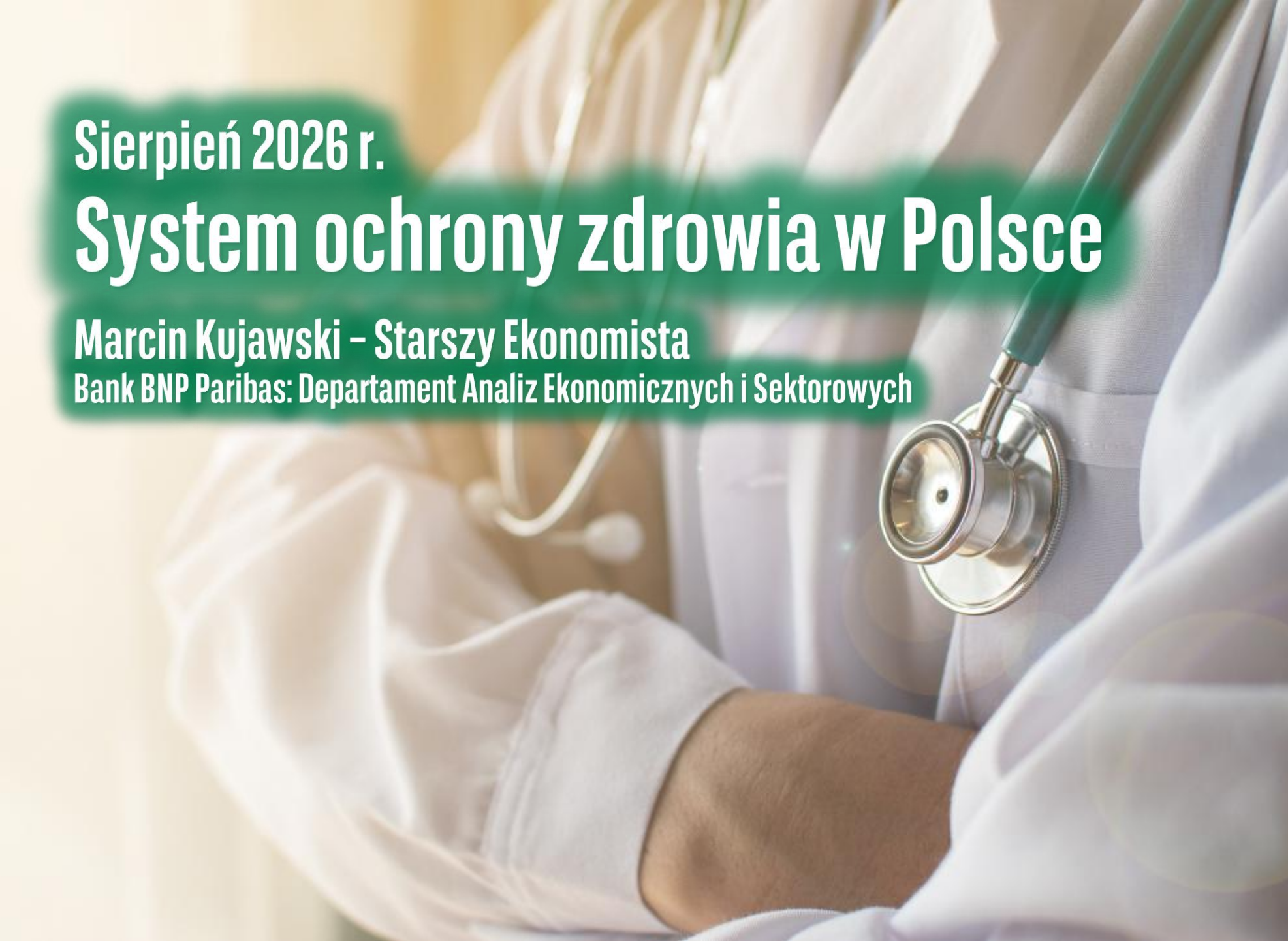




Sierpień 2026 r.

System ochrony zdrowia w Polsce

Marcin Kujawski – Starszy Ekonomista

Bank BNP Paribas: Departament Analiz Ekonomicznych i Sektorowych



BNP PARIBAS

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE - PODSUMOWANIE



Jakość systemu ochrony zdrowia w Polsce odbiega od poziomu Europy Zachodniej. Polacy żyją krócej, częściej trafiają do szpitali i są mniej zadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej.



Gorsze wyniki osiągane przez służbę zdrowia w Polsce wynikają w dużym stopniu z jej niedofinansowania. Choć w ostatnich latach nakłady znacząco wzrosły Polska wciąż przeznacza wyraźnie mniej środków m.in. na profilaktykę, diagnostykę czy długoterminową opiekę zdrowotną.



Czynnikiem rzutującym na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce są też niedobory kadrowe. Brak lekarzy skutkuje m.in. długim czasem oczekiwania na wizytę u specjalisty.



Na gorszy niż średnio w Unii Europejskiej stan zdrowia Polaków wpływają również czynniki behawioralne. Nie stawiamy bowiem na prewencję chorób, unikając np. badań przesiewowych.



Rozwój systemu ochrony zdrowia i osiągnięcie unijnej średniej pod względem wydatków na zdrowie wymagać będzie naszym zdaniem pozyskania nowych źródeł finansowania.



Ze względu na kalendarz wyborczy temat służby zdrowia będzie w najbliższych miesiącach mocno widoczny w debacie publicznej. Niemniej jednak pozostajemy sceptyczni, że jej szeroka reforma obejmująca zmianę sposobu finansowania jest prawdopodobna.



JAK OCENIAĆ SYSTEM OCHRONY ZDROWIA?

System ochrony zdrowia to jeden z tematów wzbudzających największe emocje społeczne. Dzieje się tak dlatego, że każdy z nas – w zasadzie od urodzenia – ma kontakt ze służbą zdrowia. Te zgromadzone w trakcie życia doświadczenia sprawiają, że nietrudno wyrobić sobie własne zdanie o tym jak funkcjonuje opieka zdrowotna i – najczęściej – jakie są jej słabe strony.

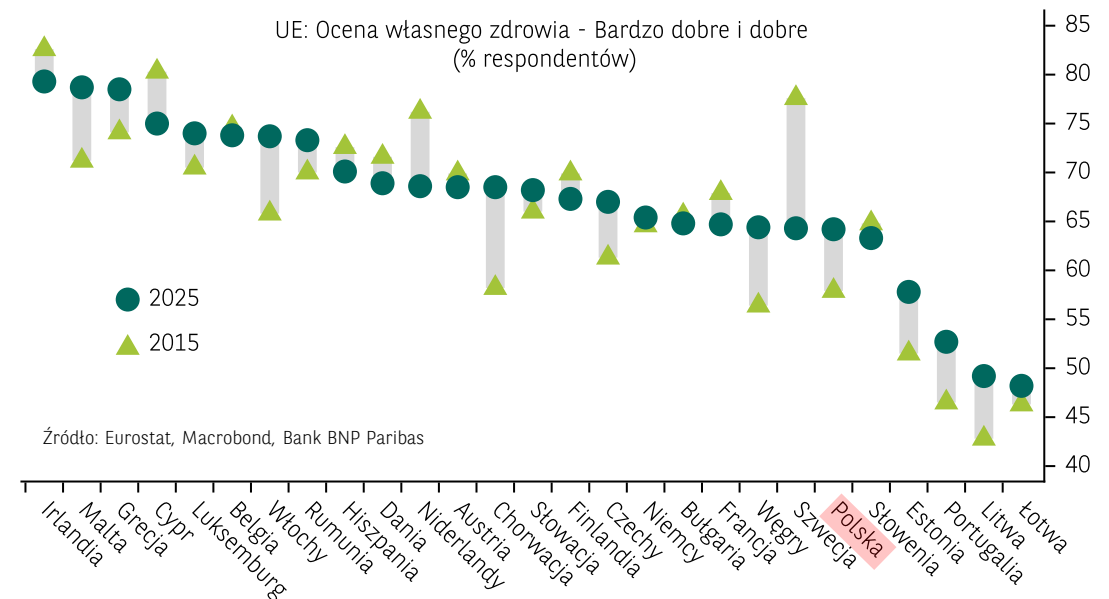
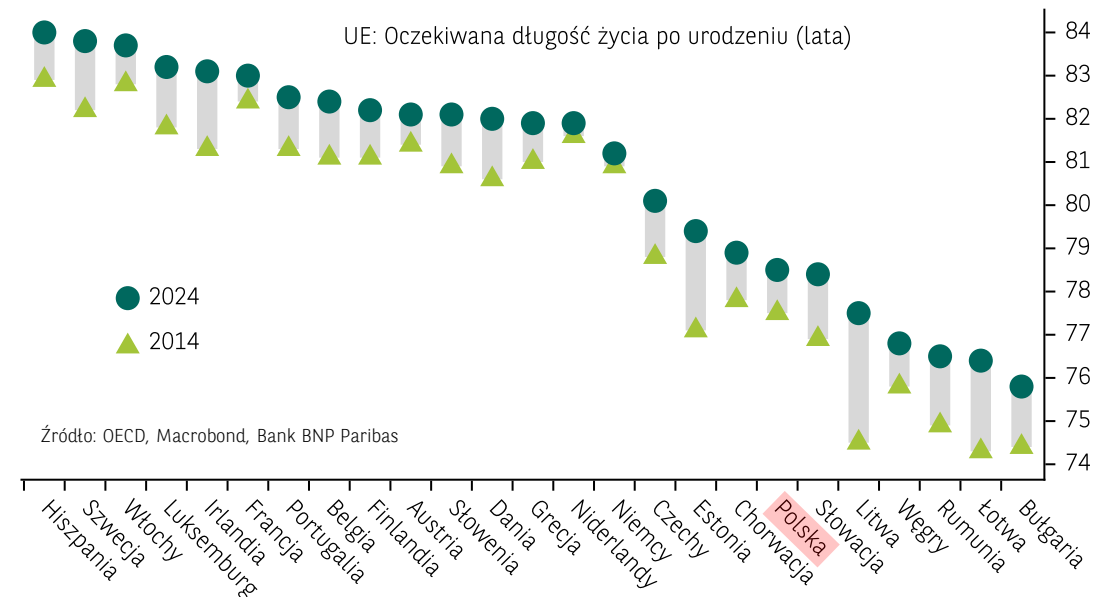
W niniejszym opracowaniu postanowiliśmy przyjrzeć się w obiektywny sposób na to jak działa system ochrony zdrowia w Polsce. W szczególności skupiliśmy się na jego jakości, sposobie finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych. Wskazaliśmy też na największe – w naszej opinii – mankamenty systemu i propozycje sposobów ich naprawy.

Efektywność służby zdrowia najczęściej oceniana jest przez pryzmat osiąganych przez nią wyników. W porównaniach międzynarodowych jedną z często wykorzystywanych w tym zakresie miar jest oczekiwana długość życia po urodzeniu. Zapewnienie odpowiedniej opieki obywatelom powinno bowiem – co do zasady – pozwolić im na zdrowsze i dłuższe życie.

