



Łukasz Kozłowski
Bernard Waśko
Wojciech Wiśniewski

LUKA

FINANSOWA

W OCHRONIE ZDROWIA

WYZWANIA DŁUGOTERMINOWE

Grudzień 2025 r.

Autorzy

Łukasz Kozłowski

Federacja Przedsiębiorców Polskich

Bernard Waśko

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

Wojciech Wiśniewski

Federacja Przedsiębiorców Polskich



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy zajmuje się monitorowaniem sytuacji zdrowotnej i oceną potrzeb zdrowotnych ludności w Polsce. Instytut prowadzi działania w zakresie prewencji chorób cywilizacyjnych oraz zakaźnych. Do głównych zadań NIZP PZH – PIB należą analizy ekonomiczne i systemowe w ochronie zdrowia oraz działalność ekspercka na potrzeby instytucji państwowych, Komisji Europejskiej oraz podmiotów gospodarczych. Instytut realizuje również wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne, eksperckie i atestację materiałów oraz wyrobów pod kątem bezpieczeństwa zdrowotnego.



Federacja Przedsiębiorców Polskich – dynamicznie rozwijająca się organizacja pracodawców, członek Rady Dialogu Społecznego. Reprezentuje interesy przedsiębiorstw i instytucji zrzeszonych w ramach Federacji. Dąży do poprawy jakości funkcjonowania polskich firm – w kraju i zagranicą. Wdraża inicjatywy, które mają kształtować odpowiedzialną, zrównoważoną politykę – efektywną z punktu widzenia pracodawców oraz gwarantującą wysokie bezpieczeństwo pracownikom.

Spis treści

Kluczowe wnioski.	5
Wprowadzenie	7
Metodologia	10
Wyniki analizy.....	12
Rekomendacje	15
Załącznik 1: Podsumowanie wyników.....	17

Kluczowe wnioski

1. **W najbliższych latach dojdzie do głębokiej transformacji systemu z bazującego w znakomitej większości na przychodach ze składki zdrowotnej w kierunku mieszanego finansowania składkowo-budżetowego.**
2. **W skrajnym przypadku ponad jedna trzecia wydatków NFZ będzie pokrywana z budżetu państwa.** Ochrona zdrowia, która do niedawna w relatywnie niewielkim stopniu obciążała budżet państwa, stanie się jedną z trzech dziedzin o największym wpływie na deficyt sektora finansów publicznych, obok systemu ubezpieczeń społecznych oraz obronności.
3. **Polska, podobnie jak wiele innych państw rozwiniętych, mierzy się z wyzwaniem demograficznymi.** Oznacza to zarówno zwiększone wraz z wiekiem obywateli zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, jak i ograniczone możliwości finansowania systemu ubezpieczeniowego opartego na składce zdrowotnej.
4. **Pogłębiająca się nierównowaga między kosztami a przychodami wymaga trwałej zmiany modelu finansowania zapewniającej stabilność i przewidywalność.** Doraźne transfery z budżetu uniemożliwiają planowanie i realizację polityki zdrowotnej przez Ministra Zdrowia i NFZ.
5. **Niezaspokojone potrzeby zdrowotne obywateli mogą stać się dodatkowym ciężarem dla ich wydatków prywatnych, co najbardziej obciąży gospodarstwa domowe o najniższych dochodach.**
6. **Systemy ochrony zdrowia wykazują różną podatność na wpływ powszechnego i nieuniknionego procesu starzenia się społeczeństw.** Zastosowany model uwzględnia wpływ tego zjawiska nie tylko na wzrost kosztów świadczeń, ale również na spadek przychodów związanych z opodatkowaniem pracy (takich jak składka zdrowotna). W przypadku Polski najsilniejszy wpływ tych dwóch niekorzystnych zjawisk spodziewany jest w ciągu najbliższych piętnastu lat po stronie wzrostu kosztów, a począwszy od roku 2040, również w postaci spadku przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne.

