123 miejsca. Co roku 65 lat kończy około 3 000 lekarzy wykonujących zawód, a kolejne około 3 000 kończy 70 lat. Ilu absolwentów podejmuje pracę w Polsce, nikt nie liczy. Ministerstwo Zdrowia pisze tylko, że „zdecydowana większość absolwentów kierunku lekarskiego pracuje w Polsce”, ale nie podaje liczby, którą dałoby się sprawdzić. Żeby ocenić, czy kształcenie nadąża za odejściami lekarzy, potrzebne są dane o dalszych losach absolwentów.

Co powinno być jawne: dla każdego rocznika liczba przyjętych, absolwentów, osób z prawem wykonywania zawodu i lekarzy, którzy po pięciu latach leczą w Polsce, osobno dla studiów po polsku i w języku obcym. Dzięki temu da się prześledzić drogę od przyjęcia na studia do pracy lekarza w Polsce.

Starzejemy się: ile będzie kosztować leczenie

NFZ publikuje, ile wydaje na świadczenia z rozpoznaniem w każdym roczniku wieku. Resztę wydatków (POZ i refundację leków) rozdzieliliśmy na roczniki sami. Z danych NFZ według wieku widać, kto kosztuje najwięcej i jak zmieniać się koszty, gdy społeczeństwo się zestarzeje.

Wartość świadczeń NFZ na mieszkańca rocznie, według wieku (2025)



Świadczenia z rozpoznaniem (153,7 mld zł), stawka za pacjenta w POZ (22,7 mld zł) i refundacja leków w aptekach (12,2 mld zł), razem 188,6 mld zł, podzielone przez liczbę mieszkańców w danym wieku. Poza wykresem zostało ok. 11 mld zł bez podziału na wiek (m.in. wyroby medyczne, programy pilotażowe, profilaktyka). Wartość na wykresie to średnia na mieszkańca, a nie koszt leczenia pacjenta; liczą się w niej także osoby, które nie leczyły się wcale. Źródła: NFZ, zbiór 4317 na dane.gov.pl; zarządzenie Prezesa NFZ 22/2025/DSOZ (współczynniki wieku w POZ); NFZ, API „Refundacja apteczna”; GUS; obliczenia własne.

1z5

mieszkańców ma 65 lat lub więcej. Przypada na nich niemal połowa wartości świadczeń.

1,4 → 2,4

mln osób w wieku 81 lat i więcej w 2025 i w 2036 r.

Samo starzenie nie tłumaczy wzrostu wydatków NFZ

Jeżeli wartość świadczeń na osobę w każdym wieku zostanie na poziomie z 2025 r., to w 2036 r. NFZ wyda na nie o ok. **7,2 mld zł (3,8%)** więcej, choć mieszkańców będzie o **1,3 mln** mniej. Sama grupa po 80. roku życia doda ponad **10 mld zł**, a młodsze grupy będą kosztować mniej, bo będzie ich mniej.

Dla porównania: między 2024 a 2025 r. koszty świadczeń NFZ wzrosły o **11,9%** w jeden rok, a demografia daje 3,8% w dziesięć lat. Wzrost wydatków NFZ napędzają więc ceny, płace i decyzje, a nie wiek pacjentów.

Zdrowe starzenie to najtańsza reforma ochrony zdrowia

Jeśli Polacy będą zdrowsi w tym samym wieku i krzywa kosztów przesunie się o rok w prawo, efekt demograficzny w samych świadczeniach z rozpoznaniem (bez POZ i leków) spadnie z 4,2% do 1,5%. Przy przesunięciu krzywej o dwa lata koszty nawet spadną. Przesunięcie krzywej o około półtora roku zdrowego życia znosi cały efekt demograficzny dekady. Profilaktyka jest więc sprawą budżetu, nie tylko zdrowia.

Gdzie najszybciej zabraknie leczenia dla seniorów

Przyjść do szpitala przybędzie umiarkowanie, a **dni w szpitalu** szybciej, bo starszy pacjent leży dłużej. Przy niewydolności serca, złamaniach po upadkach i chorobach nerek osoby po 80. roku życia mają stanowić niemal połowę pacjentów.

297

dni czeka się zwykle na rehabilitację stacjonarną

276

dni na wymianę stawu kolanowego

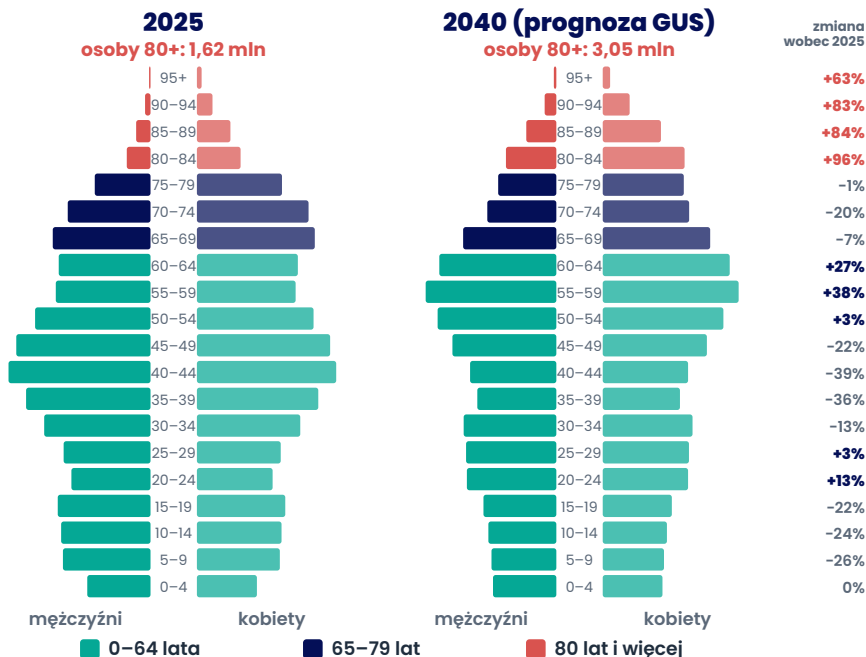
240

dni na wymianę stawu biodrowego

Podane czasy oczekiwania dotyczą pacjentów, którzy już dostali świadczenie, a nie terminów wydawanych dziś przy zapisie.

Źródła: NFZ, zbiór 4317 „Kwoty refundacji ze względu na płeć, wiek, rozpoznanie i powiat” (2024, 2025); GUS, prognoza ludności 2023–2060; API NFZ „Terminy leczenia”; obliczenia własne (symulacja przy stałej stawce na osobę, przesunięcie krzywej kosztu metodą Komisji Europejskiej z Ageing Report); sprawozdania finansowe NFZ za 2024 i 2025 r. (koszty świadczeń 178,35 i 199,57 mld zł).

Polska według wieku: kto będzie pacjentem za 15 lat



Liczba mężczyzn i kobiet w pięcioletnich grupach wieku. Rok 2025: stan ludności według GUS. Rok 2040: prognoza GUS z 2023 r., wariant średni. Kolumna po prawej: zmiana liczby osób w grupie wieku w 2040 r. wobec 2025 r. Prognoza zakładała więcej urodzeń, niż jest naprawdę (na 2025 r. 294 tys., urodziło się 234 tys.), więc najmłodsze grupy w 2040 r. będą raczej mniejsze. Najpewniejsza część prognozy to najstarsze grupy wieku.

