

2026

SPOŁECZNE ZNACZENIE KAPITAŁU ZDROWIA

WIEDZA, POSTAWY
I OCZEKIWANIA
POLEK I POLAKÓW
WOBEC SYSTEMU
ZDROWIA



Instytut Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej



Partnerzy
merytoryczni:



Uczelnia
Łazarskiego



Projekt sfinansowany przez
Fundację PKO Banku Polskiego



ISBN 978-83-981048-3-8

Metodologia badania: Badanie, przeprowadzone przez Instytut Badawczy SW Research na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, zrealizowano za pomocą techniki CAWI w paradygmacie badań ilościowych, w maju 2026 roku, na reprezentatywnej próbie dorosłych Polek i Polaków liczącej 1000 osób.

Cytacja: Arkadiusz Nowak, Igor Grzesiak, Patrycja Rzucidło-Zajęc, Jakub Gierczyński, Społeczne znaczenie kapitału zdrowia. Wiedza, postawy i oczekiwania Polek i Polaków wobec systemu zdrowia, Warszawa 2026

Redakcja naukowa:

- ks. dr Arkadiusz Nowak dr h.c., prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, przewodniczący Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia
- Igor Grzesiak, wiceprezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
- Patrycja Rzucidło-Zajęc, doradca Zarządu Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej ds. Komunikacji i Projektów Społecznych
- dr n. med. Jakub Gierczyński MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia, European Health Network

Komentarz naukowy:

- prof. dr hab. Ewa Baum, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
- dr hab. Małgorzata Gałązka-Sobotka, Rektor Uczelni Łazarskiego
- prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski, kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych, Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Korekta redakcyjna: Marta Kulpa

Partnerzy merytoryczni:

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Ośrodek Badań Socjomedycznych



SPIS TREŚCI

Metodologia i cel badania	4
Streszczenie	5
Szczegółowe wyniki badania	8
Doświadczenia z systemem	8
Wiedza i przekonania o systemie ochrony zdrowia	13
Świadomość kosztów systemu ochrony zdrowia	24
Ocena systemu ochrony zdrowia	26
Finansowanie systemu	29
Współodpowiedzialność obywateli	33



METODOLOGIA I CEL BADANIA

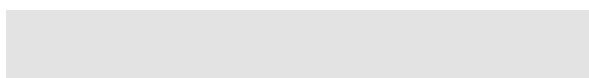


Celem badania „Społeczne znaczenie kapitału zdrowia. Wiedza, postawy i oczekiwania Polek i Polaków wobec systemu zdrowia”, przeprowadzonego na zlecenie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, była diagnoza poziomu świadomości Polek i Polaków w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, rozumiana jako identyfikacja stopnia znajomości zasad jego działania i finansowania, oraz kosztów świadczeń, a także analiza ocen formułowanych przez respondentów wobec jego funkcjonowania.

W ramach badania, zrealizowanego w terminie 25–29 maja 2026 r. metodą wywiadów on-line (CAWI) na panelu internetowym SW Panel, przeprowadzono

1000 wywiadów na reprezentatywnej próbie Polek i Polaków w wieku powyżej 18 lat, dobranej zgodnie z rozkładem płci, wieku oraz klasy wielkości miejscowości zamieszkania, co zapewniło reprezentatywność wyników wobec ogólnej populacji dorosłych mieszkańców Polski. Wielkość próby dobrano tak, aby maksymalny błąd statystyczny wynosił nie więcej niż 3 punkty procentowe, dla mniejszych podgrup margines ten jest wyższy, co warto mieć na uwadze przy interpretacji różnic między grupami.

Tak zaprojektowana metodologia pozwoliła na uzyskanie danych o wysokiej wiarygodności statystycznej, stanowiących podstawę badawczą dla dalszej części niniejszego opracowania.



STRESZCZENIE

Zdrowie jako kapitał. 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 świata**¹ i **6. gospodarka UE**² 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.

Polski system jest niedofinansowany i nie w pełni zorientowany na pacjenta. Według OECD Polacy żyją krócej niż średnio w UE – w 2024 r. było to średnio 3 lata mniej (78,7 wobec 81,7 lat). Gorzej wypadamy także pod względem możliwych do uniknięcia zgonów, którym można by było zapobiec lub które dałoby się

wyleczyć (244/140 na 100 tys. wobec 168/90 w UE) – to ok. 36 tys. zgonów rocznie, których teoretycznie dałoby się uniknąć. Znaczącą przyczyną tych wyników jest m.in. niedofinansowanie systemu: w 2023 r. Polska wydawała na zdrowie 40% mniej niż średnia unijna (2 266 euro wobec 3 832 euro PPP na osobę, czyli 7,2% PKB wobec 10%). Dodatkowo te pieniądze nie zawsze trafiają tam, gdzie mogłyby przynieść największą korzyść – znacząco więcej wydajemy na hospitalizację (37,2% wobec 27,7% w UE), a mniej na profilaktykę (1,7% wobec 4%)³.

Polacy coraz więcej płacą za świadczenia zdrowotne z prywatnych środków. Według GUS, w 2025 roku Polacy wydali na zdrowie aż 76 mld zł, co stanowiło aż 22% wydatków ogółem. W 2024 roku wydatki prywatne wyniosły ok. 66 mld⁴ zł, a w 2023 roku – ok. 56 mld zł. Jak widać, co roku Polacy wydawali prywatnie na zdrowie o 10 mld zł więcej.

OECD w raporcie *Economic Surveys: Poland 2025* dokłada do tego kolejne problemy: mało badań

1 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>

2 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

3 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. https://health.ec.europa.eu/document/download/d7d14279-b8ed-4786-a050-a5b87c94ad2f_en?filename=2025_chp_pl_polish.pdf&prefLang=pl

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

przesiewowych, zadłużone i słabo skoordynowane szpitale, brakuje personelu medycznego, nie ma ram opieki długoterminowej. Rekomendacja jest jasna – dodatkowe środki powinny zostać przeznaczone przede wszystkim na profilaktykę, dostęp do skutecznego leczenia i koordynację oraz poprawę efektywności, a nie tylko zwiększać ogólną pulę wydatków⁵.

Najdroższe dla państwa nie jest zdrowie – najdroższy jest jego brak. Każda decyzja o nieinwestowaniu w zdrowie wraca do budżetu, tylko później i drożej. Potwierdzają to m.in. dane ZUS: w 2024 r. wydatki na świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wyniosły ok. **57 mld zł** (o 17% więcej niż rok wcześniej), co odpowiada 1,6% PKB. Do tego, dochodzi **144 tys.** zgonów rocznie, którym można było zapobiec, a związany z przedwczesną śmiertelnością ubytek PKB – **115 mld zł**⁶, co przekłada się na **49 mld zł** utraconych rocznie dochodów publicznych. OECD wyceńna wartość statystycznego życia Polaka na 6,6 mln USD PPP – wobec 8,4 mln USD PPP dla przeciętnego obywatela UE⁷.

Podobny obraz potwierdza rynek pracy. Polska należy też do państw UE o najkrótszym okresie aktywności zawodowej – według wyliczeń Polskiego Instytutu Ekonomicznego, osoba kończąca 15. rok życia w 2025 r. spędzi na rynku pracy **36 lat** wobec średniej unijnej **37,5 roku** (7. miejsce od końca w UE), choć w dekadzie 2015–2025 wskaźnik ten rósł w Polsce szybciej niż średnio w UE (3,3 vs. 2,7 roku)⁸. Te dane pokazują wyraźnie, że bez odbudowy kapitału zdrowia nie da się utrzymać tempa wzrostu gospodarczego.

Na tym tle celem niniejszego badania jest próba wskazania, gdzie kapitał zdrowia jest tracony na

poziomie obywatelskim. Polki i Polacy chcą być aktywnymi użytkownikami systemu ochrony zdrowia, ale ich wiedza o zasadach jego działania i finansowania jest ograniczona – a to samo w sobie jest formą utraconego kapitału społecznego.

Przytoczone powyżej koszty – widoczne w budżecie, w PKB, w statystykach ZUS i OECD – pokazują, ile polska gospodarka traci na poziomie systemowym. Straty ponoszone są jednak także niżej, na poziomie społecznym, w postaci nadwyżęzonego zaufania i niewykorzystanego potencjału. Na tym tle celem niniejszego badania jest wskazanie, gdzie dokładnie ten kapitał jest tracony w codziennym doświadczeniu Polek i Polaków.

KLUCZOWE WNIOSKI Z BADANIA⁹:

1. Model korzystania z systemu 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: dla **7 z 10** badanych osób, decydujący o wyborze prywatnej opieki był krótszy czas oczekiwania lub brak dostępności świadczenia w NFZ, a nie wyższa jakość usług.

2. 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.

3. Potrzeba transparentności.

76,6% badanych chce znać koszty własnego leczenia, mimo że taka funkcja (wgląd w koszty przez IKP) już istnieje, lecz prawdopodobnie pozostaje mało znana i rzadko jest wykorzystywana.

5 OECD. (2025). *OECD Economic Surveys: Poland 2025*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-surveys-poland-2025_483d3bb9-en.html

6 Zakład Ubezpieczeń Społecznych. (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-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>)

7 Federacja Przedsiębiorców Polskich. (2026, styczeń). *Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia* (Nr 15). <https://federacjaprzedsiębiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>

8 Polski Instytut Ekonomiczny. (2026, 23 lipca). *Długość życia zawodowego w Polsce wzrosła w ostatnich latach*. Tygodnik Gospodarczy PIE (nr 29/2026). <https://pie.net.pl/tygodnik-gospodarczy-29-2026-23-lipca-2026-r/#tyg-mat-37738-2>

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

4. 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.

5. 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 zł¹⁰.

6. 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.

Podsumowanie: Polska ma dziś zasoby, by traktować zdrowie jako kapitał – pozycję gospodarczą, rosnącą (choć wciąż niewystarczającą) świadomość problemu na poziomie polityki publicznej oraz coraz lepiej udokumentowaną skalę strat, jakie generuje jego zaniedbanie (możliwe do uniknięcia zgony, utracone dochody, rosnące wydatki z tytułu niezdolności do pracy). Jednocześnie niniejsze badanie pokazuje, że deficyt zaczyna się już na poziomie obywatelskim: Polki i Polacy chcą aktywnie uczestniczyć w systemie ochrony zdrowia, ale ich wiedza o zasadach jego działania, finansowania i kosztach świadczeń jest ograniczona, a deficyt ten koncentruje się w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Łącząc obie perspektywy – makroekonomiczną i obywatelską – wyłania się spójny obraz: odbudowa kapitału zdrowia w Polsce wymaga nie tylko większych i lepiej ukierunkowanych nakładów, lecz także edukacji zdrowotnej i transparentności systemu, bez których nawet dobrze zaprojektowana reforma finansowania nie zyska trwałego poparcia społecznego.

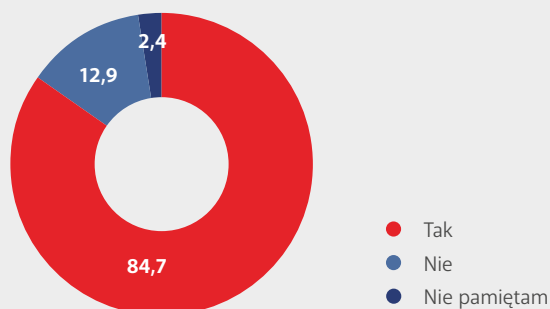
10 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. (2025). *Publikacja raportu: Luka finansowa systemu ochrony zdrowia – wyzwania długoterminowe*. <https://www.pzh.gov.pl/publikacja-raportu-luka-finansowa-systemu-ochrony-zdrowia-wyzwania-dlugoterminowe/>

SZCZEGÓŁOWE WYNIKI BADANIA

DOŚWIADCZENIA Z SYSTEMEM

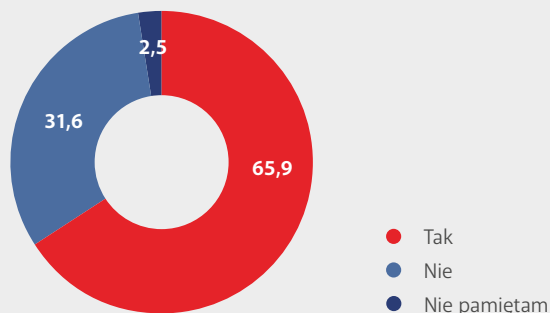


KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ NFZ



KORZYSTANIE Z PRYWATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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



PUBLICZNA OPIEKA ZDROWOTNA WCIAŻ PODSTAWĄ, ALE PRYWATNA OPIEKA JUŻ NIE JEST WYJĄTKIEM

Zdecydowana większość badanych Polek i Polaków w ciągu ostatnich 24 miesięcy korzystała ze świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej opieki zdrowotnej – potwierdziło to 84,7% respondentów. Nie skorzystało z takiej formy opieki 12,9% badanych, a 2,4% nie pamiętało czy znalazło się w takiej sytuacji.

