

2025

SGH

Think Tank  
dla ochrony zdrowia



10

NOWYCH  
ŹRÓDEŁ  
FINANSOWANIA

NFZ

2025

## AUTORZY

dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, prof. SGH  
dr hab. Barbara Więckowska, prof. SGH  
Zuzanna Świerc  
Artur Białoszewski

## RECENZJA

dr hab. Christoph Sowada, prof. UJ  
dr hab. Iga Magda, prof. SGH

## REDAKCJA I SKŁAD

Monika Owczarek

doi: 10.33119/978-83-972435-4-5\_2025

## PARTNERZY THINK TANKU:



# KLUCZOWE LICZBY

W latach 2025-2027 roku ubezpieczeniowa luka finansowa (luka w finansach NFZ) dla zdrowia wyniesie łącznie ok. **111,4 mld zł**. Lukę tę można wypełnić korzystając z różnych źródeł finansowania, które zostały przedstawione w niniejszym raporcie.

**Podniesienie składki zdrowotnej** (dla wszystkich opłacających) o 0,25 p.p. rocznie przez 4 lata i ograniczenie uprawnień do preferencyjnego ubezpieczenia w KRUS przyniosłoby łącznie **36,6 mld zł w latach 2025-2027**.

Wprowadzenie 2,5%-owej **składki zdrowotnej płaconej przez pracodawców** to łącznie **41,9 mld zł w latach 2025-2027**.

Finansowanie **składek zdrowotnych dla dzieci z budżetu państwa** to wpływ do NFZ na poziomie **16 mld zł rocznie (48 mld zł w latach 2025-2027)**.

**Zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn** mogłoby docelowo zwiększyć wpływy NFZ o **5,7 mld zł w latach 2025-2027**.

**Podatki od „grzechów zdrowotnych”** w 2024 roku stanowiły 1,9 mld zł w budżecie NFZ, a ich potencjalny wzrost mógłby zwiększyć wpływy łącznie o **2,1-3,0 mld zł w latach 2025-2027**.

Współpłacenie za wybrane świadczenia zdrowotne mogłoby przynieść dodatkowe **2,1 mld zł rocznie (łącznie 6,3 mld zł w latach 2025-2027)**.

# MOŻLIWE DZIAŁANIA

## ZMIANY W STOPIE SKŁADKI

- WZROST I WYRÓWNANIE STOPY SKŁADKI ZDROWOTNEJ
- SKŁADKA ZDROWOTNA WSPÓŁPŁACANA PRZEZ PRACODAWCÓW

## ROZSZERZENIE BAZY SKŁADKOWEJ

- WYDŁUŻENIE I WYRÓWNANIE WIEKU EMERYTALNEGO
- SKŁADKA ZDROWOTNA DZIECI FINANSOWANA Z BUDŻETU PAŃSTWA

## POZASKŁADKOWE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA NFZ

### PUBLICZNE

WYŻSZY PODATEK „CUKROWY”  
I NOWY PODATEK  
„TŁUSZCZOWY”

CZĘŚĆ AKCYZY NA CELE  
ZDROWOTNE

POMOC DORAŻNA  
I RATOWNICTWO MEDYCZNE  
FINANSOWANE Z BUDŻETU  
PAŃSTWA

### PRYWATNE

WSPÓŁFINANSOWANIE  
ŚWIADCZEŃ PRZEZ  
PACJENTÓW

UZUPEŁNIAJĄCE PRYWATNE  
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

### INNE ŹRÓDŁA

MOŻLIWOŚĆ PRZEKAZANIA 1,5%  
PODATKU NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

# WPROWADZENIE

*Mimo rosnących nakładów na publiczną opiekę zdrowotną w ostatnich latach, ich wartość nadal jest niewystarczająca na pokrycie wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej. O luce finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia zrobiło się głośno w 2024 r., kiedy dla zbilansowania budżetu NFZ konieczne było sięgnięcie po środki do budżetu państwa. Problem niewystarczającego bieżącego finansowania w poprzednich latach był pokrywany z nadwyżki 23 mld zł, która pozostała w kasie NFZ po latach COVID-19 ze względu na zmniejszoną wówczas liczbę wykonywanych świadczeń. Środków wystarczyło na dwa lata, co oznacza, że stoimy przed dylematem **skąd trwale pozyskać zwiększone środki na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce?***

*Wydatki publiczne na zdrowie w latach 2016-2024 wzrosły ponad 2-krotnie w ujęciu nominalnym, co wynika z wielu czynników, z których głównymi są: zobowiązanie ustawowe dotyczące minimalnych nakładów na ochronę zdrowia (dążących do 7% PKB z okresu N minus 2), cykliczne nowelizacje ustawy o wynagrodzeniach w ochronie zdrowia i wzrost płac w sektorze ochrony zdrowia, starzenie się ludności oraz zwiększone w związku z tym zapotrzebowanie na medycynę naprawczą, finansowanie nowych technologii medycznych i realizacja niezaspokojonych potrzeb medycznych (próba likwidacji kolejek przez brak limitów niektórych świadczeń). Prognozy dotyczące kolejnych lat wskazują, że należy spodziewać się wzrostu wydatków na publiczną opiekę zdrowotną w Polsce.*

**Celem raportu jest wskazanie możliwych strategii państwa w odniesieniu do finansowania publicznej opieki zdrowotnej, rozumianej jako świadczenia opłacane dziś z budżetu NFZ.** Ten strumień nie jest jedynym mechanizmem finansowania świadczeń zdrowotnych. Warto wskazać świadczenia w ramach programów polityki zdrowotnej realizowane przez JST, świadczenia finansowane przez ZUS, coraz prężniej rozwijające się prywatne ubezpieczenia zdrowotne, czy też wreszcie prywatne wydatki gospodarstw domowych na zdrowie wpływające bezpośrednio do świadczeniodawców. Raport ma być głosem w dyskusji nad przyszłością opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a wydatki NFZ stanowią główny strumień tych wydatków. Jest próbą oceny obietnicy państwa w zakresie pewnego utrzymania sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia wyrażonej zapisem ustawowym.

*Szukanie trwałej strategii finansowania zwiększających się wydatków na zdrowie nie stoi w sprzeczności z koniecznością podejmowania działań na rzecz optymalizacji sposobu wydatkowania środków – w tym zwiększenia skuteczności działań profilaktycznych, szybszego diagnozowania pacjenta i przyspieszenia momentu rozpoczęcia leczenia, realizacji opieki zdrowotnej na jak najniższym poziomie piramidy świadczeń, a także optymalizacji sieci placówek utrzymujących całodobową dostępność. Działania te są konieczne, choć wydaje się, że nie zdołają obniżyć nominalnego poziomu wydatków na zdrowie, a jedynie zmniejszyć dynamikę ich wzrostu.*

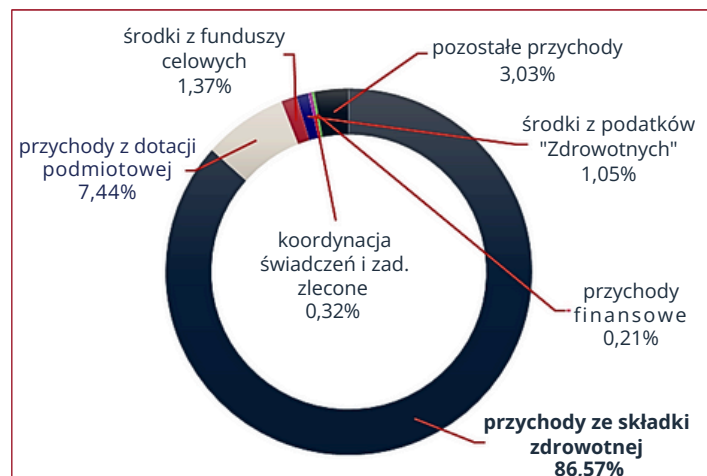
# DEFICYT W BUDŻECIE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

## BUDŻET NFZ W 2024 ROKU

Łączne przychody NFZ w 2024 r. [2] wyniosły **182,7 mld zł**, w tym:

1	przychody ze składki zdrowotnej	157,9
2	przychody z dotacji podmiotowej	13,6
3	środki z funduszy celowych	2,5
4	środki z podatków „od grzechów zdrowotnych”	1,9
5	koordynacja świadczeń i zad. zlecone	0,6
6	przychody finansowe	0,4
7	pozostałe przychody (w tym rozliczenie funduszu zapasowego)	5,5

**Wykres 1.**  
Struktura przychodów NFZ w 2024 r.



Źródło: [1]

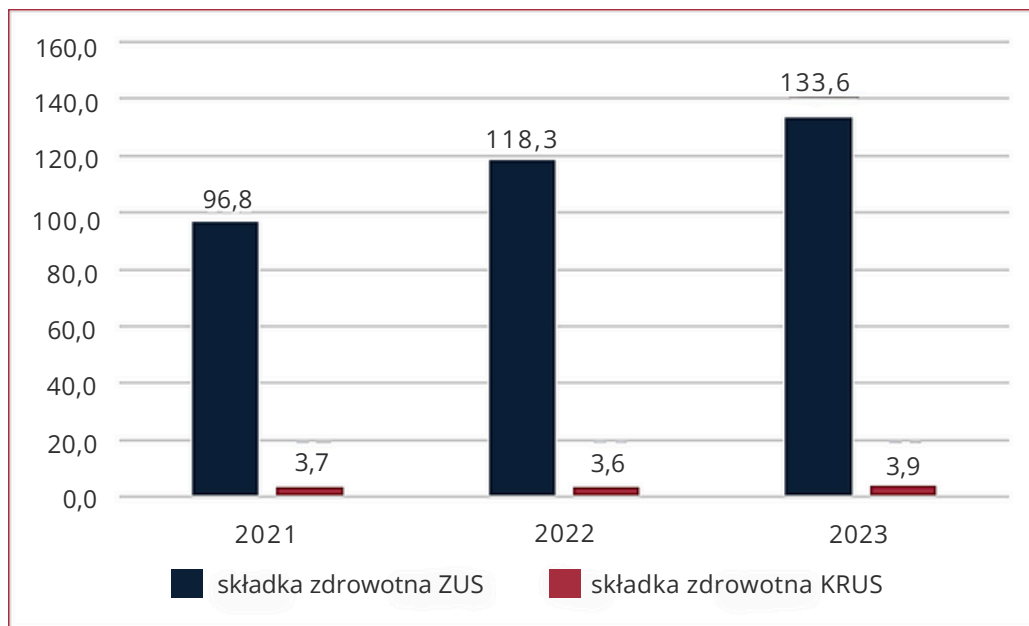
## I. SKŁADKA ZDROWOTNA

Strukturalnie najwyższą pozycję budżetu NFZ stanowi składka zdrowotna (ponad 86% wszystkich przychodów). Jej wartość podstawowa wynikająca z ewidencji płatników składek wyniosła w 2024 r. 158,8 mld zł, w tym odpowiednio:

■	od ZUS	154,55 mld zł (97,35%)
■	od KRUS	4,25 mld zł (2,65%)

Jest to kwota o **15% wyższa od wartości w 2023 r.** Wpływy ze składki zdrowotnej w latach poprzednich rosły dynamicznie w odniesieniu do środków przekazywanych przez ZUS. Wartość składek z KRUS, płaconych przez rolników i ich domowników, pozostawała właściwie bez większych zmian.

**Wykres 2.** Dynamika roczna zmian wpływów ze składki zdrowotnej do NFZ (w %)



Źródło: [1]

Środki pochodzące ze składki zdrowotnej są pomniejszane o następujące pozycje:

- koszty poboru składek (314 mln zł) – potrącane przez ZUS i KRUS jako wynagrodzenie za czynności związane z ewidencją płatników i poborem składki,
- odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT, 82 mln zł) – przekazywany na realizację zadań AOTMiT związanych z taryfikacją świadczeń,
- odpis dla Agencji Badań Medycznych (ABM, 460 mln zł) – na realizację zadań ABM związanych z prowadzeniem badań naukowych, klinicznych i dofinansowanie projektów badawczych,
- odpis na Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych (FKZM, 31 mln zł) – na działalność Funduszu i wypłatę świadczeń kompensacyjnych.

## II. DOTACJA PODMIOTOWA I INNE WPŁYWY

Dotacja podmiotowa dla NFZ stanowi uzupełnienie źródeł finansowania świadczeń gwarantowanych w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce w relacji do PKB. Wartość odnosi się do okresu n-2, czyli 2 lat poprzedzających okres kalkulacji. W 2024 r. poziom publicznych wydatków na zdrowie – zgodnie z zapisami art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej [3] – powinien wynieść 6,20% PKB z 2022 r., czyli 190 mld zł. Wartość ta przekroczyła poziom wpływów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W 2024 r. wartość dotacji to 13,6 mld zł (ok. 7,5% łącznych przychodów NFZ). Środki są przekazywane bezpośrednio z budżetu państwa i pochodzą z innych źródeł niż składka zdrowotna (m.in. z podatków dochodowych czy akcyzy).

**Tabela 1.** Dotacje z budżetu państwa dla NFZ i inne źródła centralne pozaskładkowe w latach poprzednich (wartość w mld zł)

WYSZCZEGÓLNIENIE	2021	2022	2023
dotacja podmiotowa (uzupełnienie finansowania do progu procentowego PKB)	2,5	0,7	0,2
dotacja na ratownictwo medyczne	2,4	3,1	-
dotacja na koszty refundacji leków	1,1	0,2	-
fundusze celowe (Fundusz Medyczny, Fundusz Solidarnościowy)	-	1,5	2,5
podatki „od grzechów zdrowotnych”	-	2,1	2,1
<b>RAZEM</b>	<b>6,0</b>	<b>7,6</b>	<b>4,8</b>

Źródło: [1]

Poza składką zdrowotną i dotacjami z budżetu państwa budżet NFZ zasilają: fundusze celowe i podatki “zdrowotne”.