1,62 → 3,05

mln osób w wieku 80 lat i więcej w 2025 i w 2040 r. (prognoza GUS)

37,3 → 35,3

mln mieszkańców Polski w 2025 i w 2040 r. (prognoza GUS)

4

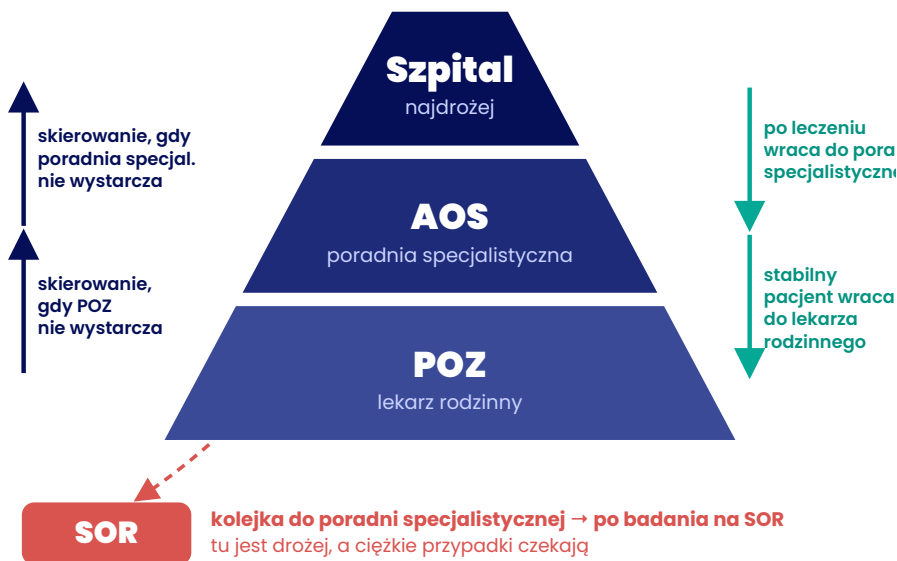
PIRAMIDA ŚWIADCZEŃ

Każdy poziom ma zatrzymać pacjenta

Lekarz rodzinny ma zatrzymać pacjenta przed poradnią specjalistyczną (AOS), a poradnia specjalistyczna przed szpitalem. Pacjent, który się ustabilizował, wraca piętro niżej.

w górę: skierowania

w dół: powroty

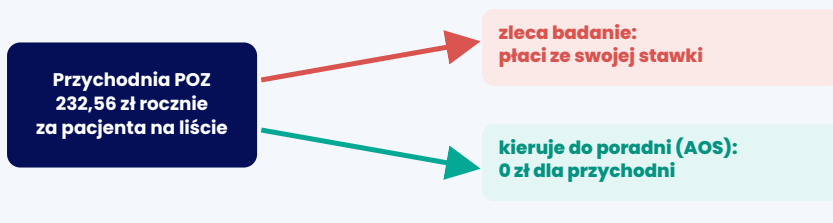


Gdy któreś piętro piramidy świadczeń nie zatrzymuje pacjenta, rośnie kolejka piętro wyżej, a każde wyższe piętro jest droższe.

Trzy przecieki w piramidzie świadczeń zdrowotnych

1. Lekarz rodzinny (POZ) nie zatrzymuje pacjenta

Przychodnia dostaje stałą stawkę za pacjenta na liście i z niej płaci za badania. Każde zleczone badanie to koszt przychodni, a skierowanie do specjalisty nic jej nie kosztuje. NIK ostrzegała, że opłacanie badań ze stawki POZ „stwarza ryzyko ograniczania zlecania badań”. Możliwy skutek ograniczania badań w POZ: dłuższe kolejki do poradni specjalistycznych (AOS) i cięższe stany w szpitalu. Pacjenci bez badań profilaktycznych trafiają do poradni specjalistycznych i szpitali w poważniejszym stanie: szanse wyleczenia są wtedy mniejsze, a leczenie droższe dla systemu. Ile czasu lekarz POZ poświęca na wizyty, opisujemy w rozdziale 5.



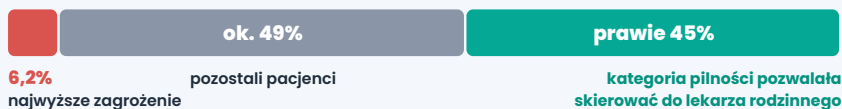
2. Poradnia specjalistyczna (AOS) nie oddaje stabilnych pacjentów

NFZ płaci poradni specjalistycznej za każdą wizytę, więc stabilny pacjent zostaje u niej, zamiast wrócić do lekarza rodzinnego. Tylko co piąta porada w poradniach specjalistycznych jest pierwsza (19,0%). W kardiologii pierwsza porada to **15,6%**, w diabetologii **9,6%**. Ile kolejnych porad w poradniach specjalistycznych mogłoby się odbyć u lekarza rodzinnego, nikt dziś nie wie. Nowy pacjent czeka w tej samej kolejce co ten, który przychodzi na kontrolę od lat.



3. Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) jako droga na skróty

Według NIK prawie **45%** pacjentów SOR dostało kategorię pilności, która pozwalała odeśłać ich do lekarza rodzinnego. Najwięcej chorych przychodzi za dnia w dni robocze, czyli SOR-y „były traktowane jako alternatywa dla kolejek w przychodniach”. Tylko 6,2% pacjentów było w grupie najwyższego zagrożenia, a to oni potrzebują SOR najbardziej.



Pieniądze ciągną pacjentów w górę piramidy

Poradnia specjalistyczna (AOS), która zrobi tomografię ponad limit, dostaje od NFZ połowę ceny. W szpitalu tomografia staje się hospitalizacją rozliczaną w całości. Część świadczeń szpitalnych, na przykład zaćmę, NFZ opłaca bez limitu. Z niewydolnością serca trafiaamy do szpitala prawie trzy razy częściej niż średnio w krajach OECD.

Jakie dane pokazałyby przecieki: ścieżka pacjenta między piętrami piramidy. NFZ zna ścieżkę każdego pacjenta w swojej bazie. Należy publikować, jaki odsetek pacjentów każdej przychodni trafia do poradni specjalistycznej (AOS) i do szpitala z tym samym rozpoznaniem, i ilu wraca piętro niżej.

Źródła: zarządzenia Prezesa NFZ 22/2025/DSOZ (§ 9), 132/2024/DSOZ, 46/2026/DSOZ; NFZ, „Odwrócona piramida świadczeń” (mediany 2024); NIK 2017 i 2021; OECD/KE, State of Health in the EU 2025; NIK, „Systemowe problemy systemu ratownictwa medycznego”, P/25/042 (2026); NFZ, udział świadczeń pierwszorazowych w AOS, IV kw. 2025 (obliczenia własne).

5

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Przychodnia POZ: płacimy za listę pacjentów

NFZ płaci przychodni 232,56 zł rocznie za każdego zapisanego pacjenta. NFZ płaci tyle samo za pacjenta, który był dziesięć razy, co za tego, którego nikt nie widział od lat.

Równa stawka za każdego pacjenta to nie luka: tak działa kapitacja, czyli zapłata za gotowość. Skoro jednak płacimy za listę, warto wiedzieć, jak ona wygląda. Na listach jest ponad **34,5 mln** deklaracji. NFZ wie co do osoby, ilu zapisanych nie skorzystało w roku z żadnej wizyty. Liczby zapisanych bez żadnej wizyty w roku NFZ jeszcze nie publikuje.

Na co lekarz POZ dzieli czas

Podziału czasu lekarza POZ w Polsce nikt jeszcze nie mierzy. NFZ zna dwie liczby: godziny lekarzy zgłoszone w harmonogramach i liczbę udzielonych porad. Według NIK dokumentacja i czynności administracyjne zajmują blisko **jedną trzecią** czasu porady.

