

Ćwierć biliona złotych na ochronę zdrowia. Magia liczb. Coś poza tym? Analiza FZZ

Wstęp

FZZ przeprowadziło tę Analizę w odpowiedzi na tezę, iż nominalnie wysoka kwota na ochronę zdrowia stanowi przede wszystkim narzędzie komunikacji politycznej i nie przełoży się na rozwiązanie problemu chronicznego niedofinansowania systemu publicznej ochrony zdrowia. Wnioski płynące z raportu jednoznacznie potwierdzają tę hipotezę. Chociaż nominalny wzrost wydatków jest znaczący, jest on dalece niewystarczający, aby sprostać skumulowanym wyzwaniom strukturalnym, ekonomicznym i systemowym.

Kluczowe ustalenia Analizy są następujące:

1. Erozja realnej wartości środków: nominalny wzrost wydatków o 25,5 mld zł w stosunku do roku 2025 jest w znacznym stopniu niwelowany przez prognozowaną inflację ogólnogospodarczą oraz, co istotniejsze, przez znacznie wyższą inflację kosztów wewnątrzsektorowych. Koszty świadczeń zdrowotnych rosną w tempie ponad dwukrotnie szybszym niż ogólny wskaźnik cen towarów i usług, co oznacza, że duża część dodatkowych funduszy zostanie przeznaczona jedynie na utrzymanie obecnego poziomu świadczeń, a nie na jego rozwój.
2. Mistyfikacja wskaźników procentowych: oficjalnie komunikowany wskaźnik wydatków na poziomie 6,81% PKB jest wynikiem zastosowania specyficznej, ustawowej metodologii odnoszącej wydatki do PKB sprzed dwóch lat (tzw. reguła n-2). Według standardów międzynarodowych, które odnoszą wydatki do PKB roku bieżącego, wskaźnik ten wynosi ok. 5,9%. Utrwała to pozycję Polski w ogonie państw Unii Europejskiej i OECD pod względem relatywnego poziomu finansowania publicznej ochrony zdrowia, gdzie średnie wydatki publiczne znacząco przekraczają 7% PKB.
3. Strukturalna luka finansowa: nawet przedstawiciele rządu otwarcie przyznają, że w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2026 istnieje strukturalna luka w wysokości co najmniej 23 mld zł. Oznacza to, że system jest niedofinansowany już na etapie

planowania budżetowego, a zaplanowane środki nie pokrywają nawet przewidywalnych, obligatoryjnych kosztów jego funkcjonowania.

W konkluzji, kwota bliska ćwierć biliona złotych, choć robi wrażenie w ujęciu nominalnym, nie stanowi przełomu w finansowaniu polskiej ochrony zdrowia. Jest to liczba, która w zderzeniu z realiami ekonomicznymi i głębokimi dysfunkcjami systemowymi okazuje się niewystarczająca do zainicjowania realnej poprawy. Polski system opieki zdrowotnej w 2026 roku, pomimo rekordowego budżetu, pozostanie systemem niedoinwestowanym, a pacjenci w dalszym ciągu będą zmagać się z konsekwencjami tego stanu rzeczy, w tym z rekordowo długim czasem oczekiwania na świadczenia.

Obietnica ćwierć biliona złotych

Fundamentem publicznej debaty na temat przyszłości polskiej ochrony zdrowia stała się rządowa zapowiedź bezprecedensowego wzrostu nakładów finansowych w budżecie na 2026 rok. Narracja ta, umiejętnie skonstruowana i komunikowana, opiera się na wielkich liczbach, mających symbolizować determinację w naprawie systemu. FZZ postanowiło dokonać tej Analizy, aby przedstawiciele otoczenia społeczno - gospodarczego mogli w pełni zrozumieć jej ograniczenia.