7. **Luka finansowa systemu ochrony zdrowia w perspektywie do 2060 r. wynika zarówno z ograniczenia przychodów w systemie ochrony zdrowia, jak i zwiększenia popytu na coraz droższe świadczenia opieki zdrowotnej:**

- w scenariuszu bazowym:
 - w 2040 r. – wyniesie 171 mld zł;
 - w 2060 r. – wyniesie 434 mld zł;
- w scenariuszu alternatywnym:
 - w 2040 r. – wyniesie 112 mld zł;
 - w 2060 r. – wyniesie 315 mld zł.

Wprowadzenie

System ochrony zdrowia wymaga stabilnych i przewidywalnych ram finansowania. Powinien się również charakteryzować odpornością na wahania koniunkturalne oraz odpowiadać na długoterminowe wyzwania, związane m.in. z trendami demograficznymi czy rosnącymi kosztami świadczeń. W przeciwnym razie prowadzenie spójnej polityki zdrowotnej oraz zapewnienie ciągłości realizacji zadań przez instytucje odpowiedzialne za dostęp do opieki zdrowotnej będzie utrudnione lub nawet niemożliwe.

W ostatnich latach równowaga finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce uległa znacznemu zachwianiu. Po pierwsze, doszło do całkowitego wyczerpania rezerw finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia zgromadzonych w ramach funduszu zapasowego w trakcie pandemii. O ile jeszcze na początku 2023 r. ich poziom wynosił ok. 26 mld zł, o tyle dzisiaj jest to wartość bliska zera. Po drugie, na płatnika nałożono kolejne obowiązki bez zapewnienia odpowiednich źródeł finansowania. W szczególności dotyczy to sposobu wdrożenia ustawy o minimalnym wynagrodzeniu niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Po trzecie, do 2022 r. system ochrony zdrowia opierał się głównie na przychodach ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. **W najbliższych latach dojdzie do głębokiej transformacji systemu z bazującego w znakomitej większości na przychodach ze składki zdrowotnej w kierunku mieszanego finansowania składkowo-budżetowego.** Udział

W skrajnym przypadku ponad jedna trzecia wydatków NFZ będzie pokrywana z budżetu państwa.

środków z budżetu państwa w nakładach na ochronę zdrowia wzrośnie kilkukrotnie i w 2027 r. osiągnie poziom wyższy, niż wynoszą chociażby wydatki na program 800+. **W skrajnym przypadku ponad jedna trzecia wydatków NFZ będzie pokrywana z budżetu państwa. Ochrona zdrowia, która do niedawna w relatywnie**

niewielkim stopniu obciążała budżet państwa, stanie się jedną z trzech dziedzin o największym wpływie na deficyt sektora finansów publicznych, obok systemu ubezpieczeń społecznych oraz obronności.

Rosnące dynamicznie uzależnienie systemu ochrony zdrowia od środków pochodzących z budżetu państwa odbywa się w warunkach pogarszającej się sytuacji

finansów publicznych oraz presji wydatkowej związanej z zagrożeniem zewnętrznym i koniecznością zwiększenia wydatków na obronność. W 2024 r. Komisja Europejska uruchomiła wobec Polski procedurę nadmiernego deficytu, co – niezależnie od jej ewentualnego późniejszego zawieszenia – oznacza w dalszej perspektywie konsolidację fiskalną. Jednocześnie rosnący poziom zadłużenia Polski w relacji do PKB skutkuje dynamicznym wzrostem kosztów obsługi długu oraz może prowadzić do uruchomienia narzędzi związanych z przekroczeniem progu ostrożnościowego określonego w ustawie o finansach publicznych, a w skrajnym przypadku również konstytucyjnego limitu zadłużenia w relacji do PKB.

