

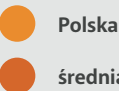
ZDROWIE W CENTRUM ZNACZENIE KAPITAŁU

POSITION PAPER



WARSZAWA, WRZESIEŃ 2026

KLUCZOWE LICZBY



Wydatki na zdrowie per capita PPP
(€, Eurostat, 2023²)

Wydatki na zdrowie per capita
(€, OECD rok 2023¹)

Koszt braku inwestycji zdrowie^{7,8}

144 tys.	zgonów możliwe do uniknięcia rocznie
115 mld zł / 2,9% PKB	ubytek PKB z powodu przedwczesnej umieralności
49 mld zł rocznie	stracone dochody finansów publicznych
50 %	udział hospitalizacji w kosztach NFZ
57 mld zł	wydatki ZUS na niezdolność do pracy (2024, +17% r/r), 1,6% PKB

Zasoby systemu ochrony zdrowia¹¹

Lekarze (na 1000 mieszkańców)	4,3
Pielęgniarki (na 1000 mieszkańców)	3,9
Lekarze rodzinni (% ogółu lekarzy)	5,9
Łóżka szpitalne (na 1000 mieszkańców)	8,5
	19,9
	5,1
	6,7
	6,3

Udział w PKB (publiczne i prywatne)
(procenty, GUS 2025³/ OECD 2025⁴/ Eurostat 2023⁵)

Struktura finansowania
(OECD, 2023⁶)

22 prywatne
78 publiczne

Narastająca nierównowaga finansowa^{9,10}

Plan 2026: publiczne wydatki na zdrowie	250,4 mld zł (wzrost o 23,8 mld zł vs 2025)
PKB prognozowane 2026: (bazowe wg zasady t-2: PKB 2024 = 3653,4 mld zł)	4152,5 mld zł
Realizacja celu ustawowego:	6,03 % PKB nominalnie / 6,85% wg zasady t-2 (cel: 6,80%)
Luka do celu 7% PKB (2027):	11,3-46,1 mld zł

Profilaktyka

Wydanki na profilaktykę (połowa średniej) ¹²	3,4
Wydanki na profilaktykę w euro per capita (2022 r.) ¹³	1,7
Grypa 65+ (w sezonie 2024/25) ¹⁴	202,2
HPV (mimo refundacji): 17% ogółem / 34% w roczniku w pełni objętym programem (połowa 2026) ¹⁵	45,4
	12,2
	21,6

1 OECD Health Statistics. Dostępne: <https://lnkd.in/dUvSiYtj>
2 Gross domestic product at market prices. Eurostat. Dostępne: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=en>
3 Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2023–2025. GUS. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>
4 OECD Health Statistics. Dostępne: <https://lnkd.in/dUvSiYtj>
5 Healthcare expenditure statistics – overview. Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview
6 OECD Health Statistics. Dostępne: <https://lnkd.in/dUvSiYtj>
7 Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia. Dostępne: <https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>
8 Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. ZUS. Dostępne: <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>
9 Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia. Dostępne: <https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>
10 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. (2025). Publikacja raportu: Luka finansowa systemu ochrony zdrowia — wyzwania długoterminowe. Dostępne: <https://www.pzh.gov.pl/publikacja-raportu-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-wyzwania-dlugoterminowe/>

CYFRYZACJA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE^{16,17}



E-recepty

97,4% wszystkich recept w Polsce było wystawianych elektronicznie w 2024 r. – praktycznie pełna cyfryzacja tego procesu



KPO

Inwestycje z KPO: trwa modernizacja systemu za **blisko 4 mld zł** (m.in. centralną e-Rejestrację, Elektroniczną Dokumentację Medyczną (EDM), wdrożenie sztucznej inteligencji w diagnostyce)



IKP

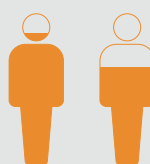
Internetowe Konto Pacjenta (IKP): korzysta **17–20 mln** użytkowników – to duża część dorosłej populacji Polski



online

Umawianie wizyt lekarskich online: **22%** Polaków vs 40% średnia UE korzysta z internetu, żeby umówić się do lekarza

GŁOS OBYWATELI – BADANIE IPPEZ¹⁸



84,7% korzystało z opieki publicznej
65,9% z prywatnej



Tylko 46,4% zna prawidłową wysokość składki zdrowotnej, mimo że 70,5% wie, że jest obowiązkowa



76,6% chce znać koszty własnego leczenia



65,5% uważa, że środki w systemie są wykorzystywane źle, a 53,3% krytycznie ocenia funkcjonowanie publicznej ochrony zdrowia



63,2% wskazuje nieodwoływanie wizyt jako najbardziej szkodliwe zachowanie



63,2% wskazuje nieodwoływanie wizyt jako najbardziej szkodliwe dla systemu zachowanie

11 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025). Profil systemu ochrony zdrowia 2025: Polska. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/document/download/d7d14279-b8ed-4786-a050-a5b87c94ad2f_en?filename=2025_chp_pl_polish.pdf&prefLang=pl

12 OECD (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. Dostępne: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

13 Preventive health care expenditure statistics. Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

14 OECD (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. Dostępne: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