**Fundusz Medyczny** – państwowy fundusz celowy ustanowiony ustawą [4], którego celem jest finansowanie działań w zakresie zdrowia poprzez zapewnienie dodatkowego finansowania inwestycji, profilaktyki, poprawy jakości i dostępności świadczeń; dysponentem tego funduszu jest Minister Zdrowia, a źródłem zasilającym – opłaty za wydanie opinii o celowości inwestycji [5] oraz budżet państwa,

**Fundusz Solidarnościowy** - państwowy fundusz celowy ustanowiony ustawą [6], którego celem jest finansowanie działań w zakresie wsparcia społecznego, zawodowego, zdrowotnego oraz finansowego osób z niepełnosprawnością; dysponentem środków z tego funduszu jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego lub NFZ, w zależności od tego, jakie programy i zadania Rada Ministrów zatwierdziła do realizacji, a źródłem zasilającym – obowiązkowa składka pobierana na ten cel przez ZUS, danina solidarnościowa z podatku dochodowego od osób fizycznych oraz dotacja z budżetu państwa,

**Opłata od środków spożywczych (nazywana „podatkiem cukrowym”)** – wprowadzona w 2021 roku nowelizacją ustawy o zdrowiu publicznym [7], która obciąża producentów napojów z dodatkiem cukrów i substancji słodzących oraz kofeiny i tauryny; 96,5% wpływów z tej opłaty to ustawowy przychód NFZ,

**Opłata za zezwolenie na sprzedaż alkoholu w opakowaniach do 300 ml (nazywana „podatkiem od małpek”)** – wprowadzona w 2021 roku nowelizacją



ustawy o wychowaniu w trzeźwości [8], którą opłacają przedsiębiorcy prowadzący handel alkoholem wysokoprocentowym w opakowaniach o objętości do 300 ml; 96,5% wpływów z tej opłaty to ustawowy przychód NFZ,

NFZ wykazuje w budżecie również inne kategorie przychodów:

**Przychody z tytułu koordynacji świadczeń** – środki pochodzące z państw UE za leczenie w Polsce pacjentów będących obywatelami krajów członkowskich, którzy uzyskali w Polsce nieodpłatne świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie ważnej karty EKUZ,

**Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych** – środki z budżetu państwa będące w dyspozycji Ministra Zdrowia przekazywane do NFZ w sytuacji zlecenia Funduszowi realizacji dodatkowych zadań w zakresie ochrony zdrowia, np. programów zdrowotnych realizowanych na terenie całego kraju,

**Przychody finansowe** – stanowią je przede wszystkim odsetki od krótkoterminowych depozytów środków finansowych NFZ na rachunkach bankowych w ramach tzw. konsolidacji środków publicznych,

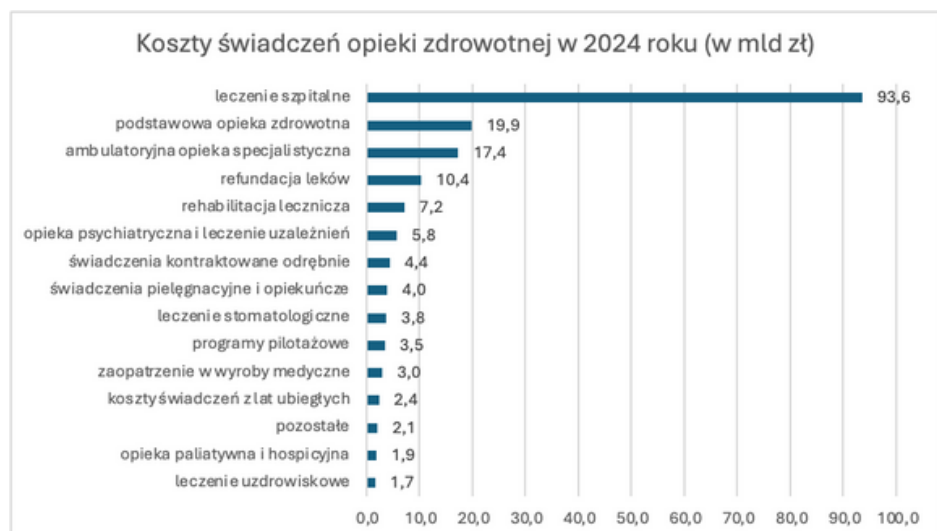
**Pozostałe przychody** – obejmujące źródła inne niż powyższe, np. pochodzące ze zbycia zbędnego majątku, otrzymane kary i odszkodowania, inne fundusze i programy celowe (np. w latach ubiegłych były to Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 czy Fundusz Pomocy na finansowanie świadczeń udzielanych obywatelom Ukrainy).

### III. STRUKTURA WYDATKÓW

Łączne koszty realizacji zadań ustawowych NFZ w 2024 roku wyniosły **189,9 mld zł**, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej **181,1 mld zł**.

**Wykres 3.**  
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 r.

Źródło:  
[1]



Strukturalnie najwyższą pozycję kosztów świadczeń stanowi **leczenie szpitalne (51,68%)**, kolejne pozycje kosztowe to **podstawowa opieka zdrowotna (10,97%)**, **ambulatoryjna opieka specjalistyczna (9,61%)** i **refundacja leków (5,77%)**.

**Tabela 2.** Struktura wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej w latach poprzednich (w mld zł)

WYSZCZEGÓLNIENIE	2021	2022	2023
Leczenie szpitalne	64,2	67,6	81,5
Podstawowa opieka zdrowotna	17,8	16,6	18,1
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	8,2	12,1	15,7
Refundacja leków	8,9	9,4	10,1

Źródło: [1]

**Plan finansowy NFZ na 2024 rok w ostatecznej wersji tj. po zmianie z dnia 13 grudnia 2024 roku, wykazuje stratę w wysokości -9,4 mld zł.**

Co do zasady plan finansowy powinien być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów [9], jednak – jeśli w trakcie jego realizacji zachodzi potrzeba zmiany – to możliwe jest zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i innych zadań ustawowych NFZ [10]. Łączna wysokość zwiększenia tych kosztów nie może być większa niż wysokość funduszu zapasowego [11]. Zgodnie z zasadami gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia wynik finansowy NFZ – zarówno zysk jak i strata netto – rozliczają się każdorazowo z funduszem zapasowym, nie przewidziano innej możliwości podziału zysku lub pokrycia straty NFZ. Na koniec 2023 r. wartość funduszu zapasowego wynosiła 25,9 mld zł i została przekazana na pokrycie straty za 2023 rok w kwocie 16,4 mld zł. Do „dyspozycji” na pokrycie dodatkowych kosztów świadczeń w 2024 roku pozostało 9,6 mld zł. Praktycznie cała ta kwota została przekazana na pokrycie dodatkowych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 roku.

## PROGNOZA UBEZPIECZENIOWEJ LUKI FINANSOWEJ NA LATA 2025-2027

Projekt planu finansowego NFZ na 2025 rok zakłada następujące pozycje [12]:

1	Przychody ze składki zdrowotnej (po zmniejszeniu o koszty poboru składek oraz ustawowe odpisy na AOTMiT, ABM i FKZM)	172,2 mld zł
2	Środki na świadczenia w ramach koordynacji	0,8 mld zł
3	Dotacja podmiotowa	18,3 mld zł
4	Podatki „od grzechów zdrowotnych”	1,8 mld zł
5	Fundusze celowe	2,7 mld zł
<b>RAZEM PRZYCHODY DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ:</b>		<b>195,8 mld zł</b>
1	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	183,6 mld zł
2	Koszty pozostałych zadań NFZ	9,7 mld zł
3	Rezerwa obowiązkowa w budżecie NFZ	1,7 mld zł
<b>RAZEM KOSZTY REALIZACJI ZADAŃ</b>		<b>195,0 mld zł</b>




W stosunku do 2024 r. rośnie udział dotacji podmiotowej z budżetu państwa, która w 2025 r. ma stanowić 9,3% budżetu NFZ (7,44% w 2024 r.) Większa zależność od wpływów budżetowych wynika z rosnącego poziomu publicznych wydatków na zdrowie, które w 2027 r. mają stanowić 7% PKB z okresu n-2, czyli 278 mld zł.

**Tabela 3.** Prognoza wartości PKB na lata 2024-2027

Wskaźnik	Jednostka	2023	2024	2025	2026	2027
Dynamika PKB	%	100,2	103,1	103,9	103,5	103,1
PKB w cenach bieżących	mld zł	3 410,1	3 641,0	3 973,1	4 239,0	4 482,7
Nakłady na ochronę zdrowia w relacji do PKB (art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej):						
% PKB na ochronę zdrowia (N-2)	%	6,00	6,20	6,50	6,80	7,00
Nakłady na ochronę zdrowia	mld zł	x	x	221,66	247,59	278,12
<b>Przyrost finansowania</b>	<b>%</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>111,70</b>	<b>112,33</b>



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [13].

Równocześnie z prognozowanym wzrostem wydatków, w najbliższych latach można oczekiwać spadku wpływów ze składek ubezpieczeniowych dla osób prowadzących działalność gospodarczą. Skutki procedowanej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej związanej ze zmianami wysokości tych składek ustalono, na podstawie OSR dla projektu oraz informacji Ministerstwa Zdrowia, na następującym poziomie [14, 15]:

-  w 2025 roku zmniejszenie o 1,5 mld zł,
-  w 2026 roku zmniejszenie o 5,8 mld zł,
-  w 2027 roku zmniejszenie o 6,0 mld zł.

## LUKA FINANSOWA W OCHRONIE ZDROWIA

**Ubezpieczeniowa luka finansowa** jest w niniejszym raporcie definiowana jako różnica między:

-  wpływami ze składki zdrowotnej i z podatków celowych w części odpowiadającej realizacji zadań ustawowych NFZ a
-  określonym w ustawie pułapem finansowania wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB z okresu N minus 2 przypadających do realizacji przez NFZ.

**Tabela 4.** Szacowana luka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia (w mld zł)

WYSZCZEGÓLNIENIE		2025	2026	2027	
<b>WPŁYWY:</b>					
A	składka zdrowotna i podatki celowe (w części odpowiadającej realizacji zadań NFZ)	174,8	186,2	198,6	
B	korekta o skutki zmian legislacyjnych w zasadach poboru składki zdrowotnej	-1,5	-5,8	-6,0	
<b>ŁĄCZNIE</b>		<b>173,3</b>	<b>180,4</b>	<b>192,6</b>	
<b>WYDATKI:</b>					
	poziom łącznych wydatków na ochronę zdrowia wynikający z kryterium ustawowego (m.in. NFZ i in.)	221,7	247,6	278,1	
<b>w tym C</b>	<b>poziom wydatków pokrywanych przez NFZ [17]</b>	<b>195,0</b>	<b>218,0</b>	<b>244,7</b>	
<b>UBEZPIECZENIOWA LUKA FINANSOWA = A- B -C</b>		<b>-21,7</b>	<b>-37,6</b>	<b>-52,1</b>	<b>-111,4</b>

Źródło: Opracowanie własne.

Obejmuje ona wpływy ze składki zdrowotnej i podatków celowych, po zmniejszeniu o koszty poboru składek oraz ustawowe odpisy na AOTMiT, ABM i FKZM. Po stronie wydatków uwzględnia natomiast tylko te związane z realizacją zadań NFZ, z wyłączeniem innych wydatków budżetowych i kosztów. Luka ta wyraża różnicę między aktualnymi środkami dedykowanymi do sfinansowania publicznej opieki zdrowotnej a obietnicą państwa (wyrażoną zapisem ustawowym) w zakresie pewnego utrzymania sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia.

Plan budżetu NFZ na 2025 r. pokazuje zwiększoną zależność od dotacji z budżetu państwa. Szacunki dotyczące wysokości ubezpieczeniowej luki finansowej wskazują, że przy braku innego planu działania, opieka zdrowotna stanie się w znaczącym stopniu zależna od finansowania budżetowego. Dyskusja na temat stopnia finansowania opieki zdrowotnej ze składek ubezpieczeniowych i z budżetu państwa została zainicjowana już w 2024 r. po ogłoszeniu wysokości dotacji, co było poprzedzone szeregiem wspólnych wystąpień Ministra Zdrowia i Ministra Finansów. Ma ona bardziej fundamentalny charakter niż tylko odpowiedź na pytanie „kto płaci” – to bowiem pytanie o filozofię działania systemu ochrony zdrowia.

## BUDŻETOWY CZY UBEZPIECZENIOWY, CZYLI JAKI SYSTEM OCHRONY ZDROWIA BĘDZIEMY MIEĆ W POLSCE?

Tradycyjnie wyróżnia się dwa główne modele finansowania systemów zabezpieczenia społecznego – ubezpieczeniowy i zaopatrzeniowy. Model ubezpieczeniowy bazuje głównie na finansowaniu składkowym i jest często nazywany modelem Bismarcka, po autorze rozwiązań wdrażanych w Niemczech. Z kolei w przypadku modelu zaopatrzeniowego źródłem finansowania jest podatek. Klasycznie taki model dedykowany systemowi ochrony zdrowia był nazywany modelem Beveridge’a od nazwiska osoby wprowadzającej to rozwiązanie w Wielkiej Brytanii. Na tym etapie warto podkreślić dwie kwestie. Po pierwsze, większość rozwiązań funkcjonująca współcześnie na świecie stanowi kombinację tych dwóch koncepcji. Po drugie, cechą różnicującą oba podejścia nie jest tylko mechanizm źródła finansowania systemu, ale również charakter uprawnienia do świadczenia. W przypadku systemu ubezpieczeniowego źródłem finansowania jest składka i świadczenia otrzymują osoby ubezpieczone (tj. za które została opłaconą składka). Natomiast przy finansowaniu podatkowym prawo do świadczeń mają wszyscy obywatele (w przypadku krajów UE – rezydenci).

Wprowadzone na początku XXI w. w Polsce (za rządów Jerzego Buzka) reformy zakładały wprowadzenie ubezpieczeniowego modelu w systemie zabezpieczenia społecznego i dotyczyły systemu emerytalnego i zdrowotnego. Sposób naliczania składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne różnił się od momentu wprowadzenia. Składka na ubezpieczenie zdrowotne była (początkowo w całości, a następnie w znaczącej części) odliczana od zaliczki na podatek dochodowy, co sprawiało, że przyjmowała ona znamiona podatku celowego. Dla porównania, składka na ubezpieczenie społeczne zmniejsza podstawę opodatkowania, stanowiąc swego rodzaju „koszt uzyskania przychodu”.

