

12. SUBIEKTYWNA OCENA ZDROWIA I POZIOMU ZASPOKOJENIA POTRZEB ZDROWOTNYCH

Stefan Bogusławski, Katarzyna Wróbel, Jakub Stokwiszewski, Anna Smaga,
Bogdan Wojtyniak

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy prowadzi cykliczne badania subiektywnych i niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa.

Przedmiotem analizy zbieranych danych jest subiektywna ocena stanu zdrowia oraz poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, pozyskana w trakcie badań społecznych przeprowadzonych na reprezentatywnych próbach dorosłych mieszkańców Polski.

Poniżej prezentowane dane pochodzą z badania przeprowadzonego przez NIZP PZH – PIB w 2025 roku. W wybranych zakresach przeprowadzono porównania do wyników analogicznego badania zrealizowanego w 2018 roku, a zatem w okresie przed pandemią COVID19.

Badane przeprowadzono metodą bezpośredniego wywiadu (*Computer Assisted Personal Interview* – CAPI) na reprezentatywnej, losowo-kwotowej próbie ludności Polski w wieku 20 lat i więcej.

W 2025 r. badaniem objęto 3000 osób. Próba została podzielona na 5 warstw wg wieku: 20–39 (N=800), 40–59 lat (N=800), 60–74 (N=800), 75–84 (N=400), 85 lat i powyżej (N=200) oraz była reprezentatywna w zakresie zmiennych demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania – region i wielkość miejscowości). W 2018 w badaniu uczestniczyło także 3000 respondentów, próbę podzielono wg wielkości miejscowości proporcjonalnie do liczby ich mieszkańców, w próbie w każdym województwie zachowano proporcję pod względem płci oraz wieku (20–39, 40–59, 60+). Na poziomie całego kraju dodatkowo zachowano proporcję mieszkańców miast i wsi według płci i wieku.

Na etapie analizy danych, wyniki zostały poddane ważeniu względem struktury wieku, odpowiadającej jej rozkładowi w populacji osób dorosłych w Polsce.

Porównania z poprzednią edycją badania, uwzględniają zmianę w strukturze płci, wieku, miejsca zamieszkania pomiędzy 2018 i 2025 r.

Pomiędzy kolejnymi edycjami badania starano się w jak największym stopniu zachować spójność kwestionariusza, w celu umożliwienia analizy zmian w czasie pod kątem postrzeganego stanu zdrowia, zachowań i potrzeb zdrowotnych. Kwestionariusz przechodzi w kolejnych edycjach aktualizacje jedynie w niezbędnym zakresie, adekwatnym do bieżących potrzeb badawczych.

Narzędzie stosuje zarówno autorskie pytania, jak również opiera się o standardowe pytania stosowane w europejskich badaniach dotyczących stanu zdrowia – EHIS oraz EU-SILC (np. w zakresie samooceny stanu zdrowia, chorób przewlekłych, bólu, badania aktywności fizycznej, wsparcia społecznego i wykluczenia) oraz walidowane kwestionariusze do oceny objawów lęku (GAD-2) depresji (PHQ-9), jakości snu (Single-Item Sleep Quality Scale), postaw wobec szczepień (SPW).

W niniejszym rozdziale omówione zostaną następujące, wybrane zagadnienia zawarte w ankietach badawczych:

- ogólna samoocena stanu zdrowia
- ocena niezrealizowanych potrzeb zdrowotnych
- korzystanie ze świadczeń zdrowotnych finansowanych publicznie przez NFZ i finansowanych niepublicznie – bezpośrednie opłaty osób korzystających ze świadczeń oraz finansowane za pośrednictwem abonamentów medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych.

Subiektywna ocena stanu zdrowia

Jak wyjaśniono w poprzedniej edycji „Raportu o stanie zdrowia ludności Polski i jego determinantach”¹, jedną z najważniejszych miar opisujących jakość życia w kontekście zdrowia jest jego subiektywna ocena. Jest ona dokonywana przez respondentów przy pomocy pięciostopniowej skali, od określenia „bardzo dobrze” do „bardzo źle”. Jest to ocena bez jakiegokolwiek odniesienia (np. do innych osób w danym wieku czy oczekiwań) i nie jest ona również obiektywizowana – bazuje na odczuciu respondenta, jest przez niego dokonywana w odniesieniu do własnych przekonań i postaw. Domyślnie obejmuje różne wymiary zdrowia – fizyczne, emocjonalne, społeczne i odnosi się do stanu w momencie

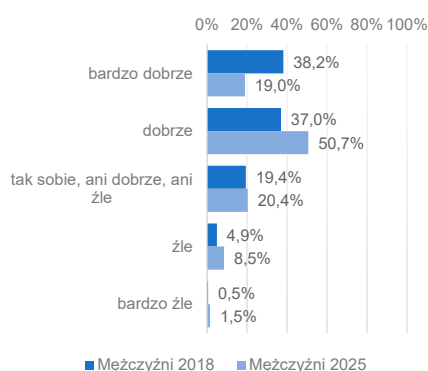
¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH-Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2022. <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>

dokonywania oceny, ale w dłuższej perspektywie czasowej (nie jest obciążona krótkotrwałym pogorszeniem zdrowia np. z powodu trwającej infekcji). Uznaje się, że subiektywna ocena stanu zdrowia jest trafnym predyktorem bieżących lub przyszłych potrzeb zdrowotnych i umieralności (w grupie osób starszych)².

Wyniki badania w 2025 r. wskazują na obniżenie poziomu przeciętnej samooceny stanu zdrowia kobiet i mężczyzn ludności Polski w wieku powyżej 20 lat w porównaniu do 2018 r. Pogorszenie się wielkości tego ważnego wskaźnika może wskazywać na wzrost dynamiki obciążenia systemu ochrony zdrowia w przyszłości, ponad obserwowane trendy.

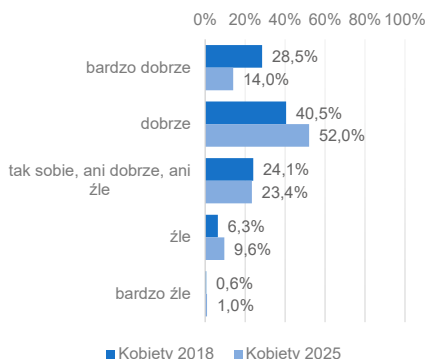
W porównaniu z 2018 r., odnotowano wyraźny spadek liczby osób deklarujących bardzo dobry stan zdrowia, we wszystkich analizowanych przekrojach społeczno-demograficznych, przede wszystkim na rzecz wzrostów w ocenach „dobrych”. Obecnie tylko 19% mężczyzn i 14 % kobiet tak ocenia swój stan jako „bardzo dobry”, podczas gdy 6 lat wcześniej było to odpowiednio 38,2% i 28,5%. Znacząco wzrosły odsetki osób określających swój stan zdrowia jako „zły” (ryc. 12.1. i ryc. 12.2.).

Subiektywna ocena stanu zdrowia zależy od czynników społeczno-demograficznych, takich jak wiek i wykształcenie. Im młodsza podgrupa badana, tym jest większy odsetek osób dobrze oceniających swoje zdrowie. Podobnie, wyższe oceny częściej obserwowane są w grupach o średnim lub wyższym wykształceniu (odpowiednio 72,1% i 75,0% dla mężczyzn oraz 64,8%, 77,4% dla kobiet w 2025 roku, vs około 60,0% dla mężczyzn z wykształceniem podstawowym i zawodowym oraz odpowiednio 42,0% i 55,4% dla kobiet.) Jeśli chodzi o poziom dochodów osób badanych, nie obserwuje się prostych zależności z poziomem samooceny zdrowia.



Ryc. 12.1. Subiektywna ocena stanu zdrowia, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

² Palladino, R. et al. (2016), „Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries”, *Age and Ageing*, Vol. 45/3, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044>



Ryc. 12.2. Subiektywna ocena stanu zdrowia, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

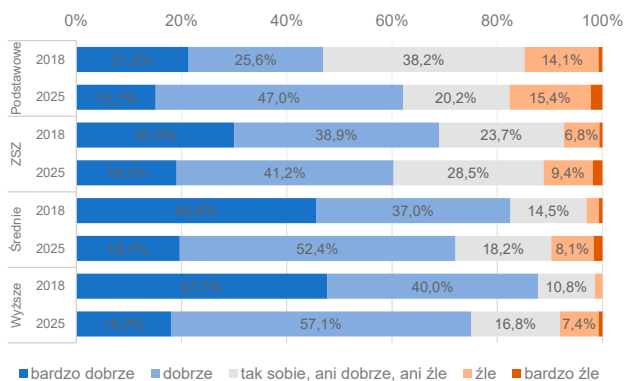
Subiektywna ocena stanu zdrowia jest najniższa wśród osób najstarszych i osób z niższym poziomem wykształcenia. Swoje zdrowie ocenia źle lub bardzo źle 36,0% mężczyzn i 31,8% kobiet w wieku 75 lat lub starszych oraz 17,7% mężczyzn i 27,7% kobiet z wykształceniem podstawowym (tabele 12.1 i 12.2).