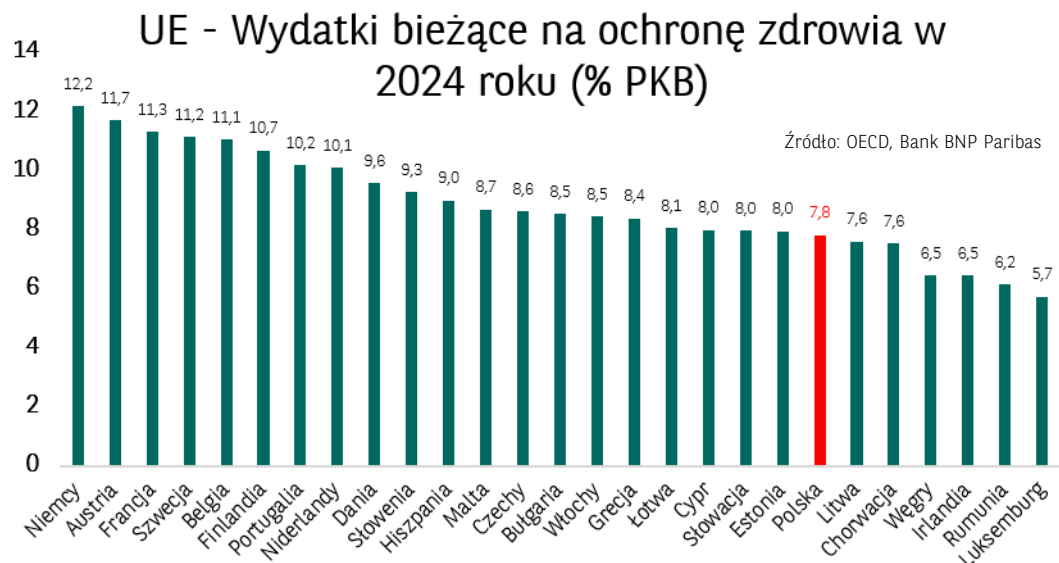
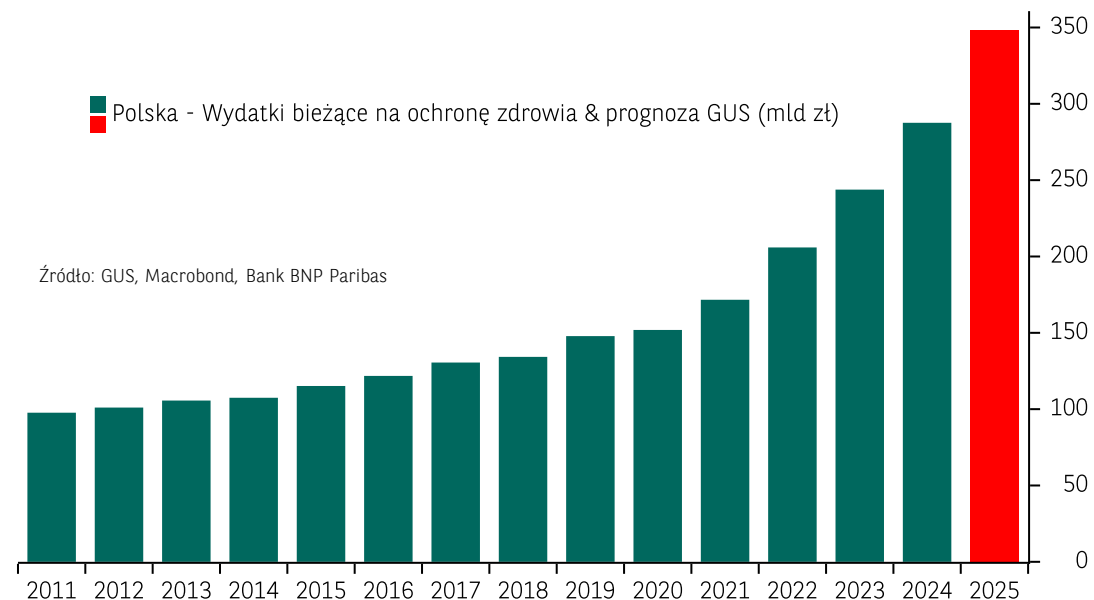
Co rozczarowujące, w tej statystyce Polska wypada na tle innych krajów Unii Europejskiej (grupa porównawcza) dość blado. Według danych za 2024 rok przeciętny noworodek w Polsce dożyje 78,5 roku podczas gdy średnio w UE jest to ponad 80,5 roku, a w państwach takich jak Hiszpania, Szwecja czy Włochy nawet blisko 84 lata. To co może cieszyć to fakt, iż w ciągu ostatnich 10 lat średnia długość życia w Polsce wydłużyła się o rok, choć w porównaniu do innych europejskich krajów nie jest to spektakularny wynik.

Do wniosków na temat skuteczności systemu ochrony zdrowia na podstawie statystyk dotyczących stanu zdrowia obywateli należy jednak podchodzić z otwartą głową. Jak wykazują badania kondycja zdrowotna społeczeństwa jest funkcją nie tylko tego jak zorganizowana jest służba zdrowia, ale też czynników ekonomicznych czy behawioralnych. W rezultacie fakt dłuższego życia w niektórych krajach może nie być dowodem na efektywniejszy sposób funkcjonowania służby zdrowia, a np. wynikiem innego podejścia ludzi do badań profilaktycznych.

Alternatywnym sposobem oceny jakości systemu ochrony zdrowia może być więc bezpośrednie zbadanie jak postrzegana jest ta sfera przez obywateli, albo jak sami oceniają oni własne zdrowie. Niestety i pod tym względem Polska nie prezentuje się najlepiej. W ubiegłym roku nieco ponad 64% respondentów oceniło swoje zdrowie na dobre lub bardzo dobre, wobec przekraczającej 67% unijnej średniej.



SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE - SKALA NIEDOFINANSOWANIA



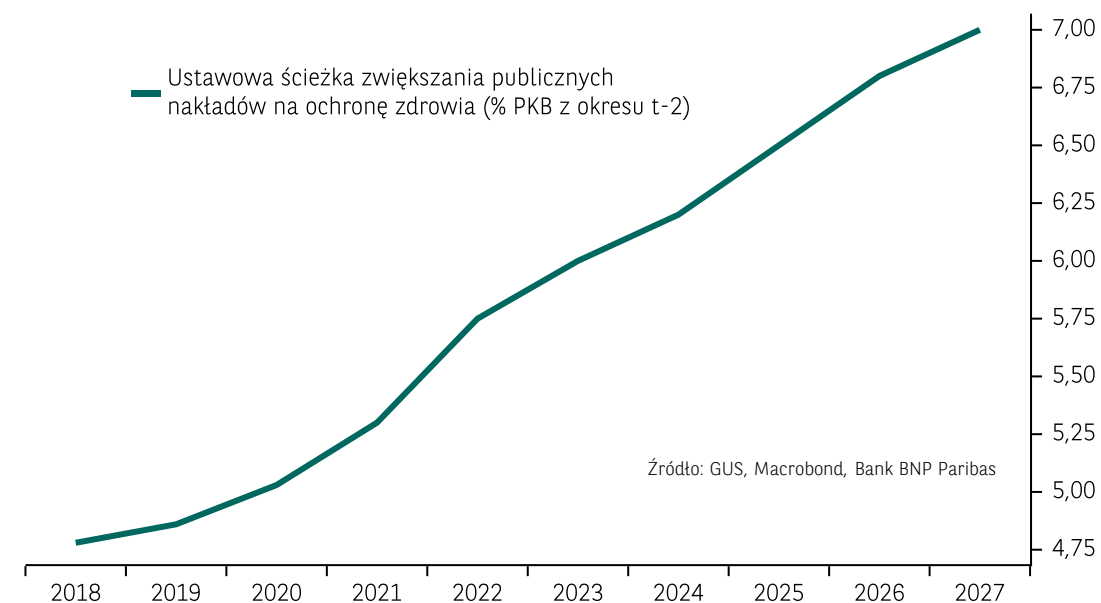
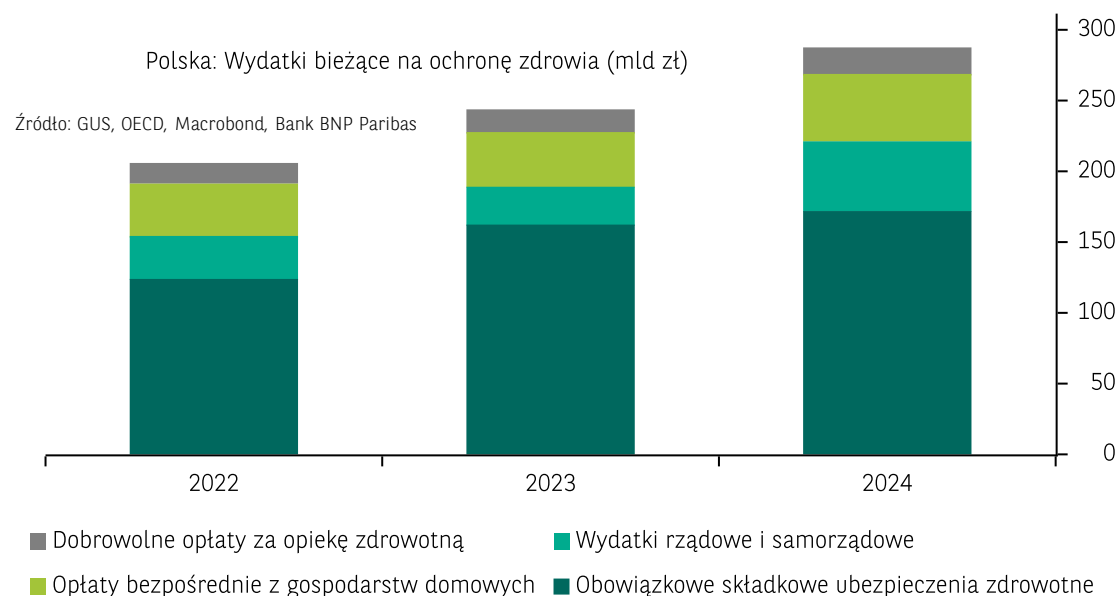
Przyczyna niższej jakości służby zdrowia w Polsce w porównaniu do innych unijnych krajów często poszukiwana jest w jej niedofinansowaniu. Na przestrzeni ostatnich lat doszło jednak do znaczącego zwiększenia nakładów w tym obszarze. Według najnowszych danych GUS łączne (publiczne i prywatne) wydatki bieżące (z wyłączeniem inwestycji) na ochronę zdrowia w 2024 roku wyniosły 287,6 mld zł, co stanowiło równowartość 7,8% PKB.

Choć od pandemii Covid-19 wartość środków przeznaczanych na zdrowie w relacji do wielkości gospodarki w Polsce faktycznie bardzo mocno wzrosła (z 6,4% PKB) to wciąż odbiega ona od unijnej średniej (8,8% PKB). Osiągnięcie przeciętnego unijnego poziomu nakładów oznaczałoby dodatkowe środki na zdrowie w wysokości ok. 40 mld zł.

Wstępny szacunek GUS dotyczący wydatków na ochronę zdrowia w 2025 roku sugeruje, że ta luka w finansowaniu względem innych państw europejskich mogła zostać domknięta już w ubiegłym roku. Według prognozy urzędu statystycznego zeszłoroczne wydatki na zdrowie wyniosły bowiem aż 348 mld zł tj. 8,9% krajowego PKB.

Podchodzimy jednak do tych szacunków z dużym dystansem. Bazują bowiem one na modelu trendu (wartość za 2025 rok została oszacowana na podstawie kształtowania się nakładów na zdrowie w latach 2013-2024), a faktyczne dostępne już dane o wydatkach nie sugerują ich aż tak istotnego przyrostu przed rokiem. Uważamy więc, że względem państw europejskich system ochrony zdrowia w Polsce pozostaje niedofinansowany, choć różnica w poziomie nakładów nie jest już aż tak ekstremalna jak przed kilkoma laty. Przykładowo w 2018 roku łączne wydatki bieżące na zdrowie w naszym kraju stanowiły równowartość 6,3% PKB, a średnio w UE było to 8,2% PKB.

