



State of Health in the EU

POLSKA

Profil systemu ochrony
zdrowia 2025

Seria Krajowe profile systemu ochrony zdrowia

Profile krajów zawarte w publikacji z cyklu *Stan zdrowia w UE* stanowią zwięzły i istotny z punktu widzenia polityki przegląd stanu zdrowia i systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej (UE)/Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG). Podkreślono w nich w szczególności cechy charakterystyczne i wyzwania każdego z krajów w kontekście porównań międzynarodowych. Celem jest wsparcie decydentów politycznych oraz osób wpływowych poprzez umożliwienie im wzajemnego uczenia się i wymiany wiedzy. W edycji *Country Health Profiles* z 2025 r. uwzględniono specjalną sekcję poświęconą polityce farmaceutycznej.

Profile są wynikiem wspólnych prac Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i European Observatory on Health Systems and Policies prowadzonych we współpracy z Komisją Europejską. Szczególne podziękowania kierujemy do sieci Health Systems and Policy Monitor Obserwatorium, Komitetu ds. Zdrowia OECD oraz grupy ekspertów UE ds. oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych (HSPA) za ich cenne uwagi i sugestie.

Spis treści

1	Najważniejsze informacje	1
2	Zdrowie w Polsce	2
3	Czynniki ryzyka	5
4	System ochrony zdrowia	6
5	Efektywność systemu ochrony zdrowia	9
6	W centrum uwagi – produkty farmaceutyczne	18
7	Najważniejsze ustalenia	22

Źródła danych i informacji

Dane i informacje zawarte w profilach krajów opierają się głównie na oficjalnych krajowych statystykach przekazywanych do Eurostatu i OECD, które zatwierdzono w celu zapewnienia najwyższych standardów porównywalności danych. Źródła i metody leżące u podstaw tych danych są dostępne w bazach danych prowadzonych przez Eurostat i OECD. Dodatkowe dane pochodzą między innymi z Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), badań Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), badania „Zdrowie, starzenie się i

emerytura w Europie” (SHARE), Europejskiego Systemu Informacji o Nowotworach (ECIS), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a także z innych źródeł krajowych.

Średnie dla UE obliczono jako średnie ważone 27 państw członkowskich, o ile nie wskazano inaczej. Średnie dla UE nie obejmują Islandii i Norwegii.

Prace nad tym profilem zakończono we wrześniu 2025 r., opierając się na danych dostępnych w pierwszej połowie tego miesiąca.

Kontekst demograficzny i społeczno-ekonomiczny w Polsce, 2024 r.

Czynniki demograficzne	Polska	EU
Wielkość populacji	36 620 970	449 306 184
Odsetek populacji powyżej 65. roku życia	21 %	22 %
Współczynnik płodności ¹ (2023)	1,2	1,4
Czynniki społeczno-ekonomiczne		
PKB na mieszkańca (parytet siły nabywczej EUR ²)	31 362	39 675
Wskaźnik zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (AROPE) ³	16,0 %	20,9 %

- Liczba urodzonych dzieci przypadających na kobietę w wieku 15–49 lat.
- Parytet siły nabywczej (PPP) definiuje się jako wskaźnik konwersji waluty, który wyrównuje siłę nabywczą różnych walut poprzez eliminację różnic w poziomach cen między państwami.
- Ryzyko ubóstwa lub wykluczenia społecznego (AROPE) to odsetek osób zagrożonych ubóstwem, dotkniętych poważnym niedostatkiem materialnym i społecznym lub mieszkających w gospodarstwie domowym o bardzo niskiej intensywności pracy.

Źródło: Baza danych Eurostatu.

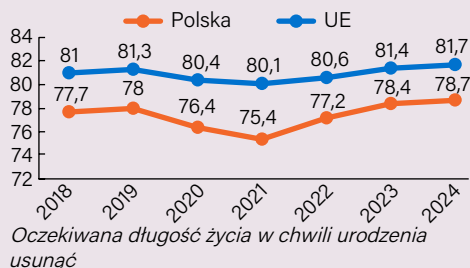
Disclaimer: W przypadku OECD niniejsza publikacja została wydana pod nadzorem Sekretarza Generalnego OECD. Opinie i argumenty zawarte w niniejszym dokumencie niekoniecznie odzwierciedlają oficjalne stanowisko państw członkowskich OECD. Poglądy i opinie wyrażone w publikacjach European Observatory on Health Systems and Policies niekoniecznie odzwierciedlają oficjalną politykę organizacji uczestniczących.

Niniejsza publikacja została opracowana przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej. Poglądy wyrażone w niniejszym dokumencie nie mogą w żadnym wypadku być traktowane jako odzwierciedlenie oficjalnego stanowiska Unii Europejskiej.

Nazwy i reprezentacje krajów i terytoriów użyte w niniejszej publikacji są zgodne z praktyką WHO. Niniejszy dokument, jak również wszelkie dane i mapy w nim zawarte, nie mają wpływu na status lub suwerenność jakiegokolwiek terytorium, wytyczenie granic międzynarodowych oraz nazwę jakiegokolwiek terytorium, miasta lub obszaru. Szczególne zastrzeżenia terytorialne mają zastosowanie do OECD i można je znaleźć pod następującym linkiem: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Obowiązują dodatkowe zastrzeżenia dotyczące WHO.

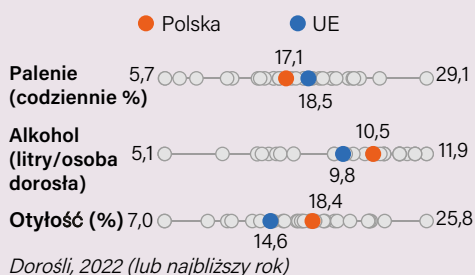
Niniejsze tłumaczenie zostało sprawdzone pod kątem terminologii i jasności. W przypadku rozbieżności między niniejszym tłumaczeniem a oryginalnym tekstem w języku angielskim, pierwszeństwo ma tekst angielski.

1 Najważniejsze informacje



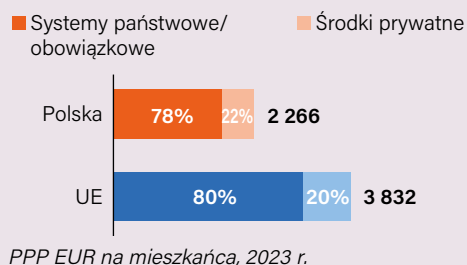
Zdrowie w Polsce

Średnia długość życia w Polsce spadła o 2,6 roku w latach 2019–2021, jednak w 2024 r. osiągnęła najwyższy w historii poziom 78,7 roku. Różnica w średniej długości życia kobiet i mężczyzn pozostawała stosunkowo duża i w 2024 r. wynosiła 7,5 roku na korzyść kobiet. Zgodnie z trendami obserwowanymi w całej Europie, głównymi przyczynami zgonów oraz złego stanu zdrowia były choroby układu krążenia i nowotwory.



Czynniki ryzyka

Od 2001 r. w Polsce obserwuje się spadek konsumpcji tytoniu. Mimo to wskaźniki palenia wśród nastolatków pozostają wysokie, a także – podobnie jak w innych krajach UE – rośnie popularność e-papierosów. Skłoniło to decydentów do wprowadzenia regulacji dotyczących produktów zawierających nikotynę, podobnych do tych dotyczących tradycyjnych wyrobów tytoniowych. Spożywanie alkoholu wciąż stanowi istotny czynnik ryzyka, co doprowadziło do wprowadzenia bardziej rygorystycznych regulacji rynku alkoholu.

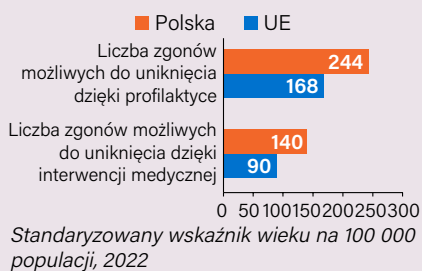


System ochrony zdrowia

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca w Polsce w 2023 r. wyniosły 2 266 EUR, czyli o 40 % mniej niż średnia UE wynosząca 3 832 EUR. Z tej kwoty 78 % pochodziło z przedpłaconych źródeł publicznych, ale 22 % stanowiły wydatki prywatne – w większości pokrywane bezpośrednio z kieszeni pacjentów. Większość wydatków z własnej kieszeni dotyczyła leków ambulatoryjnych i opieki stomatologicznej.

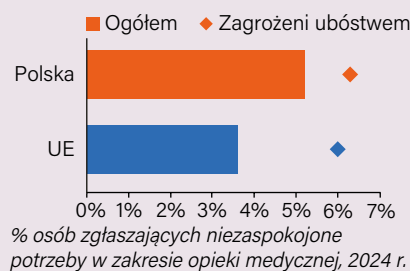
Efektywność systemu ochrony zdrowia

Skuteczność



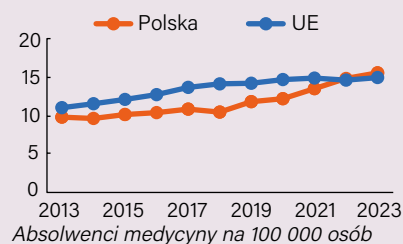
Ogólny wskaźnik śmiertelności, możliwej do uniknięcia, w Polsce spadał przed pandemią COVID-19, jednak nadal utrzymywał się na poziomie wyższym niż średnia UE. W 2022 r. wynosił 244 na 100 000 mieszkańców, w porównaniu z 168 na 100 000 w całej UE. Kluczową rolę w tym zakresie odgrywa spożycie alkoholu i tytoniu. Podobnie wysoki pozostawał odsetek zgonów z przyczyn, którym można było zapobiec.

Dostępność



W 2024 r. w Polsce 5,2 % osób, które wyraźnie zgłosiły potrzebę skorzystania z opieki medycznej, nie miało do niej dostępu ze względu na koszty, czas oczekiwania lub odległość, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 3,6 %. Pomimo zakłóceń spowodowanych pandemią COVID-19, wraz ze skróceniem czasu oczekiwania zmniejszyły się niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej wśród ogółu społeczeństwa.

Odporność systemowa



Zrównoważony rozwój kadr medycznych w Polsce stanowi kluczowe wyzwanie w budowaniu odporności systemu ochrony zdrowia. Do niedawna liczba absolwentów kierunków lekarskich i pielęgnarskich była niższa od średniej UE. Zainicjowano jednak proces planowania rozwoju kadr medycznych oparty na danych, a liczba studentów kierunków medycznych wzrosła prawie dwukrotnie w latach 2012–2023.

W centrum uwagi: produkty farmaceutyczne

W 2023 r. Polska wydała na leki sprzedawane w aptekach o jedną trzecią mniej (352 EUR) niż średnia UE (510 EUR) w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Jednak większość wydatków na opiekę zdrowotną pokrywanych z własnej kieszeni w Polsce dotyczyła leków (63 % w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 36 %), ponieważ ustawowy zakres ubezpieczenia jest ograniczony przez skomplikowane kryteria współpłatności. Wszystkie leki przepisywane i podawane w szpitalach są bezpłatne dla pacjentów. Kosztowne leki dla pacjentów hospitalizowanych są finansowane w ramach różnych programów krajowych, z jasno określonymi kryteriami włączenia i wyłączenia oraz pod ścisłym monitorowaniem.

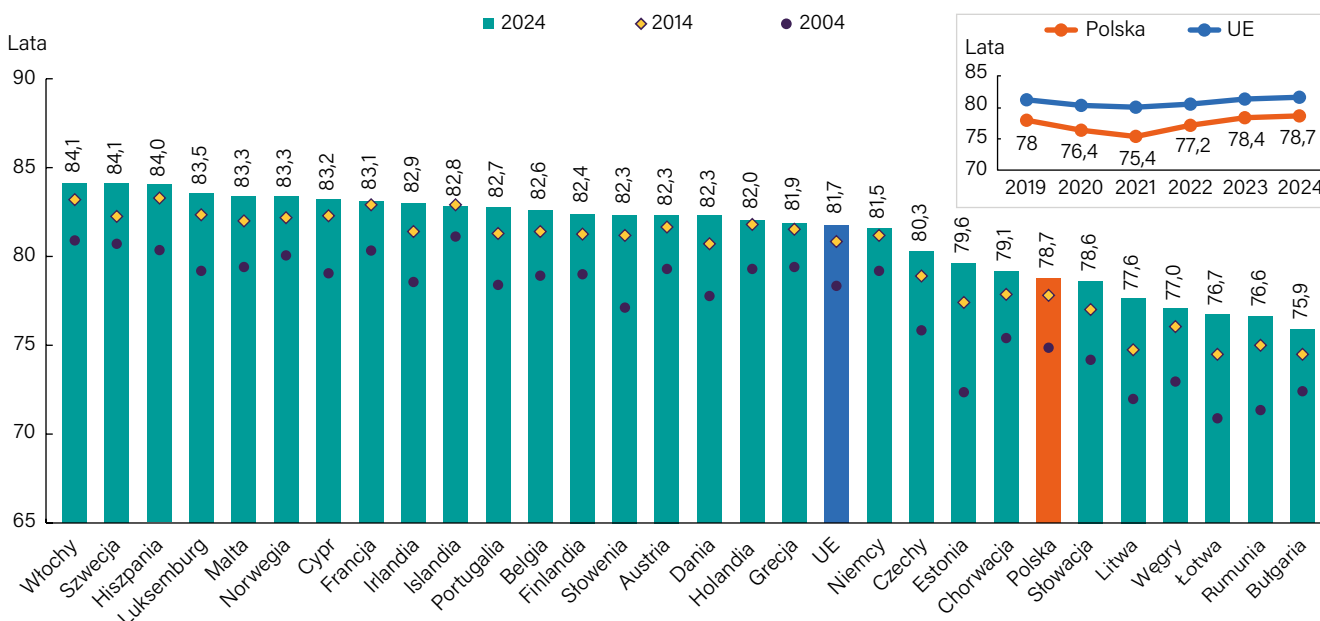
2 Zdrowie w Polsce

Średnia długość życia w Polsce pozostaje znacznie niższa od średniej UE

W 2024 r. średnia długość życia w Polsce wynosiła 78,7 lat – o 3 lata mniej niż średnia UE. Po znacznym spadku podczas pandemii COVID-19 średnia długość życia powróciła do poziomu sprzed pandemii, a w 2023 r. przekroczyła go (wykres 1).

Podobnie jak w innych krajach UE, polscy mężczyźni mają zazwyczaj krótszą średnią długość życia niż kobiety. W 2024 r. średnia długość życia mężczyzn była o 7,5 roku krótsza niż kobiet, co stanowiło większą różnicę niż średnia różnica w UE wynosząca 5,2 roku. Jednak od 2010 r., kiedy to różnica między płciami w Polsce wynosiła 8,5 roku, obserwuje się jej systematyczne zmniejszanie. Ta dysproporcja wynika w dużej mierze z większej ekspozycji mężczyzn na czynniki ryzyka (zob. sekcja 3).

Wykres 1. Średnia długość życia w Polsce w momencie urodzenia jest o trzy lata niższa od średniej UE



Uwagi: Średnia UE jest średnią ważoną. Dane za 2024 r. dla Irlandii odnoszą się do 2023 r.
Źródło: Eurostat (demo_mlexpec).

Choroby układu krążenia i nowotwory są zdecydowanie głównymi przyczynami zgonów w Polsce

W 2023 r. najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce były choroby układu krążenia (w tym choroba niedokrwienna serca i udar mózgu) oraz nowotwory, które łącznie stanowiły 61,2 % wszystkich zgonów (wykres 2). W tym samym czasie znaczną liczbę zgonów spowodowały także choroby układu oddechowego. Chociaż odsetek zgonów spowodowanych COVID-19 był znacznie niższy niż w latach 2020–2022, w 2023 r. nadal wynosił 1,1 %.

Większość Polaków ocenia swój stan zdrowia jako dobry, jednak widoczne są znaczne różnice w zależności od poziomu dochodów

W 2024 r. 64 % Polaków deklarowało dobry stan zdrowia – nieco poniżej średniej UE wynoszącej 68 %. Podobnie jak w innych krajach UE, występują wyraźne różnice między płciami: 67,5 % mężczyzn deklarowało dobry stan zdrowia w porównaniu z 61,6 % kobiet (wykres 3). Jeszcze większe

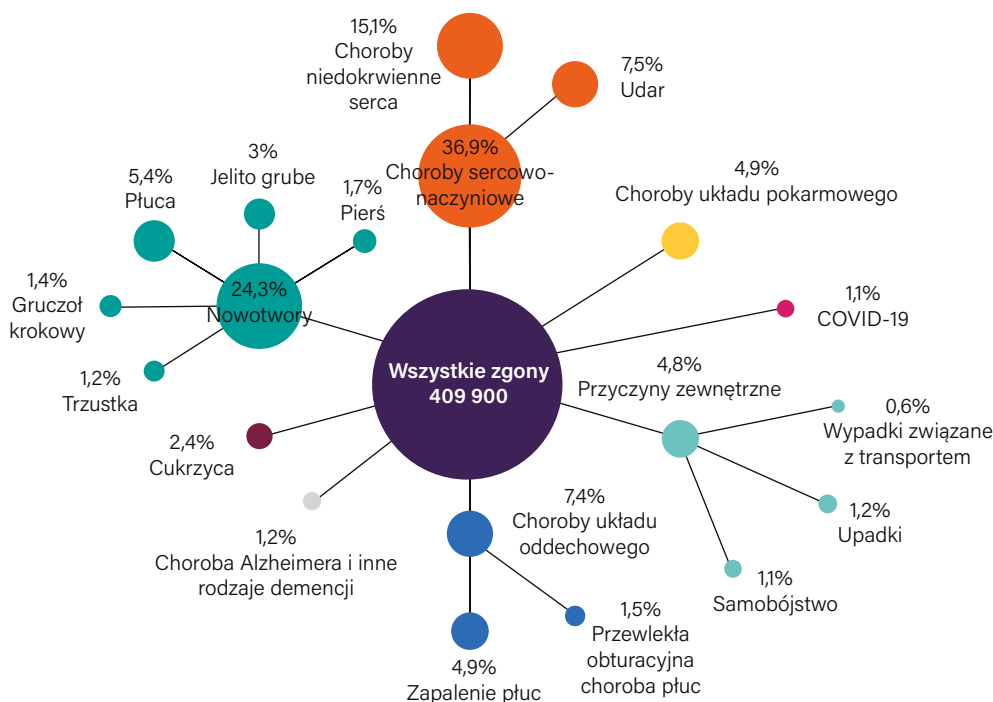
zróżnicowanie obserwuje się w zależności od poziomu dochodów: 49,3% polskich kobiet z najniższej grupy dochodowej zadeklarowało dobry stan zdrowia, podczas gdy w najwyższej grupie odsetek ten wynosił 76,4%. Różnica ta jest większa niż średnio w UE.