15 Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. (2026, 21 maja). Od profilaktyki do eliminacji HPV. Nowy raport ekspertów o przyszłości programu szczepień w Polsce [Raport: HPV w Polsce. Wyzwania i rekomendacje w zakresie realizacji efektywnej profilaktyki]. <https://ippez.prowly.com/458939-od-profilaktyki-do-eliminacji-hpv-nowy-raport-ekspertow-o-przyszlosci-programu-szczepien-w-polsce>

16 Cyfryzacja w ochronie zdrowia. Ministerstwo Zdrowia. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cyfryzacja-w-ochronie-zdrowia>

17 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, Profil systemu ochrony zdrowia 2025: Polska

18 Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. (2026, 21 maja). Od profilaktyki do eliminacji HPV. Nowy raport ekspertów o przyszłości programu szczepień w Polsce [Raport: HPV w Polsce. Wyzwania i rekomendacje w zakresie realizacji efektywnej profilaktyki]. <https://ippez.prowly.com/458939-od-profilaktyki-do-eliminacji-hpv-nowy-raport-ekspertow-o-przyszlosci-programu-szczepien-w-polsce>

SILNA GOSPODARKA, NISKI PRIORYTET DLA ZDROWIA



Polska osiągnęła w ostatnim czasie olbrzymi skok rozwojowy, osiągając dziś czołowe miejsce w gronie 20 największych gospodarek świata i zajmując 6. miejsce w Unii Europejskiej pod względem wielkości PKB. Równocześnie nadal, wypada zaskakująco nisko w zestawieniach dotyczących nakładów na zdrowie. Zarówno biorąc pod uwagę odsetek PKB, który przeznaczany na zdrowie, jak i w przeliczeniu na mieszkańca, Polska plasując się w dolnej części unijnej stawki. To właśnie ten rozdźwięk — między pozycją gospodarczą a miejscem w rankingu wydatków zdrowotnych — stanowi sedno paradoksu, wokół którego zbudowana jest poniższa diagnoza: rosnąca gospodarka wciąż nie przekłada się na porównywalny ze średnią europejską poziom inwestycji w zdrowie obywateli.

Mimo systematycznego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w ostatnich latach, dystans do średniej unijnej pozostaje niemal tak duży, jak lata wcześniej, a poprawa wskaźników zdrowotnych nie nadąża za tempem tego wzrostu. To sygnał, że bariera nie leży już wyłącznie w wysokości budżetu, ale w tym, jak daleko Polska wciąż pozostaje od standardu, jaki gwarantowałaby jej sama wielkość gospodarki. Bo — bez odbudowy kapitału zdrowia nie da się utrzymać tempa wzrostu gospodarczego, niezależnie od poziomu innowacyjności, czy cyfryzacji.

Poniższa diagnoza — oparta na danych OECD, Eurostatu oraz raportach Komisji Europejskiej oraz danych krajowych — pokazuje w liczbach skalę tego dystansu.

POLSKA GOSPODARKA ROŚNIE, WYDATKI NA ZDROWIE NIE NADĄŻAJĄ

Według danych OECD i Eurostat, Polska jest 20. gospodarką na świecie¹⁹ i 6. w Unii Europejskiej.²⁰ Jednak wydatki na system ochrony zdrowia są poniżej średniej OECD i Unii Europejskiej, przy niskiej efektywności systemu w Polsce. Bez odbudowy kapitału zdrowia nie da się utrzymać tempa wzrostu gospodarczego, niezależnie od poziomu innowacyjności, czy cyfryzacji.

19 International Monetary Fund. <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD>

20 EU's GDP valued at €18.8 trillion in 2025. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/wn-20260806-1>

Polska zajmuje 23. miejsce na 27 krajów UE pod względem udziału wydatków na zdrowie w PKB, a licząc wydatki per capita — 19. miejsce, z poziomem 2 240 euro PPP rocznie, czyli 58% średniej unijnej (3 835 euro PPP)²¹. Całkowite wydatki na ochronę). Bez odbudowy kapitału zdrowia na mieszkańca w Polsce w 2023 r. według OECD wyniosły 2 266 EUR, czyli o 40 % mniej niż średnia UE wynosząca 3 832 EUR. Z tej kwoty 78% pochodziło ze źródeł publicznych, natomiast 22% stanowiły wydatki prywatne – w większości pokrywane bezpośrednio z kieszeni pacjentów²².

Wedługnie da najnowszych danych GUS na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia, publiczne bieżące wydatki na ochronę zdrowia osiągnęły w 2025 roku wartość 271,8 mld zł, co daje 6,9 proc. PKB. Krajowe bieżące wydatki na ochronę zdrowia ogółem w 2025 r. wyniosły 348,0 mld zł, co stanowi 8,9% produktu krajowego brutto. Wydatki prywatne, w tym bezpośrednie płatności gospodarstw domowych, ukształtowały się utrzymać tempa wzrostu gospodarczego, niezależnie od poziomu innowacyjności, czyną poziomie 76,2 mld zł (1,9 proc. PKB).²³

Z kolei dane Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) średnia wydatków na zdrowie ogółem (publiczne i prywatne) w krajach OECD, jako odsetek PKB wyniosła 9,4% w 2025 roku.²⁴ Wg. Eurostat, średnia wydatków na zdrowie ogółem (publiczne i prywatne) w 27 krajach Unii Europejskiej, jako odsetek PKB wyniosła 10% w 2023 roku.²⁵

Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej są w Polsce stosunkowo wysokie, a długi czas oczekiwania i kolejki do świadczeń stanowią jeden z najsłabszych elementów polskiego systemu ochrony zdrowia.