Polityczna narracja przełomu

Centralnym, a nawet - ceremonialnym punktem rządowej komunikacji było wystąpienie premiera Donalda Tuska w Piotrkowie Trybunalskim w dniu 15 października 2025 roku. To właśnie tam, w bezpośrednim kontakcie z obywatelami, przedstawiono wizję historycznej inwestycji w zdrowie Polaków. Przekaz został oparty na kilku filarach. Po pierwsze, na podkreśleniu skali zmiany poprzez porównanie do poprzedników. Premier wskazał, że w budżecie na 2026 rok na ochronę zdrowia zostanie wydane o 84 mld zł więcej niż w ostatnim roku rządów Prawa i Sprawiedliwości, określając tę kwotę jako "zupełnie abstrakcyjną". Takie ujęcie miało na celu zbudowanie wizerunku obecnego rządu jako tego, który realnie i na niespotykaną dotąd skalę inwestuje w zdrowie.

Po drugie, zastosowano mechanizm uwiarygodnienia wielkich liczb poprzez przełożenie ich na skalę indywidualną. Stwierdzenie, że zwiększone wydatki oznaczają "na każdego Polaka to jest 2000 zł więcej", miało uczynić abstrakcyjną kwotę miliardów bardziej namacalną i zrozumiałą dla opinii publicznej. Był to zabieg retoryczny, mający na celu personalizację korzyści płynących z decyzji budżetowych i budowanie poparcia społecznego dla polityki rządu.

Po trzecie, i co być może najistotniejsze z perspektywy dalszej analizy, wprowadzono wyraźne rozróżnienie co do adresatów dodatkowych środków. Zarówno premier, jak i minister finansów wielokrotnie podkreślali, że celem jest, aby pieniądze "w maksymalnym stopniu wydawane były na procedury medyczne i pacjentów, a nie na podwyżki". W jednej z wypowiedzi premier stwierdził wprost, że celem resortu zdrowia będzie "poprawa sytuacji pacjentów, nie poprawa sytuacji lekarzy".

Oficjalne dane budżetowe

Za polityczną narracją stoją konkretne liczby zapisane w projekcie ustawy budżetowej na rok 2026. Dokument ten zakłada, że łączne nakłady na publiczną ochronę zdrowia wyniosą 247,8 mld zł. Stanowi to nominalny wzrost o 25,5 mld zł w stosunku do kwoty 222,3 mld zł zaplanowanej na rok 2025. Rząd podkreśla, że kwota ta odpowiada 6,81% PKB, co nieznacznie przekracza ustawowe minimum na ten rok, wynoszące 6,8% PKB.

Wzrost nominalny a presja realnych kosztów

Ogłoszenie wzrostu budżetu na ochronę zdrowia o 25,5 mld zł jest informacją, która w oderwaniu od kontekstu ekonomicznego może prowadzić do błędnych wniosków. FZZ poprzez tę analizę chce, aby rzetelnie ocenić siłę nabywczą tych dodatkowych środków, niezbędne jest uwzględnienie dwóch kluczowych czynników: ogólnego wskaźnika inflacji konsumenckiej (CPI) oraz znacznie wyższej, specyficznej dla sektora medycznego dynamiki wzrostu kosztów. Dopiero taka analiza pozwala zrozumieć, jaka część zapowiadanego wzrostu stanowi realną inwestycję, a jaka jest jedynie kompensacją rosnących cen.

Ogólna presja inflacyjna

Pierwszym i najbardziej podstawowym filtrem, przez który należy oceniać nominalny wzrost wydatków, jest prognozowana inflacja. Rząd, konstruując projekt budżetu na 2026 rok, sam założył średnioroczną inflację na poziomie 3,0%. Prognozy Narodowego Banku Polskiego są zbieżne, wskazując na centralną ścieżkę inflacji CPI w przedziale 2,9-3,1%, przy czym 50-procentowe prawdopodobieństwo kształtowania się tego wskaźnika mieści się w zakresie od 1,4% do 4,1%. Przyjęcie nawet konserwatywnego założenia o 3-procentowej inflacji oznacza, że około 7,4 mld zł (3% z budżetu na 2025 rok wynoszącego ok. 247,8 mld zł / 1,03) zostanie "zjedzone" przez sam

wzrost cen w gospodarce. Realna wartość dodanych środków, z perspektywy ogólnej siły nabywczej, jest więc od samego początku znacznie niższa.