W porównaniu do 2018 r., zwiększył się odsetek osób deklarujących zły lub bardzo zły stan zdrowia, zwłaszcza wśród osób z wyższym i średnim wykształceniem, a także osób w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej. Istotne pogorszenie samooceny stanu zdrowia w opisywanych latach nastąpiło także u osób w rocznikach 60–74 i 75+. Odsetek zły i bardzo zły oceny stanu zdrowia jest najwyższy wśród osób o wykształceniu podstawowym. Podobną sytuację obserwuje się wśród osób o trudnej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwie domowym.

Dane wskazują grupy społeczne o potencjalnie gorszym od przeciętnego stanie zdrowia, wymagających zwiększonych interwencji w zakresie zdrowia publicznego i medycyny naprawczej adresowanych specyficznie do tych grup.

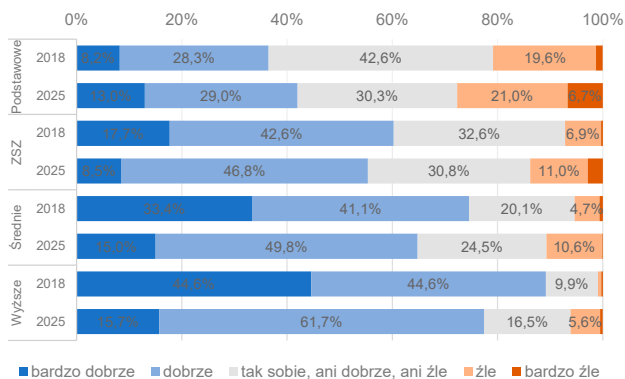
Negatywny trend występuje w łącznej analizie pozytywnych ocen zdrowia – dobrych i bardzo dobrych. Szczególnie wyraźne spadki od 2018 r. nastąpiły wśród osób w relatywnie dobrej sytuacji ekonomicznej (spadek o ok. 11 p.p. wśród mężczyzn i 8 p.p. wśród kobiet.), w grupie mężczyzn z wyższym wykształceniem (–13 pkt proc) i kobiet do 39 r. ż. (–6 pkt proc.). Spadki utrzymują się po zastosowaniu wag korygujących zmianę w strukturze społeczno-demograficznej populacji pomiędzy edycjami badania (ryc. 12.3 do ryc. 12.6).

Ocena sytuacji ekonomicznej oparta jest na trzech pytaniach dotyczących występowania w gospodarstwie domowym trudności z płaceniem rachunków, zakupem żywności i ubrań. Osoby wskazujące wystąpienie minimum jednej z tych trudności „zawsze”, „często” lub „czasem”, są kwalifikowane do grupy o najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej, natomiast osoby nigdy nie doświadczające tych sytuacji – do grupy o najlepszych uwarunkowaniach.

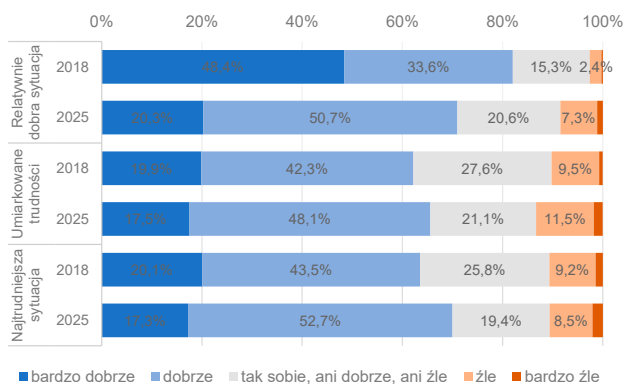


*ZSZ: wykształcenie zasadnicze zawodowe

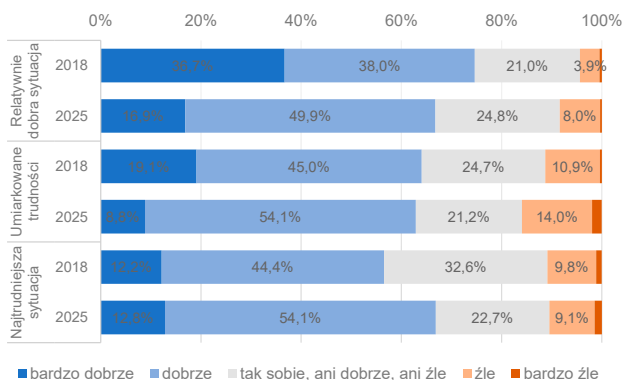
Ryc. 12.3. Ogólna ocena stanu zdrowia w grupach wykształcenia, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)



Ryc. 12.4. Ogólna ocena stanu zdrowia w grupach wykształcenia, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)



Ryc. 12.5. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od sytuacji ekonomicznej, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)



Ryc. 12.6. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od sytuacji ekonomicznej, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

Tabela 12.1. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od cech społeczno-demograficznych, mężczyźni (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

		Mężczyźni			
		2018		2025	
		Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/źle	Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/źle
Wiek (lata)	20–39	94,7%	1,2%	92,5%	2,8%
	40–59	80,6%	3,0%	77,1%	4,2%
	60–74	46,5%	9,1%	41,5%	21,6%
	75 +	13,8%	33,2%	16,0%	36,0%
Wykształcenie	Podstawowe	46,9%	14,8%	62,1%	17,7%
	ZSZ	68,9%	7,4%	60,3%	11,2%
	Średnie	82,5%	3,0%	72,1%	9,7%
	Wyższe	87,7%	1,4%	75,0%	8,1%
Wielkość miejscowości	Wieś	76,9%	4,7%	71,9%	8,8%
	do 10 tys.	79,8%	2,4%	65,8%	10,6%
	10–20 tys.	76,4%	5,7%	64,3%	10,7%
	20–50 tys.	74,1%	4,6%	64,8%	8,5%
	50–100 tys.	76,4%	8,0%	55,0%	14,2%
	100–200 tys.	73,9%	6,9%	69,9%	12,6%
	200 tys. i więcej	70,6%	6,7%	73,5%	10,8%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza	63,5%	10,7%	70,0%	10,6%
	Umiarkowane trudności	62,2%	10,2%	65,6%	13,3%
	Relatywnie dobra	82,0%	2,6%	71,0%	8,5%

Tabela 12.2. Ogólna ocena stanu zdrowia w zależności od cech społeczno-demograficznych, kobiety (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

		Kobiety			
		2018		2025	
		Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła	Ocena bardzo dobra/dobra	Ocena bardzo zła/zła
Wiek (lata)	20–39	93,1%	0,7%	86,8%	3,4%
	40–59	75,2%	4,2%	80,6%	5,5%
	60–74	45,2%	10,3%	41,2%	16,6%
	75 +	22,3%	28,8%	23,3%	31,8%
Wykształcenie	Podstawowe	36,5%	20,9%	42,0%	27,7%
	ZSZ	60,3%	7,2%	55,4%	13,8%
	Średnie	74,6%	5,3%	64,8%	10,7%
	Wyższe	89,2%	0,9%	77,4%	6,1%
Wielkość miejscowości	Wieś	71,3%	5,8%	66,0%	10,0%
	do 10 tys.	68,4%	8,7%	71,8%	10,2%
	10–20 tys.	71,0%	4,6%	70,8%	5,8%
	20–50 tys.	66,4%	10,6%	65,1%	9,9%
	50–100 tys.	74,8%	4,0%	71,3%	11,6%
	100–200 tys.	60,4%	12,3%	60,7%	12,5%
	200 tys. i więcej	67,4%	6,0%	62,9%	12,6%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza	56,6%	10,9%	66,9%	10,5%
	Umiarkowane trudności	64,1%	11,3%	62,9%	15,9%
	Relatywnie dobra	74,7%	4,4%	66,8%	8,4%

Warto zaznaczyć, że struktura ocen stanu zdrowia zaobserwowana z badania NIZP PZH – PIB jest rozmiarowo zgodna z wynikami europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC, na grupie osób od 16 r. ż. z 2023 r., w którym 66,1% mężczyzn i 60,0% kobiet określiło swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych

W porównaniu do 2018 r., wzrosła liczba osób deklaruujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, w tym, w szczególności, problemów, które sprawiają poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

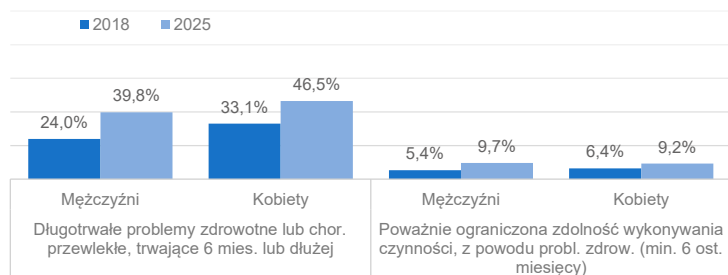
Trend pogorszenia się samooceny stanu zdrowia w porównaniu do 2018 r. jest spójny z bardzo znaczącym wzrostem odsetka osób deklarujących występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, a w szczególności, problemów, które sprawiają poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Zjawisko to dotyczy obu płci w podobnym stopniu.