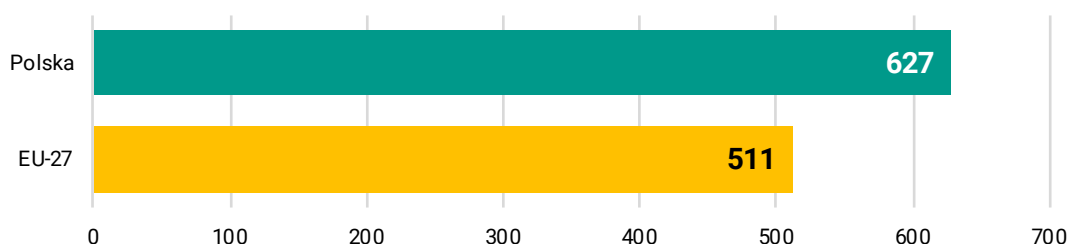
Ponadto, zgodnie z przepisami ustawy o Radzie Fiskalnej, od 1 stycznia 2026 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zostanie objęty Stabilizującą Regułą Wydatkową (SRW). Dotychczas znajdował się w tzw. niewiążącej części reguły wydatkowej. Jego wydatki były uwzględniane wyłącznie na etapie pierwotnego projektu ustawy budżetowej. Potem w ciągu roku NFZ mógł zmienić plan i poziom wydatków, co jednak pozostawało bez wpływu na wydatki innych podmiotów. Po wprowadzeniu nowych przepisów będzie to możliwe wyłącznie wtedy, kiedy znajdą się oszczędności i cięcia w innych jednostkach objętych wiążącym, nieprzekraczalnym limitem SRW dokładnie w kwocie zwiększenia. Oznacza to, że Ministerstwo Finansów nie będzie mogło zaakceptować zmiany planu NFZ, która spowodowałaby przekroczenie ogólnego limitu wydatkowego. Zanim więc NFZ zaproponuje zwiększenie kosztów, konieczne będzie wskazanie odpowiednich cięć w budżecie państwa.

Opisane powyżej zjawiska zostały szczegółowo zaprezentowane w dwóch poprzednich raportach, obejmujących lata 2025–2027 oraz okres do roku 2028. Niniejsze opracowanie ma charakter długoterminowy. Obecnie Polska, podobnie jak wiele innych państw rozwiniętych, mierzy się z wyzwaniami demograficznymi. **Oznacza to zarówno zwiększone wraz z wiekiem obywateli zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, jak i ograniczone możliwości finansowania systemu ubezpieczeniowego opartego na składce zdrowotnej.**

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie opinii publicznej długoterminowych wyzwań związanych z finansowaniem ochrony zdrowia do 2060 r., ze szczególnym uwzględnieniem prognozy piętnastoletniej, do 2040 r., kiedy da się odczuć wyraźny spadek udziału osób pracujących w populacji. W opinii autorów wnioski wskazują na potrzebę rozpoczęcia debaty publicznej i wypracowania społecznego konsensusu, który umożliwi stabilne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. **Pogłębiająca się nierównowaga między kosztami a przychodami wymaga trwałej zmiany modelu finansowania.** W przeciwnym razie, jak pokazują doświadczenia państw monitorowanych przez European Observatory on Health Systems and Policies, niezaspokojone potrzeby zdrowotne obywateli staną się dodatkowym ciężarem dla ich wydatków prywatnych (ang. OOP – out of pocket), co najbardziej obciąży gospodarstwa domowe o najniższych dochodach.

W aktualnej sytuacji potrzebne są również doraźne i pilne działania stabilizujące sytuację finansową NFZ zarówno poprzez dodatkowe zasilenie z budżetu, jak i redukujące koszty w tych obszarach, w których ujawnia się nieefektywność, wysokie marże lub innego rodzaju systemowe marnotrawstwo. Przykłady takich obszarów to np. łóżka szpitalne obłożone w 30-40%, niepotrzebne hospitalizacje, w których Polska przoduje w Europie w leczeniu niewydolności krążenia (wskaźnik 2,5 razy większy od średniej OECD30), nieodbierane wyniki badań diagnostycznych czy nie odwoływane wizyty w przychodniach.

Wykres 1: Liczba łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 100 tys mieszkańców w 2023 r.



źródło: Eurostat

Utrzymanie systemu opartego przede wszystkim na szpitalach jest bardzo kosztowne, nieefektywne, angażuje zasoby kadrowe i pochłonie ponad 51% wydatków NFZ w 2025 r.