Ogólna idea naliczania tego obciążenia nie zmieniła się w momencie wprowadzenia w 2022 r. Polskiego Ładu, choć oczywiście nominalne obciążenie poszczególnych grup pracujących uległy zmianom. Najgłośniej w mediach podnoszone było wykluczenie możliwości odliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne od zaliczki na podatek dochodowy dla osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą.

Analogiczna zmiana dotyczyła pracowników, ale wpływ tego działania został częściowo zniwelowany przez jednoczesne obniżenie stawki podatku PIT w I progu podatkowym, wzrost kwoty wolnej od podatku, wprowadzenie ulgi dla klasy średniej czy podniesienie drugiego progu podatkowego. Działania takie były uzasadniane „pełną realizacją ubezpieczeniowego modelu” systemu ochrony zdrowia w Polsce. Obecne rozwiązania podatkowe różnicują poziom obciążenia w zależności od sposobu naliczania składki (np. umowa o pracę lub jednoosobowa działalność gospodarcza rozliczana na zasadach ogólnych).

**Tabela 5.** Sposób naliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne dla wybranych grup

GRUPA OBYWATELI	SPOSÓB NALICZANIA SKŁADKI
Pracownicy	9% podstawy (wynagrodzenie brutto minus składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez pracownika)
Dzieci	brak składki
Studenci	brak składki, chyba że pracują na umowę o pracę
Emeryci	9% od wysokości emerytury
Księża	9% od minimalnego wynagrodzenia
Rolnicy	1) w gosp. rolnych – 1 zł/ha użytków rolnych, 2) w działach specjalnych produkcji rolnej – 9% od zadeklarowanej podstawy wymiaru składki
<b>JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA (JDG):</b>	
JDG ryczałt	9% zryczałtowanej podstawy bazującej na wartości przeciętnego wynagrodzenia
JDG liniowy	4,9% dochodu z działalności gospodarczej
JDG karta podatkowa	9% od minimalnego wynagrodzenia
JDG zasady ogólne	9% dochodu z działalności gospodarczej

Źródło: Opracowanie własne.

Całkowita liczba odprowadzających składki do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na koniec 2023 r. wyniosła 25,2 mln osób i nie zmieniła się istotnie w przeciągu ostatnich 5 lat. Dodatkowo 1 mln osób odprowadza składki do KRUS. Łącznie stanowi to ok. 72% społeczeństwa. Wśród odprowadzających składki do ZUS, 8,9 mln osób stanowią emeryci i renciści, a 16,2 mln pozostałe osoby ubezpieczone.

Co ciekawe, całkowita liczba tytułów, dla których zostały odprowadzone składki do ZUS wynosi 29,7 mln, co oznacza, że średnio co 5-ty ubezpieczony odprowadza składki z dwóch tytułów – na przykład umowy o pracę i umowy zlecenia. Całkowita kwota przypisu składek odprowadzonych przez wszystkich ubezpieczonych w ZUS wyniosła w 2023 r. 137,6 mld zł.

**Tabela 6.** Składki na ubezpieczenie zdrowotne odprowadzane do ZUS i KRUS z wybranych grup tytułów

	Liczba tytułów w mln	Kwota przypisu składek w mld zł	Średnia wysokość składki miesięcznej w zł
<b>Ogółem, w tym:</b>	<b>29,7</b>	<b>137,6</b>	<b>386,4</b>
Pracownicy	12,6	70,0	464,6
Bezrobotni niepodlegający ubezpieczeniu z innego tytułu	0,2	0,2	104,5
Osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia	2,9	4,4	127,7
Osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą	2,7	23,7	728,4
Służby mundurowe	0,3	2,3	596,1
Osoby przebywające na urlopie wychowawczym niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu	0,1	0,1	43,7
Osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społ. lub pokrewne świadczenia	0,2	0,4	120,3
Osoby pobierające emeryturę lub rentę	8,9	33,3	312,7
Członkowie rad nadzorczych podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu	0,1	0,1	207,8
Rolnicy	1,0	3,9	325,0

Źródło: [18]



Nominalnie najwyższe składki odprowadzane są z tytułu umów o pracę (70 mld zł), a kolejne najwyższe wartości odprowadzane są za osoby pobierające emeryturę i rentę (33,3 mld zł) oraz osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą (23,7 mld zł). Średnia miesięczna wysokość składki płaconej przez osoby ubezpieczone w 2023 r. kształtowała się na poziomie 386 zł, przy czym najwyższa wartość płacona była przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą (728 zł). Średnia składka z tytułu umów o pracę wyniosła w 2023 r. 464,6 zł, a średnia składka emerytów i rencistów 312,7 zł. Średnia składka osób ubezpieczonych w ramach KRUS kształtuje się na poziomie składki odprowadzanej przez emerytów.



## ŹRÓDŁO 1

### WZROST I WYRÓWNANIE STOPY SKŁADKI ZDROWOTNEJ

Wysokość stopy składki na ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników oraz przedsiębiorców rozliczających się na zasadach ogólnych od 2007 r. pozostaje bez zmian i wynosi 9% podstawy wymiaru (czyli wynagrodzenia brutto pomniejszonego o składki na ubezpieczenie społeczne opłacane przez pracownika). W projekcie planu NFZ na 2025 r. oszacowano, że taki poziom składek pozwoli na pokrycie 87,5% wydatków. W kolejnych latach należy spodziewać się zmniejszenia tego odsetka.





Aby utrzymać system samofinansujący się ze składek zdrowotnych, można byłoby zwiększyć wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne – dla wszystkich obywateli lub jedynie dla niektórych grup.

Najpoważniejszym w nowoczesnej historii Polski projektem zmian składek zdrowotnych był ten przyjęty w 2003 r. ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 Nr 45 poz. 391). Wprowadzono wówczas stopniowy wzrost składki o 0,25 p.p. rocznie, z poziomu 7,75% w 2002 r. do 9% w 2007 r. Ustawa z 2003 r. była efektem wieloletniej gorącej dyskusji i ścierania się na arenie politycznej zwolenników rozwiązań bardziej liberalnych i socjaldemokratycznych. Podobnej dyskusji należałoby spodziewać się również obecnie. Można oczekiwać, że będzie dotyczyć dwóch podstawowych wątków:

- niższego obciążenia obowiązkiem składkowym niektórych grup, na przykład rolników,
- zasadności zwiększonego finansowania systemu ocenianego jako niedziałający w pełni efektywnie.

Drugi z argumentów dotyczy ekwiwalentności składki. W przypadku składki na ubezpieczenie zdrowotne jej wysokość nie jest powiązana bowiem z zakresem uprawnienia do świadczenia jak ma miejsce w przypadku np. składki emerytalnej, dla której wyższa składka oznacza wyższą przyszłą emeryturę (tłumacząc to zasadą solidaryzmu społecznego). Niemniej jednak podniesienie tych trudnych wątków przy okazji dyskusji o zmianach składki może być dobrą okazją do wdrożenia bardziej rewolucyjnych zmian, przed którymi polski system ochrony zdrowia nie ucieknie. Wymaga odwagi politycznej, bo zarówno zwiększanie obciążeń składkowych jak i działania restrukturyzacyjne (np. reorganizacja placówek medycznych) wywołają społeczny opór.

Zakładając powtórzenie działań sprzed niemal 20 lat przyjęto stopniowy wzrost składek zdrowotnych. Założono, że równoległe zrealizowane zostaną następujące działania:

-  wzrost składki dla pracowników o 0,25 p.p. rocznie przez cztery kolejne lata, do poziomu 10%-owej składki,
-  wzrost składki dla pracujących na własny rachunek nominalnie odpowiadający wzrostowi składki dla pracowników (proporcjonalne obciążenie wszystkich pracujących w gospodarce narodowej),
-  wymuszenie zmian w objęciu preferencyjnym ubezpieczeniem zdrowotnym rolników (w ramach Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, KRUS) – polegające na ograniczeniu wyłącznie do osób utrzymujących się z pracy w gospodarstwie rolnym,
-  wzrost składki zdrowotnej dla emerytów i rencistów o 0,25 p.p. rocznie przez cztery kolejne lata, do poziomu 10%-owej składki, opłacany ze środków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

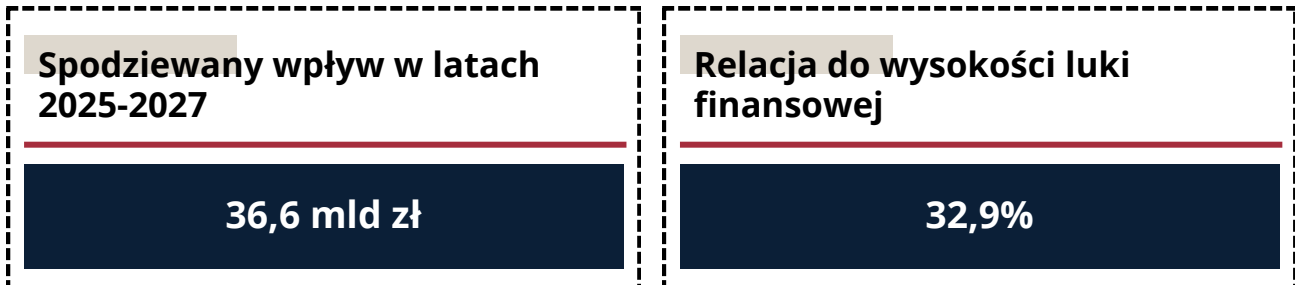
**Tabela 7.** Dodatkowe wpływy z tytułu wzrostu i wyrównania składki na ubezpieczenie zdrowotne (w mld zł)

	2025	2026	2027	2028
Pracownicy	2,7	5,8	9,3	13,2
Pracujący na własny rachunek (w tym osoby wyłączone z KRUS)	2,6	3,7	5,0	6,4
Emeryci i renciści	1,1	2,4	4,0	5,8
<b>ŁĄCZNY DODATKOWY PRZYCHÓD ROCZNIE</b>	<b>6,4</b>	<b>11,9</b>	<b>18,3</b>	<b>25,5</b>

Przyjęto liczbę pracowników i pracujących na własny rachunek oraz liczbę emerytów i rencistów na bazie danych ZUS. Założono wzrost liczby emerytów do 9 mln do 2030 r. i zmniejszenie liczby pracowników o 0,5 mln. Liczba pracujących na własny rachunek zwiększy się o 0,5 mln osób obecnie objętych ubezpieczeniem w ramach KRUS. Założono roczny wzrost średnich wynagrodzeń w gospodarce o 8% w skali roku, a emerytur o 6% w skali roku (średnia z lat 2019-2022). Przyjęto, że składki pracujących na własny rachunek będą proporcjonalne do składek pracowników. Wyniki porównano do scenariusza zakładającego takie same zmiany demograficzne i dotyczące wzrostów wynagrodzeń i emerytur, bez zmian dotyczących wysokości stopy stawki i bez zmian dotyczących objęcia KRUS-em. Prognozę przedstawiono w wartościach nominalnych.

Źródło: opracowanie własne

Zwiększenie stopy składki przez cztery kolejne lata może docelowo przynieść do budżetu NFZ środki w wysokości 25,5 mld zł rocznie. Łącznie w latach 2025-2027 można oczekiwać dodatkowych środków z tytułu wzrostu składek na poziomie 36,6 mld zł, co pozwoliłoby na pokrycie ubezpieczeniowej luki finansowej w 32,9%.



7,5 mld zł z tej kwoty to jednak środki płynące z ZUS, co oznacza przesunięcie deficytu z ochrony zdrowia do ZUS. To niestety oznacza zasypanie jednej luki inną.

Ponadto, wzrost składki w największym stopniu finansowany będzie ze środków wnoszonych przez osoby pracujące na umowę o pracę, a obciążeni będą sami pracownicy. Zwiększenie wysokości składki ponoszanej przez pracowników uplasuje Polskę w czołówce krajów europejskich pod tym względem.

## PRACODAWCA CZY PRACOWNIK, CZYLI KTO POWINIEN PŁACIĆ SKŁADKĘ?

W systemie ubezpieczeniowym wyróżnia się płatnika składek (ubezpieczającego) od ubezpieczonego (osoby objętej ochroną) oraz od uposażonego/uprawnionego do świadczeń. Dobrym przykładem z polskiego systemu zabezpieczenia społecznego jest ubezpieczenie wypadkowe, gdzie w całości składkę za pracownika płaci pracodawca (jest ubezpieczającym), a to pracownik jest objęty ochroną ubezpieczeniową (ubezpieczonym) oraz uprawnionym do świadczeń. Składka emerytalna dzielona jest na część opłacaną przez pracownika i przez pracodawcę. W przypadku systemu ochrony zdrowia w Polsce całą składką obciążony jest pracownik. Jest to ewenement na rynku europejskim.

**Tabela 8.** Podział składki na ubezpieczenie zdrowotne między pracownika a pracodawcę

KRAJ	WYSOKOŚĆ SKŁADKI	SPOSÓB PODZIAŁU
Niemcy	14,6%	Połowa (7,3%) pokrywana przez pracownika, połowa przez pracodawcę
Austria	7,65%	3,87% pokrywane przez pracownika, 3,78% przez pracodawcę
Francja	13%	Całość pokrywana przez pracodawcę
Bułgaria	8%	3,2% pokrywane przez pracownika, 4,8% przez pracodawcę
Grecja	6,45%	2,15% pokrywane przez pracownika, 4,3% przez pracodawcę
Chorwacja	16,5%	Całość pokrywana przez pracodawcę
Holandia	6,57% + 1752 EUR	Składka %-owa pokrywana przez pracodawcę, dodatkowa płatność przez pracownika
Czechy	13,5%	4,5% pokrywane przez pracownika, 9% przez pracodawcę.
Słowacja	15%	4% pokrywane przez pracownika, 11% przez pracodawcę
Węgry	8,4%	7% pokrywane przez pracownika, 1,4% przez pracodawcę

Źródło: [19]

Najwyższe składki na ubezpieczenie zdrowotne w Unii Europejskiej płacone są w Chorwacji, Słowacji i Niemczech. Jednocześnie we wszystkich tych krajach istotną część (a nawet całość) składki opłaca pracodawca.