W 2025 r. 39,8% mężczyzn i 46,5% kobiet zgłasza problemy zdrowotne trwające od min. 6 miesięcy (co stanowi wzrost o ok. 16 i 13 p.p. w porównaniu z 2018 r.). Różnica między płciami jest związana z inną strukturą wieku w tych grupach i w związku z tym maleje po zastosowaniu odpowiedniej standaryzacji danych (44,9% mężczyzn i 41,9% kobiet po standaryzacji wg wieku) (ryc. 12.7).

Z kolei z dolegliwościami, które poważnie ograniczają codzienne funkcjonowanie zmagają się około 9% mężczyzn i kobiet, odpowiednio o 4 i 3 p.p. więcej niż w 2018 r.). Wzrosty utrzymują się po standaryzacji struktury społeczno-demograficznej danych z poprzedniej edycji badania.

Analizując dane w przekrojach demograficznych, odnotowano wyraźnie duży wzrost odsetka osób odczuwających długotrwałe problemy zdrowotne wśród osób w wieku 40–59 lat (z 25,6% do 45,8% dla kobiet, z 17,2% do 38,8% wśród mężczyzn) oraz wśród osób w relatywnie dobrej sytuacji finansowej (z 18,3% do 35,6% mężczyzn oraz z 28,9% do 43,9% kobiet). W starszych i mniej zamożnych grupach odsetki te są jeszcze wyższe, nie odnotowano jednak tak dużego przyrostu.

Jeśli chodzi o rozpowszechnienie problemów zdrowotnych poważnie ograniczających funkcjonowanie, grupa, w której dokonała się największa zmiana to mężczyźni z wykształceniem podstawowym – odnotowano dwukrotny wzrost z 14,1% do 28,2% i młode kobiety (20–39 lat) – skok z 1,1 do 8,6%.



Ryc. 12.7. Obciążenie problemami zdrowotnymi, deklarowane w badaniu ankietowym, wg płci (badania NIZP PZH – PIB, 2018, 2025)

Znaczącą część ludności Polski deklaruje objawy depresji klasyfikowane jako stopień umiarkowany lub wysoki. Zjawisko to dotyczy zwłaszcza osób w trudnej

sytuacji ekonomicznej i z niższym stopniem wykształcenia. U kobiet to zjawisko jest wyraźnie bardziej widoczne niż u mężczyzn.

Należy zwrócić uwagę, iż w 2018 r. badanie było prowadzone w miesiącu wrześniu, zaś w 2025 r. w miesiącu lutym, co może wpływać na odsetek osób deklarujących objawy depresji. Jednak odnotowywane wzrosty są niepokojące i wymagają dalszej, pogłębionej obserwacji.

W badaniu prowadzonym w 2025 r. zadano pytania dotyczące dobrostanu psychicznego, w zakresie występowania objawów depresji w ostatnich 2 tygodniach (na skali PHQ-9), objawów lęku uogólnionego (na skali GAD-2) oraz jakości snu w ostatnich 7 dniach, wyrażonej na 11-stopniowej skali SQS.

Objawy depresji klasyfikowanej jako umiarkowana do ciężkiej, zgłasza obecnie 16,2% mężczyzn i 19,9% kobiet, podczas gdy w 2018 r. było to 8,4% i 10,7% (ryc. 12.8).

Wyraźny wzrost rozpowszechnienia objawów depresyjnych nastąpił w grupach osób w wieku produkcyjnym, tzn. do 59 r. ż. i wśród osób z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym. Należy jednak zaznaczyć, że nadal, grupa wiekowa w której odnotowuje się najczęstsze występowanie objawów depresji to seniorzy, powyżej 75 r. ż. (25,2–26,9% mężczyzn i kobiet), a w przypadku, gdy rozpatrywany jest status ekonomiczny gospodarstwa domowego – osoby w najtrudniejszej sytuacji finansowej (około 36% mężczyzn i kobiet w tej grupie).

W populacji 20–39 lat problem dotyczy 13,0% mężczyzn i 23,1% (wzrost o 8 i 17 pkt proc), natomiast w grupie 40–59 lat, jest to 17,7% mężczyzn 20,8% kobiet (wzrost odpowiednio o 10 i 13 p.p.). Z kolei wśród osób z wykształceniem podstawowym, objawy depresji klasyfikowanej jako umiarkowana do ciężkiej, zgłaszało 36,2% mężczyzn i 42,8% kobiet (wzrosty o około 18 p.p.), wyraźnie wyższe odsetki niż wśród osób o wyższych stopniach wykształcenia. Po zastosowaniu standaryzacji wyników ze względu na strukturę wieku i płci w różnych grupach definiowanych wykształceniem, częstość występowania objawów depresji dodatkowo wzrasta (do 50,5%) wśród kobiet z wykształceniem podstawowym.

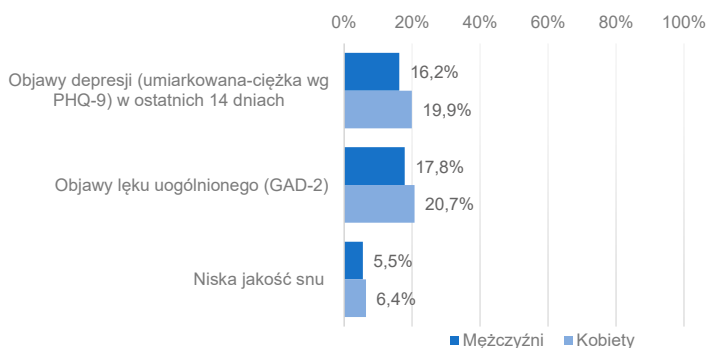
Duży odsetek badanych deklaruje objawy lęku uogólnionego. Kobiety istotnie częściej deklarują lęk niż mężczyźni.

Pytanie o lęk uogólniony w badaniu zadano po raz pierwszy. Wyniki wskazują na wysoki poziom lęku, zwłaszcza wśród ludzi młodszych. Jest to niepokojące zjawisko, wymagające dodatkowych, pogłębionych badań.

Podobnie jak w przypadku depresji, objawy lęku uogólnionego zgłaszane są częściej przez kobiety (20,7% vs. 17,8% mężczyzn) szczególnie kobiety w wieku produkcyjnym (ryc. 12.8). 25,0% i 23,1% kobiet w wieku 20–39 i 40–59 odczuwała objawy lękowe w ostatnich 2 tygodniach, w porównaniu do 17,3–19,5% mężczyzn w analogicznych grupach wiekowych.

Objawy lękowe wskazywane są przez bardzo duży odsetek osób w złej sytuacji ekonomicznej i z wykształceniem podstawowym: specyficznie dotyczy to 37,8% mężczyzn i 33,3% kobiet w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej oraz 31,9% mężczyzn i 37,7% kobiet z wykształceniem podstawowym. W pozostałych grupach definiowanych statusem ekonomicznym lub wykształceniem, odsetek ten nie przekracza 20%. Proporcje te nie zmieniają się istotnie po zastosowaniu standaryzacji według struktury płci i wieku w analizowanych podgrupach.

Stosunkowo niewielkie odsetki badanych osób deklarują niską jakość snu. Częściej niską jakość snu (punktacja ocen od 0 do 3 na skali 0–10), deklarują osoby z wykształceniem zawodowym – 7,9% mężczyzn, lub podstawowym – 12,8 % kobiet, oraz 9,3% i 8,5 % mniej zamożnych mężczyzn i kobiet.



Ryc. 12.8. Obciążenie problemami związanymi z dobrostanem psychicznym, wg płci (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

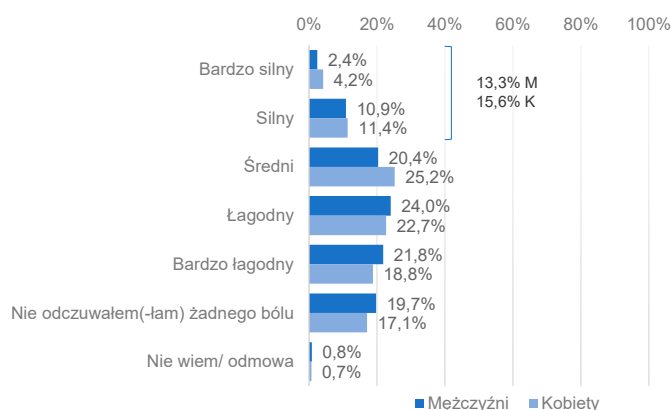
Duży odsetek badanych deklaruje silne dolegliwości bólowe. Ponownie, kobiety wyraźnie częściej deklaruują takie dolegliwości niż mężczyźni. Prawie 20% osób odczuwających dolegliwości bólowe uznaje, że ból przeszkadza im w normalnej aktywności, co oznacza nadal wysokie odsetki: 13% mężczyzn i 17% kobiet w ogólnej populacji osób powyżej 20 r. ż. w Polsce.