Metodologia

Do przygotowania prognozy długoterminowej wykorzystano model PASH (Population Ageing financial Sustainability gap for Health systems) opracowany przez WHO. Jest to narzędzie, które pozwala analizować stabilność finansowania ochrony zdrowia z uwzględnieniem specyfiki danego kraju: struktury demograficznej, systemu finansowania opieki zdrowotnej, a także ponoszonych kosztów i przychodów. **W zależności od stanu wyjściowego oraz czynników wymienionych powyżej systemy ochrony zdrowia wykazują różną podatność na wpływ powszechnego i nieuniknionego procesu starzenia się społeczeństw. Model PASH uwzględnia wpływ tego zjawiska nie tylko na wzrost kosztów świadczeń, ale również na spadek przychodów związanych z opodatkowaniem pracy (takich jak składka zdrowotna). W przypadku Polski najsilniejszy wpływ tych dwóch niekorzystnych zjawisk spodziewany jest w ciągu najbliższych piętnastu lat po stronie wzrostu kosztów, a począwszy od roku 2040, również w postaci spadku przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne.**

Należy jednak podkreślić, że skutki starzenia się społeczeństwa nie są wyłącznie nieuniknioną konsekwencją wzrostu długości życia. W dużym stopniu zależą bowiem od wyboru polityki publicznej.

Metoda PASH jest zgodna ze standardowym podejściem do oceny stabilności finansowania opieki zdrowotnej w kontekście starzenia się populacji. Za jej pomocą prognozujemy, jak zmieniająca się struktura wiekowa wpłynie na wydatki i dochody w ochronie zdrowia, przy założeniu, że obecne mechanizmy finansowania opieki zdrowotnej pozostaną niezmiennie.

Do zasilenia modelu użyliśmy najnowszych dostępnych danych dotyczących:

1. liczby ludności w podziale na płeć i grupy wiekowe, na podstawie dostępnych prognoz demograficznych Eurostatu;
2. wyjściowej struktury finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia, w oparciu o sprawozdania z realizacji ustawy budżetowej oraz sprawozdania finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia;
3. liczby pracujących oraz wysokości przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w podziale na poszczególne kohorty wiekowe populacji, na pod-

stawie danych GUS opracowanych w oparciu o informacje ze źródeł administracyjnych;

4. struktury kosztów opieki zdrowotnej przypisanych do poszczególnych kohort wiekowych ludności, na podstawie danych NFZ dotyczących wartości refundacji świadczeń i leków w podziale na wiek i płeć pacjentów.

Przyjęliśmy również założenie procesu konwergencji poziomu wydatków na ochronę zdrowia z podziałem na poszczególne kohorty wiekowe do średniego rozkładu w 27 krajach UE.

Wynikiem analizy w ramach modelu jest ustalenie wielkości luki finansowej systemu ochrony zdrowia powiązanej ze starzeniem się społeczeństwa, jak również dodatkowego wpływu czynników pozademograficznych, które wpływają na wzrost kosztów funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia w ostatnich latach.

W analizie uwzględniono dwa scenariusze:

- scenariusz bazowy – opiera się na założeniu, że wzrost nośników kosztów świadczenia usług medycznych będzie (jak w ostatnich trzech latach) znacząco przewyższał wzrost cen w gospodarce. Ścieżka wzrostu oparta jest o współczynnik 1,5 względem dynamiki wzrostu PKB *per capita*, oszacowany ekonometrycznie na podstawie danych historycznych;
- scenariusz alternatywny – drugi scenariusz odzwierciedla osłabienie dodatkowej presji kosztowej występującej najsilniej od 2022 r, uwzględniając wyłącznie efekt demograficzny i konwergencję struktury kosztów leczenia do średniej unijnej.

Wyniki analizy

Prognozy demograficzne wskazują na dynamiczny proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Liczba ludności w najbliższych latach spadnie:

- w przypadku mężczyzn z 18,67 mln do:
 - 17,03 mln w 2040 r.;
 - 14,68 mln w 2060 r.;
- w przypadku kobiet z 19,87 mln do:
 - 18,15 mln w 2040 r.;
 - 15,46 mln w 2060 r.