Osoby starsze w Polsce mają krótszą długość życia i częściej zmagają się z chorobami przewlekłymi niż ich rówieśnicy w UE

Podobnie jak w innych krajach UE, w ciągu ostatnich dwóch dekad Polska doświadczyła zmian demograficznych w kierunku starzenia się społeczeństwa, a odsetek osób w wieku 65 lat i starszych wzrósł z 12 % w 2000 r. do 21 % w 2024 r. Przewiduje się, że do 2050 r. odsetek ten wzrośnie do 30 %. Skutki starzenia się populacji w postaci kurczącej się siły roboczej są dodatkowo pogłębiane przez stosunkowo wysoką śmiertelność w wieku produkcyjnym.

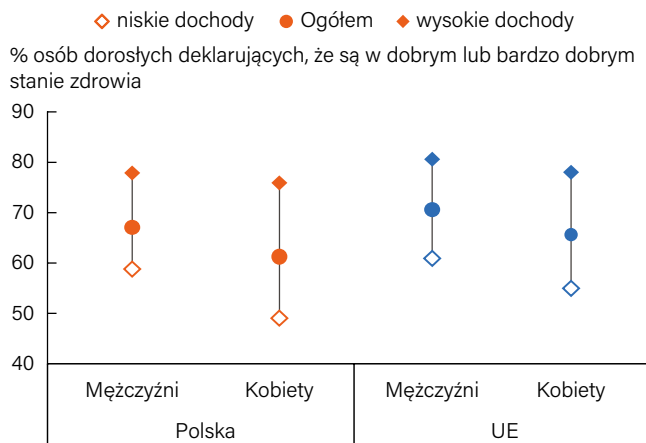
W 2022 r. 65-letnie kobiety w Polsce mogły oczekiwać, że będą żyły jeszcze 19,6 lat, a mężczyźni – 15,4 lat. Różnice między płciami były jednak niewielkie w zakresie

Wykres 2. Choroby układu krążenia i nowotwory odpowiadają za ponad 60% wszystkich zgonów w Polsce



Źródło: Eurostat (hlth_cd_aro); dane dotyczą 2023 r.

Wykres 3. Nierówności w samoocenie stanu zdrowia według płci i poziomu dochodów są znaczne



Uwaga: Niski dochód odnosi się do osób dorosłych znajdujących się w dolnych 20 % (najniższy kwintyl) krajowego rozkładu ekwiwalentnego dochodu rozporządzalnego, natomiast wysoki dochód odnosi się do osób dorosłych znajdujących się w górnych 20 % (najwyższy kwintyl). Źródło: Eurostat na podstawie EU-SILC (hlth_silc_10); dane odnoszą się do 2024 r.

oczekiwanej liczny życia w zdrowiu (8,6 lat dla kobiet i 7,8 lat dla mężczyzn), co oznacza, że kobiety po 65. roku życia częściej doświadczają ograniczeń w codziennej aktywności (wykres 4).

Wśród Polaków w wieku 65 lat i starszych 47% mężczyzn i 56% kobiet zgłosiło występowanie wielu chorób przewlekłych, co stanowiło jeden z najwyższych odsetków

wśród krajów UE. Odsetek polskich kobiet w tym wieku zgłaszających ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu był również wyraźnie wyższy niż odsetek mężczyzn, podobnie jak w innych krajach UE.

W 2021 r. 4,3 mln osób w Polsce cierpiało na choroby układu krążenia

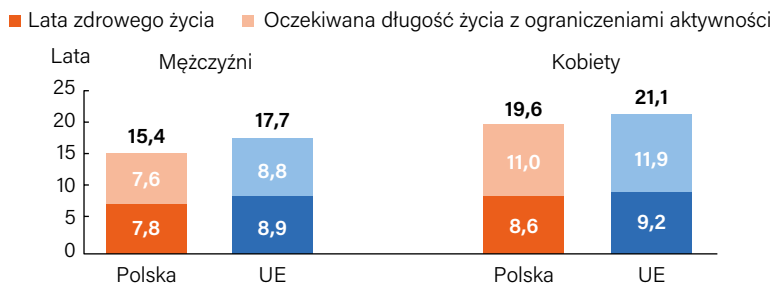
Według szacunków Instytutu Metryki i Oceny Zdrowia (IHME) w 2021 r. w Polsce odnotowano około 386 tys. nowych przypadków chorób układu krążenia (CVD), a łącznie 4,3 mln osób żyło z tymi schorzeniami. Odpowiada to standaryzowanemu względem wieku wskaźnikowi zapadalności wynoszącemu 1046 na 100 000 mieszkańców oraz standaryzowanemu względem wieku wskaźnikowi rozpowszechnienia wynoszącemu 11 702 na 100 000 mieszkańców – wartości te są nieco niższe od średnich dla UE (wykres 5). Ponad 14% wszystkich wypisów ze szpitali w 2022 r. dotyczyło chorób układu krążenia. Podobnie jak w wielu innych krajach UE, zachorowalność i częstość występowania tych chorób w Polsce są znacznie wyższe wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

W 2020 r. w Polsce żyło 1,1 mln osób z rozpoznaniem nowotworu

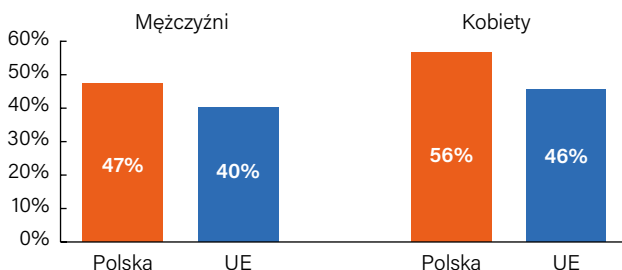
Według Europejskiego Systemu Informacji o Nowotworach (ECIS) w 2022 r. w Polsce odnotowano około 202 tys. nowych przypadków nowotworów, a w 2020 r. 1,1 mln osób żyło z chorobą nowotworową (wykres 6). W porównaniu ze średnimi dla UE zarówno standaryzowany względem wieku wskaźnik zapadalności, jak i częstość występowania

Wykres 4. Znaczna część osób w wieku powyżej 65 lat w Polsce cierpi na wiele chorób przewlekłych

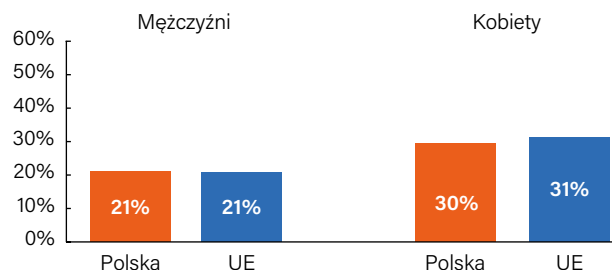
Średnie dalsze trwanie życia i lata zdrowego życia w wieku 65 lat



Odsetek osób w wieku 65 lat i starszych z wielochorobowością

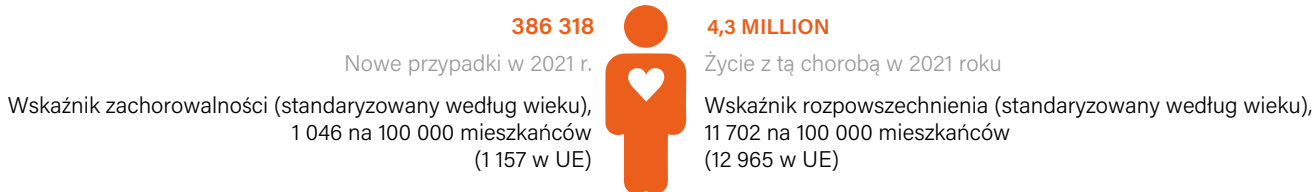


Ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności wśród osób w wieku 65 lat i starszych



Źródło: Eurostat dla lat zdrowego życia (tespm120, tespm130) i badanie SHARE (dla chorób przewlekłych i ograniczeń w codziennych czynnościach); dane odnoszą się odpowiednio do lat 2022 i 2021–2022.

Wykres 5. Częstość występowania i rozpowszechnienie chorób układu krążenia w Polsce są niższe od średnich dla UE

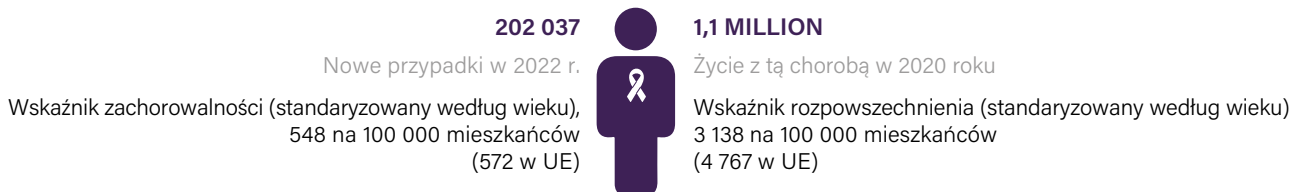


Źródło: IHME, Global Health Data Exchange; szacunki odnoszą się do 2021 r.

nowotworów w Polsce są niższe, jednak dane te należy interpretować z ostrożnością, ponieważ śmiertelność z powodu nowotworów pozostaje wyższa niż średnia dla UE (OECD/European Commission, 2025).

W 2022 r. szacowano, że zachorowalność na nowotwory wśród mężczyzn była o 8% wyższa niż wśród kobiet. Najczęściej nowo diagnozowanymi nowotworami wśród mężczyzn były nowotwory prostaty, płuc i jelita grubego, natomiast u kobiet - rak piersi, jelita grubego i płuc.

Wykres 6. Częstość występowania i rozpowszechnienie nowotworów w Polsce jest niższe niż średnia w UE



Uwagi: Są to szacunki, które mogą różnić się od danych krajowych. Dane dotyczące nowotworów obejmują wszystkie miejsca występowania nowotworów z wyjątkiem czerniaka skóry.

Źródło: Europejski System Informacji o Nowotworach; szacunki odnoszą się do 2022 r. w przypadku danych dotyczących zachorowalności i do 2020 r. w przypadku danych dotyczących rozpowszechnienia.

3 Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka związane ze stylem życia i środowiskiem odpowiadają za 35 % wszystkich zgonów

Według szacunków IHME w 2021 r. w Polsce około 146 tys. zgonów można przypisać czynnikom ryzyka związanym z zachowaniem, takim jak palenie tytoniu, niezdrowa dieta, spożywanie alkoholu i niska aktywność fizyczna. Niewłaściwe odżywianie (w tym niskie spożycie owoców i warzyw oraz wysokie spożycie cukru i soli) było główną przyczyną zgonów wynikających z czynników behawioralnych. Kolejne 34 tys. zgonów można przypisać zanieczyszczeniu powietrza w postaci drobnego pyłu zawieszonego (PM_{2,5}) oraz narażeniu na działanie ozonu. Łącznie te czynniki ryzyka związane ze stylem życia i środowiskiem odpowiadały za 35 % wszystkich zgonów w Polsce w 2021 r., co stanowiło odsetek wyższy niż średnia UE wynosząca 29 %.

Palenie tytoniu wśród osób dorosłych zmniejszyło się, ale nadal utrzymuje się powyżej średniej UE

W Polsce w ciągu ostatnich dwóch dekad odsetek dorosłych palących codziennie znacząco spadł, z 28 % palących codziennie w 2001 r. do 17 % w 2019 r., co stanowiło wynik nieco lepszy od średniej UE (18,5 %) (zob. również wykres 7). Spadek ten wynikał przede wszystkim z wyraźnego ograniczenia palenia wśród mężczyzn, chociaż nadal palą oni częściej niż kobiety. Dane krajowe

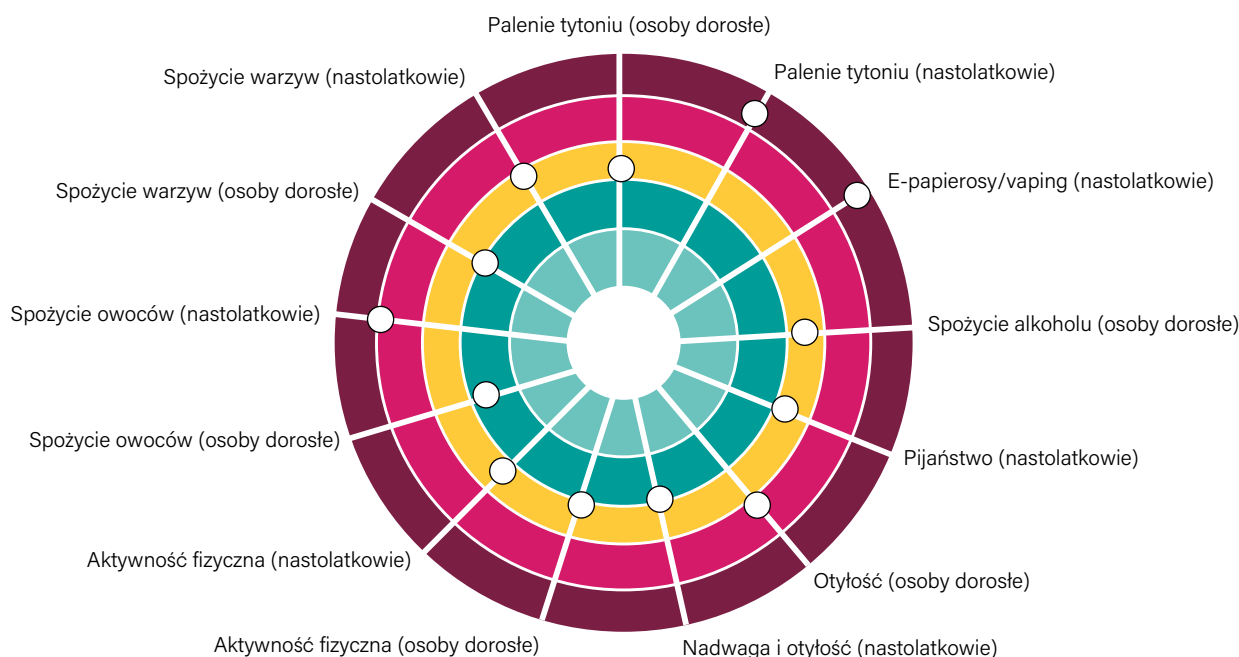
potwierdzają utrzymującą się tendencję spadkową, lecz wskazują także na relatywnie wysoki odsetek osób używających wyrobów tytoniowych. W 2018 r. regularne używanie produktów nikotynowych deklarowało 35,8 % mężczyzn i 20,5 % kobiet zgłosiło regularne używanie wyrobów nikotynowych; w 2025 r. odsetek ten wynosił 28,8 % wśród mężczyzn i 20,3 % wśród kobiet (Wojtyniak i Smaga, 2025).

Palenie papierosów wśród piętnastolatków nie zmniejszyło się w takim samym stopniu. W 2022 r. pozostawało ono na stosunkowo wysokim poziomie – 22 % nastolatków zgłosiło palenie tradycyjnych papierosów w ciągu ostatniego miesiąca, co stanowi odsetek wyższy niż średnia UE (18 %). Podobnie jak w wielu innych krajach UE, wśród polskich nastolatków coraz większą popularność zyskują e-papierosy. W 2022 r. 31% piętnastolatków przyznało, że paliło je w ciągu ostatniego miesiąca – co jest wynikiem znacznie wyższym od średniej UE wynoszącej 21%. Skłoniło to decydentów do uregulowania podaży e-papierosów w podobny sposób jak w przypadku tradycyjnych wyrobów tytoniowych (zob. sekcja 5.1).

Nadmierne spożycie alkoholu spada

W 2023 r. średnie spożycie alkoholu wśród dorosłych w Polsce wyniosło 10 litrów czystego alkoholu na osobę. Było to tylko nieznacznie powyżej średniej UE wynoszącej 9,8 litra w 2022 r.

Wykres 7. Wiele czynników ryzyka dla zdrowia występuje w Polsce częściej niż w większości innych krajów UE



Uwagi: Im bliżej środka znajduje się punkt, tym lepsze wyniki osiąga dany kraj w porównaniu z innymi krajami UE. Żaden kraj nie znajduje się w białym „obszarze docelowym”, ponieważ we wszystkich krajach istnieje możliwość poprawy we wszystkich obszarach.
Źródła: obliczenia OECD na podstawie badania HBSC 2022 dla wskaźników dotyczących nastolatków; Eurostat na podstawie EU-SILC 2022 i OECD Data Explorer dla wskaźników dotyczących osób dorosłych (2022 r. lub najbliższy dostępny rok).

Chociaż odsetek 15-latków w Polsce, którzy zgłosili, że byli pijani więcej niż raz w życiu (22%), był nieco niższy od średniej UE (23%) w 2022 r., to w latach 2018–2022 wzrósł, szczególnie wśród chłopców. Podkreśla to potrzebę kontynuowania wysiłków na rzecz ograniczenia nadmiernego spożywania alkoholu wśród młodzieży.