Wysoki poziom deklarowanych dolegliwości bólowych w badanej populacji, utrudniających normalną aktywność wymaga pogłębionych badań. Dolegliwości bólowe powodują zwiększony popyt na świadczenia medyczne a także obniżenie efektywności ekonomicznej pracy w postaci prezenteizmu i absenteizmu. Równocześnie, wielu z tych dolegliwościom można zapobiegać za pomocą modyfikacji stylu życia i zmniejszeniu czynników ryzyka takich jak nadwaga i otyłość, czy niedostateczna aktywność fizyczna.

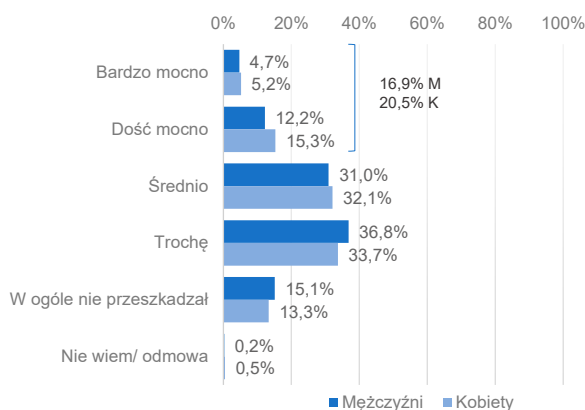
W bieżącej edycji badania ankietowego, respondentom zadano pytanie czy w okresie ostatnich 4 tygodni odczuwali ból fizyczny – tzn. o jego natężenie, oraz

czy przeszkadzało im to w normalnej pracy, zwykłych codziennych obowiązkach takich jak nauka, praca zawodowa i prace domowe.

Silne lub bardzo silne dolegliwości bólowe zgłasza 13,3% mężczyzn i 15,6% kobiet (ryc. 12.9). Spośród osób doświadczających bólu o dowolnym nasileniu, aż 16,9% mężczyzn i 20,5% kobiet oceniło, że dolegliwość ta przeszkadzała w wykonywaniu normalnej pracy (w tym nauki, pracy zawodowej czy w domu) (ryc. 12.10). Po standaryzacji struktury wieku, różnice pomiędzy płciami zanikają, zbliżając się do poziomu 14% silnego/bardzo silnego bólu w obu grupach oraz 18,0% – 19,7% (odpowiednio mężczyzn i kobiet odczuwających ból), deklaracji o trudnościach w wykonywaniu pracy.



Ryc. 12.9. Dolegliwości bólowe odczuwane w okresie ostatnich 4 tygodni, wg płci (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)



Ryc. 12.10. Ocena stopnia w jakim dolegliwości bólowe przeszkadzały w normalnej pracy, w okresie ostatnich 4 tygodni, wg płci, n=1256 mężczyzn, 1260 kobiet deklarujących odczuwanie bólu (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Nie obserwuje się dużego zróżnicowania w częstości występowania bólu w podgrupach wyznaczonych czynnikami demograficznymi, poza kobietami z wykształceniem podstawowym, wśród których wyraźnie częściej występuje silny lub bardzo silny ból fizyczny (29,6%) w porównaniu do osób w grupach o wyższym poziomie wykształcenia (poniżej 20%). Przy czym rozpatrując ból, który przeszkadza w codziennych obowiązkach, jest wyraźnie częstszy już nie tylko u kobiet, ale także wśród mężczyzn z wykształceniem podstawowym (23,6% mężczyzn i 28,0% kobiet w tej grupie, zgłaszających dolegliwości bólowe o dowolnym nasileniu).

Korzystanie z usług zdrowotnych w ramach NFZ i prywatnych świadczeniodawców

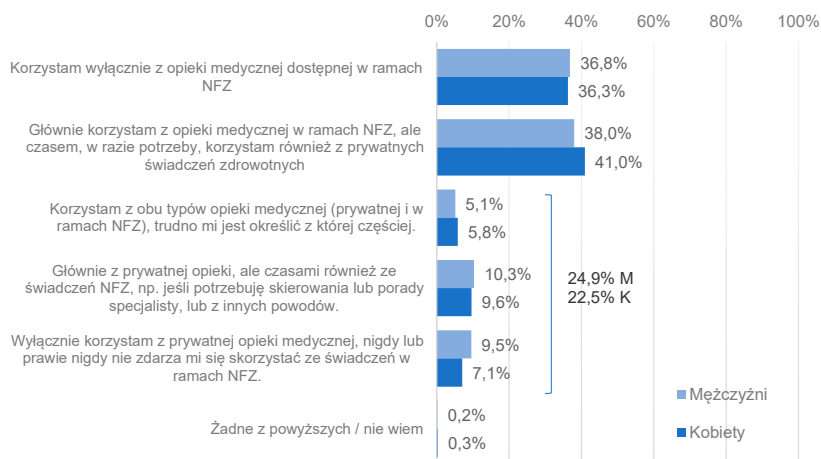
Odsetek osób w dużym stopniu lub wyłącznie korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie jest znaczący i waha się między 24,6% u mężczyzn i 22,5% u kobiet.

Osoby te odciążają system finansowany publicznie, są jednak potencjalnie narażone na nieefektywne wydatki na zdrowie wynikające m.in. z braku opieki kompleksowej i koordynowanej.

W celu określenia w jakim stopniu respondenci korzystają z prywatnych usług zdrowotnych, w ankiecie poproszono o wybranie z predefiniowanej listy stwierdzeń, jednego, które najlepiej opisuje sposób, w jaki zazwyczaj korzystają z opieki zdrowotnej w typowych codziennych sytuacjach (tzn. nie uwzględniając pobytów w szpitalu lub nagłych wypadków).

36,8% mężczyzn i 36,3% kobiet twierdzi, że korzysta wyłącznie z publicznej służby zdrowia. Podobny odsetek – 38,0% mężczyzn i 41,0% kobiet – czasem korzysta z prywatnej opieki medycznej, ale swoje potrzeby zdrowotne realizuje głównie w ramach NFZ. 22,5% mężczyzn i 24,9% kobiet polega już w większym stopniu na świadczeniach prywatnych, przy czym 9,5% mężczyzn i 7,1% kobiet twierdzi, że jest to ich wyłączne źródło opieki medycznej (ryc. 12.11).

Najwyższe odsetki osób korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie są obserwowane w populacji osób młodszych, o wykształceniu średnim i wyższym, zamieszkującej duże miasta (powyżej 200 tys. osób) i wieś. Jednak prawie 1/3 populacji osób, które wyłącznie lub w dużym stopniu korzystają ze świadczeń finansowanych niepublicznie z trudem finansuje wydatki na zdrowie. Jest to pośredni dowód na istnienie znaczących trudności w dostępie do świadczeń finansowanych publicznie.



Ryc. 12.11. Profil korzystania ze świadczeń medycznych – prywatnych i w ramach NFZ, wg płci (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Wyniki badania pozwalają przeanalizować profil społeczno-demograficzny osób w zależności od sposobu korzystania ze świadczeń finansowanych publicznie i prywatnie.

Charakterystyce poddano trzy podgrupy: 1. osoby deklarujące korzystanie wyłącznie ze służby zdrowia w ramach NFZ, 2. osoby którym zdarza się skorzystać w razie potrzeby ze świadczeń prywatnych, ale nadal opierają się głównie na opiece opłacanej przez NFZ, 3. grupę, która w porównywalnym z opieką w ramach NFZ lub większym stopniu, korzysta z usług finansowanych niepublicznie.

Osoby intensywniej (lub wyłącznie) korzystające z opieki medycznej finansowanej niepublicznie, to częściej osoby młode (osoby w wieku 20–39 lat stanowią wśród nich około 43%, podczas gdy w pozostałych podgrupach jest to maksymalnie 32%) oraz kobiety z wykształceniem wyższym (43% kobiet vs. 18,6–33,3% w pozostałych podgrupach według sposobu korzystania ze świadczeń), a także kobiety w dużych miastach (26,3% vs. 16,3–17% kobiet korzystających częściej ze świadczeń finansowanych przez NFZ) (tabela 12.3).

Warto zaznaczyć, że dość duży odsetek, tzn. 41,2% mężczyzn i 31,9% kobiet, korzystających ze świadczeń finansowanych niepublicznie, na podstawie swoich odpowiedzi zaklasyfikowanych zostało do podgrupy o najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwie domowym. Wśród osób korzystających wyłącznie ze świadczeń NFZ, jest to odpowiednio 26,8% mężczyzn i 35,4% kobiet.