Lekarze POZ często mówią, że na pacjenta mają 5–7 minut. W ogłoszeniach o pracę przychodnie piszą czasem o 15 minutach na pacjenta. Przyjmijmy więc średnio 10 minut na wizytę. Gdy pomnożymy liczbę porad lekarzy POZ z 2025 r. (124 mln według sprawozdania NFZ) przez 10 minut i porównamy wynik z godzinami, które przychodnie zgłosiły NFZ w harmonogramach, wizyty zajmują tylko około **30%** tego czasu. Tak samo wychodzi dla I półrocza 2026 r. (59 mln porad). Około 70% zgłoszonych godzin mogłoby posłużyć kolejnym pacjentom, na przykład tym, którzy dziś chodzą na wizyty kontrolne do poradni specjalistycznych (AOS). Kolejne porady to ponad 80% porad w AOS. To obliczenie własne przy założonym czasie wizyty.

Godziny lekarzy POZ zgłoszone NFZ w harmonogramach (100%)

wizyty: ok. 30%

reszta: ok. 70%

124 mln porad × 10 minut

Im więcej przychodnia POZ bada, tym mniej zarabia

Stawka kapitaacyjna obejmuje też podstawowe badania diagnostyczne, które zleca lekarz rodzinny. Każde zlecone badanie przychodnia opłaca ze stawki kapitacyjnej, a skierowanie do specjalisty nic jej nie kosztuje. Przychodnia, która dokładnie diagnozuje, zarabia mniej od tej, która odsyła dalej.

Co powinno być jawne: dla każdej przychodni odsetek zapisanych pacjentów bez żadnej wizyty w roku, liczba zleconych badań na pacjenta i odsetek pacjentów skierowanych do specjalisty. Jedna przychodnia obok drugiej, z tym samym mianownikiem.

Źródła: zarządzenie Prezesa NFZ 22/2025/DSOZ, § 9 ust. 1 i zał. 1 (tekst ujednolicony z 23.09.2026); dane NFZ udostępnione na wniosek o informację publiczną, 2026 (liczba deklaracji, harmonogramy z VII 2026); NFZ, sprawozdanie z działalności za 2025 r., tab. II.13 (porady lekarzy POZ) i sprawozdanie za II kw. 2026 (uchwała Rady NFZ nr 33/2026, tab. IV.1.1.3); obliczenia własne; NIK, „Obciążenia medyków pracami administracyjnymi” (2021).

Profilaktyka: taniej wykryć chorobę wcześniej, niż leczyć ją późno

Odsetek uprawnionych, którzy zrobili badanie profilaktyczne w programie NFZ

Mammografia

33,0%

Profilaktyka 40 PLUS (2021–2025)

26,0%

Kolonoskopia

17,4%

Test HPV (rak szyjki macicy)

16,0%

0% 25% 50% 75% 100%

Mammografia, test HPV i kolonoskopia: objęcie grupy docelowej, stan na 1.10.2026. Profilaktyka 40 PLUS: cały program 2021–2025. Badania prywatne i poza programem się nie liczą. Źródła: NFZ, „Dane o realizacji programów profilaktycznych”; odpowiedź MZ na interpelację nr 16549.

Wyniki badań wykonanych w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS” nie podlegały analizie.

Ministerstwo Zdrowia, odpowiedź na interpelację nr 16549, 4.05.2026

Program „Moje Zdrowie” jest dostępny dla 30 mln dorosłych, ale przez 15 miesięcy wykonano w nim około 3 mln bilansów, czyli bilans zrobił co najwyżej co dziesiąty uprawniony. W ciągu trzech miesięcy od bilansu w „Moim Zdrowiu” nowe leczenie zaczęło 147 tys. osób z zaburzeniami lipidowymi, 38 tys. z nadciśnieniem i 37 tys. z cukrzycą.

Jakość u lekarza rodzinnego trzeba mierzyć, ale kary za wskaźniki budzą spór

Od 2027 r. NFZ obniży stawkę przychodniom z bardzo niską zgłaszalnością pacjentek na mammografię. Katalog NFZ tylko obniża stawkę, premii w nim nie ma. Porozumienie Zielonogórskie, które zrzesza przychodnie POZ, pisze: „Można i trzeba mierzyć jakość naszej pracy”, ale sprzeciwia się karom za wskaźniki, na które przychodnia nie ma pełnego wpływu. Żaden z 12 wskaźników jakości, które NFZ publikuje dla POZ i poradni specjalistycznych (AOS), nie mierzy efektu leczenia.

Mechanizmy płacenia za wskaźnik jakości (sieć onkologiczna, ustawa o jakości, nowe współczynniki w POZ) wprowadzili ministrowie i prezesi NFZ spoza zawodu lekarza.

Źródła: odpowiedź MZ na interpelację nr 18655 (5.08.2026); zarządzenie Prezesa NFZ 103/2026/DSOZ, zał. 27; Federacja Porozumienie Zielonogórskie, 12.08.2026; NFZ, wskaźniki jakości, edycja 2025; Dz.U. 2023 poz. 650 i 1692; Dz.U. 2017 poz. 1565.

Te same badania medyczne dwa razy

Gdy wynik badania nie dociera do następnego lekarza, pacjent robi je jeszcze raz. Za powtórzone badanie płacimy podwójnie.



9,7%

placówek ambulatoryjnych deklaruje wymianę dokumentacji przez system e-zdrowia (szpitale: 25,4%)

ok. 10%

zdjęć diagnostycznych w UE uznaje się za zbędne, koszt ok. 14 mld euro rocznie

Ile badań powtarzamy w Polsce, nikt nie publikuje. Wiadomo tyle: w kontroli NIK z 2021 r. systemy przychodni i poradni specjalistycznych nie były połączone z laboratorium w 59% placówek, a z diagnostyką obrazową w 82%.

Czy placówki raportują do systemu e-zdrowia (P1)?

Placówki muszą raportować zdarzenia medyczne do systemu e-zdrowia (P1). W badaniu Centrum e-Zdrowia za 2025 r. zdarzenia do P1 raportuje **79,2%** szpitali i **62,6%** gabinetów ambulatoryjnych. Co trzeci gabinet nie ma oprogramowania do P1. Ankiety Centrum e-Zdrowia wypełniło jednak tylko 10,2% gabinetów, więc prawdziwa skala braków jest pewnie większa.

NFZ przyznaje, że w danych o kolejkach zdarza się „podwójne wykazywanie pacjentów w kilku kolejkach”. W 2025 r. z list oczekujących skreślono **2,28 mln** osób, które nie przyszły na wizytę, wobec 1,35 mln rok wcześniej.

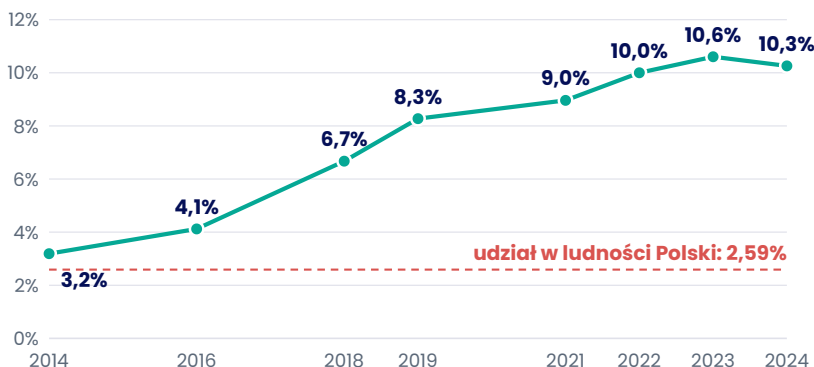
Co powinno być jawne: lista placówek z umową z NFZ, które w danym miesiącu nie wysłały do P1 żadnego zdarzenia medycznego. CeZ ma w P1 dane o każdej placówce, a dziś publikuje tylko wyniki ankiety.

Źródła: Centrum e-Zdrowia, „Badanie stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą za 2025 r.” (08.2026); Rada UE, dok. 8828/22; NIK, „Obciążenia medyków pracami administracyjnymi” (2021); NFZ, sprawozdanie z działalności za 2025 r.

