Analizy statystyczne
Statistical analyses

GUS

Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r.

Healthcare in households in 2023

Warszawa, Kraków 2024

Analizy statystyczne
Statistical analyses

Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r.

Healthcare in households in 2023

Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland
Urząd Statystyczny w Krakowie Statistical Office in Kraków

Warszawa, Kraków 2024

Opracowanie merytoryczne
Content-related works

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Rynku Pracy
Statistics Poland, Social Surveys and Labour Market Department

Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Statistical Office in Krakow, Centre for Health and Health Care Statistics

Pod kierunkiem
Supervised by

Hanna Strzelecka (rozdziały 1, 3, 4, 5)
Agnieszka Szlubowska (rozdział 2)

Zespół autorski
Editorial team

Wydział Statystyki Zdrowia (Departament Badań Społecznych i Rynku Pracy GUS)
Health Statistics Division (Social Surveys and Labour Market Department Statistics Poland)

Szymon Wozniak (rozdział 1), Urszula Salwa, Małgorzata Żyra (rozdział 3), Karolina Walaszczak, Małgorzata Garnuszek (rozdział 4), Krzysztof Nyczaj (rozdział 5)

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia (Urząd Statystyczny w Krakowie)
Centre for Health and Health Care Statistics (Statistical Office in Krakow)

Maria Penpeska, Anna Jasiówka, Michał Urbas, Jacek Cisek (rozdział 2), Jarosław Gielczowski, Piotr Woch (tablice wynikowe, precyzja)

Oprogramowanie
Software

Urząd Statystyczny w Krakowie (Ośrodek Inżynierii Danych) – Grzegorz Łaba

Statistical Office in Krakow (Centre for Data Engineering)

Imputacja braków odpowiedzi – Tomasz Piasecki (US Łódź, Ośrodek Statystyki Matematycznej)
Imputing missing data

Naliczenie wag – Karolina Warno (Departament Innowacji GUS)
Weights (Innovation Department Statistics Poland)

Prace redakcyjne i koordynacja prac
Editorial works and coordination of work

Departament Badań Społecznych i Rynku Pracy
Social Surveys and Labour Market Department

Szymon Wozniak, Urszula Salwa, Małgorzata Garnuszek

Skład i opracowanie graficzne
Typesetting and graphics

Andrzej Paluchowski, Beata Lipińska, Paweł Luty, Aleksandra Paprocka

ISBN 978-83-67809-32-0

Publikacja dostępna na stronie internetowej
Publication available on website

https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/

Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła
When publishing Statistics Poland data — please indicate the source

Przedmowa

Główny Urząd Statystyczny od lat dziewięćdziesiątych XX wieku regularnie przeprowadza badanie ankietowe dotyczące korzystania z usług opieki zdrowotnej w gospodarstwach domowych, zatytułowane „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych". W kontekście istotności ochrony zdrowia oraz długoletnich niedoborów w tej sferze, jak również doświadczeń związanych z pandemią COVID-19, temat badania nabiera szczególnego znaczenia i dodatkowo podkreśla wagę tego obszaru badawczego.

Niniejsza publikacja zawiera analizę wyników dziesiątej edycji badania, które zostało przeprowadzone na przełomie 2023 i 2024 roku. Otrzymane dane oferują szczegółowe informacje na temat oceny stanu zdrowia przez respondentów oraz różnorodnych problemów związanych z korzystaniem z systemu opieki zdrowotnej, jak również popytu na usługi zdrowotne w gospodarstwach domowych w 2023 r. Rezultaty badania mogą być pomocne w kształtowaniu polityk publicznych w dziedzinie zdrowia.

Dodatkowo, porównanie najnowszych wyników badania z poprzednimi jego edycjami pozwoliło na obserwację zmian w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej, a także w wielkości i strukturze wydatków gospodarstw domowych na usługi zdrowotne oraz w subiektywnych ocenach jakości tych świadczeń.

Opracowanie składa się z części analitycznej, metodologicznej oraz aneksu tabelarycznego (dostępnego tylko w wersji elektronicznej). Na stronie internetowej https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/ można znaleźć wiele innych materiałów dotyczących zdrowia i systemu ochrony zdrowia.

Przekazując tę publikację Czytelnikom, chcemy serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do realizacji badania, w szczególności respondentom za ich udział w badaniu, poświęcony czas i wyczerpujące odpowiedzi, a także ankieterom oraz kierownikom w urzędach statystycznych za ich zaangażowanie w realizację tego badania.

Mamy nadzieję, że prezentowana Państwu publikacja będzie cennym źródłem wiedzy na temat ochrony zdrowia w Polsce w 2023 r. i będzie stanowić wsparcie informacyjne w kreowaniu polityk w obszarze opieki zdrowotnej.

Dyrektor Departamentu Badań Społecznych i Rynku Pracy	Dyrektor Urzędu Statystycznego w Krakowie	Prezes Głównego Urzędu Statystycznego
Hanna Strzelecka	Agnieszka Szlubowska	dr Dominik Rozkrut

Warszawa, listopad 2024 r.

Preface

Since the 1990s Statistics Poland has regularly conducted a survey regarding the usage of health care services in households, entitled 'Health care in households'. In the context of significance of health care and longstanding deficiency in this field, as well as experiences related to the COVID-19 pandemic, the topic of the survey is of special importance and further emphasizes the weight of this research area.

This publication contains an analysis of the results of the 10th edition of the survey which was conducted at the turn of 2023 and 2024. The received data provide in-depth information regarding the assessment of health condition by respondents, as well as demand on health care services in households in 2023. The results of the survey may be helpful in shaping public policies in the field of health.

Additionally, a comparison of the latest results of the survey with the previous editions allowed for monitoring changes in the field of health care use and in the amount and structure of expenditure of households on health care services and in the subjective assessments of quality of these services.

The study consists of an analytical part, methodological part and tabular annex (available only in electronic form). Many other materials concerning health and health care system can be found on the website https://stat.gov.pl/en/topics/health/

While presenting this publication to the Readers, we would like to sincerely thank everyone that contributed to the realisation of the survey, especially to the respondents for their participation in the survey, their time and comprehensive answers, as well as interviewers and managers in statistical offices for their commitment in the realisation of this survey.

We hope that the publication presented to you will be a valuable source of knowledge regarding the health care in Poland in 2023 and will become information support while shaping policies in the field of health care.

Director of the Social Surveys and Labour Market Department	Director of the Statistical Office in Krakow	President of Statistics Poland
Hanna Strzelecka	Agnieszka Szlubowska	Dominik Rozkrut, Ph.D.

Warsaw, November 2024

Spis treści
Contents

Przedmowa . . . 3
Preface . . . 4

Spis tablic . . . 7
List of tables . . . 7

Spis wykresów . . . 8
List of charts . . . 8

Objaśnienia znaków umownych . . . 12
Symbols . . . 12

Ważniejsze skróty . . . 12
Main abbreviations . . . 12

Synteza . . . 13
Synthesis . . . 17

Rozdział 1. Charakterystyka badanej zbiorowości . . . 21
Chapter 1. Characteristics of the surveyed population . . . 21

1.1. Charakterystyka gospodarstw domowych . . . 21
1.1. Characteristics of households . . . 21

1.2. Charakterystyka członków gospodarstw domowych . . . 25
1.2. Characteristics of households members . . . 25

1.3. Stan zdrowia członków gospodarstw domowych . . . 27
1.3. Health status of household members . . . 27

1.4. Stosowanie leków w 4 kwartale 2023 r. . . . 33
1.4. Use of medicines in the 4th quarter of 2023 . . . 33

Rozdział 2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej . . . 36
Chapter 2. Use of health care services . . . 36

2.1. Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej . . . 37
2.1. Use of inpatient health care . . . 37

2.2. Korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej . . . 43
2.2. Use of outpatient health care . . . 43

2.3. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej . . . 48
2.3. Household use of night and holiday care services . . . 48

2.4. Korzystanie z usług medycznych w związku z chorobą . . . 49
2.4. Using medical services in connection with the disease . . . 49

2.5. Wykonywanie badań diagnostycznych . . . 52
2.5. Performing medical diagnostic tests . . . 52

2.6. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ 56
2.6. Households using medical services not financed by the National Health Fund ... 56

2.7. Korzystanie z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej ... 57
2.7. Use of unconventional medicine ... 57

2.8. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych ... 58
2.8. Using communication and the Internet while using medical services ... 58

Rozdział 3. Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów ... 60
Chapter 3. Quality of healthcare in the opinion of respondents ... 60

3.1. Responsywność, czyli spełnienie oczekiwań pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ... 60
3.1. Responsiveness – meeting expectations of patients by GP ... 60

3.2. Niekorzystanie z usług zdrowotnych mimo istnienia takiej potrzeby ... 62
3.2. Non-using of medical services despite the need ... 62

3.3. Inne aspekty jakości usług ochrony zdrowia ... 66
3.3. Other aspects of the quality of health care services ... 66

Rozdział 4. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2023 r. ... 67
Chapter 4. Household expenditure on health care in 2023 ... 67

4.1. Poziom i struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem ... 67
4.1. The level and structure of household expenditures on health care in total ... 67

4.2. Wydatki na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku ... 68
4.2. Expenditure on medicines, other medical supplies and medical durables ... 68

4.3. Ocena wydatków na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku ... 70
4.3. The assessment of expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables ... 70

4.4. Wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną ... 72
4.4. Expenditure on outpatient health care ... 72

4.5. Ocena wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną ... 77
4.5. The assessment of expenditure on outpatient health care ... 77

4.6. Wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną ... 80
4.6. Expenditure on inpatient health care ... 80

4.7. Ocena wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną ... 82
4.7. The assessment of expenditure on inpatient health care ... 82

4.8. Dodatkowe dobrowolne zabezpieczenia zdrowotne ... 83
4.8. Additional non obligatory health insurance ... 83

Rozdział 5. Informacje dotyczące choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19" w 2023 r. ... 84
Chapter 5. Information regarding communicable disease caused by SARS-CoV-2 coronavirus, called "COVID-19" in 2023 ... 84

Uwagi metodologiczne ... 86
Methodological notes ... 86

Spis tablic
List of tables

Tablica 1.1. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych w 2023 r. 21
Table 1.1. Households by socio-economics groups in 2023 21

Tablica 1.2. Gospodarstwa domowe według stanu zdrowia członków w 2023 r. 24
Table 1.2. Households by health status of members in 2023 24

Tablica 1. 3. Samoocena stanu zdrowia a możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego w 2023 r. 31
Table 1.3. Self-assessment of health status and ability to perform activities of daily living in 2023 ... 31

Tablica 2.1. Chorujący na wybrane choroby według cech społeczno-demograficznych w 2023 r. 50
Table 2.1. People suffering from selected diseases by socio-demographic characteristics in 2023 ... 50

Tablica 2.2. Wykonane badania diagnostyczne według źródeł finansowania w 2023 r. 55
Table 2.2. Performing diagnostic tests by financing sources in 2023 55

Tablica 4.1. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na zakup leków w 2023 r. 70
Table 4.1. Households by assessment of expenditure on medicines in 2023 70

Tablica 4.2. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u lekarzy (wyłączając lekarzy dentystów) w 2023 r. 77
Table 4.2. Households by assessment of expenditure on doctor's consultations (excluding dentists) in 2023 77

Tablica 4.3. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u dentystów w 2023 r. 78
Table 4.3. Households by assessment of expenditure on dental consultations in 2023 78

Tablica 4.4 Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na badania medyczne w 2023 r. 79
Table 4.4 Households by assessment of expenditure on medical tests in 2023 79

Tablica 4.5 Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na pobyt w szpitalu w 2023 r. 83
Table 4.5 Households by assessment of expenditure related to a stay in a hospital in 2023 83

Spis wykresów
List of charts

Wykres 1.1. Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu według grup kwintylowych w 2023 r. 22
Chart 1.1. Households participating in the survey by quintile groups in 2023 22

Wykres 1.2. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych 22
Chart 1.2. Households by socio-economic groups 22

Wykres 1.3. Członkowie gospodarstw domowych według klasy miejscowości zamieszkania w 2023 r. 25
Chart 1.3. Structure of household members by the class of place of residence in 2023 25

Wykres 1.4. Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w miastach i na wsi w 2023 r. 26
Chart 1.4. Household members by level of education in urban areas and rural areas in 2023 26

Wykres 1.5. Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia 26
Chart 1.5. Household members by highest level of education attained 26

Wykres 1.6. Członkowie gospodarstw domowych według wieku 27
Chart 1.6. Household members by age 27

Wykres 1.7. Samoocena stanu zdrowia 28
Chart 1.7. Self-assessment of health status 28

Wykres 1.8. Odsetek osób deklarujących chorobę stwierdzoną przez lekarza w 2023 r. 28
Chart 1.8. Percentage of persons suffering from selected illnesses in respondents'declarations in 2023 28

Wykres 1.9. Chorujący przewlekle oraz przebywający pod opieką lekarską lub pielęgniarską 29
Chart 1.9. Chronically ill persons and those requiring permanent nursing or doctor's care 29

Wykres 1.10. Chorujący przewlekle oraz przebywający pod opieką lekarską lub pielęgniarską według wieku w 2023 r. 30
Chart 1.10 Chronically ill persons and those who require permanent nursing or doctor's care by age in 2023 30

Wykres 1.11. Samoocena stanu zdrowia a niepełnosprawność[a] prawna respondentów w 2023 r. 31
Chart 1.11. Self-assessment of health status and legal disability[a] of respondents in 2023 31

Wykres 1.12. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia 32
Chart 1.12. The most important factor (indicated in 1st place) that affects health status 32

Wykres 1.13. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia według stanu zdrowia respondentów w 2023 r. 33
Chart 1.13. The most important factor (indicated in 1st place) that affects health by health status of respondents in 2023 33

Wykres 1.14. Osoby stosujące leki lub suplementy diety według płci w 4 kwartale 2023 r. 34
Chart 1.14. Persons taking medicines or supplements by sex in the 4th quarter of 2023 34

Wykres 1.15. Osoby stosujące leki lub suplementy diety w 4 kwartale 2023 r. 34
Chart 1.15. Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter of 2023 34

Wykres 2.1. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci 37
Chart 2.1. People staying in inpatient health care facilities by sex 37

Wykres 2.2. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wieku 38
Chart 2.2. People staying in inpatient health care facilities by age 38

Wykres 2.3. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci i wieku 39
Chart 2.3. People staying in inpatient health care facilities by sex and age 39

Wykres 2.4. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według stanu zdrowia 39
Chart 2.4. People staying in inpatient health care facilities by health status 39

Wykres 2.5. Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej 40
Chart 2.5. Stays financed in the scope of National Health Fund in inpatient health care facilities 40

Wykres 2.6. Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według przyczyn w 2023 r. 41
Chart 2.6. Stays in inpatient health care facilities by reason in 2023 41

Wykres 2.7. Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2023 r. 41
Chart 2.7. Stays financed in the scope of National Health Fund in inpatient health care facilities in 2023 41

Wykres 2.8. Średnia długość pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wybranych przyczyn 42
Chart 2.8. Average length of stay in inpatient health care facilities by selected reason 42

Wykres 2.9. Osoby korzystające z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej według płci ... 43
Chart 2.9. People using doctor consultations in primary health care by sex 43

Wykres 2.10. Osoby korzystające z porad lekarskich w POZ według wieku i liczby porad w 4 kwartale 2023 r. 44
Chart 2.10. People using doctor consultations in primary health care by age and number of consultations in the 4th quarter of 2023 44

Wykres 2.11. Osoby korzystające z porad lekarskich specjalistycznych według płci 46
Chart 2.11. People using doctor consultations in specialised health care by sex 46

Wykres 2.12. Finansowanie porad lekarskich specjalistycznych według źródła finansowania 47
Chart 2.12. Funding of consultations in specialised health care by financing source 47

Wykres 2.13. Osoby korzystające z porad stomatologicznych według płci 48
Chart 2.13. People using dental consultations by sex 48

Wykres 2.14. Osoby chorujące na wybrane choroby, korzystające z usług medycznych w ramach NFZ w 2023 r. 51
Chart 2.14. People suffering from selected diseases, using medical services in the scope of National Health Fund in 2023 51

Wykres 2.15. Wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych według wieku 53
Chart 2.15. Performing diagnostic laboratory and imaging tests by age 53

Wykres 2.16. Gospodarstwa domowe korzystające z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ 56
Chart 2.16. Households using medical and dental services not financed by the National Health Fund 56

Wykres 2.17. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych według płci w 2023 r. . . . 58
Chart 2.17. The use of communication and the Internet while using medical services by sex in 2023 . . . 58

Wykres 3.1. Responsywność lekarzy POZ w 2023 r. . . . 61
Chart 3.1. Responsiveness of GP in 2023 . . . 61

Wykres 3.2. Responsywność lekarzy według wieku pacjentów w 2023 r. (odpowiedzi: zawsze lub często) . . . 62
Chart 3.2. Responsiveness of doctors by age of patients in 2023 (answers: always or often) . . . 62

Wykres 3.3. Przyczyny niekorzystania z porad lekarza POZ w 2023 r. . . . 63
Chart 3.3. Reasons for not using GP consultations in 2023 . . . 63

Wykres 3.4. Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów (bez stomatologii) w 2023 r. . . . 64
Chart 3.4. Reasons for not using specialist doctor's consultations (excl. dentistry) in 2023 . . . 64

Wykres 3.5. Przyczyny niekorzystania z usług stomatologicznych w 2023 r. . . . 65
Chart 3.5. Reasons for not using dental consultations in 2023 . . . 65

Wykres 3.6. Przyczyny niewykonania badań diagnostycznych w 2023 r. . . . 66
Chart 3.6. Reasons for not performing medical diagnostic tests in 2023 . . . 66

Wykres 4.1. Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2023 r. . . . 68
Chart 4.1. The structure of direct household expenditure on health care in 2023 . . . 68

Wykres 4.2. Średnie miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i w grupach kwintylowych . . . 69
Chart 4.2. Average monthly expenditure on medicines and other medical supplies per capita in total households and in quintile groups . . . 69