Populacja osób, które z trudem finansują wydatki na zdrowie, w bardzo dużym odsetku (znacząco powyżej 50%) deklaruje wysokie obciążenie problemami

zdrowotnymi. Można uznać, że osoby te (w swojej percepcji) potrzebują świadczeń medycznych, ale nie mając wystarczającego dostępu do świadczeń bezpłatnych, uzyskują je w sektorze finansowanym niepublicznie. W efekcie ich wydatki na zdrowie przekraczają możliwości finansowe.

Tabela 12.3. Charakterystyka osób wg profilu korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej publicznie i niepublicznie (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Mężczyźni			Kobiety		
		Wyłącznie NFZ	Głównie NFZ	Świadczenia prywatne*	Wyłącznie NFZ	Głównie NFZ	Świadczenia prywatne*
Wiek (lata)	20–39	31,8%	27,9%	42,6%	24,8%	24,9%	43,3%
	40–59	37,8%	35,1%	36,5%	34,8%	33,6%	33,5%
	60–74	24,7%	28,9%	15,8%	31,0%	29,0%	14,9%
	75 +	5,7%	8,2%	5,2%	9,5%	12,6%	8,3%
Wykształcenie	Podstawowe	3,8%	2,2%	6,7%	6,4%	2,6%	3,6%
	ZSZ	23,4%	23,1%	23,5%	24,6%	13,4%	13,3%
	Średnie	51,6%	50,5%	43,9%	50,5%	50,7%	40,1%
	Wyższe	21,2%	24,2%	25,9%	18,6%	33,3%	43,0%
Wielkość miejscowości	Wieś	46,0%	45,2%	47,5%	46,1%	43,0%	42,1%
	do 10 tys.	7,9%	9,6%	6,5%	7,6%	8,8%	8,2%
	10–20 tys.	4,9%	4,8%	6,4%	5,6%	6,1%	5,1%
	20–50 tys.	8,8%	6,5%	8,3%	8,2%	8,8%	9,8%
	50–100 tys.	5,1%	6,2%	5,3%	6,9%	7,3%	4,4%
	100–200 tys.	8,3%	8,0%	6,8%	9,2%	9,0%	4,0%
	200 tys. i więcej	18,9%	19,7%	19,2%	16,3%	17,0%	26,3%
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza	26,8%	15,2%	41,2%	35,4%	20,3%	31,9%
	Umiarkowane trudności	20,6%	22,7%	16,8%	21,8%	21,8%	19,9%
	Relatywnie dobra	52,7%	62,2%	42,0%	42,8%	57,9%	48,2%
Ocena możliwości finansowych w stosunku do wydatków na zdrowie	Bardzo dobre	5,1%	3,5%	5,7%	3,5%	4,6%	8,2%
	Dobre	22,3%	21,6%	27,9%	14,2%	19,1%	21,8%
	Przeciętne	41,9%	44,7%	37,0%	45,9%	42,5%	40,2%
	Ledwo wystarczające	18,7%	23,3%	20,0%	20,1%	25,2%	22,1%
	Niewystarczające	12,0%	7,0%	9,4%	16,3%	8,6%	7,6%

*osoby korzystające ze świadczeń finansowanych niepublicznie na równi lub częściej niż z NFZ

Pisząc o sposobie i możliwościach realizowania potrzeb zdrowotnych, należy przyrzeć się osobom o przeciętnie gorszej sytuacji ze względu na warunki społeczno-ekonomiczne. Do analizy wybrano osoby w złej sytuacji finansowej w gospodarstwie domowym, które stanowią 25,9% mężczyzn i 28,5% kobiet w całej badanej populacji, oraz grupę, która ocenia swoje możliwości finansowe jako niewystarczające na pokrycie wydatków związanych ze zdrowiem, czyli 9,4% mężczyzn i 11,2%.

Dodatkowo, uwagę poświęcono osobom o niskim poziomie wykształcenia, tzn. z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym. Jest to 27,2% mężczyzn i 21,7% kobiet w dorosłej populacji Polski.

W grupie o trudnej sytuacji ekonomicznej, struktura odpowiedzi związanych z oceną zdrowia, jest podobna do ogólnej badanej populacji mężczyzn i kobiet. Mimo tego, grupa ta jest dużo częściej obciążona zdrowotnie – 21,7% mężczyzn i 17,5% kobiet mówi o poważnie ograniczonej zdolności wykonywania codziennych czynności z powodu przewlekłych problemów ze zdrowiem, w porównaniu z 9,7% i 9,2% mężczyzn i kobiet w ogólnej populacji (tabela 12.4).

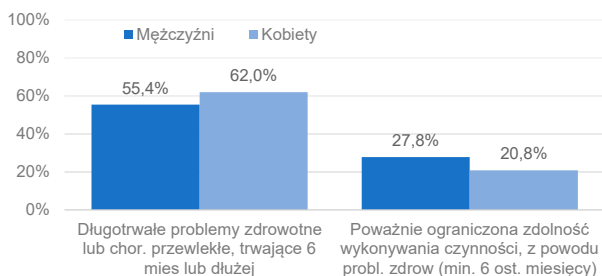
Tabela 12.4. Charakterystyka osób, których możliwości finansowe są niewystarczające (wg deklaracji) na pokrycie wydatków na zdrowie, n=150 mężczyzn i n=160 kobiet, oraz n=1500 mężczyzn i n=1500 kobiet w ogólnej badanej populacji osób dorosłych (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Wybrana podgrupa		Populacja ogółem	
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Wiek (lata)	Udział w populacji	9,4%	11,2%	100,0%	100,0%
	20–39	33,1%	30,9%	33,0%	29,1%
	40–59	30,1%	34,8%	36,5%	33,9%
	60–74	30,5%	26,8%	24,0%	26,5%
	75 +	6,4%	7,5%	6,5%	10,4%
Wykształcenie	Podstawowe	4,9%	6,7%	3,9%	4,2%
	ZSZ	26,9%	20,3%	23,3%	17,5%
	Średnie	39,4%	45,8%	49,3%	48,3%
	Wyższe	28,9%	27,2%	23,6%	30,1%
Wielkość miejscowości	Wieś	32,8%	36,4%	46,1%	44,0%
	do 10 tys.	10,2%	8,9%	8,2%	8,3%
	10–20 tys.	5,5%	3,8%	5,3%	5,7%
	20–50 tys.	11,5%	11,4%	7,8%	8,8%
	50–100 tys.	9,2%	8,5%	5,6%	6,5%
	100–200 tys.	13,8%	9,6%	7,8%	7,9%
	200 tys. i więcej	17,0%	21,5%	19,2%	18,8%

		Wybrana podgrupa		Populacja ogółem	
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Sytuacja ekonomiczna w gospodarstwie domowym	Najtrudniejsza	49,1%	60,0%	25,9%	28,5%
	Umiarkowane trudności	21,4%	14,1%	20,4%	21,3%
	Relatywnie dobra	29,5%	25,9%	53,6%	50,2%
Profil korzystania z opieki medycznej	Tylko NFZ	46,7%	52,8%	36,8%	36,3%
	Głównie NFZ	28,0%	31,5%	38,0%	41,0%
	Prywatnie (na równi lub częściej niż NFZ)	24,8%	15,3%	24,9%	22,5%
	Inaczej	0,5%	0,4%	0,2%	0,3%

Analogicznie, osoby których nie stać w pełni na pokrycie wydatków na zdrowie, wyraźnie częściej wskazują na poważne ograniczenia wynikające z przewlekłych dolegliwości (27,8% mężczyzn i 20,8% kobiet) (ryc. 12.12).

Osoby o niskim stopniu wykształcenia częściej niż przeciętnie deklarują gorszą ocenę zdrowia i częściej wskazują na poważne ograniczenia wynikające z przewlekłych problemów zdrowotnych. To zjawisko wymaga pogłębionych badań nierówności w zdrowiu.



Ryc. 12.12. Obciążenie problemami zdrowotnymi, deklarowane w grupie respondentów o możliwościach finansowych niewystarczających na pokrycie wydatków na zdrowie, n=150 mężczyzn i n=160 kobiet (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Niższe wykształcenie wydaje się wiązać nie aż tak silnie z nierównościami w zdrowiu, jak gorsza sytuacja ekonomiczna, choć i to zjawisko jest tu obserwowane. Osoby o niższym wykształceniu, wyróżniają się na tle ogólnej populacji ze względu na niższą ocenę zdrowia (60,6% mężczyzn i 52,8% kobiet ocenia zdrowie dobrze, lub bardzo dobrze, podczas gdy w ogólnej populacji jest to 69,7% mężczyzn 66% kobiet) i częściej wskazują na poważne ograniczenia wynikające

z przewlekłych problemów zdrowotnych – 13,1% mężczyzn i 16,9% kobiet, podczas gdy w populacji ogólnej jest to 9,7% i 9,2% mężczyzn i kobiet (tabela 12.6).