Wynik ten pokazuje, że publiczna opieka zdrowotna pozostaje głównym punktem kontaktu obywateli z systemem ochrony zdrowia – z jego świadczeń, w analizowanym okresie, nie korzystał jedynie co 8. badany. Co najmniej połowa badanych korzysta z systemu publicznego jednocześnie sięgając po ofertę prywatną – model opieki zdrowotnej Polek i Polaków ma więc w praktyce charakter hybrydowy, a nie wyłącznie publiczny czy wyłącznie prywatny.

DLACZEGO POLKI I POLACY WYBIERAJĄ PRYWATNĄ OPIEKĘ? DECYDUJE CZAS.

Osoby, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy korzystały z prywatnych świadczeń zdrowotnych (N=659), zapytano o główny powód takiego wyboru. Odpowiedzi jednoznacznie wskazują, że najważniejszym czynnikiem był czas – krótszy czas oczekiwania na wizytę lub świadczenie wskazała blisko połowa tej grupy (49,8%).

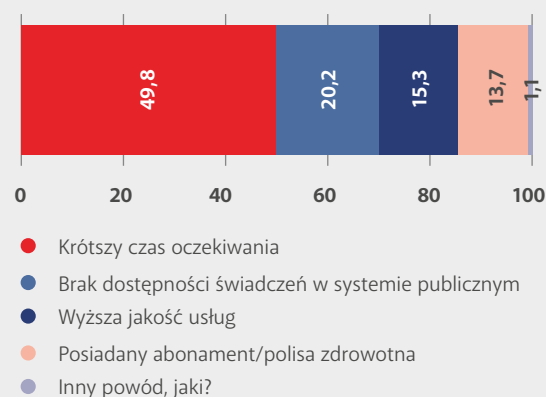
Na drugim miejscu znalazł się brak dostępności danego świadczenia w systemie publicznym (20,2%) – co w praktyce oznacza, że dla co 5. osoby korzystającej z prywatnej opieki nie był to wybór alternatywny, lecz jedyna dostępna opcja uzyskania pomocy. Dopiero w dalszej kolejności ankietowani wskazywali wyższą jakość usług (15,3%) oraz posiadany abonament lub polisę zdrowotną (13,7%), co wskazuje, że w tej grupie decyzja mogła wynikać także z czynników niezwiązanych bezpośrednio z oceną jakości czy dostępności systemu publicznego, a z wcześniej podjętych decyzji (np. wcześniejszego przystąpienia do pracowniczych pakietów medycznych). Inny powód wskazało 1,1% badanych.

Zestawiając te dwa najczęściej wskazywane powody – krótszy czas oczekiwania (49,8%) i brak dostępności świadczeń w systemie publicznym (20,2%) – widać, że dla 7 na 10 ankietowanych osób korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej, decyzja ta była bezpośrednio związana z ograniczeniami czasowymi lub organizacyjnymi systemu publicznego, a nie wynikała wyłącznie z subiektywnej oceny związanej z jakością usług.

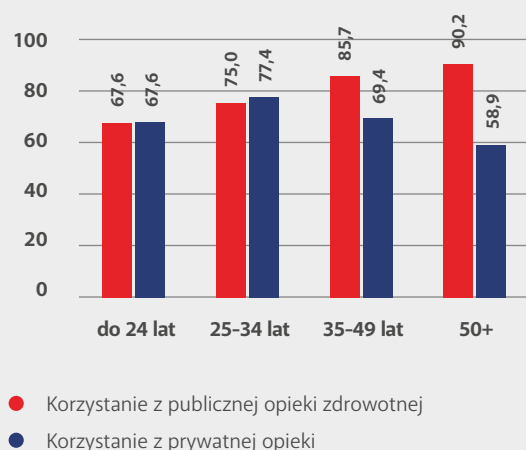
Zestawienie tych trzech wskaźników pokazuje, że Polki i Polacy nie wybierają między systemem publicznym a prywatnym, lecz łączą je w model dualny – prywatna opieka nie zastępuje publicznej (z której korzysta 84,7% badanych), ale uzupełnia ją.

Analiza motywacji osób sięgających po prywatne świadczenia (N=659) pokazuje, że nie chodzi tu o jakość usług (15,3%), lecz o czas – krótszy czas oczekiwania (49,8%) oraz brak dostępności świadczeń w systemie publicznym (20,2%). Oznacza to, że czas

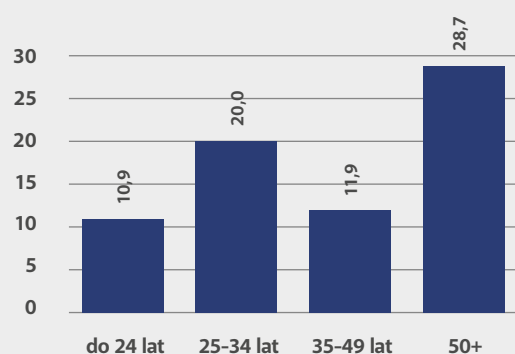
JAKI BYŁ GŁÓWNY POWÓD SKORZYSTANIA PRZEZ PANA/PANIĄ ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRYWATNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ?



KORZYSTANIE Z PUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ VS. PRYWATNEJ OPIEKI WG WIEKU (%)



POWÓD WYBORU PRYWATNEJ OPIEKI: BRAK DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZEŃ W SYSTEMIE PUBLICZNYM WG WIEKU (% WŚRÓD KORZYSTAJĄCYCH Z PRYWATNEJ OPIEKI)

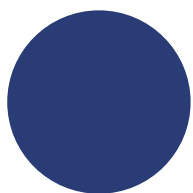


oczekiwania staje się realną barierą w dostępie do leczenia, a możliwość jej ominięcia zależy od zasobów finansowych pacjenta – co pogłębia nierówności społeczne w dostępie do zdrowia.

Analiza demograficzna wskazuje, że to przede wszystkim wiek różnicuje doświadczenia z systemem ochrony zdrowia. Częstość korzystania z publicznej opieki zdrowotnej wzrasta wraz z wiekiem (67,6% w grupie do 24 lat vs. 90,2% w grupie 50+), podczas gdy korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej maleje (77,4% w grupie 25–34 lata vs. 58,9% w grupie 50+). Wśród

osób decydujących się na korzystanie z usług prywatnej opieki zmienia się też motywacja – znaczenie czasu oczekiwania rośnie z wiekiem (37,0% do 24. roku życia vs. 53,7% w grupie 35–49 lat), a w grupie 50+, wyraźnie silniej niż w pozostałych grupach, pojawia się motyw braku dostępności świadczenia w systemie publicznym (28,7% vs. 11,9% w grupie 35–49 lat).

Dodatkowo w korzystaniu z prywatnej opieki zdrowotnej pojawia się różnica płciowa – kobiety korzystają z niej częściej niż mężczyźni (71,2% vs. 60,2%).



KONKLUZJA SOCJOLOGICZNA

prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski
kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych,
Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Najważniejszym czynnikiem różnicującym korzystanie ze świadczeń publicznej opieki zdrowotnej jest wiek. Kontakt z publiczną opieką zdrowotną wyraźnie rośnie w kolejnych grupach wiekowych, co można wiązać ze zwiększającymi się wraz z wiekiem potrzebami zdrowotnymi. Pozostałe cechy mają mniejsze znaczenie. Kobiety korzystają z publicznych świadczeń nieco częściej niż mężczyźni, nie widać natomiast wyraźnego, liniowego związku z dochodem ani wielkością miejscowości. Wysoki poziom korzystania z publicznej opieki zdrowotnej we wszystkich tych grupach wskazuje, że ma ona charakter powszechny i pozostaje istotna niezależnie od sytuacji materialnej oraz miejsca zamieszkania.

Korzystanie z niepublicznej opieki zdrowotnej, w przeciwieństwie do korzystania ze świadczeń NFZ, jest wyraźnie zróżnicowane społecznie. Szczególne znaczenie mają dochód i wykształcenie: wraz ze wzrostem poziomu obu tych zasobów rośnie odsetek osób korzystających z niepublicznych świadczeń. Wskazuje to, że dostęp do tego sektora jest związany z pozycją społeczno-ekonomiczną, możliwościami samodzielnego finansowania świadczeń, a prawdo-

podobnie również z dostępem do abonamentów pracowniczych.

Z niepublicznej opieki częściej korzystają kobiety niż mężczyźni, a pod względem wieku wyróżniają się osoby między 25. a 34. rokiem życia. Po 50. roku życia korzystanie z niej jest najmniej rozpowszechnione, mimo że w tej grupie najczęstszy jest kontakt z publiczną opieką. Może to wskazywać, że młodszy dorośli częściej wybierają niepubliczną opiekę ze względu na szybkość i wygodę dostępu, podczas gdy starsze osoby, mające większe i bardziej złożone potrzeby zdrowotne, w większym stopniu opierają leczenie na systemie publicznym.

Wyniki wskazują ponadto na funkcjonowanie w Polsce hybrydowego modelu korzystania z opieki zdrowotnej, w którym pacjenci łączą świadczenia finansowane ze środków publicznych ze świadczeniami finansowanymi prywatnie. Opieka finansowana przez NFZ pozostaje podstawą zabezpieczenia zdrowotnego, natomiast świadczenia opłacane prywatnie umożliwiają części pacjentów szybszy lub wygodniejszy dostęp do wybranych usług.

Wyniki niniejszego badania można zestawiać z danymi zawartymi w raporcie OECD/European Observatory on Health Systems and Policies¹¹. Według niego całkowite wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca w Polsce w 2023 r. wyniosły 2 266 EUR (o 40% mniej niż średnia unijna wynosząca 3 832 EUR), a 22% tej kwoty stanowiły wydatki prywatne, w większości pokrywane bezpośrednio z kieszeni pacjentów. Ten sam raport wskazuje, że w 2024 r. 5,2% Polek i Polaków zgłaszających potrzebę skorzystania z opieki medycznej nie miało do niej dostępu ze względu na koszty, czas oczekiwania lub odległość – wobec średniej unijnej 3,6%, przy czym długi czas oczekiwania wskazano jako jeden z kluczowych czynników tego zjawiska. Dane te korespondują z wynikami prezentowanego tutaj badania, w którym krótszy czas oczekiwania był głównym powodem wyboru prywatnej opieki (49,8% wśród badanych korzystających z niej), a wśród osób w wieku 50+ silnie zaznaczał się dodatkowo motyw braku dostępności świadczenia w systemie publicznym (28,7%).

Raport OECD wskazuje również, że ograniczone środki finansowe przeznaczane na system ochrony zdrowia oraz niedobór pracowników medycznych stanowią podstawę barier w dostępie, takich jak czas oczekiwania. Ponadto udział wydatków przeznaczonych na profilaktykę i opiekę długoterminową należy w Polsce do najniższych w UE. W tym kontekście fakt, że w prezentowanym badaniu 2/3 respondentów zadeklarowało korzystanie z prywatnej opieki zdrowotnej, można odczytywać jako odzwierciedlenie strukturalnych ograniczeń systemu publicznego opisywanych w danych OECD, a nie wyłącznie jako indywidualną preferencję pacjentów.

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. https://health.ec.europa.eu/document/download/d7d14279-b8ed-4786-a050-a5b87c94ad2f_en?filename=2025_chp_pl_polish.pdf&prefLang=pl



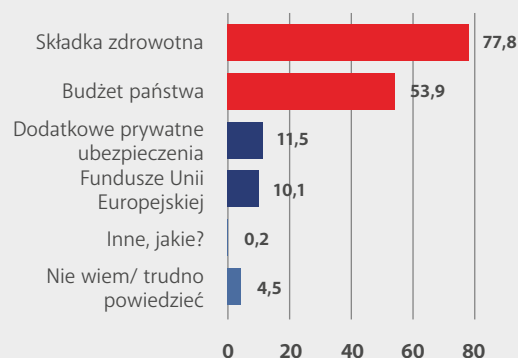
WIEDZA I PRZEKONANIA O SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Pytania w tej części badania miały na celu sprawdzenie, na jakim poziomie Polki i Polacy orientują się w kwestii finansowania publicznej opieki zdrowotnej – zarówno jako jej główni beneficjenci, jak i źródło jej finansowania, skoro składka zdrowotna pochodzi bezpośrednio z ich wynagrodzeń. Poziom tej orientacji ma znaczenie praktyczne: świadomość mechanizmu finansowania systemu jest istotnym elementem toczącej się debaty publicznej o wysokości nakładów na ochronę zdrowia i o tym, kto i w jakim zakresie za nią płaci.