Wskaźniki otyłości rosną powoli, ale systematycznie, zwłaszcza wśród nastoletnich chłopców

W 2022 r. około 18% dorosłych w Polsce było otyłych – odsetek ten był wyższy od średniej UE (15%). Mężczyźni (20 %) byli bardziej narażeni na otyłość niż kobiety (17 %). Inne badania krajowe wskazują na nieco niższe wskaźniki: w 2025 r. 14% dorosłych było otyłych (15% mężczyzn i 12% kobiet) (Wojtyński & Smaga, 2025).

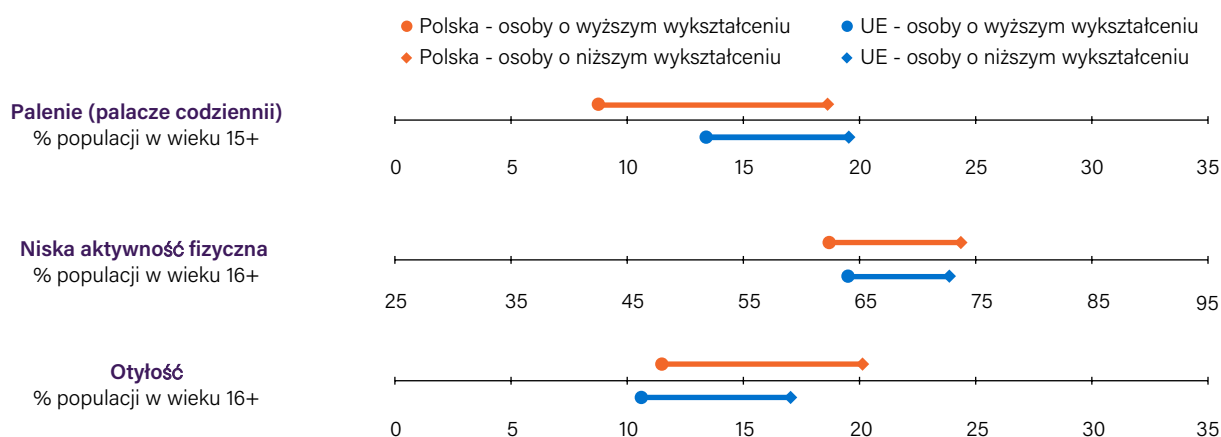
Podobnie jak w wielu innych krajach UE, odsetek 15-latków z nadwagą lub otyłością wzrósł w ostatnich latach z 16% w 2018 r. do 20% w 2022 r., co odpowiada średniej UE. Nastoletni chłopcy są ponad dwukrotnie bardziej narażeni

na nadwagę lub otyłość (27%) niż dziewczęta (13%). Złe nawyki żywieniowe częściowo tłumaczą rosnącą częstość występowania nadwagi i otyłości wśród młodzieży w Polsce. W 2022 r. jedynie około 30% piętnastolatków deklarowało spożywanie co najmniej jednej porcji owoców lub warzyw dziennie – to odsetek nieco niższy niż średnia UE.

Nierówności społeczno-ekonomiczne w zakresie czynników ryzyka przyczyniają się do nierówności w stanie zdrowia młodzieży w wieku 15–16 lat

Podobnie jak w innych krajach UE, większość czynników ryzyka związanych z zachowaniem występuje częściej wśród osób o niższym poziomie wykształcenia w Polsce. W 2019 r. 19% dorosłych o najniższym poziomie wykształcenia deklarowało codzienne palenie tytoniu, w porównaniu z 9% wśród osób o najwyższym poziomie wykształcenia (wykres 8). Odnotowano również znaczną różnicę w częstości występowania otyłości między osobami o niższym (20%) i wyższym (12%) poziomie wykształcenia.

Wykres 8. Osoby o niższym poziomie wykształcenia częściej palą, są otyłe i mniej aktywne fizycznie



Uwagi: Niski poziom wykształcenia definiuje się jako populację posiadającą co najwyżej wykształcenie gimnazjalne (poziomy ISCED 0–2), natomiast wysoki poziom wykształcenia to populacja posiadająca wykształcenie wyższe (poziomy ISCED 5–8). Niska aktywność fizyczna definiowana jest jako aktywność fizyczna wykonywana trzy razy lub rzadziej w tygodniu.

Źródła: Eurostat na podstawie EHIS 2019 dla palenia tytoniu (hlth_ehis_sk1e) oraz EU-SILC 2022 dla aktywności fizycznej i otyłości (ilc_hch07b, ilc_hch10).

4 System ochrony zdrowia

Prawie wszyscy mieszkańcy są objęci systemem ubezpieczeń społecznych

W Polsce funkcjonuje system ubezpieczeń zdrowotnych (SHI), który obejmuje około 97 % ludności. Większość osób nieubezpieczonych mieszka poza granicami kraju, ale nadal jest zarejestrowana jako mieszkańcy. Osoby nieobjęte ubezpieczeniem SHI, które nie należą do grup chronionych (takich jak dzieci i kobiety w ciąży), nadal mają dostęp do ambulatoryjnej pomocy medycznej w nagłych wypadkach

i podstawowej opieki zdrowotnej, jednak mogą zostać obciążone kosztami w późniejszym terminie.

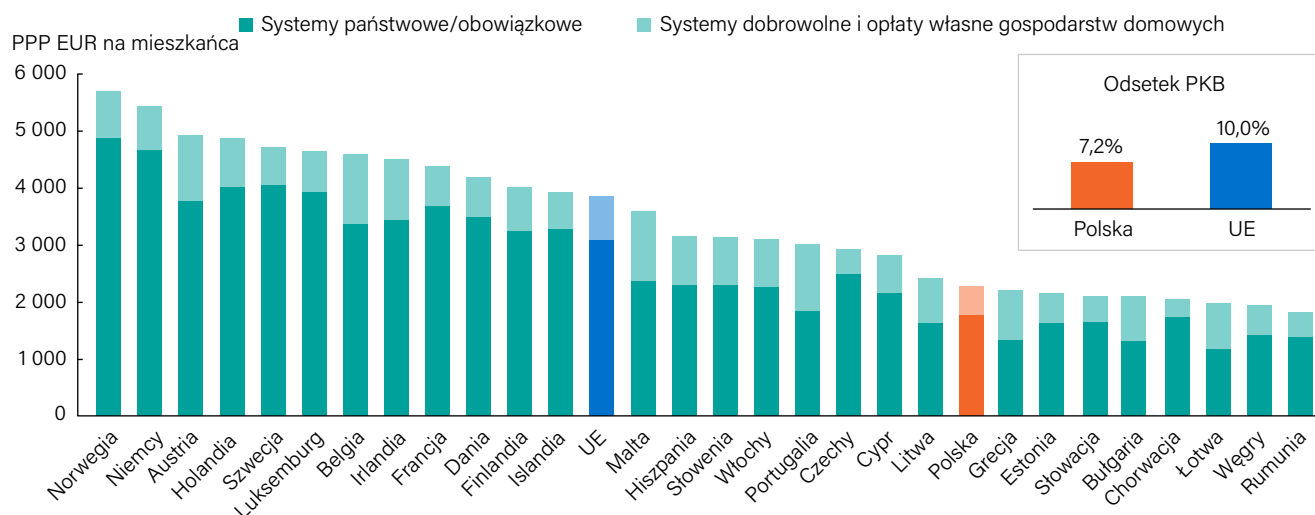
System ochrony zdrowia jest w dużej mierze scentralizowany, a za zarządzanie, finansowanie i zakupy odpowiedzialne są Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Niektóre kluczowe zadania zostały jednak zdecentralizowane – głównie na poziom 16 województw, które są właścicielami większych szpitali regionalnych, oraz 314 powiatów, do których należą mniejsze szpitale powiatowe. Uniwersytety medyczne i Ministerstwo Zdrowia

są właścicielami wysoko wyspecjalizowanych klinik i instytutów. Około 15% łóżek szpitalnych znajduje się w sektorze prywatnym (Sowada, Richardson & Kowalska-Bobko, 2025). Niektóre placówki podstawowej opieki zdrowotnej są własnością 2477 gmin, jednak większość z nich jest własnością prywatną, podobnie jak większość placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Prywatni świadczeniodawcy mogą oferować usługi pacjentom zarówno na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, które zapewniają pacjentom bezpłatny dostęp, jak i w ramach odpłatnych świadczeń prywatnych.

Wydatki na opiekę zdrowotną rosną, ale udział wydatków prywatnych pozostaje znaczny

W ciągu ostatnich dwóch dekad wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce znacznie wzrosły, osiągając w 2023 r. poziom 2266 EUR na mieszkańca (skorygowany o różnice w sile nabywczej). Pomimo tego wzrostu poziom wydatków na opiekę zdrowotną pozostaje jednym z najniższych w UE, gdzie średnia wyniosła 3 832 EUR w 2023 r. Odpowiada to 7,2 % PKB w Polsce – znacznie poniżej średniej UE wynoszącej 10 % (wykres 9).

Wykres 9. Wydatki na opiekę zdrowotną na mieszkańca w Polsce są znacznie niższe od średniej UE



Uwaga: Średnia UE jest średnią ważoną (obliczoną przez OECD).

Źródła: OECD Data Explorer (DF_SHA); Eurostat (demo_gind); dane odnoszą się do 2023 r.

Udział finansowania publicznego w ochronie zdrowia stale wzrastał w ostatnich latach i wyniósł 77,8 % całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w 2023 r. Składki na ubezpieczenie zdrowotne pozostają podstawowym źródłem finansowania publicznego i są pobierane głównie w formie podatków od wynagrodzeń. Drugim co do wielkości źródłem finansowania były prywatne wydatki gospodarstw domowych. Chociaż w 2023 r. ich udział spadł do 15,7 % bieżących wydatków na opiekę zdrowotną, nadal pozostał nieco wyższy od średniej UE (15,5 %). Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne pełnią rolę uzupełniającą i stanowią 6,5 % całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w 2023 r.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i opieka szpitalna (w tym leki dla pacjentów hospitalizowanych) są dostępne bezpłatnie w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej (zob. sekcja 5.2). Największą część wydatków z własnej kieszeni (OOP) stanowią leki, a następnie AOS i opieka stomatologiczna, ponieważ wiele usług jest wyłączonych z ustawowego pakietu świadczeń.

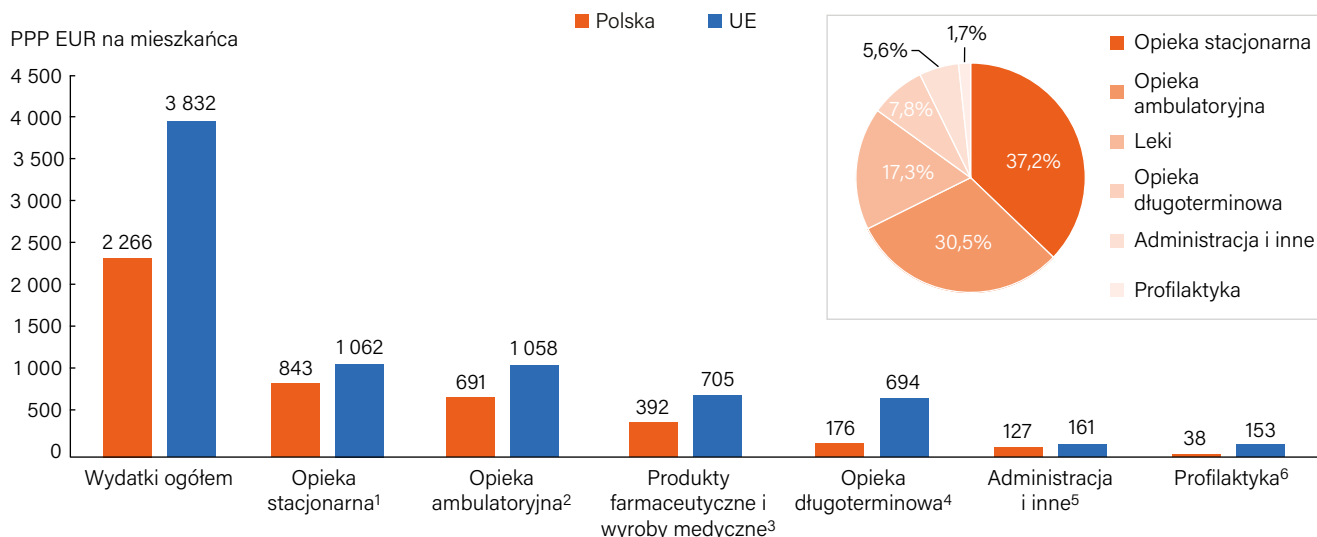
Wydatki w Polsce na opiekę długoterminową i profilaktyczną są stosunkowo niskie

W 2023 r. 37,2 % bieżących wydatków na opiekę zdrowotną przeznaczono na usługi szpitalne, podczas gdy średnia

dla UE wyniosła 27,7 % (wykres 10). Kolejne miejsca zajęły usługi ambulatoryjne, które stanowiły 30,5 % wydatków, co również było wynikiem wyższym od średniej UE (27,6 %). Wydatki na produkty farmaceutyczne i wyroby medyczne stanowiły 17,3 % wydatków na opiekę zdrowotną, co jest wynikiem zbliżonym do wielu innych krajów UE (i poniżej średniej UE wynoszącej 18,4 %). Z kolei na opiekę długoterminową przeznaczono jedynie 7,8 % bieżących wydatków – mniej niż połowę średniej UE (18,1%) – co podkreśla utrzymujące się uzależnienie od nieodpłatnej, nieformalnej opieki oraz ograniczoną dostępność formalnych usług w tym zakresie. Podobnie niskie pozostają wydatki na opiekę profilaktyczną, które w 2023 r. wyniosły 1,7% w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 4%.

W Polsce jest stosunkowo mało lekarzy i pielęgniarek, co ogranicza potencjał systemu ochrony zdrowia

W 2023 r. w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 3,9 praktykujących lekarzy – mniej niż średnia UE wynosząca 4,3 – oraz 5,9 pielęgniarek na 1000 mieszkańców w porównaniu z średnią UE wynoszącą 8,5 (wykres 11). Utrzymują się niedobory pracowników ochrony zdrowia w określonych specjalizacjach i regionach, zwłaszcza w mniejszych powiatach wokół dużych miast oraz na obszarach wiejskich. W celu zwiększenia liczby pielęgniarek wprowadzono podwyżki wynagrodzeń, jednak wyższe

Wykres 10. Udział Polski w finansowaniu opieki szpitalnej jest stosunkowo wysoki

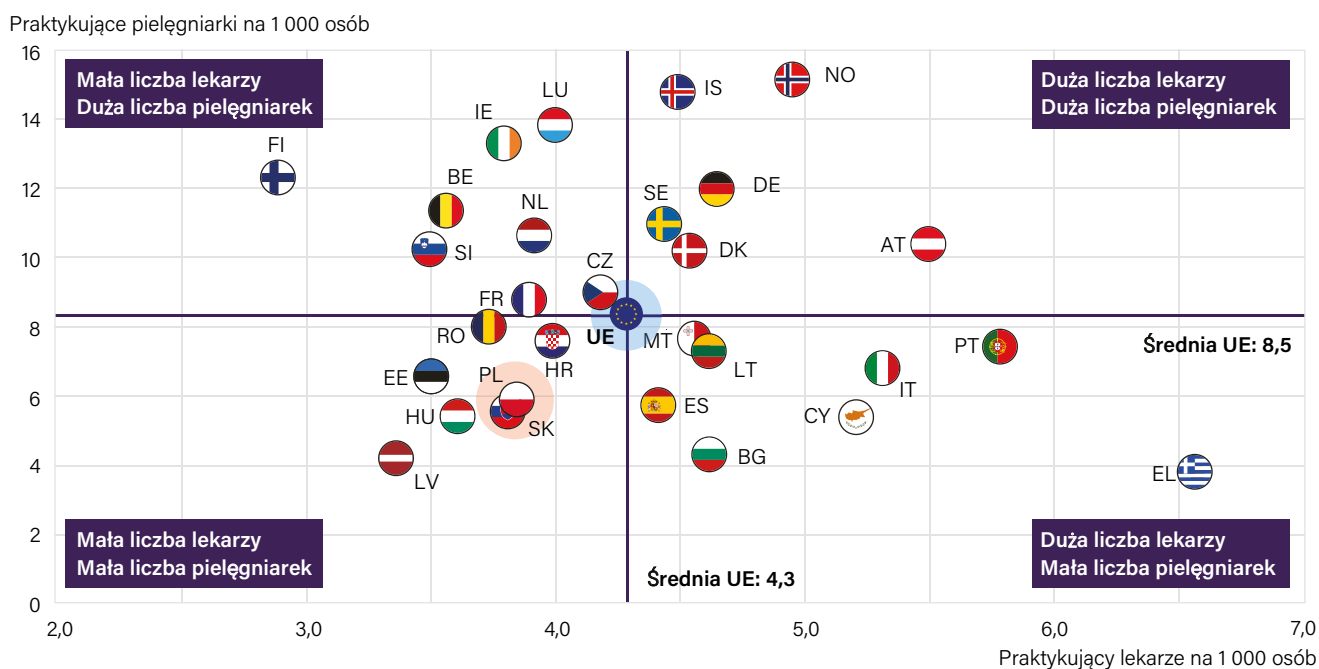
Uwagi: 1. Obejmuje leczenie i rehabilitację w szpitalach i innych placówkach; 2. Obejmuje opiekę domową i usługi pomocnicze (np. transport pacjentów); 3. Obejmuje wyłącznie rynek poza szpitalny; 4. Obejmuje wyłącznie element zdrowotny opieki długoterminowej; 5. Obejmuje zarządzanie i administrację systemem opieki zdrowotnej oraz inne wydatki; 6. Obejmuje wyłącznie wydatki na zorganizowane programy profilaktyczne; Średnia UE jest ważona (obliczona przez OECD).