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA - STRUKTURA

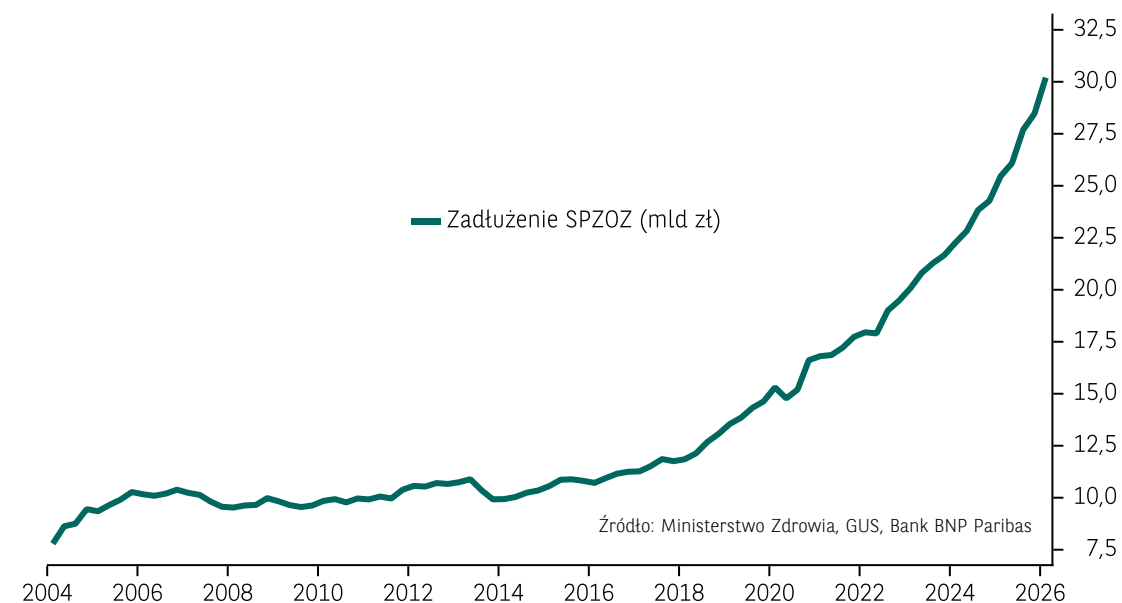
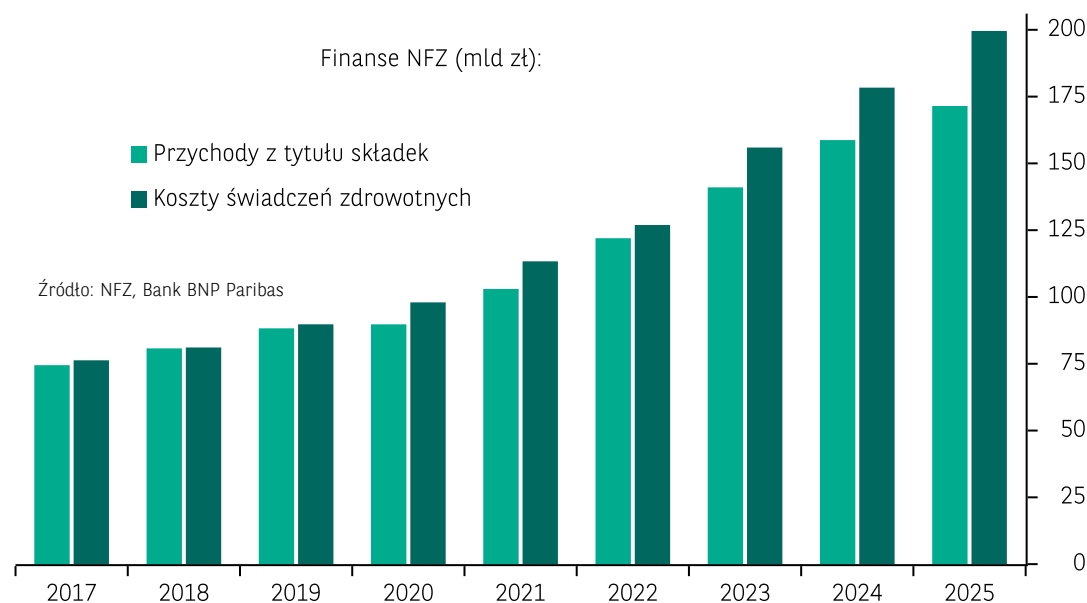


W Polsce za większość nakładów na ochronę zdrowia odpowiadają wydatki publiczne finansowane ze składek na ubezpieczenia zdrowotne czy też bezpośrednio z budżetu państwa lub jednostek samorządu terytorialnego. W 2024 roku ich wartość wyniosła łącznie 212,2 mld zł, co stanowiło 77% ogółu środków przeznaczonych na zdrowie w naszym kraju. Na przestrzeni ostatnich lat udział nakładów publicznych w całości wydatków wzrósł (z 69% w 2017 roku) i zrównał się z unijną średnią. W państwach UE występują jednak istotne różnice w sposobie finansowania opieki zdrowotnej. Udział nakładów publicznych w wydatkach na zdrowie waha się bowiem od 61% w Grecji do 86% w Niemczech, Luksemburgu czy Szwecji.

W Polsce do zwiększenia roli publicznych nakładów na ochronę zdrowia przyczyniły się przede wszystkim wprowadzone począwszy od 2017 roku zmiany w „*Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*”. Wymusiły bowiem one stopniowy wzrost środków przeznaczonych na zdrowie aż do docelowego poziomu minimum 7% PKB w 2027 roku.

Na łączne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce składają się też bezpośrednie opłaty z gospodarstw domowych (np. wydatki na leki i prywatne wizyty u lekarzy) i tzw. dobrowolne opłaty za opiekę zdrowotną (np. opłaty za prywatne ubezpieczenie medyczne w ramach zatrudnienia), których wartość w 2024 roku wyniosła odpowiednio 47,6 mld zł i 18,7 mld zł.

ARCHITEKTURA FINANSOWA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA



Choć we wszystkich unijnych krajach systemy ochrony zdrowia oparte są głównie na nakładach publicznych, sposób ich organizacji różni się m.in. pod względem źródeł finansowania, sposobu dystrybucji pozyskanych środków czy zakresu gwarantowanych świadczeń. W Polsce publiczny system opieki zdrowotnej zbudowany jest wokół Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Podstawowym zadaniem NFZ jest zarządzanie pozyskanymi środkami finansowymi w celu realizacji działań związanych z polityką zdrowotną (np. finansowanie świadczeń zdrowotnych, finansowanie leków). Źródłem przychodów Funduszu są przede wszystkim składki od osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym oraz dotacje z budżetu państwa. Na podstawie prognoz przychodów Prezes NFZ corocznie sporządza zrównoważony (koszty nie przekraczają wpływów) plan finansowy. W ramach planu środki dystrybuowane są między wojewódzkie oddziały Funduszu z uwzględnieniem struktury demograficznej i ryzyka zdrowotnego w danym regionie.

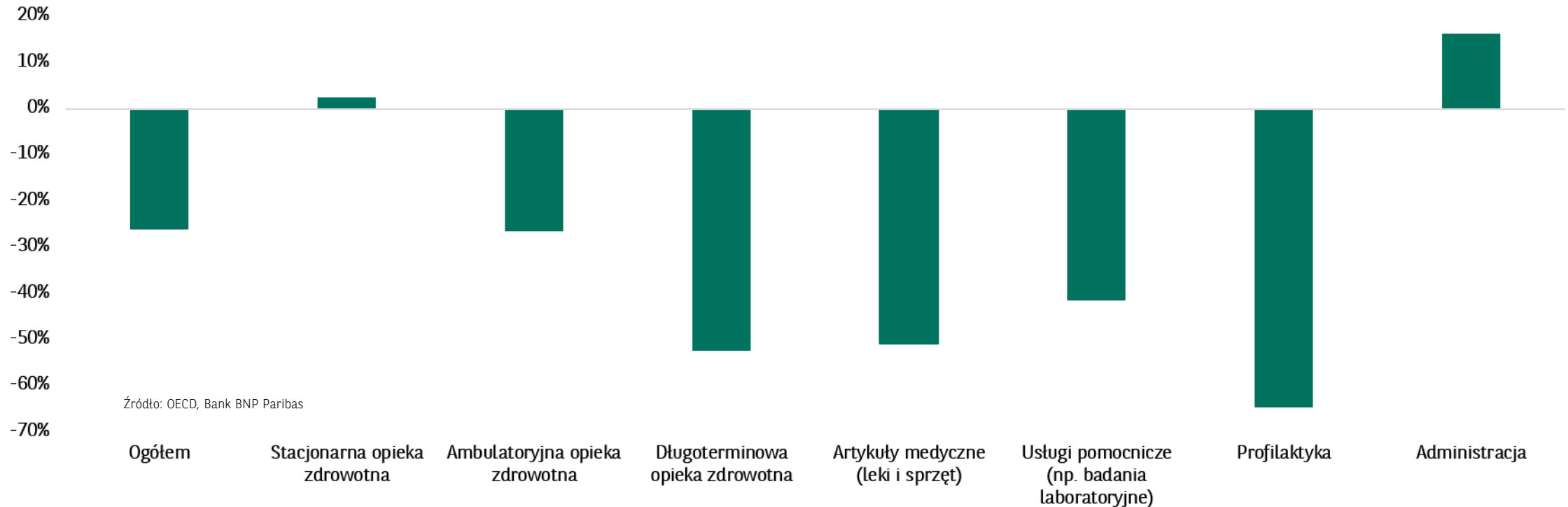
Następnie w oparciu o plan finansowy dochodzi do zakupu świadczeń zdrowotnych od działających w określonym województwie wybranych podmiotów medycznych. Struktura zakupionych świadczeń zależna jest od charakterystyki regionu, dostępności określonych usług i priorytetów polityki zdrowotnej. Kwota otrzymana za wykonaną procedurę przez świadczeniodawcę zależna jest od taryfy ustalonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w oparciu o ponoszone przez podmioty medyczne koszty. Sposób rozliczenia Funduszu z świadczeniodawcami zależy od charakteru usługi. Przykładowo, w przypadku Podstawowej Opieki Zdrowotnej rozliczenie następuje ryczałtem (stała kwota za każdego ubezpieczonego bez względu na liczbę wizyt), natomiast wizyty u specjalisty rozliczane są w zależności od ich faktycznej liczby.

Terminowe przekazywanie środków finansowych przez Fundusz do świadczeniodawców jest jednym z istotnych problemów z jakimi borykają się w Polsce jednostki lecznicze. Dotyczy to zwłaszcza tzw. nadwykonań tj. procedur, które nie zostały ujęte w planach finansowych. Przykładowo wizyty u specjalisty są w Polsce w teorii nielimitowane, co oznacza, że ich większa niż przewidywano liczba może nie mieć zapewnionych środków w budżecie. W efekcie, realizujące je podmioty zmuszone są do pokrycia poniesionych kosztów ze środków własnych lub z długu, co może nasilić się, gdyż od lipca br. częściowo zamieniono tryb rozliczania nadwykonań z NFZ z kwartalnego na roczny.

Na koniec I kwartału 2026 roku zadłużenie tylko Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) przekroczyło 30 mld zł (0,7-0,8% PKB). Uwzględniając inne formy organizacyjne łączny dług w publicznej służbie zdrowia mógł wynieść około 40 mld zł.

PUBLICZNA OPIEKA ZDROWIA – NA CO PRZEZNACZAMY ŚRODKI FINANSOWE?