Według OECD²⁶ Polska ma stosunkowo mało lekarzy i pielęgniarek w relacji do wielkości populacji — 3,9 praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców wobec średniej UE wynoszącej 4,3, oraz 5,9 pielęgniarek wobec 8,5 w UE. Szczególnie widoczny jest niedobór lekarzy rodzinnych: stanowią oni zaledwie 6,7% wszystkich lekarzy w Polsce, wobec 19,9% średnio w UE. Dodatkowym zagrożeniem jest struktura wiekowa kadr: około jedna piąta lekarzy ma 55–64 lata, a prawie jedna trzecia pielęgniarek — 50–59 lat, co budzi obawy o długoterminową dostępność usług zdrowotnych.

Odwrotna sytuacja dotyczy łóżek szpitalnych — Polska dysponuje ich liczbą wyższą niż średnia unijna: 6,3 na 1000 mieszkańców wobec 5,1 w UE.

Jednym z niewielu obszarów wyraźnej poprawy wskazanym przez OECD jest postęp jaki widać w cyfryzacji podstawowych procesów: e-recepty stały się w Polsce standardem — w 2024 r. 97,4% recept wystawiono elektronicznie. Wprowadzono także takie rozwiązania jak e-recepta, e-skierowanie i Internetowe Konto Pacjenta (IKP), z którego obecnie korzysta już ponad 17–20 mln osób. Trwa intensywna modernizacja (blisko 4 mld zł z KPO), obejmująca centralną e-Rejestrację, pełną wymianę Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) oraz wdrożenie AI w diagnostyce²⁷. Nieco gorzej wygląda jednak wykorzystanie cyfrowych narzędzi do bezpośredniego kontaktu z systemem: z internetu w celu umówienia wizyty lekarskiej korzysta zaledwie 22% Polaków, wobec 40% średnio w UE — a różnica ta w 2024 r. jeszcze się pogłębiła²⁸.

Polska wydaje na profilaktykę zdrowotną zaledwie 1,7% bieżących wydatków na zdrowie, co stanowi

21 Gross domestic product at market prices. Eurostat. Dostępne: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=en>

22 State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2025. https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2025pdf/2025_translations/soheu-2025-poland-native-language-final-web.pdf?sfvrsn=c81201_1

23 Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2023–2025. GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>

24 OECD Health Statistics. <https://lnkd.in/dUvSiYtJ>

25 Healthcare expenditure statistics – overview. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics_-_overview

26 OECD/European Observatory on Health. Systems and Policies (2025), Profil systemu ochrony zdrowia 2025: Polska. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/document/download/d7d14279-b8ed-4786-a050-a5b87c94ad2f_en?filename=2025_chp_pl_polish.pdf&prefLang=pl

27 Cyfryzacja w ochronie zdrowia. MZ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/cyfryzacja-w-ochronie-zdrowia>

28 OECD/European Observatory on Health. Systems and Policies (2025), Profil systemu ochrony zdrowia 2025: Polska. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostępne: https://health.ec.europa.eu/document/download/d7d14279-b8ed-4786-a050-a5b87c94ad2f_en?filename=2025_chp_pl_polish.pdf&prefLang=pl Gross domestic product at market prices. Eurostat. Dostępne: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00001/default/table?lang=en>

połowę średniej krajów OECD wynoszącej 3,4%²⁹. Według Eurostat, w 2022 roku Polska wydawała na profilaktykę 21,6 euro rocznie na mieszkańca, podczas gdy średnia unijna wynosiła 202,2 euro, a Czechy wydawały 118,6 euro³⁰.

Podobna luka widoczna jest w profilaktyce szczepień dorosłych. O ile wskaźniki szczepień wśród dzieci pozostają zbliżone do średniej unijnej, o tyle wśród dorosłych i nastolatków ujawnia się wyraźna luka. W sezonie 2024/25 zaledwie 12,2% Polaków w wieku 65+ zaszczepiło się przeciwko grypie — wobec 45,4 % średnio w UE³¹. Podobnie nisko wypada wyszczepialność przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV): mimo pełnej refundacji tylko 17% ogółem / 34% w roczniku w pełni objętym programem (połowa 2026)³².

Luka finansowa publicznego systemu zdrowia rośnie. Mimo rosnących wydatków publicznych na zdrowie, dostępność świadczeń wciąż pozostaje problemem. Kluczową przyczyną są rozwierające się nożyce między kosztami a przychodami NFZ, które pogłębiły się po 2020 r. — od tego czasu inflacja medyczna w Polsce rośnie 2,5 razy szybciej niż inflacja ogólna.