Sygnal o nieprawidłowościach w leczeniu leżał w danych

Wiele nieprawidłowości wyszło na jaw nie dzięki nowym kontrolom, ale dlatego, że ktoś zestawiał dwa zbiory danych. Instytucje często od lat miały dane, które ujawniły nieprawidłowości.

Udział województwa lubuskiego w krajowej liczbie hospitalizacji JGP E10



Udział lubuskiego w grupie E10 (koronarografia u pacjenta z podejrzeniem zawału, bez założenia stentu; NFZ płacił za nią w 2024 r. średnio 6 908 zł) wzrósł z 3,2% w 2014 r. do co najmniej 10% od 2022 r. Między 2016 a 2018 r. liczba hospitalizacji E10 w kraju spadła z 29 do 12 tys., prawdopodobnie przez zmianę katalogu grup JGP, więc starsze lata nie są w pełni porównywalne. NFZ nie podaje, czy statystyka przypisuje hospitalizację do województwa miejsca leczenia, czy zamieszkania pacjenta. Źródła: API statystyk JGP NFZ; NFZ, zbiór 4864 na dane.gov.pl (wartość refundacji JGP 2024); obliczenia własne.

Każdy może policzyć udział lubuskiego w grupie E10 z otwartych danych, ale zaapytał o niego dopiero dziennikarz, we wrześniu 2026 r. W danych o jakości, które NFZ sam publikuje, jeden z lubuskich ośrodków ma iloraz śmiertelności rocznej do szpitalnej **3,22** przy medianie krajowej **1,21**. Iloraz 3,22 to szósty najwyższy wynik ze 127 ośrodków. Lubuski szpital zaprzecza nieprawidłowościom i wskazuje na profil ośrodka. Wyniku kontroli jeszcze nie ma i nie przesądzamy o nim.

Precedens: w 2016 r. NIK opisała ten sam wzorec w kardiologii inwazyjnej w 5 z 10 skontrolowanych podmiotów.

Nieprawidłowości w szpitalach wykryte przez zestawienie danych

Co wykryto	Jakie dane zestawiono	Kto wykrył	Kto mógł wykryć wcześniej
Lekarz na całodobowym dyżurze był w tym czasie gościem telewizji; te same godziny rozliczano w dwóch miejscach (szpital w Warszawie, 2026)	oświadczenie majgt-kowe x grafik dyżurów x występy publiczne	internauci, potem dziennikarze i audyt miasta	szpital (system wejść i wyjść), NFZ (świadczanie tej samej osoby w dwóch placówkach)
Ta sama osoba o tej samej godzinie kończyła pracę w jednym zespole ratownictwa i zaczynała w innym; dyżur na SOR trwał 144 godziny	grafiki dwóch zespołów x ewidencja czasu pracy	NIK, 2026	stacje pogotowia (grafiki), NFZ (grafiki personelu z umów)
Lekarze dyżurowali bez przerwy do 124 godzin; 134 przypadki ponad 40 godzin	grafiki x umowy cywil-noprawne w 12 szpitalach	NIK	szpitale (grafiki), NFZ (grafiki personelu z kilku umów)

Szpital miał elektroniczny system wejść i wyjść, ale z niego nie korzystał, płacąc za godziny pracy.

Wyniki audytu miejskich szpitali w Warszawie, za: Puls Medycyny, 5.08.2026

Za granicą jawne wyniki leczenia już zadziałały

- Anglia, od 2013. Publikacja 90-dniowej śmiertelności po operacjach raka jelita grubego dla każdego chirurga zbiegła się ze spadkiem śmiertelności z 2,8 do 2,1%. Chirurdzy nie zaczęli od-mawiać trudnym pacjentom.

Anglia: operacje raka jelita grubego przed publikacją wyników chirurgów i po niej

☐ przed publikacją wyników (do VI 2013) ☒ po publikacji wyników chirurgów

Zgony w ciągu 90 dni po operacji



Zgony w ciągu 90 dni po planowej operacji: 952 z 33 638 pacjentów przed publikacją i 552 z 25 905 po niej. Autorzy piszą, że spadek „zbiegł się” z publikacją. Źródło: Vallance i in., BMJ 2018.

Jawne wyniki zmniejszają skłonność do nadużyć, więc publikujemy dalej. Ranking wyników pokazuje też, co jest możliwe: skoro najlepsi to osiągają, pytamy, czym różnią się od najsłabszych.

Źródła: Wirtualna Polska, 15.06.2026; Puls Medycyny, 5.08.2026; NIK, „Systemowe problemy systemu ratownictwa medycznego” (17.07.2026); NIK, „Zlecanie usług medycznych przez szpitale publiczne” (za infor.pl); Vallance i in., BMJ 2018; NIK P/14/078; NFZ, wskaźniki jakości, edycja 2025; Zero.pl, 7.09.2026.



NADZÓR

Kto pilnuje pilnujących w ochronie zdrowia

Samorząd lekarski: budżet i kary

Lekarz płaci izbie 120 zł miesięcznie. Członków izb lekarskich jest 221 286, więc ze składek izby mogą zebrać najwyżej około **250 mln zł** rocznie. Dokładnej kwoty składek nie zna nikt: NIL i 24 izby okręgowe zatwierdzają budżety osobno. Wspólnego sprawozdania NIL i izby jeszcze nie publikują.

5+1

lekarzy pozbawiono prawa wykonywania zawodu i zawieszono w okresie badanym przez RPP

46+101

pozbawień i zawieszeń orzekł w tym okresie samorząd radców prawnych

13%

skarg pacjentów kończy się wnioskiem o ukaranie lekarza (średnio)

Według NIL okręgowe sądy lekarskie zawiesiły w 2025 r. prawo wykonywania zawodu 68 osobom, a pięć lat wcześniej 16.

Według danych NIL w 2024 r. do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej wpłynęły 4 034 nowe sprawy, a zakończono 3 702 postępowania. Prawomocne orzeczenia sądów lekarskich objęły 47 osób zawieszeniem prawa wykonywania zawodu i 6 osób jego pozbawieniem. NIL zastrzega, że nie jest to odsetek ukaranych wśród wszystkich zgłoszeń, bo są też lżejsze kary. Rzecznik Praw Pacjenta przekazał w latach 2022–2026 rzecznikom odpowiedzialności zawodowej lekarzy 234 sprawy. W jednej trzeciej spraw nie dostał odpowiedzi, a o ukaraniu lekarza dowiedział się w 7 sprawach, czyli w 3%.

Sprawy u okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, 2024 r. (NIL)

4 034 nowe sprawy

3 702 postępowania zakończone

53 zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu

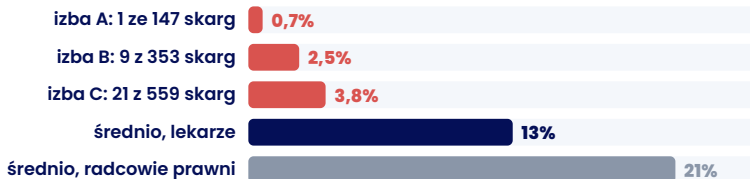
Sprawy, które Rzecznik Praw Pacjenta przekazał samorządowi lekarskiemu (2022–2026)

234 sprawy przekazane

ok. 156 z odpowiedzi (1/3 bez odpowiedzi)

7 ukarań (3%)

Skargi pacjentów, po których rzecznik wniósł o ukaranie lekarza



Izby A–C to trzy izby okręgowe, które Biuro RPP podało jako przykłady (skargi z czterech lat do końca 2023 r.). Ukazanie to orzeczenie sądu lekarskiego, a wniosek o ukaranie to dopiero skierowanie sprawy do sądu. Źródła: NIL, konferencja prasowa 8.10.2026 (za PAP i Rynkiem Zdrowia); wypowiedzi przedstawicieli RPP na posiedzeniach sejmowej Komisji Zdrowia 29.07 i 15.09.2026.