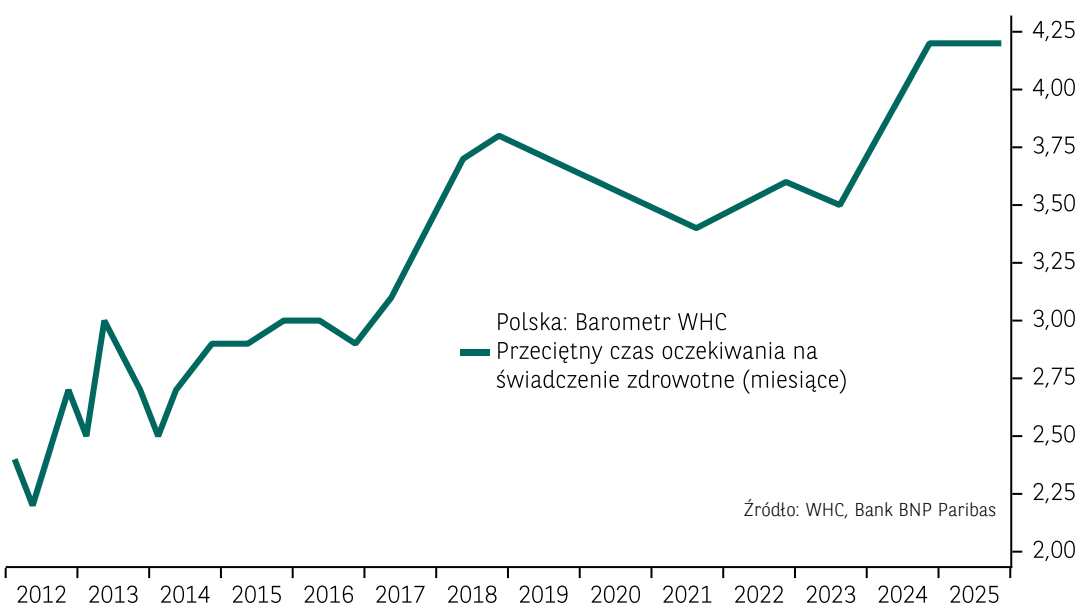
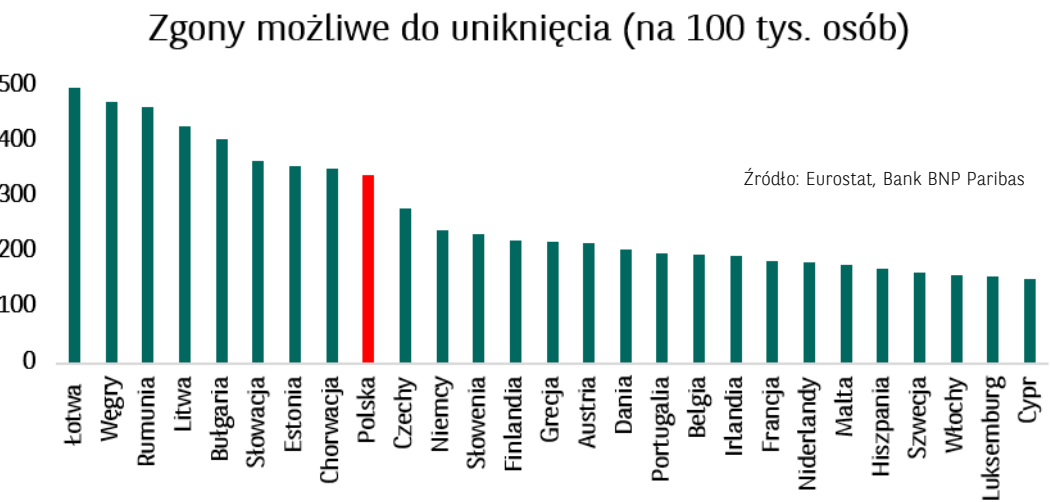
Publiczna opieka zdrowia: Poziom wydatków na mieszkańca w Polsce vs średnia UE



Analizując finanse publicznej służby zdrowia warto przyjrzeć się w jaki sposób dystrybuowane są dostępne środki. Porównując łączne wydatki na ochronę zdrowia przypadające na 1 mieszkańca w Polsce w 2024 roku do unijnej średniej były one o około 25% niższe (efekt niższego PKB i mniejszego udziału wydatków na zdrowie). Dysproporcja ta uwzględnia różnice w cenach/kosztach, odzwierciedlając faktyczne realne nakłady. Sytuacja mocno różni się jednak w poszczególnych obszarach systemu. Jeśli chodzi o leczenie szpitalne (stacjonarna opieka zdrowotna) wydawane środki nie odbiegają od przeciętnej w UE. Sytuacja wygląda jednak wyraźnie gorzej w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (np. przychodnie), gdzie niedofinansowanie względem europejskich partnerów osiąga około 25%. Jeszcze głębszy niedobór funduszy (ok. 40-60%) widać w wydatkach na usługi pomocnicze, profilaktykę, długoterminową opiekę zdrowotną oraz artykuły medyczne (efekt niskiego udziału refundacji za leki). Więcej środków niż średnio w UE przeznaczane jest z kolei na administrację.

Na podstawie zaprezentowanych danych oceniamy, że poprawa jakości/wyników systemu publicznej opieki zdrowia w Polsce wymagałaby zwiększenia nakładów na profilaktykę, diagnostykę i leczenie zachowawcze. W obliczu starzenia się polskiego społeczeństwa koniecznym wydaje się też wzrost wydatków na długoterminową opiekę zdrowotną. Jednocześnie widać przestrzeń do optymalizacji kosztowej, jeśli chodzi o bieżące zarządzanie systemem ochrony zdrowia.

DIAGNOSTYKA I PREWENCJA CHORÓB W POLSCE SZWANKUJĄ



Fakt, iż bolączką polskiej służby zdrowia jest okres przed wystąpieniem poważnych zdarzeń medycznych potwierdzają statystyki. Według danych za 2023 rok liczba możliwych do uniknięcia zgonów (osoby poniżej 75 roku życia) wyniosła w Polsce 341 na 100 tys. mieszkańców, co plasowało nasz kraj na 19 miejscu wśród krajów UE, zauważalnie powyżej unijnej średniej (269 zgonów).

Poprawa prewencji chorób i wczesnego leczenia oraz obniżenie tej miary do europejskiej przeciętnej oznaczałaby więc wydłużenie życia dla 27 tys. osób. Osiągnięcie poziomu europejskiej czołówki mogłoby opóźnić śmierć blisko 70 tys. osób rocznie. Wśród przyczyn przedwczesnych zgonów w Polsce dominują choroby serca, płuc, udary oraz choroby związane z nadużywaniem alkoholu.

Niewystarczające przeciwdziałanie wystąpieniu chorób automatycznie kojarzyć się może z kolejkami do lekarzy, które wydłużają diagnostykę i odsuwają w czasie moment rozpoczęcia leczenia. Istotnie wydaje się, że brak szybkiej dostępności do fachowej pomocy stanowi poważny problem pogarszający efektywność publicznej opieki zdrowotnej.

Według przeprowadzanego przez fundację Watch Health Care okresowego badania, średni czas oczekiwania na procedurę medyczną (wizyty u specjalistów, badania diagnostyczne, operacje, zabiegi) w Polsce pod koniec 2025 roku wynosił nieco ponad 4 miesiące. Trzeba tu jednak zauważyć istotne różnice między poszczególnymi dziedzinami. Przykładowo o ile w przypadku ortopedii na świadczenie zdrowotne trzeba było czekać blisko 10 miesięcy, to w chirurgii onkologicznej był to mniej niż miesiąc.

Długie kolejki to immanentna cecha polskiej służby zdrowia. Automatycznie nasuwa się więc pytanie czy problem ten dałoby się całkowicie rozwiązać zasypując go pieniędzmi?

BRAKI KADROWE PROBLEMEM SŁUŻBY ZDROWIA

Niestety remedium na długi czas oczekiwania do lekarza nie wydaje się być aż tak proste. Polska zмага się z dużym niedoborem kadrowym w obszarze zdrowia. W 2024 roku na 1000 mieszkańców w całej sekcji PKD „opieka zdrowotna i pomoc społeczna” w naszym kraju pracowało zaledwie nieco ponad 30 osób (łącznie ponad 1 mln osób), przy średniej w UE wynoszącej około 50 pracujących. Zrównanie się z unijną przeciętną oznaczałoby konieczność zatrudnienia blisko 700 tys. nowych pracowników.

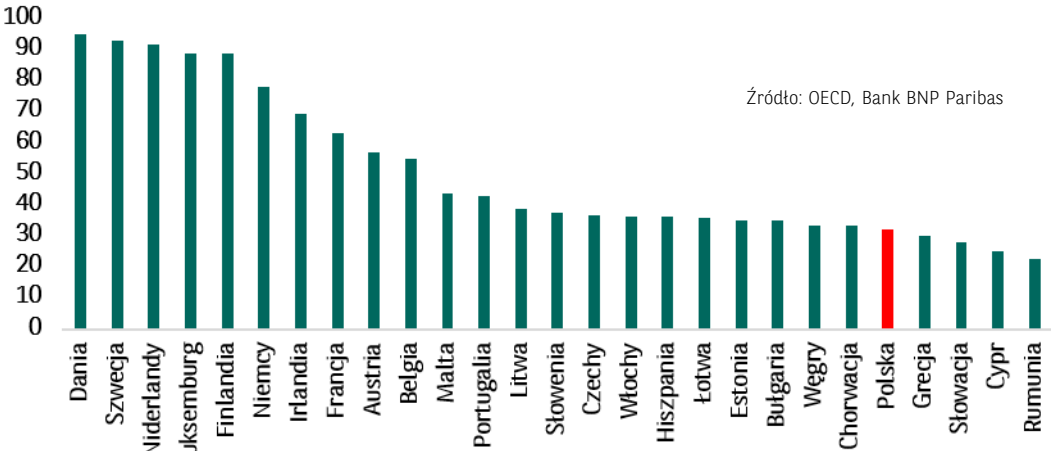
Braki kadrowe występują zarówno wśród lekarzy (obecnie ok. 140 tys. pracujących) jak i pielęgniarek (ok 220 tys. pracujących). Szacujemy, że w Polsce deficyt lekarzy specjalistów może wynosić obecnie około 20 tys. etatów, przy bieżącym zatrudnieniu na poziomie ok. 100 tys. osób. Według OECD szczególnie mocno niedostateczna liczba lekarzy w Polsce odczuwalna jest na obszarach wiejskich.

W przypadku opieki pielęgniarskiej w Polsce na 1 tys. mieszkańców przypada 6 osób wykonujących ten zawód. Tymczasem w Unii jest to przeciętnie 8,7, co wskazywałoby potencjalnie na niedobór nawet 100 tys. pielęgniarek i pielęgniarzy.

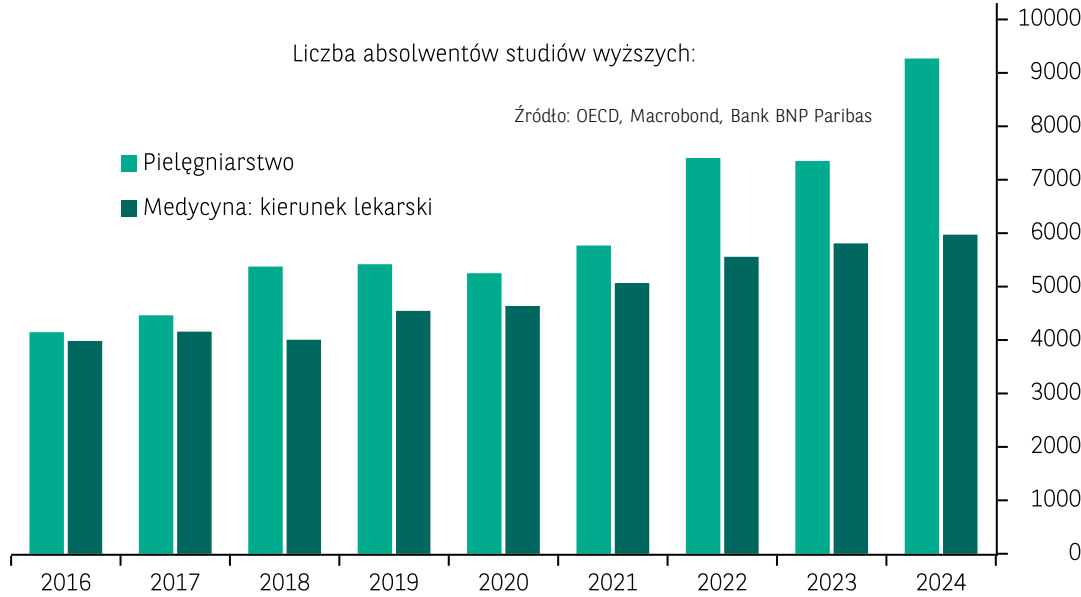
Pewnym pocieszeniem w tym zakresie może być fakt, że na przestrzeni ostatnich lat widać systematyczny wzrost liczby pracujących w zawodach medycznych. W ostatnich latach szybko zwiększała się też liczba absolwentów studiów lekarskich i pielęgniarskich. O ile jeszcze w 2016 roku dyplom lekarski otrzymało mniej niż 4 tys. absolwentów, w 2024 roku było to już blisko 6 tys. osób.