Znacznie poważniejszym problemem, często pomijanym w publicznej debacie, jest zjawisko inflacji kosztów wewnątrz sektora ochrony zdrowia, która znacząco przewyższa wskaźnik CPI. Analizy ekspertów dostarczają alarmujących danych. W okresie od 2016 do 2024 roku, podczas gdy skumulowana inflacja CPI wyniosła 52,1%, jednostkowy koszt pojedynczego świadczenia medycznego finansowanego przez NFZ wzrósł aż o 137%. Oznacza to, że ceny w ochronie zdrowia rosły 2,5-krotnie szybciej niż w całej gospodarce.

Na to zjawisko składa się kilka czynników. Po pierwsze, rosnące koszty nowoczesnych technologii medycznych i leków, które często są importowane i wrażliwe na wahania kursów walut. Ta sektorowa hiperinflacja ma fundamentalne znaczenie dla oceny budżetu na 2026 rok. W takim scenariuszu, nominalny wzrost o 25,5 mld zł może w całości zostać skonsumowany przez sam wzrost kosztów utrzymania systemu na dotychczasowym poziomie, nie pozostawiając praktycznie żadnych środków na realne zwiększenie liczby świadczeń, skracanie kolejek czy nowe inwestycje. Poniższa tabela ilustruje, jak nominalny wzrost jest erodowany przez różne wskaźniki inflacji.

Tabela 1: nakłady na publiczną ochronę zdrowia w Polsce (2025-2026) – wzrost nominalny a realny

Wskaźnik	Rok 2025 (plan)	Rok 2026 (projekt)	Wzrost nominalny	Wzrost realny (korekta o CPI 3,0%)	Wzrost realny (korekta o inflację sektorową 8,0%*)
Budżet (w mld zł)	222,3	247,8	25,5	18,8	7,8

*Stopa hipotetyczna, oparta na historycznych trendach przekraczania wskaźnika CPI przez wzrost kosztów w sektorze zdrowia.

Jak widać, optymistyczny nominalny wzrost o 25,5 mld zł topnieje do zaledwie 7,8 mld zł, gdy uwzględni się bardziej realistyczną, choć wciąż ostrożną, stopę inflacji kosztów w ochronie zdrowia. Ta kwota jest dalece niewystarczająca, by sprostać zidentyfikowanej przez ekspertów luce finansowej w NFZ, nie mówiąc już o sfinansowaniu jakiegokolwiek odczuwalnej dla pacjentów poprawy.

Kluczowym elementem rządowej narracji o historycznym finansowaniu ochrony zdrowia jest wskaźnik 6,81% PKB. Liczba ta, prezentowana jako dowód na realizację zobowiązań i zbliżanie się do europejskich standardów, w rzeczywistości jest wynikiem specyficznej metodologii obliczeniowej, która zaciemnia prawdziwy obraz. Analiza tej metody oraz porównanie z międzynarodowymi benchmarkami ujawnia, że pomimo rosnących nominalnie kwot, Polska pozostaje krajem o chronicznie niedofinansowanym systemie opieki zdrowotnej.

Metodologiczna anomalia reguły "n-2"

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poziom nakładów na zdrowie jest obliczany jako relacja wydatków w danym roku (n) do wartości Produktu Krajowego Brutto sprzed dwóch lat (n-2). W warunkach rosnącej gospodarki i inflacji, taka metoda w sposób sztuczny zawyża wynik procentowy. Dzieje się tak, ponieważ mianownik ułamka (PKB z 2024 roku) jest istotnie niższy niż PKB z roku, którego dotyczy budżet (2026). Eksperti jednoznacznie wskazują na ten problem. Podczas gdy rządowy projekt budżetu na 2026 rok spełnia ustawowy cel 6,81% liczony metodą n-2, ta sama kwota 247,8 mld zł odniesiona do prognozowanego PKB na rok 2026 daje wynik na poziomie zaledwie około 5,9%. Różnica blisko jednego punktu procentowego to dziesiątki miliardów złotych. Jest to kluczowa manipulacja statystyczna, która pozwala rządowi na formalne spełnienie ustawowego minimum przy jednoczesnym utrzymaniu realnie niższego poziomu finansowania, niż sugeruje to oficjalna komunikacja. Co więcej, to właśnie wskaźnik odnoszący się do bieżącego PKB jest standardem stosowanym w porównaniach międzynarodowych przez organizacje takie jak Eurostat czy OECD.