Ministrowie zdrowia: lekarze i nielekarze



Od 1989 r. Ministerstwem Zdrowia kierowały 24 osoby, w tym 17 lekarzy. Lekarze kierowali resortem przez 79% dni, a od sierpnia 2020 r. tylko 5%.

Rady szpitali wojewódzkich

Okolo dwóch trzecich członków rad szpitali wojewódzkich startowało w wyborach (samorządowych, do Sejmu i Senatu albo do Parlamentu Europejskiego). Szczegóły na następnej stronie.

Źródła: OIL w Warszawie (składka); NIL, zestawienie z 30.06.2026; posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia 29.07 i 15.09.2026 (wypowiedzi RPP i NIL); Rzeczpospolita, 29.07.2026; Wikipedia, „Ministerstwo Zdrowia (Polska)” i biogramy ministrów (obliczenia własne).

Kandydaci w wyborach w radach szpitali wojewódzkich

Zestawiliśmy imienne składy rad 277 szpitali i innych podmiotów leczniczych samorządów województw z listami kandydatów PKW z ośmiu wyborów w latach 2014–2024. W radach zasiadają 1 792 osoby.

65,6%

członków rad (1 175 z 1 792) startowało w wyborach 2014–2024 (samorządowych, parlamentarnych albo europejskich)

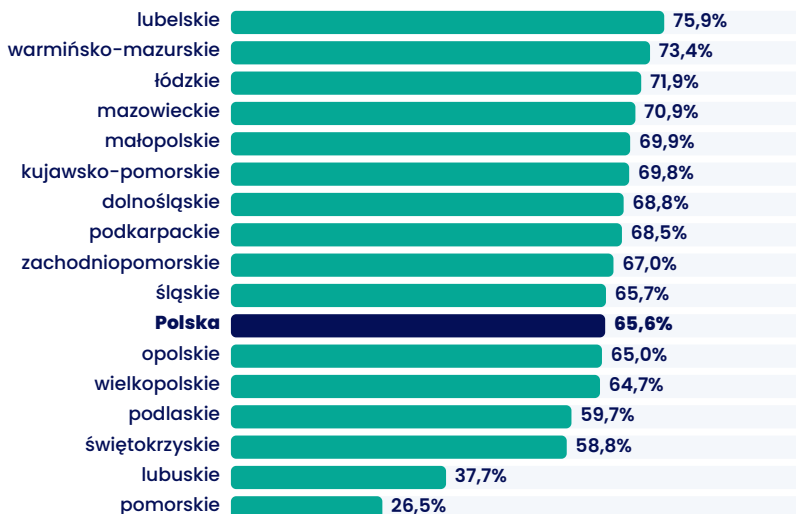
570

członków rad zdobyło mandat w wyborach samorządowych 2024

455

członków rad startowało do Sejmu albo Senatu

Odsetek członków rad szpitali wojewódzkich, którzy startowali w wyborach (samorządowych, parlamentarnych albo europejskich), według województw



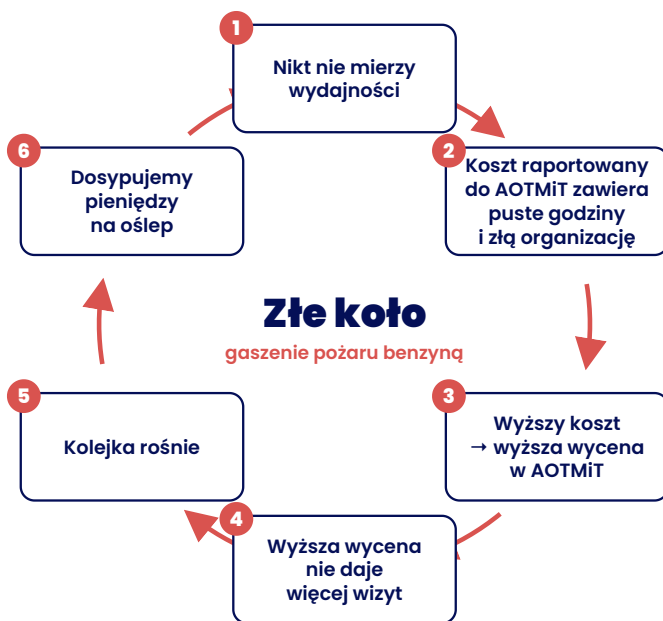
Ranking jest przybliżony. Pomorskie i lubuskie mają więcej spółek z radami nadzorczymi, a w radach nadzorczych kandydatów jest mniej (49,2%) niż w radach społecznych SPZOZ (67,9%). Dopasowanie po imieniu, nazwisku i województwie może być błędne w pojedynczych przypadkach: losowe pary imię-nazwisko „startowały” w 2–12% przypadków, czyli 6–10 razy rzadziej niż prawdziwi członkowie rad. Zakres: tylko podmioty samorządów województw. Stan na październik 2026 r.

Udział polityków samorządowych w radach wynika częściowo z ustawy: sejmik wybiera do rad społecznych swoich przedstawicieli i często są to radni. Doświadczenie samorządowe może pomagać w radzie szpitala. Tak duży udział polityków może też oznaczać, że o szpitalu decydują względy polityczne, a nie kompetencje w ochronie zdrowia. Dlatego warto zapytać marszałków 16 województw o kryteria wyboru członków rad i ich kwalifikacje.

Źródła: PKW (wybory.gov.pl i serwisy wyborcze 2014–2019): listy kandydatów; uchwały sejmików i zarządów województw, BIP-y szpitali, odpisy KRS; art. 48 ustawy o działalności leczniczej; obliczenia własne.

Złe koło zamachowe w ochronie zdrowia

Dlaczego więcej pieniędzy nie kupuje więcej leczenia? Ponieważ bez danych o wydajności każdy dodatkowy złoty wpada w to samo złe koło.



NFZ płaci za wykonaną usługę, nie za czas lekarza. Wycenę liczy AOTMiT z kosztów podawanych tylko przez wycinek szpitali, które raportują: przy wycenie leczenia chorób płuc były to 42 placówki, czyli 7,2% wszystkich. W kosztach podawanych przez szpitale jest praca, ale też puste godziny i zła organizacja. Wyższy koszt daje wyższą wycenę, a wyższa wycena nie daje więcej wizyt. Do tego niższe piętra piramidy świadczeń nie zatrzymują pacjentów, a ustabilizowani pacjenci nie wracają w dół piramidy tak często, jak powinni.

Mechanizmów naprawy ochrony zdrowia jest wiele. Brakuje danych, żeby wybrać właściwy

Państwo ma w ręku wiele narzędzi. Może podnieść albo obniżyć wycenę, zmienić sieć szpitali, kształcić więcej lekarzy, dać nowe zadania pielęgniarkom i farmaceutom, płacić za wynik leczenia albo skontrolować placówkę. Każdy z tych mechanizmów działa, ale tylko na właściwą przyczynę. Dłuższą kolejkę może powodować brak lekarzy, zła organizacja pracy albo zbyt niska wycena, a każda z tych przyczyn wymaga innego mechanizmu.

Dziś mechanizm wybiera się zwykle na oślep: pod presją polityczną albo po nagłośnieniu sprawy w mediach, a nie na podstawie danych. Najczęściej kończy się na podwyżce wyceny dla wszystkich. Czasem podwyżka jest potrzebna, ale gdy problemem jest organizacja, pieniądze go nie usuną.

Dziś: na oślep

1. Problem wychodzi na jaw w mediach.
2. Rośnie presja polityczna.
3. Decyzja zapada bez sprawdzenia przyczyny, najczęściej jako podwyżka dla wszystkich.
4. Nikt nie mierzy, czy zadziałała.