Niestety szybki wzrost zatrudnienia może być niwelowany przez strukturę wiekową osób zatrudnionych w służbie zdrowia. Lekarz specjalista to zawód o najwyższej medianie wieku w Polsce (56 lat), a pielęgniarka z tytułem specjalisty zajmuje pod tym względem trzecie miejsce (53 lata). Napływające do zawodów medycznych osoby będą więc w dużej mierze zastępować przechodzących na emeryturę pracowników, a niekoniecznie zwiększać dostępne zasoby kadrowe.

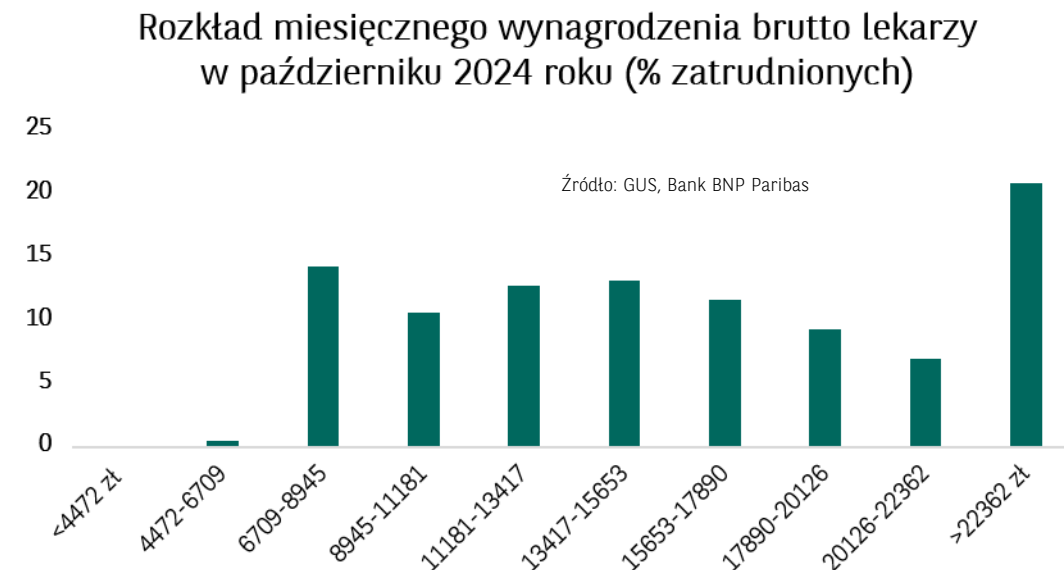
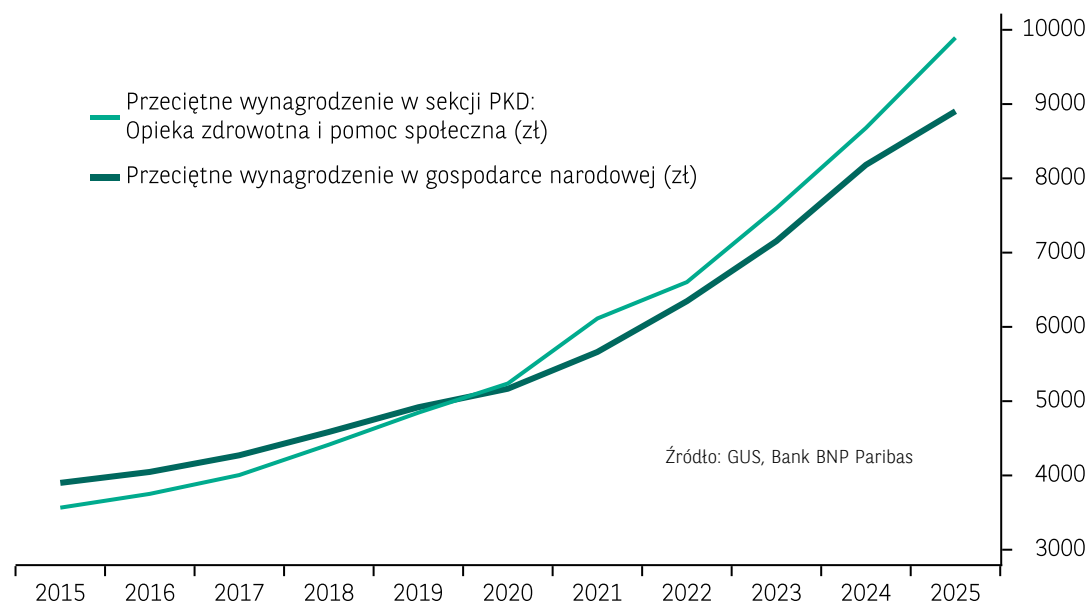
Pracujący w sekcji opieka zdrowotna i pomoc społeczna (na 1000 osób)



Liczba absolwentów studiów wyższych:



ZAROBKI W ZAWODACH MEDYCZNYCH W OSTATNICH LATACH SZYBKO ROSŁY

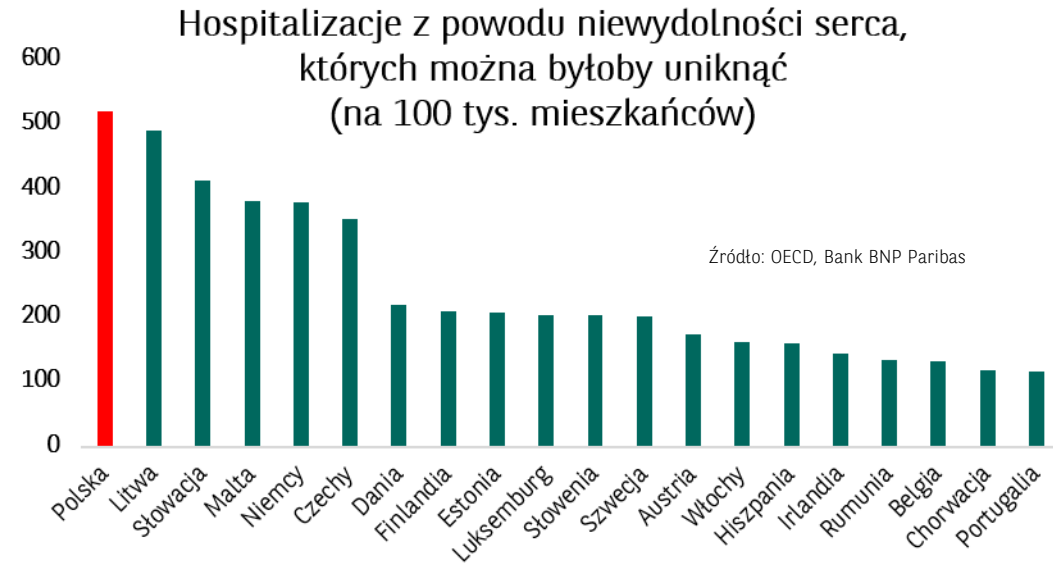
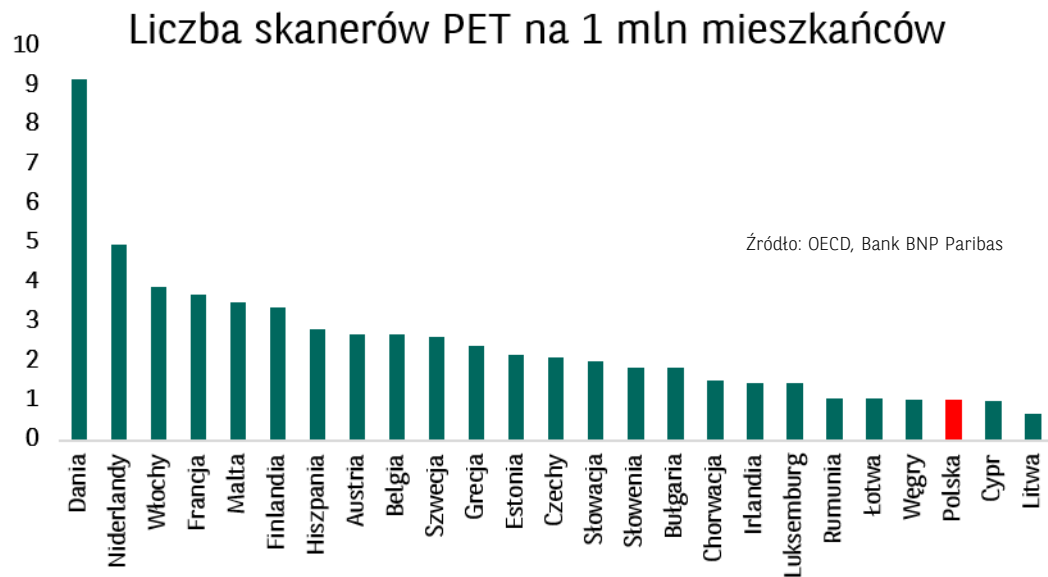


Czynnikiem, który powinien wspierać dopływ nowych pracowników do zawodów medycznych są mocno poprawiające się warunki ekonomiczne. Poza zachętą dla osób podejmujących naukę, aspekt ten może przyciągać do Polski obcokrajowców (według danych OECD za okres 2021–2023 w Polsce pracowało 5,7 tys. zagranicznych lekarzy) i sprzyjać powrotom do kraju znajdujących się na emigracji rodzimych lekarzy i pielęgniarek. Według statystyk OECD w latach 2020/2021 zagranicą pracowało ponad 16 tys. pochodzących z Polski lekarzy i 64 tys. osób zajmujących się pielęgniarstwem.

Od 2015 roku przeciętne wynagrodzenie w sekcji PKD „Opieka zdrowotna i pomoc społeczna” zwiększyło się o 175% i rośnie wyraźnie szybciej niż średnia płaca w całej gospodarce, osiągając przed rokiem poziom 9893 zł. Dynamiczny wzrost uposażeń w polskiej służbie zdrowia jest w dużej mierze wynikiem wprowadzonej w 2017 roku ustawy „o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych”, która wyraźnie poprawiła relacje zarobków w zawodach medycznych względem średniej krajowej. W efekcie w październiku 2024 roku mediana wynagrodzenia lekarza w Polsce wyniosła ok. 15,5 tys. zł. brutto (warto pamiętać że od tego czasu płace jeszcze wzrosły) a ponad 20% lekarzy otrzymywało pensje przekraczające 22 tys. zł brutto. W przypadku pielęgniarek mediana zarobków w tym samym okresie wyniosła 10650 zł brutto.