## ŹRÓDŁO 2

### SKŁADKA ZDROWOTNA WSPÓŁPŁACANA PRZEZ PRACODAWCÓW

Dyskusja o tym, by część składki była opłacana przez pracodawców, była prowadzona już na początku lat 90-tych XX w. Wprowadzenie takiej składki zwiększy jednak koszty pracy w Polsce, co będzie miało bezpośrednie przełożenie na wysokość dochodu i w konsekwencji zmniejszenie wpływów budżetowych z tytułu CIT. Konsekwencją może być również zmniejszenie atrakcyjności gospodarki Polski dla przedsiębiorstw i spowolnienie wzrostu gospodarczego. Całkowite koszty składek opłacanych przez pracodawców są aktualnie w Polsce niższe niż w Czechach czy w Słowacji, choć wyższe niż na Węgrzech.

**Tabela 9.** Koszty obciążeń ponoszone przez pracodawcę w krajach grupy wyszehradzkiej

KRAJ	OBCIĄŻENIA FINANSOWANE PRZEZ PRACODAWCÓW	WYSOKOŚĆ CIT
Polska	19,38 - 22,04%	19%
Czechy	33,8%	19%
Słowacja	31,8%	21%
Węgry	13%	9%

Źródło: [19]

Wprowadzenie dodatkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 2,5% wynagrodzenia brutto opłacanej przez pracodawców spowoduje wzrost składki do 10,27% wynagrodzenia brutto (płacona obecnie składka 9% podstawy wymiaru stanowi ok. 7,77% wynagrodzenia brutto). Taka decyzja przybliży ją do poziomu składek płaconych w krajach regionu. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że przeniesienie obciążenia na pracodawców może spowodować impuls do zmiany formy zaangażowania pracowników i wzrost liczby osób samozatrudnionych. Aby temu zapobiec, należałoby wprowadzić system naliczania obciążeń zniechęcających do podejmowania działań tego rodzaju.

**Tabela 10.** Dodatkowe wpływy z tytułu wprowadzenia składki zdrowotnej opłacanej przez pracodawców w podziale na skutek dla wpływów podatkowych i pracodawców (w mld zł)

	2025	2026	2027	2028	2029
<b>Dodatkowe wpływy ze składki zdrowotnej</b>	<b>6,3</b>	<b>13,6</b>	<b>22,0</b>	<b>31,7</b>	<b>42,8</b>
Zmniejszenie wpływów z tytułu CIT	1,2	2,6	4,2	6,0	8,1
Faktyczny wzrost obciążenia pracodawców	5,1	11,0	17,8	25,7	34,7

Przyjęto liczbę pracowników na bazie danych ZUS. Założono utrzymanie niezmienionej liczby pracowników. Założenie wynika ze stabilnego wzrostu zatrudnienia w ostatnich latach. Przyjęto, że w kolejnych latach liczba osób aktywnych zawodowo nie powinna maleć z uwagi na liczbę imigrantów w wieku produkcyjnym. Ponadto obserwowane jest wydłużanie aktywności osób po osiągnięciu wieku emerytalnego i zwiększanie aktywności zawodowej innych osób. Założono roczny wzrost średnich wynagrodzeń o 8% w skali roku (średnia z lat 2019-2022). Stawkę podatku CIT przyjęto na poziomie 19%. Przyjęto, że wprowadzone rozwiązanie nie spowoduje zmian w strukturze zatrudnienia pracowników, a wzrost kosztów pracy zmniejszy wpływ do budżetu państwa z tytułu podatku dochodowego od osób prywatnych.

Źródło: opracowanie własne

W tabeli założono stopniowe wdrażanie składki przez 5 kolejnych lat, o 0,5 p.p. w ciągu roku. Pełne konsekwencje wprowadzonej zmiany są widoczne w ostatnim roku analizy, kiedy można spodziewać się dodatkowych rocznych wpływów do NFZ na poziomie 42,8 mld zł. Szacowany wpływ w latach 2025-2027 wyniesie łącznie 41,9 mld zł.

<b>Spodziewany wpływ w latach 2025-2027</b>	<b>Relacja do wysokości luki finansowej</b>
<b>41,9 mld zł</b>	<b>37,6%</b>

Wprowadzenie tych zmian spowoduje, że opieka zdrowotna w 25% będzie finansowana ze składek pracodawcy, a w 75% ze składek pracowników. Struktura jest nadal odbiegająca od rozwiązań stosowanych w większości krajów europejskich, natomiast pozwala na zbliżenie rozwiązań, w których pracodawca partycypuje w kosztach ubezpieczenia zdrowotnego.

Konsekwencją wdrożenia dodatkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne będą zmniejszone wpływy z tytułu CIT. W pierwszym roku pełnego wdrożenia składki spadek wpływów jest szacowany na 7,9 mld zł. Dla porównania, całkowite wpływy z CIT w 2024 r. wyniosą ok. 55,5 mld zł [20]. Tak duży spadek może oznaczać pogłębienie deficytu budżetowego, z którym Polska mierzy się już obecnie. Z całą pewnością będzie to argument istotny dla rządu mającego zdecydować o wdrożeniu tego rozwiązania.

## PRACOWNIK CZY EMERYT, CZYLI ILE BĘDZIEMY PRACOWAĆ?

Prognozy GUS wskazują na zmniejszającą się liczbę osób pracujących i rosnącą liczbę emerytów. To powoduje, że na wzrost wpływów NFZ w coraz większym stopniu składają się środki przekazywane z ZUS. Jak wynika z szacunków, udział środków płaconych na ubezpieczenie zdrowotne emerytów i rencistów wzrośnie z 25% w 2025 r. do 30% w 2028 r. Jednym z działań wspierających zmianę proporcji osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym jest wydłużenie wieku emerytalnego.

### ŹRÓDŁO 3

## WYDŁUŻENIE I WYRÓWNANIE WIEKU EMERYTALNEGO

W 2023 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 40 osób w wieku poprodukcyjnym. Prognozy na 2060 r. wskazują istotne zwiększenie tego obciążenia – aż do ponad 70 osób. Aktualnie wiek emerytalny w Polsce wynosi 65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet. Jednocześnie średnia długość życia dla mężczyzn to 74,7 lat, podczas gdy dla kobiet wynosi 82 lata.

Dyskusja nad zrównaniem wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn jest prowadzona od samego początku wprowadzenia reformy systemu emerytalnego. Podnoszone są aspekty nierównego traktowania kobiet i mężczyzn, różnic w poziomie emerytur i oczekiwanej długości życia. Decyzja o podniesieniu wieku emerytalnego została wycofana w 2017 r. przez rząd Prawa i Sprawiedliwości.



**Tabela 11.** Wiek emerytalny w Unii Europejskiej

Kraje UE	Obecny wiek emerytalny (2024): M/K	Przyszły wiek emerytalny: M/K	Powiązanie wieku emerytalnego z oczekiwaną długością życia
Austria	65 / 60 lat 6 m	65 (2033)	-
Belgia	65	67 (2030)	-
Bułgaria	67	-	-
Chorwacja	65 / 63 lat 6 m	65	-
Cypr	65	-	x
Czechy	64 lat 2 m	65 (2030)	-
Dania	67	69 (2035)	x
Estonia	64 lat 9 m	65 (2026)	x
Finlandia	64 lat 6 m - 69	65 (2027)	x
Francja	62 lat 6m	64 (2032)	-
Grecja	67	-	x
Hiszpania	66 lat 6 m	67 (2027)	-
Holandia	67	67 lat 3 m (2028)	x
Irlandia	66 - 70	-	-
Litwa	64 lat 8 m / 64 lat 4 m	65 (2026)	-
Luksemburg	65	-	-
Łotwa	64 lat 9 m	65 (2025)	-
Malta	64	65 (2027)	-
Niemcy	66	67 (2031)	-
Polska	65 / 60	-	-
Portugalia	66 lat 4 m	66 lat 7 m (2025)	x
Rumunia	65 / 62	65 / 63 (2030)	-
Słowacja	63 lat 2 m	64 (2030)	-
Słowenia	65	-	-
Szwecja	63 - 69	64 (2026)	x
Węgry	65	-	-
Włochy	67	-	x

Źródło: [21]

Obecnie w większości krajów Unii Europejskiej wiek emerytalny wynosi 65 lat, w części krajów został podwyższony do 67 lat. W kilku krajach (między innymi na Słowacji), wiek emerytalny jest powiązany elastycznie z oczekiwaną długością życia. W zdecydowanej większości krajów wiek emerytalny kobiet i mężczyzn został zrównany lub wdrożono takie plany na najbliższe lata. Wśród krajów europejskich, Polska ma aktualnie najniższy wiek emerytalny kobiet. W Austrii (mającej do niedawna takie same jak Polska progi emerytalne), do 2033 r. planowane jest zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn na poziomie 65 lat. Analogiczne plany realizuje Chorwacja. Rumunia, jedyny obok Polski kraj utrzymujący różnicę wieku emerytalnego podjął decyzje o ich zbliżeniu (do poziomu 63 lata dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn).

Wzrost przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia można osiągnąć podnosząc wiek emerytalny – po pierwsze zrównując go dla kobiet i mężczyzn na poziomie 65 lat, a po drugie podnosząc go do poziomu 67 lat. Oczywiście działanie takie musiałyby zostać rozłożone w czasie. Poniższe obliczenia przeprowadzono przy założeniu, że zmiana będzie odbywać się stopniowo do 2031 r. Przyjęto, że w pierwszej kolejności w ciągu 5 lat nastąpi wyrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn na poziomie 65 lat, a następnie w ciągu kolejnych 2 lat zostanie zwiększony wiek emerytalny do 67 roku życia.

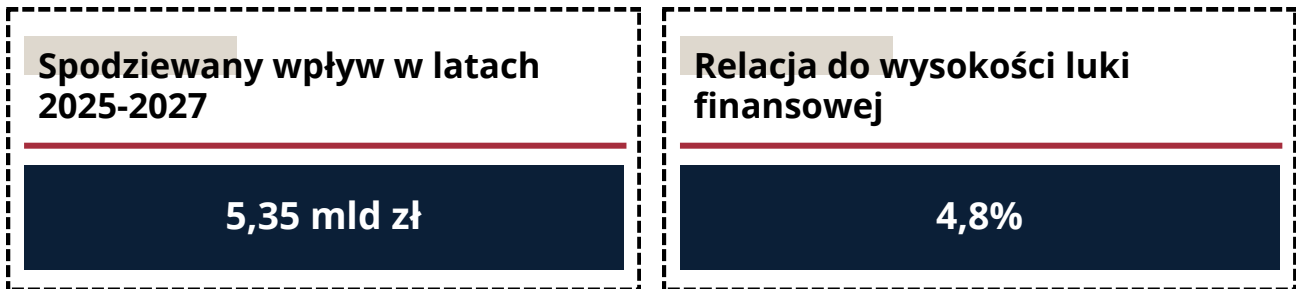
**Tabela 12.** Dodatkowe wpływy z tytułu podniesienia wieku emerytalnego (w mld zł)

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Składka zdrowotna od emerytur kobiet 60-64 lata	0,70	1,49	2,37	3,35	4,44	4,71	4,99
Składka zdrowotna od dochodów z pracy	1,49	3,22	5,21	7,51	10,13	10,94	11,82
<b>Różnica z tytułu zrównania wieku emerytalnego</b>	<b>0,79</b>	<b>1,73</b>	<b>2,84</b>	<b>4,15</b>	<b>5,69</b>	<b>6,24</b>	<b>6,83</b>
Składka zdrowotna od emerytur osób 65-66 lat						2,53	5,37
Składka zdrowotna od dochodów z pracy						4,99	10,78
<b>Różnica z tytułu podniesienia wieku emerytalnego</b>						<b>2,45</b>	<b>5,40</b>

Przyjęto bieżącą strukturę wiekową emerytów i założono równy rozkład liczby emerytek i emerytów w przedziale 60-64 lat oraz 65-66 lat. Średnią emeryturę kobiet i ogółem przyjęto na podstawie danych ZUS. Założono roczny wzrost średnich emerytur o 6% w skali roku i wzrost średnich wynagrodzeń o 8% (średnia z lat 2019-2022).

Źródło: opracowanie własne

Zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn pozwoli na roczne zwiększenie wpływów do budżetu NFZ. Różnica wynika z wyższych składek płaconych przez osoby pracujące w stosunku do emerytów. W pierwszych latach wpływy nie będą spektakularne z uwagi na niewielką liczbę osób objętych reformą. W kolejnych latach wpływy będą wyższe z uwagi na objęcie dłuższym wiekiem produkcyjnym coraz większej części populacji.



W 2029 r. można oczekiwać wpływów na poziomie 5,69 mld zł (w wartościach nominalnych). Docelowo, zakładając wzrost wieku emerytalnego do 67 lat, **w 2031 r. można oczekiwać dodatkowych wpływów do NFZ na poziomie 12,23 mld zł** w stosunku do wpływów, jakie wystąpiłyby w tym roku przy założeniu braku reformy. Jednocześnie taka zmiana pozwoli na zmniejszenie stopnia zależności budżetu NFZ od wpływów z ZUS i zwiększenie udziału składki od osób pracujących.

## SOLIDARNIE, CZYLI WSZYSCY PŁACIMY ZA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ DZIECI?

Bardzo ważnym elementem różnicującym model zaopatrzeniowy i ubezpieczeniowy jest charakter uprawnienia do świadczenia. W przypadku pierwszego prawo do świadczenia mają wszyscy obywatele, rezydenci. Natomiast w przypadku drugiego, prawo do świadczenia mają wyłącznie osoby ubezpieczone, tj. takie, za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa. Innymi słowy w systemie ubezpieczeniowym bez opłacenia składki nie jest możliwe uzyskanie świadczeń.

Szacuje się, że w Polsce problem braku ubezpieczenia zdrowotnego dotyczy kilkuset tysięcy ludzi, przede wszystkim osób wykluczonych społecznie, nieaktywnych zawodowo i pracujących bez umowy. Osoby te mają prawo do świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłych. Prawo do świadczeń niezależnie od statusu ubezpieczenia dotyczy ponadto szczególnych grup – kobiet w ciąży i położu oraz dzieci do 18 roku życia.