Jednocześnie znacząco zmieni się struktura wiekowa populacji, co przełoży się na liczbę osób w wieku produkcyjnym. Zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego wynosi on 18–59 lat dla kobiet oraz 18–64 lata dla mężczyzn. Według „Prognozy ludności na lata 2023–2060” do 2060 r. spadek zasobów ludności w wieku produkcyjnym wyniesie od 25% do 40%. **Ma to fundamentalne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, który w Polsce opiera się głównie na przychodach ze składki zdrowotnej. Spadek liczby osób w wieku produkcyjnym będzie prowadzić to trwałej nierównowagi finansowej systemu, który będzie w coraz większym stopniu zależny od innych źródeł finansowania.**

Już teraz widoczne są symptomy tych zmian. System, który do 2022 r. był samofinansujący się i nie wymagał dodatkowego zasilenia ze źródeł pozaskładkowych, od 2023 r. wymaga coraz większych dotacji podmiotowych do Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2024 r., który został wykorzystany w modelu jako bazowy, struktura wydatków kształtowała się następująco:

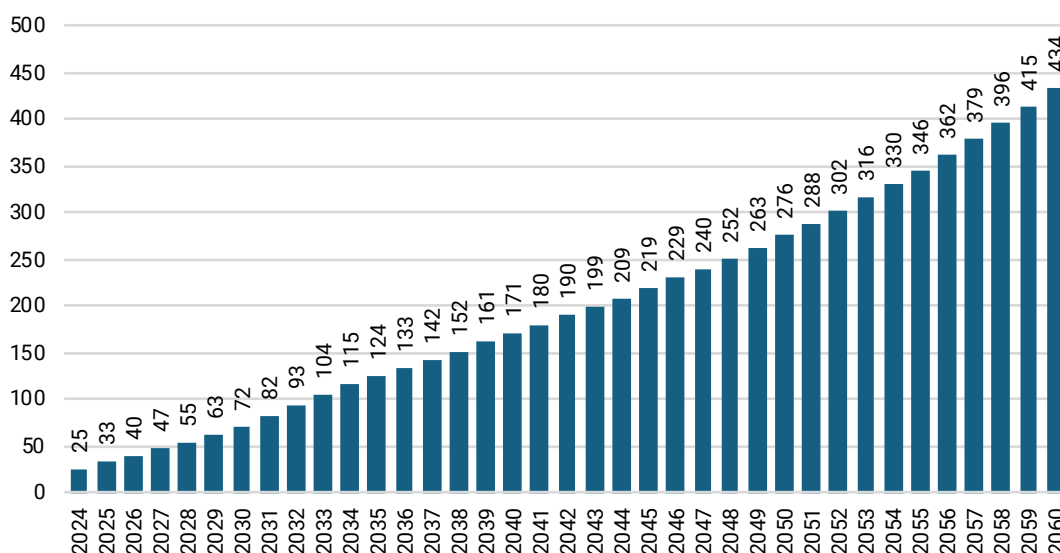
- przychody pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne: 85%,
- podatki związane z konsumpcją: 9%,
- podatki od dochodów i zysków: 6%.

Warto też zwrócić uwagę, że wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce, z podziałem na poszczególne kohorty wiekowe odbiegają od struktury wydatków w UE 14 (państwach Unii Europejskiej, które tworzyły Wspólnotę przed rozszerzeniem w 2004 r.). O ile na leczenie osób najstarszych, powyżej 74. roku życia, wydajemy jedynie ok. 12% PKB *per capita* w przypadku mężczyzn oraz ok. 10% PKB

per capita w przypadku kobiet, o tyle w państwach UE14 ten wskaźnik ten osiąga ok. 20% PKB per capita dla mężczyzn i 15% PKB per capita dla kobiet. Z tego powodu na użytek analizy przyjęto, że w długim okresie nastąpi proces konwergencji struktury wydatków na zdrowie w tym zakresie.

W ramach modelu PASH można przyjąć różne założenia dotyczące inflacji kosztów opieki zdrowotnej. W latach 2022–2025 koszty udzielania świadczeń rosły wyjątkowo szybko, głównie pod wpływem retaryfikacji świadczeń związanej z ustawą o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia. Wzrost ceny punktu rozliczeniowego w ryczałcie podstawowego systemu zabezpieczenia szpitalnego od 1 lipca 2022 r. wyniósł nieco ponad 23%, czyli około 2,5 pp. powyżej inflacji – stąd takie założenie w scenariuszu bazowym. **W wersji alternatywnej wzrost kosztów opieki zdrowotnej jest o 1 pp. wyższy od wzrostu cen w gospodarce. Należy jednak zaznaczyć, że wymagałby on podjęcia szeregu decyzji zmniejszających presję kosztową na system ochrony zdrowia.**