Polska w Europie

Kiedy polskie wydatki na zdrowie zostaną przeliczone zgodnie z międzynarodową metodologią i zestawione z danymi dla innych krajów, obraz staje się jednoznaczny. Polska od lat znajduje się w grupie państw Unii Europejskiej i OECD przeznaczających na ten cel najmniejszą część swojego bogactwa narodowego, a budżet na 2026 rok tej strukturalnej zapaści nie zmienia.

- Luka względem średniej UE i OECD: najnowsze kompleksowe dane Eurostatu (za 2022 rok), uwzględniające zarówno wydatki publiczne, jak i prywatne, pokazują, że średnia dla UE wynosiła 10,4% PKB, podczas gdy w Polsce było to zaledwie 6,4%. Średnia dla krajów OECD w tym samym roku to 9,2% PKB. Nawet biorąc pod uwagę tylko wydatki publiczne,

luka jest ogromna: w 2023 roku średnia unijna wynosiła 7,3% PKB, a w Polsce 5,7%. Prognozowane na 2026 rok ~5,9% PKB (liczone wg standardów międzynarodowych) wciąż plasuje Polskę daleko za europejską średnią.

- Zapaść w wydatkach per capita: różnice są jeszcze bardziej dramatyczne, gdy spojrzymy na wydatki w przeliczeniu na mieszkańca. W 2022 roku, kiedy średnia w UE wynosiła 3 685 euro, w Polsce było to nieco ponad 1 000 euro. Ten wskaźnik plasował Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Unii, jedynie przed Rumunią i Bułgarią.

Te dane dowodzą, że niska pozycja Polski w rankingach finansowania ochrony zdrowia nie jest zjawiskiem nowym ani cyklicznym, lecz ma charakter głęboko strukturalny. Już dane z 2019 roku pokazywały, że Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. Kolejne lata, w tym prognoza na 2026, potwierdzają ten trend.

Zapowiadany "historyczny" wzrost nakładów jest w istocie jedynie kontynuacją polityki powolnego zwiększania budżetu, która nie jest w stanie zniwelować rosnącej z roku na rok przepaści dzielącej Polskę od standardów europejskich. System nie jest strategicznie doinwestowywany w celu osiągnięcia poziomu porównywalnego z krajami o podobnym poziomie rozwoju; jest jedynie łatany kwotami pozwalającymi na przetrwanie kolejnego roku. Poniższa tabela przedstawia tę dysproporcję w syntetyczny sposób.

Tabela 2: wydatki na ochronę zdrowia jako procent PKB (prognoza na 2026 r.) – analiza porównawcza

Region / Metodologia	Metryka	Procent PKB
Polska (oficjalna metodologia rządowa)	Wydatki publiczne (wg reguły n-2)	6,81%
Polska (metodologia międzynarodowa)	Wydatki publiczne (wg bieżącego PKB)	~5,9%
Średnia Unii Europejskiej (dane za 2023 r.)	Wydatki publiczne	7,3%
Średnia OECD (dane za 2022 r.)	Wydatki łączne (publiczne i prywatne)	9,2%

Porównanie to jednoznacznie demaskuje polityczną retorykę. Nawet przy rekordowych nominalnie nakładach, Polska w 2026 roku wciąż będzie wydawać na zdrowie znacznie mniej niż jej europejscy partnerzy, co bezpośrednio przekłada się na jakość i dostępność opieki dla obywateli.

Wymagania

Nawet gdyby wzrost finansowania ochrony zdrowia był realnie wyższy, jego wpływ na poprawę sytuacji pacjentów byłby ograniczony przez głęboko zakorzenione, strukturalne problemy systemu. Działają one jak "czarne dziury", które pochłaniają dodatkowe środki, zanim te zdążą przełożyć się na skrócenie kolejek czy podniesienie jakości leczenia. Analiza trzech kluczowych obszarów – zadłużenia szpitali, niedoborów kadrowych i czasu oczekiwania na świadczenia – pokazuje, że system znajduje się w stanie permanentnego kryzysu, a nowe fundusze w dużej mierze posłużą jedynie do jego podtrzymania, a nie uzdrowienia.