Wykres 4.3. Osoby według rezygnacji z zakupu leków przepisanych przez lekarza według przyczyny niekupowania leków w 2023 r. . . . 71
Chart 4.3. People by resignation from purchasing medicines prescribed by a doctor by the reason for not buying medicines in 2023 . . . 71

Wykres 4.4. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 2023 r. . . . 72
Chart 4.4. Structure of household expenditure on outpatient health care in 2023 . . . 72

Wykres 4.5. Struktura wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2023 r. . . . 73
Chart 4.5. Structure of household expenditure on dental curative care in outpatient health care in 2023 . . . 73

Wykres 4.6. Struktura wydatków bezpośrednich na opiekę specjalistyczną na osobę według rodzaju wydatku w 2023 r. . . . 74
Chart 4.6. Structure of direct expenditure on specialist care per person by type of expenditure in 2023 . . . 74

Wykres 4.7. Średnie miesięczne wydatki w zł na osobę na badania laboratoryjne oraz diagnostykę obrazową na osobę w gospodarstwach domowych według grup kwintylowych w 2023 r. . . . 75
Chart 4.7. Average monthly expenditure on laboratory tests and imaging diagnosis per person in households in PLN by quintile groups in 2023 . . . 75

Wykres 4.8 Struktura wydatków gospodarstw domowych związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2023 r. 81
Chart 4.8 Structure of household expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility in 2023 81

Wykres 4.9 Średnie miesięczne wydatki związane z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych 82
Chart 4.9 Average monthly expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility per capita by quintile groups 82

Wykres 5.1. Powikłania związane z COVID-19 wśród mężczyzn i kobiet w 2023 r. 84
Chart 5.1. Complications associated with COVID-19 among men and women in 2023 84

Wykres 5.2. Powikłania związane z COVID-19 wśród mieszkańców wsi i miast w 2023 r. 85
Chart 5.2. Complications associated with COVID-19 among inhabitants of rural and urban areas in 2023 85

Objaśnienia znaków umownych
Symbols

Symbol Symbol	Opis Description
kreska (–) dash (-)	zjawisko nie wystąpiło magnitude zero
kropka (.) dot (.)	brak informacji wiarygodnych (mniej niż 20 przypadków z próby) data not reliable (less than 20 sample observations)
w tym of which	oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy indicates that not all elements of the sum are given
mała litera v small letter v	zjawisko zaistniało w wielkości większej lub równej 20 ale mniejszej niż 50 przypadków z próby the phenomenon occurred in a size greater than or equal to 20 but less than 50 cases in the sample

Ważniejsze skróty
Main abbreviations

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
DZZ	Dobrowolne Zabezpieczenia Zdrowotne Additional non obligatory health insurance
GP	lekarz podstawowej opieki zdrowotnej general practitioner
GUS	Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia National Health Fund
NRZ	Narodowy Rachunek Zdrowia National Health Account
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju Organisation for Economic Co-operation and Development
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych State Fund for the Rehabilitation of the Disabled
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna Primary health care
SHA	System Narodowych Rachunków Zdrowia System of Health Accounts
UE	Unia Europejska European Union (EU)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia World Health Organisation

Synteza

1. Charakterystyka badanej zbiorowości

Badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych", realizowane w formie modułu do badania Budżetów gospodarstw domowych, umożliwia analizę kwestii dotyczących opieki zdrowotnej w gospodarstwach domowych ze względu na obszerne informacje o cechach zbiorowości zgromadzone w badaniu głównym (m.in. według: typów gospodarstw domowych, liczby osób w gospodarstwie, liczby dzieci). Struktura gospodarstw objętych badaniem na przestrzeni lat nie zmieniła się istotnie, podobnie jak skład gospodarstw domowych ze względu na cechy społeczno-demograficzne, co umożliwia bezpośrednią obserwację zmian w korzystaniu przez gospodarstwa domowe z opieki zdrowotnej w jej głównych aspektach.

W trakcie badania pytano respondentów o ogólną, subiektywną ocenę stanu zdrowia. W 2023 r. 71,8% respondentów oceniło swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze (w 2020 r. 68,5%), przy czym co czwarta osoba bardzo dobrze (24,8%) i 47,0% – dobrze. Natomiast stan swojego zdrowia określiło jako zły 5,2% osób, a jako bardzo zły – 0,8%. Więcej niż jedna piąta pytanych wskazała, że ich stan zdrowia jest taki sobie, ani dobry, ani zły (22,2%, w 2020 r. – 24,8%). Mężczyźni częściej niż kobiety oceniali swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze (odpowiednio 76,3% i 67,6%). W stosunku do 2006 r. nastąpiły znaczące zmiany dotyczące ocen stanu zdrowia: wzrost ocen bardzo dobry i dobry – o 7,8 p. proc. i spadek ocen zły i bardzo zły – o 5,0 p. proc.

Podobnie do 2020 r., czyli roku odniesienia dla poprzedniej edycji badania, w 2023 r. w ponad połowie zbadanych gospodarstw domowych występowały osoby chore przewlekle – 53,6% (57,2% w poprzedniej edycji badania i 58,9% w 2016 r.), przy czym ich udział był różny w zależności od miejsca zamieszkania. W miastach wyniósł 52,1%, a na wsiach 56,7%.

W 2023 r. na pytanie skierowane do wszystkich respondentów, bez względu na wiek, dotyczące występowania chorób stwierdzonych przez lekarza, najwięcej osób wskazało - podobnie jak w poprzedniej edycji badania - na występowanie chorób takich jak: nadciśnienie tętnicze (20,0%, w 2020 r. – 20,7%) i choroby stawów (12,8%, w 2020 r. – 14,4%). Największą różnicę w odsetku deklarowanych przez respondentów zachorowań odnotowano w przypadku chorób dróg oddechowych innych niż astma. W 2023 r. 4,6% osób zadeklarowało występowanie tego typu schorzenia, a w 2020 r. – 1,6%)[1].

Respondentów w wieku 15 lat lub więcej zapytano czy z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, która trwała 6 miesięcy lub dłużej. Prawie co piąty respondent (19,9%) wskazał, że dotknęły go tego typu ograniczenia, przy czym poważnie ograniczone zdolności wykonywania czynności miało 3,8% respondentów, a ograniczone, ale niezbyt poważnie – 16,1%. Odsetek osób z ograniczeniami wzrasta wraz z wiekiem. W grupie 80 lat lub więcej ponad połowa respondentów (53,9%) posiadała takie ograniczenia. Okazuje się, że 57,5% osób z poważnymi ograniczeniami określiło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Natomiast 76,7% osób bez ograniczeń oceniło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre.

1 Przy porównaniach z edycją poprzednią badania z roku 2021 (odnoszącą się do stanu za rok 2020) należy wziąć pod uwagę trwający wówczas stan pandemii COVID-19.

2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej

W 2023 r. 7,6% badanej populacji przebywało w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. Z opieki zdrowotnej w tego typu placówkach skorzystało w tym roku 6,2% mężczyzn oraz 9,0% kobiet. Przeciętnie na 1 osobę korzystającą ze stacjonarnej opieki zdrowotnej przypadała niespełna 1 hospitalizacja.

Środki NFZ pozostały dominującym źródłem finansowania pobytów w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych, pomimo że ich udział, w porównaniu z wynikami poprzednich edycji, maleje – w stosunku do 2020 r. wystąpił spadek o 0,8 p. proc., a do 2006 r. o 1,9 p. proc.

Ponad jedna czwarta pobytów (26,0%) była spowodowana chorobą, 24,2% pobytów było związanych z operacją lub pobytem pooperacyjnym, a 22,4% pobytów miało na celu obserwację i diagnozowanie.

Długość pobytu w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej wszystkich typów w 2023 r. wynosiła średnio 7,1 dnia, co stanowi spadek w stosunku do roku 2020 o ponad jeden dzień.

W 4 kwartale 2023 r. ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) skorzystało 29,1% mieszkańców Polski, z porad lekarza specjalisty – 16,7%, a z porad stomatologicznych – 8,9%.

W 2023 r. 97,5% korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w 4 kwartale tego roku) zrealizowała je w ramach NFZ. Niższe odsetki uzyskano w poprzednich edycjach badania – w latach 2020, 2016, 2013 było to około 96,2%, a w 2010 r. 95,1%.

W 4 kwartale 2023 r., 67,8% korzystających z ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej otrzymało świadczenia w ramach NFZ, a 38,6% pacjentów uzyskało świadczenia ze środków innych niż w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uogólnione na całą populację wyniki badania wskazują, że w ciągu 2023 r. 52,5% członków gospodarstw domowych miało wykonane badania laboratoryjne (44,1% mężczyzn i 60,4% kobiet). W 2020 r. odsetek osób, które zrealizowały tego typu badania, był niższy i wynosił 42,9% (35,5% mężczyzn i 49,9% kobiet), jednak przy ocenie tej różnicy wyników należy wziąć pod uwagę występowanie w 2020 r. ograniczeń epidemicznych.

W kolejnych latach badania można zaobserwować monotoniczny wzrost udziału gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych, które nie są finansowane w ramach NFZ. W 2023 r. z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ skorzystało 40,4% gospodarstw domowych, w 2020 r. takich gospodarstw było 38,1%, w 2016 r. – 37,2%, w 2013 r. – 35,1%, a w 2010 r. – 31,0%.

W 2023 r. 35,8% członków gospodarstw domowych korzystało z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informacje o chorobach oraz sposobach leczenia, a 31,5% poszukiwało informacji na temat zdrowego stylu życia (w 2020 r. odpowiednio 34,2% i 31,0%). 25,8% respondentów posługiwało się Internetem w celu zdobycia informacji na temat opinii dotyczących lekarzy (w 2020 r. 22,4%). W 2023 r. 9,8% respondentów (w 2020 r. 9,2%) skorzystało z Internetu, by zakupić produkt leczniczy.

Wzrosło zastosowanie Internetu do umawiania się na wizytę lub badania oraz do otrzymywania wyników badań drogą elektroniczną. W 4 kwartale 2023 r., odsetek takich osób wynosił odpowiednio: 5,9% oraz 10,9% (w 2020 r. odpowiednio 4,9% oraz 6,6%). Przy umawianiu się na wizytę lub badanie, częstszym sposobem niż przez stronę internetową był telefon. W 4 kwartale 2023 r. drogą telefoniczną na wizytę umawiało się 23,7% badanych (o 12,5 p. proc. mniej niż w 2020 r.).

3. Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów

W 2023 r. respondenci najkorzystniej oceniali sposób odnoszenia się lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) do pacjenta. Spośród wszystkich osób odpowiadających na pytanie dotyczące relacji z lekarzem POZ 86,6% stwierdziło, że zawsze lub często lekarz traktował ich z uprzejmością i szacunkiem, przy czym 52,5% spotykało się z takim traktowaniem zawsze. Wysoką ocenę uzyskało także udzielanie wyjaśnień w sposób zrozumiały (82,7%) oraz znajomość historii leczenia (81,1%) – w 2020 r. odpowiednio 81,7% i 75,6%. Najmniej pozytywnie oceniano angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczącej opieki i leczenia – odpowiedzi „zawsze" lub „często" udzieliło 69,6% respondentów, w poprzedniej edycji badania w ten sposób odpowiedziało 64,7% osób.

W 2023 r. 2,8% członków gospodarstw domowych (zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn) nie skorzystało z usług lekarza POZ mimo istnienia takiej potrzeby. W 2020 r. tych osób było więcej – 6,1%[2].

W 2023 r. zdecydowanie najczęściej wskazywaną przyczyną rezygnacji z porad lekarzy POZ (ponad 36%) było oczekiwanie na ustąpienie objawów.

Pomimo istnienia potrzeby, z porad lekarza specjalisty (bez stomatologii) w roku 2023 nie skorzystało 2,9% członków gospodarstw domowych (w roku 2020 odsetek ten wyniósł 5,9%).

Z usług stomatologicznych w 2023 r. nie skorzystało, mimo istnienia takiej potrzeby, 2,4% członków gospodarstw domowych (2,2% mężczyzn i 2,7% kobiet). Odsetek ogółem w 2023 r. był niższy o 1,4 p. proc. w porównaniu z rokiem 2020 (3,8%).

Na pytanie dotyczące niewykonania badań diagnostycznych, chociaż istniała taka potrzeba, odpowiedzi pozytywnej udzieliło 1,1% respondentów, czyli o 2,0 p. proc. mniej niż w roku 2020 (3,1%). Częściej rezygnowały z badań kobiety niż mężczyźni (1,4% kobiet wobec 0,8% mężczyzn).

Rezygnację z wykonania zabiegów w 2023 r. wskazało 0,7% (w 2020 r. -1,3%) respondentów.

4. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2023 r.

Wyniki badania pokazują, że 97,8% członków gospodarstw domowych posiadało uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a 10,2% – uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (w skrócie: DZZ, kategoria ta obejmuje ubezpieczenia oraz abonamenty medyczne).

W całej populacji gospodarstw domowych średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę wyniosły w 2023 r. 80,28 zł[3]. W zestawieniu ze średnimi wydatkami w 2020 r. były one o ponad 20% większe (66,58 zł). Wyliczone na podstawie badania i uogólnione na całą populację gospodarstw domowych średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 4 kwartale 2023 r. wyniosły 24,86 zł na osobę. Prezentowane kwoty obejmują zarówno koszty leczenia, jak również inne wydatki poniesione w związku z leczeniem. Oznacza to, że wydatki te były o prawie 49,2 % wyższe niż w roku 2020 (16,66 zł).

W 4 kwartale 2023 r. przeciętne miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne w całej populacji ludności gospodarstw domowych w Polsce wyniosły przeciętnie 47,45 zł na osobę i stanowiły 59,1%, a łącznie z wydatkami na medyczne dobra trwałego użytku (6,14 zł) – 66,8% średnich miesięcznych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem.

W zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej badane gospodarstwa domowe były pytane m.in. o subiektywną ocenę poziomu swoich wydatków na wizyty u lekarzy (bez rozróżnienia na

2 Oceny dotyczące istnienia potrzeby korzystania z usług zdrowotnych, były odpowiedziami subiektywnymi respondentów.
3 Łącznie z wydatkami na dobra medyczne trwałego użytku. Łącznie z wydatkami na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego (0,65 zł).

lekarzy POZ i specjalistów, wyłączając dentystów). Dużą lub bardzo dużą wysokość wydatków tego rodzaju zadeklarowało 19,8% gospodarstw, średnią 24,6%, małą lub bardzo małą 13,5%. Nieponoszenie w 2023 r. wydatków na takie wizyty zadeklarowało 42,0% ankietowanych gospodarstw.

Uogólnione na całą populację bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na stacjonarną opiekę zdrowotną w 2023 r. wyniosły 1,18 zł na osobę miesięcznie i spadły w porównaniu z odnotowanymi w 2020 r. (1,35 zł).

Respondenci zostali poproszeni o doprecyzowanie, jaki był sposób finansowania ich pobytów w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej i okazało się, że w 2023 r. 97,1% pobytów było finansowanych w ramach NFZ, natomiast 2,9% poza NFZ.

5. Informacje dotyczące choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19" w 2023 r.

W roku 2023 r., na pytanie o zachorowanie na COVID-19 potwierdzone wynikiem testu pozytywnie odpowiedziało 14,6% badanej populacji w wieku 15 lat lub więcej. Częściej COVID-19 stwierdzano u mieszkańców miast (17,2%) niż wsi (10,0%) oraz w populacji kobiet (16,3%) niż mężczyzn (11,8%). Należy pamiętać, że wartości nie odzwierciedlają faktycznego odsetka osób chorujących na COVID-19.

Szczepieniom przeciwko COVID-19 poddało się 42,9% badanej populacji w wieku 15 lat lub więcej. Częściej szczepienia wykonywały kobiety (44,7%) niż mężczyźni (39,8%). Szczepieniom częściej poddawali się mieszkańcy miast (46,2%) niż wsi (36,9%) oraz osoby z wyższym wykształceniem (45,3%) niż osoby z wykształceniem średnim (42,1%) oraz podstawowym lub bez wykształcenia (42,0%).

Analiza danych ujawnia złożony obraz powikłań zdrowotnych doświadczanych przez osoby w wieku 15 lat lub więcej, które przeszły infekcję COVID-19. Najczęstszymi powikłaniami były: przewlekłe zmęczenie (52,9%), utrata węchu i smaku (45,0%) oraz spadek odporności (42,6%).

Synthesis

1.Characteristics of the surveyed population

The "Health care in households" survey, conducted in the form of a module for the Household budget survey, allows the analysis of issues related to health care in households due to the extensive information about the population characteristics collected in the main survey (among others according to the: types of households, number of persons in the household, number of children). The structure of the households covered by the survey has not changed significantly over the years, similarly to the composition of households due to socio-demographic characteristics, which allows the direct observation of changes in the use of health care by households in its main aspects.

During the survey respondents were asked about their general, subjective assessment of health condition. In 2023 71.8% of respondents assessed their own health as good or very good (68.5% in 2020), while every fourth person rated their health as very good (24.8%) and 47.0% as good. However, 5.2% of persons assessed their health condition as bad and 0.8% of persons as very bad. More than one-fifth of interviewees indicated that their health was so-so, neither good nor bad (22.2%; in 2020 – 24,8%). Men more often than women assessed their health as good or very good (appropriately 76.3% and 67.6%). Compared to 2006 the significant changes related to the assessment of health have appeared: the increase in very good and good ratings – 7.8 pp., and the decrease in bad and very bad ratings – 5.0 pp.

Similarly to 2020, the year of reference for the previous edition of the survey, in 2023 chronically ill persons appeared in more than half of the surveyed households – 53.6% (57.2% in the previous edition of the survey and 58.9% in 2016), while their share was different depending on the place of residence. It was 52.1% in urban areas and 56.7% in rural areas.

In 2023, in response to a question addressed to all respondents, regardless of age, about occurrence of diseases identified by a doctor, most people - similarly to the previous edition of survey - identified illnesses such as: hypertension (20.0%; 20.7% in 2020) and joints diseases (12.8%; 14.4% in 2020). The biggest difference in percentage of diseases declared by respondents compared to the previous edition of the survey has been noted in the case of respiratory diseases other than asthma. In 2023, 4.6% of persons declared the occurrence of that disease, and in 2020 - 1.6%[4].