Wykres 2: Luka w finansowaniu ochrony zdrowia (w mld zł, ceny stałe – scenariusz bazowy)



źródło: szacunki na podstawie modelu PASH (WHO) zasilonego danymi dla Polski

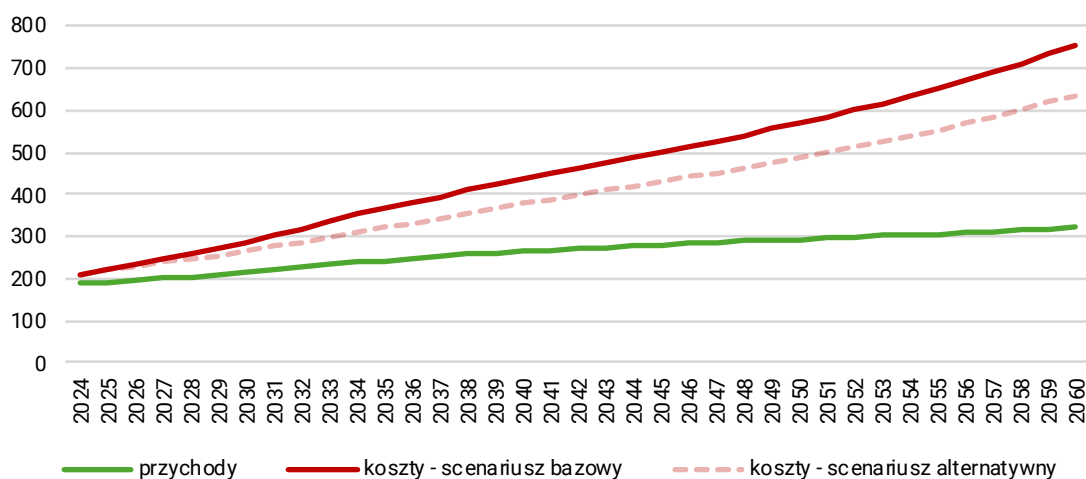
Po zasileniu modelu PASH niezbędnymi danymi oraz przyjęciu założeń, o których mowa powyżej, oszacowana została luka finansowa systemu ochrony zdrowia w perspektywie do 2060 r. Wynika ona zarówno z ograniczenia przychodów w systemie ochrony zdrowia, jak i zwiększenia popytu na coraz droższe świadczenia opieki zdrowotnej:

- w scenariuszu bazowym:
 - w 2040 r. – wyniesie 171 mld zł;
 - w 2060 r. – wyniesie 434 mld zł;

- w scenariuszu alternatywnym:
 - w 2040 r. – wyniesie 112 mld zł;
 - w 2060 r. – wyniesie 315 mld zł.

Wskazana luka finansowa będzie musiała zostać częściowo skompensowana wydatkami prywatnymi (*out-of-pocket*) obywateli albo uzupełniona dodatkowymi środkami publicznymi, pochodzącymi spoza strumienia składkowego.

Wykres 3: Przychody i koszty systemu ochrony zdrowia (w mld zł, ceny stałe)



źródło: szacunki na podstawie modelu PASH (WHO) zasilonego danymi dla Polski

Rekomendacje

System ochrony zdrowia będzie podlegać w kolejnych latach silnej presji demograficznej. Z jednej strony z powodu zwiększenia liczby osób starszych wzrośnie popyt na świadczenia opieki zdrowotnej. Z drugiej – odpływ osób z rynku pracy przy utrzymaniu systemu opartego w znacznej mierze na oskładkowaniu dochodów właśnie z tytułu pracy będzie prowadzić do pogłębiającej się nierównowagi między przychodami a kosztami systemu ochrony zdrowia.

Autorzy niniejszego opracowania rekomendują rozpoczęcie debaty publicznej dotyczącej zapewnienia trwałych i stabilnych ram finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, ponieważ doraźne transfery z budżetu uniemożliwiają planowanie i realizację polityki zdrowotnej przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia.