Fakt posiadania ubezpieczenia zdrowotnego nie jest jednak równoznaczny z wpływem środków z tytułu składki zdrowotnej. Osoba ubezpieczona może bowiem zgłosić do objęcia ubezpieczeniem członków najbliższej rodziny – współmałżonka, dzieci, wnuki czy rodziców. Nie powoduje to wzrostu składki zdrowotnej. Możliwość zgłoszenia de facto dowolnej liczby osób do ubezpieczenia utrudnia oszacowanie wysokości składki zdrowotnej, która pozwala na zbilansowanie wpływów i wydatków.



## ŹRÓDŁO 4

### SKŁADKA ZDROWOTNA DZIECI FINANSOWANA Z BUDŻETU

Istnieje szereg grup, dla których składki na ubezpieczenie zdrowotne są finansowane z budżetu państwa – dotyczy to np. osób korzystających z pomocy społecznej, czy więźniów i aresztantów. Podobne rozwiązanie można byłoby przyjąć w stosunku do dzieci, czyli najliczniejszej grupy uprawnionej do korzystania ze świadczeń, dla której nie jest możliwa identyfikacja wpływów z tytułu składki zdrowotnej.

**Tabela 13.** Obciążenie osób opłacających składki zdrowotne

Wybrane grupy pobierające świadczenia, za które nie są opłacane składki	w mln	na 1 pracującego*	na 1 opłacającego składki**
Liczba dzieci	7	0,40	0,27
Liczba studentów	1	0,07	0,05
Liczba bezrobotnych	1	0,05	0,03
Liczba żołnierzy	0,2	0,01	0,01
<b>Łącznie</b>	<b>9,2</b>	<b>0,53</b>	<b>0,35</b>

\* Liczba pracujących w gospodarce narodowej – 17,3 mln.

\*\* Liczba osób opłacających składki – 26,2 mln (w tym osoby pracujące – 16,3 mln, emeryci i renciści 8,9 mln, osoby ubezpieczone w KRUS - 1 mln).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS i KRUS.

Liczba osób pracujących w gospodarce narodowej w 2024 r. wyniosła nieco ponad 16 mln osób. Składki opłacane są również przez 8,9 mln emerytów i rencistów oraz 1 mln ubezpieczonych w KRUS. Łącznie stanowi to ok. 72% populacji Polaków. Spośród grup osób nieobjętych obowiązkiem opłacania składek najliczniejszą grupę stanowią dzieci (7 mln). W 2023 r. zaprzestano opłacania z budżetu składek niektórych grup, na przykład studentów, żołnierzy czy osób bezrobotnych. Obywatele ci pozostają uprawnieni do korzystania ze świadczeń, co oznacza, że koszty otrzymywanych przez nich świadczeń rozkładają się na osoby opłacające składki [22]. Całkowita liczba tych osób przekracza 2 mln. Oznacza to, że opłacający składki ponoszą nie tylko koszty leczenia siebie, ale również co najmniej 9 mln dodatkowych osób, które korzystają z publicznej opieki zdrowotnej. W zestawieniu nie ujęto członków rodzin, którzy mogą być zgłoszeni do ubezpieczenia, np. przez współmałżonków. Biorąc pod uwagę 36,7 mln obywateli, liczba ta może kształtować się na poziomie nawet 1,5 mln osób.

Wprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne dzieci finansowanej z budżetu państwa pozwoliłoby na czytelne wskazanie, na ubezpieczenie jakiej grupy obywateli składamy się wszyscy jako państwo. Dziś rozwiązanie jest mało przejrzyste, ponieważ po stronie wpływów nie jest możliwe jednoznaczne określenie, jak wysokie nakłady są przeznaczone na dostęp uprawnionych grup do świadczeń.

**Tabela 14.** Dodatkowe roczne wpływy do budżetu NFZ związane z zapewnieniem opieki dla dzieci do 18 r.ż.

<b>Liczba dzieci</b>	7 mln
<b>Finansowanie ubezpieczenia z budżetu (1 dziecko/mies.)</b>	190,89 zł
<b>Wysokość corocznej dotacji z budżetu państwa</b>	<b>16 mld zł</b>

*Przyjęto liczbę dzieci do 18 r.ż. na bazie danych GUS. Przyjęto wysokość dotacji na pojedyncze dziecko na poziomie odpowiadającym połowie składki zdrowotnej liczonej od minimalnego wynagrodzenia. Przyjęty szacunek wynika z faktu, że określenie całkowitych wydatków na leczenie dzieci nie jest możliwe na podstawie dostępnych danych - są one zaszyte w różnych grupach wydatków NFZ i dotyczą wszystkich zakresów.*

Źródło: opracowanie własne

Wprowadzenie finansowania opieki zdrowotnej dzieci na poziomie równym połowie 9%-owej podstawy wymiaru liczonej od minimalnego wynagrodzenia brutto (ustalonym na poziomie wartości z 2024 r.) powinno przynieść **rocznie dodatkowe wpływy do NFZ z budżetu państwa na poziomie 16 mld zł, czyli 48 mld zł w okresie 2025-2027.**

**Spodziewany wpływ w latach  
2025-2027**

**48 mld zł**

**Relacja do wysokości luki  
finansowej**

**43%**

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że finansowanie usług z budżetu państwa wiąże się z koniecznością ustalania kwoty na etapie negocjacji budżetowych. W przeciwieństwie do składki zdrowotnej, wpływy z podatków ogólnych nie są „znaczone”, co oznacza, że o ich przeznaczeniu decyduje rząd i parlament.

## **PODATKI OD „GRZECHÓW ZDROWOTNYCH” W WIĘKSZYM STOPNIU NA PROFILAKTYKĘ I LECZENIE?**

Podatki od „grzechów zdrowotnych” (ang. sin taxes) są wprowadzane w kilkudziesięciu krajach świata i współcześnie coraz częściej wychodzą poza klasyczne używki takie jak alkohol czy wyroby tytoniowe. Podatek cukrowy stosuje już prawie 50 krajów na świecie, w tym Polska [23]. WHO rekomenduje to narzędzie jako instrument polityki fiskalnej w walce z cukrzycą typu 2. Innymi podobnymi podatkami są podatki na tzw. śmieciowe jedzenie, z dużą zawartością tłuszczów i soli, wysokoprzetworzone. Takie podatki funkcjonują we Francji czy na Węgrzech. Ich powiązanie z finansowaniem systemu ochrony zdrowia uzasadnione jest zwiększeniem liczby osób z nadwagą i otyłością, które częściej dotykają różne schorzenia zdrowotne, co przekłada się na większe obciążenie systemu ochrony zdrowia.

W niektórych krajach (np. w Czechach) stosowane są rozwiązania odwrotne – promujące odpowiedzialność za własne zdrowie. W publicznym systemie zdrowotnym uczestnictwo w programach zdrowotnych, takich jak rzucanie palenia czy regularne badania profilaktyczne, może prowadzić do obniżenia składek zdrowotnych.



## ŹRÓDŁO 5

### WYŻSZY PODATEK „CUKROWY” I NOWY PODATEK „TŁUSZCZOWY”

Podatek cukrowy został wprowadzony w 2021 r. na napoje słodzone i zawierające kofeinę. Wpływy z tytułu tego podatku zasilają w znakomitej większości system ochrony zdrowia i w 2024 r. stanowiły 1,9 mld zł. Badania wykazują, że popyt na szkodliwe dla zdrowia produkty jest relatywnie wysoki i nieelastyczny, co stwarza potencjał do zwiększenia wpływów z tytułu tego podatku.

**Tabela 15.** Dodatkowe wpływy z tytułu zwiększenia podatków od „grzechów zdrowotnych” (w mld zł)

Podatek cukrowy	0,38
Podatek od żywności przetworzonej („tłuszczowy”)	0,3-0,6
<b>Łączne coroczne wpływy</b>	<b>0,7-1,0</b>

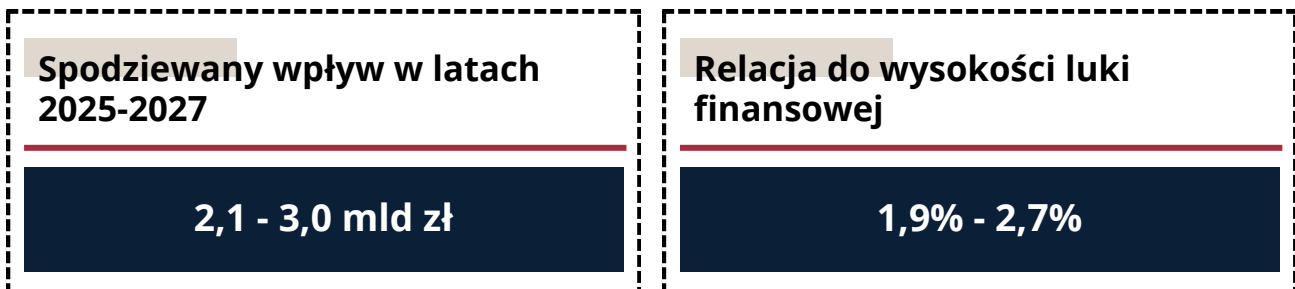
*Przyjęto 20%-owy wzrost wpływów podatku cukrowego w stosunku do aktualnie osiągniętych wartości oraz wprowadzenie 10%-owego podatku od żywności przetworzonej. Jego całkowita wartość będzie zależać od zakresu produktów objętych nowym podatkiem. Założono całkowitą nieelastyczność popytu na opodatkowane produkty, jednocześnie jednak zakładając brak dalszego wzrostu rynku – działanie tych dwóch czynników będzie się równoważyć, a dotychczasowa dynamika wzrostu pozwala przewidywać wyższe wpływy w kolejnych latach.*

Źródło: opracowanie własne

W 2022 r. fast food stanowił około 20 proc. rynku gastronomicznego, będąc jednocześnie najszybciej rozwijającym się segmentem [24]. Wartość rynku szacowano na 16,6 mld zł, co oznacza, że przychody sieci fast food stanowią ponad 3,3 mld zł [25]. Podatek mógłby zostać nałożony również na obroty przekąskami słonymi – wartość rynku samych chipsów w 2022 r. wyniosła 2,6 mld zł [26].

Równie celnym działaniem mogłoby być wprowadzenie podatku od wszystkich produktów, do których dodawany jest cukier. Oprócz wymiaru finansowego, mogłoby to mieć efekt prozdrowotny i powinno prowadzić do zmiany składów produktów spożywczych i ograniczenia zawartości cukru. Warto zauważyć jednak, że pozytywne wyniki zdrowotne przełożą się na spadek wpływów z tych podatków.

Dodatkowe wpływy do NFZ z tytułu podatków od „grzechów zdrowotnych” mogą **wynieść 0,7-1,0 mld zł rocznie, czyli 2,1-3,0 mld zł w okresie 2025-2027**. Wartość ta jest znacznie niższa od szacowanej luki w budżecie NFZ, ale warto wskazać na pozytywne przełożenie wprowadzanego podatku na kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Docelowo powinno mieć to również przełożenie na zmniejszenie wydatków na świadczenia zdrowotne, na przykład związane z leczeniem otyłości i jej powikłań.



## ŹRÓDŁO 6

### CZĘŚĆ AKCYZY NA CELE ZDROWOTNE

Najważniejszymi podatkami od grzechów zdrowotnych pozostają jednak akcyza na alkohol i wyroby tytoniowe. Wpływy z akcyzy wyniosły ponad 90 mld zł w 2024 r. Po wpływach z VAT i PIT, akcyza stanowi trzecie największe źródło przychodów państwa. Przekazanie części tej kwoty na działania profilaktyczne czy też leczenie chorób wynikających z nadużywania alkoholu i palenia papierosów byłoby jak najbardziej pożądanym kierunkiem działania.

Dodatkowo, osoby świadomie zachowujące się ryzykownie, w systemie komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych musiałyby liczyć się z wyższymi kosztami ubezpieczenia. Na rynkach prywatnych ubezpieczeń wyższe składki naliczane są na osoby palące i nadużywające alkoholu. Liczba palaczy w Polsce wynosi 8 mln [27], a liczba osób uzależnionych od alkoholu i nadmiernie pijących wynosi 4-5 mln [28].

Aktualnie wpływy z akcyzy nie są przeznaczane na finansowanie opieki zdrowotnej. Podatek ten w najbliższym czasie będzie podnoszony. Akcyza na napoje alkoholowe rośnie 5% w skali roku, a w październiku 2024 r. przyjęto ustawę podnoszącą akcyzę na wyroby tytoniowe o 15%-75% rocznie w zależności od rodzaju wyrobu i roku [29].



**Tabela 16.** Dodatkowe wpływy z tytułu wzrostu akcyzy na wyroby tytoniowe w latach 2025-2027 (w mld zł)

	2025	2026	2027
Dodatkowe wpływy z akcyzy na wyroby tytoniowe	4,2	4,3	4

Źródło: OSR do ustawy o zmianie ustawy o podatku akcyzowym

Obok akcyzy z wyrobów tytoniowych należy pamiętać o zwiększanej akcyzie na alkohol, z której wpływy w 2023 r. wyniosły 14 mld zł. Przyjmując, że systemowo na opiekę zdrowotną z obu tych źródeł przekierowane zostałyby środki odpowiadające wzrostowi akcyzy na wyroby tytoniowe, można oczekiwać  **dodatkowych wpływów do budżetu NFZ na poziomie 4-4,3 mld zł rocznie**. Ustawowe powiązanie części tych środków z opieką zdrowotną oznaczałoby konieczność znalezienia innych źródeł wpływów do budżetu, pozwalających na pokrycie wydatków stałych w innych działach.

<p><b>Spodziewany wpływ w latach 2025-2027</b></p> <hr/> <p><b>12,5 mld zł</b></p>	<p><b>Relacja do wysokości luki finansowej</b></p> <hr/> <p><b>11,2%</b></p>
--	--

## SOLIDARNIE, CZYLI KAŻDY POWINIEN MIEĆ DOSTĘP DO MEDYCyny RATUNKOWEJ

W przypadku modelu zaopatrzeniowego finansowanie ma charakter budżetowy, a prawo do świadczeń mają wszyscy obywatele. Jak już wskazano, to podstawowa różnica w stosunku do modelu ubezpieczeniowego, w którym uprawnienie zyskują wyłącznie ubezpieczeni.