Respondents aged 15 or more were asked, if due to health problems they had limited ability to perform activities, performed usually by people, that lasted 6 months or more. Almost every fifth respondent (19.9%) reported that they had been affected by this type of limitations, wherein serious limited abilities to perform activities were reported by 3.8% of respondents, while limited, but not severely by 16.1% of respondents. The percentage of persons with limitations increased accordingly with age. In the group of 80 years or older more than half of respondents (53.9%) had such limitations. It turns out that 57.5% of persons with serious limitations assessed their health as bad or very bad. However, 76.7% of persons without limitations assessed their health as good or very good.

2.Use of health care services

In 2023, 7.6% of surveyed population stayed in a hospital or other inpatient health care facility. 6.2% of men and 9.0% of women used health care in such facilities. On average, there was almost 1 hospitalization for 1 person using the inpatient health care.

4 When comparing with the previous edition of the survey from 2021 (concerning the situation - in 2020) the ongoing COVID-19 pandemic should be taken into consideration.

The funds from National Health Fund remained the dominant source of financing for stays in hospitals and other inpatient health care facilities, although their share decreases compared to the results of previous surveys – compared to 2020 the decrease was 0.8 pp, and compared to 2006 – 1.9 pp.

More than a quarter of stays (26.0%) were due to illness, 24.2% of stays were related to surgery or a post-operative stay, and 22.4% were for observation or diagnosis.

The length of stay in inpatient health care facilities in 2023 was 7.1 days on average, which means a decrease for over 1 day in comparison to 2020.

In the 4th quarter of 2023, the percentage of people using doctor consultations in primary health care was 29.1%, specialist consultations 16.7%, and dental services 8.9%.

In 2023, 97.5% of those using medical consultations in primary health care (in the 4th quarter of this year) did so within the National Health Fund. Lower percentages were obtained in previous editions of the study - in 2020, 2016, 2013 it was around 96.2%, and in 2010 95.1%.

In the 4th quarter of 2023, 67.8% of people using the outpatient specialist health care received benefits from the National Health Fund, while 38.6% of patients received benefits from sources other than the National Health Found.

The results of the survey, generalised to the grand total of the population show that in 2023, 52.5% of household members had laboratory tests performed (44.1% of men and 60.4% of women). In 2020 the percentage of persons, who had such tests performed was lower and amounted to 42.9% (35.5% of men and 49.9% of women), however the epidemic restrictions in 2020 should be taken into consideration for the assessment of differences in results.

In the following years of the survey, a monotonic increase in the share of households declaring the use of medical services that are not financed within the National Health Fund can be observed. In 2023, 40.4% of households used medical services (without dental) not financed by the National Health Fund, while in 2020 there were 38.1% of such households, 37.2% in 2016, 35.1% in 2013 and 31.0% in 2010.

In 2023, 35.8% of household members used the Internet to gain knowledge and information about diseases and methods of treatments, and 31.5% looked for information on a healthy lifestyle (34.2% and 31.0% in 2020, respectively). 25.8% of respondents used the Internet to obtain information on opinions about doctors (22.4% in 2020). In 2023, 9.8% of respondents (9.2% in 2020) used the Internet to purchase a medical product.

The use of Internet for making appointments or medical examinations and for receiving test results electronically has increased. In the 4th quarter of 2023, the percentage of such people was 5.9% and 10.9% respectively (4.9% and 6.6% in 2020, respectively). When making an appointment or medical examination, the telephone was a more common method than via the website. In the 4th quarter of 2023, 23.7% of respondents made an appointment by telephone (12.5 pp less than in 2020).

3. Quality of healthcare in the opinion of respondents

In 2023 respondents most positively rated the way primary health care physicians treat patient. Among all interviewers who answered the question regarding the relationship with the primary health care physician, 86.6% stated that the doctor treated them with kindness and respect always or often, while 52.5% were always treated this way. Providing clear explanation (82.7%) and knowledge of medical history (81.1%) were also highly rated – in 2020 the percentages were 81.7% and 75.6% respectively. The patient's involvement in making decisions regarding care and treatment was assessed the least positively – answers "always" or "often" were given by 69.6% (64.7% of persons answered in this way in the previous edition of the survey).

In 2023, 2.8% of household members (both among women and men) did not use the services of a primary health care physician despite the need. In 2020 there were more such persons – 6.1%[5].

In 2023, the most common reason for not using the services of primary care physicians (over 36%) was waiting for symptoms to disappear.

Despite the need, 2.9% of household members did not use the services of a specialist (without dentistry) in 2023 (in 2020 the percentage was 5.9%).

In 2023, 2.4% of household members (2.2% of men and 2.7% of women) did not use the dental services despite the need. The total percentage in 2023 was 1.4 pp lower compared to 2020 (3.8%).

1.1% of respondents answered positively the question about not having diagnostic tests performed despite the need, which is 2 pp less than in 2020 (3.1%). Women resigned from the tests more often than men (1.4% of women versus 0.8% of men).

Resignation from performing procedures in 2023 was indicated by 0.7% (in 2020 -1.3%) of respondents.

4. Household expenditure on health care in 2023

The results of the survey show that 97.8% members of households were entitled to health care services financed by National Health Fund, and 10.2% were entitled to services under the supplementary medical insurance (DZZ, this category covers insurance and medical subscriptions).

In the entire household population the average monthly expenses on health care per capita amounted to PLN 80.28[6] in 2023. Compared to the average expenses in 2020 they were more than 20% higher (PLN 66.58). Calculated on the basis of the survey and generalized to the entire household population, the average monthly expenditure on outpatient health care in the 4th quarter of 2023 amounted to PLN 24.86 per person. The presented amounts cover both the costs of treatment and the other expenses incurred due to treatment. That means the expenses were almost 49.2% higher than in 2020 (PLN 16.66).

In the 4th quarter of 2023 the average monthly expenses on medicines and other medical supplies in the grand total of population of households in Poland amounted to an average PLN 47.45 per person and accounted for 59.1%, and combined with expenses on medical durables (PLN 6.14 PLN) – 66.8% of the average monthly direct expenses of households on health care in total.

In the scope of the primary and specialized outpatient health care the surveyed households were asked, among other things, about the subjective assessment of the level of expenses for visits to doctors (without distinction between primary health care physicians and specialists, excluding dentists). The high or very high related expenditure were declared by 19.8% of households, medium by 24.6%, and low or very low by 13.5%. 42.0% of surveyed households declared that they would not incur any expenses for such visits in 2023.

Direct expenses on inpatient health care in 2023, generalized for the entire population, amounted to PLN 1.18 per capita per month and decreased compared to recorded expenses in 2020 (PLN 1.35)

The respondents were asked to specify the method of financing their stays within the scope of inpatient health care and it turned out that in 2023, 97.1% of stays were financed within the National Health Fund, while 2.9% of stays outside the National Health Fund.

5 It should be noted that the ratings related to the need of use of health care services were all subjective answers of respondents.

6 Combined with expenses on durable medical goods. Combined with expenses on treatment of persons outside household (PLN 0.65).

In 2023, when asked about being infected with COVID-19, confirmed by a test result, 14.6% of the surveyed population aged 15 or more answered positively. COVID-19 was more frequently detected in urban residents (17.2%) than in rural residents (10.0%), and in the female population (16.3%) than in the male population (11.8%). It should be remembered that the values do not reflect the actual percentage of people suffering from COVID-19.

42.9% of the surveyed population aged 15 years or more were vaccinated against COVID-19. Women were vaccinated more often than men. 44.7% of women and 39.8% of men got vaccinated. Inhabitants of urban areas (46.2%) were vaccinated more often than inhabitants of rural areas (36.9%) and persons with tertiary education (45.3%) were vaccinated more often than persons with secondary education (42.1%) and persons with primary or no school education (42.0%).

The analysis of data reveals a complex picture of health complications experienced by persons aged 15 or more infected with COVID-19. The most common complications were: chronic fatigue (52.9%), loss of smell and taste (45.0%) and decreased immunity (42.6%).

Rozdział 1. Charakterystyka badanej zbiorowości
Chapter 1. Characteristics of the surveyed population

1.1. Charakterystyka gospodarstw domowych
1.1. Characteristics of households

Badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych", realizowane w formie modułu do badania Budżetów gospodarstw domowych, umożliwia analizę kwestii dotyczących opieki zdrowotnej w gospodarstwach domowych ze względu na obszerne informacje o cechach zbiorowości zgromadzone w badaniu głównym (m.in. według: typów gospodarstw domowych, liczby osób w gospodarstwie, liczby dzieci). Struktura gospodarstw objętych badaniem na przestrzeni lat nie zmieniła się istotnie, podobnie jak skład gospodarstw domowych ze względu na cechy społeczno-demograficzne, co umożliwia bezpośrednią obserwację zmian w korzystaniu przez gospodarstwa domowe z opieki zdrowotnej w jej głównych aspektach.

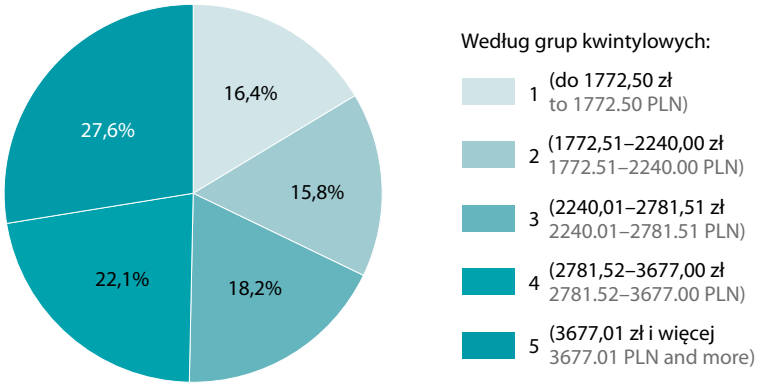
Analiza zbadanej zbiorowości gospodarstw domowych ze względu na ich cechy społeczno-demograficzne wykazała, że w ogólnej liczbie gospodarstw domowych 66,5% z nich znajdowało się w miastach, natomiast 33,5% na wsi. Na uwagę zasługuje zależność między wielkością gospodarstwa domowego a miejscem zamieszkania – częściej gospodarstwa wieloosobowe znajdują się na wsi. Ponad 56,5% gospodarstw 5 lub więcej osobowych było ulokowanych na wsi, równocześnie jedynie 20,7% gospodarstw jednoosobowych.

Tablica 1.1. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych w 2023 r.
Table 1.1. Households by socio-economics groups in 2023

Kategorie gospodarstw domowych Categories of households	Ogółem Total	Miasta Urban areas	Wieś Rural areas
	w % in %		
Ogółem **Total**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Pracujących na stanowisku robotniczym Employees working in manual labour position	23,7	19,3	32,5
Pracujących na stanowisku nierobotniczym Employees working in non-manual labour position	33,6	38,9	23,2
Rolników Farmers	3,8	0,1	11,1
Pracujących na własny rachunek Self employed	8,0	8,9	6,4
Emerytów Retirees	26,1	28,1	22,1
Rencistów Pensioners	3,0	3,1	2,8
Pozostali Others	1,8	1,6	2,0

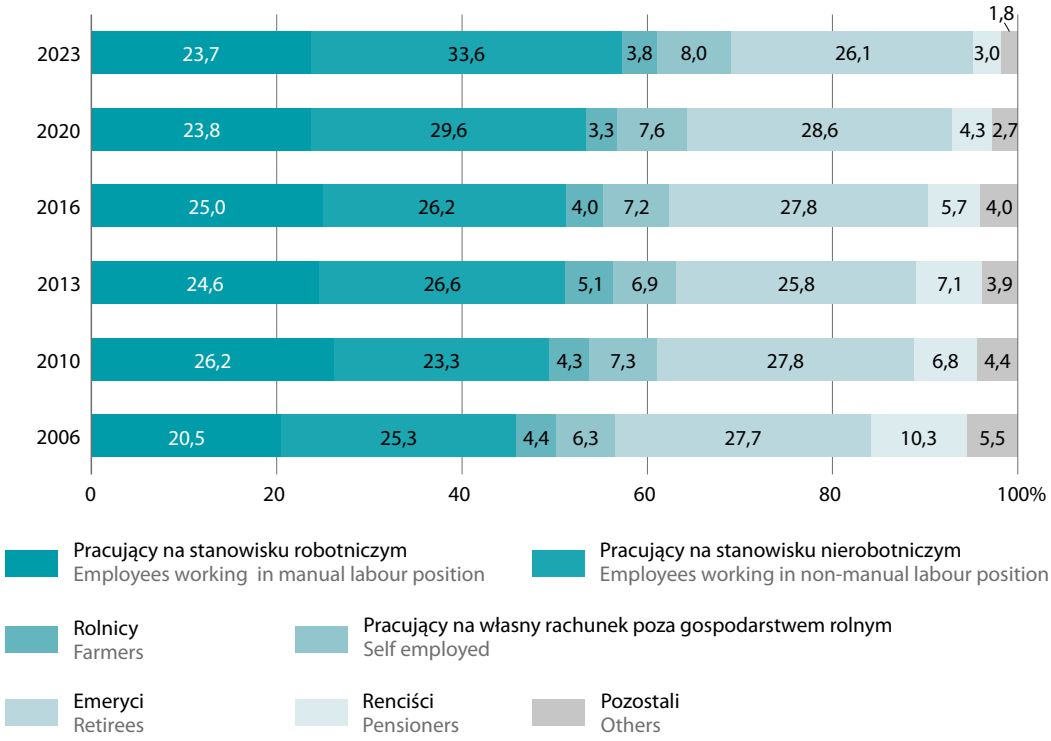
Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu budżetów gospodarstw domowych w 4 kwartale 2023 r., które zostały zaklasyfikowane do grup społeczno-ekonomicznych w zależności od głównego źródła utrzymania gospodarstwa domowego.
Households participating in household budget survey in the 4th quarter of 2023, which were classified into socio-economic groups depending on the main source of income of the household.

Wykres 1.1. Gospodarstwa domowe uczestniczące w badaniu według grup kwintylowych w 2023 r.
Chart 1.1. Households participating in the survey by quintile groups in 2023



Gospodarstwo domowe zalicza się do odpowiedniej grupy kwintylowej na podstawie wysokości dochodu rozporządzalnego przypadającego na osobę w tym gospodarstwie domowym. W tym celu sporządza się listę członków wszystkich gospodarstw domowych, uszeregowanych według wzrastającego dochodu rozporządzalnego na osobę przy uwzględnieniu stosowanych w badaniu wag, a następnie dzieli się ją na 5 równych części co do liczby osób ważonych.
A household is classified into a given quintile group on the basis of available income per capita in that household. Thus members of all the households in the survey are listed according to the increasing available income per capita using the weights applied in the survey and divided into five groups, equal in number of the weighted persons.

Wykres 1.2. Gospodarstwa domowe według grup społeczno-ekonomicznych
Chart 1.2. Households by socio-economic groups



Na przestrzeni lat dokonywały się pewne zmiany dotyczące struktury gospodarstw według grup społeczno-ekonomicznych. Odsetek gospodarstw osób pracujących na stanowiskach robotniczych utrzymywał się we wszystkich latach na poziomie powyżej 20%, osiągając w badanym roku wartość 23,7%. Tendencję wzrostową można zauważyć wśród gospodarstw osób pracujących na stanowiskach nierobotniczych. Najwyższy odsetek odnotowano w 2023 r. – prawie 36,7%, a najniższy w 2010 r. – około 23%. Gospodarstw

rencistów było znacznie więcej w 2006 r. niż w 2023 r. (wtedy ponad 10%, w ostatniej edycji badania około 3%). Natomiast najwyższy udział gospodarstw emerytów odnotowano w 2020 r. - było to 28,6 %, podczas gdy udział ten w 2023 r. wynosił 26,1%.

Dzięki częściowej zbieżności pytań zadawanych respondentom w ostatnich edycjach badania, możliwe jest porównanie części wyników dla lat 2010, 2013, 2016, 2020 oraz roku ostatniej edycji badania odnoszącej się do 2023 r. Jednocześnie, ze względu na szerokie spektrum problemów korzystania z usług systemu opieki zdrowotnej przez gospodarstwa domowe oraz sytuację związaną z pandemią COVID-19, treść publikacji niejednokrotnie odnosi się do wyników z dwóch poprzednich edycji badania, mając na uwadze możliwość porównania skali zjawisk przed wybuchem pandemii (wyniki badania za 2016 r.), w trakcie jej trwania (2020 r.) oraz po jej zakończeniu (2023 r.). Porównanie z wynikami badań z poprzednich lat umożliwiło śledzenie zmian, jakie zaszły w sposobie korzystania z opieki zdrowotnej, a także w subiektywnych ocenach jakości usług w tej dziedzinie. Przy dokonywaniu porównań z poprzednimi edycjami badania należy mieć na uwadze, że dane za rok 2023 zostały uogólnione z wykorzystaniem wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (NSP) 2021, podczas gdy przy wcześniejszych edycjach korzystano z wyników NSP 2011. W związku z czym dane za rok 2023 nie są wprost porównywalne z analogicznymi danymi za lata wcześniejsze.

Dane o liczbie ludności w grupach płci i wieku, które służyły za podstawę kalibracji wag w edycjach badania 2020 i 2023, odzwierciedlają strukturę populacji w odpowiednich latach. Dane o liczbie gospodarstw według liczby osób w gospodarstwie i miejsce zamieszkania miasto/wieś są pozyskiwane tylko w Narodowych Spisach Powszechnych. Te użyte w 2020 były oparte o NSP 2011. Uległy one znacznej modyfikacji w wyniku NSP 2021. Dodatkowo w NSP 2021 została przyjęta inna definicja gospodarstwa domowego, tzw. „mieszkaniowa", wg której wszystkie osoby zamieszkujące w jednym mieszkaniu stanowią jedno gospodarstwo domowe. Jest to inna definicja niż stosowana w badaniach społecznych definicja ekonomiczna. Użycie definicji mieszkaniowej powoduje przesunięcie liczb gospodarstw domowych w stronę większych gospodarstw. Aby zniwelować wpływ różnic definicyjnych i dostosować dane o liczbie z gospodarstw domowych z NSP 2021 do potrzeb kalibracji, zostało przeprowadzone częściowe rozszacowanie liczby największych gospodarstw domowych. W tym celu użyto estymowanej z badania BGD średniej liczby osób w gospodarstwach 5 lub więcej osobowych wg definicji ekonomicznej.