W szczególności wydaje się zasadne:

1. Pilne wdrożenie rozwiązań ograniczających wzrost kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ponad wartość inflacji w gospodarce, ze szczególnym uwzględnieniem czynników odpowiedzialnych za dynamiczny wzrost kosztów systemu ochrony zdrowia w latach 2023–2025.
2. Ustawowe uregulowanie sposobu uzupełnienia przychodów w systemie ochrony zdrowia z innych źródeł niż związane z wykonywaniem pracy lub prowadzeniem działalności gospodarczej. Warto tu uwzględnić prognozy potrzeb zdrowotnych oparte na analizach rosnącego popytu na świadczenia opieki zdrowotnej, a nie relacji wydatków publicznych do PKB (ten wskaźnik okazał się zupełnie niemiernodajny i nieprzydatny w planowaniu wydatków).
3. Rozszerzenie bazy podatkowej o opłaty związane z konsumpcją produktów o udowodnionym szkodliwym wpływie na zdrowie obywateli, ograniczając występowanie chorób cywilizacyjnych i koszty ich leczenia w przyszłości.
4. Weryfikacja grup uprzywilejowanych lub zwolnionych z danin przeznaczonych na finansowanie systemu ochrony zdrowia.
5. Opracowanie wieloletniej strategii finansowania systemu ochrony zdrowia, uwzględniającej długoterminowe trendy demograficzne: rosnący popyt na

świadczenia zdrowotne oraz spadek liczby osób pracujących, które odprowadzają składki na ubezpieczenie zdrowotne (zgodnie z obecnie obowiązującymi regulacjami).

Niezależnie od powyższych kwestii, w Polsce od lat pozostaje nierozwiązany problem systemowego marnotrawstwa części środków, w tym spowodowany nadmiarem łóżek szpitalnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców (jeden z najwyższych wskaźników w krajach UE, obok Rumunii), powielaniem nieuzasadnionych porad specjalistycznych czy hospitalizacji. Utrzymywanie systemu opartego na szpitalnym modelu opieki jest bardzo kosztowne, pochłania ponad 51% budżetu NFZ i angażuje znaczną część ograniczonych zasobów kadrowych. W obliczu nadchodzących wyzwań demograficznych i ekonomicznych poprawa efektywności działania systemu ochrony zdrowia pozostaje kluczowym priorytetem.

Załącznik 1: Podsumowanie wyników

	j.m.	2024	2030	2040	2050	2060
Liczba ludności	mln os.	38,5	37,3	35,8	34,6	33,3
SCENARIUSZ 1 (trendy wynikające z obecnego status quo)						
Przychody systemu ochrony zdrowia	mld zł (ceny z 2024 r.)	186,3	215,6	264,6	294,0	320,1
Wydatki systemu ochrony zdrowia	mld zł (ceny z 2024 r.)	211,0	287,4	435,4	569,6	753,6
Luka finansowa	mld zł (ceny z 2024 r.)	24,7	71,8	170,8	275,6	433,5
Wydatki systemu ochrony zdrowia	proc. PKB	5,8%	6,9%	8,6%	10,2%	12,3%
Luka finansowa	proc. PKB	0,7%	1,7%	3,4%	4,9%	7,1%
Poziom pokrycia wydatków	proc.	88%	75%	61%	52%	42%
Wzrost wydatków prywatnych pacjentów niezbędny do uzupełnienia luki	proc. względem 2024 r.	0%	102%	328%	540%	920%
SCENARIUSZ 2 (czynniki demograficzne i konwergencja z UE, bez dodatkowych kosztów)						
Przychody systemu ochrony zdrowia	mld zł (ceny z 2024 r.)	186,3	215,6	264,6	294,0	320,1
Wydatki systemu ochrony zdrowia	mld zł (ceny z 2024 r.)	211,0	265,7	376,9	486,3	653,2
Luka finansowa	mld zł (ceny z 2024 r.)	24,7	50,1	112,3	192,3	333,1
Wydatki systemu ochrony zdrowia	proc. PKB	5,8%	6,4%	7,5%	8,7%	10,4%
Luka finansowa	proc. PKB	0,7%	1,2%	2,2%	3,4%	5,1%
Poziom pokrycia wydatków	proc.	88%	81%	70%	60%	49%
Wzrost wydatków prywatnych pacjentów niezbędny do uzupełnienia luki	proc. względem 2024 r.	0%	47%	173%	311%	582%

[illegible]