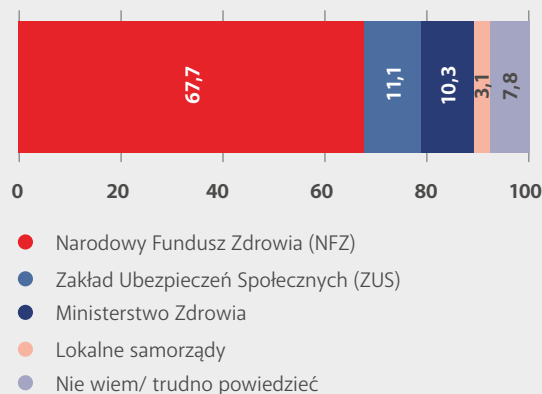
SKŁADKA ZDROWOTNA I BUDŻET PAŃSTWA JAKO GŁÓWNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA W ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ

Zapytani o źródła finansowania publicznej opieki zdrowotnej w Polsce (pytanie wielokrotnego wyboru), respondenci najczęściej wskazywali składkę zdrowotną – 77,8% badanych. Na drugim miejscu znalazł się budżet państwa (53,9%). Zdecydowanie rzadziej wymieniano dodatkowe prywatne ubez-

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ



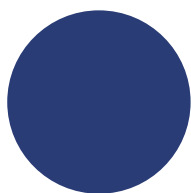
INSTYTUCJA FINANSUJĄCA PUBLICZNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ



pieczenia (11,5%) oraz fundusze Unii Europejskiej (10,1%). Inne źródło wskazało 0,2% badanych, a 4,5% nie potrafiło odpowiedzieć.

Pytani wprost, która instytucja finansuje większość świadczeń zdrowotnych w Polsce, respondenci

w zdecydowanej większości (67,7%) wskazali Narodowy Fundusz Zdrowia. Znacznie rzadziej wymieniano Zakład Ubezpieczeń Społecznych (11,1%) oraz Ministerstwo Zdrowia (10,3%). Lokalne samorządy wskazało 3,1% badanych, a 7,8% nie znało odpowiedzi.



KONKLUZJA SOCJOLOGICZNA

prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski

kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych,
Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Wyniki wskazują, że społeczna wiedza o finansowaniu publicznej opieki zdrowotnej koncentruje się przede wszystkim na składce zdrowotnej. Budżet państwa jest wskazywany wyraźnie rzadziej, co sugeruje, że znaczna część badanych postrzega system głównie przez pryzmat własnych składek, nie dostrzegając w pełni jego mieszanego modelu finansowania. Może to utrwalać przekonanie, że zakres dostępnych świadczeń powinien wynikać bezpośrednio z wysokości indywidualnie odprowadzanych składek. Wskazania funduszy Unii Europejskiej oraz dodatkowych prywatnych ubezpieczeń pokazują natomiast, że część respondentów nie rozdziela źródeł finansowania bieżących świadczeń od środków przeznaczanych na inwestycje, programy zdrowotne czy rozwój infrastruktury.

Widoczne jest również zacieranie granicy między publicznym i prywatnym sposobem finansowania opieki. Może to wynikać ze złożoności systemu, w którym pacjenci korzystają równolegle ze świadczeń finansowanych przez NFZ, abonamentów, polis i opłat bezpośrednich.

Najwyraźniejsze różnice demograficzne dotyczą wieku. Starsi respondenci częściej rozpoznają składkę zdrowotną i budżet państwa jako źródła finansowania publicznej opieki. Osoby najmłodsze częściej wskazują fundusze unijne i prywatne ubezpieczenia, a także częściej deklarują brak wiedzy. Może to świadczyć o słabszej znajomości mechanizmów systemu wśród osób, które dopiero wchodzą w rolę zawodowe i podatkowe oraz mają krótsze doświadczenie samodzielnego korzystania z opieki zdrowotnej.

Znaczenie ma również wykształcenie. Osoby z wyższym wykształceniem częściej identyfikują podstawowe źródła finansowania systemu, co wskazuje na związek między kapitałem edukacyjnym a poziomem kompetencji instytucjonalnych. Ogólnie wyniki pokazują więc nie tyle całkowity brak wiedzy, ile jej fragmentaryczność: większość badanych zna najbardziej widoczne źródło finansowania, ale rzadziej dostrzega pełną konstrukcję systemu publicznego.

Warto zestawiać deklaracje respondentów z rzeczywistą strukturą finansowania. Według danych zawartych w „Monitorze Finansowania Ochrony Zdrowia nr 15”¹², w 2024 r. składka zdrowotna należąca od 34,2 mln ubezpieczonych wyniosła 158,7 mld zł, co pokryło 83,2% kosztów ogółem systemu (190,7 mld zł). Pozostałe 16,8% kosztów sfinansowano z innych źródeł – przede wszystkim z dotacji budżetu państwa. Oznacza to, że intuicja respondentów co do hierarchii źródeł finansowania jest trafna – składka zdrowotna rzeczywiście jest głównym filarem systemu, a budżet państwa pełni rolę uzupełniającą. Jednocześnie skala tej dysproporcji jest w rzeczywistości znacznie większa niż sugerowałby rozkład odpowiedzi w badaniu. Respondenci trafnie identyfikują więc kierunek hierarchii źródeł finansowania, ale najpewniej nie doceniają skali dominacji składki zdrowotnej nad wsparciem budżetowym.

Warto jednak dodać kontekst, którego badanie nie mogło uchwycić, ponieważ dotyczy dynamiki lat 2024–2026 – okresu bieżącej debaty publicznej. Udział budżetu państwa w finansowaniu systemu ochrony zdrowia zwiększa się z roku na rok: wydatki budżetu państwa w części budżetowej „Zdrowie” wzrosły z 15,2 mld zł w 2023 r. do 29,8 mld zł w 2024 r., 37,2 mld zł w 2025 r., a na 2026 r. zaplanowano już 45,0 mld zł – **niemal trzykrotny wzrost w ciągu trzech lat**¹³. Oznacza to, że obraz finansowania systemu funkcjonujący w świadomości społecznej (składka jako zdecydowanie dominująca, a budżet państwa jako drugorzędne źródło) już dziś odbiega od aktualnej, dynamicznie zmieniającej się struktury przychodów, w której rola budżetu państwa systematycznie i szybko rośnie.

12 Federacja Przedsiębiorców Polskich. (2026, styczeń). *Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia* (Nr 15). <https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>

13 Federacja Przedsiębiorców Polskich. (2026, styczeń). *Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia* (Nr 15). <https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>

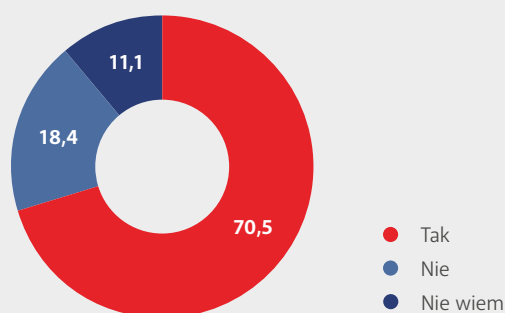
SKŁADKA ZDROWOTNA: WIĘKSZOŚĆ WIE, ŻE JEST OBOWIĄZKOWA, ALE NIE ZNA JEJ WYSOKOŚCI

Większość respondentów (70,5%) uważa, że każdy pracujący Polak płaci składkę zdrowotną. Przeciwnego zdania było 18,4% badanych, a 11,1% nie potrafiło udzielić odpowiedzi.

Inaczej wygląda sytuacja w przypadku wysokości składki. Poprawną wartość – 9% dochodu – wskazało 46,4% badanych. Pozostałe odpowiedzi to 5% dochodu (10,9%) oraz 15% dochodu (6,4%). Co istotne, ponad co 3. respondent (36,3%) przyznał, że nie zna wysokości składki zdrowotnej. Oznacza to, że mimo powszechnej wiedzy o samym fakcie obowiązku płacenia składki (70,5%), znajomość jej konkretnej wysokości jest już znacznie niższa i dotyczy niespełna połowy badanych.

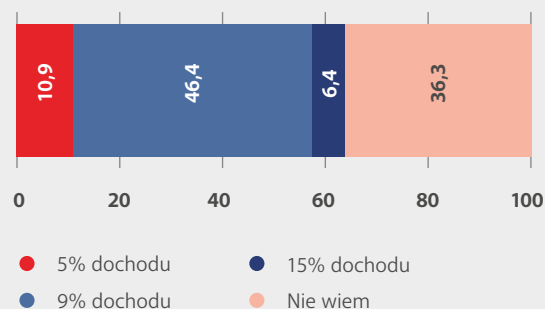
OPLACANIE SKŁADKI ZDROWOTNEJ

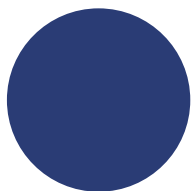
Czy każdy pracujący Polak płaci składkę zdrowotną?



WYSOKOŚĆ SKŁADKI ZDROWOTNEJ

Ile wynosi aktualna składka zdrowotna płacona przez osobę pracującą na etacie?





KONKLUZJA SOCJOLOGICZNA

prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski

kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych,
Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Odpowiedź respondentów na pytanie o wysokość składki zdrowotnej dla osoby zatrudnionej na etacie jest zgodna ze stanem faktycznym – w 2026 r. składka zdrowotna dla pracowników etatowych rzeczywiście wynosi 9% podstawy wymiaru, bez górnego limitu kwotowego, co potwierdza poprawność odpowiedzi 46,4% badanych. Warto jednak zaznaczyć, że ta stawka dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych na etacie – rzeczywisty system jest znacznie bardziej zróżnicowany dla innych form aktywności zawodowej¹⁴.

Zastrzeżenia wymaga też samo założenie z poprzedniego pytania – że „każdy pracujący Polak płaci składkę zdrowotną” (z czym zgodziło się 70,5% respondentów). W przypadku niektórych grup zawodowych np. rolników ubezpieczonych w KRUS zasada ta w praktyce nie obowiązuje: za 60% ubezpieczonych w KRUS składkę zdrowotną w całości opłaca państwo, a 26% odprowadza jedynie symboliczną kwotę do 20 zł miesięcznie¹⁵.

14 *Infakt.pl*, „Składka zdrowotna 2026 – skala podatkowa, podatek liniowy, ryczałt i inne formy”, 2026; VATAX, „Składka zdrowotna 2026 – ile wynosi i co się zmienia?”

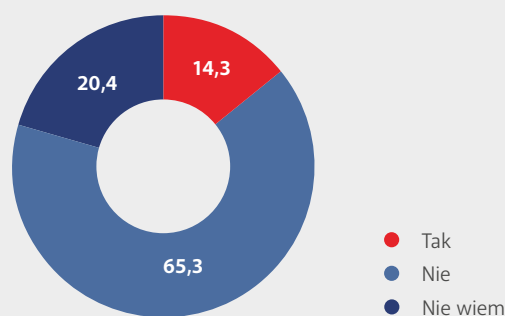
15 Rzeczpospolita. (2026, 21 kwietnia; aktual. 13 sierpnia). *Składka zdrowotna 2026. Tyle naprawdę ubędzie z portfeli Polaków*. <https://www.rp.pl/praca-emerytury-i-renty/art44197221-skladka-zdrowotna-2026-tyle-naprawde-ubedzie-z-portfeli-polakow>

SKŁADKA, A KOSZTY LECZENIA: DOMINUJE PRZEKONANIE O NIEPEŁNYM POKRYCIU

Polki i Polacy biorący udział w badaniu zapytani, czy składka zdrowotna pokrywa wszystkie koszty leczenia w Polsce, w zdecydowanej większości (65,3%) odpowiedzieli przecząco. Odmiennego zdania było 14,3% badanych, a 20,4% nie miało na ten temat wiedzy. Dominujące przekonanie o niepełnym pokryciu kosztów leczenia przez składkę koresponduje z wynikami kolejnego rozdziału raportu, poświęconego świadomości kosztów systemu ochrony zdrowia.

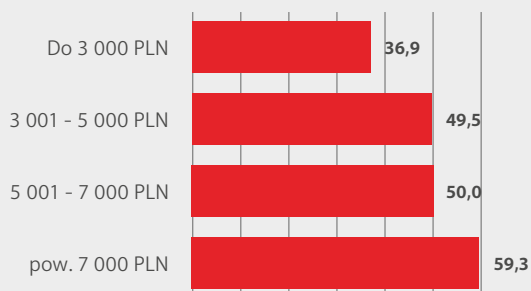
POKRYWANIE WSZYSTKICH KOSZTÓW LECZENIA

Czy uważa Pan/Pani, że składka zdrowotna pokrywa wszystkie koszty leczenia w Polsce?