Podobnie do 2020 r., czyli roku odniesienia dla poprzedniej edycji badania, w 2023 r. w ponad połowie zbadanych gospodarstw domowych występowały osoby chore przewlekle – 53,6% (57,2% w poprzedniej edycji badania i 58,9% w 2016 r.), przy czym ich udział był różny w zależności od miejsca zamieszkania. W miastach wyniósł 52,1%, a na wsiach 56,7%.

W przypadku obecności w gospodarstwach domowych osób posiadających odpowiednie orzeczenie o niepełnosprawności prawnej[7] wydane przez organ do tego uprawniony zaobserwowano, iż osoby takie występowały w 14,2% gospodarstw. Gospodarstwa, w których zamieszkiwały osoby z niepełnosprawnością prawną częściej występowały na wsiach (16,1%) niż w miastach (13,2%).

Badanie objęło roczny okres odniesienia od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r. Jednak niektóre z pytań ograniczone zostały do ostatnich 3 miesięcy, czyli do 4 kwartału 2023 r. Dotyczyło to między innymi wystąpienia poważnych problemów zdrowotnych.

Poważne problemy zdrowotne (w tym również gwałtowne zaostrzenie posiadanej choroby) w ostatnim kwartale 2023 r. wystąpiły w 12% gospodarstw (w ponad 14% gospodarstw w analogicznym okresie 2020 r. i powyżej 15% w 2016 r.). Zjawisko nie było istotnie zróżnicowane w zależności od miejsca zamieszkania.

7 Dotyczy osób w wieku 16 lat lub więcej posiadających stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny) lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób poniżej 16 roku życia.

Tablica 1.2. Gospodarstwa domowe według stanu zdrowia członków w 2023 r.
Table 1.2. Households by health status of members in 2023

Charakterystyka gospodarstwa domowego Characteristics of the household	Razem Total	Pracowników Employees		Rolników Farmers	Pracujących na rachunek własny Self employed	Emerytów Retirees	Rencistów Pensioners	Pozostałe Others
		na stanowiskach robotniczych working in manual labour position	na stanowiskach nierobotniczych working in non-manual labour position					
	w % ogółu gospodarstw danej grupy in% of the total households of a group							
według występowania osób chorych przewlekle by occurence of chronically ill persons								
Ogółem[a] **Total[a]**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
w tym: z osobami chorymi przewlekle[b] with chronically ill persons[b]	53,6	50,2	39,5	63,5	31,8	76,5	80,5	63,2
według występowania osób niepełnosprawnych prawnie by occurence of legally disabled persons								
Ogółem **Total**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
w tym: z osobami niepełnosprawnymi[c] with persons with disabilities[c]	14,2	14,3	8,0	22,2	5,4	16,6	50,9	53,7
według występowania osób z problemami zdrowotnymi by occurence of persons with serious health problems								
Ogółem[a] **Total[a]**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
w tym: z osobami z problemami zdrowotnymi[d] with persons with serious health problems[d]	12,0	10,3	10,1	18,6	10,1	14,4	18,1	20,0

a Liczba ogółem uwzględnia odpowiedzi pozytywne, negatywne i braki odpowiedzi.

a The total includes positive and negative responses as well as nonresponses.

b Odsetek gospodarstw, w których przynajmniej jedna osoba na zadane w kwestionariuszu pytanie „Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej?" udzieliła odpowiedzi pozytywnej.

b The percentage of households where at least one person answered positively to the question 'Did you have any long-term health problem or chronic illness lasting 6 months or longer.'

c Odsetek gospodarstw, w których przynajmniej jedna osoba w wieku 16 lat lub więcej posiadała stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny) lub przynajmniej jedna osoba poniżej 16 roku życia posiadała orzeczenie o niepełnosprawności.

c The percentage of households where at least one person aged 16 or more had a degree of disability (minor, moderate, severe) or at least one person under the age of 16 had a certificate of disability.

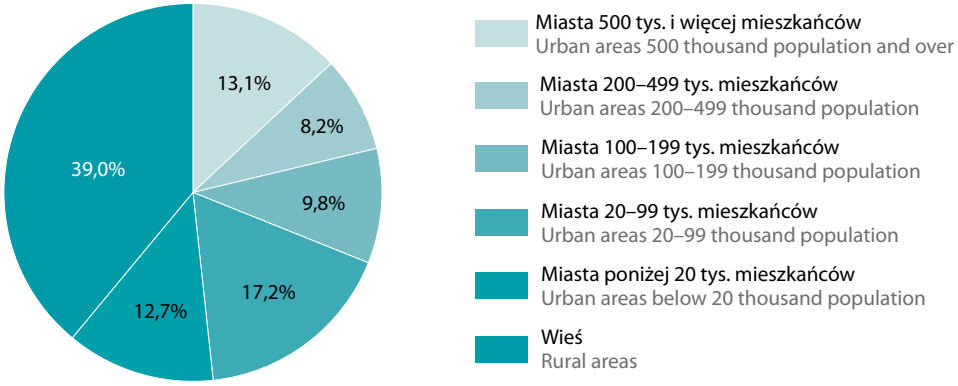
d Odsetek gospodarstw, w których przynajmniej jedna osoba na zadane w kwestionariuszu pytanie „Czy w IV kwartale 2023 r. wystąpiły u Pana/Pani poważne problemy zdrowotne (np. skutki wypadku, nagłe zachorowanie, nagłe zaostrzenie choroby przewlekłej)?" udzieliła odpowiedzi pozytywnej.

d The percentage of households where at least one person answered positively to the question 'Did you have any serious health problems (e.g. accidents, sudden illness, sudden aggravation of chronic illness) in the 4th quarter of 2023?'

1.2. Charakterystyka członków gospodarstw domowych
1.2. Characteristics of households members

Próba wylosowana do badania składała się z prawie 40% członków gospodarstw domowych zamieszkałych na wsi i około 60% w miastach, w tym ponad 13% w miastach liczących 500 tys. i więcej mieszkańców. W zbiorowości badanych członków gospodarstw domowych kobiety stanowiły ponad połowę (51,7%), a mężczyźni 48,3%.

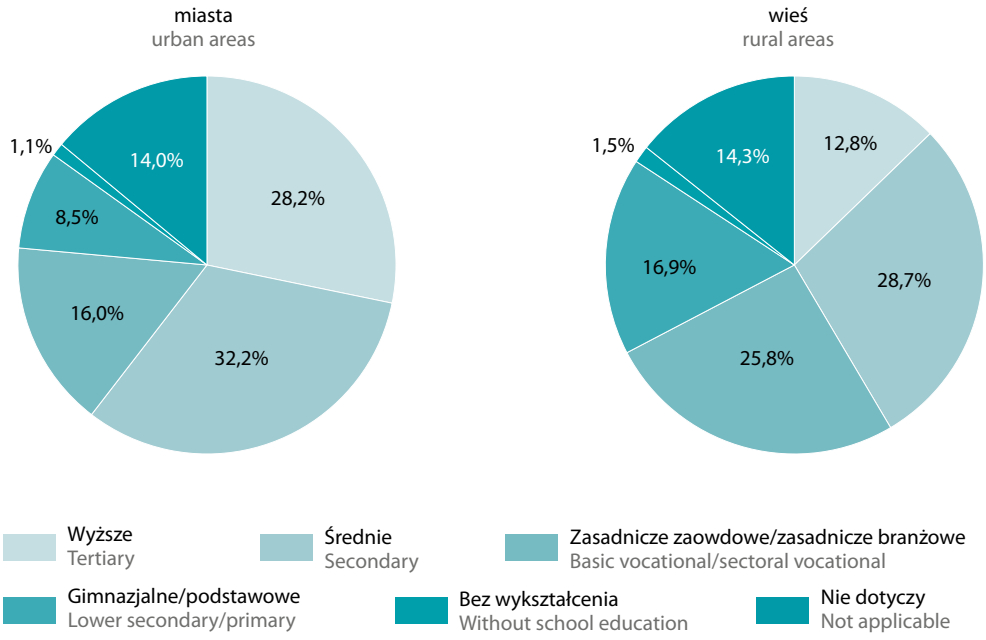
Wykres 1.3. Członkowie gospodarstw domowych według klasy miejscowości zamieszkania w 2023 r.
Chart 1.3. Structure of household members by the class of place of residence in 2023



Uczestnikom badania budżetów gospodarstw domowych w wieku 15 lat lub więcej zadano pytanie dotyczące poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia. Zauważono, że utrzymała się różnica w poziomie wykształcenia mieszkańców miast i wsi. W 2023r. osoby, które ukończyły szkołę wyższą kilkakrotnie częściej zamieszkiwały miasta niż wieś (odpowiednio: 28,2% i 12,8%). Natomiast udział osób posiadających wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne był wyraźnie wyższy na wsi niż w miastach.

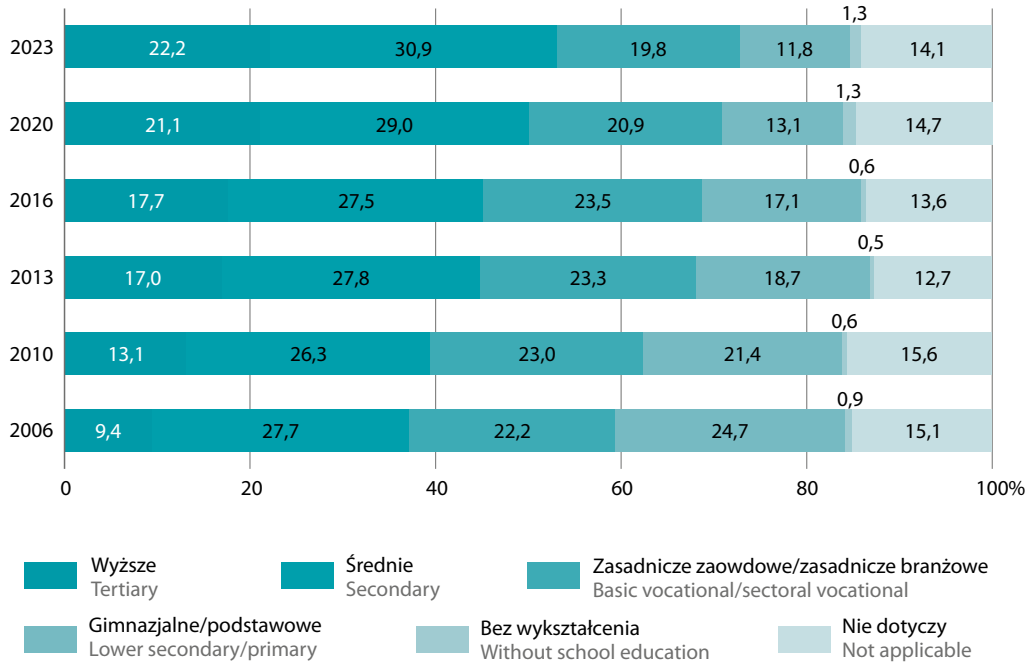
Biorąc pod uwagę określony szereg czasowy 2006-2023 okazuje się, że ponad dwukrotnie wzrósł odsetek osób posiadających wykształcenie na poziomie wyższym – z ponad 9% w 2006 r. do ponad 22% w 2023 r. Z kolei prawie dwukrotnie zmalała liczba osób z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym – z niemal 25% w 2006 r. do niecałych 12% w 2023 r.

Wykres 1.4. Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia w miastach i na wsi w 2023 r.
Chart 1.4. Household members by level of education in urban areas and rural areas in 2023



Kategoria „nie dotyczy" odnosi się do osób w wieku poniżej 14 lat.
Category "not applicable" refers to people under the age of 14.

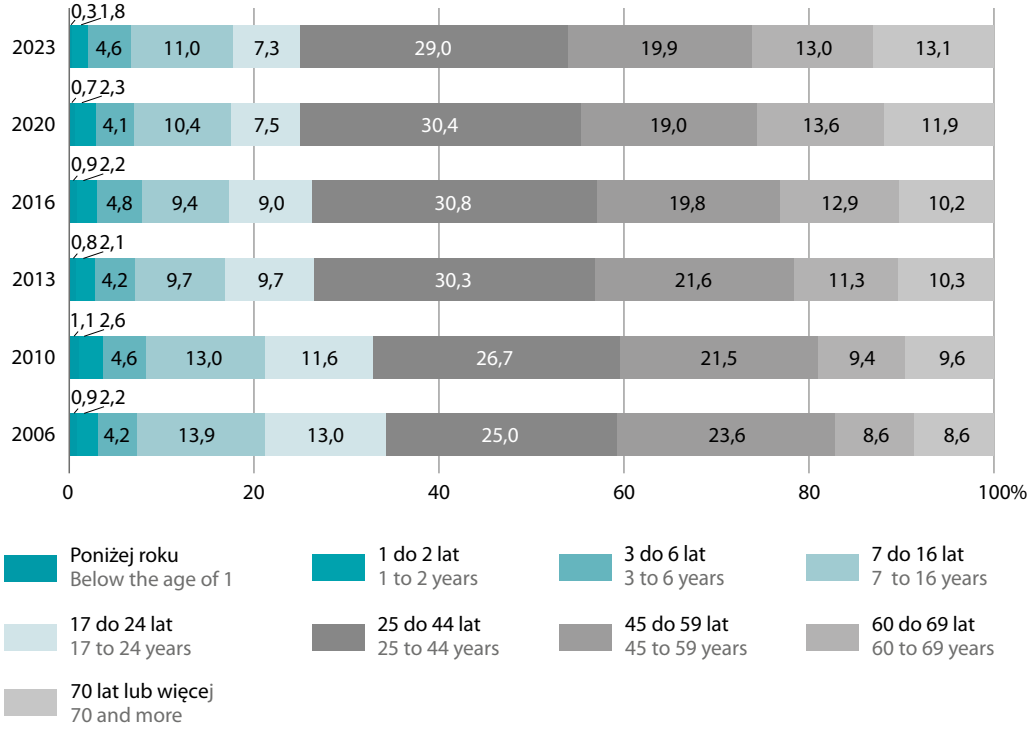
Wykres 1.5. Członkowie gospodarstw domowych według poziomu najwyższego ukończonego wykształcenia
Chart 1.5. Household members by highest level of education attained



Kategoria „nie dotyczy" odnosi się do osób w wieku poniżej 14 lat.
Category "not applicable" refers to people under the age of 14.

Porównując członków gospodarstw ze względu na wiek zauważamy, że wśród respondentów przeważali 25-44-latkowie w każdej z dotychczasowych edycji badania. Równocześnie spadał odsetek osób w wieku 17-24 lata. Zauważalny był również procentowy wzrost w badanym szeregu czasowym członków gospodarstw domowych osiągających 60 lat lub więcej. Najmniejszą dynamiką wykazali się członkowie gospodarstw domowych do 6 roku życia.

Wykres 1.6. Członkowie gospodarstw domowych według wieku
Chart 1.6. Household members by age



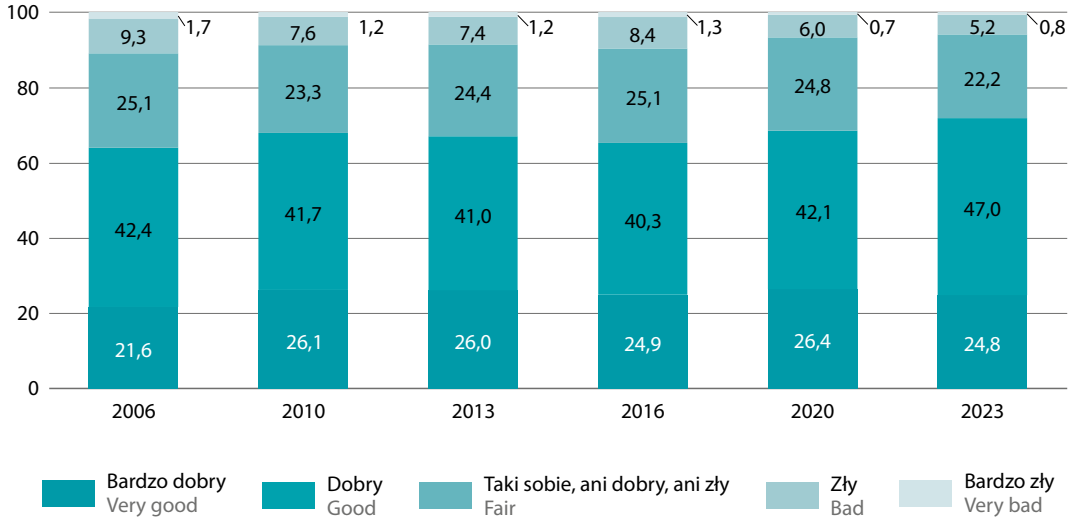
1.3. Stan zdrowia członków gospodarstw domowych
1.3. Health status of household members

Badanie zostało przeprowadzone po zakończeniu pandemii COVID-19, dlatego stanowi ono dobry punkt odniesienia dla dalszych dociekań związanych z jej wpływem na stan i ochronę zdrowia ludności w Polsce.

W trakcie badania pytano respondentów o ogólną, subiektywną ocenę stanu zdrowia. W 2023 r. 71,8% respondentów oceniło swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze (w 2020 r. 68,5%), przy czym co czwarta osoba bardzo dobrze (24,8%) i 47,0% – dobrze. Natomiast stan swojego zdrowia określiło jako zły 5,2%, a bardzo zły 0,8% osób. Więcej niż jedna piąta pytanych wskazała, że ich stan zdrowia jest taki sobie, ani dobry, ani zły (22,2%, w 2020 r. – 24,8%). Mężczyźni częściej niż kobiety oceniali swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze (odpowiednio 76,3% i 67,6%). W stosunku do 2006 r. nastąpiły znaczące zmiany dotyczące ocen stanu zdrowia: wzrost ocen bardzo dobry i dobry – o 7,8 p. proc. i spadek ocen zły i bardzo zły – o 5,0 p. proc.