Model zaopatrzeniowy może występować samodzielnie (taki system występuje w Anglii, Danii czy Szwecji) lub w połączeniu z systemem ubezpieczeniowym (przykładem takiego kraju są Niemcy, Francja czy Hiszpania).

Nawet w systemie ubezpieczeniowym regułą jest określanie grupy świadczeń, które mają być dostępne dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich statusu ubezpieczenia. Jak wskazuje praktyka, często dotyczy to usług związanych z medycyną ratunkową, również takich, których utrzymanie wiąże się z finansowaniem ciągłej gotowości i dostępności, a do których dostęp trudno jest zaplanować i tym samym wycenić. Przykładem takich świadczeń jest ratownictwo medyczne czy szpitalne oddziały ratunkowe.

**Tabela 17.** Budżetowe finansowanie wybranych świadczeń w wybranych krajach UE

Kraj	Opis
<b>Niemcy</b>	System ratownictwa medycznego (Rettungsdienst) jest finansowany głównie przez ubezpieczenia zdrowotne (Gesetzliche Krankenversicherung). Organizacja i finansowanie leżą w gestii krajów związkowych (Bundesländer). Pacjenci mogą być zobowiązani do niewielkich opłat własnych.
<b>Francja</b>	System ratownictwa medycznego (Service d'Aide Médicale Urgente, SAMU) jest finansowany przez państwo za pośrednictwem Assurance Maladie. Pacjenci zazwyczaj nie ponoszą bezpośrednich opłat za korzystanie z usług ratownictwa medycznego.
<b>Hiszpania</b>	Usługi ratownictwa medycznego są częścią publicznego systemu opieki zdrowotnej (Sistema Nacional de Salud) i są finansowane z budżetu państwa oraz budżetów wspólnot autonomicznych. Pacjenci nie ponoszą bezpośrednich kosztów.
<b>Czechy</b>	System ratownictwa medycznego (Zdravotnická záchranná služba) jest finansowany z budżetu państwa oraz budżetów regionalnych. Pacjenci nie ponoszą bezpośrednich opłat za korzystanie z usług w nagłych przypadkach.
<b>Słowacja</b>	System ratownictwa medycznego (Záchranná zdravotná služba) jest finansowany głównie z budżetu państwa oraz z ubezpieczeń zdrowotnych. Państwo finansuje gotowość operacyjną i infrastrukturę szpitalnych oddziałów ratunkowych. Pacjenci nie ponoszą opłat.
<b>Węgry</b>	System ratownictwa medycznego (Országos Mentőszolgálat) jest finansowany głównie z budżetu państwa. Usługi te są dostępne dla wszystkich obywateli, a pacjenci zazwyczaj nie ponoszą bezpośrednich kosztów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z: Bundesministerium für Gesundheit – Rettungsdienst, Service Public – SAMU, Ministerio de Sanidad – Sistema Nacional de Salud, Zdravotnická Záchranná Služba – Czechy, Ministerstvo Zdravotníctva Slovenskej Republiky – Słowacja, Országos Mentőszolgálat – Węgry.

W Polsce do 2022 r. z budżetu państwa finansowany był system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Z kolei Szpitalne Oddziały Ratunkowe i oddziały ratunkowe podlegały finansowaniu ze środków NFZ. Drugą istotną grupą świadczeń finansowanych z budżetu były świadczenia wysokospecjalistyczne. Wprowadzone zmiany zlikwidowały dotację budżetową na te świadczenia, które są obecnie finansowane z wpływów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne.

## ŹRÓDŁO 7

### POMOC DORAŻNA I RATOWNICTWO MEDYCZNE FINANSOWANE Z BUDŻETU

**Tabela 18.** Dodatkowe wpływy do budżetu NFZ związane z finansowaniem pomocy dorażnej i ratownictwa medycznego (w mld zł)

<b>RATOWNICTWO MEDYCZNE</b>	4,3
<b>POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY</b>	0,3
<b>WYSOKOŚĆ DOTACJI Z BUDŻETU PAŃSTWA</b>	<b>4,6</b>

Źródło: [2]

Zgodnie z zasadą solidaryzmu zasadny jest dostęp do pomocy dorażnej i ratownictwa medycznego dla każdego obywatela. Koszt tych świadczeń nie jest związany z samym faktem udzielenia pomocy, co z utrzymaniem ciągłej gotowości do ewentualnego działania. Zadaniem ratownictwa medycznego jest prowadzenie medycznych czynności ratunkowych udzielanych w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 3 mln wyjazdów, udzielając świadczeń 2,4 mln osób. Pomoc dorażna i transport sanitarny to świadczenia udzielane dla dzieci do ukończenia 4. tygodnia życia i świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego w przypadku konieczności przetransportowania pacjenta między szpitalami. W 2023 r. z usług zespołów skorzystało 6,4 tys. dzieci, a z usług zespołów transportu medycznego – 40,7 tys. osób [30].

Wydatki na ratownictwo medyczne zaplanowane na 2024 r. to 4,3 mld zł, a na pomoc dorażną i transport sanitarny – 0,3 mld zł. Całkowite **wydatki z tytułu tych świadczeń stanowiły 4,6 mld zł rocznie, czyli 13,8 mld zł w latach 2025-2027.** Tyle musiałaby wynieść dotacja z budżetu państwa.

<b>Spodziewany wpływ w latach 2025-2027</b>	<b>Relacja do wysokości luki finansowej</b>
<b>13,8 mld zł</b>	<b>12,4%</b>

## PUBLICZNA NIE ZNACZY DARMOWA, CZYLI UZUPEŁNIENIE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH PRZEZ PRYWATNE FINANSOWANIE

Dyskusja o częściowym finansowaniu opieki zdrowotnej ze środków prywatnych budzi wiele kontrowersji, przede wszystkim z uwagi na jej potencjalną sprzeczność z zasadą sprawiedliwego dostępu. Na mocy art. 68 Konstytucji władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od ich sytuacji materialnej. Jednocześnie, z zapisu tego nie wynika konieczność zapewnienia dostępu bezpłatnego. W praktyce już dziś pacjenci ponoszą koszty opieki zdrowotnej – albo w zakresie świadczeń, które nie wchodzą w skład koszyka świadczeń gwarantowanych albo w odniesieniu do świadczeń, których dostępność jest zbyt ograniczona w stosunku do zapotrzebowania.

**Tabela 19.** Prywatne wydatki na zdrowie w Polsce w 2022 r. (w mld zł)

CEL WYDATKÓW	Wydatki prywatne ogółem	w tym: dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne	w tym: bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	Udział wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych (na dany cel)
Usługi lecznicze	18,7	9,6	8,7	16%
Opieka rehabilitacyjna	3,2		2,5	35%
Opieka długoterminowa	0,4			3%
Usługi pomocnicze	1,9	1,0	0,9	22%
Produkty medyczne	24,6		24,6	66%
Opieka profilaktyczna	1,4			38%
Inne usługi zdrowotne	1,3		0,3	76%
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>51,5</b>	<b>10,6</b>	<b>36,9</b>	<b>26%</b>

Źródło: [31]

Prywatne wydatki na zdrowie w 2022 r. wyniosły 51,5 mld zł i stanowiły 26% wszystkich wydatków na zdrowie. Największy nominalny udział mają wydatki na produkty medyczne – w tym przede wszystkim leki. Ze środków prywatnych na ten cel wydano 24,6 mld zł, co stanowiło łącznie 66% wszystkich wydatków na produkty medyczne. Drugą największą grupę wydatków stanowią usługi lecznicze.

W największym stopniu wydatki te dotyczą usług ambulatoryjnych – prywatnych wizyt lekarskich, których powszechność wynika m.in. z ograniczonego i opóźnionego dostępu w ramach systemu publicznego. Przykładowo, prawie 40% gospodarstw domowych deklaruje korzystanie wyłącznie z prywatnej opieki stomatologicznej [32]. Istotny udział mają również świadczenia finansowane z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych – stanowiące ponad połowę wszystkich wydatków na usługi lecznicze.

Szczególnym przykładem podzielonej płatności między środki publiczne i prywatne za to samo świadczenie są leki na receptę, częściowo refundowane ze środków NFZ i częściowo opłacane bezpośrednio przez pacjenta. Wydatki w Polsce na leki na receptę w 2022 r. wyniosły ponad 13 mld zł i rosły. Zbyt wysokie wydatki ponoszone na opiekę zdrowotną ze środków prywatnych określane są mianem katastrofalnych i oznaczają, że konieczność finansowania ochrony zdrowia istotnie ogranicza możliwość finansowania innych potrzeb życiowych. Przyjmuje się, że takim granicznym poziomem jest 40%-owy udział wydatków na opiekę zdrowotną w całkowitych wydatkach. Dane potwierdzają, że ten problem może dotyczyć nawet 30% spośród najbiedniejszych gospodarstw domowych w Polsce [33].

---



## ŹRÓDŁO 8

### WSPÓŁFINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ PACJENTÓW

W kontekście realizowanej obecnie w Polsce polityki zdrowotnej wydawać by się mogło, że dyskusja o współpłaceniu za świadczenia zdrowotne nie jest możliwa. Z drugiej jednak strony, niewielkie płatności za świadczenia zdrowotne funkcjonują w kilku krajach europejskich. Przykładowo, takie rozwiązania stosowane są na Łotwie [34] czy Estonii [35], gdzie pacjenci ponoszą niewielkie opłaty za wizytę u lekarza rodzinnego i/lub specjalisty (na poziomie 2-10 EUR). Nieco wyższe opłaty ponoszone są w Finlandii [36] czy Szwecji [37], gdzie dodatkowo po przekroczeniu rocznego progu wizyty stają się bezpłatne. We Francji [38] pacjent ponosi koszt wizyty u lekarza, który następnie jest refundowany w ok 70% – pozostała, relatywnie niewielka kwota, stanowi koszt pacjenta.

Wskazuje się na ich pozytywny wpływ na redukcję zjawiska tzw. pokusy nadużycia, czyli pokusy większej niż wynikająca z potrzeb zdrowotnych liczby kontaktów z systemem opieki zdrowotnej i zmniejszonej odpowiedzialności za własne zdrowie. Wdrożenie niewielkich płatności może mieć pozytywny wpływ nie tylko na finanse systemu ochrony zdrowia, ale również na efektywność angażowania zasobów w systemie [39].

**Tabela 20.** Dodatkowe wpływy z tytułu współpłacenia za wybrane świadczenia zdrowotne (w mld zł)

	LICZBA PORAD (W MLN)	WPLÝWY ROCZNE
LICZBA PORAD POZ	90	0,9
LICZBA PORAD AOS	84	0,84
LICZBA HOSPITALIZACJI	7,7	0,39
<b>ŁĄCZNIE</b>		<b>2,13</b>

Przyjęto liczbę porad w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz hospitalizacji na podstawie danych GUS. Założono opłatę w wysokości 10 zł za poradę świadczoną w POZ i AOS. Założono zwolnienie z opłaty dla pacjentów realizujących więcej niż 5 porad w ciągu roku. Dla hospitalizacji przyjęto opłatę na poziomie 50 zł od pobytu w szpitalu.

Źródło: opracowanie własne

**Całkowite wpływy do NFZ z tytułu wprowadzonych opłat za porady lekarskie i pobyty w szpitalu mogłyby kształtować się na poziomie 2,1 mld zł rocznie**, choć oczywiście ich całkowity poziom zależy od jednostkowych wartości. Progi (10 zł za wizytę ambulatoryjną, 50 zł za pobyt w szpitalu) przyjęto na poziomie odpowiadającym wartościom w innych krajach europejskich stosujących to rozwiązanie.

<p><b>Spodziewany wpływ w latach 2025-2027</b></p> <hr/> <p><b>6,3 mld zł</b></p>	<p><b>Relacja do wysokości luki finansowej</b></p> <hr/> <p><b>5,6%</b></p>
---	---

Argumentem przemawiającym za wdrożeniem tego rozwiązania jest bezpośrednie powiązanie momentu wydatku z faktem otrzymania świadczenia zdrowotnego. Jednocześnie, w kontekście dyskusji o katastrofalnych wydatkach na zdrowie, system mógłby zakładać mechanizm ubiegania się o możliwość redukcji wydatków. To spowodowałoby, że osoby chore przewlekle lub też wymagające zwiększonego wsparcia systemu opieki zdrowotnej nie byłyby nadmiernie obciążone wydatkami na zdrowie. Wdrożenie tego rozwiązania będzie z pewnością generować koszty transakcyjne, ale aby uniknąć poboru opłat w miejscu realizacji świadczeń, można byłoby połączyć raportowanie usług do systemu e-zdrowia z systemem naliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne przez ZUS.



## ŹRÓDŁO 9

### UZUPEŁNIAJĄCE PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

W ostatnich latach prywatne ubezpieczenia zdrowotne zyskały na popularności. Są one zazwyczaj finansowane przez pracodawców dla swoich pracowników w charakterze dodatkowych benefitów, ale także coraz częściej nabywane przez osoby prywatne. W 2023 r. prawie 5 mln osób w Polsce korzystało z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, co stanowiło wzrost o 14% w skali roku. Wartość rynku ubezpieczeniowego w 2023 r. wyniosła 1,7 mld zł [40].

System komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych jest jednak rozwiązaniem stosowanym w wielu krajach UE. We Francji znacząca większość obywateli posiada komplementarne ubezpieczenie zdrowotne (*assurance complémentaire santé*), które pokrywa koszty nieobjęte refundacją publiczną, takie jak współpłacenie za wizyty lekarskie, leki czy hospitalizację. Podobne rozwiązania występują w Holandii, gdzie obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne (*basisverzekering*) jest uzupełniane przez dobrowolne polisy (*aanvullende verzekering*), które pokrywają koszty świadczeń nieobjętych podstawowym ubezpieczeniem, takich jak opieka stomatologiczna czy fizjoterapia. W Belgii prywatne ubezpieczenia zdrowotne (*assurance complémentaire*) refundują wyższe koszty hospitalizacji i świadczeń specjalistycznych, oferując dodatkowe korzyści poza standardowym zakresem publicznego ubezpieczenia. W Niemczech prywatne ubezpieczenia zdrowotne (*private Krankenversicherung*) pozwalają na dostęp do dodatkowych świadczeń, takich jak szybszy dostęp do lekarzy specjalistów, wyższy standard hospitalizacji czy pokrycie kosztów leczenia nieobjętych publicznym ubezpieczeniem (*Gesetzliche Krankenversicherung*). W Austrii prywatne ubezpieczenia zdrowotne (*private Krankenversicherung*) oferują dostęp do dodatkowych usług medycznych, takich jak jednoosobowe pokoje szpitalne, wybór lekarza prowadzącego czy szybszy dostęp do specjalistów. W Portugalii prywatne ubezpieczenia zdrowotne (*seguros de saúde privados*) zapewniają dodatkowe usługi i udogodnienia w zakresie opieki medycznej, takie jak szybszy dostęp do specjalistów, lepsze warunki hospitalizacji oraz szerszy zakres dostępnych terapii. W części krajów prywatni ubezpieczyciele pokrywają koszty współpłacenia lub finansują świadczenia niedostępne w ramach publicznej opieki zdrowotnej.

W przeciwieństwie do prywatnych wydatków bezpośrednio opłacanych przez pacjenta, prywatne ubezpieczenia pozwalają na wdrożenie mechanizmu podziału ryzyka i ograniczenie obciążenia dla pojedynczego gospodarstwa domowego, nawet w sytuacji, gdy wystąpi potrzeba korzystania z bardzo kosztownych świadczeń zdrowotnych.

Kluczem jest wielkość populacji objęta ubezpieczeniem uzupełniającym – im będzie większa, tym będzie to bardziej dostępny produkt, bowiem tym skuteczniej bowiem będzie działał mechanizm rozłożenia kosztu leczenia jednostki na całą wspólnotę ubezpieczonych. Popularność będzie zależeć od narzędzi stanowiących zachętę do objęcia dodatkowym ubezpieczeniem. Przykładowo, w Holandii obywatele otrzymują dofinansowanie w zależności od ich dochodów, aby pokryć część kosztów obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. W Niemczech pracodawcy i pracownicy otrzymują korzystne warunki finansowe na dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne (np. wyższy standard hospitalizacji). Nadal na takie rozwiązanie decyduje się ok. 10% populacji.

**Tabela 21.** Dodatkowe wpływy z tytułu komplementarnego ubezpieczenia prywatnego (w mld zł)

ODSETEK OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM	WPŁYWY Z UBEZPIECZENIA
10%	2,1
30%	6,4
50%	10,7

*Założono ubezpieczenie dla całej populacji – w tym osób, które dziś nie opłacają składki zdrowotnej (np. dzieci i studentów). Przyjęto miesięczną składkę na ubezpieczenie zdrowotne na poziomie 50 zł, co stanowi mniej więcej połowę najtańszego ubezpieczenia komercyjnego na rynku.*

Źródło: opracowanie własne

Przy założeniu, że populacja osób ubezpieczonych wyniosłaby 10%, **dotychczasowe wpływy do z ubezpieczeń mogłyby wynieść 2,1 mld zł rocznie, czyli 6,3 mld zł w okresie 2025-2027.**

<p><b>Spodziewany wpływ w latach 2025-2027</b></p> <hr/> <p><b>6,3 mld zł</b></p>	<p><b>Relacja do wysokości luki finansowej</b></p> <hr/> <p><b>5,7%</b></p>
---	---

Zachętą do objęcia dodatkowym ubezpieczeniem dla pacjentów z całą pewnością byłaby gwarancja krótszego oczekiwania w kolejce do lekarza specjalisty lub do szpitala. Takie rozwiązanie wydaje się jednak wymagać szerokiej analizy w zakresie jego zgodności z art. 68 Konstytucji. Niemniej, bez realnych zachęt rozwiązanie polegające na dobrowolnym komplementarnym ubezpieczeniu nie będzie miało szansy na wdrożenie. Alternatywne rozwiązanie mogłoby obejmować ulgi podatkowe, aczkolwiek wiązałyby się ze zmniejszeniem wpływów budżetowych i tym samym może nie być akceptowalne z punktu widzenia finansów publicznych.



## RUCH SPOŁECZNY NIE WYSTARCZY...

Polacy chętnie angażują się we wspieranie organizacji charytatywnych działających na rzecz ochrony zdrowia. Najbardziej znaną inicjatywą jest Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy (WOŚP), która tylko w 2024 r. zebrała 282 mln zł. Jak wynika z informacji na stronie siepomaga.pl, w zbiórkach za pośrednictwem tego serwisu zgromadzono prawie 3,2 mld zł [41]. Znaczna część zbiórek dotyczy kosztów leczenia i rehabilitacji.

### ŹRÓDŁO 10

#### MOŻLIWOŚĆ PRZEKAZANIA 1,5% PODATKU NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Najbardziej systemowo uporządkowanym strumieniem przekazywania środków dla organizacji pożytku publicznego jest 1,5% podatku dochodowego. W 2024 r. na konta różnych jednostek przekazano ponad 1,9 mld zł. Zgodnie z przepisami prawa, organizacjami pożytku publicznego mogą być stowarzyszenia lub fundacje działające non profit. Publiczne podmioty lecznicze nie spełniają tej kategorii, choć na aktualnej liście OPP znajduje się 65 podmiotów, które w nazwie mają „szpital”. Całkowita liczba podmiotów uprawnionych do otrzymywania 1,5% z podatków wynosi prawie 9,5 tys.

Zmiana przepisów prawa i wprowadzenie możliwości umieszczania szpitali na liście organizacji pożytku publicznego mogłaby stanowić niewielki zastrzyk w działalności tych podmiotów, natomiast kwoty te odbiegają znacznie od potrzeb. Przyjmując, że 1% środków trafiałby na konto podmiotów leczniczych, **całkowita roczna wartość wpływów wyniosłaby 0,02 mld zł, czyli 0,06 mld zł w okresie 2025-2027**. Wpływy te nie dotyczą wprost zasypania zdefiniowanej ubezpieczeniowej luki finansowej, choć stanowiłyby potencjalny zastrzyk finansowy dla placówek realizujących świadczenia publiczne - niewystarczający jednak do rozwiązania problemu.

Spodziewany wpływ w latach 2025-2027

0,06 mld zł

Relacja do wysokości luki finansowej

0,05%

# PODSUMOWANIE

Aby sprostać rosnącym potrzebom zdrowotnym i wynikającym z nich kosztom świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce trwałe zwiększenie wpływów Narodowego Funduszu Zdrowia jest niezbędne. Obecny model, w którym składki opłaca 70% uprawnionych, wymaga gruntownej przebudowy – również z uwagi na przewidywane zmiany w strukturze ludności i zmniejszenie liczby osób pracujących na rzecz liczby emerytów.

Można rozważyć podniesienie składki zdrowotnej płaconej przez wszystkie grupy społeczne, w tym wyrównanie obciążenia osób pracujących na umowie o pracę oraz prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą, a także adekwatną waloryzację składek płaconych przez rolników. Taki rozwiązanie spowodowałoby wyrównanie poziomu składek pomiędzy grupami, choć jednocześnie byłyby ponoszone w pełni przez pracowników. Inne zaproponowane rozwiązanie, wprowadzenie obowiązku finansowania części składki zdrowotnej przez pracodawców, zbliżyłoby Polskę do rozwiązań stosowanych w wielu krajach europejskich. Obecnie pracodawcy nie ponoszą kosztów związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym, choć oczywiście są obciążeni innymi składkami na ubezpieczenie społeczne.

**Tabela 22.** Stopień pokrycia ubezpieczeniowej luki finansowej na lata 2025-2027 przez poszczególne źródła finansowania i relacja do całkowitej wysokości luki

Wzrost i wyrównanie stopy składki zdrowotnej	<b>32,9%</b>
Składka zdrowotna współpłacana przez pracodawców	<b>37,6%</b>
Wydłużenie i wyrównanie wieku emerytalnego	<b>4,8%</b>
Składka zdrowotna dzieci finansowana z budżetu	<b>43%</b>
Wyższy podatek „cukrowy” i nowy podatek „tłuszczowy”	<b>1,9 - 2,7%</b>
Część akcyzy na cele zdrowotne	<b>11,2%</b>
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne finansowane z budżetu	<b>12,4%</b>
Współfinansowanie świadczeń przez pacjentów	<b>5,6%</b>
Uzupełniające prywatne ubezpieczenia zdrowotne	<b>5,7%</b>
Możliwość przekazania 1,5% podatku na opiekę zdrowotną	<b>0,05%</b>

Innym rozwiązaniem jest zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn, a także wydłużenie wieku emerytalnego do 67 lat. Działanie zwiększy udział pracujących w strukturze opłacających składki, a zmniejszy udział składek zdrowotnych odprowadzanych od emerytów ze środków ZUS. Równocześnie dyskusja nad wiekiem emerytalnym wiąże się z wydłużaniem aktywności zawodowej osób po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Alternatywnie, system mógłby zostać przekształcony bardziej w kierunku budżetowym. W raporcie zaproponowano jasne rozwiązania, w których opieka zdrowotna wybranych obywateli albo zdefiniowana część świadczeń byłaby finansowana bezpośrednio z budżetu państwa. Pozwoliłoby to jasno określić zakres opieki zdrowotnej gwarantowanej każdemu obywatelowi.

Kolejną strategią może być częściowa komercjalizacja opieki zdrowotnej, pozwalająca na rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych przeznaczonych na współfinansowanie usług realizowanych w systemie publicznym oraz współfinansowanie świadczeń przez pacjentów. Oba rozwiązania byłyby obciążeniem dla systemu publicznego, choć w swojej istocie różnią się od dotychczasowego podejścia rozdzielającego jednoznacznie to co finansowane publicznie od tego co finansowane prywatnie. Dodatkowe źródła, takie jak podatki od "grzechów zdrowotnych", mogą wspierać system, ale ich potencjał finansowy jest ograniczony.

Poszczególne rozwiązania nie są wykluczające i zasadnym byłoby wprowadzenie kombinacji kilku elementów. Pozwoliłoby to osiągnąć cel finansowy, ograniczając jednocześnie poziom obciążenia obywateli i podmiotów gospodarczych. Część z przedstawionych rozwiązań ma charakter nowatorski i budzący duże dyskusje społeczne. Nowe, rewolucyjne rozwiązania można byłoby połączyć z jednoznacznym powiązaniem środków już ujętych w budżecie państwa (np. akcyza czy kolejne podatki "od grzechów zdrowotnych") na finansowanie publicznej ochrony zdrowia. Jednocześnie należy podkreślić, że wdrażanie poszczególnych działań może wzajemnie niwelować swoje skutki, a tym samym ostateczny wynik nie musi być sumą składowych.

Ostateczny wybór strategii wymaga decyzji politycznej i społecznej zgody na wprowadzenie tych reform, aby zagwarantować stabilność i dostępność opieki zdrowotnej w długiej perspektywie.



# BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>
2. Finanse NFZ / Biuletyn Informacji Publicznej / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków – plany finansowe NFZ – na 2024 rok i archiwalne, <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.)
4. Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. 2024 poz. 889 ze zm.)
5. Na podstawie art. 95e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
6. Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. 2024 poz. 1848 ze zm.)
7. Rozdział 3a ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2024 poz. 1670 ze zm.)
8. Art. 9 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 2023 poz. 2151 ze zm.)
9. Art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
10. Określonych w art. 97 ust. 3, 3d i 3e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
11. Art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
12. Uchwały Rady NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków – uchwała Rady Funduszu w sprawie opinii nt. projektu planu finansowego NFZ na 2025 rok
13. Wytyczne dotyczące wskaźników makroekonomicznych - Ministerstwo Finansów - Portal Gov.pl
14. Ocena Skutków Regulacji do projektu UD165 Projekt, <https://legislacja.gov.pl/projekt/12391651/katalog/13094743#13094743>
15. Zmienia się zasady naliczania składki zdrowotnej - Menedżer Zdrowia – Termedia, <https://www.termedia.pl/mz/Zmienia-sie-zasady-naliczania-skladki-zdrowotnej,59630.html>
16. Finanse ochrony zdrowia pod ścisłym nadzorem procedury nadmiernego deficytu, [https://www.ifp.org.pl/wp-content/uploads/2025/02/IFP\\_raport\\_LukaFinansowaNFZ\\_2025\\_internet.pdf](https://www.ifp.org.pl/wp-content/uploads/2025/02/IFP_raport_LukaFinansowaNFZ_2025_internet.pdf)
17. Na podstawie danych GUS za raportem Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2021-2023. Udział wydatków NFZ stanowi 87,8% wszystkich wydatków budżetowych na zdrowie.
18. Na podstawie danych GUS otrzymanych przez autorów w trybie dostępu do informacji publicznej.
19. <https://www.missoc.org/missoc-database/>