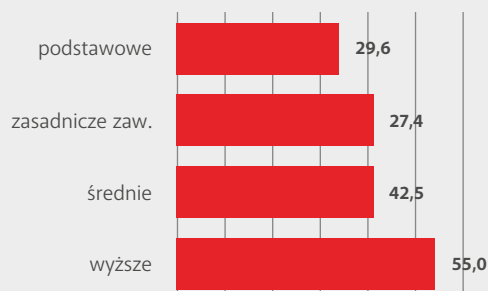


ODSETEK POPRAWNYCH ODPOWIEDZI NA PYTANIE O WYSOKOŚĆ SKŁADKI ZDROWOTNEJ (9% DOCHODU), WG ZMIENNEJ DEMOGRAFICZNEJ

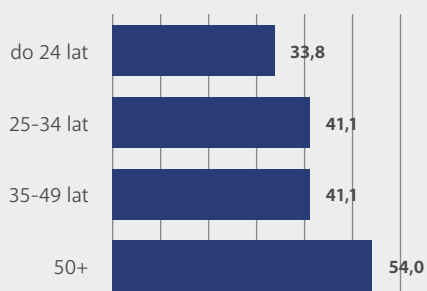
DOCHÓD NETTO - RÓŻNICA 22,4 P.P.



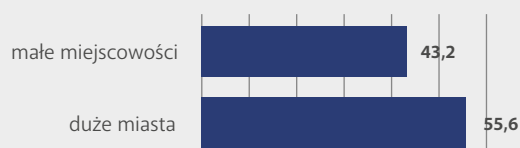
WYKSZTAŁCENIE - RÓŻNICA 27,6 P.P.

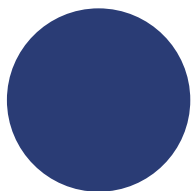


WIEK - RÓŻNICA 20,2 P.P.



MIEJSCE ZAMIESZKANIA - RÓŻNICA 12,4% P.P.





KONKLUZJA SOCJOLOGICZNA

prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski
kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych,
Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Wiedza o wysokości składki zdrowotnej jest ograniczona. Prawidłową odpowiedź wskazała niespełna połowa badanych, natomiast ponad jedna trzecia nie potrafiła określić jej wysokości. Pokazuje to, że nawet obciążenie regularnie potrącane z wynagrodzenia pozostaje dla znacznej części pracujących mało widoczne. Może to wynikać z automatycznego sposobu rozliczania składki przez pracodawcę – pracownik widzi przede wszystkim kwotę wynagrodzenia netto, ale nie zawsze zna strukturę potrąceń.

Większość badanych uważa, że składka zdrowotna nie pokrywa wszystkich kosztów leczenia. Odpowiedzi te są spójne z wcześniejszymi wynikami, w których obok składki wskazywano budżet państwa jako źródło finansowania publicznej opieki zdrowotnej.

Respondenci w większości dostrzegają zatem, że składka jest podstawowym, ale niewystarczającym źródłem utrzymania systemu.

Można zaobserwować tutaj istotną rozbieżność: badani częściej rozumieją, że składka nie wystarcza na pokrycie wszystkich wydatków, niż znają jej rzeczywistą wysokość. Społeczna świadomość opiera się zatem bardziej na ogólnym przekonaniu o kosztowności i niedofinansowaniu ochrony zdrowia niż na szczegółowej znajomości mechanizmów jej finansowania. Składka jest przy tym często postrzegana jako indywidualna opłata za leczenie, choć w rzeczywistości stanowi element solidarnościowego systemu redystrybucji ryzyka: wysokość wpłat konkretnej osoby nie odpowiada wartości świadczeń, z których osoba ta korzysta.

MITY DOTYCZĄCE SYSTEMU WCIAŻ ŻYWE W ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ

Respondentom przedstawiono cztery twierdzenia dotyczące zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce i poproszono o ocenę, czy są one prawdziwe czy fałszywe.

Podstawowa opieka zdrowotna finansowana w pełni ze składki zdrowotnej. Ze stwierdzeniem, że POZ (lekarz rodzinny i pielęgniarz środowiskowa) jest w pełni finansowana ze składki zdrowotnej, zgodziła się ponad połowa (58,9%) badanych. Za fałszywe uznało je 15,8% respondentów, a 25,3% nie miało zdania. Takie przekonanie upraszcza rzeczywistość. Podstawowa opieka zdrowotna finansowana jest przez NFZ w systemie kapitałowym, jednak – jak pokazał wcześniejszy rozdział tego raportu – nakłady na publiczną opiekę zdrowotną nie pochodzą „w pełni” ze składki. Można zatem przyjąć, że również środki trafiające do POZ mają charakter mieszany: pochodzą głównie, choć nie wyłącznie, ze składki zdrowotnej.

NFZ jako właściciel większości szpitali w Polsce. W ocenie tego stwierdzenia respondenci byli podzieleni: 43,1% uznało je za prawdziwe, 32,1% za fałszywe, a 24,8% nie znało odpowiedzi.

Pomimo, iż to stwierdzenie jest fałszywe, to więcej badanych wskazało błędną odpowiedź niż poprawną. Narodowy Fundusz Zdrowia jest płatnikiem, a nie właścicielem placówek medycznych. Publiczne szpitale są własnością podmiotów tworzących – najczęściej samorządów terytorialnych (powiatów, województw), a w niektórych przypadkach uczelni medycznych, ministerstw czy instytutów badawczych. NFZ zawiera z tymi podmiotami kontrakty na udzielanie świadczeń, ale nie posiada infrastruktury szpitalnej. To jedyne z czterech pytań, w którym błędna odpowiedź dominowała nad poprawną – wskazuje to na realny i dość powszechny mit dotyczący struktury własnościowej systemu.

Większość poprawnie oceniła to stwierdzenie jako fałszywe. Refundacja leków w Polsce jest uzależniona od konkretnych wskazań medycznych i wpisania danego leku na listę refundacyjną dla danego rozpoznania – nie każdy pacjent ma automatyczny dostęp do każdego leku z tej listy, a jedynie do tych odpowiadających jego schorzeniu. Mimo to aż co trzeci badany (35,8%) błędnie sądził, że dostęp ten ma charakter powszechny.

TWIERDZENIA PRAWDA/ FAŁSZ

Prosimy ocenić, czy poniższe stwierdzenia dotyczące systemu ochrony zdrowia w Polsce są prawdziwe czy fałszywe.

- Prawda
- Fałsz
- Nie wiem

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce (POZ, czyli lekarz rodzinny, pielęgniarz środowiskowa) jest w pełni finansowana ze składki zdrowotnej

58,9 15,8 25,3

NFZ jest właścicielem większości szpitali w Polsce

43,1 32,1 24,8

Każdy obywatel ma dostęp do wszystkich leków refundowanych (czyli leki, do których dopłaca państwo)

35,8 46,3 17,9

Pacjent leczony prywatnie nie może być w tym samym czasie leczony na NFZ

16,6 64,6 18,8

Dostęp do wszystkich leków refundowanych.

Stwierdzenie, że każdy obywatel ma dostęp do wszystkich leków refundowanych, za fałszywe uznało 46,3% badanych, za prawdziwe – 35,8%, a 17,9% nie miało zdania.

Zakaz równoległego leczenia prywatnego i na NFZ.

Ze stwierdzeniem, że pacjent leczony prywatnie nie może być w tym samym czasie leczony na NFZ, nie zgodziła się zdecydowana większość badanych – 64,6% uznało je za fałszywe, 16,6% za prawdziwe, a 18,8% nie znało odpowiedzi.

To najlepiej rozpoznane spośród czterech testowanych przekonań. W polskim systemie prawnym nie istnieje generalny zakaz korzystania jednocześnie z leczenia prywatnego i publicznego – pacjent może w tym samym czasie leczyć się prywatnie w zakresie jednego świadczenia i korzystać z NFZ w zakresie innego. Wysoki odsetek poprawnych odpowiedzi jest spójny z ustaleniami z rozdziału „Doświadczenia z systemem”, gdzie 2/3 badanych zadeklarowało równoległe korzystanie z obu form opieki.

Wyniki tego rozdziału można odczytywać w szerszym kontekście badań nad kompetencjami zdrowotnymi (*health literacy*) – zdolnością do rozumienia i wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia i systemu opieki zdrowotnej. Kompetencje zdrowotne definiuje się szerzej niż tylko jako wiedzę medyczną – obejmują one konstrukt łączący wiedzę, motywację i umiejętności potrzebne do dostępu, zrozumienia, oceny i wykorzystania informacji zdrowotnej, w tym zdolność do nawigacji po systemie opieki zdrowotnej jako takim¹⁶.

Systematyczny przegląd literatury autorstwa DeWalt at al.¹⁷, obejmujący badania z lat 1980–2003 (44 publikacje spełniające kryteria metodologiczne spośród ponad 3000 zidentyfikowanych), wykazał, że niski poziom kompetencji zdrowotnych wiąże się z gorszymi wynikami zdrowotnymi. Osoby o niskich kompetencjach zdrowotnych dysponowały mniejszą wiedzą na temat własnego stanu zdrowia i leczenia, częściej osiągały gorsze wyniki kliniczne oraz częściej korzystały z opieki szpitalnej i innych zasobów systemu ochrony zdrowia. Autorzy oszacowali, że pacjenci z niskim poziomem kompetencji zdrowotnych byli 1,5–3 razy bardziej narażeni na wystąpienie niekorzystnych wyników zdrowotnych niż osoby z wyższym poziomem tych kompetencji.

Kompetencje zdrowotne obejmują jednak nie tylko wiedzę medyczną, lecz także rozumienie zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – w tym mechanizmów jego finansowania. W tym świetle warto rozróżnić dwie warstwy wiedzy ujawnione w niniejszym badaniu. Wiedza ogólna o zasadach funkcjonowania systemu – np. prawidłowe wskazanie NFZ jako głównego płatnika świadczeń – różnicowana jest niemal wyłącznie przez wiek (32,6 p.p. różnicy między grupą do 24 lat a grupą 50+), co można interpretować jako efekt kumulującego się z czasem doświadczenia w kontakcie z systemem.

Wiedza szczegółowa, wymagająca znajomości konkretnej wartości liczbowej – jak wysokość składki zdrowotnej – jest natomiast zróżnicowana w zależności od wykształcenia, dochodu, wieku i miejsca zamieszkania, przy czym wykształcenie i dochód okazują się tu silniejszymi czynnikami różnicującymi niż wiek.

Ten wzorzec jest zgodny z tym, co pokazują analizy i badania nad *health literacy*, które wskazują, że kompetencje zdrowotne zwykle rosną wraz z poziomem wykształcenia i statusem społeczno-ekonomicznym, niezależnie od wieku. Oznacza to, że deficyt szczegółowej wiedzy o systemie ochrony zdrowia nie jest równomiernie rozłożony w populacji, lecz koncentruje się w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Co istotne – niskie kompetencje zdrowotne wiążą się także z trudnościami w nawigacji po systemie ochrony zdrowia, opóźnianiem lub rezygnacją z potrzebnej opieki oraz częstszym, mniej efektywnym korzystaniem z jego zasobów.

To jednak nie tylko problem obywateli. Coraz częściej mówi się o „instytucjach przyjaznych pacjentowi” – czyli takich, które są bardziej zrozumiałe dla pacjentów: piszą prostym językiem, mają czytelne formularze i uczą personel, jak tłumaczyć trudne sprawy na ludzki język¹⁸. Dlatego też, to nie tylko pacjent powinien „dogonić” system – ale też system powinien wyjść mu naprzeciw.

16 Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, Article 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

17 DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>

18 Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. National Academy of Medicine (Institute of Medicine). <https://doi.org/10.31478/201206a>

ŚWIADOMOŚĆ KOSZTÓW SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA



KOSZTY LECZENIA: NIEZNANE DLA CO TRZECIEGO BADANEGO

Respondentów zapytano, ile średnio kosztuje publiczną ochronę zdrowia jeden dzień hospitalizacji pacjenta (pobyt na oddziale szpitalnym wraz z badaniami, lekami i opieką medyczną). **Co trzeci respondent (33,1%) przyznał, że nie zna odpowiedzi** – to najwyższy odsetek „nie wiem” spośród wszystkich pytań kosztowych w tym badaniu.

Podobny wzorec niepewności wystąpił przy pytaniu o koszt samej wizyty u lekarza specjalisty (bez dodatkowych badań). Odsetek odpowiedzi „nie wiem” wyniósł tu 25,2%.

ZDECYDOWANA WIĘKSZOŚĆ CHCIAŁABY ZNAĆ KOSZTY WŁASNEGO LECZENIA

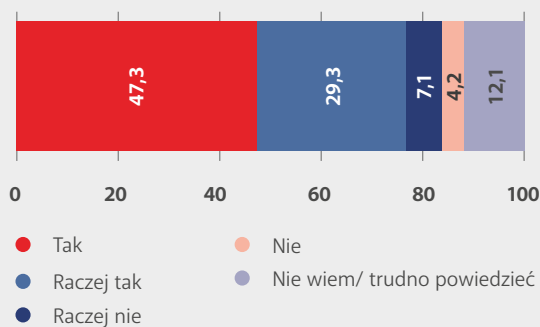
Uczestnicy badania zapytani, czy chcieliby mieć możliwość otrzymania informacji o kosztach udzielonych im dotychczas świadczeń zdrowotnych, w zdecydowanej większości odpowiedzieli twierdząco – łącznie 76,6% wskazań „tak” (47,3%) i „raczej tak” (29,3%). Przeciwnego zdania było 11,3% badanych („raczej nie” – 7,1%, „nie” – 4,2%), a 12,1% nie miało zdania.