Osoby deklarujące problemy ze sfinansowaniem wydatków na zdrowie zdecydowanie częściej korzystają wyłącznie ze świadczeń finansowanych publicznie. Osoby wskazujące na trudną sytuację finansową również częściej korzystają tylko ze świadczeń opłacanych przez NFZ, obserwacja ta dotyczy zwłaszcza kobiet. Pozostałe osoby z tych grup w jakimś stopniu deklarują korzystanie ze świadczeń finansowanych niepublicznie, co stanowi dodatkowe obciążenie ich budżetów domowych.

Przytoczone dane wskazują, iż znacząca grupa osób gorzej sytuowanych lub obciążonych kosztami świadczeń (ze względu na złą sytuację ekonomiczną i/lub zły stan zdrowia) uznaje, że nie ma satysfakcjonującego dostępu do świadczeń finansowanych publicznie.

Osoby, które mają problemy ze sfinansowaniem wydatków na zdrowie w większym stopniu niż pozostała część populacji korzystają wyłącznie ze świadczeń finansowanych publicznie: 46,7% mężczyzn i 52,8% kobiet korzysta wyłącznie ze świadczeń w ramach NFZ. Dla porównania, w populacji ogólnej jest to 36,8% i 36,3% mężczyzn i kobiet. W grupie zakwalifikowanej jako osoby w trudnej sytuacji finansowej (na podstawie 3 pytań dotyczących wydatków gospodarstwa domowego), zjawisko to nie jest tak widoczne i występuje głównie u kobiet: 45% kobiet korzysta wyłącznie z NFZ (o 8,7 p.p. więcej niż w całej badanej populacji) (tabela 12.4).

Duży udział osób korzystających wyłącznie ze świadczeń w ramach NFZ jest zauważalny również wśród kobiet z wykształceniem zawodowym lub niższym, jest to 51,7%, o 15,4 p.p. więcej niż w populacji ogólnej (wśród mężczyzn pozostaje na poziomie podobnym do ogółu) (tabela 12.6).

Podsumowując sytuację z perspektywy korzystania ze świadczeń finansowanych niepublicznie, można uznać, że bardzo duża część społeczeństwa, także osób w gorszej sytuacji ekonomicznej wybiera opiekę medyczną poza NFZ. W badanej populacji dorosłych, 63,5% mężczyzn i 63,0% kobiet to osoby, które w jakimkolwiek stopniu korzystają z prywatnej opieki medycznej (przynajmniej okazjonalnie, lub częściej). W wybranych grupach, uznanych jako wrażliwe z uwagi na status społeczno-ekonomiczny, jest to również wysoki odsetek:

- 52,8% mężczyzn i 46,8% kobiet, spośród oceniających swoje możliwości finansowe jako niewystarczające na pokrycie wydatków na zdrowie,
- 61,9% mężczyzn i 54,3% kobiet, w grupie osób będących w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej,
- 63,1% mężczyzn i 47,7% kobiet z wykształceniem zawodowym lub podstawowym.

Tabela 12.5. Charakterystyka osób o trudnej sytuacji ekonomicznej w gospodarstwie domowym, pod względem stanu zdrowia i sposobu korzystania ze świadczeń, n=345 mężczyzn i 395 kobiet (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Mężczyźni	Kobiety
N		345	395
Ocena stanu zdrowia	Bardzo dobrze	17,3%	12,8%
	Dobrze	52,7%	54,1%
	Tak sobie, ani dobrze, ani źle	19,4%	22,7%
	Źle	8,5%	9,1%
	Bardzo źle	2,1%	1,4%
Długotrwałe problemy zdrowotne/ choroby przewlekłe, trwające 6 mies. lub dłużej		47,8%	51,0%
Poważnie ograniczona zdolność zwykle wykonywanych, codziennych czynności, z pow. problemów zdrow. trwających min. 6 m.		21,7%	17,5%
Sposób korzystania z prywatnej i publicznej opieki zdrowotnej	Wyłącznie NFZ	38,0%	45,0%
	Głównie NFZ	22,2%	29,2%
	Prywatna opieka (na równi lub częściej niż NFZ)	39,7%	25,1%
	Nie wiem	0,1%	0,7%
Ocena możliwości finansowych w stosunku do wydatków na zdrowie	Bardzo dobre	1,5%	1,9%
	Dobre	12,0%	9,2%
	Przeciętne	46,4%	33,9%
	Ledwo wystarczające	22,2%	31,5%
	Niewystarczające	17,9%	23,6%

Tabela 12.6. Charakterystyka osób z wykształceniem zawodowym lub niższym, pod kątem stanu zdrowia i korzystania ze świadczeń, 437 mężczyzn i 343 kobiety (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

		Mężczyźni	Kobiety
N		437	343
Ocena stanu zdrowia	Bardzo dobrze	18,5%	9,4%
	Dobrze	42,1%	43,4%
	Tak sobie, ani dobrze, ani źle	27,3%	30,7%
	Źle	10,2%	12,9%
	Bardzo źle	1,9%	3,6%
Długotrwałe problemy zdrowotne/ choroby przewlekłe, trwające 6 mies. lub dłużej		43,9%	55,8%
Poważnie ograniczona zdolność zwykle wykonywanych, codziennych czynności, z pow. problemów zdrow. trwających min. 6 m.		13,1%	16,9%

		Mężczyźni	Kobiety
Sposób korzystania z prywatnej i publicznej opieki zdrowotnej	Wyłącznie NFZ	36,9%	51,7%
	Głównie NFZ	35,4%	30,2%
	Prywatna opieka (na równi lub częściej niż NFZ)	27,7%	17,6%
	Nie wiem	0,1%	0,5%
Ocena możliwości finansowych w stosunku do wydatków na zdrowie	Bardzo dobre	3,0%	4,0%
	Dobre	16,3%	13,4%
	Przeciętne	43,9%	41,7%
	Ledwo wystarczające	25,8%	26,8%
	Niewystarczające	11,0%	14,0%

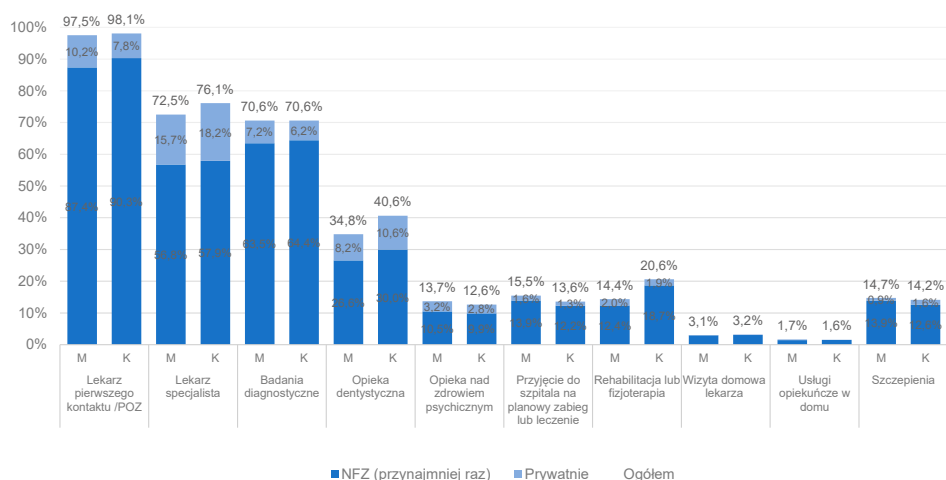
Względnie duży odsetek badanej populacji (15,7% mężczyzn i 18,2% kobiet) deklaruje korzystanie ze świadczeń lekarzy specjalistów wyłącznie w sektorze finansowanym niepublicznie.

Powyższa obserwacja może wskazywać na trudności w dostępie do świadczeń finansowanych przez NFZ i/lub rozpowszechnienie świadczeń specjalistycznych w postaci abonamentów lub ubezpieczeń dodatkowych. Można uznać, że osoby deklarujące korzystanie ze świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu poza NFZ (7,8% mężczyzn i 10,2% kobiet) to osoby objęte abonamentami lub dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Prawie wszyscy badani (97,5% mężczyzn i 98,1% kobiet) w okresie ostatnich 12 miesięcy skorzystali z opieki lekarza pierwszego kontaktu lub POZ. Ze świadczeń lekarzy specjalistów skorzystało 72,5% mężczyzn i 76,1% kobiet a z badań diagnostycznych – 70,6% w obu grupach (ryc. 12.13).

Kobiety wyraźnie częściej niż mężczyźni korzystały z opieki dentystycznej a także z rehabilitacji/fizjoterapii – odpowiednio 40,6% i 20,6% (mężczyźni: 34,8% i 14,4%). Różnice nie wynikają z innej struktury wiekowej płci i utrzymują się po uwzględnieniu standaryzacji według wieku.