Źródła: OECD Data Explorer (DF_SHA); dane odnoszą się do 2023 r.

koszty wynagrodzeń wywarły negatywny wpływ na finanse wielu szpitali.

Polska ma jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy ogólnych/rodzinnych w stosunku do całkowitej liczby lekarzy w UE (6,7 % w 2023 r. w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 19,9 %). Model podstawowej opieki zdrowotnej opartej na medycynie rodzinnej nie został w

pełni wdrożony w Polsce. W rezultacie usługi POZ są w dużej mierze świadczone przez internistów i pediatrów pracujących na tym poziomie systemu. Ponadto około jedna piąta lekarzy jest w wieku 55–64 lat, a prawie jedna trzecia pielęgniarek jest w wieku 50–59 lat, co budzi obawy o długoterminową dostępność usług zdrowotnych (European Commission, 2025).

Wykres 11. Polska ma stosunkowo niewielką liczbę lekarzy i pielęgniarek

Uwagi: Średnia UE jest nieważona. Dane dotyczące pielęgniarek obejmują wszystkie kategorie pielęgniarek (nie tylko te spełniające wymogi dyrektywy UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych). W Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, co powoduje znaczne przeszacowanie liczby praktykujących lekarzy. W Grecji liczba pielęgniarek jest zaniżona, ponieważ obejmuje tylko te pracujące w szpitalach.

Źródło: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE); dane odnoszą się do 2023 r. lub najbliższego dostępnego roku.

Reformy mają na celu przywrócenie równowagi w rozbudowanej infrastrukturze opieki zdrowotnej, odchodząc od opieki szpitalnej

Chociaż liczba łóżek szpitalnych spadała w wyniku zwiększenia zdolności przepustowej w odpowiedzi na pandemię COVID-19, w 2023 r. liczba łóżek szpitalnych w Polsce wynosiła 6,3 na 1000 mieszkańców – więcej niż średnia UE wynosząca 5,1. Historycznie trudno było zmniejszyć stosunkowo dużą zdolność przepustową szpitali w tym kraju.

Różnorodne inicjatywy w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności mają na celu przekształcenie części nadwyżkowych łóżek intensywnej opieki medycznej w łóżka przeznaczone do długoterminowej opieki. Inicjatywy te mają na celu zrównoważenie ogólnej zdolności szpitali, a nie jej zmniejszenie, ale ich wpływ będzie zależał od stałej koordynacji działań władz krajowych, regionalnych i lokalnych, a także od bieżących inwestycji w szkolenia i rekrutację pracowników.

5 Efektywność systemu ochrony zdrowia

5.1. Skuteczność

Wysokie wskaźniki śmiertelności, której można zapobiec, wynikają z dużego spożycia alkoholu i tytoniu

Chociaż ogólny wskaźnik śmiertelności możliwej do uniknięcia w Polsce systematycznie spadał przed pandemią COVID-19, pozostawał on stale wyższy od średniej UE (wykres 12). W 2022 r. głównymi przyczynami zgonów możliwych do uniknięcia w 2022 r. były rak płuc (16 %), choroby związane z alkoholem (15 %) i COVID-19 (12 %). Wysoka częstość występowania czynników ryzyka związanych z zachowaniem – w szczególności palenia tytoniu i spożywania alkoholu – wśród ludności polskiej (zob. sekcja 3) stanowi główny czynnik wpływający na utrzymujące się wskaźniki śmiertelności możliwej do uniknięcia. Polityka w zakresie ograniczenia konsumpcji alkoholu i tytoniu była niespójna (ramka 1), a nakłady na opiekę profilaktyczną pozostawały stosunkowo niskie – w 2023 r. wynosiły około 2 %, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 4 % w 2023 r. (zob. sekcja 4). Liczba zgonów spowodowanych COVID-19, których większości można było zapobiec poprzez szczepienia i inne środki zdrowia publicznego, była w Polsce znacznie wyższa niż średnia w UE, zwłaszcza w 2022 r. Wskaźniki szczepień przeciwko COVID-19 w Polsce pozostawały poniżej średniej UE, częściowo z powodu niechęci do szczepień.

Choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory dominują wśród przyczyn zgonów, którym można zapobiec

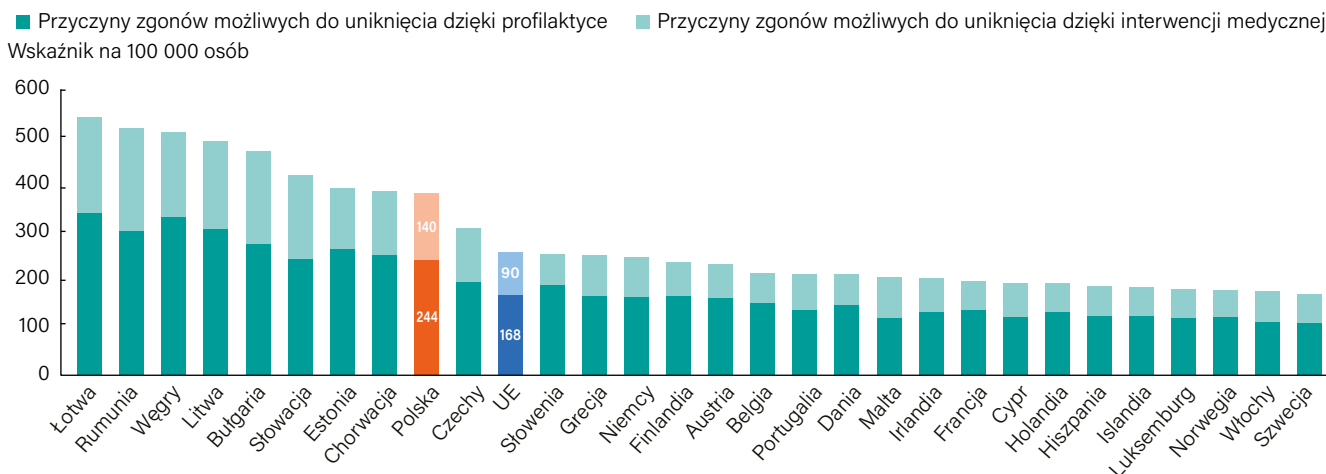
Postępy w ograniczaniu śmiertelności z przyczyn uleczalnych zostały zahamowane w wyniku pandemii COVID-19 i dotychczas nie zostały jeszcze wznowione. Częściowo można to tłumaczyć ograniczonym dostępem do rutynowych usług medycznych podczas pandemii. Śmiertelność z przyczyn uleczalnych utrzymuje się również powyżej średniej UE: w 2022 r. wskaźnik ten wynosił 140 na 100 000 mieszkańców, podczas gdy średnia UE wynosiła 90 na 100 000 mieszkańców. Główną uleczalną przyczyną śmierci w 2022 r. była choroba niedokrwienna serca

(20 %), a następnie zapalenie płuc (14 %), rak jelita grubego (13 %), udar mózgu (11 %) i rak piersi (8 %) (wykres 12). Wysokie wskaźniki śmiertelności z powodu zapalenia płuc, której można zapobiec, wynikają z wielu czynników, w tym opóźnionej diagnostyki, ograniczonego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej i badań diagnostycznych oraz niedoborów personelu medycznego – zwłaszcza w pulmonologii i medycynie wewnętrznej. Reformy przewidziane w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) mają na celu poprawę dostępu do opieki onkologicznej i kardiologicznej oraz podniesienie jej jakości poprzez utworzenie krajowych sieci w tych obszarach i ujednolicenie opieki na wszystkich etapach leczenia pacjenta w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Plan obejmuje również rozwój opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i rehabilitacji. Ponadto Krajowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 zakłada ograniczenie zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób układu krążenia poprzez poprawę dostępu do profilaktyki i badań przesiewowych.

Wskaźniki rutynowych szczepień dzieci są zbliżone do średniej UE

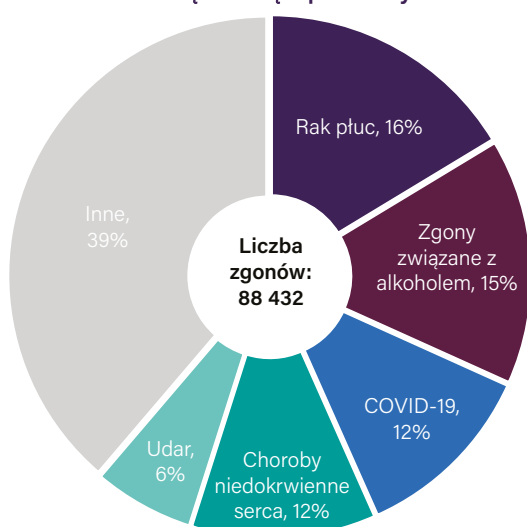
Po spadku do 85,6 % w 2021 r. odsetek niemowląt zaszczepionych przeciwko odrze osiągnął 91,8 % w 2023 r. – nieco poniżej średniej UE wynoszącej 92,6 % i progu niezbędnego do utrzymania eliminacji odrzy (95 %) (wykres 13). Chociaż szczepionka przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) jest powszechnie bezpłatna i w 2024 r. została rozszerzona na chłopców i dziewczęta w wieku 9–14 lat, nie została ona włączona do harmonogramu obowiązkowych szczepień, a dane krajowe wskazują, że w 2023 r. zaszczepiono tylko 13 % dzieci w tej grupie wiekowej (CeZ, 2025a). W ostatnich latach obserwuje się niekorzystne tendencje w zakresie przyjmowania szczepień – zwłaszcza przeciwko grypie i COVID-19. W sezonie 2022/23 tylko 9,6 % populacji w wieku 65 lat i starszej zostało zaszczepionych przeciwko grypie, podczas gdy średnia dla UE wyniosła 47,1 %. Szczepienia przeciwko grypie, pneumokokom, syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) i półpaścowi

Wykres 12. Wskaźniki śmiertelności możliwej do uniknięcia i uleczalnej są w Polsce stosunkowo wysokie

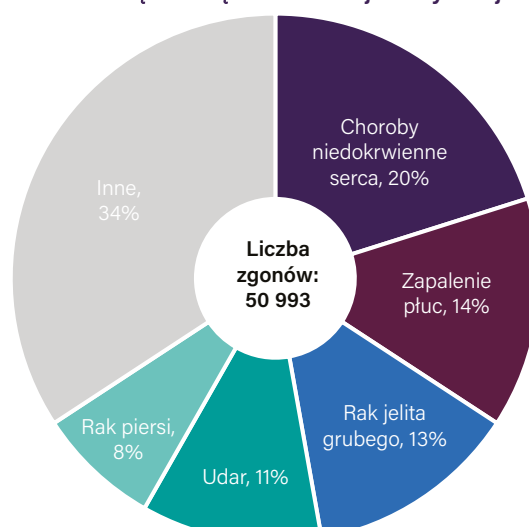


Polska

Przyczyny zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce



Przyczyny zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej



Uwagi: Śmiertelność, której można zapobiec, definiuje się jako zgony, których można uniknąć głównie dzięki działaniom w zakresie zdrowia publicznego i profilaktyki pierwotnej. Śmiertelność, której można zapobiec dzięki leczeniu, definiuje się jako zgony, których można uniknąć głównie dzięki działaniom w zakresie opieki zdrowotnej, w tym badaniom przesiewowym i leczeniu. Oba wskaźniki odnoszą się do przedwczesnej śmiertelności (poniżej 75. roku życia). W wykazach połowa wszystkich zgonów spowodowanych niektórymi chorobami (np. chorobą niedokrwienną serca, udarem mózgu, cukrzycą i nadciśnieniem) została przypisana do wykazu zgonów możliwych do uniknięcia, a druga połowa do przyczyn możliwych do wyleczenia, dzięki czemu nie dochodzi do podwójnego liczenia tych samych zgonów.

Źródło: Eurostat (hlth_cd_apr); dane odnoszą się do 2022 r.

są bezpłatne dla osób w wieku powyżej 65. roku życia. Od 25 sierpnia 2025 r. szeroki zakres szczepień wykonywanych w aptekach ogólnodostępnych jest obecnie częściowo lub w pełni refundowany.

Badania przesiewowe w kierunku raka piersi i szyjki macicy są w dużej mierze wykonywane doraźnie, a nie w ramach programów krajowych

Wykorzystanie badań przesiewowych w ramach krajowych programów jest niskie w przypadku raka piersi i raka szyjki macicy (wykres 14). Wiele kobiet preferuje wykonanie badań przesiewowych w kierunku raka w ramach rutynowej opieki ginekologicznej. W rezultacie wskaźniki uczestnictwa w badaniach przesiewowych oparte na danych ankietowych są znacznie wyższe niż te wynikające z oficjalnych danych krajowych programów. W 2019 r. (ostatni dostępny rok)

odsetek kobiet w wieku 20-69 lat, które wykonały badanie cytologiczne w ciągu ostatnich dwóch lat, wyniósł 73 %, według danych ankietowych, w porównaniu z 16 % według danych krajowego programu badań przesiewowych. W tym samym roku wskaźnik badań przesiewowych w kierunku raka piersi wśród kobiet w wieku 50-69 lat wyniósł 53,7 % według danych ankietowych oraz 37,3 % według danych programu, podczas gdy średnia dla UE wyniosła 58,5 %.

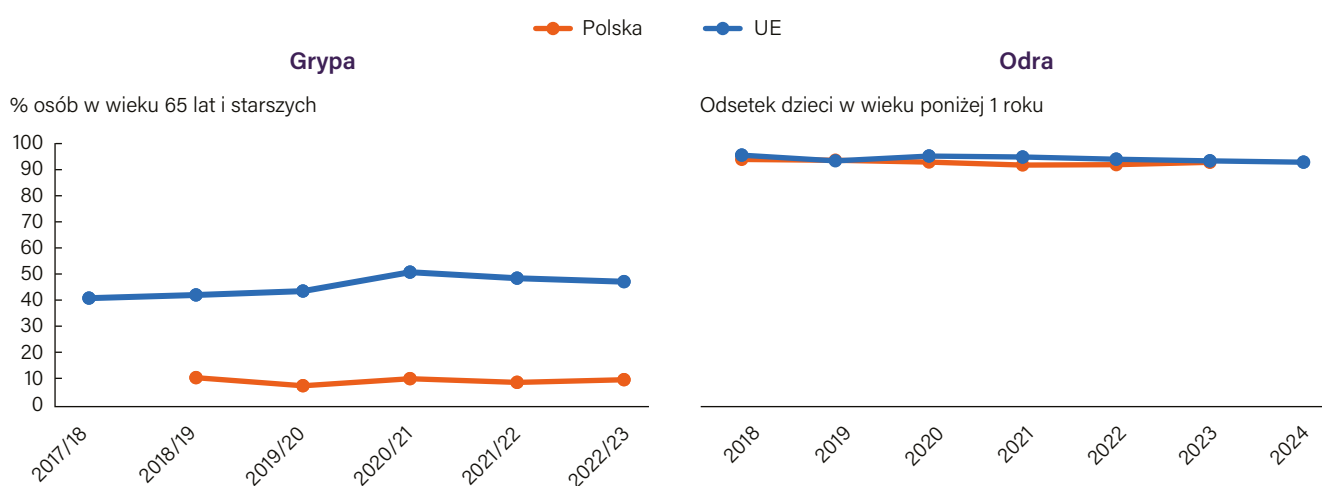
Dane ankietowe wskazują również, że wskaźniki uczestnictwa w badaniach przesiewowych są znacznie niższe wśród osób o niższych dochodach i niższym poziomie wykształcenia. Aby zwiększyć udział w badaniach przesiewowych, w listopadzie 2023 r. rozszerzono zakres wiekowy dla obu programów. Obecnie mammografia jest dostępna dla kobiet w wieku 45-74 lat, a cytologia dla kobiet w wieku 25-64 lat.

Ramka 1. Polityka antynikotynowa i antynarkotykowa w Polsce była dotychczas niespójna, ale obecnie ulega wzmocnieniu

W latach 90. w Polsce wprowadzono przepisy dotyczące kontroli tytoniu, co spowodowało spadek popularności palenia papierosów. Jednak w 2015 r. zaprzestano realizacji Krajowego Programu Kontroli Tytoniu, a działania w tym zakresie zostały włączone do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Roczne podwyżki podatków od wyrobów tytoniowych zostały zawieszone, a dopiero w 2020 r. podwyższono stawkę akcyzy od wyrobów tytoniowych (w tym e-papierosów). Vape'y lub e-papierosy można legalnie kupić bez recepty, przy minimalnym ograniczeniu wiekowym wynoszącym 18 lat. Reklama i promocja e-papierosów i vape'ów podlegają ścisłej regulacji, a producentom i importerom zabrania się sponsorowania różnych wydarzeń, w tym imprez sportowych i kulturalnych. W ostatnich latach nastąpiła znacząca zmiana w zakresie wzorców użytkowania i regulacji prawnych dotyczących urządzeń do wapowania w Polsce.

Na początku XXI wieku środki kontroli spożycia alkoholu zostały złagodzone: w 2001 r. zniesiono zakaz reklamowania piwa w telewizji, a w 2002 r. obniżono o 30% podatki akcyzowe od napojów spirytusowych. Od 2020 r. Polska zaostrzyła jednak środki fiskalne dotyczące spożycia alkoholu i tytoniu. Podatki akcyzowe od wyrobów tytoniowych i alkoholu, które wcześniej zostały zamrożone lub obniżone, są obecnie poddawane regularnym corocznym podwyżkom planowanym do 2027 r., obejmującym zarówno produkty tradycyjne, jak i nowsze kategorie, takie jak tytoń podgrzewany i e-papierosy.