Polacy pracują krócej niż reszta Europy. Polska należy do państw Unii Europejskiej o najkrótszym okresie aktywności zawodowej – wynika z analizy Polskiego Instytutu Ekonomicznego (PIE), przygotowanej na podstawie danych Eurostatu. Według opracowania osoba, która ukończyła w Polsce 15. rok życia w 2025 r., będzie obecna na rynku pracy przez 36 lat. Średnia dla całej Unii Europejskiej wynosi 37,5 roku, co oznacza, że Polska znajduje się poniżej unijnego poziomu.

W zestawieniu państw członkowskich zajmuje siódme miejsce od końca. Niżej sklasyfikowano jedynie Rumunię, Włochy, Bułgarię, Grecję, Chorwację, Belgię oraz Luksemburg. Na przeciwnym biegunie znalazły się Niemcy, Holandia oraz kraje skandynawskie, gdzie przeciętna długość życia zawodowego przekracza 40 lat. Oznacza to różnicę wynoszącą co najmniej kilka lat względem Polski.

Jednocześnie PIE zwraca uwagę, że w ostatniej dekadzie sytuacja w Polsce uległa poprawie. W latach 2015–2025 długość życia zawodowego wzrosła o 3,3 roku, podczas gdy średnio w Unii Europejskiej wzrost wyniósł 2,7 roku. Jeszcze większy przyrost odnotowano w niektórych państwach członkowskich. Na Węgrzech długość życia zawodowego zwiększyła się o blisko 5 lat, a w Holandii o 4 lata w porównaniu z 2015 r. Jednym z czynników sprzyjających wydłużaniu aktywności zawodowej może być wzrost liczby lat przeżywanych w zdrowiu.³³

Poziom oporności systemu zdrowia – niski. Również w rankingu odporności systemu ochrony zdrowia (resilience), wśród krajów objętych raportem „Strengthening Poland’s Healthcare Readiness”, Polska plasuje się na końcu rankingu. To istotny sygnał, że problem nie ogranicza się jedynie do bieżącego finansowania, lecz dotyczy zdolności systemu do radzenia sobie z przyszłymi kryzysami³⁴.

29 OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Dostępne: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

30 Preventive health care expenditure statistics. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

31 Vaccination against influenza of population aged 65 and over. Eurostat. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ps_immu/default/table?lang=en

32 Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. (2026, 21 maja). Od profilaktyki do eliminacji HPV. Nowy raport ekspertów o przyszłości programu szczepień w Polsce [Raport: HPV w Polsce. Wyzwania i rekomendacje w zakresie realizacji efektywnej profilaktyki]. <https://ippeprowly.com/458939-od-profilaktyki-do-eliminacji-hpv-nowy-raport-ekspertow-o-przyszlosci-programu-szczepien-w-polsce>

33 Długość życia zawodowego w Polsce wzrosła w ostatnich latach. PIE <https://pie.net.pl/tygodnik-gospodarczy-29-2026-23-lipca-2026-r/#tyg-mat-37738-2>

34 Strengthening Poland’s Healthcare Readiness: Insights from the Healthcare Readiness Index 2024 Dostępne: <https://www.globsec.org/sites/default/files/2025-09/Strengthening%20Poland%E2%80%99s%20Healthcare%20System%20-%20Insights%20from%20the%20Healthcare%20Readiness%20Index%202024-final.pdf>



NAJDROŻSZE DLA PAŃSTWA NIE JEST ZDROWIE, ALE JEGO BRAK

Ile naprawdę tracimy? Skalę tych kosztów dobrze ilustrują dane ZUS: **w 2024 r. wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy ogółem wyniosły ok. 57 mld zł i w porównaniu z 2023 r. wzrosły o ponad 8 mld zł, czyli o ok. 17%.** Kwota tych wydatków w omawianym roku stanowiła 1,6% PKB.³⁵

Jeszcze wyraźniejszy obraz strat wylania się z danych o umieralności: liczbę zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce szacuje się na 144 tys. rocznie. Ostrożnie szacowany ubytek PKB związany z przedwczesną śmiertelnością osób poniżej 75. roku życia wynosi ok. 2,9% tj. ok. 115 mld zł w warunkach 2025 r. Przekłada się to na **utracone dochody sektora finansów publicznych na poziomie ok. 49 mld zł rocznie.**³⁶

Proces starzenia się społeczeństwa będzie pogłębiał deficyt wydatków na zdrowie przyspiesza: w 2024 r. liczba osób w wieku 60+ wzrosła do niemal 10 mln (26,6% populacji), a obciążenie demograficz-

ne sięgnęło już 31,8 osoby w wieku 65+ na 100 osób w wieku produkcyjnym — trend ten będzie w kolejnych latach jednym z głównych czynników wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne³⁷.