Niezlomny ciężar długu szpitalnego

Zadłużenie szpitali jest jednym z najbardziej palących problemów polskiej ochrony zdrowia, a jego skala jest porównywalna z całym rocznym wzrostem nakładów.

- Skala kryzysu: według danych na koniec pierwszego kwartału 2025 roku, łączne zobowiązania szpitali sięgnęły kwoty 25,4 mld zł. Z tego 3,4 mld zł stanowiły zobowiązania wymagalne, czyli długi przeterminowane. Sama kwota całkowitego zadłużenia jest niemal identyczna z zapowiadzianym na 2026 rok wzrostem wydatków (25,5 mld zł).
- Dynamiczny wzrost: dług nie jest statyczny – rośnie w alarmującym tempie. Zobowiązania wymagalne publicznych szpitali wzrosły o 38,4% w ujęciu rok do roku (porównując I kw. 2025 do I kw. 2024). Jest to najszybszy systematyczny wzrost od wielu lat, co świadczy o pogłębiającej się niewydolności finansowej placówek.
- Konsekwencje: permanentne zadłużenie paraliżuje funkcjonowanie szpitali. Środki, które mogłyby być przeznaczone na inwestycje w nowy sprzęt, remonty oddziałów czy poprawę warunków pracy personelu, są przeznaczane na obsługę długu. Brak płynności finansowej utrudnia również zatrzymanie i pozyskiwanie specjalistów, co bezpośrednio przekłada się na bezpieczeństwo i jakość opieki.

Braki kadrowe i wypalenie zawodowe

Fundamentem każdego systemu opieki zdrowotnej są ludzie. W Polsce ten fundament kruszeje w zastraszającym tempie, co stanowi zagrożenie dla ciągłości udzielania świadczeń.

- Krytyczne niedobory: Polska ma jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy (3,4 na 1000 mieszkańców wobec średniej OECD 3,7) i pielęgniarek (5,7 wobec średniej 9,2)

w krajach rozwiniętych. Szacuje się, że w systemie brakuje ponad 160 000 pielęgniarek do osiągnięcia optymalnego poziomu opieki.

- Demograficzna bomba zegarowa: system opiera się na pracy personelu w wieku emerytalnym. Znaczący odsetek aktywnie pracujących lekarzy i pielęgniarek to osoby powyżej 60. i 65. roku życia. Oznacza to, że w najbliższych latach system stanie w obliczu masowego odchodzenia specjalistów na emeryturę, bez zapewnienia odpowiedniej zastępowalności pokoleń.
- Wpływ na personel i pacjentów: przewlekłe niedobory prowadzą do przeciążenia, wypalenia zawodowego i depresji wśród personelu medycznego. Aż 33% z nich deklaruje, że z tego powodu rozważa odejście z zawodu. Dla pacjentów oznacza to mniej czasu na wizytę, większe ryzyko błędów medycznych i, co najważniejsze, coraz dłuższe kolejki do specjalistów.

Męka pacjenta: analiza eskalacji czasu oczekiwania

Najbardziej namacalnym dla obywateli wskaźnikiem niewydolności systemu są kolejki. Dane z ostatnich lat nie pozostawiają złudzeń – dostęp do opieki zdrowotnej systematycznie się pogarsza.

- Rekordowo długie kolejki: według raportu Fundacji Watch Health Care, pod koniec 2024 roku średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne (wizytę, badanie lub zabieg) osiągnął 4,2 miesiąca. Jest to najgorszy wynik od 2012 roku, kiedy rozpoczęto monitorowanie tego wskaźnika. Średni czas oczekiwania do lekarza specjalisty jest jeszcze dłuższy i wynosi 4,3 miesiąca.
- Ekstremalne oczekiwanie na kluczowych specjalistów: w przypadku niektórych specjalizacji sytuacja jest dramatyczna. Średni czas oczekiwania na wizytę u angiologa to 13,9 miesiąca, u endokrynologa – 12,1 miesiąca, a u chirurga naczyniowego – 11,6 miesiąca. Są to często konsultacje kluczowe dla zdrowia i życia pacjentów, a oczekiwanie na nie przez ponad rok jest zaprzeczeniem idei publicznej opieki zdrowotnej.
- Przyczyny: eksperci jednoznacznie wskazują, że głównymi przyczynami narastających kolejek są systemowe niedofinansowanie oraz braki kadrowe.