Usługi najczęściej finansowane wyłącznie prywatnie, to konsultacje lekarzy specjalistów: 15,7% mężczyzn i 18,2% kobiet konsultowało się z lekarzem specjalistą wyłącznie w ramach prywatnej służby zdrowia, w okresie ostatnich 12 miesięcy. Relatywnie wysoki odsetek osób korzystał poza NFZ ze świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu (10,2% mężczyzn i 7,8% kobiet) (ryc. 12.13).



Ryc. 12.13. Korzystanie z poszczególnych rodzajów świadczeń w ostatnich 12 miesiącach. Przynajmniej raz na NFZ vs prywatnie (badanie NIZP PZH – PIB, 2025)

Niezrealizowane potrzeby zdrowotne

Bardzo duży odsetek badanej populacji (ponad połowa korzystających z danego świadczenia) deklaruje opóźnienia w dostępie do różnych rodzajów świadczeń finansowanych przez NFZ ze względu na długi czas oczekiwania. Dotyczą one najczęściej lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych, opieki szpitalnej i opieki nad zdrowiem psychicznym. Zdecydowanie mniejsze odsetki (kilkanaście procent) deklarują takie opóźnienia z powodu problemów z transportem lub odległością.

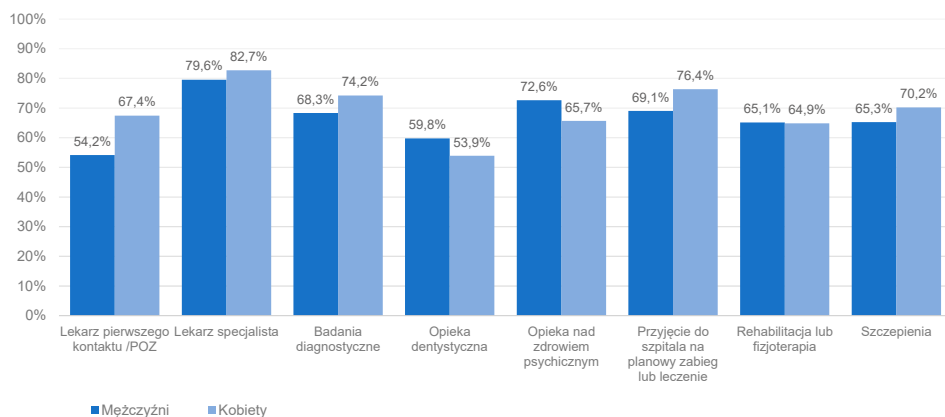
Opóźnienia w dostępie do świadczeń z powodu długiego czasu oczekiwania są bardzo powszechnym doświadczeniem wśród ludności Polski.

Osoby, które korzystały z różnego rodzaju świadczeń w ostatnich 12 miesiącach, zapytano, czy przynajmniej raz w tym czasie doświadczyły opóźnienia w dostępie do danej usługi realizowanej w ramach NFZ. Osobno zapytano o kwestię długiego oczekiwania na wizytę i opóźnienia z powodu odległości lub problemów z transportem.

Korzystanie z opieki medycznej finansowanej przez NFZ, dla dużego odsetka osób wiąże się z długim oczekiwaniem na wizytę. Najczęściej dotyczy to wizyt u lekarzy specjalistów (choć raz zdarzyło się to 79,6% mężczyzn i 82,7% kobiet korzystających z takiego świadczenia). Problem z oczekiwaniem zgłasza również bardzo duży odsetek osób, które skorzystały z opieki nad zdrowiem psychicznym (72,6% mężczyzn i 65,7% kobiet), miały planowy zabieg lub leczenie w szpitalu

(69,1% mężczyzn i 76,4% kobiet), wykonywały badania diagnostyczne (68,3% mężczyzn i 74,2% kobiet w tej grupie), lub szczepienia (65,3% mężczyzn i 70,2% kobiet) (ryc. 12.14).

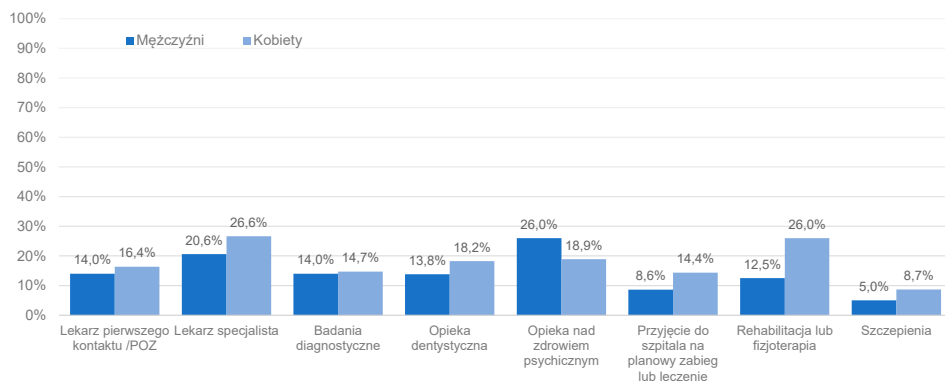
Opóźnienia związane z transportem lub odległością nie są już tak powszechnym zjawiskiem jak długie oczekiwanie. Warto zauważyć, że na problem ten częściej wskazują kobiety niż mężczyźni i dzieje się to wyraźnie w przypadku rehabilitacji lub fizjoterapii oraz wizyt u lekarzy specjalistów (26,0–26,6% kobiet korzystających z danego świadczenia). Z kolei mężczyźni częściej deklarują kłopoty z transportem /odległością, gdy chodzi o wizytę u psychologa lub psychiatry (26,0% mężczyzn vs. 18,9% kobiet). Różnice pozostają wyraźne po zastosowaniu standaryzacji danych ze względu na różną strukturę wiekową wśród kobiet i mężczyzn (ryc. 12.15).



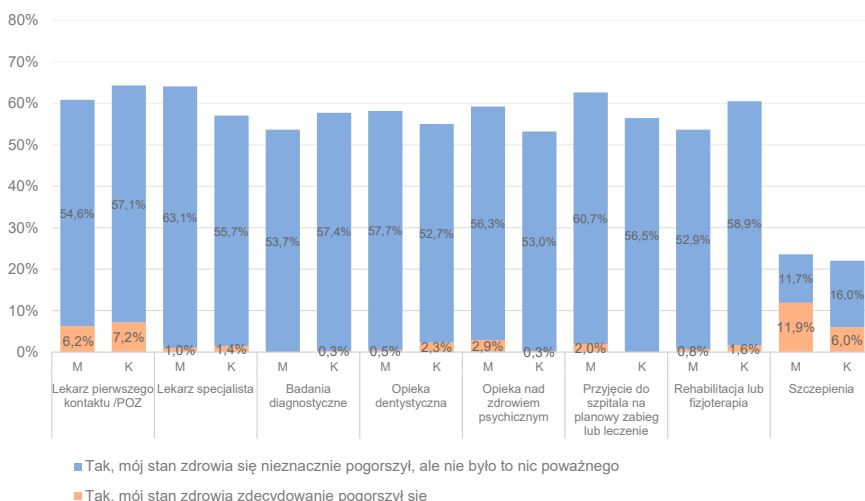
Ryc. 12.14. Opóźnienia w dostępie do poszczególnych rodzajów świadczeń realizowanych na NFZ, w ostatnich 12 miesiącach, z uwagi na DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA. 100% – osoby korzystające z danej usługi (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

Stosunkowo niewielkie odsetki badanej populacji wskazują, iż opóźnienia w uzyskaniu świadczeń medycznych spowodowało pogorszenie ich stanu zdrowia.

Pomimo, że największa liczba osób zgłasza opóźnienia w związku z wizytą u specjalistów, przyjęciem do szpitala i opieką nad zdrowiem psychicznym, niewielki ich odsetek wskazuje, iż opóźnienie spowodowało istotne pogorszenie ich stanu zdrowia. Konsekwencje zdrowotne częściej odczuwa grupa osób, która doświadczyła tego rodzaju problemów z dostępem do opieki lekarza POZ i, co zapewne trudniej wytlumaczyć, szczepień. 6,2% mężczyzn i 7,2% kobiet, które miały opóźnioną wizytę u lekarza POZ oraz 11,9% mężczyzn i 6,0% kobiet, które czekały długo na szczepienie, ocenia, że spowodowało to zdecydowane pogorszenie ich stanu zdrowia (ryc. 12.16).