Nowoczesne Państwo, to zdrowi obywatele. Zgodnie z danymi OECD wartość statystycznego życia (Value of Statistical Life, VSL), to koncepcja, która przez dziesięciolecia pomagała decydom w ocenie kosztów i korzyści każdej polityki, która wiąże się ze zmianami ryzyka śmiertelności. W 2022 roku wartość statystycznego życia Polaka została oszacowana na 6,6 mln USD PPP, co w porównaniu do wartości statystycznego życia obywatela Unii Europejskiej na poziomie 8,4 mln USD PPP pokazuje, jak znaczący wzrost gospodarczy osiągnęła Polska w ostatnich dekadach dzięki pracy obywateli.³⁸

35 Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy. ZUS <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

36 Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia <https://federacja.przedsiębiorców.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>

37 Sytuacja osób starszych w Polsce w 2024 - informacja na komisji Senacie. Dostępne: <https://www.gov.pl/web/senior/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2024--informacja-na-komisji-senacie>

38 Value of Statistical Life (VSL), recommended estimates. OECD OECD Data Explorer Value of Statistical Life (VSL), recommended estimates

SPOŁECZNE ZNACZENIE KAPITAŁU ZDROWIA



Bez zdrowych obywateli nie ma silnej gospodarki — to zdrowi i aktywni zawodowo obywatele generują PKB kraju, płacą podatki i pozwalają zapewnić stabilność systemów publicznych. W nowoczesnych gospodarkach, do których Polska aspiruje, zdrowie nie powinno być traktowane wyłącznie w kategorii kosztu, wydatku socjalnego — lecz jako inwestycja w kapitał ludzki generujący wzrost gospodarczy, podatki i stabilność finansów publicznych. Polska jako 20. gospodarka świata³⁹ i 6. gospodarka UE⁴⁰ ma dziś wszelkie dane, by zacząć myśleć o zdrowiu w ten sposób. Pomimo tego na ochronę zdrowia wydaje znacząco poniżej średniej OECD i UE, a nawet te ograniczone środki nie są wykorzystywane w pełni efektywnie.

Na tym tle należy odczytać również wnioski z badania zrealizowanego przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w maju 2026 r. na reprezentatywnej próbie 1000 dorosłych Polek i Polaków, którego celem było wskazanie, gdzie dokładnie ten kapitał jest tracony w codziennym doświadczeniu Polek i Polaków.

KLUCZOWE WNIOSKI Z BADANIA⁴¹:

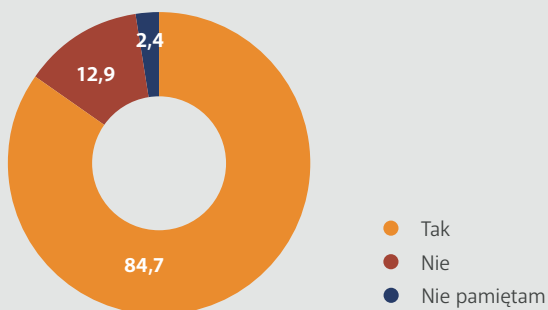
- **Model korzystania z systemem jest hybrydowy.**
Z opieki publicznej w ciągu ostatnich 24 miesięcy korzystało **84,7%** badanych, z prywatnej — **65,9%**. Prywatna opieka nie zastępuje systemu publicznego, lecz go uzupełnia: **7 na 10** badanych osób decydujących w decyzji o wyborze prywatnej opieki był krótszy czas oczekiwania lub brak dostępności świadczenia w NFZ, a jakość usług.
- **Wiedza o finansowaniu systemu jest fragmentaryczna.**
Choć **70,5%** wie, że składka zdrowotna jest obowiązkowa, jej wysokość poprawnie wskazało jedynie **46,4%**, a **36,3%** przyznało, że jej nie zna. **43,1%** błędnie sądzi, że NFZ jest właścicielem większości szpitali — to jedyny z czterech testowanych mitów, w którym błędna odpowiedź przeważa nad poprawną.
- **Potrzeba transparentności.**
76,6% badanych chce znać koszty własnego leczenia, mimo że taka funkcja (wgląd w koszty

39 International Monetary Fund. <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD> Associated Press. (2026, March 16). Poland is now among the world's 20 largest economies. How did it happen? AP News. <https://apnews.com/article/poland-economy-growth-g20-gdp-26fe06e120398410f8d773ba5661e7aa>

40 Eurostat. (2026). *Gross domestic product (GDP) and main components (output, expenditure and income)*, European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/nama_10_gdp/default/table?lang=en

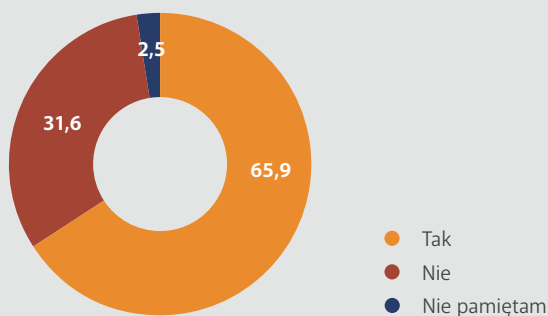
41 Arkadiusz Nowak, Patrycja Rzucidło-Zajac, Igor Grzesiak, *Społeczne znaczenie kapitału zdrowia. Wiedza, postawy i oczekiwania Polek i Polaków wobec systemu zdrowia*, Warszawa 2026

KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ NFZ

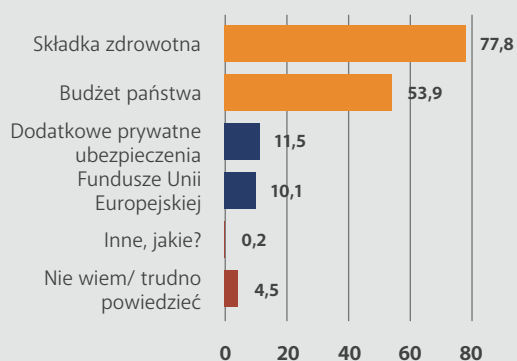


KORZYSTANIE Z PRYWATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

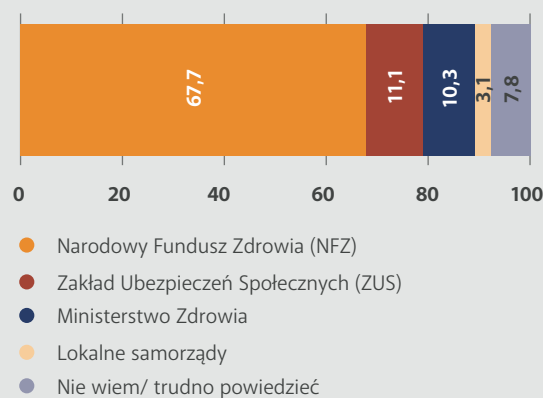
Czy w ciągu ostatnich 24 miesięcy korzystał/a Pan/Pani ze świadczeń zdrowotnych w ramach prywatnej opieki zdrowotnej?



ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

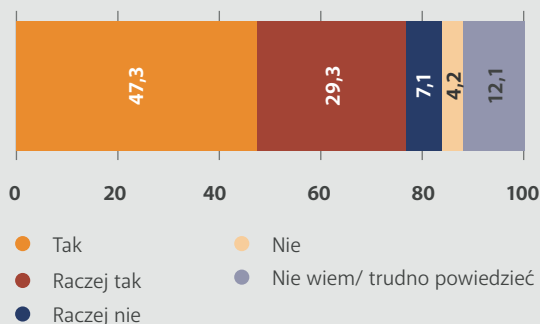


INSTYTUCJA FINANSUJĄCA PUBLICZNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ



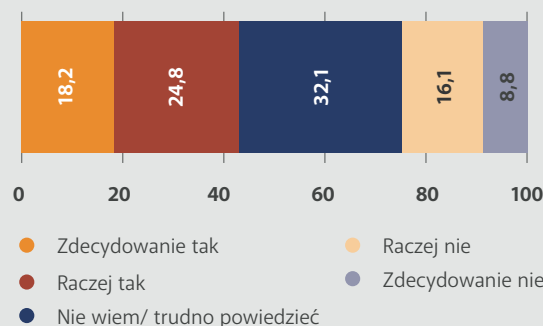
OTRZYMYWANIE INFORMACJI O KOSZTACH UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Czy chciał(a)by mieć Pan/Pani możliwość otrzymania informacji dotyczącej kosztów udzielonych dotychczas Panu/Pani świadczeń zdrowotnych?



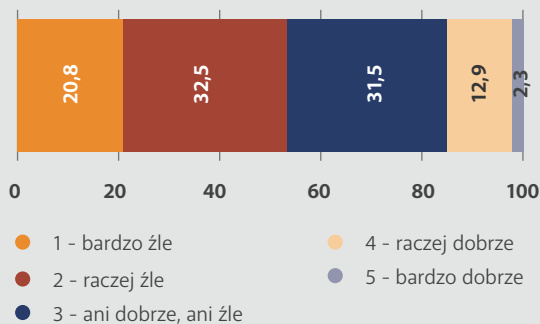
WPŁYW STYLU ŻYCIA NA WYSOKOŚĆ PŁACONEJ SKŁADKI

Czy regularny udział w badaniach profilaktycznych i zdrowy styl życia powinien mieć wpływ na wysokość płaconej składki zdrowotnej?



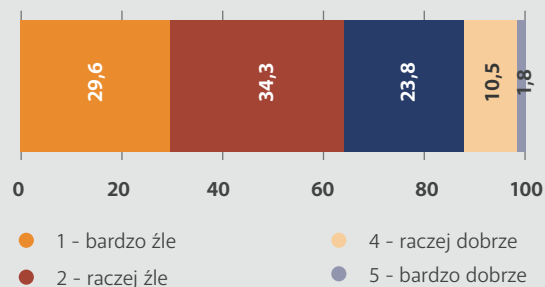
OCENA FUNKCJONOWANIA PUBLICZNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Jak ogólnie ocenia Pan/Pani funkcjonowanie publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce?



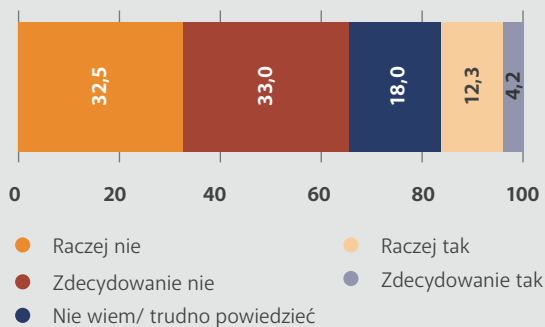
OCENA DOSTĘPNOŚCI LEKARZY W PUBLICZNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Jak ocenia Pan/Pani dostępność lekarzy specjalistów w publicznym systemie zdrowia?