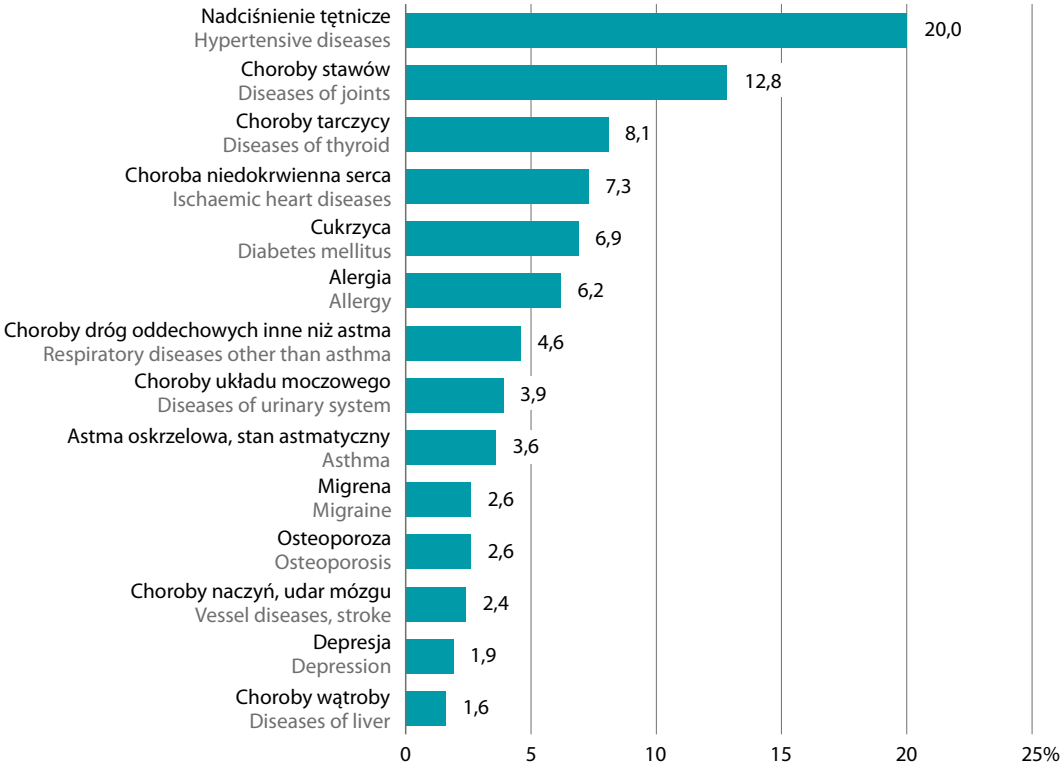
Odsetek pozytywnych ocen stanu zdrowia był mocno powiązany z wiekiem respondentów. Wśród dzieci i młodzieży był najwyższy i zawierał się w przedziale od 89,4% (w kategorii do 2 roku życia) do 95,5% (w grupie wieku 3-6 latków). Począwszy od grupy wieku 45-59 lat systematycznie wzrastała liczba ocen złych i bardzo złych stanu zdrowia – od 4,6 % do 33,3% w najstarszej grupie wieku.

Wykres 1.7. Samoocena stanu zdrowia
Chart 1.7. Self-assessment of health status



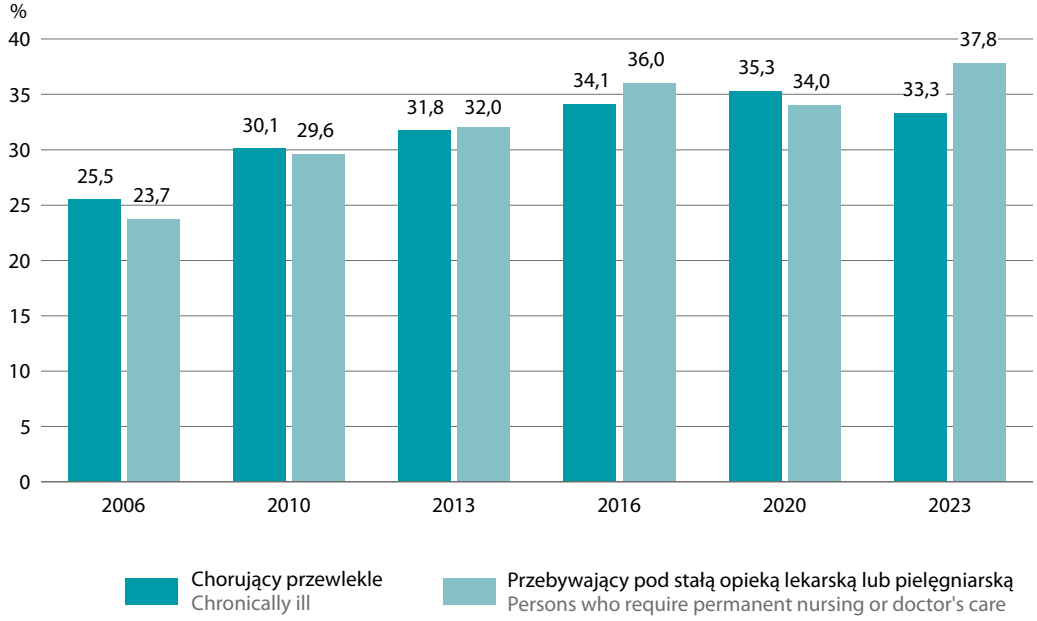
Na subiektywną ocenę stanu zdrowia respondenta mogły mieć wpływ również takie czynniki jak występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych trwających dłużej niż pół roku, czy posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności prawnej.

Wykres 1.8. Odsetek osób deklarujących chorobę stwierdzoną przez lekarza w 2023 r.
Chart 1.8. Percentage of persons suffering from selected illnesses in respondents'declarations in 2023



W 2023 r. na pytanie skierowane do wszystkich respondentów, bez względu na wiek, dotyczące występowania chorób stwierdzonych przez lekarza, najwięcej osób wskazało – podobnie jak w poprzedniej edycji badania – na występowanie chorób takich jak: nadciśnienie tętnicze (20,0%, w 2020 r. – 20,7%) i choroby stawów (12,8%, w 2020 r. – 14,4%). Największą różnicę w odsetku deklarowanych przez respondentów zachorowań odnotowano w przypadku chorób dróg oddechowych innych niż astma. W 2023 r. 4,6% osób zadeklarowało występowanie tego typu schorzenia, a w 2020 r. – 1,6%[8].

Wykres 1.9. Chorujący przewlekle oraz przebywający pod opieką lekarską lub pielęgniarską
Chart 1.9. Chronically ill persons and those requiring permanent nursing or doctor's care



W 2023 r. długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej, dotyczyły 33,3% respondentów (35,3% w 2020 r.). Częściej były deklarowane wśród kobiet (37,4%) niż mężczyzn (28,9%). Osoby starsze znacznie częściej sygnalizowały występowanie chorób przewlekłych niż młodsze. Wśród osób w wieku powyżej 70 lat taką dolegliwość zadeklarowało 79,5% osób.

Pomimo występowania choroby przewlekłej niemal co trzeci respondent (30,4%) oceniał swój stan bardzo dobry lub dobry. Ponad 17% respondentów z chorobą przewlekłą oceniło swój stan jako zły lub bardzo zły.

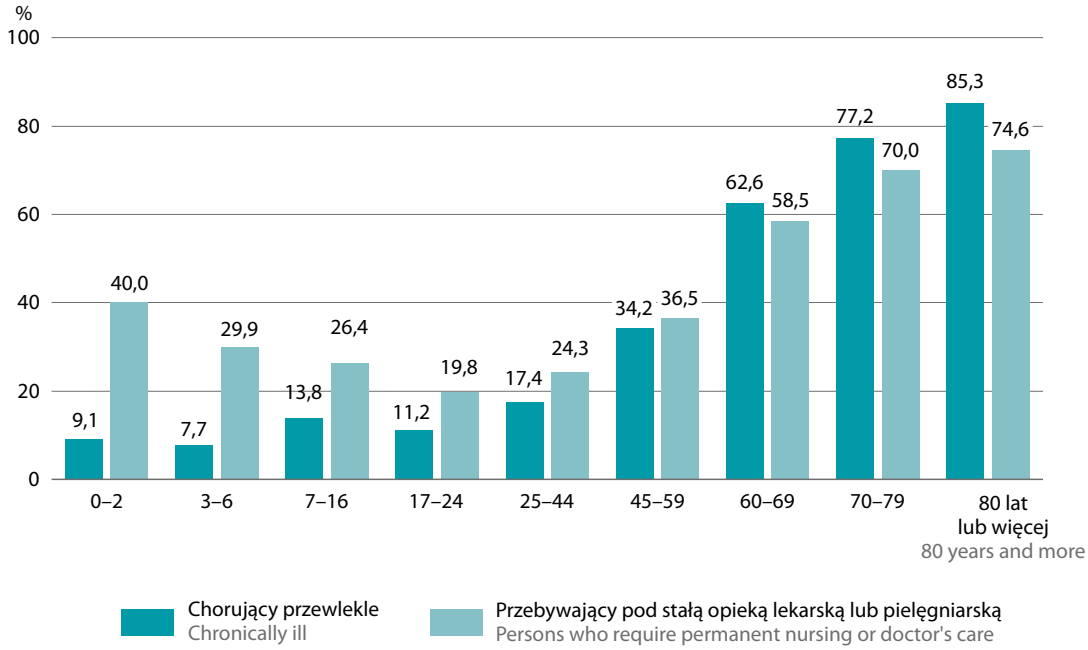
Pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską w 2023 r. (korzystanie z regularnych wizyt) przebywało 37,8% osób, 42,5% kobiet i 32,8% mężczyzn (w 2020 r. 34,0% respondentów, 37,0% kobiet i 30,8% mężczyzn). Nieco częściej przebywanie pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską deklarowali mieszkańcy miast (39,7%) niż mieszkańcy wsi (34,8%).

Warto zwrócić uwagę na fakt, że część osób zwłaszcza w starszych grupach wieku, a także o złej lub bardzo złej samoocenie stanu zdrowia zgłaszających długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej, nie jest pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską.

8 Przy porównaniach z edycją poprzednią badania z roku 2021 (odnoszącą się do stanu za rok 2020) należy wziąć pod uwagę trwający wówczas stan pandemii COVID-19.

Wykres 1.10. Chorujący przewlekle oraz przebywający pod opieką lekarską lub pielęgniarską według wieku w 2023 r.

Chart 1.10 Chronically ill persons and those who require permanent nursing or doctor's care by age in 2023



Spośród osób, które przebywały pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, 41,8% oceniło swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre ani złe, 44,0% określiło je jako co najmniej dobre, a 14,2% – złe lub bardzo złe.

Występowanie w 4 kwartale 2023 r. poważnych problemów zdrowotnych takich jak: skutki wypadku czy nagłe zachorowanie sygnalizowało 6,5% osób. Dotyczyły one nieco częściej kobiet (7,6%) niż mężczyzn (5,4%).

Używane przez statystykę narzędzia badawcze (2 niezależne pytania dotyczące niepełnosprawności prawnej oraz ograniczeń wykonywania codziennych czynności) pozwalają na prezentację danych o zbiorowości osób z niepełnosprawnością prawną i z ograniczeniami w następujących ujęciach:

- z niepełnosprawnością prawną i biologiczną (posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności i poważnych ograniczeń wykonywania codziennych czynności trwające 6 miesięcy lub dłużej);
- z niepełnosprawnością wyłącznie prawną (posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności);
- z niepełnosprawnością wyłącznie biologiczną (posiadanie poważnych ograniczeń wykonywania codziennych czynności trwające 6 miesięcy lub dłużej).

Niepełnosprawność według kryterium statystycznego obejmuje zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają poważnie ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna), trwające co najmniej 6 miesięcy[9]. Natomiast osoby z ograniczeniami wykonywania codziennych czynności w stopniu niezbyt poważnym nie są zaliczane do grupy niepełnosprawnych biologicznie.

9 W sytuacji, gdy osoba, odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku, trwające 6 miesięcy lub dłużej, mówimy o niepełnosprawności biologicznej. Jest to ocena subiektywna i nie musi się łączyć z posiadaniem orzeczenia wydanego przez organ do tego uprawniony.

Tablica 1.3. Samoocena stanu zdrowia a możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego w 2023 r.

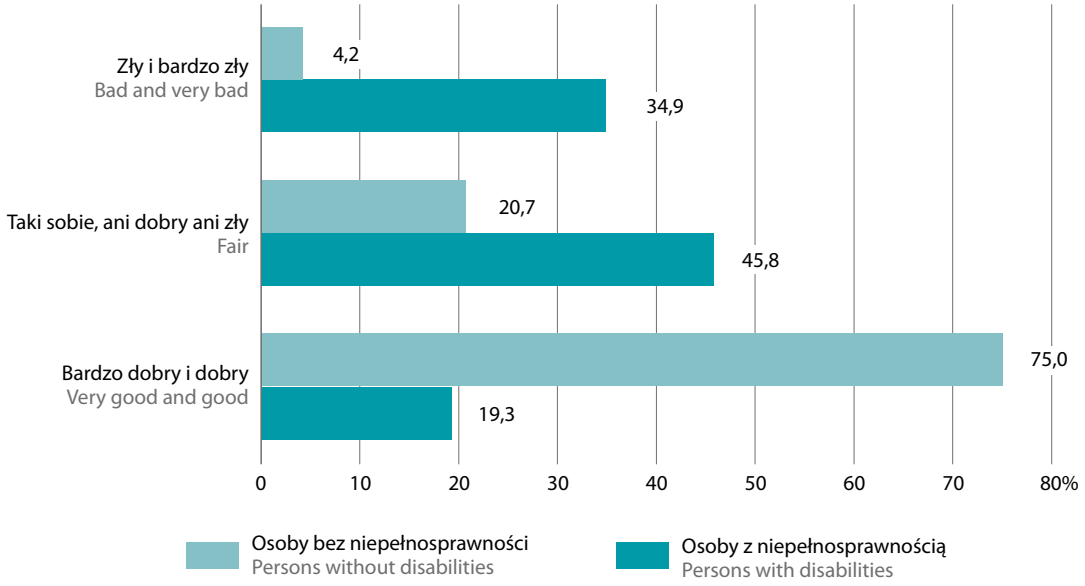
Table 1.3. Self-assessment of health status and ability to perform activities of daily living in 2023

Wyszczególnienie Specification	Bardzo dobry i dobry Very good and good	Taki sobie, ani dobry ani zły Fair	Zły i bardzo zły Bad and very bad
	w % in %		
Poważne ograniczenia Severely limited	.	30,2	57,5
Umiarkowane ograniczenia Limited but not severely	17,7	61,1	21,3
Bez ograniczeń Not limited	76,7	22,0	1,3[v]

Respondentów w wieku 15 lat lub więcej zapytano, czy z powodu problemów zdrowotnych mieli ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, która trwała 6 miesięcy lub dłużej. Prawie co piąty respondent (19,9%) wskazał, że dotknęły go tego typu ograniczenia, przy czym poważnie ograniczone zdolności wykonywania czynności miało 3,8% respondentów, a ograniczone, ale niezbyt poważnie – 16,1%. Odsetek osób z ograniczeniami wzrasta wraz z wiekiem. W grupie 80 lat lub więcej ponad połowa respondentów (53,9%) posiadała takie ograniczenia. Zależność możliwości wykonywania czynności w odniesieniu do stanu zdrowia przedstawiona została na powyższym wykresie. Okazuje się, że 57,5% osób z poważnymi ograniczeniami określiło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Natomiast 76,7% osób bez ograniczeń oceniło swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre.

Wykres 1.11. Samoocena stanu zdrowia a niepełnosprawność[a] prawna respondentów w 2023 r.

Chart 1.11. Self-assessment of health status and legal disability[a] of respondents in 2023



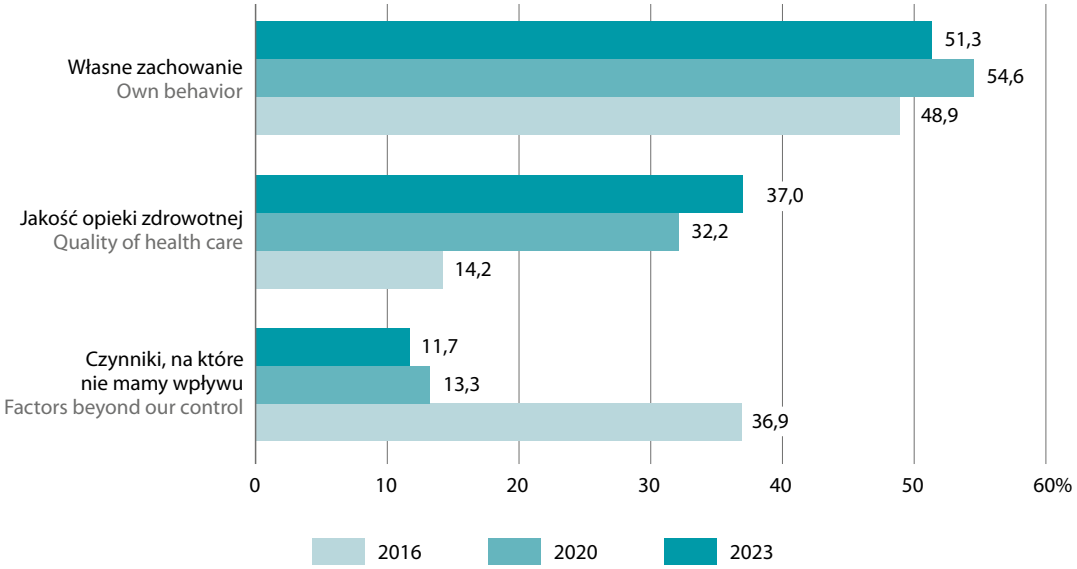
a Dotyczy osób w wieku 16 lat lub więcej posiadających stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny) lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób poniżej 16 roku życia.

a Applies to persons aged 16 or over with a degree of disability (mild, moderate, severe) or a disability certificate in the case of persons under 16 years of age.

Orzeczenie o niepełnosprawności prawnej[10] posiadało 3,4%[v] dzieci w wieku poniżej 16 roku życia. Natomiast wśród osób w wieku 16 lat lub więcej umiarkowany stopień niepełnosprawności posiadało 3,0% badanych, znaczny – 2,0%, a lekki – 1,2%.