Ryc. 12.15. Opóźnienia w dostępie do poszczególnych rodzajów świadczeń realizowanych na NFZ, w ostatnich 12 miesiącach, z uwagi na problemy z transportem lub odległość. 100% – osoby korzystające z danej usługi (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez $n < 50$ osób



Ryc. 12.16. Doświadczane pogorszenie stanu zdrowia, z powodu opóźnienia w dostępie do danego świadczenia, z uwagi na oczekiwanie na wizytę lub problemy z transportem, odległość. 100% – osoby, które doświadczyły opóźnienia (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez $n < 50$ osób

Znaczące odsetki respondentów, które deklarowały potrzebę uzyskania świadczeń medycznych zrezygnowały z ich uzyskania. Najczęściej deklarowanymi przyczynami były kolejki/brak wolnych terminów, trudności w dodzwonieniu się do placówek ochrony zdrowia, ale także potencjalnie zbyt wysoki koszt świadczenia płatnego i brak czasu.

Tabela 12.7. Powody rezygnacji z danego rodzaju opieki medycznej, 100% – osoby, które zrezygnowały ze świadczenia w ostatnich 12 miesiącach. Mężczyźni (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

	Mężczyźni				
	Lekarz 1. kontaktu/ POZ	Lekarz specjalista	Bad. Diagnostyczne	Opieka denty-styczna	Leki na receptę
Brak wolnych terminów/ Zbyt długa lista / kolejka oczekujących	24,4%	33,5%	18,7%	14,0%	22,3%
Trudności w dodzwonieniu się do rejestracji	20,7%	14,9%	21,5%	10,1%	16,0%
Nie było mnie na to stać (wizyta była zbyt droga lub nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym)	16,7%	12,0%	10,6%	36,5%	19,7%
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	15,9%	17,6%	9,8%	16,9%	8,8%
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	8,1%	6,4%	9,8%	2,5%	10,9%
Nie znam żadnego dobrego lekarza	6,8%	5,9%	2,7%		1,8%
Lęk przed lekarzem/szpitałem/badaniem/leczeniem	4,2%	3,1%	15,4%	4,0%	8,8%
Chciałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy problem sam minie	3,3%	6,6%	11,5%	16,1%	11,6%

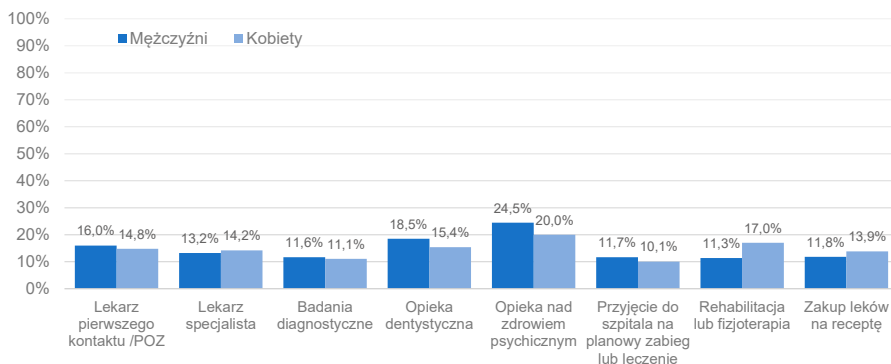
Tabela 12.8. Powody rezygnacji z danego rodzaju opieki medycznej, 100% – osoby, które zrezygnowały ze świadczenia w ostatnich 12 miesiącach. Kobiety (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

	Kobiety				
	Lekarz 1. kontaktu/ POZ	Lekarz specjalista	Bad. Diagnostyczne	Opieka denty-styczna	Leki na receptę
Brak wolnych terminów/ Zbyt długa lista / kolejka oczekujących	31,6%	28,8%	30,9%	32,7%	15,0%
Trudności w dodzwonieniu się do rejestracji	20,1%	15,7%	5,6%	4,1%	5,4%
Nie było mnie na to stać (wizyta była zbyt droga lub nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym)	28,7%	35,1%	40,3%	36,7%	39,8%
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	7,6%	6,9%	8,1%	11,7%	7,9%
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	1,6%	3,8%	5,8%	6,3%	11,5%
Nie znam żadnego dobrego lekarza	4,0%	2,3%	1,9%		6,8%
Lęk przed lekarzem/szpitałem/badaniem/leczeniem	2,9%	4,7%	5,2%	5,9%	6,1%
Chciałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy problem sam minie	3,6%	2,7%	2,2%	2,6%	7,6%

Znaczące odsetki badanych deklarowały rezygnację z różnego rodzaju świadczeń medycznych. Najczęściej rezygnacje dotyczyły opieki nad zdrowiem psychicznym oraz świadczeń stomatologicznych.

Obserwacja ta wymaga pogłębionych badań. Dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym, nawet świadczeń finansowanych niepublicznie może być utrudniony ze względu na małą dostępność specjalistów, ale także inne czynniki, np. poczucie wstydu. Rezygnacja ze świadczeń stomatologicznych zapewne wynika z małej dostępności finansowania publicznego i wysokimi kosztami dla pacjenta lub z dostępności produktów leczniczych z zakresu samoleczenia.

Fakt rezygnacji z różnych rodzajów świadczeń medycznych jest deklarowany przez od 10% do 24% mężczyzn i kobiet, w grupie tych osób, które twierdzą, że potrzebowały danego świadczenia. Trzeba zwrócić uwagę, iż 24,5% mężczyzn i 20,0% kobiet deklaruje, że w ostatnich 12 miesiącach zrezygnowała z wizyty u psychologa lub psychiatry, pomimo że potrzebowała opieki nad zdrowiem psychicznym. Kobiety częściej niż mężczyźni rezygnowały z rehabilitacji/fizjoterapii (17,0% vs. 11,3%), natomiast mężczyźni – z opieki dentystycznej (18,5% vs. 15,4%) (ryc. 12.17).



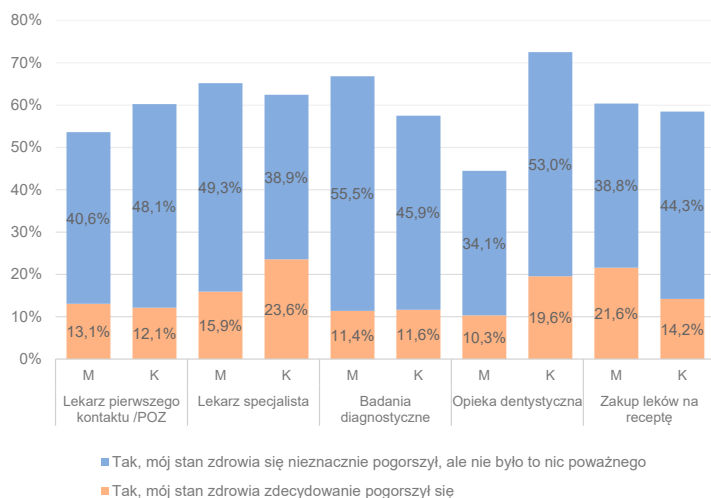
Ryc. 12.17. Rezygnacja (pomimo potrzeby) z poszczególnych rodzajów świadczeń, w ostatnich 12 miesiącach. 100% – osoby deklarujące, że potrzebowały danej usługi. (badanie NIZP PZH – PIB, 2025). Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób

Względnie duże odsetki badanych rezygnowały z wizyt u specjalisty lub zakupu leków na receptę i część tych osób doświadczyła pogorszenia stanu zdrowia w wyniku braku diagnostyki lub leczenia. Obserwacja ta wskazuje na konieczność szczegółowych badań pozwalających na identyfikację tych populacji i świadczeń, które w największym stopniu doświadczają rezygnacji skutkującej pogorszeniem zdrowia. Świadczenia, z rezygnacją z których wiąże się często

konsekwencje dla zdrowia – to wizyta u specjalisty i wykup leków na receptę: 13,2–14,2% mężczyzn i kobiet zdecydowało się nie pójść do specjalisty, pomimo takiej potrzeby. Spośród nich, 15,9% mężczyzn i 23,6% kobiet odczuło w związku z tym zdecydowane pogorszenie stanu zdrowia (ryc. 12.18).

Podobnie, około 11,8–13,9% mężczyzn i kobiet zdarzyło się nie wykupić leków na receptę. W tej grupie, 21,6% mężczyzn i 14,2% kobiet ocenia, że w związku z tym ich stan zdrowia zdecydowanie uległ pogorszeniu.

Najczęściej podawane powody rezygnacji to kolejka, brak wolnych terminów lub trudności z dodzwonieniem się, a także kwestie finansowe – do których częściej przyznają się kobiety niż mężczyźni. Mężczyźni natomiast częściej tłumaczą rezygnację z wizyty u lekarza lub badań diagnostycznych brakiem czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami (tabele 12.7. i 12.8).



Ryc. 12.18. Doświadczane pogorszenie stanu zdrowia, z powodu rezygnacji z danego świadczenia, w ostatnich 12 miesiącach. 100% – osoby, które zrezygnowały z danego świadczenia (badanie NIZP PZH – PIB, 2025).

Wykluczono świadczenia wskazane przez n<50 osób