Co istotne kwoty te dotyczą wyłącznie wynagrodzeń otrzymywanych z tytułu umowy o pracę. Tymczasem wielu lekarzy, zwłaszcza specjalistów, gros swoich wpływów otrzymuje z kontraktów b2b. Według wyliczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wśród specjalistów przychody z tej formy zatrudnienia wykazuje blisko 75% lekarzy. Dotychczas nie było danych umożliwiających podsumowanie zarobków lekarzy ze wszystkich form zatrudnienia. W świetle docierających do opinii publicznej doniesień o nadużyciach w poborach medyków, w sierpniu br. przyjęto przepisy pozwalające na powiązanie wpływów z PESElem lekarza. Pozwoli to na zbadanie faktycznej struktury zarobków w branży. Konsekwencją mają być zmiany w sposobie wynagradzania, zapobiegające nieuczciwym praktykom, co powinno wspierać efektywność wydawanych w służbę zdrowia środków. Ewentualne zmiany wiążą się jednak z ryzykiem ograniczenia godzin pracy przez część lekarzy, co w rezultacie może skutkować jeszcze większymi problemami z dostępnością specjalistów.

LEPSZY SPRZĘT I WIĘCEJ BADAŃ KLUCZEM DO OGRANICZENIA HOSPITALIZACJI

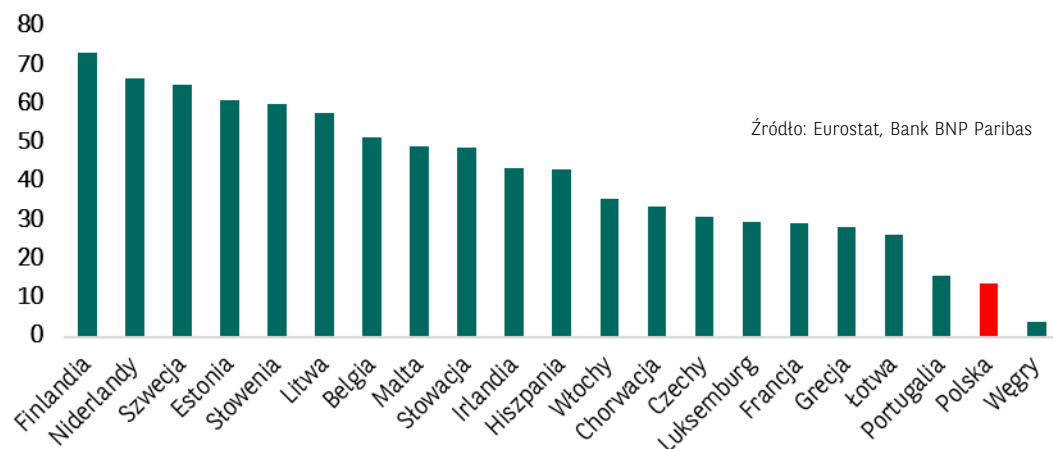


O ile zwiększenie liczby lekarzy jest czynnikiem kluczowym dla wzmocnienia wydolności polskiego systemu ochrony zdrowia, nie oznacza to, że poprawa jakości służby zdrowia w rozumieniu osiąganych przez nią wyników jest niemożliwa do osiągnięcia bez dodatkowych zasobów kadrowych. Polska wciąż ma bowiem istotne luki w dostępności technologii diagnostycznej i jej rozbudowa mogłaby przynieść wymierny wpływ na wczesną wykrywalność problemów zdrowotnych. W przypadku tomografów komputerowych ich liczba w Polsce nie odbiega znacząco od unijnej średniej. Jednak jeśli chodzi o liczbę urządzeń do rezonansów magnetycznych w 2024 roku na 1 mln mieszkańców Polski przypadało 14,5 takich aparatów, podczas gdy w UE było to przeciętnie ponad 20. Jeszcze bardziej znaczące różnice występują w przypadku skanerów PET wykorzystywanych m.in. w diagnostyce nowotworów. Przed dwoma laty w Polsce było 38 takich urządzeń, co w relacji do liczby ludności plasowało Polskę na trzecim miejscu od końca wśród państw UE.

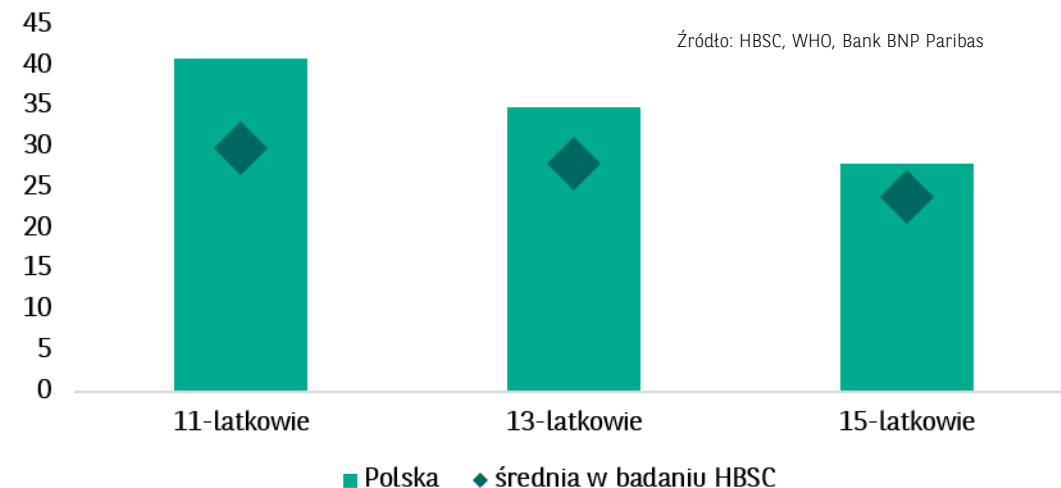
Poza inwestycjami w sprzęt poprawa skuteczności systemu ochrony zdrowia w Polsce wymaga też zwiększenia nakładów na same badania diagnostyczne. W zasadzie we wszystkich statystykach porównawczych biorących pod uwagę odsetek społeczeństwa, który brał udział w badaniach przesiewowych/okresowych czy też szczepieniach Polska wypada bardzo błado. Podniesienie dostępności badań specjalistycznych np. przez zwiększenie środków przeznaczonych na ten cel dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, tak by chętniej wystawiali oni skierowania, a pacjenci nie tracili czasu na dotarcie do lekarzy specjalistów, mogłoby potencjalnie oddziaływać korzystnie na jakość opieki zdrowotnej. Ciekawym pomysłem w tym obszarze jest też zaprezentowany w przygotowanym przez Szkołę Główną Handlową raporcie [Nowa architektura finansowania ochrony zdrowia w Polsce](#) pomysł powiązania badań kontrolnych z medycyną pracy, co przynajmniej w przypadku 11 mln pracowników poniekąd wymusiłoby regularne podstawowe testy zdrowotne. W długim terminie zwiększenie nakładów na diagnostykę powinno też przynieść realne oszczędności finansowe poprzez ograniczenie pobyków w szpitalach. Dotyczy to np. przyjęć związanych z chorobami serca czy cukrzycą, w przypadku których Polska wypada na tle reszty UE fatalnie.

PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA SĄ BARDZO POTRZEBNE W POLSCE

Udział w programie badań przesiewowych raka jelita grubego (%)



Otyłość wśród chłopców (% badanych)



Poprawa wyników systemu ochrony zdrowia nie jest jednak wyłącznie zależna od zwiększenia finansowania na diagnostykę. Problem wydaje się leżeć również w nastawieniu polskiego społeczeństwa do badań kontrolnych czy służby zdrowia w ogóle. Przykładowo w finansowanych przez NFZ programach profilaktycznych wczesnego wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego w 2025 roku odsetek Polek i Polaków, którzy wzięli w nich udział wyniósł odpowiednio 34%, 12% i 16%. Choć dane te mogą zaniżać liczbę faktycznie wykonanych pod tym kątem badań (część osób wykonuje kontrolę prywatnie), to inne statystyki również wskazują, że nie należymy do społeczeństwa przesadnie dbającego o swoje zdrowie (na co w tym kontekście wskazuje też wyższa śmiertelność z powodu nowotworów niż w UE). W pierwszym roku funkcjonowania programu *Moje Zdrowie* tj. publicznie finansowanego cyklicznego bilansu zdrowia dla osób od 20 roku życia, zgłoszeń dokonało 3,8 mln osób co stanowi tylko kilkanaście procent uprawnionych. Podobnie nisko kształtuje się też odsetek osób starszych (+65 lat), które zdecydowały się na gwarantowane przez NFZ szczepienie na gripę (najniższy poziom w państwach UE).

W tym kontekście widać dużą potrzebę zwiększenia nakładów na profilaktykę. Jak pokazaliśmy na slajdzie 7, w ramach publicznej służby zdrowia skala niedofinansowania w tym obszarze jest najbardziej widoczna w porównaniu do innych krajów UE. Poza kosztami związanymi ze szczepieniami, programami wykrywania chorób i badań kontrolnych kategoria ta obejmuje również wydatki na edukację i uświadamianie społeczeństwa na temat benefitów zdrowego trybu życia, co w przypadku Polski wydaje się szczególnie istotne.

Próba zmiany nastawienia Polaków i zachęta do bardziej prozdrowotnych postaw powinna obejmować w szczególności dzieci i młodzież. W przeprowadzanym w 2022 roku badaniu *Health Behaviour in School-aged Children* nadzorowanym przez WHO, wyniki stanu zdrowia najmłodszych Polaków wskazywały na sporą przestrzeń do poprawy. Niepokoić mogły m.in. otyłość wśród chłopców, odsetek palącej młodzieży, czy najgorsza wśród badanych krajów kondycja zdrowia psychicznego polskich nastolatków. W długim terminie dotarcie z przekazem do uczniów powinno zaprocentować, skutkując zdrowszym trybem życia i lepszym monitorowaniem stanu swojego zdrowia, ostatecznie prowadząc do zmniejszenia zapotrzebowania na leczenie.

POLACY Z WŁASNEJ KIESZENI WYDAJĄ GŁÓWNIIE NA WIZYTY U LEKARZA I LEKARSTWA

Na to, iż słaba profilaktyka zdrowotna wśród Polaków nie wynika jedynie z niedofinansowania publicznej opieki zdrowotnej wskazuje również fakt, iż niskie nakłady ze strony państwa nie są kompensowane większymi wydatkami prywatnymi (dane uwzględniają zarówno kwoty wydawane z własnej kieszeni, jak i ubezpieczenia medyczne finansowane samemu, czy przez pracodawcę) w tym zakresie.