W 2023 r. na pytanie o czynniki determinujące stan zdrowia przeszło połowa (51,3%) respondentów w wieku 15 lat lub więcej wskazała własne zachowanie jako czynnik najważniejszy (w 2020 r. – 54,6%, a w 2016 r. – 48,9%). Kolejną grupą były osoby, które wskazały jakość opieki zdrowotnej jako najważniejszy czynnik determinujący ich sytuację zdrowotną – 37,0% (w 2020 r. 32,2%, w 2016 r. 14,2%). Najmniej osób, 11,7% uważało, że w pierwszej kolejności o stanie ich zdrowia decydują czynniki, na które nie mają wpływu (w 2020 r. – 13,3% oraz w 2016 r. – 36,9%).

Wykres 1.12. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia
Chart 1.12. The most important factor (indicated in 1st place) that affects health status

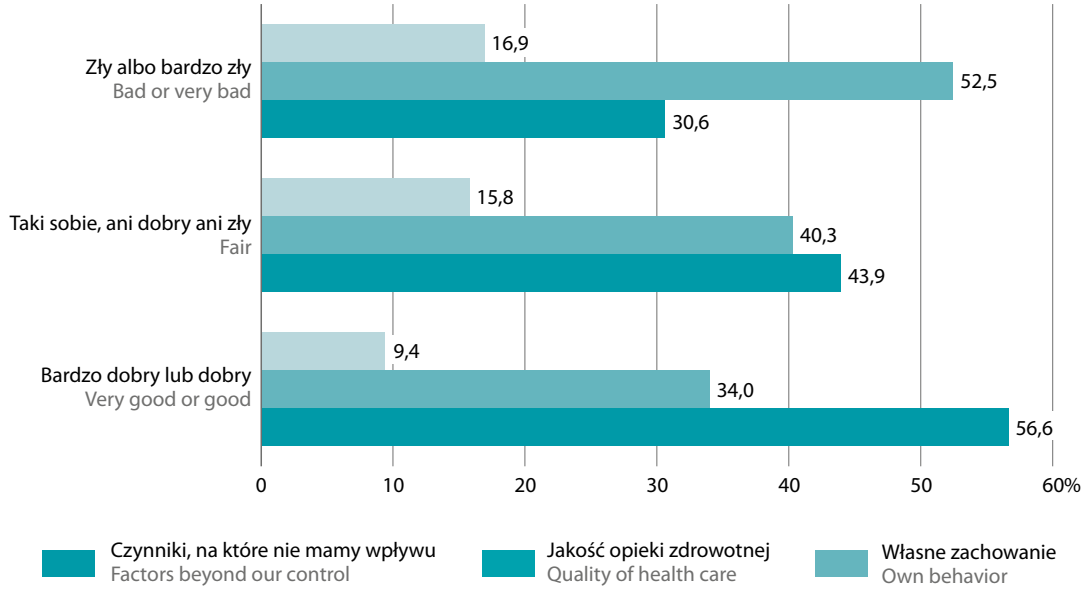


Opinie na temat czynników wpływających na zdrowie były zależne między innymi od stanu zdrowia respondenta. Ponad połowa (56,6%) respondentów, którzy oceniali swoje zdrowie dobrze lub bardzo dobrze, wskazało własne zachowanie jako najważniejszy czynnik decydujący o stanie ich zdrowia. Natomiast osoby z oceną stanu zdrowia złą lub bardzo złą najczęściej wskazały na jakość opieki zdrowotnej (52,5%).

10 Dotyczy osób w wieku 16 lat lub więcej posiadających stopień niepełnosprawności (lekki, umiarkowany, znaczny) lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób poniżej 16 roku życia.

Wykres 1.13. Najważniejszy czynnik (wskazany na 1. miejscu), który ma wpływ na stan zdrowia według stanu zdrowia respondentów w 2023 r.

Chart 1.13. The most important factor (indicated in 1st place) that affects health by health status of respondents in 2023



1.4. Stosowanie leków w 4 kwartale 2023 r.

1.4. Use of medicines in the 4th quarter of 2023

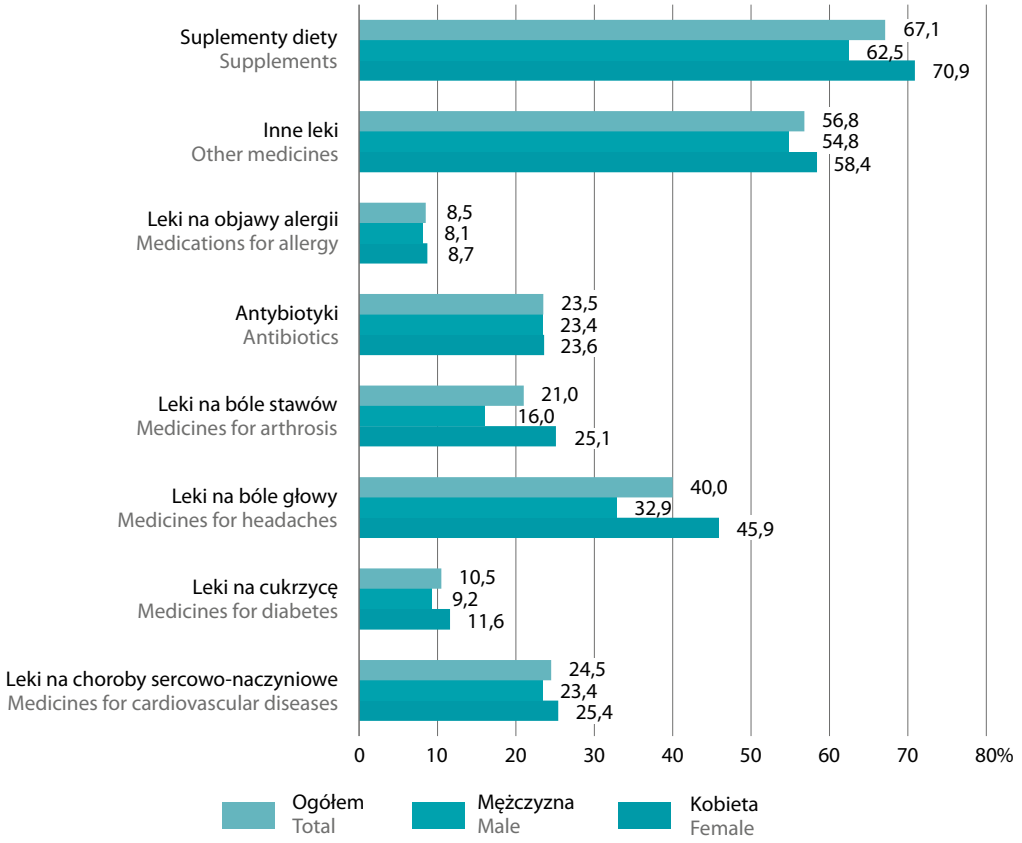
W ostatnim kwartale 2023 r. 69,4% osób stosowało przynajmniej jeden lek lub suplement diety (74,3% w analogicznym okresie 2020 r.). Częściej leki zażywały kobiety (73,6%) niż mężczyźni (64,8%). W 2020 r. było to odpowiednio 80,1% kobiet i 68,2% mężczyzn. Prawie trzech na czterech (73,4%) mieszkańców miast stosowało leki lub suplementy diety, podczas gdy wśród mieszkańców wsi ten odsetek wyniósł 63,1% (w 2020 r. odpowiednio 76,3% i 71,2%).

Na spożywanie leków lub suplementów diety miały wpływ takie czynniki jak samoocena stanu zdrowia czy wiek respondenta. Leki lub suplementy diety zażywało 61,1% osób z co najmniej dobrą samooceną stanu zdrowia, zaś 94,2% respondentów z samooceną złą lub bardzo złą. Najczęściej leki lub suplementy diety stosowały osoby starsze – 90,6% osób w wieku powyżej 70 lat oraz 86,4% osób w grupie wieku 60-69 lat. Najrzadziej natomiast po takie produkty sięgały osoby w wieku od 17 do 24 lat (53,3%).

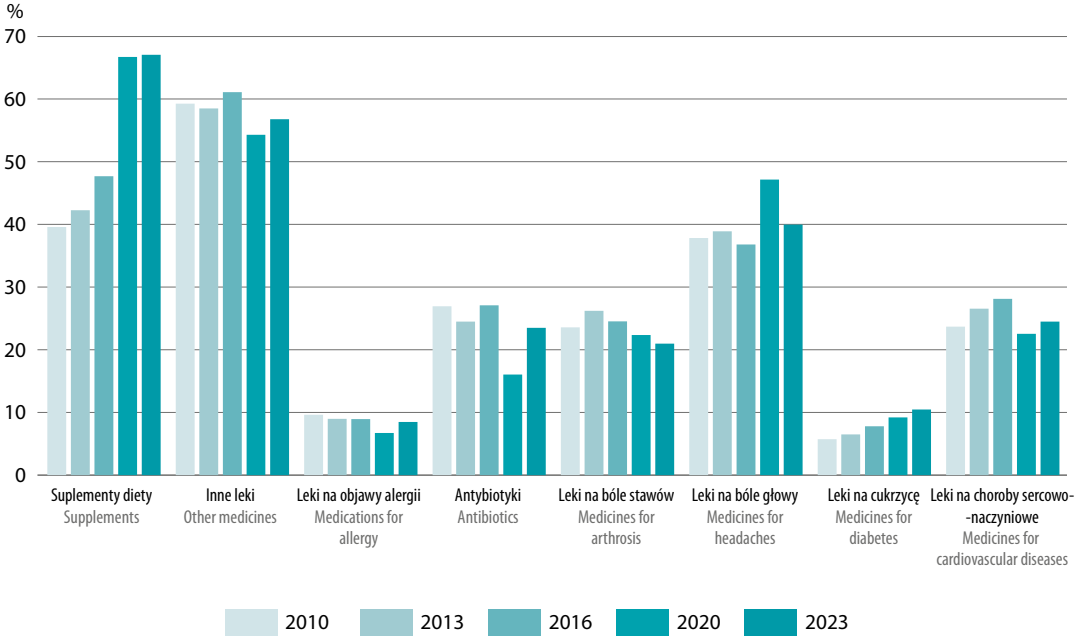
Analizując rodzaje leków lub suplementów diety można zauważyć, że 40,0% osób ogółu zażywających stosowało leki na bóle głowy, przy czym były to częściej kobiety (45,9%) niż mężczyźni (32,9%). W następnej kolejności zażywano leki na choroby sercowo-naczyniowe (24,5%) i leki na bóle stawów (21,0%). Niemal co czwarty respondent stosujący leki (23,5%) zażywał w 4 kwartale 2023 r. antybiotyki. Warto zauważyć, że 67,1% badanych zażywających leki, stosowało suplementy diety. Oprócz wspomnianych wcześniej leków na bóle głowy, również leki na bóle stawów oraz suplementy diety były częściej stosowane przez kobiety niż przez mężczyzn.

Miejsce zamieszkania nie powodowało istotnych różnic w zakresie stosowania większości leków. Natomiast suplementy diety częściej stosowane były przez mieszkańców miast (70,7%) niż wsi (60,7%).

Wykres 1.14. Osoby stosujące leki lub suplementy diety według płci w 4 kwartale 2023 r.
Chart 1.14. Persons taking medicines or supplements by sex in the 4th quarter of 2023



Wykres 1.15. Osoby stosujące leki lub suplementy diety w 4 kwartale 2023 r.
Chart 1.15. Persons taking medicines or supplements in the 4th quarter of 2023



Pytanie o rodzaj zażywanych leków pojawiło się na formularzu badawczym po raz piąty od 2010 r. Na przestrzeni kolejnych edycji badania wzrastał odsetek osób stosujących leki na cukrzyce, z 5,8% w 4 kwartale 2010 r. do 10,5% w analogicznym okresie 2023 r.

Po zauważalnym wzroście w 2020 r. stosowania przez respondentów leków na bóle głowy w stosunku do pierwszego roku badania z 2010 r. (o 9,3 p. proc.), w ostatniej edycji badania odsetek stosujących te leki zmniejszył się do poziomu bliskiego obserwacjom z lat sprzed pandemii COVID-19.

Podobnie, po odnotowanych spadkach w 2020 r., w stosunku do poprzednich edycji badania, odsetka osób stosujących antybiotyki (nawet o 10 p. proc.) i leki na objawy alergii, w ostatniej edycji badania powróciły one niemal do poziomu obserwacji z lat 2010-2016.

Suplementy diety w 2010 r. stosowało 39,6% osób ankietowanych, a w edycji badania z 2023 r. liczba ta wzrosła do 67,1%, co jest też najwyższym wskaźnikiem na przestrzeni 5 edycji badania.

Rozdział 2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej
Chapter 2. Use of health care services

Badanie modułowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych" pozwala na analizę korzystania przez gospodarstwa domowe oraz ich członków z następujących usług opieki zdrowotnej:

- pobyty w szpitalach i innych zakładach opieki stacjonarnej,
- korzystanie z porad lekarskich w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej,
- leczenie stomatologiczne,
- usługi lecznicze w domu pacjenta,
- badania laboratoryjne i diagnostyka obrazowa.

Badanie obejmuje również pytania o korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej czy też zastosowanie Internetu podczas korzystania z usług medycznych. Po raz kolejny uzyskano informacje o chorujących na wybrane choroby stwierdzone przez lekarza i korzystaniu z usług medycznych w związku z daną chorobą. W odróżnieniu od poprzednich edycji badania zwrócono uwagę na dwa źródła finansowania poszczególnych rodzajów usług: w ramach oraz poza Narodowym Funduszem Zdrowia. W poprzednich edycjach respondenci wskazywali trzy źródła finansowania: NFZ, w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ) oraz poza ubezpieczeniami, czyli w ramach środków prywatnych gospodarstw domowych, stąd też porównanie danych o usługach finansowanych poza NFZ za 2023 r. z wynikami z poprzednich lat nie jest możliwe.

Uzyskane wyniki badania odnoszą się do korzystania przez gospodarstwa domowe i ich członków z usług opieki zdrowotnej w 2023 r., za wyjątkiem danych dotyczących usług świadczonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, które obejmowały porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne udzielone w 4 kwartale 2023 r.

W podstawowych kategoriach dane z tego badania zostały zestawione z wynikami uzyskanymi w poprzednich edycjach badania. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej było analizowane w powiązaniu z wybranymi cechami społeczno-ekonomicznymi gospodarstw domowych oraz cechami demograficzno-społecznymi i zdrowotnymi członków gospodarstw domowych.

Ze względu na stosunkowo niewielką próbę, niektóre zjawiska spotykane rzadziej lub w bardziej szczegółowych przekrojach, są przedstawione tylko orientacyjnie. Dotyczy to w szczególności: korzystania z poszczególnych rodzajów stacjonarnej opieki zdrowotnej i sposobów finansowania, korzystania z usług stomatologicznych, usług leczniczych długoterminowych w domu pacjenta, czy też medycyny niekonwencjonalnej. Przy prezentowaniu wyników, niektóre grupy wieku zostały skumulowane z uwagi na dane o niskiej precyzji (mniej niż 20 przypadków z próby).

2.1. Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej
2.1. Use of inpatient health care

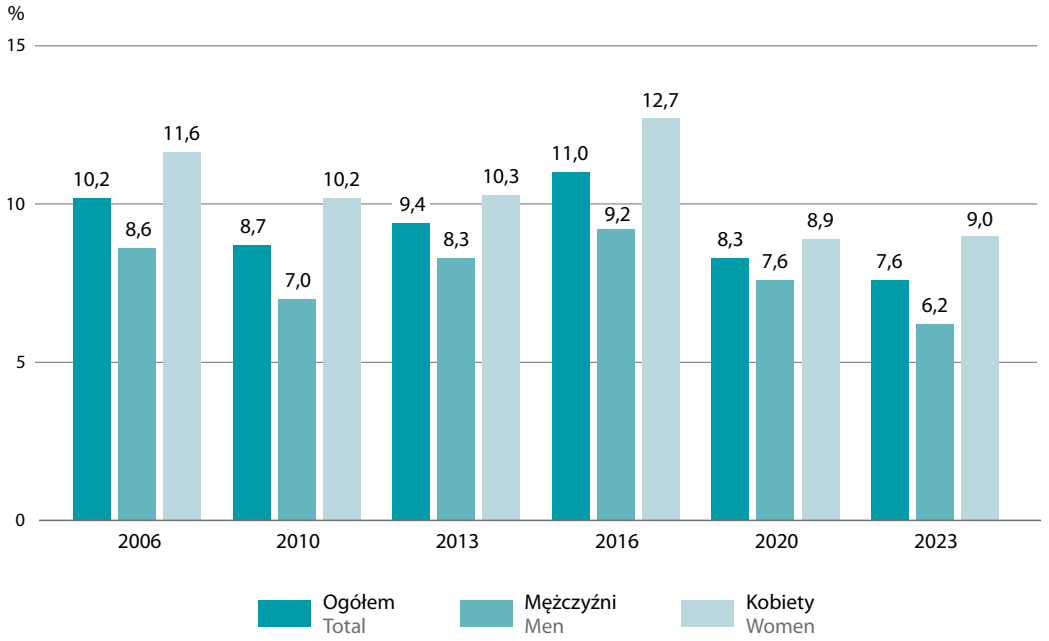
Zakres korzystania ze stacjonarnej opieki zdrowotnej
The scope of using inpatient health care

W 2023 r. 7,6% badanej populacji przebywało w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. Z opieki zdrowotnej w tego typu placówkach skorzystało w tym roku 6,2% mężczyzn oraz 9,0% kobiet. Przeciętnie na 1 osobę korzystającą ze stacjonarnej opieki zdrowotnej przypadała niespełna 1 hospitalizacja.

Większość osób korzystających ze stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej, przebywała w szpitalach ogólnych lub specjalistycznych – odpowiednio: 58,4% i 33,2% pobytów. Pozostałe pobyty dotyczyły: sanatoriów i zakładów uzdrowiskowych, zakładów opieki długoterminowej oraz szpitali i zakładów psychiatrycznych.