PODZIELONE ZDANIA W SPRAWIE UZALEŻNIENIA SKŁADKI OD STYLU ŻYCIA

Za tym, by regularny udział w badaniach profilaktycznych i zdrowy styl życia wpływał na wysokość składki zdrowotnej, było 43,0% badanych (18,2% zdecydowanie, 24,8% raczej tak), przeciw – 24,9% (16,1% raczej nie, 8,8% zdecydowanie nie), a 32,1% nie miało zdania w tej kwestii.

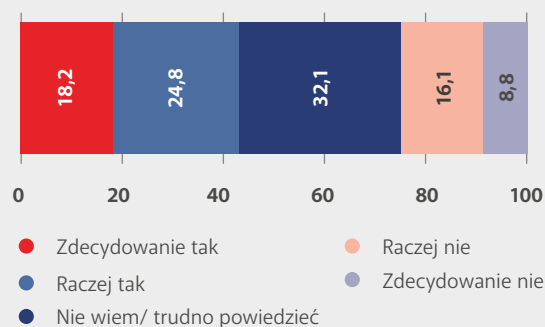
OTRZYMYWANIE INFORMACJI O KOSZTACH UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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?



Możliwość uzależnienia wysokości składki zdrowotnej od udziału w badaniach profilaktycznych i stylu życia zyskuje więcej zwolenników niż przeciwników. Jednocześnie bardzo duża grupa badanych nie potrafi zająć jednoznacznego stanowiska. Świadczy to o społecznej atrakcyjności zasady indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, ale również o dostrzeganiu trudności związanych z jej praktycznym i sprawiedliwym zastosowaniem.

Poparcie dla takiego rozwiązania wyraźnie wzrasta wraz z dochodem. Najczęściej opowiadają się za nim osoby najlepiej sytuowane, natomiast osoby o najniższych dochodach częściej pozostają niepewne lub są mu przeciwnie. Może to wynikać z nierównego dostępu do zasobów umożliwiających dbanie o zdrowie. Zdrowa dieta, aktywność fizyczna, czas na odpoczynek czy regularne badania zależą nie tylko od indywidualnych decyzji, lecz także od dochodów, warunków pracy, miejsca zamieszkania i dostępności świadczeń. Grupy posiadające większe zasoby mogą częściej postrzegać zdrowy styl życia jako rezultat osobistego wyboru, podczas gdy osoby w trudniejszej sytuacji częściej doświadczają jego strukturalnych ograniczeń.

Znaczenie ma także wykształcenie. Osoby z wyższym wykształceniem częściej akceptują powiązanie składki z zachowaniami zdrowotnymi i rzadziej unikają zajęcia stanowiska. Może to być związane zarówno z większą wiedzą zdrowotną, jak i z większym poczuciem wpływu na własne zdrowie. Największe poparcie ze względu na wiek występuje wśród osób w średnim wieku, natomiast najmłodszy częściej odrzucają takie rozwiązanie.

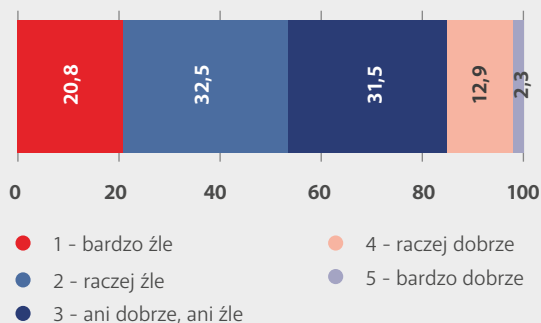
Z perspektywy socjologicznej pytanie ujawnia napięcie między dwiema koncepcjami systemu ochrony zdrowia. Pierwsza opiera się na solidarności społecznej i wspólnym ponoszeniu ryzyka niezależnie od przyczyn choroby. Druga akcentuje indywidualną odpowiedzialność i zakłada, że zachowania uznawane za prozdrowotne powinny być finansowo premiowane. Wprowadzenie drugiej zasady mogłoby jednak prowadzić do moralizowania zdrowia oraz ekonomicznego karania osób chorych lub żyjących w warunkach utrudniających podejmowanie zachowań prozdrowotnych.

OCENA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA



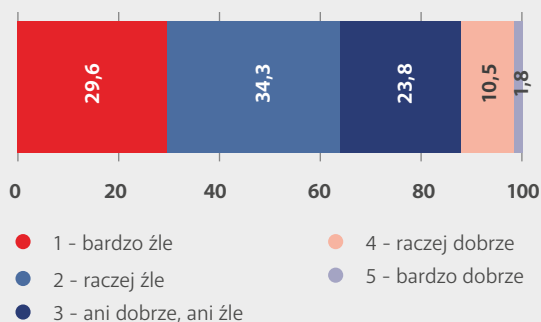
OCENA FUNKCJONOWANIA PUBLICZNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

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?



WIĘKSZOŚĆ BADANYCH ŹŁE OCENIA FUNKCJONOWANIE PUBLICZNEJ OCHRONY ZDROWIA

Biorący udział w badaniu respondenci poproszeni o ogólną ocenę funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, w zdecydowanej większości wystawili ocenę negatywną – łącznie 53,3% wskazań – „bardzo źle” (20,8%) i „raczej źle” (32,5%). Ocenę neutralną („ani dobrze, ani źle”) wybrało 31,5% badanych, a pozytywną – jedynie 15,2% („raczej dobrze” – 12,9%, „bardzo dobrze” – 2,3%).

Jeszcze bardziej krytycznie oceniona została dostępność lekarzy specjalistów w systemie publicznym: 63,9% respondentów uznało ją za złą (29,6% „bardzo źle”, 34,3% „raczej źle”), 23,8% za neutralną, a jedynie 12,3% za dobrą.

DWIE TRZECIE BADANYCH UWAŻA, ŻE ŚRODKI PUBLICZNE SĄ ŹŁE WYKORZYSTYWANE

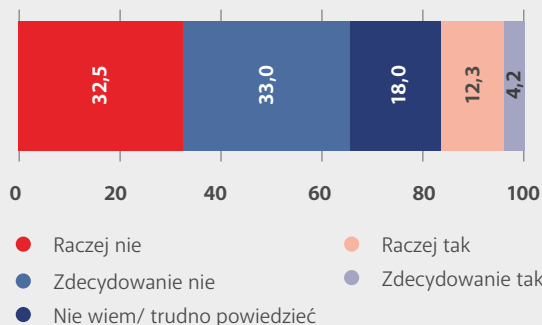
Pytanie o to, czy środki przeznaczone na publiczną ochronę zdrowia są w Polsce dobrze wykorzystywane, przyniosło jeszcze bardziej jednoznaczny rozkład odpowiedzi. Łącznie 65,5% badanych odpowiedziało przecząco („zdecydowanie nie” – 33,0%, „raczej nie” – 32,5%). Odmienne zdania było jedynie 16,5% respondentów, a 18,0% nie miało zdania.

APTEKI I PRYWATNE PLACÓWKI NA SZCZYCIE ZAUFANIA, NFZ I MINISTERSTWO ZDROWIA NA DOLE

Respondentów zapytano również o poziom zaufania do siedmiu instytucji i podmiotów systemu ochrony zdrowia. Największym zaufaniem (odsetek odpowiedzi „raczej ufam” lub „całkowicie ufam”) cieszyły się apteki (65,6%) oraz prywatne placówki medyczne (57,6%). W środku rankingu znaleźli się lekarze rodzinni/POZ (54,5%) oraz lekarze specjaliści w publicznej służbie zdrowia (47,7%), a nieco niżej – publiczne szpitale (43,3%). Zdecydowanie najniższym zaufaniem cieszyły się dwie centralne instytucje systemu: Narodowy Fundusz Zdrowia (26,1%) oraz Ministerstwo Zdrowia (25,1%).

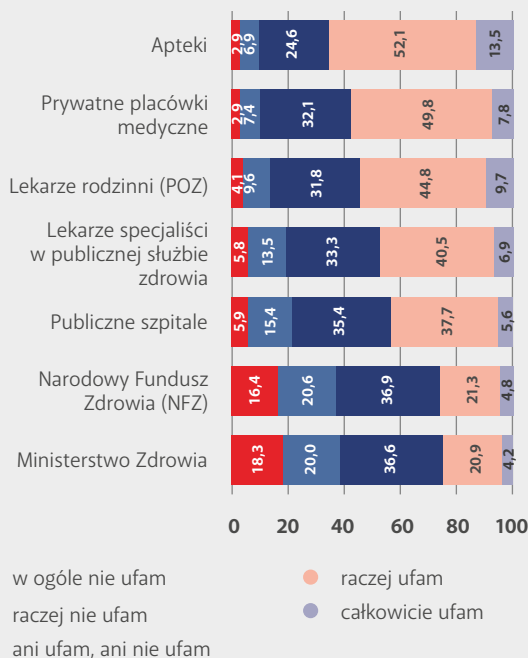
WYKORZYSTYWANIE ŚRODKÓW NA PUBLICZNĄ OCHRONĘ ZDROWIA

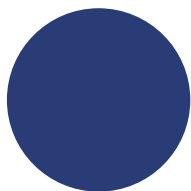
Czy uważa Pan/Pani, że środki przeznaczone na publiczną ochronę zdrowia są w Polsce dobrze wykorzystywane?



ZAUFANIE DO INSTYTUCJI

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





KONKLUZJA SOCJOLOGICZNA

prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski

kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych,
Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Wyniki ujawniają wyraźne rozdzielenie zaufania do instytucji zarządzających systemem od zaufania do podmiotów, z którymi pacjent ma bezpośredni kontakt. Obywatele mogą krytycznie oceniać sposób organizowania i finansowania ochrony zdrowia, a jednocześnie zachowywać zaufanie do lekarzy, szpitali, aptek i placówek medycznych. Oznacza to, że kryzys zaufania dotyczy przede wszystkim poziomu instytucjonalnego, a nie kompetencji samych profesjonalistów medycznych.

Zaufanie wzrasta wraz z bliskością podmiotu i możliwością oparcia oceny na osobistym doświadczeniu. Relacja z lekarzem, farmaceutą czy konkretną placówką jest bardziej zrozumiała niż sposób działania centralnych instytucji. Te ostatnie pozostają dla pacjentów odległe, złożone i kojarzone przede wszystkim z kolejkami, ograniczeniami oraz decyzjami administracyjnymi. Duża liczba ocen neutralnych może więc wskazywać nie tylko na ambiwalencję, lecz także na brak wiedzy o kompetencjach i odpowiedzialności poszczególnych instytucji.

Relatywnie wysokie zaufanie do sektora prywatnego może wynikać z większego poczucia kontroli: pacjent wybiera placówkę, zna cenę i oczekuje świadczenia w określonym terminie. Nie musi to oznaczać przekonania o wyższych kompetencjach medycznych, lecz raczej lepszą ocenę dostępności, przewidywalności i organizacji kontaktu. Sprzyja to utrwalaniu hybrydowego modelu korzystania z opieki zdrowotnej, w którym zaufanie do profesjonalistów łączy się z nieufnością wobec publicznych mechanizmów zapewniania dostępu.

Taka struktura zaufania ma istotne konsekwencje dla legitymizacji systemu. Pacjenci nie odrzucają medycyny ani osób wykonujących zawody medyczne, lecz kwestionują zdolność instytucji publicznych do sprawnego organizowania ich pracy. Może to osłabiać gotowość do ponoszenia większych obciążeń na rzecz systemu, a jednocześnie zwiększać skłonność do indywidualnego poszukiwania bezpieczeństwa poprzez prywatne świadczenia, abonymenty i polisy.

Krytyczną ocenę dostępności lekarzy specjalistów (63,9% ocen negatywnych) można zestawiać z danymi OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, według których w 2024 r. 5,2% Polek i Polaków zgłaszających potrzebę skorzystania z opieki medycznej nie miało do niej dostępu ze względu na koszty, czas oczekiwania lub odległość – wobec średniej unijnej 3,6%, przy czym długi czas oczekiwania wskazano jako jeden z kluczowych czynników tego zjawiska. Subiektywna ocena respondentów jest więc spójna z obiektywnym wskaźnikiem niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, w którym Polska wypada gorzej niż przeciętny kraj UE.