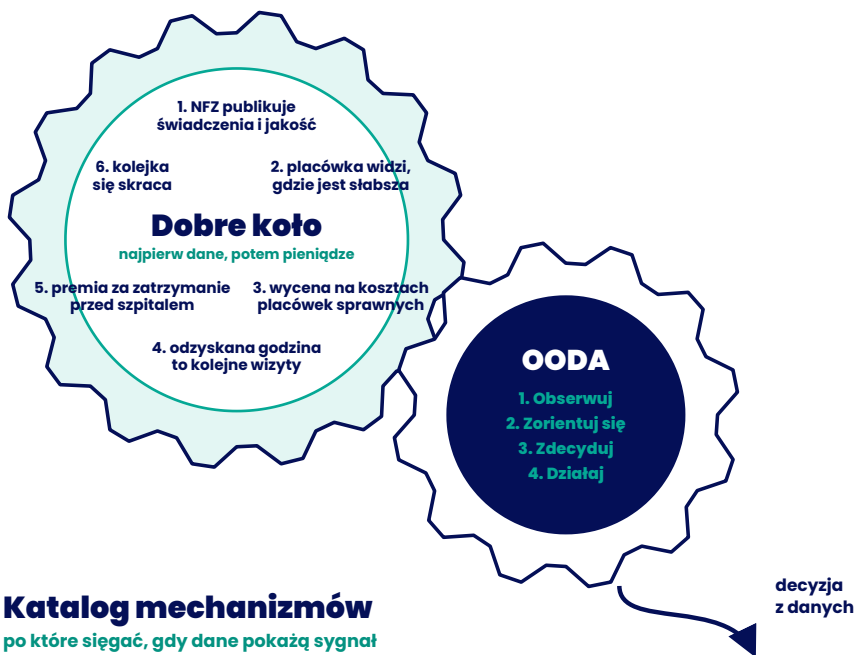
Z danymi: dobre koło

1. Sygnał pojawia się w jawnych danych.
2. Dane pokazują przyczynę: koszt, kadry czy organizację.
3. Mechanizm z katalogu dobrany do przyczyny.
4. Po roku wskaźnik pokazuje, czy zadziałał.

Jak to działa razem: dobre koło napędza pętlę decyzji OODA, a z niej wynika wybór mechanizmu. Schemat i katalog mechanizmów na następnej stronie.

Dobre koło nie odbiera pieniędzy, tylko zmienia kolejność: **najpierw dane o wydajności, potem decyzja o wycenie.**

Źródła: art. 311c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej; metodyka taryfikacji AOTMiT; NIK, „Wycena świadczeń opieki zdrowotnej” (2021): taryfą opartą na aktualnych kosztach objęto 15,2 z 90,1 mld zł.



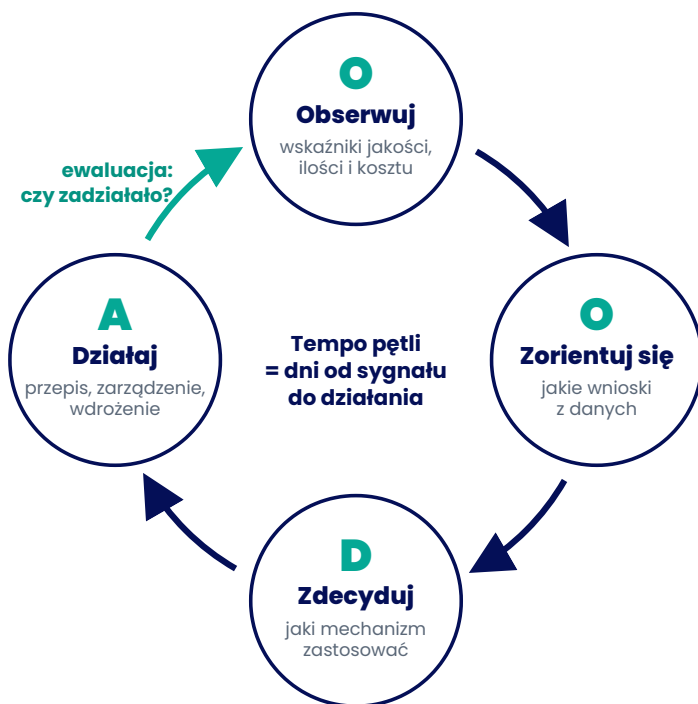
Katalog mechanizmów

po które sięgać, gdy dane pokażą sygnał

Mechanizm	Sygnał w danych
Wyższa lub niższa wycena	koszt jednostkowy u wszystkich wykonawców
Opłata za nieodwołaną wizytę	odsetek pacjentów, którzy nie przyszli
Wynagrodzenie zależne od jakości	wskaźniki efektu leczenia z korektą ryzyka
Premia za zatrzymanie przed szpitalem	hospitalizacje możliwe do uniknięcia
Powrót stabilnych pacjentów do POZ	udział pierwszych wizyt w poradniach AOS
Zmiana sieci szpitali	wolumen i koszt w każdym szpitalu
Więcej miejsc na studiach	godziny pracy lekarzy według wieku
Nowe zadania pielęgniarek i farmaceutów	kto wykonuje świadczenia z kolejki
Składka powiązana z profilaktyką	udział w badaniach i stadium wykrycia
Kontrola placówki	odchylenie od mediany podobnych placówek

Obserwuj, zorientuj się, zdecyduj, działaj

Pętlę OODA opracował w latach 70. pułkownik lotnictwa USA John Boyd. Proponujemy, żeby państwo publicznie rozliczało się z każdego problemu w ochronie zdrowia według czterech kroków pętli OODA.



Co powinno być jawne na każdym kroku pętli, pokazuje tabela we wstępie (s. 4).

Gdzie zacinają się decyzje w ochronie zdrowia

Krok	Przykład z dokumentów
Obserwuj	NFZ ma w jednej bazie deklaracje POZ i godziny pracy lekarzy. Zapytany, czy zestawia deklaracje z godzinami, NFZ odpowiedział: „Nie, weryfikacja nie ma charakteru cyklicznego”.
Zorientuj się	Lekarze dyżurowali bez przerwy nawet 124 godziny, czyli ponad pięć dób. Grafiki tych dyżurów leżały w danych szpitali, ale nikt ich nie zestawiał, dopóki nie zrobiła tego kontrola NIK.
Zdecyduj	NFZ ma dane o 782 miejscach POZ, które wykazują mniej godzin lekarzy, niż wynika z liczby pacjentów i normy NFZ. Nie ma jednak procedury, która uruchamiałaby z tego powodu kontrolę, i nie obniża za to stawki.
Działaj	Termin wejścia w życie jednego z wymogów standardu anestezjologii przesuwano od 2018 r. sześć razy.

Dlaczego NFZ, Ministerstwo Zdrowia i Centrum e-Zdrowia nie publikują danych

NFZ, Ministerstwo Zdrowia i Centrum e-Zdrowia mogą mieć powód, żeby nie publikować danych. Jeżeli instytucja miała dane i nie zareagowała, publikacja pokaże, że pętla zacięła się u niej. Instytucji, która nie zareagowała, łatwiej przemilczeć sprawę, aż wybuchnie w mediach.

Kolejnym władzom opłaca się publikowanie danych. Jawne dane przenoszą część kontroli na obywateli. Przy jawnych danych problem wychodzi na jaw, gdy jest mały, zanim stanie się aferą.

Trzy miary decyzji w ochronie zdrowia, które proponujemy publikować

Czas reakcji: dni od pierwszego sygnału w danych do decyzji.

Czas wdrożenia: dni od decyzji do wejścia przepisu w życie.