Wykres 13. Pokrycie szczepieniami jest znacznie wyższe wśród dzieci niż wśród dorosłych



Uwagi: Średnia dla UE jest ważona dla grypy (obliczona przez Eurostat) i nieważona dla odry i HPV.

Źródła: Eurostat (hlth_ps_immu) oraz wspólny formularz sprawozdawczy WHO/UNICEF dotyczący szczepień (JRF).

W 2021 r. uruchomiono pilotażowy program badań przesiewowych w kierunku raka płuca, a w 2024 r. rozpoczęto pilotaż dotyczący wczesnego wykrywania raka prostaty (OECD/European Commission, 2025).

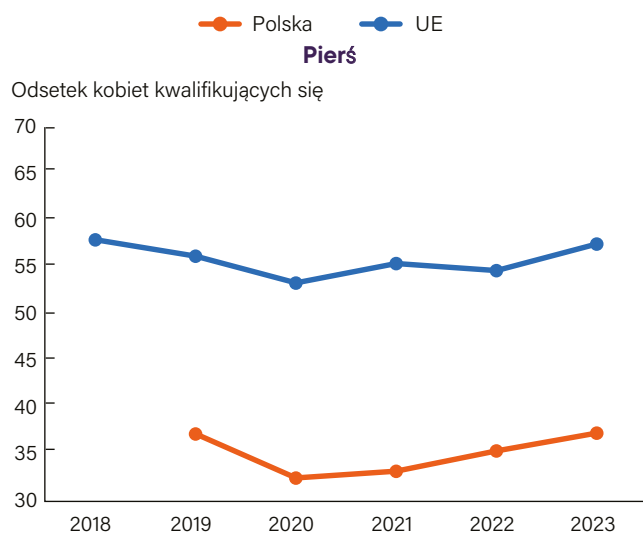
Wzmocnienie jakości opieki kardiologicznej w podstawowej opiece zdrowotnej i szpitalach było ważnym celem ostatnich inicjatyw politycznych

W latach 2018–2021 w Polsce pilotażowo wdrożono nowy model świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach którego zarządzanie najczęstszymi chorobami przewlekłymi przeniesiono na poziom podstawowej opieki zdrowotnej, z jednoczesnym wzmocnieniem działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. W 2023 r. liczba możliwych do uniknięcia hospitalizacji z powodu astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) była w Polsce stosunkowo niska, co wskazuje, że osoby cierpiące

na te choroby przewlekłe mają obecnie dostęp do wysokiej jakości opieki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak liczba możliwych do uniknięcia hospitalizacji z powodu zastoinowej niewydolności serca pozostawała wysoka (wykres 15).

W latach 2021–2024 w Polsce realizowano pilotażowy program Krajowej Sieci Kardiologicznej, który w lipcu 2025 r. został wdrożony w całym kraju. Jego celem jest poprawa współpracy pomiędzy opieką podstawową, ambulatoryjną i szpitalną w zakresie kardiologii. Priorytetem jest zapewnienie, aby każdy pacjent, niezależnie od miejsca zamieszkania, otrzymywał opiekę kardiologiczną opartą na jednolicie zdefiniowanych „ścieżkach pacjenta” oraz aby system elastycznie reagował na jego potrzeby.

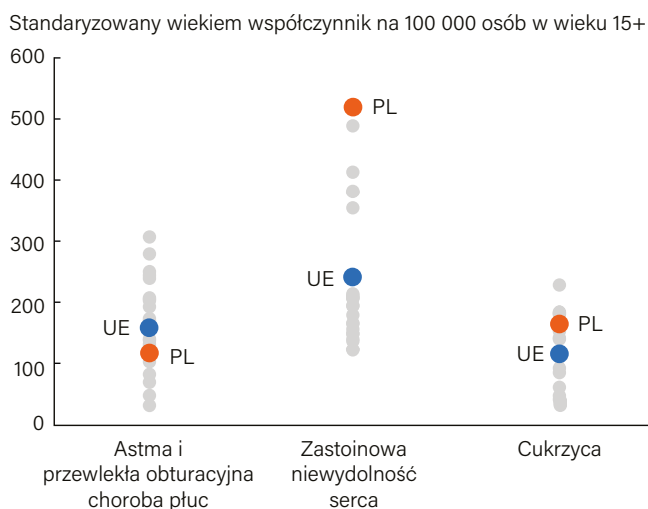
Wykres 14. Wykorzystanie badań przesiewowych w kierunku raka piersi w ramach programu krajowego pozostaje bardzo niskie



Uwagi: Wszystkie dane odnoszą się do danych programowych. Średnia UE jest nieważona.

Źródła: OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC) i baza danych Eurostatu (hlth_ps_prev).

Wykres 15. Uniknione hospitalizacje z powodu zastoinowej niewydolności serca wskazują na słabe punkty opieki



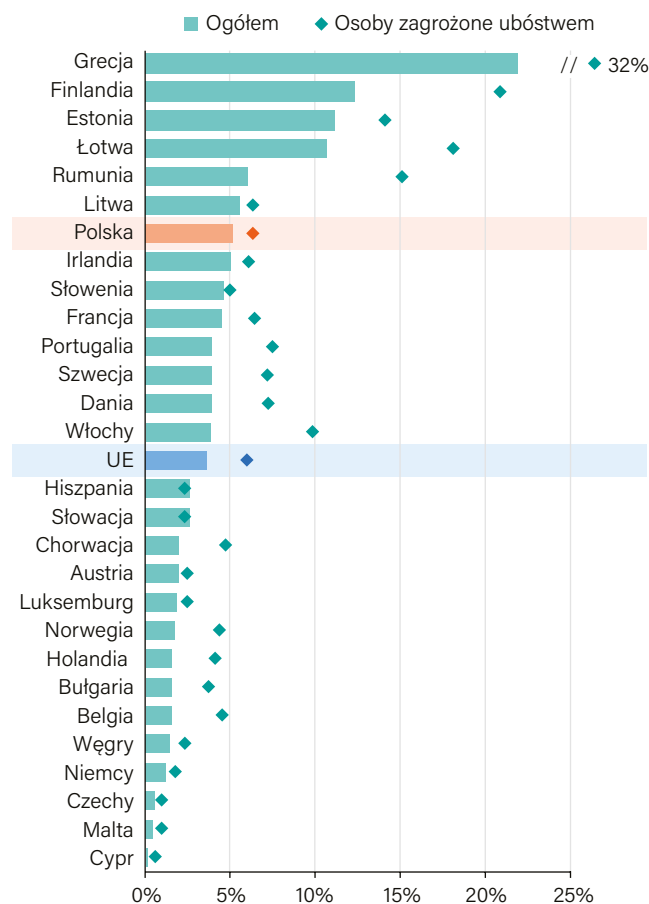
Uwaga: Wskaźniki hospitalizacji nie są skorygowane o różnice w częstości występowania chorób w poszczególnych krajach.
Źródło: OECD Data Explorer (DF_HCQO); dane odnoszą się do 2023 r.

5.2 Dostępność

W Polsce niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki stomatologicznej są niewielkie, pomimo ograniczonego zakresu ubezpieczenia ustawowego

W 2024 r. 5,2 % osób w Polsce, które zgłosiły potrzebę skorzystania z opieki medycznej, nie miało do niej dostępu ze względu na koszty, czas oczekiwania lub odległość do pokonania (wykres 16). Był to wynik wyższy od średniej dla UE (3,6 % w 2023 r.). Dane dotyczące trendów dla

Wykres 16. Wśród osób potrzebujących opieki stosunkowo wysoki odsetek osób zgłaszających niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich z powodów finansowych, długiego czasu oczekiwania lub odległości odnotowuje się w Polsce



Uwagi: Średnia dla UE jest ważona. Dane odnoszą się wyłącznie do osób, które zgłosiły potrzebę skorzystania z opieki medycznej. Osoby zagrożone ubóstwem definiuje się jako osoby o ekwiwalentnym dochodzie rozporządzalnym poniżej 60 % krajowego medianowego dochodu rozporządzalnego.

Źródło: Eurostat (hlth_silc_08b); dane odnoszą się do 2024 r.

tego konkretnego wskaźnika nie są jeszcze dostępne, ale niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej wśród ogółu społeczeństwa (nie tylko osób, które zgłosiły taką potrzebę) zmniejszyły się wraz ze skróceniem czasu oczekiwania, pomimo zakłóceń w opiece planowej spowodowanych pandemią COVID-19 (zob. sekcja 5.3).

W całej UE dostęp do opieki stomatologicznej jest często bardziej ograniczony niż dostęp do innych rodzajów opieki medycznej ze względu na strukturę pakietów świadczeń. W Polsce jednak tylko 3,1 % osób, które w 2024 r. zgłosiły potrzebę skorzystania z opieki stomatologicznej, stwierdziło brak dostępu do usług, podczas gdy średnia dla UE wyniosła 6,3 %. Dzieje się tak pomimo tego, że opieka stomatologiczna w Polsce ma ograniczony zakres ustawowy, a większość usług jest finansowana ze środków prywatnych. Przyczyny tego zjawiska są wieloczynnikowe i złożone, ale względna przystępność cenowa opieki stomatologicznej w Polsce znajduje odzwierciedlenie w

dużej liczbie turystów zdrowotnych przybywających do tego kraju w celu leczenia.

Objęcie populacji ubezpieczeniem zdrowotnym jest niemal powszechne

W 2023 r. 96,9 % ludności Polski było formalnie objętych systemem ubezpieczeń zdrowotnych (zob. sekcja 4). Niektóre grupy ludności, takie jak kobiety w ciąży i dzieci poniżej 18. roku życia, mają prawo do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od ich statusu ubezpieczeniowego. Od 2022 r. obowiązują specjalne przepisy dotyczące ubezpieczenia, które rozszerzają zakres ubezpieczenia SHI na obywateli Ukrainy uciekających przed wojną. W lutym 2025 r. prawie 1 mln obywateli Ukrainy korzystało z tymczasowej ochrony w Polsce, ale w poprzednich latach liczba ta sięgała nawet 2 mln.

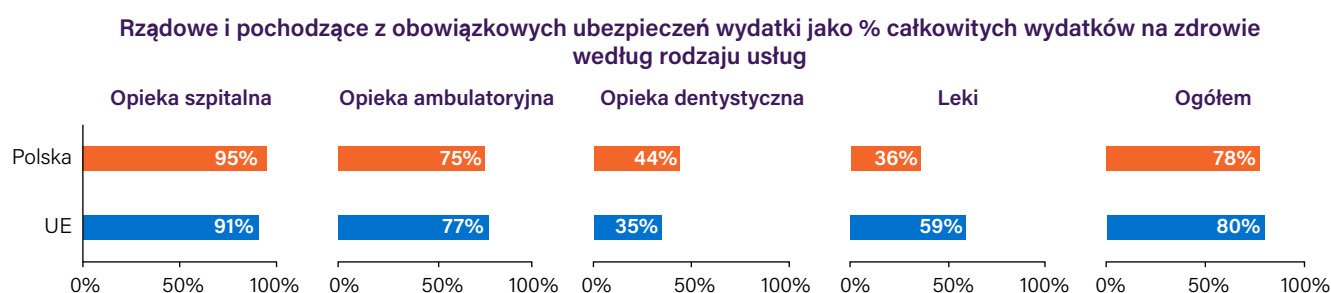
Trudno jest oszacować liczbę osób, które nie są uprawnione do pełnego zakresu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Prawie wszyscy mieszkańcy, którzy nie są objęci systemem SHI, nie mieszkają już i nie pracują w Polsce, są osobami, które nie mają obowiązku rejestracji, lub są członkami rodzin uprawnionymi do świadczeń, lecz nie zostali jeszcze

zarejestrowani (mogą zostać zarejestrowani z mocą wsteczną do 30 dni od skorzystania z opieki zdrowotnej). Do grup szczególnie narażonych na brak dostępu do pełnej opieki należą osoby bezrobotne, bezdomne, pracujące nieformalnie i migranci bez dokumentów.

Pakiet świadczeń zapewnia kompleksową opiekę szpitalną, ale świadczenia w zakresie leków ambulatoryjnych i opieki stomatologicznej są bardziej ograniczone

W ramach systemu SHI w Polsce finansowanie publiczne pokrywa 78% kosztów produktów i usług medycznych (w porównaniu z 80% w całej UE), jednak w niektórych obszarach mogą pojawić się pewne problemy z dostępnością. Chociaż dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej jest bezpłatny w miejscu świadczenia usługi, pokrywa się jedynie 36% kosztów leków i jednorazowych produktów medycznych (zob. sekcja 6). Natomiast finansowanie publiczne opieki szpitalnej jest szersze (pokrywa 95 % kosztów w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 91 %), co oznacza, że praktycznie nie ma wymogów dotyczących podziału kosztów opieki szpitalnej (wykres 17).

Wykres 17. Zakres opieki zdrowotnej w Polsce jest znacznie niższy w przypadku leków niż w całej UE



Uwagi: Ambulatoryjne usługi medyczne odnoszą się głównie do usług świadczonych przez lekarzy ogólnych i specjalistów w sektorze ambulatoryjnym. Leki obejmują leki na receptę i dostępne bez recepty oraz medyczne artykuły nietrwałe. Średnia UE jest ważona.

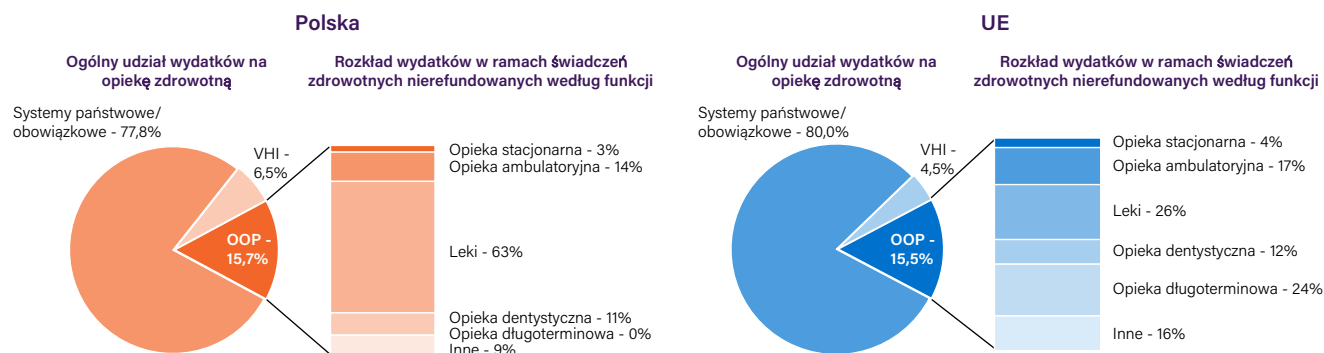
Źródło: OECD Data Explorer (DF_SHA); dane odnoszą się do 2023 r.

Świadczenia są bardzo wąsko zdefiniowane w przypadku opieki stomatologicznej, leków ambulatoryjnych, urządzeń terapeutycznych i rehabilitacji. Zakres usług stomatologicznych objętych ubezpieczeniem jest bardzo ograniczony i obejmuje tylko najbardziej niezbędne usługi i materiały oraz podlega limitom ilościowym i częstotliwościowym – na przykład protezy są objęte ubezpieczeniem tylko raz na pięć lat. Rehabilitacja jest ograniczona do opieki ambulatoryjnej do maksymalnie 40 dni w roku dla danego problemu. Opłaty użytkowników mają również zastosowanie do leków na receptę dla pacjentów ambulatoryjnych, a wydatki z własnej kieszeni w tym obszarze są wysokie (wykres 18; zob. również sekcja 6). Świadczenie opieki długoterminowej w dużym stopniu opiera się na nieformalnych opiekunach.

Dostępność opieki zdrowotnej poprawia się, ale poziom wydatków katastroficznych pozostaje zasadniczo niezmienny

Od 2005 r. udział płatności z własnej kieszeni w wydatkach na opiekę zdrowotną systematycznie maleje, osiągając w 2023 r. poziom 15,7 %, czyli niemal równy średniej UE wynoszącej 15,5 % (wykres 18). Większość wydatków z własnej kieszeni w Polsce dotyczy leków (63,0 %), a poziom ten pozostaje wysoki mimo rozszerzenia mechanizmów zwolnień z opłat za recepty ambulatoryjne (zob. sekcja 6). Wydatki na leki są również głównym czynnikiem powodującym katastrofalne wydatki, które stanowią 44,0 % wydatków na opiekę zdrowotną w dotkniętych nimi gospodarstwach domowych.¹ W 2021 r. 9,4 % gospodarstw

¹ Wydatki katastroficzne definiuje się jako wydatki gospodarstw domowych pokrywane z własnej kieszeni, przekraczające 40 % całkowitych wydatków gospodarstwa domowego pomniejszonych o wydatki na podstawowe potrzeby (tj. żywność, mieszkanie i media).