Podobnie przekonanie, że środki na ochronę zdrowia nie są dobrze wykorzystywane (65,5%), można zestawiać z danymi z Monitora Finansowania Ochrony Zdrowia¹⁸. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej sięgnęło w II kwartale 2025 r. blisko 26 mld zł, a wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia dzięki skuteczniejszej profilaktyce i leczeniu był w Polsce w 2022 r. o 49% wyższy niż średnia unijna, co – jak szacują autorzy tej publikacji – odpowiada rocznemu ubytkowi dochodów sektora finansów publicznych rządu 49 mld zł. Krytyczna ocena efektywności wykorzystania środków, wyrażana przez respondentów w warstwie deklaratywnej, znajduje więc odzwierciedlenie w twardych wskaźnikach makroekonomicznych opisujących kondycję systemu.

18 Federacja Przedsiębiorców Polskich. (2026, styczeń). *Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia* (Nr 15). <https://federacjaprzedsiebiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>



FINANSOWANIE SYSTEMU

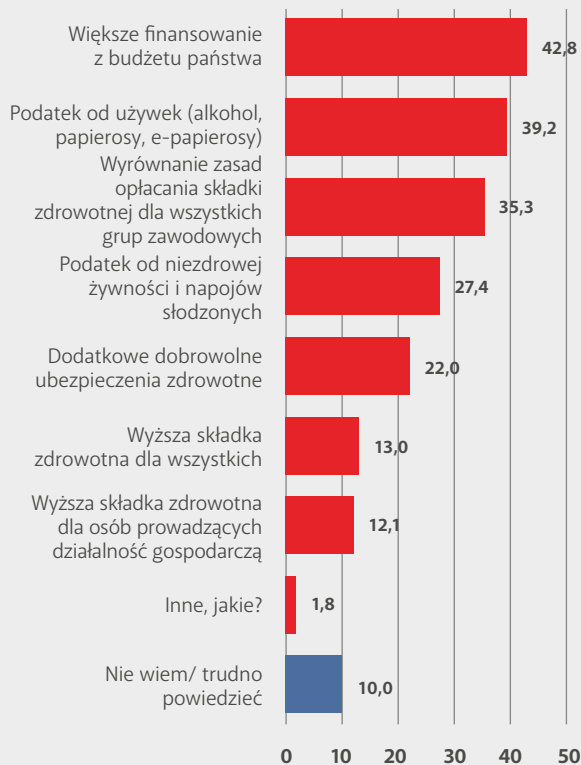
BUDŻET PAŃSTWA JAKO PREFEROWANE ŹRÓDŁO DODATKOWYCH ŚRODKÓW

Respondenci zapytani, z jakiego źródła powinny pochodzić środki finansowe na zwiększenie finansowania ochrony zdrowia, najczęściej wskazywali większe finansowanie z budżetu państwa – 42,8% badanych. Na drugim miejscu znalazł się podatek od używek, czyli alkoholu, papierosów i e-papierosów (39,2%), a na trzecim – wyrównanie zasad opłacania składki zdrowotnej dla wszystkich grup zawodowych, w tym rolników, służb mundurowych i osób prowadzących działalność gospodarczą (35,3%).

Pozostałe wskazane źródła to: podatek od niezdrowej żywności i napojów słodzonych (27,4%), dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne (22,0%), wyższa składka zdrowotna dla wszystkich (13,0%) oraz wyższa składka zdrowotna dla osób prowadzących działalność gospodarczą (12,1%). Inne źródło wskazało 1,8% badanych, a 10,0% nie potrafiło odpowiedzieć.

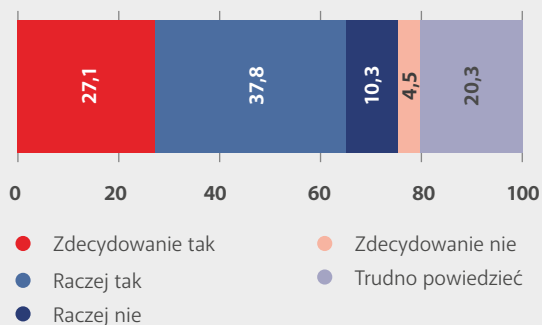
ŹRÓDŁA ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Jak Pan/Pani sądzi z jakiego źródła powinny pochodzić środki finansowe na zwiększenie finansowania ochrony zdrowia?



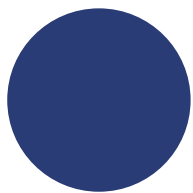
WYNAGRODZENIA W PUBLICZNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Czy wynagrodzenia w publicznym systemie ochrony zdrowia powinny być w większym stopniu regulowane przez państwo?



WIĘKSZOŚĆ BADANYCH POPIERA REGULOWANIE WYNAGRODZEŃ W SYSTEMIE PRZEZ PAŃSTWO

Zapytani, czy wynagrodzenia w publicznym systemie ochrony zdrowia powinny być w większym stopniu regulowane przez państwo, respondenci w zdecydowanej większości odpowiedzieli twierdząco – łącznie 64,9% wskazań, „zdecydowanie tak” (27,1%) i „raczej tak” (37,8%). Przeciwnego zdania było 14,8% badanych, a 20,3% nie miało na ten temat zdania.



KONKLUZJA SOCJOLOGICZNA

prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski

kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych,
Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Wyniki pokazują, że społeczne poparcie dla zwiększenia finansowania ochrony zdrowia nie oznacza automatycznej gotowości do ponoszenia wyższych, powszechnych obciążeń. Preferowane są rozwiązania, w których dodatkowe środki pochodzą z budżetu państwa, ujednolicenia zasad składowych lub opodatkowania produktów uznawanych za szkodliwe. Ujawnia się więc oczekiwanie większej odpowiedzialności państwa oraz bardziej sprawiedliwego rozłożenia kosztów pomiędzy różne grupy społeczne.

Akceptacja podatków od używek i niezdrowej żywności wskazuje na silne poparcie dla zasady, zgodnie z którą większą część kosztów systemu powinny ponosić osoby podejmujące zachowania zwiększające ryzyko choroby. Jest to przejaw indywidualizacji odpowiedzialności za zdrowie i moralizowania zachowań zdrowotnych. Takie podejście może jednak pomijać społeczne uwarunkowania stylu życia, w tym wpływ dochodu, wykształcenia, warunków pracy i miejsca zamieszkania.

Postulat wyrównania zasad opłacania składki świadczy natomiast o znaczeniu proceduralnego wymiaru sprawiedliwości. Respondenci oczekują nie tylko większej ilości pieniędzy w systemie, lecz także przejrzystych i jednakowych reguł uczestnictwa w jego fi-

nansowaniu. Poczucie, że niektóre grupy są uprzywilejowane lub obciążone w mniejszym stopniu, może osłabiać gotowość pozostałych obywateli do solidarnego ponoszenia kosztów ochrony zdrowia.

Poparcie dla silniejszego regulowania wynagrodzeń przez państwo wpisuje się w oczekiwanie większej kontroli nad sposobem wykorzystywania środków publicznych. Państwo jest postrzegane nie tylko jako podmiot odpowiedzialny za zapewnienie finansowania, lecz także jako gwarant sprawiedliwości płacowej, przejrzystości i ograniczania nadmiernych różnic. Może to być reakcja na przekonanie, że mechanizmy rynkowe i obecny sposób zarządzania środkami nie zapewniają równowagi między interesami pracowników medycznych, możliwościami systemu i potrzebami pacjentów.

Łącznie wyniki ujawniają silne oczekiwanie aktywnej roli państwa, ale przy ograniczonej gotowości do bezpośredniego zwiększania własnych obciążeń. Obywatele oczekują poprawy finansowania, większej kontroli i bardziej sprawiedliwego podziału kosztów, lecz warunkiem społecznej akceptacji pozostaje zaufanie, że dodatkowe środki zostaną wykorzystane przejrzystie i rzeczywiście przełożą się na lepszą dostępność leczenia.

Najchętniej wskazywane rozwiązanie w zakresie zwiększenia finansowania ochrony zdrowia – większe finansowanie z budżetu państwa (42,8%) – jest jednocześnie kierunkiem, w którym system faktycznie już podąża, choć w sposób niezaplanowany, na zasadzie doraźnej interwencji, a nie realizacji długofalowej strategii. Tylko w przeciągu ostatnich 3 lat takie interwencyjne wydatki budżetu państwa na zdrowie wzrosły z 15,2 mld zł w 2023 r. do 45 mld zł zaplanowanych na 2026 r.¹⁹.

Ten sposób „łatania systemu” jest przedmiotem krytyki eksperckiej. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w ramach inicjatywy „Zdrowie w centrum”²⁰, wskazuje na potrzebę zmiany chociażby algorytmu liczenia nakładów na ochronę zdrowia poprzez wycofanie reguły wskaźników t-2²¹ oraz wdrożenie mechanizmów zapewniających płynność finansową NFZ – a więc odejście od rosnących, lecz doraźnych dopłat budżetowych na rzecz stabilnego, przewidywalnego systemu finansowania. Oczekiwanie respondentów, by to budżet państwa pokrywał rosnące potrzeby systemu, może więc paradoksalnie utrzymywać model, który eksperci uznają za strukturalnie niewydolny, jeśli nie towarzyszy mu reforma samego mechanizmu ustalania poziomu nakładów.

Trzecie najczęściej wskazywane rozwiązanie – wyrównanie zasad opłacania składki dla wszystkich grup zawodowych (35,3%, wśród osób 50+ aż 42,7%) – koresponduje z rekomendacją raportu NIZP PZH-PIB²², wskazującego weryfikację grup zwolnionych z danin zdrowotnych jako jeden z kierunków reformy. Niski poziom poparcia dla podniesienia samej stawki składki (13,0%) nie oznacza jednak, że taki krok stanie się zbędny – luka do ustawowego celu 7% PKB na 2027 r. wyniesie, według ekonomistów, 11,3–46,1 mld zł, a preferencje społeczne nie są gwarancją, że wskazane przez respondentów źródła faktycznie ją pokryją²³.

Warto dodać, że postulaty inicjatywy „Zdrowie w centrum” idą w tym kontekście dalej niż oczekiwania respondentów – rada naukowa tej inicjatywy proponuje nie tylko zwiększenie samych nakładów, lecz utworzenie Funduszu Zdrowia Publicznego zasilanego z akcyzy na alkohol i papierosy oraz opłaty cukrowej, co częściowo pokrywa się z preferencjami badanych wobec podatku od używek (39,2%) i niezdrowej żywności (27,4%), ale wiąże je z konkretnym, wyodrębnionym mechanizmem finansowania profilaktyki, a nie ogólnym budżetem NFZ.

Zgodnie z rekomendacjami zawartymi w *Raporcie otwarcia inicjatywy Hack4Health*, celem takiego funduszu byłoby osiągnięcie poziomu 5% wydatków na profilaktykę w ogóle wydatków na zdrowie do 2030 r. – co uniemożliwiłoby profilaktykę od bieżących problemów finansowych NFZ i zwiększyło transparentność oraz możliwość ewaluacji poszczególnych programów²⁴.

Postulat ten wpisuje się w szerszą rekomendację tej inicjatywy dotyczącą wprowadzenia tzw. OSR (Ocena Skutków Regulacji) zdrowotnego²⁵ – obowiązku uwzględniania wpływu na zdrowie publiczne w Ocenie Skutków Regulacji każdej nowej ustawy, a nie tylko tych bezpośrednio dotyczących sektora zdrowia²⁶.

19 Federacja Przedsiębiorców Polskich. (2026, styczeń). Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia (Nr 15). <https://federacjapredsiębiorcow.pl/wp-content/uploads/2026/01/MFOZ-15.pdf>

20 Gałązka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I. (2025). *Raport otwarcia inicjatywy Hack4Health*. https://hack4health.pl/wp-content/uploads/2025/11/hack4health_11.08.pdf

21 Mechanizm „t-2” – zgodnie z kryterium ustawowym minimalne wydatki na ochronę zdrowia powinny rosnąć w relacji do PKB, przy czym ta relacja jest wyliczana względem PKB sprzed dwóch lat, nakłady w roku (t) są wyrażone jako procent PKB z roku (t-2). W 2025 r. ta relacja ma wynosić 6,5% wartości PKB z 2023 r., w 2026 r. 6,8% PKB z 2024 r., a w 2027 r. 7% PKB z 2025 r., czyli za każdym razem brany jest PKB(t-2), gdzie „t” to rok, na który wyznacza się wydatki NFZ. Niedobór oznacza, że zgromadzone składki będą niższe niż nakłady wyznaczone na podstawie relacji do PKB. (za: 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/>

22 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/>

23 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/>

24 Gałązka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I. (2025). *Raport otwarcia inicjatywy Hack4Health*. https://hack4health.pl/wp-content/uploads/2025/11/hack4health_11.08.pdf

25 OSR zdrowotny – postulowane rozszerzenie obowiązkowej Oceny Skutków Regulacji (standardowej procedury towarzyszącej każdemu projektowi ustawy) o systematyczną analizę wpływu nowych przepisów na zdrowie publiczne, niezależnie od resortu, który je proponuje.