Ewaluacja: czy rok po zmianie wskaźnik, który miała poprawić, się poprawił.

Źródła: opis pętli OODA płk. Johna Boyda (Wikipedia, TechTarget); odpowiedź NFZ na wniosek o informację publiczną, 2026; NIK, „Zlecanie usług medycznych przez szpitale publiczne” (P/22/046); Dz.U. 2018 poz. 2381, 2020 poz. 459, 2022 poz. 2841, 2023 poz. 2804, 2024 poz. 1886, 2025 poz. 1791.

Co muszą pokazać dane, żeby sięgnąć po mechanizm naprawy ochrony zdrowia

Mechanizmów nie brakuje: państwo ma ich cały katalog. Brakuje reguły, kiedy sięgać po który mechanizm. Dla każdego mechanizmu da się zapisać warunek z danych.

Mechanizm	Kiedy po niego sięgnąć	Jakie dane zestawić
Podwyżka wyceny	świadczenie jest nierentowne u wszystkich wykonawców przy podobnej strukturze kosztu	koszt jednostkowy per placówka × przychód z NFZ
Zmiana sieci	szpital ma koszty stałe jak szpital z zyskiem, ale wykonuje kilka razy mniej świadczeń	wolumen JGP per szpital × koszt × dojazd pacjentów
Interwencja w zarządzanie	przy porównywalnym koszcie medycznym odstaje koszt zarządu	koszt medyczny i administracyjny osobno
Więcej miejsc na studiach	brakuje godzin pracy lekarzy, a nie wydajności w godzinie	grafik × liczba świadczeń × wiek lekarza
Nowe kompetencje innych zawodów	kolejka stoi na czynnościach, które może wykonać pielęgniarka lub farmaceuta	struktura świadczeń w kolejce × kto je wykonuje
Współpłacenie	duży odsetek wizyt niepotrzebnych lub nieodwołanych	niestawiennictwo i wizyty kontrolne w każdej poradni specjalistycznej (AOS)
Składka powiązana z profilaktyką	niska zgłaszalność na badania i późne wykrywanie chorób	udział w badaniach × stadium wykrycia × koszt leczenia
Premia za wynik	placówki różnią się wynikiem przy tych samych pacjentach	wskaźniki efektu z korektą o ciężkość przypadków

Pytanie kontrolne do każdej decyzji: co musiałoby się wydarzyć w danych, żebyśmy się na to zdecydowali? Jeżeli nikt nie umie odpowiedzieć, decyzja zapada na oślep.

Najpierw opublikować dane o zdrowiu, które już są

Większość danych potrzebnych do kontroli społecznej państwo już zbiera, ale nie publikuje ich albo publikuje w formie, której nie da się użyć.



Dane o ochronie zdrowia, które już istnieją (przykłady)

- **Grafik lekarza zgłoszony do NFZ** („Harmonogram – zasoby”) przy każdej umowie: kto, gdzie i w jakich godzinach.
- **Imienny personel przy świadczeniu:** NFZ wie, kto wykonał każde rozliczone świadczenie.
- **Czas pracy każdej osoby przy zabiegu:** AOTMiT dostaje go od szpitali co do minuty (plik PR_HR).
- **Koszt jednostkowy świadczenia:** szpitale liczą go od 2021 r. według standardu rachunku kosztów.
- **Prognozowany czas oczekiwania** w każdej placówce: liczony codziennie, publikowany bez podziału na placówki.

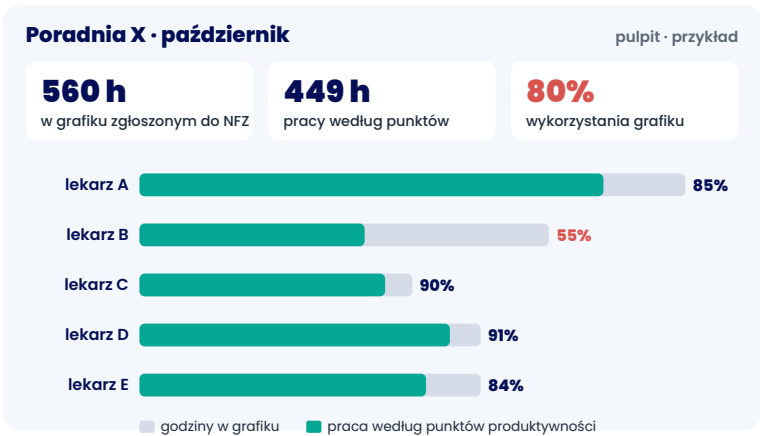
Grafik z NFZ zestawiony ze zdarzeniami w PI, które raportują też gabinety prywatne, pozwoli policzyć, ile razy lekarz przyjmował prywatnie w godzinach dyżuru w systemie publicznym i ile świadczeń przypada na godzinę jego pracy. NFZ już zestawia część danych z grafików i PI automatycznie, ale zbiorów ani wyników na razie nie publikuje.

Punkty produktywności zamiast liczenia wizyt lekarskich

Każde świadczenie, za które płaci NFZ, można zamienić na punkty produktywności. Liczba punktów odpowiada średniej liczbie minut, jaką zajmuje dana procedura przy danym stopniu skomplikowania przypadku. Suma punktów w miesiącu podzielona przez godziny z grafiku daje wydajność lekarza, pielęgniarki czy fizjoterapeuty. Wydajność trzeba czytać razem z jakością (powikłaniami i powrotami do szpitala), bo inaczej system nagradza pośpiech.

Jak mógłby wyglądać pulpit produktywności poradni i ranking jakości leczenia

Pulpit zestawia godziny w grafiku, zgłoszonym do NFZ, z godzinami pracy policzonymi z punktów produktywności. Ranking stawia obok siebie produktywność na godzinę i wskaźnik jakości, tu odsetek pacjentów, którzy w ciągu 30 dni wrócili do szpitala.



Ranking placówek: produktywność i jakość

#	Placówka	Punkty (minuty) na godzinę	Powrót do szpitala w 30 dni	Ocena
1	Poradnia B	54	3,1%	wzór
2	Poradnia A	57	7,9%	sprawdź jakość
3	Poradnia D	46	3,4%	dobra jakość
4	Poradnia E	41	5,0%	średnio
5	Poradnia C	33	4,2%	sprawdź grafik
6	Poradnia F	30	10,6%	pilna analiza

Ilustracja metody, dane fikcyjne. Placówka z wysoką produktywnością i dużą liczbą powrotów do szpitala wymaga sprawdzenia jakości, a placówka z niską produktywnością i dobrą jakością sprawdzenia grafiku. Ranking pokazuje, gdzie spojrzeć, a nie kto zawinił.

Dwie pętle informacji zwrotnej: od pacjenta i dla placówki medycznej

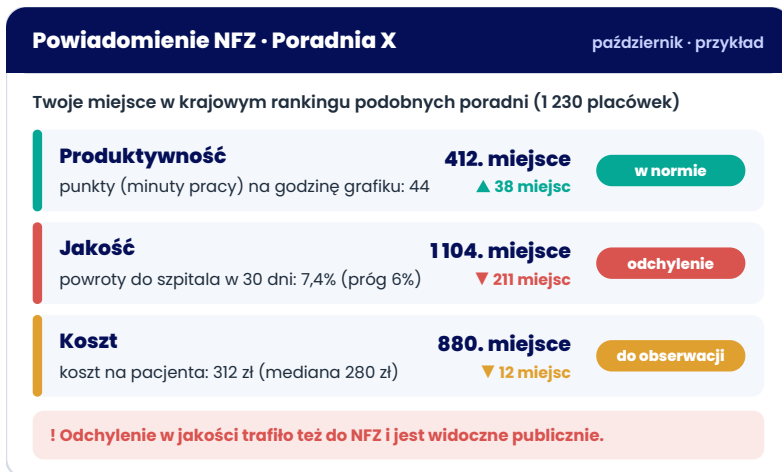
Informacja zwrotna od pacjenta

Propozycja: po każdej wizycie Internetowe Konto Pacjenta (IKP) i mObywatel wysyłają krótką wiadomość: co NFZ rozliczył, przycisk „to się nie odbyło” i ocenę w gwiazdkach. Ankieta oceny w IKP istnieje od grudnia 2022 r., ale nic o niej nie przypomina. Do końca 2025 r., przy około 1,76 mln hospitalizacji, pacjenci wypełnili **795** ankiet oceny w IKP. Przycisk „Zgłoś nieprawidłowość” w IKP działa, ale liczby zgłoszeń NFZ nie publikuje.