Wyniki dla 2023 r. w porównaniu z danymi z poprzednich edycji badania, nie wskazują na istotne zmiany liczby i odsetka osób w populacji korzystających ze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce. Odsetek przebywających w szpitalach i innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2023 r. był niższy niż w 2020 r. o 1,4 p. proc. w populacji mężczyzn i wyższy o 0,1 p. proc. w populacji kobiet, a w porównaniu z 2006 r. odnotowano spadek, odpowiednio o 2,4 p. proc. w populacji mężczyzn i o 2,6 p. proc. w populacji kobiet.

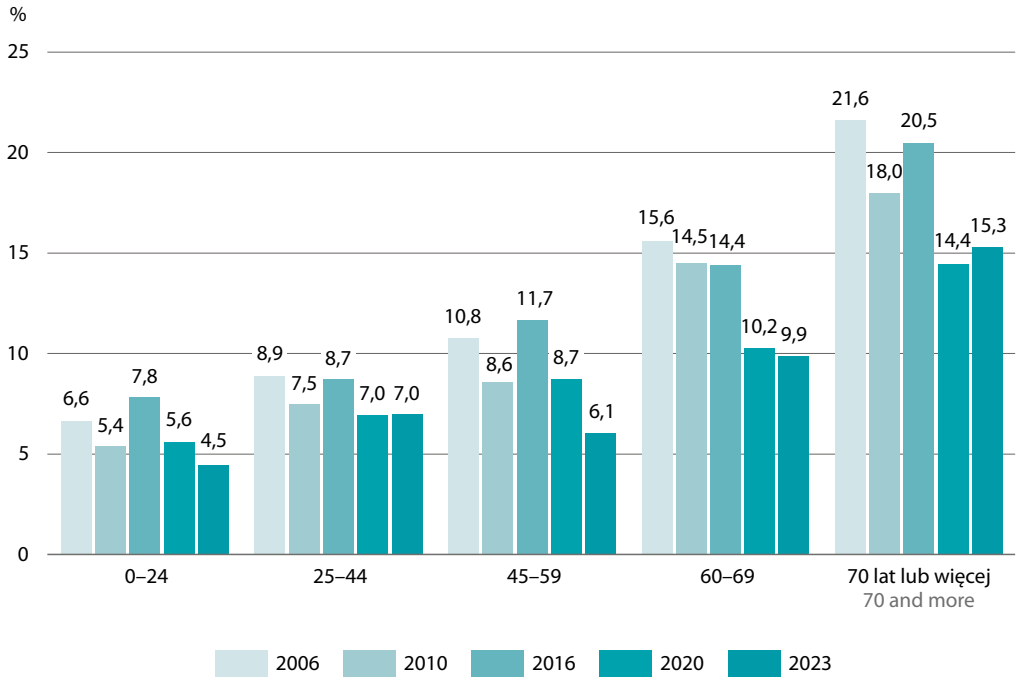
Wykres 2.1. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci
Chart 2.1. People staying in inpatient health care facilities by sex



Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej jest powiązane ze stanem zdrowia mieszkańców oraz strukturą wieku osób w populacji. Wraz z wiekiem wzrasta natężenie występowania chorób przewlekłych i długotrwałych problemów zdrowotnych, a samooceny stanu zdrowia pogarszają się. Stosunkowo najczęściej hospitalizowane są osoby starsze i w sędziwym wieku. W 2023 r. wśród osób w wieku 70 lat lub więcej 15,3% przebywało w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, natomiast najniższy odsetek hospitalizacji (4,5%) wystąpił wśród osób w wieku do 24 lat.

W 2023 r. w porównaniu z poprzednią edycją badania odsetek osób przebywających w szpitalach lub innych zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej w poszczególnych grupach wieku był niższy lub na zbliżonym poziomie, w wyjątkiem osób w wieku 70 lat lub więcej, dla której udział ten był wyższy.

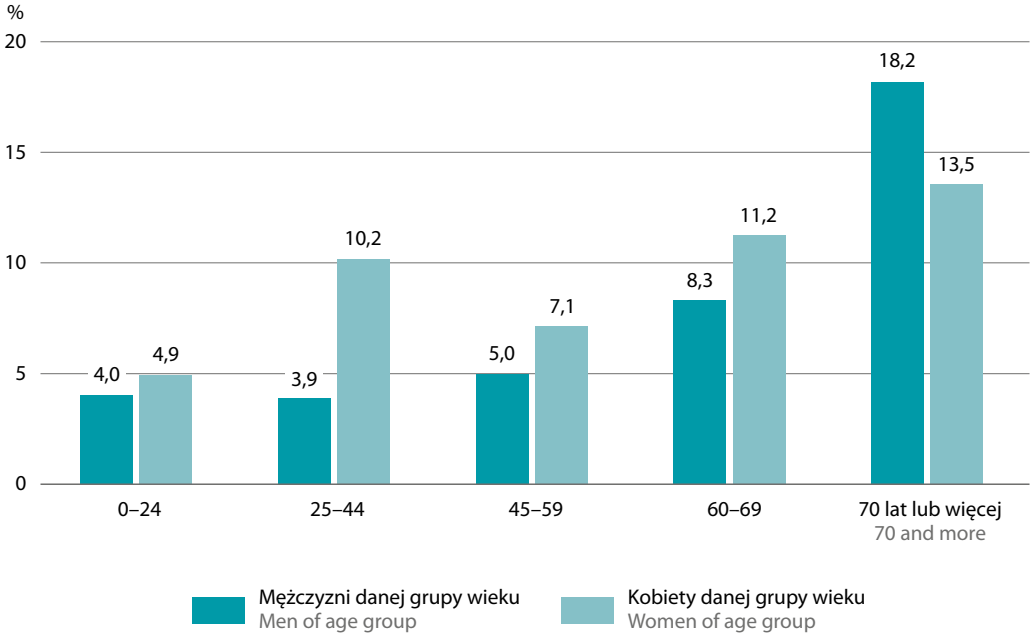
Wykres 2.2. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wieku
Chart 2.2. People staying in inpatient health care facilities by age



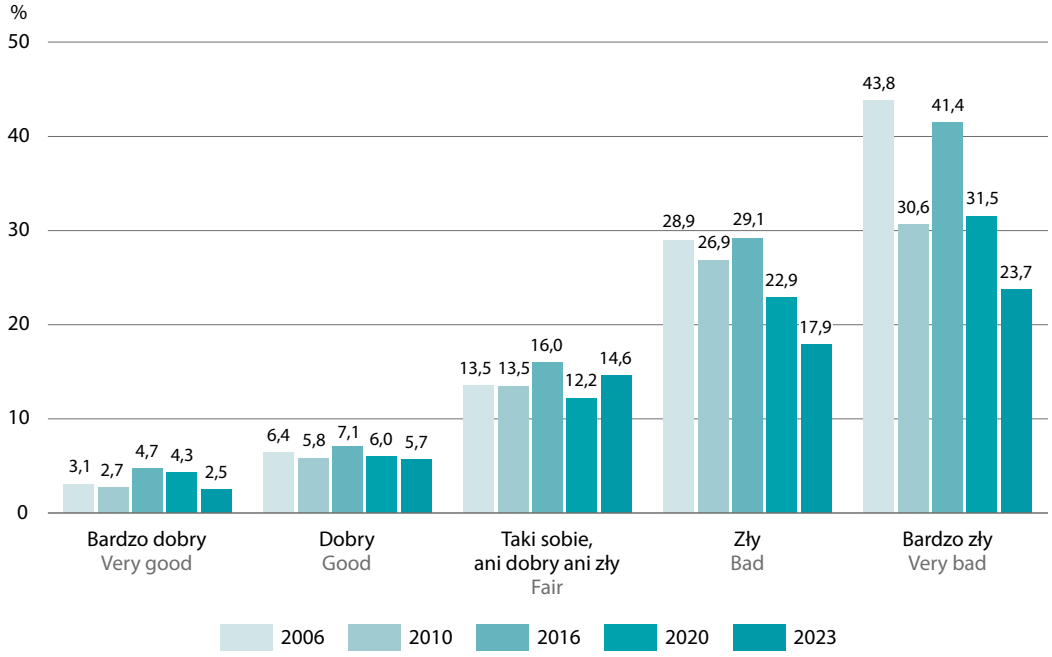
Najniższym odsetkiem hospitalizacji charakteryzowali się mężczyźni w wieku 25-44 lata (3,9%), a kobiety w wieku 0-24 lata – 4,9%. W przypadku kobiet w grupie wieku 25-44 lata udział przebywających w szpitalu wynosił już 10,2%, co jest w dużym stopniu związane z pobytami kobiet na oddziałach położniczych w związku z ciążą i porodem.

Wśród osób dorosłych, liczba hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem i w starszych grupach wieku jest większa wśród mężczyzn niż kobiet. Wśród mężczyzn w wieku 70 lub więcej lat w 2023 r. 18,2% przebywało w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej. Wśród kobiet, w analogicznej grupie wieku, odsetek był niższy i wyniósł 13,5%.

Wykres 2.3. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według płci i wieku
Chart 2.3. People staying in inpatient health care facilities by sex and age



Wykres 2.4. Osoby przebywające w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według stanu zdrowia
Chart 2.4. People staying in inpatient health care facilities by health status



Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej są bezpośrednio powiązane ze stanem zdrowia mieszkańców. Osobami, które częściej niż inne potrzebowały leczenia w zakładach stacjonarnych w 2023 r. były osoby, u których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (35,3% z nich przebywało w tego typu placówkach co najmniej raz w 2023 r.), osoby z niepełnosprawnościami (17,5%), osoby mające poważne lub umiarkowane możliwości wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (odpowiednio

31,0% i 21,2%), osoby z chorobami przewlekłymi (15,9%), a także oceniające swój stan zdrowia jako bardzo zły lub zły (odpowiednio 23,7% i 17,9%).

Wyniki uzyskane w kolejnych edycjach badania w zakresie częstości pobytów w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej osób charakteryzujących się podobną subiektywną oceną stanu zdrowia, różniły się w niewielkim stopniu w porównaniu z poprzednimi edycjami badania (poniższy wykres). Największe wahania dotyczą odsetka przebywających w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej osób o bardzo złych ocenach stanu zdrowia (43,8% w 2006 r., 30,6% w 2010 r., 41,4% w 2016 r., 31,5% w 2020 r. i 23,7% w 2023 r.).

Częściej przebywały w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej osoby, których głównym źródłem utrzymania były: emerytura lub renta oraz świadczenia – odpowiednio 13,7% i 11,4% osób z tych grup przebywało przynajmniej raz w 2023 r. w placówce stacjonarnej opieki zdrowotnej. Jednocześnie pobyty emerytów i rencistów[11] stanowiły 46,6% wszystkich pobytów w tych zakładach w analizowanym roku. Wskaźnik ten był o 6,3 p. proc wyższy niż w badaniu z 2020 r.

Podobnie jak w poprzednich edycjach badania, notowane są różnice w korzystaniu z opieki stacjonarnej w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania. Nieco częściej przebywali w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej mieszkańcy dużych miast (8,1%), a najrzadziej osoby mieszkające na wsi (6,9%).

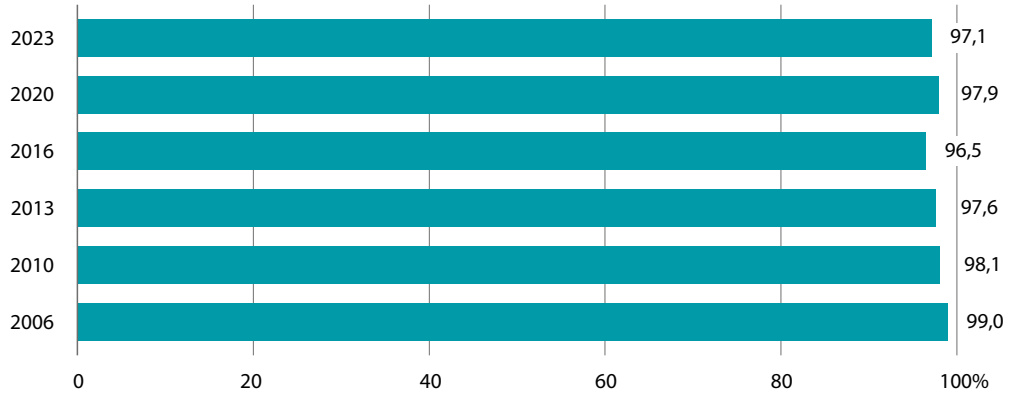
Źródła finansowania pobytów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej
Financing source for stays in inpatient health care facilities

Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2023 r. były, w przeważającym stopniu, finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia – 97,1% ogółu pobytów. Pozostałe pobyty finansowane były z innych środków niż NFZ np. z własnych środków gospodarstwa domowego lub w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych czy abonamentów medycznych.

Środki NFZ pozostały dominującym źródłem finansowania pobytów w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych, pomimo że ich udział, w porównaniu z wynikami poprzednich edycji, maleje – w stosunku do 2020 r. wystąpił spadek o 0,8 p. proc., a do 2006 r. o 1,9 p. proc.

Wykres 2.5. Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej

Chart 2.5. Stays financed in the scope of National Health Fund in inpatient health care facilities

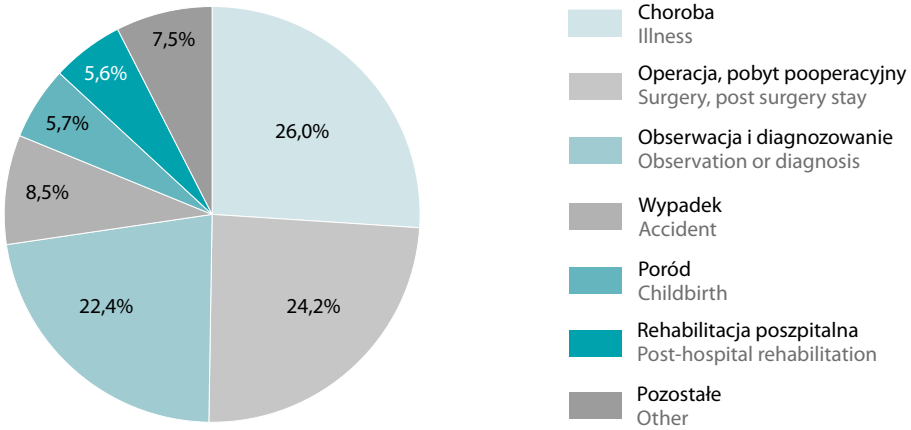


11 Udział tej grupy w populacji kraju wynosił 24,7%.

Przyczyny pobytów w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej
Reasons for stays in inpatient health care facilities

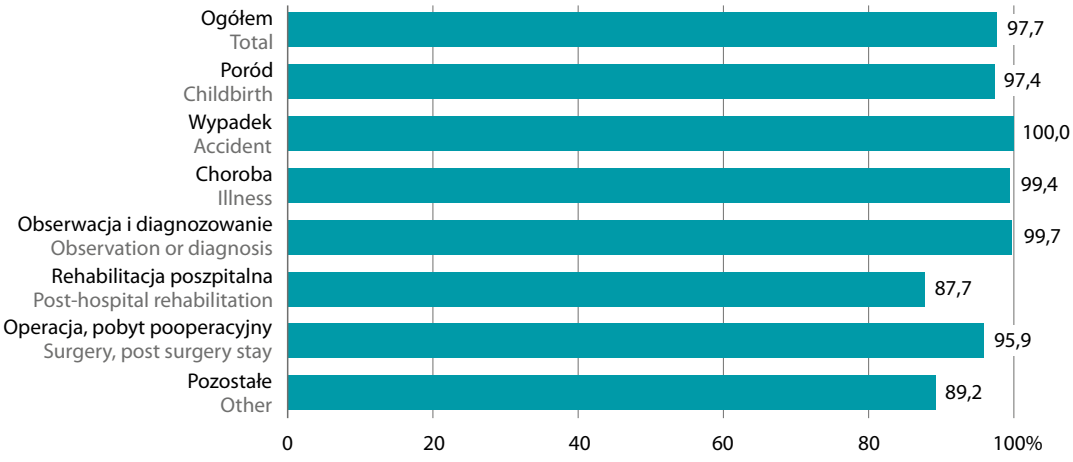
Najczęstsze przyczyny pobytów w zakładach stacjonarnej opieki zdrowotnej pozostały zasadniczo bez zmian w porównaniu z danymi dla 2020 r. i należały do nich: choroba, operacja i pobyt pooperacyjny oraz obserwacja i diagnozowanie. W 2023 r. udziały tych przyczyn ogółem w strukturze pobytów wynosiły 72,7%. Ponad jedna czwarta pobytów (26,0%) była spowodowana chorobą, 24,2% pobytów było związanych z operacją lub pobytem pooperacyjnym, a 22,4% pobytów miało na celu obserwację i diagnozowanie.

Wykres 2.6. Pobyty w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według przyczyn w 2023 r.
Chart 2.6. Stays in inpatient health care facilities by reason in 2023



Mężczyźni prawie dwukrotnie częściej niż kobiety trafiali do szpitali w 2023 r. z powodu obrażeń po wypadku (12,7% pobytów mężczyzn wobec 5,6% pobytów kobiet). Częściej powodem ich hospitalizacji była również choroba (27,9% pobytów wśród mężczyzn wobec 24,7% pobytów u kobiet) oraz operacja i pobyt pooperacyjny (25,0% pobytów wśród mężczyzn wobec 23,7% pobytów u kobiet). W przypadku kobiet, znaczącą kategorią są pobyty związane z porodem, które stanowiły 9,7% ogólnej liczby pobytów kobiet w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej (mniej o 3,7 p. proc. niż w 2020 r.).