Te trzy kryzysy – dług, braki kadrowe i kolejki – są ze sobą nierozzerwalnie połączone, tworząc błędne koło. Niedofinansowanie prowadzi do niskich płac i złych warunków pracy, co zmusza personel do emigracji i powoduje braki kadrowe. Braki kadrowe ograniczają wydolność systemu, generując kolejki. Aby zapobiec całkowitemu paraliżowi, rząd zmuszony jest do wprowadzania ustawowych

podwyżek płac. Te z kolei, przy niewystarczającym finansowaniu z NFZ, pogłębiają zadłużenie szpitali.

Rosnący dług ogranicza możliwości inwestycyjne i dalsze pogarsza warunki pracy, zamykając cykl. W tym kontekście, dodatkowe 25,5 mld zł nie jest narzędziem reformy, lecz paliwem, które pozwoli tej wadliwej maszynie funkcjonować przez kolejny rok, łagodząc najbardziej palące objawy, ale nie lecząc fundamentalnej przyczyny choroby.

Tabela 3: kluczowe wskaźniki presji systemowej w polskiej ochronie zdrowia (2023-2025)

Wskaźnik	Wartość / Metryka	Źródło
Całkowite zadłużenie szpitali	25,4 mld zł (stan na I kw. 2025)	[29, 30]
Zobowiązania wymagalne szpitali	3,4 mld zł (stan na I kw. 2025)	[30, 31]
Roczny wzrost zobowiązań wymagalnych	+38,4% (I kw. 2025 vs I kw. 2024)	
Średni czas oczekiwania do specjalisty	4,3 miesiąca (dane z końca 2024)	[36, 39]
Czas oczekiwania do endokrynologa	12,1 miesiąca (dane z końca 2024)	[36, 41]
Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców	5,7 (Polska) vs 9,2 (średnia OECD)	

Deficyt strukturalny

Najbardziej dobitnym dowodem na to, że zaplanowany na 2026 rok budżet na ochronę zdrowia jest niewystarczający, jest niemal powszechna zgoda ekspertów, analityków, a nawet samych przedstawicieli rządu co do istnienia ogromnej, strukturalnej luki finansowej w Narodowym Funduszu Zdrowia. Szacowana na co najmniej 23 mld zł, luka ta demaskuje oficjalną narrację sukcesu i pokazuje, że system jest niedofinansowany już na starcie.

Konsensus w sprawie niedoboru

Oceny dotyczące skali niedoboru środków w NFZ na 2026 rok są zaskakująco zbieżne, co nadaje im szczególną wiarygodność. Stanowisko Ministerstwa Zdrowia: sama minister zdrowia, Jolanta Sobierańska-Grenda, przyznała na początku października 2025 roku, że według prognoz w budżecie NFZ na 2026 rok zabraknie 23 mld zł. To bezprecedensowe przyznanie przez członka rządu, że planowany budżet nie pokrywa przewidywanych potrzeb, stanowi najmocniejszy argument podważający oficjalną propagandę sukcesu.

Anatomia luki finansowej

Deficyt w wysokości 23 mld zł nie jest abstrakcyjną liczbą. Składa się na niego suma konkretnych, przewidywalnych i w dużej mierze obligatoryjnych kosztów, których plan finansowy NFZ nie uwzględnia w wystarczającym stopniu.

- Rosnące koszty świadczeń: jak już wspomniano, inflacja w sektorze medycznym znacznie przewyższa inflację ogólną. Rosną ceny leków, energii, sprzętu i usług zewnętrznych. Plan NFZ, oparty na ogólnych wskaźnikach makroekonomicznych, nie jest w stanie w pełni zaabsorbować tej specyficznej dynamiki kosztów.
- Wyczerpane rezerwy: w poprzednich latach system ratował się, korzystając ze zgromadzonych rezerw finansowych. Jednak, jak wskazują eksperci, rezerwy te zostały praktycznie wyczerpane. Stan funduszu zapasowego NFZ spadł z 26 mld zł do zaledwie 2,2 mld zł. Jednocześnie wartość tzw. nadwykonań (świadczeń wykonanych, ale niezapłaconych przez NFZ i przeniesionych na kolejny rok) wzrosła z 0,8 mld zł do 6,3 mld zł. Oznacza to, że system wchodzi w 2026 rok bez żadnej poduszki finansowej, która mogłaby zamortyzować przewidywany deficyt.