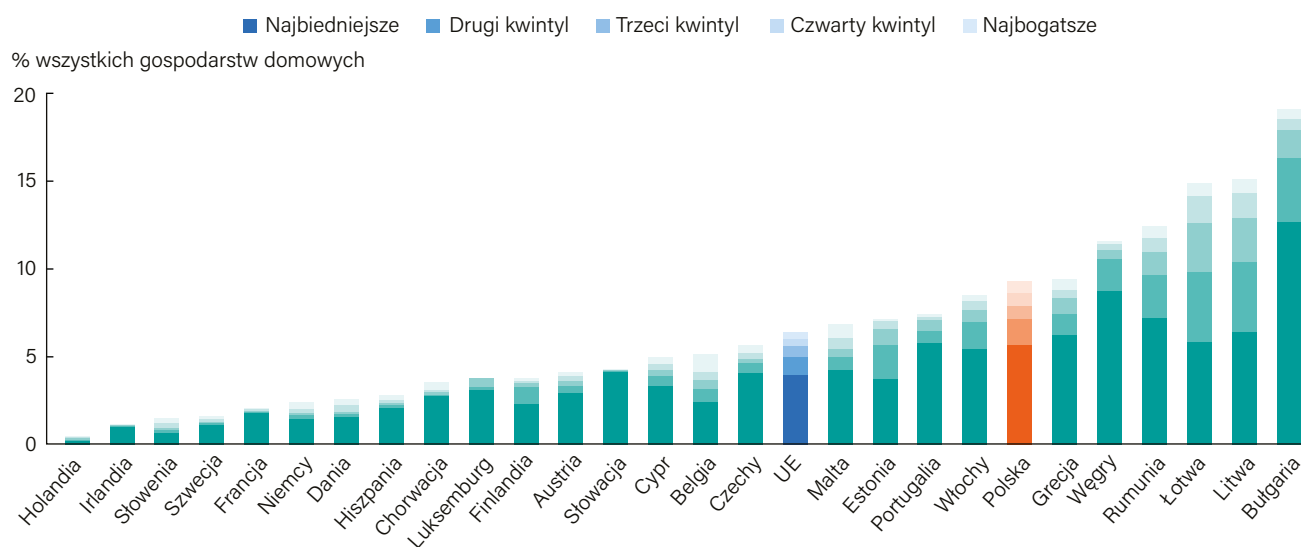
Wykres 18. Wydatki z własnej kieszeni są zdominowane przez wydatki na leki ambulatoryjne

Uwagi: VHI odnosi się do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, które obejmuje również inne dobrowolne systemy przedpłat. Średnia UE jest ważona.

Źródło: OECD Data Explorer (DF_SHA); dane odnoszą się do 2023 r.

domowych poniosło katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną, a ich odsetek utrzymywał się w przybliżeniu na tym samym poziomie w ciągu ostatniej dekady.

Katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną najczęściej występują w gospodarstwach domowych o najniższych dochodach (wykres 19).

Wykres 19. Katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce są najwyższe wśród najbiedniejszych gospodarstw domowych

Uwaga: Średnia dla UE jest nieważona. Dane dla Polski odnoszą się do 2021 r.

Źródło: Biuro WHO w Barcelonie ds. Finansowania Systemów Opieki Zdrowotnej.

Niedobory finansowe i braki kadrowe w ochronie zdrowia powodują długi czas oczekiwania, który stanowi główną barierę w dostępie do opieki zdrowotnej

Chroniczne ograniczenia zasobów – takie jak ograniczone środki finansowe przeznaczone na system opieki zdrowotnej i niedobór pracowników medycznych – stanowią podstawowe źródło barier w dostępie do świadczeń (zob. sekcja 4). Dodatkowo występują znaczne dysproporcje w rozmieszczeniu geograficznym pracowników ochrony zdrowia i infrastruktury, co może skutkować zróżnicowanym dostępem do usług. Jednak najważniejszą przeszkodą są czasy oczekiwania, które mogą być bardzo długie (zob. sekcja 5.3). Problem ten dotyczy przede wszystkim ambulatoryjnych usług specjalistycznych, części

planowanych hospitalizacji oraz usług rehabilitacyjnych. Szczególnie długie kolejki obserwuje się w przypadku niektórych wysoce specjalistycznych usług i specjalizacji, takich jak endokrynologia (Regionalne Biuro WHO dla Europy, 2025).

Narodowy Fundusz Zdrowia wdrożył różne strategie mające na celu skrócenie czasu oczekiwania. W 2015 r. rozpoczęto proces znoszenia rocznych limitów ilościowych dla świadczeniodawców ambulatoryjnych, a w 2021 r. wszystkie limity zostały zniesione. Jednak z powodu niewystarczających środków finansowych NFZ nie był w stanie pokryć kosztów wszystkich zrealizowanych usług, co doprowadziło do deficytów budżetowych po stronie wielu świadczeniodawców. W odpowiedzi wprowadzono nowy system taryf oparty na kosztach, którego celem jest zwiększenie poziomu finansowania i

lepsze dostosowanie płatności do rzeczywistych kosztów świadczeń. System ten ma zachęcić do realizacji świadczeń w przypadku długiego czasu oczekiwania oraz nagradzać osiągnięcie określonych celów skracania kolejek. W 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił platformę umożliwiającą pacjentom sprawdzanie aktualnego czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia we wszystkich placówkach objętych umową. Pomimo tych działań, efekty w zakresie skrócenia kolejek pozostają ograniczone z powodu poważnego niedoboru lekarzy specjalistów w systemie publicznym.

5.3 Odporność systemowa

Odporność systemu ochrony zdrowia – rozumiana jako zdolność do przygotowania się na wstrząsy i zmiany strukturalne, zarządzania nimi (absorbowania, dostosowywania się i przekształcania) oraz wyciągania z nich wniosków – stała się kluczowym elementem programów politycznych. Do głównych priorytetów należą: zmniejszenie presji na świadczenie usług, wzmocnienie infrastruktury zdrowotnej i potencjału kadrowego, dostosowanie strategii gotowości na wypadek kryzysu, wspieranie innowacji cyfrowych oraz zapewnienie długoterminowej stabilności.

W odpowiedzi na pandemię COVID-19 poziom aktywności szpitali gwałtownie spadł, ale czas oczekiwania na planowe zabiegi jest obecnie krótszy niż przed pandemią

Polska historycznie dysponowała bardzo dużymi zasobami szpitalnymi – znacznie wyższymi niż średnia dla krajów UE – a zmniejszenie nadwyżki mocy było głównym celem polityki mającej na celu poprawę efektywności systemu. W 2019 r. proces ograniczania liczby łóżek szpitalnych został wstrzymany w odpowiedzi na pandemię COVID-19. W 2023 r. wskaźnik liczby łóżek szpitalnych wynosił 6,3 na 1000 mieszkańców, podczas gdy średnia UE wynosiła

5,1 na 1000 mieszkańców. W czasie pandemii poziom aktywności szpitali w Polsce spadł bardziej niż średnio w UE, jednak od 2020 r. obserwuje się ponowny wzrost liczby hospitalizacji – w 2023 r. liczba wypisów ze szpitali wyniosła 22 449 na 100 000 mieszkańców.

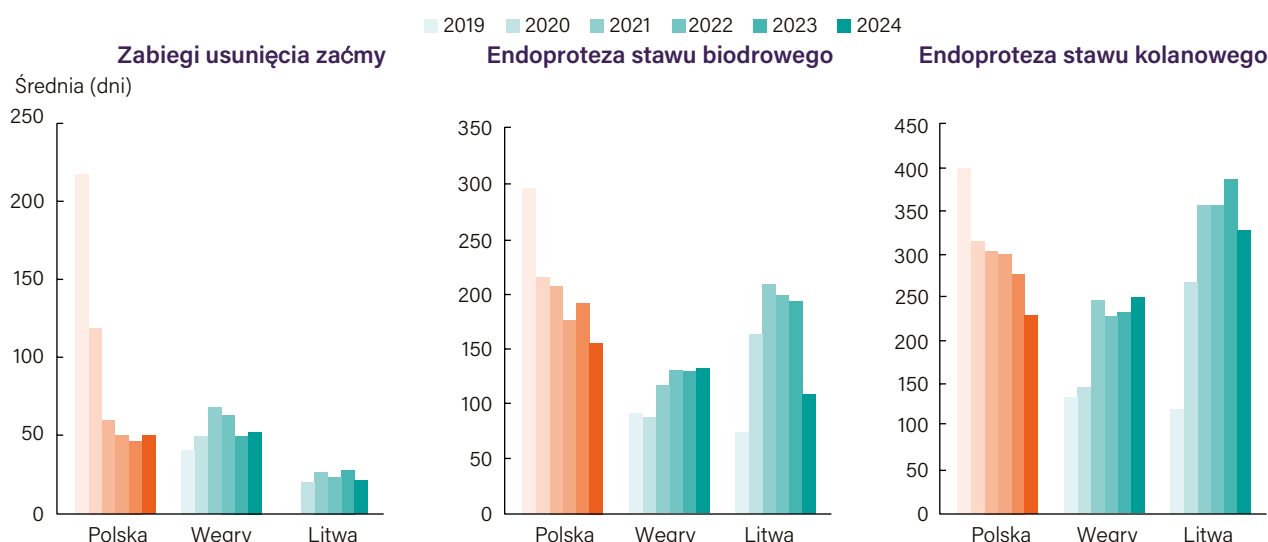
Liczba planowych zabiegów chirurgicznych wykonywanych w polskich szpitalach jest niższa od średniej UE, a liczba operacji wymiany stawu biodrowego, kolanowego i zabiegów przepukliny ulegała znacznym wahaniom w związku z ograniczeniem liczby planowych operacji w czasie pandemii COVID-19. Niemniej jednak udało się skrócić czas oczekiwania w Polsce z bardzo wysokiego poziomu odnotowanego wcześniej – pomimo ograniczenia liczby planowych zabiegów w latach pandemii, które spowodowało wydłużenie czasu oczekiwania w innych krajach Europy (wykres 20). Średnio w 2024 r. pacjenci w Polsce czekali 156 dni na wymianę stawu biodrowego (w porównaniu z 298 dniami w 2019 r.) i 231 dni na wymianę stawu kolanowego (w porównaniu z 403 dniami w 2019 r.).

Skrócenie czasu oczekiwania osiągnięto dzięki inwestycjom w system opieki zdrowotnej, które pozwoliły odpowiednio sfinansować zwiększony zakres potrzebnej opieki. Od 2021 r. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło różne plany reform mające na celu konsolidację systemu opieki zdrowotnej, zmianę profilu szpitali i poprawę koordynacji w celu zwiększenia wydajności i zmniejszenia zadłużenia szpitali.

Wydatki publiczne na system opieki zdrowotnej należą do najniższych w UE, ale zwiększenie inwestycji jest priorytetem politycznym

Pod koniec 2017 r. ówczesny rząd zobowiązał się do stopniowego zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce do poziomu 6 % PKB do 2024 r. Kolejny rząd kontynuował priorytetowe traktowanie sektora zdrowia, a wydatki na opiekę zdrowotną stanowiły 12,2 % całkowitych wydatków publicznych w 2023 r. Choć poziom ten pozostaje poniżej średniej UE wynoszącej 14,8 % w

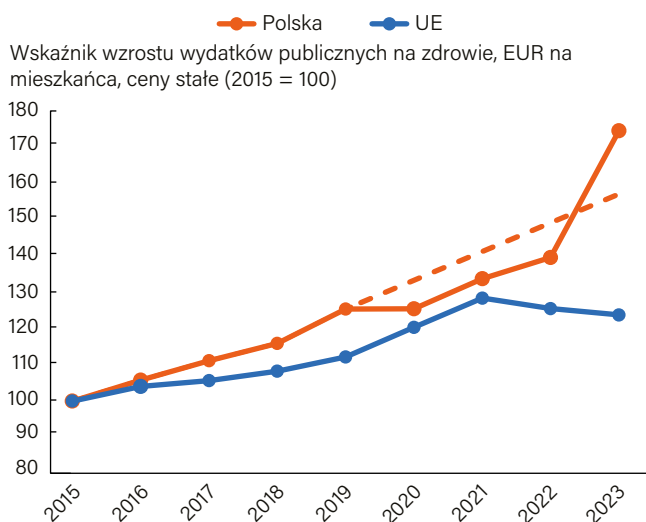
Wykres 20. Mniej pacjentów czeka ponad trzy miesiące na planową operację



Źródło: OECD Data Explorer (DF_WAITING).

2023 r., to jednak udział wydatków na opiekę zdrowotną jako udział w całkowitych wydatkach publicznych rósł szybciej w Polsce niż w całej UE. W latach 2020–2021, w okresie pandemii COVID-19, wydatki na opiekę zdrowotną nie wzrosły jako udział w całkowitych wydatkach publicznych, ale wstępne dane wskazują, że w kolejnych latach szybko wzrosły, odwracając ogólną tendencję w UE i przekraczając hipotetyczną trajektorię wydatków na mieszkańca prognozowaną na podstawie wzorców wzrostu sprzed pandemii (2015–2019) (wykres 21). Znaczne inwestycje w system opieki zdrowotnej pochodzą również z instrumentów finansowania UE (ramka 2).

Wykres 21. Wydatki publiczne na zdrowie gwałtownie wzrosły w ostatnich latach



Uwagi: Średnia UE jest ważona (obliczona przez OECD). Linia przerywana przedstawia prognozowaną tendencję na podstawie danych sprzed pandemii (2015–2019). Dane dotyczące Polski są nadal wstępne i obecnie podlegają walidacji.

Źródło: OECD Data Explorer (DF_SHA).

Zapewnienie trwałości kadr medycznych w Polsce jest kluczowym wyzwaniem w budowaniu odporności

Liczba lekarzy i pielęgniarek w Polsce jest niższa od średniej UE (zob. sekcja 4). Do niedawna liczba absolwentów kierunków lekarskich i pielęgniarstwa była również niższa od średniej UE. W Polsce brakowało niezawodnego procesu planowania rozwoju kadr medycznych. W 2021 r. Ministerstwo Zdrowia opracowało kompleksową platformę internetową w celu usprawnienia gromadzenia danych dotyczących pracowników ochrony zdrowia, sprawozdawczości, analizy i monitorowania. Analizy są przedstawiane w podziale na regiony, aż do poziomu powiatów, i stanowią część map potrzeb zdrowotnych, które są współfinansowane przez UE ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (Ministerstwo Zdrowia, 2025). W ostatnich latach w Polsce znacznie wzrosła liczba studentów kierunków lekarskich i stomatologicznych, a w latach 2012–2022 liczba przyjętych studentów prawie się podwoiła – z 5 202 do 9 706 (OECD/ European Commission, 2024). Rząd aktywnie zachęca młodych ludzi do studiowania medycyny, a następnie pozostania w kraju po ich ukończeniu, jednak szybki wzrost liczby miejsc na studiach medycznych wywarł presję na możliwości szkolenia podyplomowego (Kupis i in., 2025). Konieczne stało się zatem ponowne rozdzielanie miejsc na szkolenia specjalizacyjne, z uwzględnieniem regionów o niedostatecznym dostępie do usług medycznych i priorytetowych dziedzin, a także potrzeb zdrowotnych ludności.

Trwa cyfrowa transformacja ochrony zdrowia, ale przepaść cyfrowa między użytkownikami jest znaczna

W dokumentach strategicznych rząd polski nadał priorytet inwestycjom w cyfrową transformację systemu ochrony zdrowia, a inwestycje w technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT) w służbie zdrowia na mieszkańca

Ramka 2. Polska jest głównym beneficjentem współfinansowania UE na rzecz wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej

Polski sektor zdrowia jest wspierany przez znaczne fundusze unijne w ramach wielu instrumentów. W Planie Odbudowy i Odporności (RRP) Polsce przyznano około 3 mld EUR (5 % całkowitych środków RRP wynoszących prawie 60 mld EUR)². Plan Polski ma na celu: wsparcie restrukturyzacji sektora szpitalnego; przyspieszenie cyfryzacji usług zdrowotnych; stworzenie większych możliwości zatrudnienia wykwalifikowanego personelu medycznego; oraz wsparcie rozwoju badań w kluczowej dziedzinie nauk medycznych. Reformy i inwestycje te będą realizowane do 2026 r.

Uzupełnieniem RRP jest polityka spójności UE (2021–2027). Polska jest największym beneficjentem tej polityki, otrzymując łącznie 75,5 mld EUR, z czego 2,1 mld EUR przeznaczono na opiekę zdrowotną, głównie na infrastrukturę i sprzęt. Ponadto w ramach programów prac EU4Health (2021–2023) polscy beneficjenci otrzymali finansowanie w ramach wspólnych działań i dotacji bezpośrednich w wysokości 28,5 mln EUR. Środki te przeznaczono przede wszystkim na inicjatywy związane z walką z rakiem (39 %), gotowością na wypadek sytuacji kryzysowych (26 %) oraz promocją zdrowia i profilaktyką chorób (18 %).

² Dane dotyczące Funduszu Odbudowy i Odporności opierają się na informacjach dostępnych na dzień 20 września 2025 r.; ewentualne przyszłe zmiany mogą mieć wpływ na te dane.

wzrosły ponad dwukrotnie w latach 2018–2023. Pomimo tego inwestycje w ICT w Polsce pozostają poniżej średniej UE (0,4 mln EUR na 100 000 mieszkańców w 2023 r. w cenach stałych z 2015 r., w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 2,3 mln EUR na 100 000 mieszkańców).