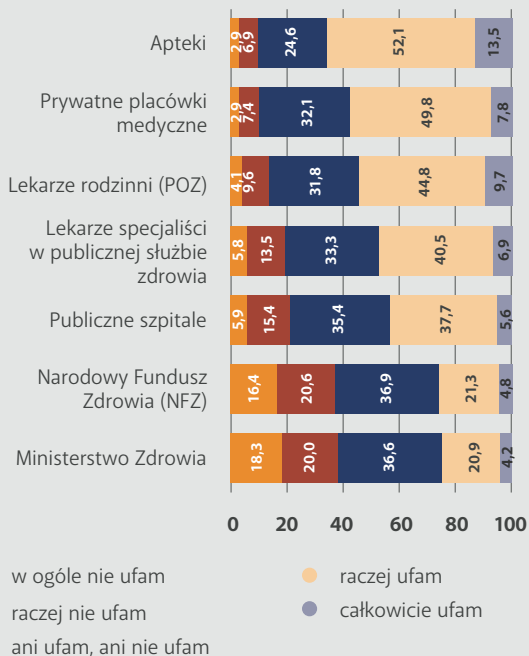
WYKORZYSTYWANIE ŚRODKÓW NA PUBLICZNĄ OCHRONĘ ZDROWIA

Czy uważa Pan/Pani, że środki przeznaczone na publiczną ochronę zdrowia są w Polsce dobrze wykorzystywane?



ZAUFANIE DO INSTYTUCJI

W jakim stopniu ufa Pan/Pani niżej wymienionym instytucjom i podmiotom systemu ochrony zdrowia?



przez IKP) już istnieje, lecz prawdopodobnie pozostaje mało znana i rzadko jest wykorzystywana.

- Ocena systemu jest raczej krytyczna.**

53,3% respondentów krytycznie ocenia funkcjonowanie systemu publicznego, a 65,5% uważa, że środki są wykorzystywane źle. Zaufanie rośnie tam, gdzie pacjent ma bezpośredni kontakt z osobą udzielającą pomocy — farmaceuci (65,6%)

i lekarze rodzinni (54,5%) cieszą się wysokim zaufaniem, podczas gdy NFZ (26,1%) i Ministerstwo Zdrowia (25,1%) — najniższym.

- Obywatele chcą płacić za system, który rozumieją.** 64,9% popiera silniejsze regulowanie wynagrodzeń w systemie zdrowia przez państwo, a 42,8% wskazuje większe finansowanie z budżetu jako preferowane źródło dodatkowych środków na

zdrowie. Podwyższenie samej składki popiera już tylko **13%** respondentów — mimo że luka do ustawowego celu 7% PKB na 2027 r. wynosi, według szacunków od 11,3 do 46,1 mld zł⁴².

- **Współodpowiedzialność za zdrowie jest społecznie akceptowalna, ale wymaga dodatkowych narzędzi.**

63,2% badanych Polek i Polaków wskazuje nieodwoływanie wizyt jako najbardziej szkodliwe dla systemu zachowanie, a **43,0%** popiera premiovanie postaw prozdrowotnych.

DLACZEGO PERSPEKTYWA OBYWATELSKA JEST KLUCZOWA

Powyżej przedstawiona diagnoza pokazuje problem głównie od strony systemowej — PKB, budżet NFZ, luka finansowa. To jednak tylko jedna strona tego samego zjawiska. Drugą stroną jest codzienne doświadczenie pojedynczego pacjenta, na które niedofinansowanie systemu przekłada się bezpośrednio:

- **Niższe wydatki publiczne oznaczają wyższe wydatki prywatne z kieszeni pacjenta.** Potwierdzają to z jednej strony dane GUS⁴³ i Eurostatu, z drugiej badanie IPPEZ⁴⁴: gdzie większość respondentów korzystało z opieki prywatnej — nie

dlatego, że wybrali ją zamiast publicznej, lecz najczęściej z powodu krótszego czasu oczekiwania lub braku dostępności świadczenia w NFZ.

- **Niskie nakłady na profilaktykę oznaczają, że pacjent trafia do systemu później, w gorszym stanie.** Polska wydaje na profilaktykę 1/10 średniej unijnej⁴⁵. To bezpośrednio przekłada się na strukturę wydatków NFZ: hospitalizacje odpowiadają za ok. 50% jego kosztów — system leczy skutki, zamiast zapobiegać przyczynom⁴⁶.
- **Utrata zaufania jest realnym kosztem społecznym.** Zarówno w badaniach CBOS⁴⁷ jak i w raporcie IPPEZ⁴⁸ — większość Polek i Polaków ma niskie zaufanie do instytucji systemu zdrowia a ponad połowa krytycznie ocenia funkcjonowanie systemu publicznego. To pokazuje, że problem nie leży w kompetencjach ludzi pracujących w systemie, lecz w sposobie, w jaki zarządzają nim instytucje.