Informacja zwrotna dla placówki i systemu

Propozycja: przychodnia i szpital dostają powiadomienie o swoim miejscu w krajowym rankingu i o każdej jego zmianie. Krajowy ranking placówek ma trzy wymiary naraz: produktywność, jakość i koszt. Gdy wskaźnik placówki przekroczy próg, powiadomienie o odchyleniu trafia też do NFZ i jest publiczne. Dzięki powiadomieniom placówka wie, gdzie jest słabsza, a płatnik wie, gdzie kontrolować.



Makieta powiadomienia, dane fikcyjne.

Źródła: OWU, Dz.U. 2026 poz. 712, § 6; Dz.U. 2025 poz. 1588 (komunikat SWIAD); zarządzenie Prezesa AOTMiT 18/2023; Dz.U. 2020 poz. 2045; ustawa o centralnej e-Rejestracji, Dz.U. 2025 poz. 1537, art. 23c; Centrum e-Zdrowia, 15.12.2022; dane NFZ cytowane przez Fundację Alivia (22.07.2026); Pomorski OW NFZ, „Zgłaszanie nieprawidłowości przez IKP”.

13

PODZIĘKOWANIE

Podziękowania dla mediów, które pytają o ochronę zdrowia



Dziękujemy dziennikarkom i dziennikarzom, którzy w 2026 r. sięgnęli po dane i zadali pytania, zanim zadały je instytucje. Część spraw opisanych w tej książce wyszła na jaw właśnie dzięki ich pracy. Media tłumaczą, co znaczy liczba i czego nie wolno z niej wyczytać, a dziennikarz, który zestawia dwa zbiory, potrafi zobaczyć problem wcześniej niż urząd. Sprawy z 2026 r. zebraliśmy na następnej stronie.

Obywatel ma dziś narzędzia, których nie było pięć lat temu. Gdy obywatel dostanie otwarte dane, z asystentem AI policzy to, co jeszcze niedawno wymagało zespołu analityków.

POSTULAT

Publiczne zbiory danych, które pozwolą każdemu odpowiedzieć na trzy pytania: czy decyzja w ochronie zdrowia była racjonalna, jak szybko zapadła i czy przyniosła efekt.

Anomalie w danych o ochronie zdrowia, które media opisały w 2026 r.

Dziękujemy redakcjom poniżej oraz Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, która zdobyła część danych wnioskami o informację publiczną. Żadna z tych spraw nie przesądza o niczyjej winie: to sygnały, które warto sprawdzić.

2026	Medium	Co pokazały dane	Jakie dane zestawiono	Co dalej
12.06	„Gazeta Wyborcza”, WP	koordynator SOR: 1,6 mln zł dochodu, w godzinach dyżuru występował w TV	oświadczenie majątkowe × grafik × nagrania	audyt miasta, zwrot 500 tys. zł, sprawa w prokuraturze
18.06	DGP, „Rzeczpospolita”	państwo nie umie zsumować kontraktów jednego lekarza	materiał roboczy AOTMiT	ustawa łącząca płace z PESEL (od sierpnia)
23.06	Zero.pl	co najmniej 18 polityków we władzach szpitali w Warszawie	składy rad i zarządów szpitali miejskich	zapowiedź zmian w radach spółek
8.07	WP, „Rzeczpospolita”	faktury ortopedy: 316 i 258 tys. zł w dwa miesiące	najwyższe płace w szpitalach wojewódzkich	szpital obniżył limit rozliczeń
9.07	Interia	chirurg rozliczył 11 577 godzin w roku, który ma ok. 8,8 tys.	faktury i ewidencja godzin × kalendarz	śledztwo, opinia biegłego
19.08	Interia	radiolog szpitala wojewódzkiego: 2,74 mln zł w rok	płace ze szpitala, monitoring Watchdog Polska	zapowiedź ustawy o limitach płac
20.08	Interia, Watchdog Polska	ortopeda: 7 848 zł za godzinę	odpowiedzi na wnioski o informację publiczną	reakcji instytucji brak
7.09	Zero.pl	nietypowo dużo rozliczeń za- wałów w lubuskim szpitalu	statystyki NFZ × dokumentacja pacjentów	kontrola NFZ (wyniku jeszcze nie ma)
6.10	Zero.pl	politycy we władzach szpitali w każdym województwie	składy władz × kandydowanie w wyborach	reakcji instytucji brak

Źródła: „Gazeta Wyborcza” (12.06), Wirtualna Polska (15.06, 8.07), „Dziennik Gazeta Prawna” i „Rzeczpospolita” (18.06), Zero.pl (23.06, 7.09, 30.09, 6.10), Interia (9.07, 19.08, 20.08), Puls Medycyny (5.08). Pełna lista adresów: IleNaZdrowie.pl.

Słowniczek i metoda

Skrót	Znaczenie
POZ	podstawowa opieka zdrowotna: lekarz rodzinny, pielęgniarka i położna środowiskowa
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna: poradnie specjalistyczne
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
JGP	jednorodne grupy pacjentów: sposób, w jaki NFZ płaci szpitalom za hospitalizację
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: liczy ceny świadczeń
CeZ	Centrum e-Zdrowia: prowadzi system e-zdrowia (PI), IKP i e-rejestrację
IKP	Internetowe Konto Pacjenta
NIL	Naczelna Izba Lekarska: samorząd zawodowy lekarzy
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
Kapitacja	stała stawka za pacjenta zapisanego do przychodni, niezależnie od liczby wizyt
OODA	pętla decyzji: obserwuj, zorientuj się, zdecyduj, działaj

Jak liczyliśmy

- Kwoty w cenach bieżących, bez korekty o inflację, chyba że tekst mówi inaczej.
- Wartości „na mieszkańca” dzielimy przez ludność według GUS, a nie przez liczbę ubezpieczonych.
- Nie mieszaamy trzech miar wydatków: kosztów świadczeń NFZ, nakładów publicznych według ustawy i rachunku zdrowia GUS.
- Obliczenia własne oznaczamy w źródłach. Skrypty i dane wejściowe udostępniamy na prośbę.
- Nie podajemy nazw placówek. Nazwę placówki podajemy tylko wtedy, gdy zawiera ją cytowany dokument, a nazwa jest niezbędna.

Stan danych na 21 października 2026 r. Jeśli zauważysz błąd, zgłoś go przez formularz na ileNaZdrowie.pl. Każdą poprawkę opublikujemy.



Janusz Kowalski

Posel na Sejm RP, czloniek sejmowej Komisji Finansow Publicznych, inicjator i koordynator kampanii **IleNaZdrowie.pl**. Kampania przez 300 dni publikuje liczby, pyta instytucje publiczne o dane i pokazuje, co w ochronie zdrowia wymaga poprawy.

Najpierw dane. Potem decyzje, które każdy może sprawdzić.

Na ochronę zdrowia państwo planuje wydać w 2027 r. 274 mld zł. Gdy dane będą jawne, każdy sprawdzi, co za te pieniądze dostajemy, a problemy wyjdą na jaw, zanim staną się aferami.