20. <https://www.parkiet.com/podatki/art41398711-budzetowe-wplywy-z-cit-doluja>
21. <https://www.etk.fi/en/work-and-pensions-abroad/international-comparisons/retirement-ages/>
22. <https://bip.zus.pl/documents/493361/494110/Informacja+z+wykonania+plan%C3%B3w+finansowych+FUS%2CFEP%2CFRD+oraz+planu+bud%C5%BCetu+pa%C5%84stwa+w+cz%C4%99%C5%9Bci+73-ZUS+za+2023.pdf/a470c4d9-052b-c7ec-67e7-53f80d753718?t=1716985892372>
23. Rudawska I. i in., Polskie Zdrowie 2.0, Raport Poszukiwanie dodatkowych mechanizmów i źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia, <https://pan.pl/dodatkowe-zrodla-finansowania-zdrowia-rekomendacje-ekspertow/>
24. [https://issuu.com/brogmarketing/docs/rg\\_2023\\_calosc\\_5](https://issuu.com/brogmarketing/docs/rg_2023_calosc_5)
25. <https://www.horecanet.pl/wp-content/uploads/2023/09/raport-hotelarski-2023.pdf>
26. <https://wiadomoscispozywcze.pl/artykuly/12496/rynek-przekasek-sonych-w-polsce-sprzedaz-i-trendy-raport/>
27. <https://www.medonet.pl/psyche/uzaleznienia,8-mln-polakow-pali-papierosy--w-tych-wojewodztwach-najwiecej-uzaleznionych--ranking-,artykul,49531255.html>
28. <https://www.pap.pl/aktualnosci/raport-w-polsce-jest-12-mln-osob-narazonych-na-negatywne-spoecznie-skutki-alkoholizmu>
29. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20240001681/O/D20241681.pdf>
30. [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/zal\\_do\\_uchwaly\\_nr\\_17-sig.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_nr_17-sig.pdf)
31. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html>
32. <https://pulsmedycyny.pl/medycyna/stomatologia/prawie-40-proc-polakow-leczy-zeby-tylko-odplatnie-ponad-20-proc-wybiera-model-hybridowy-raport/>
33. Tambor M, Pavlova M. (2020). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
34. Gov.pl – Informacje dla podróżujących, Łotwa, <https://www.gov.pl/web/lotwa/informacje-dla-podrozujacych>
35. Narodowy Fundusz Zdrowia – Informacje o współpłaceniu w Estonii, <https://www.nfz.gov.pl>.
36. Finnish Institute for Health and Welfare – Fees in the healthcare system in Finland, <https://thl.fi/en/web/thlfi-en>.
37. Swedish Association of Local Authorities and Regions – Healthcare fees and patient cost limits, <https://skr.se>.
38. Assurance Maladie (Francja) – Refundacje kosztów świadczeń zdrowotnych, <https://www.ameli.fr>.
39. Zweifel P., Breyer F., Kifmann M. (2009). Health Economics. Springer
40. <https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenie-zdrowotne-ma-juz-ponad-5-mln-polakow/>
41. <https://www.siepomaga.pl/jak-dzialamy/pomagacze>

# RECENZJE

*Polski system ochrony zdrowia znajduje się w permanentnym kryzysie finansowym. Takie wrażenie można przynajmniej odnieść śledząc doniesienia w massmediach, kolejne raporty różnych instytucji oraz naukowe artykuły z ostatnich dekad. Poszukując przyczyn tego kryzysu natrafiamy na dwie grupy problemów: chroniczne niedofinansowanie systemu oraz nieefektywne wykorzystanie posiadanych zasobów finansowych. Autorzy dokumentu „10 nowych źródeł finansowania NFZ” profesorowie SGH Monika Raulinajtys-Grzybek i Barbara Więckowska oraz Zuzanna Świerc i Artur Białoszewski (jako grupa SGH Think Tank dla ochrony zdrowia) swoją uwagę kierują na pierwszy z wymienionych problemów, tj. niedofinansowanie Narodowego Funduszu Zdrowia, głównego płatnika w polskiej ochronie zdrowia.*

*W pierwszej części dokumentu Autorzy koncentrują uwagę na oszacowaniu istniejącej ubezpieczeniowej luki finansowej, zdefiniowanej przez nich jako „różnica między: wpływami ze składki zdrowotnej i z podatków celowych w części odpowiadającej realizacji zadań ustawowych NFZ a określonym w ustawie pułapem finansowania wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB z okresu N minus 2 przypadających do realizacji przez NFZ”. Nie jest to wprowadzić idealny sposób pomiaru poziomu niedofinansowania systemu, ale w chwili obecnej jedyny możliwy. Chcąc dokładniej oszacować, ile pieniędzy brakuje w systemie należałoby oszacować wpierw istniejące (i prognozowane) w przyszłości potrzeby zdrowotne, do których zaspokojenia zobowiązane jest państwo polskie, a następnie oszacować koszt ich zaspokojenia. Takiego rachunku jednak nikt do tej pory nie sporządził, a i zainteresowanie kolejnych rządów takim oszacowaniem wydaje się być znikome. Stąd też jedyne możliwe rozwiązanie w postaci porównania szacowanych przychodów NFZ pochodzących ze składek i obiecanych w ustawie poziomem finansowania wydatków na zdrowie ze środków publicznych. Oczywiście, tak zdefiniowane „zapotrzebowanie na środki publiczne” uznać należy jako absolutnie minimalne. Jak bowiem pokazuje praktyka ostatnich lat, nawet regularne przekraczanie ustalonego w ustawie pułapu finansowania wydatków publicznych na ochronę zdrowia w relacji do PKB nie łagodzi w wystarczającym stopniu napięć finansowych do których dochodzi w podmiotach świadczących usługi zdrowotne i nie zabezpiecza dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych w satysfakcjonującym pacjentów czasie i zakresie.*

*Co wyróżnia recenzowany dokument od wielu innych zajmujących się finansowaniem ochrony zdrowia to fakt, że poza diagnozę sytuacji finansowej NFZ (lub szerzej systemu ochrony zdrowia) zawiera on konkretne i poparte wyliczeniami propozycje zwiększenia strumieni finansowych zasilających NFZ. W debacie publicznej pojawia się wprowadzić sporo pomysłów na zwiększenie finansowania polskiej ochrony zdrowia, jednak z reguły*

*ich sformułowaniu nie towarzyszą żadne szacunki liczbowe. Inaczej w tym dokumencie. Autorzy proponują 10 działań, których wdrożenie, wg ich szacunków, nawet z nadmiarem pokryłyby zidentyfikowaną lukę finansową. Jest to o tyle ważne, że, jak wyżej wspomniałem, zapisany w ustawie planowany pułap finansowania wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB należy traktować jako absolutne (i nie wystarczające) minimum.*

*Proponując konkretne rozwiązania Autorzy wykazują się z jednej strony odwagą naukowców, której tak brakuje politykom, z drugiej rozwagą, ponieważ nie proponują żadnych z pewnością z góry skazanych na niepowodzenie rewolucji w systemie. Pierwsze cztery propozycje, których wdrożenie zamknęłoby z naddatkiem oszacowaną lukę finansową (prawie 120% szacowanej luki), odnoszą się do konstrukcji (stopy i podstawy wymiaru) składki zdrowotnej. Polska składka na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 9% podstawy wymiaru należy do najniższych w krajach europejskich, a na dodatek wiele grup zawodowych i społecznych cieszy się różnymi przywilejami i pozyskuje ubezpieczenie zdrowotne bez płacenia składki lub też płacąc za nie znacznie mniej niż pracujący na umowę o pracę czy też emeryci i renciści. Wzrost stopy składki (Autorzy proponują dokonanie tego na dwa sposoby, tj. poprzez wzrost stopy składki dla ubezpieczonych oraz dodatkowo poprzez wprowadzenie dodatkowej składki opłacanej przez pracodawców), wprowadzenie finansowanej z budżetu państwa składki zdrowotnej dla dzieci (poza efektem finansowym rozwiązanie takie byłoby również czytelnym znakiem tego, jak w bardzo Polska w obliczu katastrofalnych wskaźników demograficznych potrzebuje wsparcia dla rodzin i dzieci) oraz wydłużenie i wyrównanie wieku emerytalnego (niezbędne w pierwszej linii dla ratowanie systemu ubezpieczeń emerytalnych przed finansowym kolapsem) nie tylko stanowczo poprawiłyby sytuację finansową NFZ i sektora ochrony zdrowia, ale także uczyniłyby polski system bardziej sprawiedliwym i lepiej przygotowanym na przyszłe wyzwania. W tym miejscu muszę jednak wyrazić pewien niedosyt. Wśród zaproponowanych rozwiązań składkowych brakuje propozycji odnoszącej się do ubezpieczenia zdrowotnego rolników, poza nieco ukrytym postulatem ograniczenia liczby współubezpieczonych osób. Być może zmiana kwoty składki płaconej przez większość rolników od każdego hektara posiadanej ziemi nie zmieniłaby znacząco przychodów składkowych NFZ, ale ograniczyłaby jedną z największych niesprawiedliwości w konstrukcji polskiego ubezpieczenia zdrowotnego. Obecnie właściciel dużego 95-hektarowego gospodarstwa rolnego płaci miesięcznie składkę w wysokości 90 zł (za pierwsze pięć hektarów składkę przejmuje budżet państwa), tyle samo co emeryt pozyskujący emeryturę w wysokości 1000 PLN.*

*Kolejne trzy zaproponowane działania odnoszą się do zwiększenia finansowania NFZ ze środków podatkowych. Na szczególną uwagę zasługują tutaj tzw. „podatki od grzechów” w postaci opłaty cukrowej, podatku tłuszczowego i akcyz pobieranych na wyroby tytoniowe (i podobne) oraz alkohol. Zgodnie z przyjętym przez siebie celem Autorzy zwracają uwagę na efekt fiskalny wymienionych podatków, które w sumie mogłyby pokryć 13-14% oszacowanej luki finansowej (a wraz z powrotem dotacji z budżetu państwa na*

*finansowanie działań ratownictwa medycznego nawet 25%). Jako osoba powiązane naukowo i instytucjonalnie mocno ze zdrowiem publicznym zwracam uwagę w pierwszej kolejności na oddziaływanie takich podatków na zachowania konsumentów. Wprawdzie w dokumencie założono, że elastyczność cenowa popytu na opodatkowane produkty zawierające cukier i tłuszcz równa jest zero, z doświadczenia wiemy, że jest ona wyższa od zera. Wzrost cen opodatkowanych produktów wynikający z nałożenia nowego podatku powinien zatem prowadzić do zmniejszenia ich konsumpcji. Tym samym oszacowane przychody z tych podatków wydają się być nieco zawyżone. Ten „negatywny efekt fiskalny” z pewnością jednak może być skompensowany z naddatkiem poprzez redukcję wydatków zdrowotnych wskutek zmniejszenia konsumpcji produktów negatywnie wpływających na zdrowie.*

*Trzy ostatnie propozycje odnoszące się do współfinansowania świadczeń przez pacjentów, uzupełniających prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i możliwości przekazania 1,5% podatku na opiekę zdrowotną wykraczają poza obszar finansowania wydatków zdrowotnych ze środków publicznych (zdefiniowanych w ustawie). Nawet jeśli beneficjentem tych środków miałyby być ostatecznie NFZ albo publiczni świadczeniodawcy, to i tak w międzynarodowych klasyfikacjach wydatków zdrowotnych środki te zaliczone byłyby do wydatków prywatnych lub wydatków gospodarstw domowych. Wskazanie na uzupełniające strumienie finansowania (poza strumieniami środków publicznych) uznaje jednak za bardzo cenne. Pokazuje ono nie tylko szerszą perspektywę analityczną przyjętą przez Autorów dokumentu, ale także pozwala na uwolnienie się od dominującej w wielu debatach izolacji finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych od finansowania jej ze środków prywatnych. Tymczasem sytuacja finansowa sektora nie zależy w pierwszej linii od tego, skąd płyną strumienie finansowe, ale od tego, jak w sumie są one wydajne.*

*Podsumowując, dokument o którego recenzowanie zostałem poproszony oceniam za bardzo cenny, przede wszystkim dlatego, że wykracza on poza zwykłą diagnozę bieżącej sytuacji i hasłowe podanie możliwości zwiększenia strumieni finansowych zasilających polski system ochrony zdrowia. Dokument zawiera konkretne wyliczenia. Co więcej, na jego podstawie i wykorzystując zastosowane do obliczeń narzędzia i metody można z pewnością skonstruować różne alternatywne scenariusze, do czego, gratulując już osiągniętego wyniku, gorąco zachęcam zespół autorski.*

**dr hab. Christoph Sowada, prof. UJ**



*Raport „10 nowych źródeł finansowania NFZ” omawia wyzwania związane z finansowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jako punkt wyjścia Autorzy wskazują, że wydatki publiczne na zdrowie w latach 2016-2024 wzrosły ponad 2-krotnie w ujęciu nominalnym i oczekuje się ich dalszego wzrostu.*

*Autorzy wskazują na potencjalne nowe potencjalne źródła finansowania ochrony zdrowia. Podkreślają też – antycypując gorącą debatę – że choć optymalizowane sposobu wydatkowania środków jest potrzebne, nie jest ono w stanie obniżyć nominalnego poziomu wydatków na zdrowie, a jedynie zmniejszyć dynamikę ich wzrostu.*

*Raport stanowi ważny głos w dyskusji nad przyszłością opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jednym z istotnych elementów tej dyskusji jest kwestia wyboru dalszego charakteru systemu ochrony zdrowia i decyzji na ile powinien mieć charakter budżetowego, a na ile ubezpieczeniowego. Drugim istotnym wyzwaniem jest znalezienie źródeł zwiększenia finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Plan budżetu NFZ na 2025 r. pokazuje zwiększoną zależność od dotacji z budżetu państwa. Szacunki dotyczące wysokości ubezpieczeniowej luki finansowej wskazują, że przy braku innego planu działania, opieka zdrowotna stanie się w znaczącym stopniu zależna od finansowania budżetowego.*

*Część z przedstawionych rozwiązań i nowych źródeł finansowania ma charakter nowatorski i z pewnością będzie budził duże dyskusje społeczne. Niemniej Polski system ochrony zdrowia bez wątplenia znalazł się w sytuacji, w której niezbędne są odważne decyzje polityczne i społeczna zgoda na wprowadzenie tych reform, aby zagwarantować stabilność i dostępność opieki zdrowotnej w długiej perspektywie. Warto dodać, że wyzwania finansowe stoją przed polskim systemem ochrony zdrowia w szczególnie trudnym momencie – przy starzejącej się populacji, rosnących kosztach innowacyjnych terapii i technologii medycznych oraz zwiększających się oczekiwaniach pacjentów co do jakości i dostępności świadczeń. Czynniki te dodatkowo potęgują presję na znalezienie efektywnych rozwiązań finansowych zapewniających lepszą ochronę zdrowia.*

**dr hab. Iga Magda, prof. SGH**



**SGH**

## Think Tank dla ochrony zdrowia

ISBN 978-83-972435-3-8



9 788397 243538