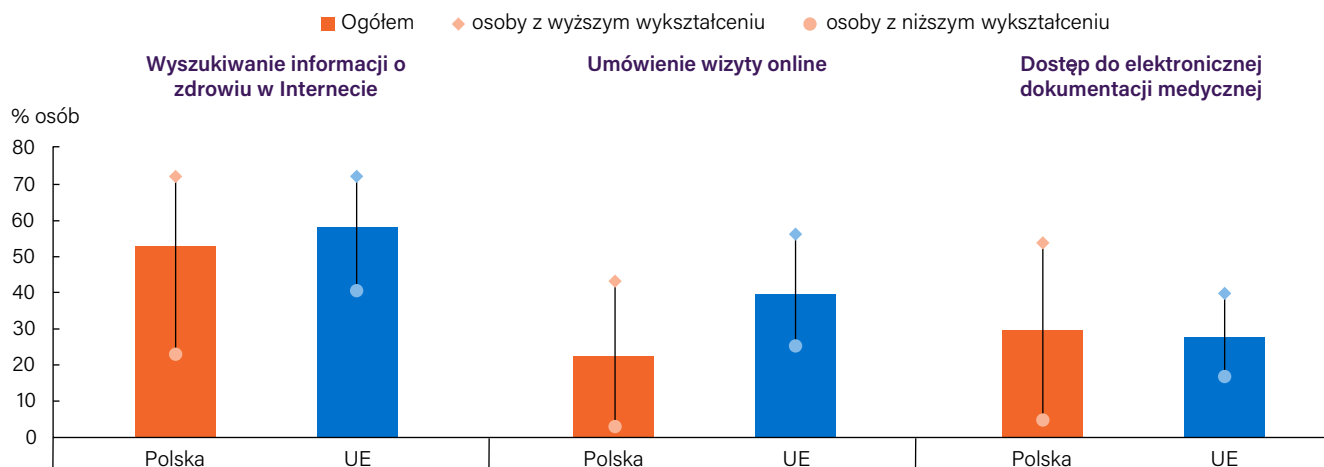
Centralny system e-zdrowia zapewnia szereg produktów i usług elektronicznych. Internetowe Konto Pacjenta umożliwia pacjentom dostęp do historii leczenia i elektronicznej dokumentacji medycznej, wybór lekarza pierwszego kontaktu, złożenie wniosku o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz wyrażenie zgody na transgraniczne udostępnienie danych dotyczących recept elektronicznych, co umożliwia ich realizację za granicą. E-recepty są obowiązkowe (w 2024 r. 97,4 % recept zostało wystawionych elektronicznie), podobnie jak e-skierowania do wybranych usług medycznych.

Aplikacja dla usługodawców i aptek umożliwia lekarzom i innym pracownikom ochrony zdrowia wystawianie i przetwarzanie e-recept oraz e-skierowań. Badanie przeprowadzone w 2024 r. wykazało, że większość podmiotów świadczących usługi opieki zdrowotnej (85,3 %) posiada elektroniczną dokumentację medyczną, a wykorzystanie e-skierowań rośnie – szczególnie w szpitalach. Jedna trzecia (33,4 %) placówek opieki zdrowotnej korzysta z e-skierowań do specjalistów lub

na leczenie szpitalne (CeZ, 2025b). Główne przeszkody w pełnym wdrożeniu narzędzi cyfrowych to niewystarczające zasoby finansowe, nieodpowiednie kompetencje cyfrowe personelu medycznego oraz opór ze strony pracowników ochrony zdrowia.

Wykorzystanie narzędzi cyfrowych przez gospodarstwa domowe rośnie. Odsetek ludności Polski, która korzystała z internetu w celu wyszukiwania informacji dotyczących zdrowia i uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej, jest zbliżony do średniej UE. Jednak mniejszy odsetek osób korzystał z internetu w celu umówienia wizyty lekarskiej (22 %), a różnica w stosunku do średniej UE (40 %) pogłębiła się w 2024 r. Ponadto istniała znaczna przepaść cyfrowa w zakresie korzystania z narzędzi cyfrowych w zależności od wieku i statusu społeczno-ekonomicznego. W 2024 r. polscy dorośli w wieku 25–64 lat znacznie częściej korzystali z internetu w celu wyszukiwania informacji dotyczących zdrowia (59 %) niż osoby w wieku 65–74 lat (38 %). Podobnie osoby z wyższym wykształceniem były trzy razy bardziej skłonne do korzystania z internetu w celu wyszukiwania informacji dotyczących zdrowia niż osoby z niższym wykształceniem, a różnica ta była znacznie większa (około 10 razy) w przypadku umawiania wizyt lub uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej (wykres 22).

Wykres 22. Polscy dorośli z wyższym wykształceniem znacznie częściej korzystali z internetu w celach związanych ze zdrowiem niż osoby z niższym wykształceniem



Uwaga: Niski poziom wykształcenia definiuje się jako populację posiadającą wykształcenie nie wyższe niż gimnazjalne (poziomy ISCED 0-2), natomiast wysoki poziom wykształcenia to populacja posiadająca wykształcenie wyższe (poziomy ISCED 5-8).

Źródło: Eurostat (isoc_ci_ac_i); dane odnoszą się do roku 2024.

Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, jeśli nie zostaną podjęte dalsze działania w zakresie racjonalnego zarządzania tymi środkami

Ograniczenie nadmiernego stosowania antybiotyków ma kluczowe znaczenie dla rozwiązania problemu oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe (AMR), co jest priorytetem potwierdzonym przez cele Rady UE dotyczące

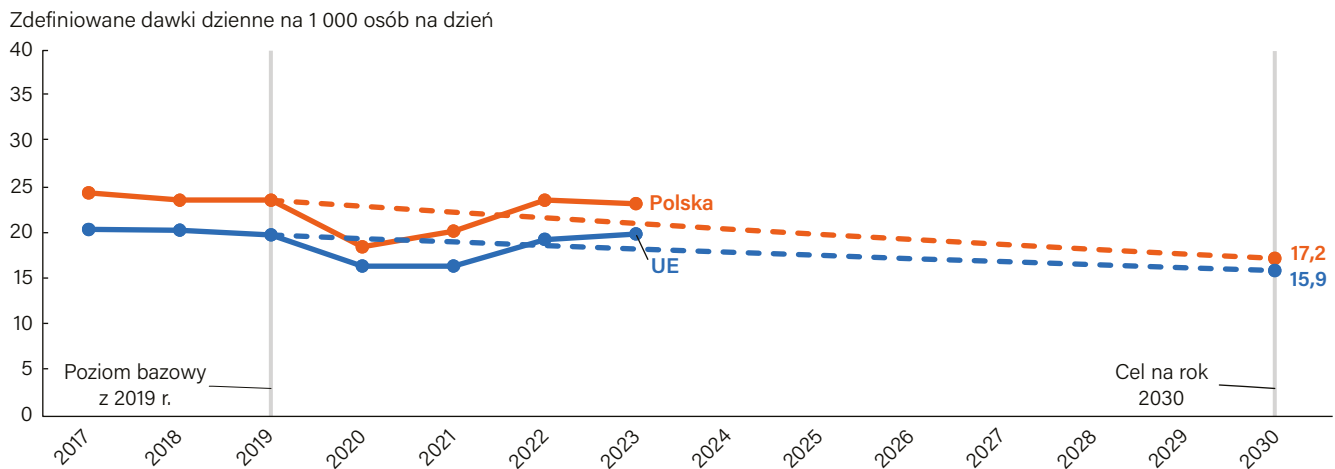
zmniejszenia zużycia do 2030 r., przyjęte w 2023 r.³ Podobnie jak w większości krajów, zużycie antybiotyków w Polsce zmniejszyło się w latach 2020–2021 – głównie dzięki mniejszemu rutynowemu stosowaniu podczas pandemii COVID-19. Jednak ogólny poziom spożycia antybiotyków w Polsce jest wysoki i powrócił do wyższego poziomu wraz ze wzrostem aktywności szpitali po pandemii, co utrudni Polsce osiągnięcie celu redukcji na 2030 r. (wykres 23). W 2023 r. poziom spożycia antybiotyków

³ Zalecenie Rady w sprawie zintensyfikowania działań UE na rzecz zwalczania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe w ramach podejścia „Jedno zdrowie”, 2023/C 220/01.

wynosił 23,2 zdefiniowanych dawek dobowych na 1 000 mieszkańców dziennie. Krajowy plan działania w zakresie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe

został włączony do Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 w ramach celu zapewnienia zdrowia środowiskowego i zapobiegania chorobom zakaźnym.

Wykres 23. Odzwierciedlając ogólną tendencję w UE, od czasu pandemii COVID-19 obserwuje się wzrost zużycia antybiotyków w Polsce



Uwaga: Średnia dla UE jest średnią ważoną. Wykres przedstawia spożycie antybiotyków zarówno w szpitalach, jak i poza nimi. Linia przerywana ilustruje ścieżkę docelową polityki mającą na celu osiągnięcie celów redukcyjnych na 2030 r.
Źródło: ECDC ESAC-Net.

6 W centrum uwagi – produkty farmaceutyczne

W Polsce wydatki na leki detaliczne na mieszkańca są niższe od średniej UE, a zakres refundacji leków jest ograniczony

W 2023 r. wydatki na leki sprzedawane w aptekach stanowiły około 16 % całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce – nieco więcej niż średnia UE wynosząca 13 % (wykres 24). W przeliczeniu na jednego mieszkańca Polska wydała o jedną trzecią mniej niż średnia UE na leki sprzedawane w aptekach (352 EUR w porównaniu z 510 EUR, po uwzględnieniu różnic w sile nabywczej).

System ustawowy w Polsce zapewnia pełną refundację leków dla pacjentów hospitalizowanych, natomiast refundacja leków dla pacjentów ambulatoryjnych jest bardziej ograniczona. Od 1 września 2023 r. zakres uprawnień do bezpłatnych leków na receptę został rozszerzony – poza kobietami w ciąży i osobami powyżej 75. roku życia, obejmuje także dzieci poniżej 18. roku życia i osoby w wieku od 65 lat. Uprawnieni są również weterani wojskowi oraz dawcy krwi lub narządów. Nie przewidziano jednak zwolnień z dopłat dla osób o niskich dochodach ani ogólnego limitu dopłat. W przypadku leków stosowanych przez okres do 30 dni pacjenci pokrywają 50% lub 30% kosztów oraz różnicę między ceną referencyjną a ceną detaliczną. W przypadku dłuższych cykli leczenia lub

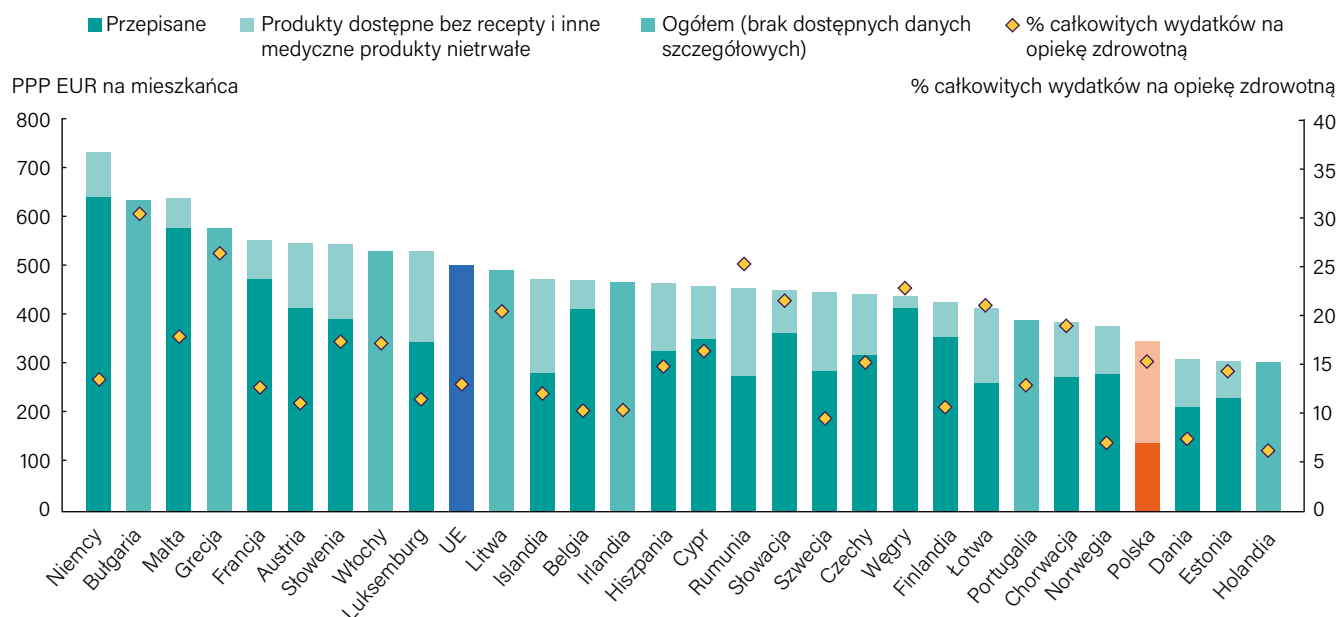
droższych leków pacjenci płacą stałą opłatę w wysokości 0,71 EUR za opakowanie zawierające do 30 określonych dawek dziennych oraz różnicę między ceną referencyjną a ceną detaliczną.

W 2023 r. tylko jedna trzecia wydatków detalicznych na produkty farmaceutyczne w Polsce była pokrywana ze środków publicznych, a prawie dwie trzecie ponosili bezpośrednio pacjenci (wykres 25). Wydatki te dotyczyły głównie leków na receptę i leków dostępnych bez recepty. Poziom publicznego finansowania produktów farmaceutycznych w Polsce należy do najniższych w UE i pozostaje znacznie niższe od średniej UE wynoszącej 60 %. Leki stanowiły aż 63% bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Polsce, podczas gdy średnia UE wyniosła 25% (zob. sekcja 5.2).

Finansowanie leków dla pacjentów hospitalizowanych jest kompleksowe i obejmuje również nowoczesne, kosztowne terapie oraz leczenie onkologiczne

Leki przepisywane w szpitalach są rozliczane oddzielnie, a ich koszty są w większości refundowane w ramach taryf grupowych związanych z diagnozą. Leki przeciwnowotworowe są finansowane z tzw. listy pozytywnej, natomiast osobna lista obejmuje leki

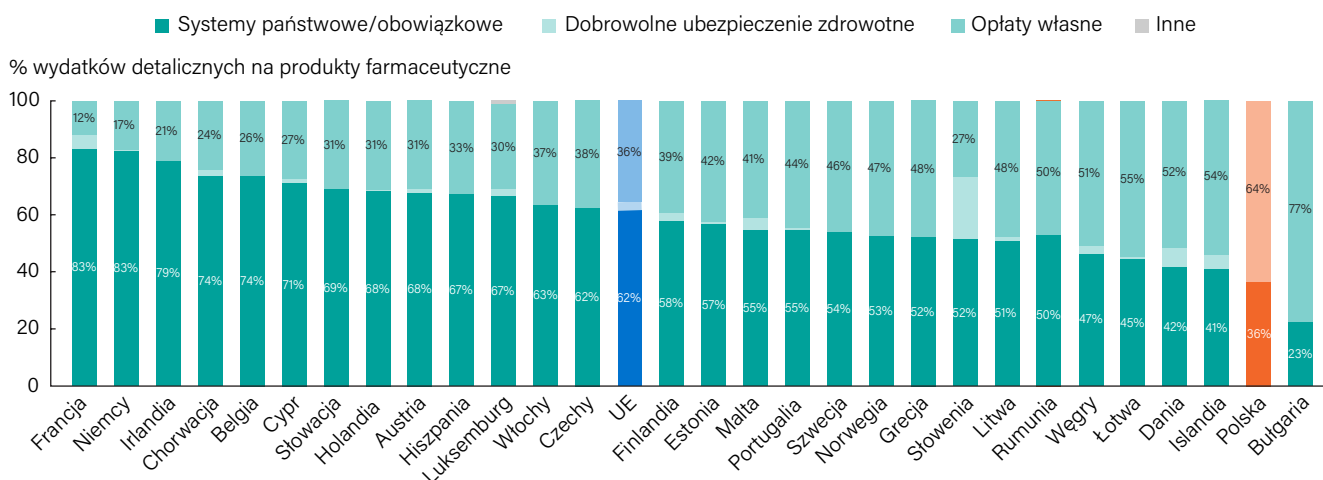
Wykres 24. Wydatki na leki sprzedawane w aptekach detalicznych na mieszkańca w Polsce są o około jedną trzecią niższe niż średnia UE



Uwaga: Wykres przedstawia wydatki na leki wydawane w aptekach detalicznych wyłącznie do użytku ambulatoryjnego. Nie obejmuje on leków podawanych w szpitalach, klinikach lub gabinetach lekarskich.

Źródło: OECD Data Explorer (DF_SHA); dane odnoszą się do 2023 r., z wyjątkiem Norwegii (2022 r.).

Wykres 25. Nieco ponad jedna trzecia wydatków na leki w sprzedaży detalicznej była pokrywana przez społeczne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce



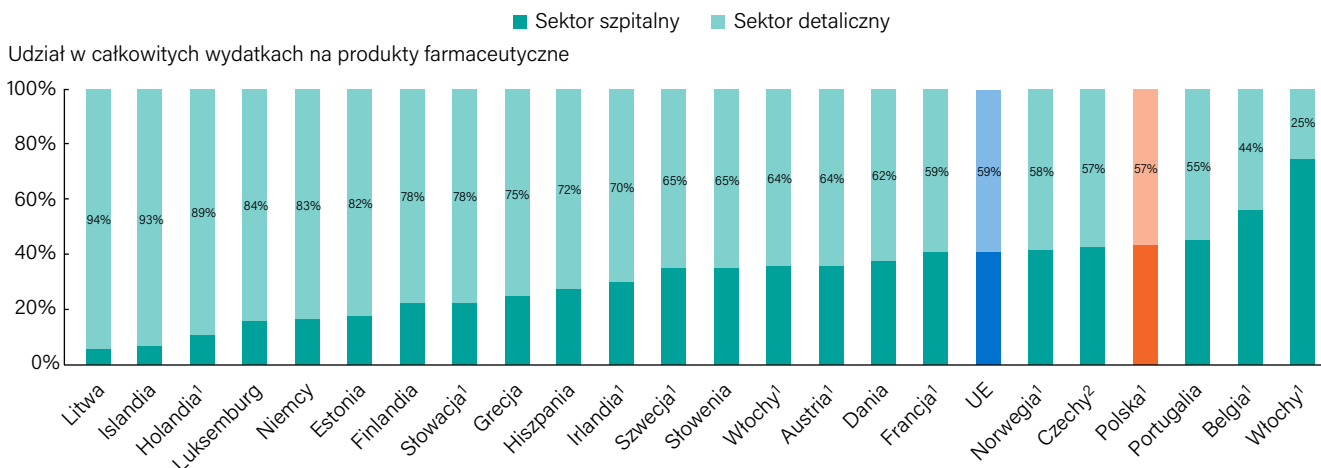
Uwaga: Średnia UE jest nieważona.