26 Gałązka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I. (2025). *Raport otwarcia inicjatywy Hack4Health*. https://hack4health.pl/wp-content/uploads/2025/11/hack4health_11.08.pdf



WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚĆ OBYWATELI

CO SIÓDMY BADANY NIE ODWOŁAŁ WIZYTĘ, CO PIĄTY NIE WYKUPIŁ LEKÓW REFUNDOWANYCH

Respondentów zapytano o trzy konkretne zachowania związane z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Nie stawienie się na wcześniej umówioną wizytę lekarską bez jej odwołania zadeklarowało 14,2% badanych. Zdecydowana większość (70,5%) nie miała takiej sytuacji, 8,3% nie pamiętało o takiej sytuacji, a 7,0% nie było w tym czasie umówionych na żadną wizytę.

Z kolei niewykorzystanie przepisanych i/lub wykupionych leków refundowanych zadeklarowało 19,8% respondentów – niemal co piąty badany. Większość, bo 62,2% badanych, zadeklarowało, że wykorzystało przepisane lub wykupione leki refundowane, 11,4% nie pamiętało, a 6,6% nie miało w tym czasie przepisanych takich leków.

Najwyższy odsetek dotyczył niewykorzystania darmowego szczepienia (np. przeciw grypie) – zdarzyło się to ponad co trzeciemu badanemu (34,2%). Nie miało takiej sytuacji 38,0% respondentów, 7,8% nie pamiętało, a 20,0% nie miało w tym czasie proponowanych żadnych szczepień.

W przeprowadzonym badaniu zapytaliśmy także respondentów o trzy konkretne zachowania związane z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia, które mogły mieć miejsce w ciągu ostatnich 2 lat.

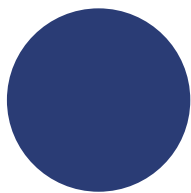
Najrzadziej zdarzyła się badanym nieodwołana wizyta lekarska: przyznał się do tego co 7. respondent (14,2%), podczas gdy zdecydowana większość (70,5%) deklaruje, że nie zdarzyło jej się to w ciągu ostatnich 24 miesięcy. Nieco częściej Polacy nie wykorzystują wykupionych leków refundowanych – dotyczy to prawie co 5. badanego (19,8%). Najbardziej rozpowszechnionym zjawiskiem okazuje się jednak niekorzystanie z darmowych szczepień, np. przeciw grypie – zdarzyło się to ponad co 3. ankietowanemu (34,2%).

NIEODWOŁYWANIE WIZYT UZNANE ZA NAJBARDZIEJ SZKODLIWE DLA SYSTEMU

Badani zapytani, które z zachowań mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (pytanie wielokrotnego wyboru), zdecydowanie najczęściej wskazywali nieodwoływanie umówionych wizyt lekarskich – 63,2% badanych. Znacznie rzadziej wymieniano niewykorzystywanie przepisanych leków refundowanych (27,8%) oraz niekorzystanie z dostępnych programów szczepień (20,7%). Inne zachowanie wskazało 2,7% badanych, 16,7% nie miało zdania, a 6,1% nie widziało żadnego z wymienionych zachowań jako szkodliwego.

GOTOWOŚĆ DO WYŻSZEJ SKŁADKI: SPOŁECZEŃSTWO PODZIELONE NIEMAL PO POŁOWIE

Pytanie o gotowość płacenia wyższej składki zdrowotnej w zamian za lepszą jakość i dostępność leczenia przyniosło niemal równy podział opinii. Za takim rozwiązaniem opowiedziało się łącznie 36,0% badanych („zdecydowanie tak” – 8,8%, „raczej tak” – 27,2%), przeciw – 35,3% („raczej nie” – 18,9%, „zdecydowanie nie” – 16,4%), 16,9% wybrało odpowiedź neutralną, a 11,8% nie miało zdania.



KONKLUZJA SOCJOLOGICZNA

prof. UW, dr hab. n. med. i n. o zdr. Tomasz Sobierajski

kierownik Ośrodka Badań Socjomedycznych,
Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

Deklaracje dotyczące gotowości do płacenia wyższej składki zdrowotnej są niemal równo podzielone. Zwolenników podwyższenia składki jest tylko nieznacznie więcej niż przeciwników, a znaczna część badanych nie zajmuje jednoznacznego stanowiska. Nie ma więc społecznego konsensusu, że zwiększenie obciążeń jest właściwym sposobem poprawy publicznej ochrony zdrowia.

Wynik ten należy interpretować w kontekście wcześniejszej negatywnej oceny sposobu wykorzystywania środków publicznych. Respondenci mogą dostrzegać potrzebę zwiększenia finansowania systemu, ale jednocześnie nie mieć pewności, czy dodatkowe pieniądze rzeczywiście przełożą się na krótsze kolejki oraz lepszą jakość leczenia. Gotowość do płacenia wyższej składki zależy więc nie tylko od oceny potrzeb ochrony zdrowia, lecz także od zaufania do instytucji zarządzających zgromadzonymi środkami.

Największą gotowość do ponoszenia wyższej składki deklarują osoby w wieku produkcyjnym, natomiast mniejszą osoby najstarsze. Może to wynikać z ograniczeń dochodowych starszych respondentów, ale również z przekonania, że po wielu latach opłacania

składek poprawa dostępności powinna nastąpić bez nakładania kolejnych obciążeń. Najmłodsi częściej nie zajmują jednoznacznego stanowiska, co może być związane z ich mniejszym doświadczeniem zawodowym i słabszą orientacją w kosztach funkcjonowania systemu.

Gotowość do zwiększenia składki jest nieco większa w grupach osiągających wyższe dochody. Osoby lepiej sytuowane rzadziej mają również trudność z udzieleniem odpowiedzi. Dodatkowe obciążenie stanowi dla nich relatywnie mniejszy koszt, podczas gdy dla osób o niższych dochodach nawet niewielki wzrost składki może oznaczać istotne ograniczenie domowego budżetu.

Z socjologicznego punktu widzenia wyniki pokazują napięcie między świadomością problemów finansowych systemu a ograniczonym zaufaniem do skuteczności instytucji publicznych. Sama informacja o potrzebie zwiększenia nakładów nie wystarcza do uzyskania społecznego poparcia. Akceptacja wyższej składki wymagałaby przekonującego pokazania, w jaki sposób dodatkowe pieniądze zostaną wykorzystane oraz jakie konkretne korzyści odczują pacjenci.

Skala deklarowanego przez respondentów nieodwoływania wizyt (14,2%) znajduje bezpośrednie potwierdzenie w pierwszym reprezentatywnym badaniu poświęconym temu zjawisku w Polsce – Olearczyk i Jankowski²⁷, którzy odnotowali niemal identyczny wynik: 14% dorosłych Polaków nie stawiało się na co najmniej jednej umówionej wizycie bez jej odwołania. Zjawisko to ma także potwierdzenie w oficjalnych danych NFZ: liczba raportowanych nieodwołanych wizyt wzrosła z ok. 1,3 mln w 2023 r. do 1,36–1,5 mln w 2024 r. (w zależności od zakresu monitorowanych świadczeń), a w I połowie 2025 r. sięgnęła już 773 tys²⁸.

Fakt, że respondenci najczęściej wskazywali nieodwoływanie wizyt jako zachowanie szkodliwe dla systemu (63,2%), jest trafną intuicją społeczną – to jedno z najlepiej udokumentowanych źródeł marnotrawstwa zasobów w systemie. Badanie Olearczyk i Jankowskiego dostarcza dodatkowo istotnego uzupełnienia: najczęstszą przyczyną tego zjawiska jest zwykłe zapomnienie (42,3%) oraz trudności w kontakcie z rejestracją (27,5%), a nie świadome lekceważenie systemu²⁹.

Skalę kosztów, jakie dla systemu i gospodarki generują zaniedbania po stronie pacjentów i pracowników, dobrze ilustrują także dane przywołane w *Raporcie otwarcia inicjatywy Hack4Health*³⁰. W 2024 r. Polacy spędzili na zwolnieniach lekarskich ponad 290 mln dni, co przełożyło się na 27 mld zł zasiłków chorobowych wypłaconych przez ZUS, z czego 11 mld zł pokryli sami pracodawcy. Choć dane te dotyczą absencji chorobowej, a nie bezpośrednio zachowań badanych w niniejszym rozdziale, pokazują skalę, w jakiej niewykorzystany potencjał profilaktyki – w tym pomijane szczepienia (34,2% badanych) i niewykorzystywane leki refundowane (19,8%) – przekłada się na wymierne koszty makroekonomiczne.

W tym kontekście postulaty raportu bezpośrednio odnoszą się do tematyki niniejszego rozdziału. Jeden z priorytetów inicjatywy „Zdrowie w centrum” – „Aktywny obywatel, aktywny pacjent”³¹ – rekomenduje zwiększenie odpowiedzialności obywateli za własne zdrowie poprzez powszechną edukację zdrowotną budującą kompetencje zdrowotne oraz wdrożenie Indywidualnego Planu Profilaktyki w Internetowym Koncie Pacjenta. Autorzy proponują również, by w modelach ubezpieczeniowych premiować osoby angażujące się w działania prozdrowotne – regularne badania, szczepienia, aktywność fizyczną – poprzez system bonusów.

Jest to rozwiązanie zbieżne z kierunkiem, jaki wskazują sami respondenci niniejszego badania: 43,0% z nich uznało, że regularny udział w badaniach profilaktycznych i zdrowy styl życia powinny mieć wpływ na wysokość płaconej składki zdrowotnej (rozdział „Świadomość kosztów systemu ochrony zdrowia”). Zbieżność ta sugeruje, że wprowadzenie mechanizmów nagradzających prozdrowotne zachowania – w przeciwieństwie do sankcji karnych, przed którymi przestrzegają badania nad nieodwoływaniem wizyt – mogłoby liczyć na relatywnie wysoką akceptację społeczną.

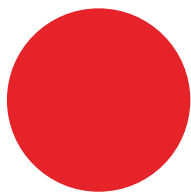
27 Olearczyk A., Jankowski M. i wsp., „Prevalence and Drivers of Missed Healthcare Appointments in Poland: Insights From a 2025 Survey”, *Medical Science Monitor*, grudzień 2025;

28 TVN24. (2025, 29 października). NFZ: 773 tysiące nieodwołanych wizyt w ciągu 6 miesięcy. Kampania „Odwołuję, nie blokuje” chce to zmienić. <https://tvn24.pl/zdrowie/nfz-773-tysiacze-nieodwolanych-wizyt-w-ciagu-6-miesiecy-kampania-odwoluje-nie-blokuje-chce-to-zmienic-st8725642>

29 Olearczyk A., Jankowski M. i wsp., „Prevalence and Drivers of Missed Healthcare Appointments in Poland: Insights From a 2025 Survey”, *Medical Science Monitor*, grudzień 2025;

30 Gałązka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I. (2025). *Raport otwarcia inicjatywy Hack4Health*. https://hack4health.pl/wp-content/uploads/2025/11/hack4health_11.08.pdf

31 Gałązka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I. (2025). *Raport otwarcia inicjatywy Hack4Health*. https://hack4health.pl/wp-content/uploads/2025/11/hack4health_11.08.pdf



KOMENTARZ EKSPERCKI

prof. dr hab.n. med.i n.o zdr. Ewa Baum

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Przedstawiony Raport stanowi bardzo wartościową próbę spojrzenia na system ochrony zdrowia nie tylko przez pryzmat jego finansowania, organizacji i efektywności, lecz także z perspektywy społecznej, etycznej, bazując na wiedzy, doświadczeniach oraz oczekiwaniach obywateli. Szczególnie istotne jest podkreślenie kategorii kapitału zdrowia, która pozwala ujmować zdrowie jako zasób o znaczeniu indywidualnym, społecznym, kulturowym i gospodarczym. Jednocześnie właśnie to pojęcie wymaga pewnego normatywnego uzupełnienia. Zdrowie jest bowiem kapitałem, ale ma znacznie szerszy kontekst. Jego wartości nie można wyłącznie redukować do produktywności, aktywności zawodowej, wpływów podatkowych czy kosztów absencji chorobowej. Raport dobitnie wskazuje na ekonomiczne konsekwencje złego stanu zdrowia, eksponuje m.in. koszty niezdolności do pracy, przedwczesną śmiertelność i utratę potencjału gospodarczego. Z perspektywy filozofii medycyny i bioetyki warto tę argumentację rozszerzyć o stwierdzenie, że ochrona zdrowia pozostaje zobowiązaniem społecznym również wobec osób, których zdrowia nie można przeliczyć na wzrost produktywności: osób starszych, przewlekle chorych, osób z niepełnosprawnościami, dzieci czy osób z różnych przyczyn pozostających poza rynkiem pracy. Wartość zdrowia jest przede wszystkim zakorzeniona w godności człowieka, jego autonomii, możliwości realizowania własnych planów życiowych i korzystania z przysługujących praw.