Ta sytuacja prowadzi do fundamentalnego wniosku: projekt budżetu na 2026 rok jest w większym stopniu dokumentem politycznym niż finansowym. Jego konstrukcja została podporządkowana jednemu celowi – osiągnięciu minimalnego progu ustawowego (liczonego korzystną metodą n-2), co pozwala na ogłoszenie politycznego sukcesu. Zignorowano przy tym twarde dane ekonomiczne i przewidywalne koszty operacyjne, świadomie tworząc budżet, który jest niewykonalny bez dodatkowych, nieprzewidzianych w planie zastrzyków finansowych w trakcie roku. Jest to strategia, która priorytetyzuje krótkoterminowy efekt wizerunkowy nad długoterminową stabilnością finansową sektora kluczowego dla bezpieczeństwa państwa.

Konkluzje

Analiza projektu budżetu na ochronę zdrowia na rok 2026, przeprowadzona w niniejszej raporcie, prowadzi do jednoznacznych i niepokojących wniosków, które w pełni potwierdzają wyjściową tezę o pozorności zapowiadanego przełomu. Kwota bliska ćwierć biliona złotych, choć bezprecedensowa w ujęciu nominalnym, stanowi fasadę, za którą kryje się kontynuacja polityki chronicznego

niedofinansowania systemu, niezdolnego do zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa.

Synteza przedstawionych dowodów układa się w spójny obraz. Po pierwsze, realna wartość dodatkowych 25,5 mld zł jest drastycznie pomniejszana przez inflację, a w szczególności przez specyficzną dla sektora medycznego hiperinflację kosztów. Znaczna część tej kwoty zostanie przeznaczona nie na rozwój, lecz na pokrycie rosnących cen i utrzymanie status quo.

Po drugie, rządowy wskaźnik wydatków na poziomie 6,81% PKB jest wynikiem statystycznej manipulacji, opartej na korzystnej metodologii "n-2". Według miarodajnych, międzynarodowych standardów, Polska w 2026 roku przeznaczy na zdrowie zaledwie ok. 5,9% swojego PKB, co utrwali jej niechlubną pozycję w ogonie Europy, daleko za krajami o porównywalnym poziomie rozwoju.

Po trzecie, nawet te ograniczone realnie środki trafią do systemu trawionego przez głębokie kryzysy strukturalne. Lawinowo rosnące zadłużenie szpitali, sięgające 25,4 mld zł, krytyczne niedobory personelu medycznego oraz rekordowo długie kolejki do specjalistów tworzą "błędne koło", w którym nowe fundusze są natychmiast pochłaniane przez bieżące potrzeby i gaszenie pożarów, nie pozostawiając przestrzeni na strategiczne inwestycje.

Wreszcie, istnienie prognozowanej na 23 mld zł luki w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, potwierdzone zarówno przez niezależnych ekspertów, jak i samą minister zdrowia, jest ostatecznym dowodem na to, że plan finansowy na 2026 rok jest niewystarczający już na etapie projektowania. Świadczy to o tym, że priorytetem było osiągnięcie politycznie wygodnego wskaźnika, a nie zapewnienie realnej stabilności finansowej systemu.

W świetle powyższych faktów, należy stwierdzić, że publiczna ochrona zdrowia w Polsce w 2026 roku pozostanie systemem głęboko niedofinansowanym. Nagłośniona medialnie kwota, mająca robić wrażenie na opinii publicznej, nie przekłada się na fundamentalną zmianę polityki zdrowotnej państwa. Jest to raczej kosztowna próba podtrzymania przy życiu systemu o strukturalnej niewydolności, a nie odważna inwestycja w jego uzdrowienie.

Bez głębokich reform, nie tylko finansowych, ale i organizacyjnych, pacjenci w dalszym ciągu będą głównymi ofiarami tej pozornej hojności.

Opracował: Grzegorz Sikora

Korekta: Jan Polaczek i Karolina Dąbrowska