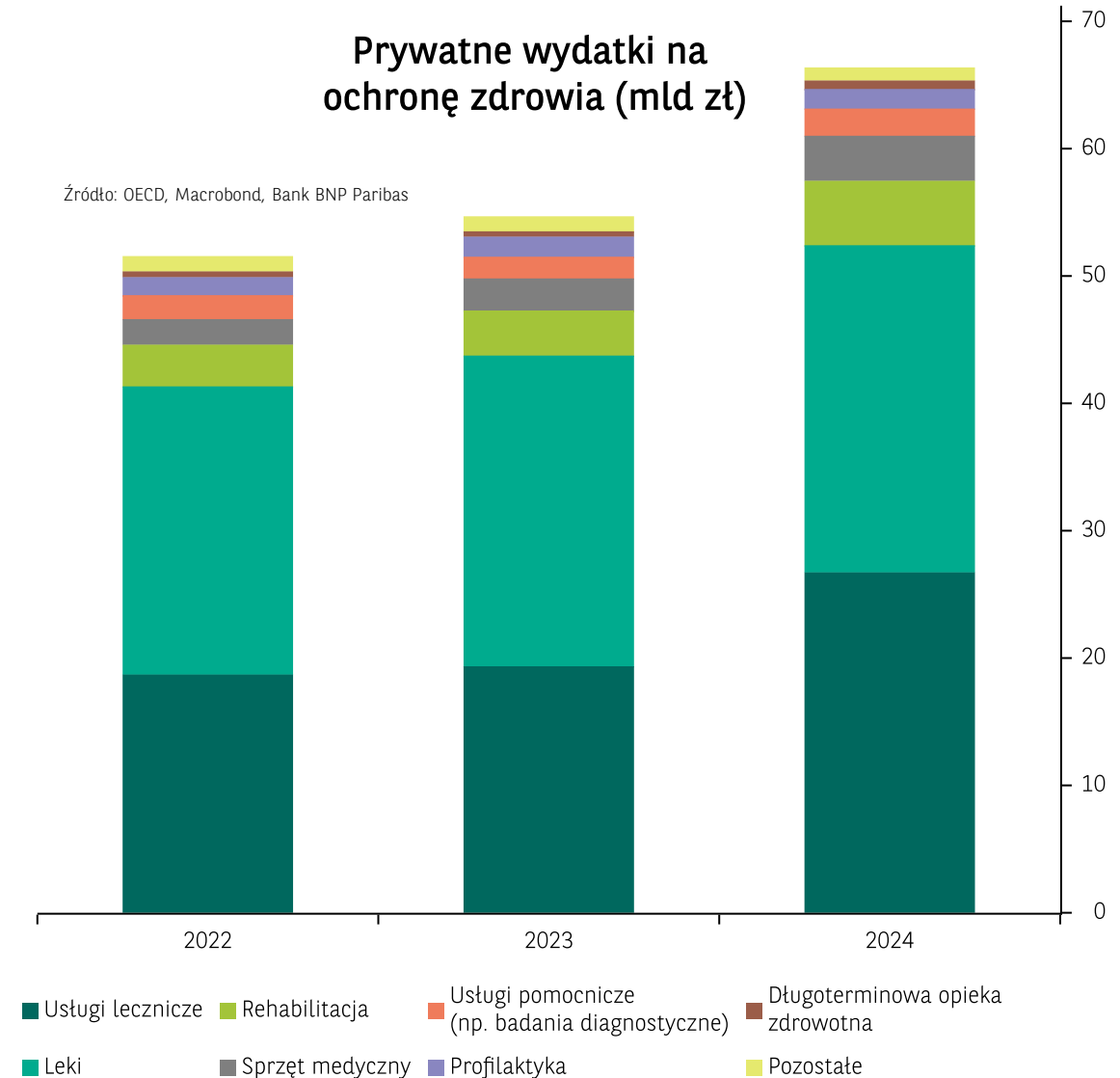
Na usługi pomocnicze (zawierające m.in. badania diagnostyczne) jak i profilaktykę Polacy poza systemem publicznym przeznaczili w 2024 roku łącznie 3,7 mld zł. Dzieląc sumę tę na wszystkich mieszkańców i porównując wynik do unijnych partnerów (po skorygowaniu o różnice w cenach) okazuje się, że finansowane prywatnie nakłady na prewencję chorób nie tylko nie przewyższają, ale są niższe od środków przeznaczanych na ten cel w innych krajach UE.

W Polsce prywatne fundusze dedykowane ochronie zdrowia przeznaczone są przede wszystkim na usługi lecznicze, w tym głównie ambulatoryjną opiekę zdrowotną. W 2024 roku wartość zakupionych z tego tytułu świadczeń wyniosła 26,7 mld zł. Niewiele mniej Polacy wydali na leki - 25,7 mld zł - z czego wartość przepisanych na receptę preparatów wyniosła 16,3 mld zł. Na leki bez recepty w przeliczeniu na osobę i po skorygowaniu różnic w cenach Polacy „realnie” wydają natomiast niemal najwięcej w całej Unii.

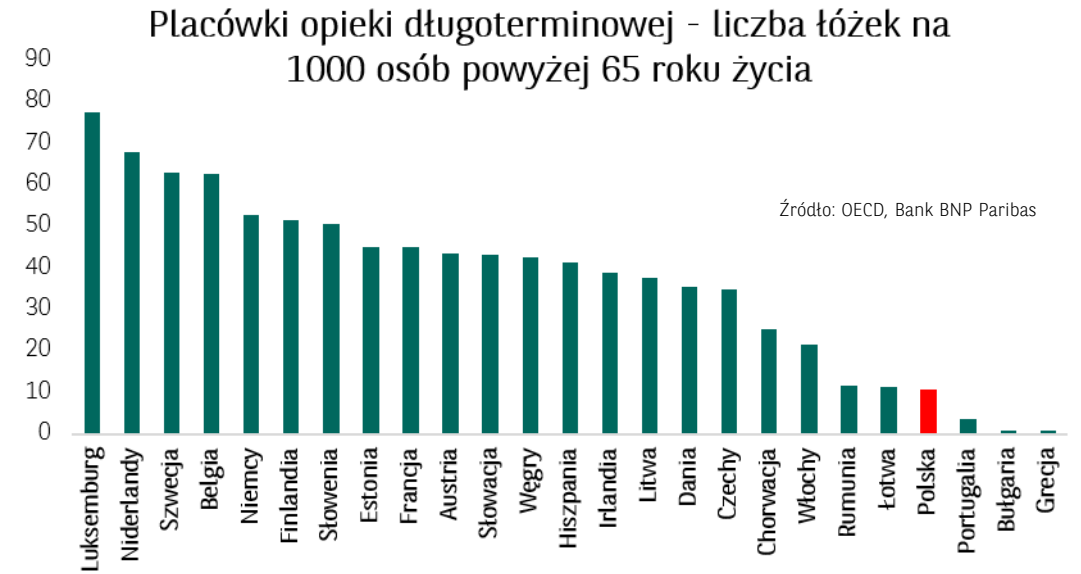
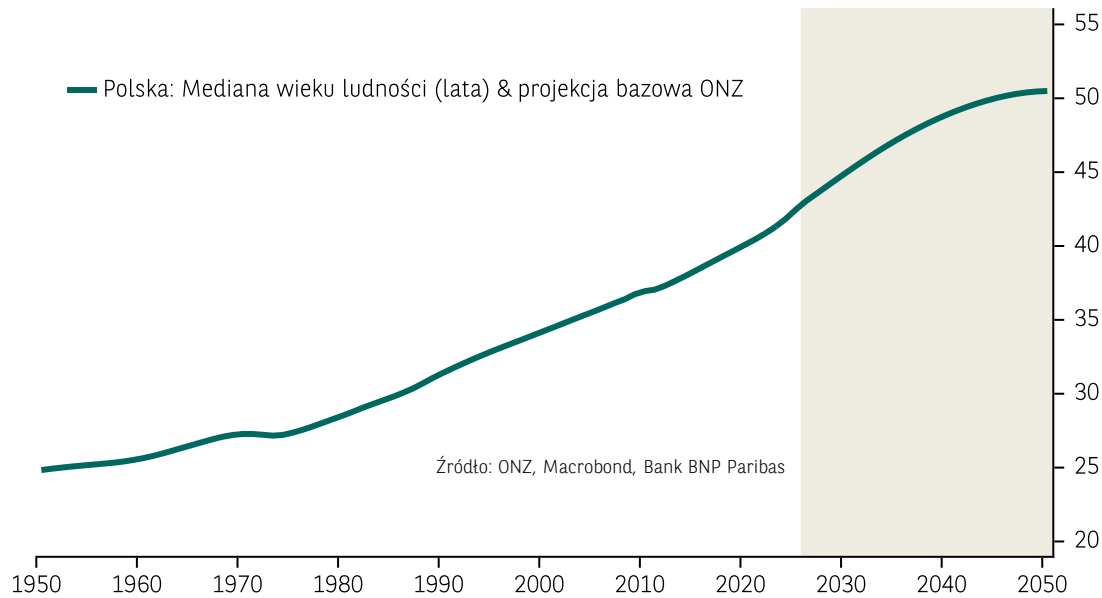
Pozostałe kategorie poniesionych przez gospodarstwa domowe kosztów wyraźnie odbiegały już kwotami od dwóch głównych kierunków przepływu środków na zdrowie. Ponad 5 mld zł Polacy z własnych funduszy przeznaczili na rehabilitację, 3,5 mld zł na sprzęt medyczny, a blisko 700 mln zł na długoterminową opiekę zdrowotną.

Prywatne wydatki na ochronę zdrowia (mld zł)

Źródło: OECD, Macrobond, Bank BNP Paribas



STARZEJĄCE SIĘ POLSKIE SPOŁECZEŃSTWO BĘDZIE POTRZEBOWAĆ WIĘKSZEJ OPIEKI



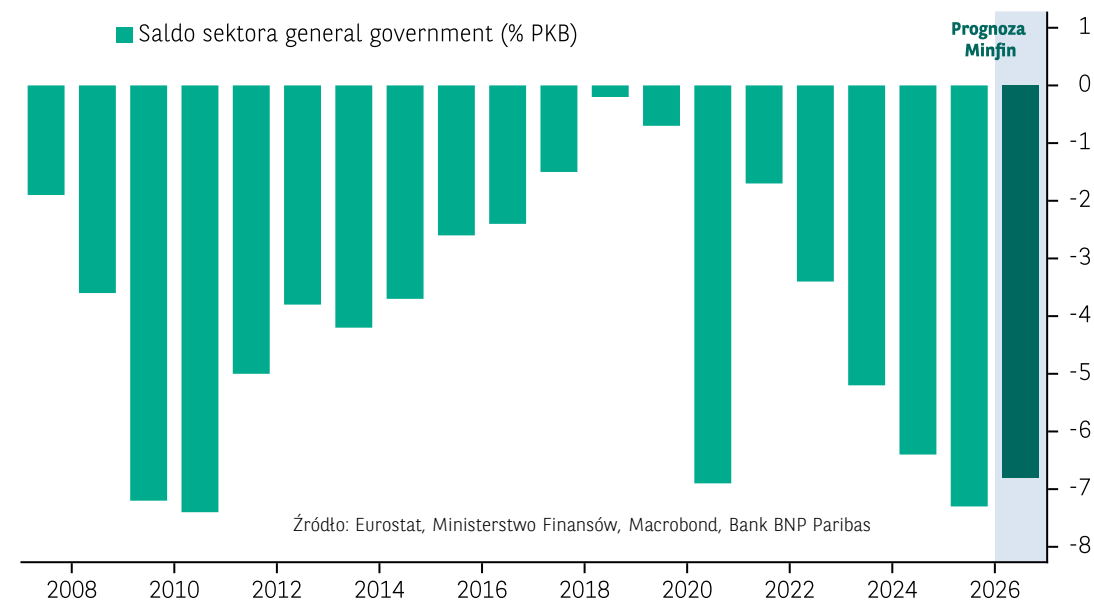
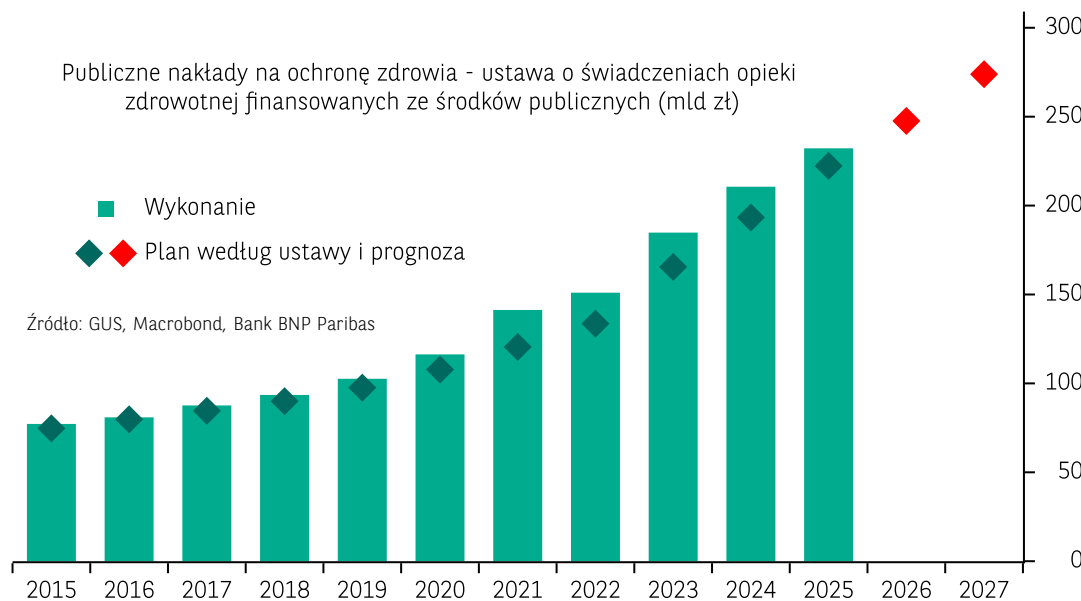
Długoterminowa opieka zdrowotną to dziedzina, która w najbliższych latach także potrzebować będzie wyraźnego zwiększenia finansowania. Obejmuje ona zestaw świadczeń medycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych dla osób przewlekle chorych oraz niesamodzielnych, które nie wymagają już hospitalizacji, ale nie potrafią funkcjonować samodzielnie w codziennym życiu.