Jednym z najważniejszych wniosków płynących z raportu jest widoczna dychotomia między indywidualną odpowiedzialnością za zdrowie a społeczną odpowiedzialnością za warunki, w których zdrowie obywateli się kształtuje i funkcjonuje. Współczesna polityka zdrowotna coraz częściej odwołuje się do idei „aktywnego pacjenta”, profilaktyki i odpowiedzialnego korzystania z zasobów systemu, co jest bardzo pożądanym kierunkiem. Jednak niezwykle istotny jest tutaj kontekst etyczny, gdyż odpowiedzialność nie powinna być utożsamiona z winą.

Nie każdy człowiek dysponuje bowiem takimi samymi możliwościami dbania o zdrowie. Zachowania zdrowotne są uwarunkowane nie tylko wiedzą i indywidualnymi preferencjami, ale również dochodem, wykształceniem, charakterem zatrudnienia, miejscem zamieszkania, warunkami mieszkaniowymi, dostępnością transportu, czasem wolnym, obowiązkami opiekuńczymi oraz szeroko rozumianym kapitałem społecznym. Sam Raport trafnie zauważa ten problem, analizując propozycję uzależniania składki od stylu życia: wskazuje, że możliwości zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej, odpoczynku i wykonywania badań profilaktycznych są społecznie nierówno rozłożone.

Jest to jeden z najważniejszych wniosków Raportu. Z perspektywy społecznych determinant zdrowia zachowanie jednostki nie może być analizowane

w oderwaniu od środowiska, w którym dokonywane są wybory. Formalna możliwość wyboru nie oznacza jeszcze rzeczywistej autonomii, jeżeli dostępne alternatywy są silnie ograniczone lub presja uwarunkowana jest sytuacją ekonomiczną lub społeczną (wykluczenie, defaworyzowanie, przemoc np. ekonomiczna).

Kolejnym, szczególnie ważnym ustaleniem Raportu jest skala równoległego korzystania z publicznej i prywatnej ochrony zdrowia. Z systemu publicznego korzystało 84,7% badanych, a z prywatnego 65,9%; wśród korzystających prywatnie podstawowym motywem były krótszy czas oczekiwania oraz niedostępność świadczenia w systemie publicznym.

Z punktu widzenia etycznego kluczowe jest jednak nie samo współistnienie sektora publicznego i prywatnego, ale pytanie o to, co decyduje o faktycznym dostępie do świadczenia w czasie odpowiadającym potrzebie zdrowotnej. Jeżeli możliwość skrócenia oczekiwania zależy od zdolności do zapłaty, czas zaczyna funkcjonować jako szczególnie mechanizm nierówności. Raport trafnie określa go jako realną barierę w dostępie do leczenia, której możliwość ominięcia zależy od zasobów finansowych pacjenta.

Powstaje zatem kolejne pytanie etyczne o sprawiedliwość dystrybucyjną. W systemie opartym na zasadzie solidarności różnice ekonomiczne nie powinny przekładać się w sposób nieproporcjonalny na możliwość uzyskania koniecznej pomocy medycznej. Problem staje się szczególnie istotny w odniesieniu do osób starszych. Raport pokazuje, że po 50. roku życia korzystanie z opieki publicznej jest najczęstsze, natomiast z prywatnej – najmniej rozpowszechnione, mimo większych i bardziej złożonych potrzeb zdrowotnych.

Bardzo interesującą stroną Raportu jest odejście od uproszczonego traktowania niewiedzy pacjentów jako ich indywidualnego deficytu. Autorzy słusznie osadzają wyniki w koncepcji *health literacy*, podkreślając, że kompetencje zdrowotne obejmują nie tylko znajomość zagadnień medycznych, ale także zdolność do rozumienia informacji, trafność oceny ich znaczenia i funkcjonowanie w systemie.

Nabiera to dodatkowego wymiaru etycznego. System ochrony zdrowia nie może zakładać „idealnego pacjenta” – cyfrowo kompetentnego, dobrze wy-

kształconego, świadomego swoich praw, potrafiącego porównywać informacje i sprawnie poruszać się między instytucjami. Im bardziej skomplikowany system, tym większą przewagę uzyskują osoby posiadające wyższy kapitał edukacyjny, cyfrowy i ekonomiczny.

Interesującym wynikiem jest deklarowana przez 76,6% respondentów chęć poznania kosztów własnego leczenia. Większa transparentność może zwiększać zrozumienie zasad funkcjonowania systemu i wzmacniać poczucie współodpowiedzialności. Powinna jednak służyć przede wszystkim budowaniu wiedzy, a nie wzbudzaniu poczucia winy.

Równocześnie transparentność powinna dotyczyć również działania instytucji: efektów wydatkowania środków, jakości, dostępności, wyników leczenia oraz kryteriów alokacji zasobów.

Najbardziej wymagającym pogłębienia obszarem raportu jest propozycja premiowania zachowań prozdrowotnych. Autorzy wskazują m.in. na możliwość wprowadzenia systemu bonusów za badania, szczepienia i aktywność fizyczną oraz zauważają społeczną akceptację takiego kierunku.

Z perspektywy bioetycznej jest to rozwiązanie interesujące, ale wymagające szczególnej ostrożności. Należałoby odpowiedzieć co najmniej na kilka pytań: kto definiuje zachowanie „prozdrowotne”, jakie dane są potrzebne do jego weryfikacji, kto uzyskuje do nich dostęp, jak uwzględnić niepełnosprawność i choroby przewlekłe, jak traktować osoby wykonujące pracę zmianową lub opiekujące się bliskimi oraz jak uniknąć premiowania przede wszystkim tych osób, które już znajdują się w uprzywilejowanej sytuacji społecznej.

Pojawia się również problem prywatności. Jeżeli korzyści finansowe miałyby zależeć od zachowań zdrowotnych, system musiałby w jakimś zakresie te zachowania rejestrować i oceniać. Granica pomiędzy profilaktyką a nadzorem nad stylem życia może stać się wówczas niebezpiecznie płynna.

Perspektywa kulturowa, jako jeden z kontekstów zdrowia, jest w Raporcie rozwinięta słabiej i stanowi jeden z obszarów, który należałoby uzupełnić w przyszłości. Postawy wobec zdrowia, profilaktyki, szczepień, odpowiedzialności indywidualnej czy

redystrybucji środków nie są wyłącznie rezultatem wiedzy. Są osadzone w wartościach, normach rodzinnych, religii, doświadczeniach historycznych, stosunku do państwa i instytucji oraz różnych koncepcjach autonomii.

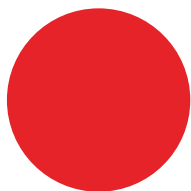
Szczególnie w przypadku profilaktyki i rozwiązań ingerujących w styl życia należy uwzględnić pluralizm aksjologiczny. W czasach coraz większej różnorodności kulturowej, pewne zachowania dotyczące zdrowia publicznego, mogą być przez określone grupy postrzegane jako ingerencja w prywatność, autonomię lub sposób życia.

Raport przekonująco pokazuje, że reformowanie systemu ochrony zdrowia nie może ograniczać się do zwiększenia poziomu finansowania. Równie ważne są sposób dystrybucji zasobów, dostępność, transparentność, kompetencje zdrowotne społeczeństwa

oraz zaufanie do instytucji. Autorzy sami wskazują, że odbudowa kapitału zdrowia wymaga zarówno odpowiednich nakładów, jak i edukacji oraz transparentności systemu.

Z perspektywy bioetycznej i społecznej rekomendacje wynikające z Raportu opierają się na kilku równoległych zasadach: solidarności, sprawiedliwości, autonomii, proporcjonalności, ochronie prywatności i odpowiedzialności instytucjonalnej oraz indywidualnej odpowiedzialności pacjenta (wzmacnianej przede wszystkim poprzez tworzenie warunków umożliwiających podejmowanie racjonalnych i dojrzałych decyzji).

Zdrowie jest kapitałem społecznym w szerokim ujęciu, a pozycję nadrzędną zajmuje tam godność człowieka niezależnie od jego wieku, dochodu, miejsca zamieszkania, etniczności czy poziomu wykształcenia.



KOMENTARZ EKSPERCKI

dr hab. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Rektor Uczelni Łazarskiego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia,
Dyrektor Center of Value Based Healthcare

ZDROWIE TO NIE KOSZT. TO KAPITAŁ, KTÓRYM TRZEBA UMIEĆ ZARZĄDZAĆ

Raport „Zdrowie w centrum” zestawia pozycję Polski jako 20. gospodarki świata z jej miejscem w europejskich rankingach zdrowia. Wydajemy na zdrowie 58% średniej unijnej w przeliczeniu na mieszkańca. Jednocześnie przedwczesne zgony kosztują nas co roku ok. 115 mld zł utraconego PKB, a ZUS wydał w 2024 r. 57 mld zł na świadczenia związane z niezdolnością do pracy. Najdroższe dla państwa nie jest zatem zdrowie, lecz jego brak, a zaniechania w tej sferze coraz dotkliwiej odbijają się na finansach publicznych.

Podzielając diagnozę autorów, proponuję jednak przesunąć akcent. Debata o ochronie zdrowia w Polsce od lat sprowadza się do pytania „ile?”: ile procent PKB, w jakiej formule (t-2 czy t-0), jak duża jest luka. To pytania zasadne, ale równie ważne jest inne: „za co płacimy?”. Raport pokazuje, że problem nie leży wyłącznie w wysokości budżetu. Hospitalizacje pochłaniają około połowy kosztów NFZ. Łóżek szpitalnych mamy więcej niż średnio w UE, a udział lekarzy rodzinnych wśród ogółu lekarzy jest blisko trzykrotnie niższy. Na profilaktykę przeznaczamy zaledwie 1,7% bieżących wydatków na zdrowie – o połowę mniej niż średnio w krajach OECD. To system, który płaci za aktywność i procedury, zwłaszcza szpitalne,

a nie za zdrowie. Każda dodatkowa złotówka włożona w taką architekturę będzie ją utrwałać, zamiast ją zmieniać.

Przekonuje mnie więc postulat, by traktować zdrowie jako inwestycję – nie tylko w deklaracjach, lecz także w praktyce. To zaś oznacza, że musimy zacząć mierzyć zwrot z tej inwestycji. W ochronie zdrowia jest nim wartość dla pacjenta, czyli istotne dla niego wyniki leczenia odniesione do kosztów ich osiągnięcia. Na tym polega istota podejścia Value-Based Healthcare, które w wielu systemach europejskich stało się kompasem zmian.

O gotowości społeczeństwa na takie podejście świadczą cenne dane z badania obywatelskiego. Aż 76,6% Polaków chce znać koszty swojego leczenia, a 65,5% uważa, że środki publiczne na ochronę zdrowia są wykorzystywane źle. Za tą oceną kryją się m.in. powielane badania i spóźnione interwencje, które nie przynoszą optymalnych efektów. Pacjenci są gotowi być partnerem systemu, jeśli system zacznie rozmawiać z nimi językiem wyników i przejrzystości. Luki zaufania i luki informacyjnej, o których mówi raport, nie zamkną same pieniądze. Zamkną się dopiero wtedy, gdy obywatel zobaczy nie tylko, ile kosztowa-

ło jego leczenie, lecz także, co dzięki niemu zyskał. Wówczas skłonność do inwestowania w zdrowie znacznie rośnie na wszystkich poziomach.

Aby wzmocnić architekturę systemu zorientowanego na wartość zdrowotną, potrzebne są trzy kroki. Po pierwsze, należy jak najszybciej wykorzystać potencjał cyfryzacji i istniejących już rozwiązań, takich jak e-recepta, IKP czy EDM, do systemowego pomiaru wartości, a nie tylko do sprawniejszego rozliczania świadczeń. Po drugie, postulowany w raporcie co-rocny Raport o Stanie Zdrowia Obywateli powinien zawierać nie tylko wskaźniki nakładów i dane epidemiologiczne, lecz także mierniki wyników klinicznych

oraz wyników i doświadczeń raportowanych przez pacjentów (PROMs i PREMs) w kluczowych ścieżkach opieki. Po trzecie, wzrost nakładów należy powiązać z modelami finansowania, które premiuje koordynację i efekty zdrowotne, a nie wolumen procedur. Dotyczy to zwłaszcza integracji POZ i AOS, specjalistycznej opieki koordynowanej oraz opieki nad osobami starszymi. Równowagę sektora zdrowia trzeba budować na kapitale zaufania i wspólnego zaangażowania.

Zdrowie w centrum? Tak. Ale w centrum zdrowia musi stać realna wartość mierzona dobrostanem obywateli, a nie same pieniądze.