Źródło: OECD Data Explorer (DF_SHA); dane odnoszą się do 2023 r., z wyjątkiem Norwegii (2022 r.).

wysokokosztowe dostępne w ramach programów lekowych dla określonych grup pacjentów, z jasno zdefiniowanymi kryteriami kwalifikacji oraz ścisłym monitorowaniem. Istnieje również dodatkowy fundusz medyczny przeznaczony na wysokokosztowe terapie innowacyjne i terapie o wysokiej wartości klinicznej oraz na zapewnienie dostępu w nagłych przypadkach do innowacyjnych metod leczenia. Wszystkie leki przepisywane i podawane w szpitalach są bezpłatne dla pacjentów. Udział wydatków na leki w szpitalach w stosunku do wydatków detalicznych był podobny do tego w innych krajach UE (43 % w Polsce w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 41 %) (wykres 26).

Czas dostępu do nowych leków jest różny, ale zazwyczaj jest on skrócony w przypadku leków o wysokich korzyściach klinicznych

W Polsce stosuje się kompleksowy proces określania, które nowe terapie są finansowane z różnych funduszy medycznych i uwzględniane na liście leków przeciwnowotworowych. Proces ten obejmuje ocenę technologii medycznych (w szczególności wyniki analizy opłacalności), która stanowi podstawę zarówno decyzji dotyczących refundacji, jak i negocjacji cenowych prowadzonych przez Komisję Ekonomiczną działającą przy Ministerstwie Zdrowia. Od stycznia 2025 r. proces ten jest

Wykres 26. Wydatki na leki w szpitalach w Polsce są podobne do średniej UE

Uwagi: Średnia UE jest ważona. Dane odnoszą się do 2023 r., z wyjątkiem Norwegii i Słowenii (2022 r.). Dane dotyczące sprzedaży farmaceutycznej w szpitalach w Holandii są niekompletne, co prowadzi do przeszacowania udziału sprzedaży detalicznej w aptekach na wykresie.

Źródła: OECD Data Explorer (DF_SHA); ¹IQVIA i Szwedzka Agencja ds. Świadczeń Stomatologicznych i Farmaceutycznych, 2024 r.; ²Czeski Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej.

wspierany przez nowe unijne rozporządzenia w sprawie oceny technologii medycznych.

Dwa najczęściej stosowane wskaźniki oceny terminowości i zakresu dostępności nowych leków to średni czas oczekiwania na refundację – liczony od momentu uzyskania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w UE do decyzji o refundacji publicznej oraz odsetek leków zatwierdzonych centralnie (przez UE) dostępnych na rynku krajowym. Oba wskaźniki są podawane w badaniu Patients WAIT Indicator Survey przeprowadzonym przez Europejską Federację Przemysłu Farmaceutycznego i Stowarzyszeń (Newton et al., 2025). Chociaż żaden z tych wskaźników nie mierzy w sposób kompleksowy rzeczywistego dostępu pacjentów do skutecznych terapii, stanowią one podstawę do dyskusji. W przypadku leków zatwierdzonych przez UE w latach 2020–2023 średni czas oczekiwania na refundację w Polsce wyniósł 723 dni (ponad średnią UE wynoszącą 578 dni). Czas oczekiwania na refundację jest jednak wynikiem połączenia decyzji biznesowych podejmowanych przez firmy farmaceutyczne oraz skuteczności procesów administracyjnych prowadzonych w Polsce. Obecnie głównym czynnikiem opóźniającym refundację nowych terapii jest czas między uzyskaniem pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w UE a złożeniem wniosku o refundację przez firmy farmaceutyczne.

Spośród wszystkich leków, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu w UE w latach 2020–2023, 40% jest dostępnych w Polsce dla różnych grup ludności. Proces oceny technologii medycznych pozwala zidentyfikować grupy pacjentów, które najprawdopodobniej odniosą korzyści z leczenia, a zakres refundacji jest ograniczony, aby to odzwierciedlić. Polska ustanowiła specjalne źródła finansowania – fundusze medyczne – w celu przyspieszenia dostępu do terapii o wysokiej wartości klinicznej.

Stosowanie leków generycznych jest w Polsce dobrze rozwinięte i promowane przez farmaceutów

Stosowanie leków generycznych jest w Polsce powszechne. Według najnowszych dostępnych danych z 2017 r. w przypadku refundowanych leków na receptę leki generyczne stanowiły 27% wartości i 89% ilości w szpitalach oraz 66% wartości i 76% ilości w aptekach detalicznych (Sowada, Richardson & Kowalska-Bobko, 2025). Osiągnięto to pomimo bardzo ograniczonej kontroli nad przepisywaniem leków. Polscy lekarze nie mają budżetów na wydawanie leków i nie ma wymogu przepisywania leków według substancji czynnej lub międzynarodowej niezastrzeżonej nazwy. Ponadto nie ma oficjalnie przyjętych wytycznych dotyczących opłacalnego przepisywania leków. Jednak farmaceuci są prawnie zobowiązani do informowania pacjentów o możliwości zakupu tańszego odpowiednika generycznego i do utrzymywania takich produktów w magazynie.

Innowacje farmaceutyczne są ważne dla Polski, ale kraj ten odgrywa stosunkowo niewielką rolę w tej dziedzinie

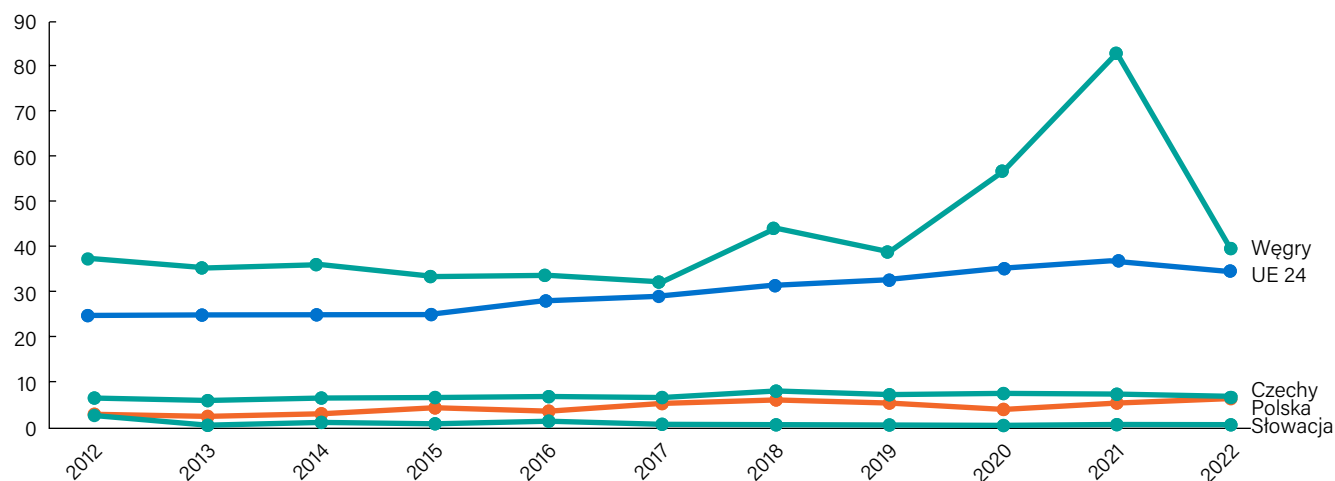
W 2022 r. inwestycje w badania i rozwój (B+R) w sektorze farmaceutycznym w Polsce oszacowano na 240 mln EUR (skorygowane o różnice w sile nabywczej), co stanowiło 1,5 % całkowitych wydatków na B+R w sektorze farmaceutycznym w całej UE. Stanowi to równowartość 6,5 EUR na mieszkańca w 2022 r., co jest kwotą stosunkowo skromną w porównaniu ze średnią wynoszącą 34 EUR dla 24 krajów UE, dla których dostępne są takie dane (wykres 27). Wnioski o patenty farmaceutyczne stanowią kluczowy wskaźnik służący do oceny potencjału innowacyjnego sektora farmaceutycznego. Według statystyk OECD dotyczących własności intelektualnej, w 2022 r. 35 wniosków złożonych na podstawie Układu o współpracy patentowej pochodziło od wnioskodawców z Polski. Liczba ta stanowiła około

2% wszystkich wniosków pochodzących z krajów UE, co plasuje Polskę jako stosunkowo niewielkiego uczestnika europejskiego potencjału badawczo-rozwojowego w dziedzinie farmaceutyki. Jednak 36% nowych badań klinicznych w Polsce stanowiły badania we wczesnej fazie, a Polska konsekwentnie plasuje się blisko średniej UE pod względem tego wskaźnika. Większość badań klinicznych

w Polsce jest finansowana przez przemysł (75 %), a nie ze środków publicznych (25 %). Trzy czwarte z nich stanowi również część badań wielonarodowych, co pokazuje, że chociaż lokalny potencjał badawczo-rozwojowy jest ograniczony, Polska jest dobrze wkomponowana w globalne sieci badań i rozwoju w dziedzinie farmaceutyki.

Wykres 27. Inwestycje w badania i rozwój (B+R) w sektorze farmaceutycznym w Polsce są stosunkowo niskie

PPP EUR na mieszkańca, ceny stałe (2022)



Uwaga: Średnia UE jest średnią ważoną (obliczoną przez OECD).

Źródła: OECD Data Explorer (DF_ANBERDi4).

- Chociaż niższa od średniej UE, w 2024 r. średnia długość życia w Polsce wynosiła 78,7 lat – najwięcej w historii. Jednak 47% mężczyzn i 56% kobiet w wieku 65 lat i starszych cierpi na wiele chorób przewlekłych. Powoduje to, że średnia długość życia w zdrowiu w Polsce jest znacznie niższa od średniej UE. W wieku 65 lat kobiety w Polsce mogą oczekiwać 8,6 roku zdrowego życia, a mężczyźni 7,8 roku, w porównaniu ze średnią wynoszącą odpowiednio 9,2 roku i 8,9 roku w całej UE.
- Palenie tytoniu i spożywanie alkoholu są głównymi czynnikami wpływającymi na śmiertelność i zachorowalność w Polsce, a nierówności społeczno-ekonomiczne w zakresie narażenia na czynniki ryzyka związane z zachowaniem i środowiskiem są znaczne. Wysoki odsetek palaczy wśród nastolatków w Polsce oraz popularność e-papierosów, obserwowana w całej Europie, są kluczowymi kwestiami politycznymi, które skłoniły decydentów do zaostrzenia regulacji rynku wyrobów tytoniowych i wprowadzenia podobnych regulacji dotyczących e-papierosów. Średnie spożycie alkoholu wśród dorosłych w Polsce spadło do 10 litrów na mieszkańca, czyli nieco powyżej średniej UE wynoszącej 9,8 litra w 2022 r. Od 2020 r. Polska zaostrzyła środki fiskalne dotyczące spożycia alkoholu i tytoniu.
- Wysokie wskaźniki śmiertelności, której można zapobiec i którą można leczyć, ujawniają słabości systemu opieki zdrowotnej w zakresie zapobiegania chorobom i leczenia pacjentów. Śmiertelność, której można zapobiec, utrzymuje się na poziomie wyższym od średniej UE, dlatego też decydenci polityczni skupili się na wzmocnieniu i rozwoju programów badań przesiewowych w kierunku nowotworów. Liczba możliwych do uniknięcia hospitalizacji z powodu niektórych z najczęstszych chorób przewlekłych należy do najwyższych w Europie, co wskazuje na niedociągnięcia w zakresie opieki ambulatoryjnej.
- Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce pozostają bardzo niskie w porównaniu ze średnią UE, ale w ciągu ostatnich dwóch dekad wzrosły. Ponad trzy czwarte całkowitych wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze źródeł publicznych, natomiast niemal jedna czwarta pochodzi ze źródeł prywatnych – głównie w formie wydatków na leki pokrywanych z własnej kieszeni. Ogólnie rzecz biorąc, wydatki na ochronę zdrowia w większym stopniu koncentrują się na opiece szpitalnej niż na ambulatoryjnej, a udział środków przeznaczonych na opiekę długoterminową i profilaktykę należy do najniższych w UE.
- Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej są w Polsce stosunkowo wysokie, a długi czas oczekiwania jest jednym z kluczowych czynników. Ograniczone środki finansowe przeznaczone na system opieki zdrowotnej oraz niedobór pracowników ochrony zdrowia stanowią podstawę barier w dostępie, takich jak czas oczekiwania. Istnieją również duże dysproporcje w rozmieszczeniu geograficznym pracowników medycznych i infrastruktury, co może skutkować zróżnicowanym dostępem do usług. Ukierunkowane zwiększenie wydatków umożliwiło szpitalom leczenie większej liczby pacjentów i skrócenie czasu oczekiwania, ale nadal istnieje możliwość dalszego skrócenia tego czasu. Kluczowym celem polityki było zwiększenie liczby pracowników ochrony zdrowia w celu zwiększenia wydajności systemu opieki zdrowotnej.
- Polska jest głównym beneficjentem współfinansowanego wsparcia UE na rzecz wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej w ramach wielu instrumentów i największym beneficjentem w ramach polityki spójności UE. Polski Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności ma na celu wsparcie restrukturyzacji sektora szpitalnego, przyspieszenie cyfrowej transformacji usług zdrowotnych, zwiększenie liczby pracowników ochrony zdrowia oraz rozwój badań w dziedzinie nauk medycznych.
- System ustawowy w Polsce zapewnia kompleksową ochronę ubezpieczeniową w zakresie leków dla pacjentów hospitalizowanych, natomiast refundacja leków dla pacjentów ambulatoryjnych jest bardziej ograniczona. W 2023 r. tylko jedna trzecia wydatków na leki w sprzedaży detalicznej była pokrywana z ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres refundacji leków szpitalnych jest pełny i obejmuje nowe, kosztowne terapie oraz leczenie onkologiczne. Czas dostępu do nowych leków jest zróżnicowany, jednak w przypadku terapii o wysokiej wartości klinicznej procedury są przyspieszone. Pomimo ograniczonych krajowych możliwości badawczo-rozwojowych i inwestycji w sektorze farmaceutycznym są ograniczone, Polska jest dobrze zintegrowana z globalnymi sieciami badawczo-rozwojowymi, a innowacje farmaceutyczne mają duże znaczenie dla przyszłości gospodarczej kraju.

Główne źródła

Sowada C, Richardson E, Kowalska-Bobko I (2025), *Poland: health system summary, 2024*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, <https://iris.who.int/handle/10665/381445>.

OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Bibliografia

CeZ (2025a), Raport o szczepieniach przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Warszawa, Centrum e-Zdrowia, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/raport-o-szczepieniach-przeciwko-wirusowi-brodawczaka-ludzkiego-hpv>.

CeZ (2025b), VIII Edycja Badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Warszawa, Centrum e-Zdrowia, <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/e-zdrowie-w-polsce-wyniki-viii-edycji-badania-informatyzacji-placowek>.

European Commission (2025), Country Report – Poland. Brussels, https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2025-european-semester-country-reports_en.

Kupis R et al. (2025), Medical education in Poland: a descriptive analysis of legislative changes broadening the range of institutions eligible to conduct medical degree programmes. *BMC Medical Education* 25(444). <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07031-y>.

Ministerstwo Zdrowia (2025), Platforma baz danych analizy systemu i wdrażania, <https://basiw.mz.gov.pl/en/2025/>.

Newton M et al. (2025), EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey. Brussels, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, [efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf](https://www.efpia.europa.eu/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf)

OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Poland 2025, EU Country Cancer Profiles, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/fc2a5e54-en>.

WHO Regional Office for Europe (2025), UHC Watch, <https://apps.who.int/dhis2/uhcwatch/#/>.

Wojtyniak B, Smaga A (red.) (2025), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-2025/>.

Wykaz skrótów państw

Austria	AT	Czechy	CZ	Grecja	EL	Łotwa	LV	Norwegia	NO	Słowenia	SI
Belgia	BE	Dania	DK	Hiszpania	ES	Luksemburg	LU	Polska	PL	Szwecja	SE
Bułgaria	BG	Estonia	EE	Irlandia	IE	Malta	MT	Portugalia	PT	Węgry	HU
Chorwacja	HR	Finlandia	FI	Islandia	IS	Niderlandy	NL	Rumunia	RO	Włochy	IT
Cypr	CY	Francja	FR	Litwa	LT	Niemcy	DE	Słowacja	SK		

State of Health in the EU

Profil systemu ochrony zdrowia 2025

Profile krajów to istotny element cyklu *Stan zdrowia w UE*, realizowanego w ramach inicjatywy Komisji Europejskiej, przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej.

Profile są rezultatem wspólnych wysiłków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Ochrony Zdrowia, we współpracy z Komisją Europejską. W oparciu o spójną metodykę wykorzystującą zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe, analiza obejmuje najnowsze wyzwania i zmiany w zakresie polityki zdrowotnej w każdym państwie UE/EOG.

Edycja krajowych profili zdrowotnych z 2025 r. zawiera syntezę różnych kluczowych aspektów, w tym:

- aktualny stan zdrowia w kraju;
- uwarunkowania zdrowotne, ze szczególnym uwzględnieniem nieniem behawioralnych czynników ryzyka;
- strukturę i organizację systemu ochrony zdrowia;
- skuteczność, dostępność i odporność systemu ochrony zdrowia;
- opis sektora farmaceutycznego i polityki lekowej w tym kraju.

Uzupełnieniem kluczowych ustaleń krajowych profili zdrowotnych jest sprawozdanie podsumowujące Komisji Europejskiej.

Więcej informacji można znaleźć pod adresem: ec.europa.eu/health/state

Należy powoływać się na tę publikację następująco: 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.