Polskie społeczeństwo szybko się starzeje. W 2025 roku mediana wieku w Polsce wzrosła do 43 lat z 34 lat w 2000 roku. Do 2045 roku przewiduje się, że przekroczy ona 50 lat i utrzyma się na tym poziomie w drugiej połowie XXI wieku. Większa liczba ludzi w dojrzałym wieku i – miejmy nadzieję – wydłużająca się długość życia Polaków oznacza, że zapotrzebowanie na opiekę medyczną i pielęgnarską, a także pomoc w podstawowych czynnościach będzie wśród osób starszych bardzo szybko rosnąć.

W 2024 roku łączne (publiczne i prywatne) nakłady na ten rodzaj usług zdrowotnych w Polsce wyniósł 24,1 mld zł, co stanowiło równowartość 0,7% PKB. Plasowało to nasz kraj na 17. miejscu wśród krajów UE z wynikiem o 0,5% PKB (w przeliczeniu ok. 20 mld zł) niższym od unijnej średniej. Większość ponoszonych wydatków przeznaczana była na opiekę domową (75-80%), w tym zasiłki. Opieka szpitalna (2,1 mld zł) lub w dedykowanych placówkach opieki długoterminowej (3 mld zł) miały wyraźnie mniejszy udział w alokowanych środkach.

W świetle projekcji demograficznych rozwój zakładów opiekuńczo-leczniczych dla osób starszych wydaje się nieuchronny. Przed dwoma laty w Polsce w tego typu ośrodkach znajdowało się ponad 80 tys. łóżek, co oznaczało 11 miejsc przypadających na 1000 osób w wieku przekraczającym 65 lat. Unijna średnia w przypadku tej statystyki wynosi 37 łóżek na 1000 osób starszych, a gorszy wynik od Polski pod tym względem osiągnęły jedynie trzy kraje: Bułgaria, Grecja i Portugalia.

POPRAWA JAKOŚCI SŁUŻBY ZDROWIA WYMAGA WIĘKSZYCH FUNDUSZY



Choć same pieniądze nie „uzdrowią” służby zdrowia w Polsce to wydaje się, że zwiększenie nakładów publicznych jest konieczne, aby poprawić jakość i wyniki systemu. Wzrost funduszu płac związany z większą liczbą lekarzy i ich wyższymi wynagrodzeniami, rozwój profilaktyki i diagnostyki czy rozbudowa struktury opieki długoterminowej nad osobami starszymi, to wszystko cele na które – jeśli chcemy zwiększyć skuteczność opieki zdrowotnej w Polsce - trzeba istotnych zasobów.

Zgodnie z ustawą „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” po tym jak w zeszłym roku nakłady publiczne na zdrowie (zakres ujętych w ustawie nakładów odbiega od danych zawartych na slajdzie 5) wyniosły 232,2 mld zł, w tym roku mają one wynieść przynajmniej równowartość 6,8% PKB z 2024 roku (248 mld zł), a w przyszłym roku równowartość 7% PKB z 2025 roku (274 mld zł). W kolejnych latach (od 2028 roku) środki przeznaczone na publiczną służbę zdrowia mają wynosić minimum 7% wartości wytworzonych w Polsce dóbr i usług w roku n-2 (dla wydatków w 2028 roku punktem odniesienia będzie nominalny PKB z 2026 roku).

Taka ścieżka kształtowania się wydatków na publiczną ochronę zdrowia pozwoli w naszej ocenie zmniejszyć lukę w finansowanie względem unijnej średniej, ale nie sprawi, że domknie się ona w całości. Innymi słowy wciąż na zdrowie wydawać będziemy – w relacji do wielkości gospodarki - mniej niż w Europie Zachodniej.

Póki co, aby spełniać ustawowe wymogi względem wysokości wydatków rządzący posilkowali się przekazywaną do NFZ dotacją podmiotową z budżetu państwa. W ubiegłym roku wyniosła ona 32,9 mld zł, a w tym zgodnie z planem ma wynieść 33,6 mld zł. Rozwiązanie to ma jednak swoje ograniczenia. Deficyt sektora finansów publicznych jest wysoki (ok 7% PKB) i w kolejnych latach będzie musiał być redukowany, co przy obecnej sytuacji geopolitycznej sugeruje, że wolnych środków na dalsze wspieranie służby zdrowia możemy w budżecie państwa nie znaleźć. Rozwój systemu ochrony zdrowia i osiągnięcie unijnej średniej pod względem wydatków na zdrowie wymagać będzie więc najprawdopodobniej pozyskania nowych źródeł finansowania.

REFORMA SŁUŻBY ZDROWIA - POLITYCZNY GORĄCY KARTOFEL

Istnieje wiele różnych metod pozyskania nowych środków do systemu ochrony zdrowia. W Polsce głównym źródłem przychodów do NFZ jest wynosząca 9% składka opłacana przez pracowników, samozatrudnionych czy emerytów i rencistów. Najprostszą opcją na zwiększenie transferów do NFZ byłoby więc podniesienie (lub progresja) stawki ubezpieczenia zdrowotnego. W Polsce na tle innych krajów finansujących świadczenia zdrowotne poprzez obowiązkowe ubezpieczenie jest ona stosunkowo niska. Przykładowo w Niemczech wynosi średnio ok. 17% (najwyższy poziom w UE), choć w przeciwieństwie do Polski jest płacona po równo przez pracownika i pracodawcę. Co więcej, w Polsce w przypadku niektórych form rozliczania podatku przez samozatrudnionych (np. ryczałt od przychodów ewidencjonowanych) efektywna stawka składki zdrowotnej jest niższa niż 9%.

Alternatywą dla podwyższenia wysokości składki zdrowotnej może być rozszerzenie przedmiotowe jej zakresu. W Polsce jest ona uiszczana od dochodów z pracy oraz emerytur i rent. Obowiązkowi jej opłacania nie podlegają natomiast np. uzyskane przez osoby fizyczne dochody z najmu okazjonalnego czy zysków kapitałowych. Ich uwzględnienie mogłoby przynieść dodatkowe miliardy do NFZ.

W skrajnym scenariuszu rozszerzenia przedmiotowego, w którym uwzględniono by również zyski przedsiębiorstw, sposób finansowania ochrony zdrowia odszedłby od systemu stricte składkowego w kierunku podatku zdrowotnego uiszczanego od wszystkich form dochodu. Innym podatkowym sposobem na zwiększenie zasobów NFZ może też być podwyższenie/nałożenie nowych podatków pośrednich, zwłaszcza akcyzy na towary szkodliwe dla zdrowia.

Poza modyfikacjami w składkach/podatkach finanse publicznej służby zdrowia można też próbować wzmocnić wprowadzając pewną odpłatność za wizyty, badania lub ograniczając zakres gwarantowanych świadczeń. Wśród krajów UE, Polska jest ewenementem nie posiadając prawie żadnej formy współpłacenia za korzystanie z publicznej opieki zdrowotnej, choć warto tu zauważyć, że w pewnym stopniu to współpłacenie odbywa się np. poprzez stosunkowo niski poziom dopłat z państwa do lekarstw.

Każdy z wymienionych wyżej sposobów zwiększenia wpływów do systemu zdrowia wiąże się z uderzeniem po kieszeni określonych grup społecznych i niesie ze sobą pewne szanse (np. wprowadzenie odpłatności mogłoby zmniejszyć kolejki, eliminując bezzasadne wizyty u lekarza), ale i zagrożenia (odpłatność mogłaby odepchnąć od służby zdrowia i tak niechętnych już do niej Polaków). W efekcie wprowadzenie każdej z nich napotkałoby zapewne wyjściowo na pewien opór. Dlatego mimo, że spodziewamy się, że - ze względu na wyborczy kalendarz i wyływające w ostatnim czasie na światło dzienne nieprawidłowości - temat zmian w służbie zdrowia będzie w nadchodzących miesiącach mocno obecny w debacie publicznej, to obawiamy się, że przyjmie on bardziej populistyczną formę „naprawy” systemu bez zwiększania obciążeń finansowych.

Zamiast uciekać od trudnych tematów, dyskusję na temat zmian w systemie opieki zdrowotnej należałoby rozpocząć od zaprezentowania wiarygodnej wizji pokazującej jakie efekty byłyby możliwe do osiągnięcia przy pozyskaniu dodatkowych funduszy. Wówczas szansa na przekonanie Polaków o słuszności podejmowanych działań (trochę podobnie jak w przypadku wydatków na zbrojenia) mogłaby być większa. Polacy zasługują bowiem na to by żyć w zdrowiu równie długo, co obywatele Europy Zachodniej. Pozostajemy jednak sceptyczni, że w obecnych warunkach politycznych szeroka reforma służby zdrowia obejmująca zmianę sposobu jej finansowania jest możliwa.

Osoba/y zaangażowane w sporządzenie raportu: Marcin Kujawski

WAŻNA INFORMACJA: Niniejsza publikacja została przygotowana przez Bank BNP Paribas Bank Polska S.A. i stanowi publikację handlową w rozumieniu przepisów MiFID II (Dyrektywa 2014/65/EU). Nie stanowi badania inwestycyjnego w rozumieniu MiFID II i w związku z tym nie została przygotowana zgodnie z wymogami prawnymi zapewniającymi niezależność badań inwestycyjnych i nie podlega żadnym zakazom w zakresie rozpowszechniania badań inwestycyjnych.

Niniejsza publikacja ma charakter wyłącznie informacyjny i nie może być traktowana jako doradztwo inwestycyjne. Nie stanowi również oferty ani propozycji zawarcia jakiejkolwiek transakcji, jak również nie jest formą reklamy ani oferty sprzedaży jakiejkolwiek usługi świadczonej przez Bank BNP Paribas Bank Polska S.A.

Przedstawione opinie i komentarze pozostają aktualne wyłącznie w momencie ich wydania. Przy ich opracowaniu wykorzystano źródła informacji, które są uważane za wiarygodne i dokładne, jednak zastrzegamy, iż mimo to mogą być one niekompletne lub skrócone.

Niniejszy dokument stanowi własność Banku. Kopiowanie i rozpowszechnianie niniejszego dokumentu w całości lub w części możliwe jest wyłącznie po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Banku.

BNP Paribas Bank Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Kasprzaka 2, 01-211 Warszawa, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000011571, posiadający NIP 526-10-08-546 oraz kapitał zakładowy w wysokości 147 880 491 zł w całości wpłacony.

Bank BNP Paribas Bank Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego, ul. Piękna 20, 00-549 Warszawa.



BNP PARIBAS

Bank zmieniającego się świata