Dlatego zdrowie potrzebuje szerokiej redefinicji — nie tylko na poziomie finansowania systemu, ale też wiedzy, zaufania i codziennych zachowań obywateli. Problem nie jest wyłącznie finansowy. Mamy dziś do czynienia równolegle z luką finansową, luką informacyjną i luką zaufania.

42 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. (2025). *Publikacja raportu: Luka finansowa systemu ochrony zdrowia — wyzwania długoterminowe*. <https://www.pzh.gov.pl/publikacja-raportu-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-wyzwania-dlugoterminowe/>

43 Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2023–2025. GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>

44 Arkadiusz Nowak, Patrycja Rzucidło-Zajac, Igor Grzesiak, *Spoleczne znaczenie kapitału zdrowia. Wiedza, postawy i oczekiwania Polek i Polaków wobec systemu zdrowia*, Warszawa 2026

45 Preventive health care expenditure statistics. Dostępne: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

46 Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2023–2025. GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>

47 Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Sondaż CBOS. Dostępne: https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=7079 dostęp maj 2026

48 Arkadiusz Nowak, Patrycja Rzucidło-Zajac, Igor Grzesiak, *Spoleczne znaczenie kapitału zdrowia. Wiedza, postawy i oczekiwania Polek i Polaków wobec systemu zdrowia*, Warszawa 2026

KLUCZOWE POSTULATY INICJATYWY ZDROWIE W CENTRUM



Zdrowie jest fundamentem rozwoju kraju i społeczeństwa i powinno znajdować się w centrum wszystkich działań — zarówno rządu, jak i pracodawców, samorządu terytorialnego i obywateli. Zdrowie nie jest wydatkiem socjalnym. To inwestycja w kapitał ludzki, który generuje wzrost gospodarczy, podatki i stabilność finansów publicznych.

1. Postulowane jest ustanowienie corocznego, zintegrowanego Raportu o Stanie Zdrowia Obywateli – przedstawianego Sejmowi RP wraz z obowiązkową debatą parlamentarną.

- Coroczny, zintegrowany raport — analogiczny do sprawozdań budżetowych — wymusiłby cykliczne, a nie wyłącznie doraźne, zajmowanie się kondycją zdrowotną społeczeństwa przez ustawodawcę, a obowiązkowa debata parlamentarna nadałaby mu rangę porównywalną z debatą budżetową oraz postrzeganie zdrowia obywateli ponad podziały polityczne.

2. Każda nowa regulacja prawna wprowadzana przez rząd powinna uwzględniać jej wpływ na zdrowie obywateli.

- Zdrowie musi być brane pod uwagę w decyzjach dotyczących gospodarki, finansów, pracy i rozwoju, nie tylko w regulacjach resortu zdrowia. Brak obowiązkowej oceny wpływu na zdrowie w części Ocena Skutków Regulacji sprawia, że wiele decyzji publicznych generuje

dziś ukryte koszty — przesunięte w czasie i niewidoczne w momencie ich podejmowania.

3. Zmiana modelu finansowania (przejście z t-2 na t-0) – dziś finansowanie ochrony zdrowia w formule t-2 jest księgową iluzją.

- Zgodnie z ustawą zapewniającą wzrost nakładów na ochronę zdrowia, w 2026 r. poziom publicznych wydatków na zdrowie powinien wynieść minimum 6,80% PKB. Uwzględniając wielkości wynikające z planu finansowego NFZ oraz prognozowanych wielkości w budżecie państwa publiczne wydatki na zdrowie w 2026 r. wyniosą 250,4 mld zł (wzrost o 23,8 mld zł w stosunku do 2025 r.). Porównując tą wartość z PKB prognozowanym na 2026 r. (4152,5 mld zł), przekłada się to na wydatki na poziomie 6,03% PKB, tj. o 0,77 pkt proc. poniżej wymaganego celu ustawowego. Jednak zgodnie z ustawą, wydatki za rok bieżący porównuje się z PKB sprzed dwóch lat (który w 2024 r. wyniósł 3653,4 mld zł). W efekcie, zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby ustawy, wydatki na zdrowie wyniosą 6,85% PKB w 2026 r.⁴⁹

⁴⁹ Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia Nr 16. Marzec 2026 r. <https://calpe.pl/monitor/>

4. Ustanowienie profilaktyki fundamentem systemu zdrowia — minimalny udział nakładów na profilaktykę na poziomie 5% wydatków na zdrowie do 2030 r., wraz z wprowadzeniem systemów premiujących prozdrowotne zachowania oraz rozwojem nowoczesnej opieki senioralnej i długoterminowej (telemedycyna, powszechne ubezpieczenie pielęgnacyjne, integracja POZ–AOS).

5. Zwiększenie wykorzystania narzędzi cyfrowych w edukacji i komunikacji zdrowotnej — powszechne wdrożenie Indywidualnego Planu Profilaktyki w IKP, profesjonalizacja komunikacji zdrowotnej i proaktywne informowanie obywateli o indywidualnych kosztach świadczeń, wraz z systemowym monitorowaniem jakości opieki i doświadczeń pacjentów zorientowanym na pacjenta i kapitał zdrowia, a nie wyłącznie procedury i finanse.