Wykres 2.7. Pobyty finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej w 2023 r.
Chart 2.7. Stays financed in the scope of National Health Fund in inpatient health care facilities in 2023



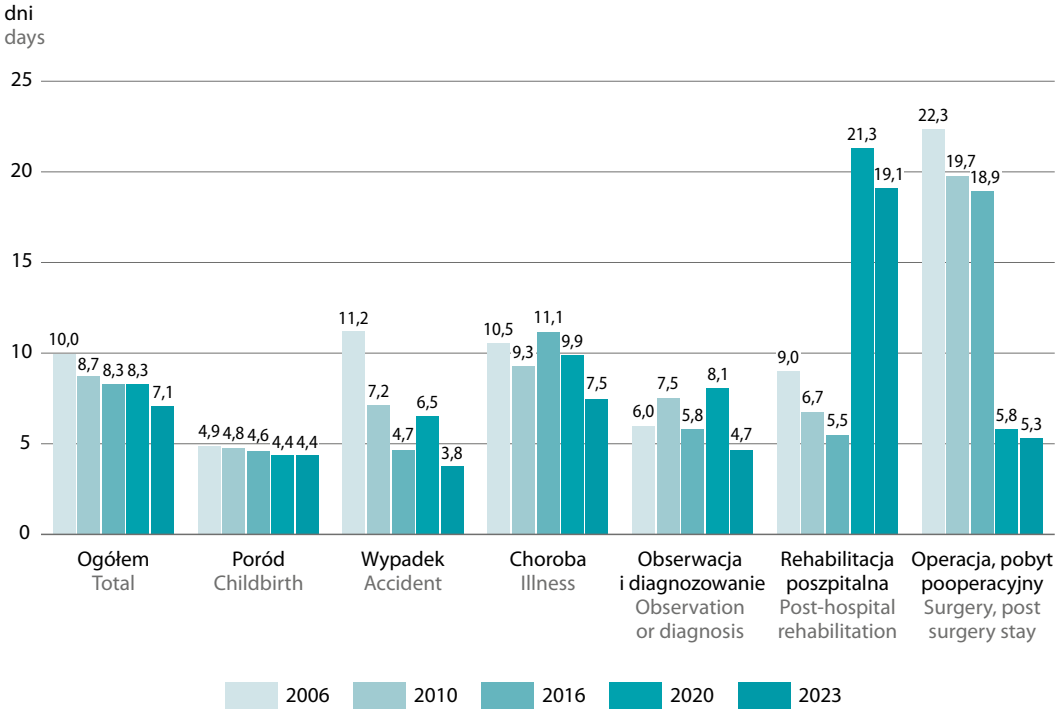
W strukturze pobytów w szpitalach i innych zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej według przyczyn, obserwuje się zróżnicowane źródła finansowania poszczególnych pobytów. Narodowy Fundusz Zdrowia był wyłącznym źródłem finansowania pobytów w przypadku pobytów związanych z wypadkiem oraz dominującym (powyżej 97%) w przypadkach choroby, obserwacji i diagnozowania, a także urodzenia dziecka. Również we wszystkich pozostałych przyczynach pobytu, NFZ pozostaje najważniejszym źródłem finansowania.

Przeciętna długość pobytu w szpitalu
Average length of stay in hospital

Długość pobytu w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej wszystkich typów w 2023 r. wynosiła średnio 7,1 dnia, co stanowi spadek w stosunku do roku 2020 o ponad jeden dzień. W porównaniu z 2006 r., średni czas pobytu spadł o prawie trzy dni.

Wykres 2.8. Średnia długość pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według wybranych przyczyn

Chart 2.8. Average length of stay in inpatient health care facilities by selected reason



W 2023 r. najdłuższy średni czas pobytu w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej dotyczył rehabilitacji poszpitalnej. Wyniósł on 19,1[v] dnia i był o ponad 2 dni krótszy niż w 2020 r. Przeciętny pobyt w związku z chorobą, stanowiącą najczęstszą przyczynę pobytu, wynosił 7,5 dnia – o prawie dwa i pół dnia krócej niż w 2020 r. Czas trwania pobytu związanego z obserwacją i diagnozowaniem w 2023 r. wynosił 4,7 dnia, czyli o 3,4 dni krócej niż w 2020 r. W przypadku pobytów w związku z operacją i pobytami pooperacyjnymi średni czas pobytu wynosił 5,3 dnia w 2023 r. – o pół dnia krócej niż w 2020 r. W związku z porodem kobiety przebywały w szpitalu przeciętnie 4,4 dnia (podobnie jak w 2020 r.).

W 2023 r. kobiety przebywały w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej przeciętnie nieznacznie krócej niż mężczyźni (odpowiednio 6,7 i 7,6 dnia). W związku z chorobą, średni czas pobytu wyniósł odpowiednio 6,6 i 8,6 dnia. Natomiast kobiety przebywały w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej dłużej niż mężczyźni w związku z rehabilitacją poszpitalną (odpowiednio 21,0 i 16,6 dnia).

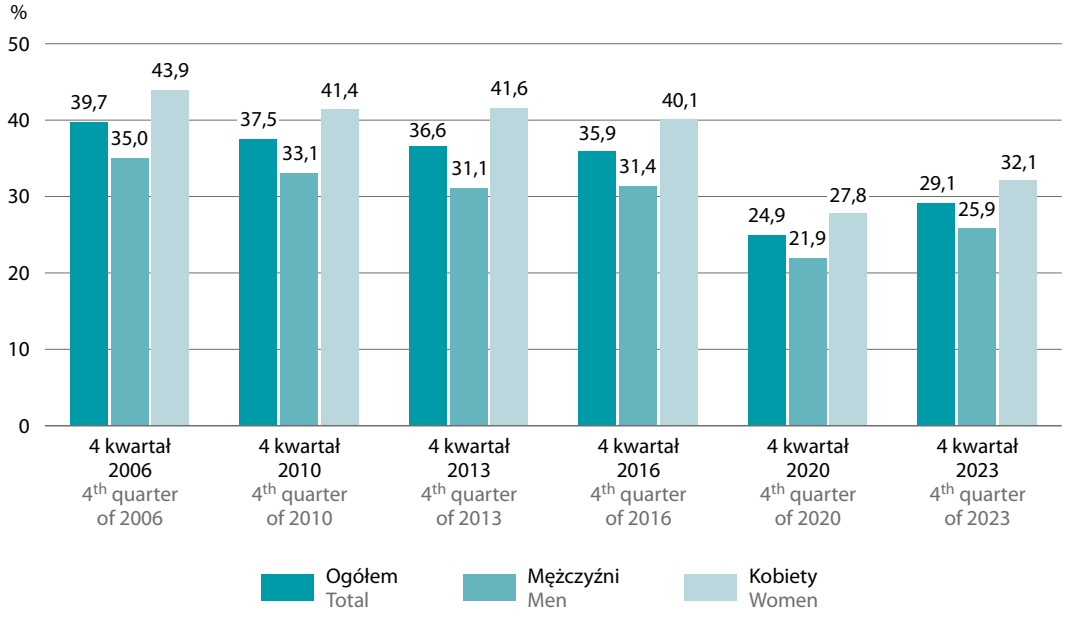
2.2. Korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
2.2. Use of outpatient health care

W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, największą grupę usług stanowią porady lekarskie udzielone w ramach podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także usługi stomatologiczne. W 4 kwartale 2023 r. ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) skorzystało 29,1% mieszkańców Polski, z porad lekarza specjalisty – 16,7%, a z porad stomatologicznych – 8,9%.[12] Z pozostałych usług ambulatoryjnych obejmujących m.in. szczepienia i zmiany opatrunków w gabinecie zabiegowym, skorzystało w 4 kwartale 2023 r. 1,7% osób, a z usług leczniczych długoterminowych w domu pacjenta – 0,3%[v].

Korzystanie z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (poza stomatologicznymi)
Use of consultations in primary health care (except dental)

Odsetek osób korzystających z porad lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej, w kolejnych latach badania, wykazywał tendencję spadkową. W 4 kwartale 2023 r., odsetek ten wynosił 29,1% i był o 4,2 p. proc wyższy niż w tym samym kwartale 2020 r. i o 10,6 p. proc. niższy niż w analogicznym okresie 2006 r. Należy jednak wziąć pod uwagę występowanie ograniczeń epidemicznych w 2020 r. i możliwość przesunięcia w czasie części wizyt lekarskich na kolejne lata.

Wykres 2.9. Osoby korzystające z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej według płci
Chart 2.9. People using doctor consultations in primary health care by sex



We wszystkich latach, kobiety korzystały z usług lekarza POZ częściej niż mężczyźni. W 4 kwartale 2023 r. z porad lekarskich POZ skorzystało 32,1% kobiet oraz 25,9% mężczyzn. W analogicznym okresie 2020 r. odsetki te były niższe i wyniosły dla kobiet 27,8% i mężczyzn 21,9%. W 2006 r. ze świadczeń lekarza POZ skorzystało 43,9% ogółu kobiet i 35,0% mężczyzn.

Wśród korzystających z porad w podstawowej opiece zdrowotnej dominują osoby, które były u lekarza POZ jeden raz – 45,8% korzystających. Udziały korzystających z dwóch oraz z trzech lub większej liczby porad,

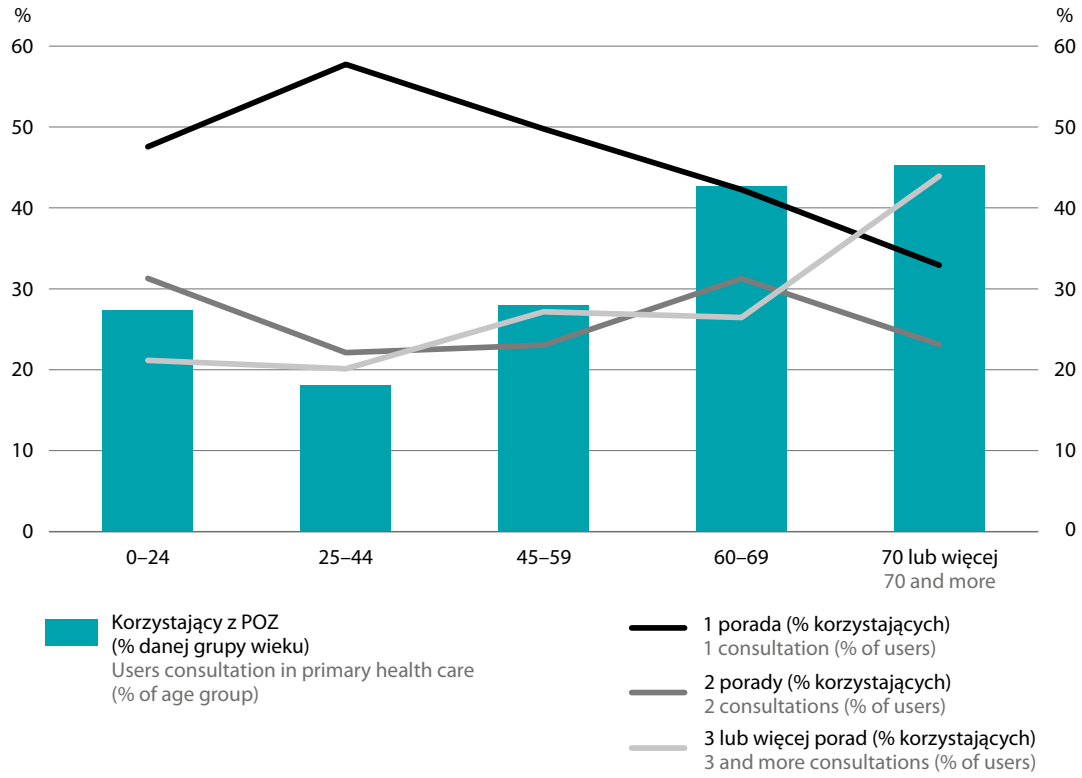
12 Respondenci wskazywali, ile razy w ciągu 4 kwartału 2023 r. korzystali z poszczególnych usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

były podobne i stanowiły odpowiednio: 26,4% i 27,8%. We wcześniejszych latach obserwowano podobną strukturę korzystających według liczby wizyt u lekarza POZ w 4 kwartale.

Analizy wykazują duże różnice w częstości korzystania z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej ze względu na wiek pacjentów. Z porad lekarskich korzystają najczęściej osoby najstarsze (w wieku 70 lat lub więcej). W 4 kwartale 2023 r., 36,3%[v] dzieci w wieku do 2 lat i 45,6% w wieku 3-6 lat było co najmniej raz u lekarza pierwszego kontaktu (pediatry).

Wśród dzieci w wieku szkolnym (7-16 lat) z porady lekarskiej skorzystało 28,5% dzieci. Najrzadziej pacjentami lekarzy POZ były osoby młode, w wieku 17-24 lata – 11,9%. Udział osób korzystających z tych usług szybko wzrasta w kolejnych grupach wieku. Wśród osób w wieku 25-44 lata wyniósł 18,1%, 45-59 lat – 28,0%, 60-69 lat – 42,6%. U osób w wieku 70-79 lat oraz 80 lat lub więcej był najwyższy i wynosił odpowiednio: 43,7% i 49,1%. Wśród osób najstarszych, korzystających z porad lekarza POZ, największy był także udział tych, którzy byli co najmniej trzy razy u lekarza w ciągu 4 kwartału 2023 r. Wśród leczonych przez lekarzy POZ w wieku 70-79 lat 45,4% wymagało 3 lub więcej porad, a w grupie wieku 80 lat lub więcej – 40,6%[v].

Wykres 2.10. Osoby korzystające z porad lekarskich w POZ według wieku i liczby porad w 4 kwartale 2023 r.
Chart 2.10. People using doctor consultations in primary health care by age and number of consultations in the 4th quarter of 2023



Oprócz wieku pacjentów, o korzystaniu z porad lekarza POZ decyduje stan zdrowia członków gospodarstw domowych. Wśród osób, które określiły swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, 63,3% było co najmniej raz (w 4 kwartale 2023 r.) u lekarza POZ. Wśród osób, które oceniały swój stan zdrowia jako „taki sobie", z porad lekarskich skorzystało 43,5%, a wśród oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry – 21,9%.

Z porady lekarza POZ (w 4 kwartale 2023 r.) skorzystało 47,0% osób, u których występowała choroba przewlekła, 53,5% osób z poważnymi ograniczeniami w możliwości wykonywania podstawowych czyn-

ności życia codziennego i 52,2% z umiarkowanymi ograniczeniami oraz od 32,6% do 64,9% posiadających orzeczenie o niepełnosprawności (w zależności od stopnia niepełnosprawności).

Występowanie problemów zdrowotnych wiązało się także z większą liczbą porad lekarskich udzielonych korzystającym z usług lekarza POZ. Osoby, które nie zgłaszały ograniczeń lub problemów zdrowotnych, częściej były nie więcej niż na jednej wizycie lekarskiej. Wśród osób korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, które oceniły swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry – 54,6% otrzymała nie więcej niż jedną poradę w 4 kwartale 2023 r., podczas gdy dla oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły udział ten wynosił 23,7%. Dla osób, u których nie występowała choroba przewlekła, 55,1% korzystających była wyłącznie na jednej wizycie u lekarza POZ, a w przypadku osób z chorobami przewlekłymi – 37,9%.

Źródła finansowania porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej
Financing sources for consultations in primary health care

W 2023 r. 97,5% korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w 4 kwartale tego roku) zrealizowała je w ramach NFZ. Niższe odsetki uzyskano w poprzednich edycjach badania – w latach 2020, 2016, 2013 było to około 96,2%, a w 2010 r. 95,1%. Udział osób korzystających z porad w POZ w 2023 r. poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym wynosił 5,2% ogółu korzystających[13].

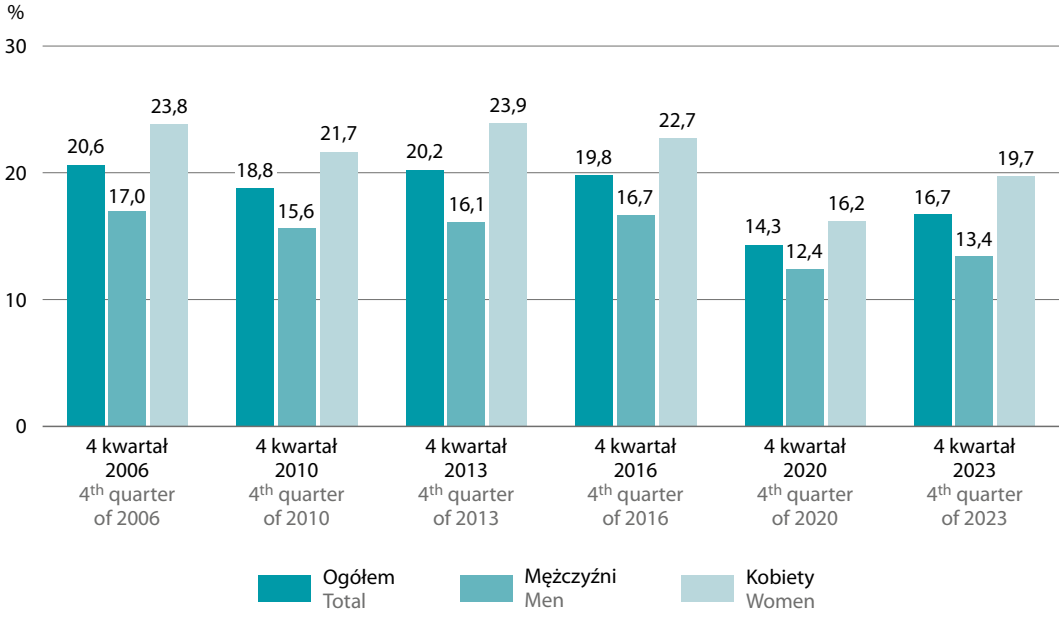
Z porad lekarzy POZ w ramach NFZ korzystała większość osób. Najniższy odsetek korzystających z usług POZ w ramach NFZ odnotowano wśród mieszkańców dużych miast liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców (87,7%) i wśród posiadających uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (83,8%).

Korzystanie z porad lekarskich specjalistycznych
Use of consultations in specialized health care

Z porady lekarza specjalisty w 4 kwartale 2023 r. skorzystało 16,7% osób, o 2,4 p. proc. więcej niż w 2020 r. Przy ocenie tego wyniku trzeba pamiętać o występowaniu ograniczeń epidemicznych w trakcie poprzedniej edycji badania. W 4 kwartale 2023 r. u lekarza specjalisty było 19,7% kobiet i 13,4% mężczyzn. Podobnie jak w przypadku porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej, kobiety częściej korzystały z porady specjalistycznej niż mężczyźni, a różnica ta wynosiła od 3,8 do 7,8 p. proc. (w zależności od roku).

13 W związku z tym, że niektórzy korzystający z porad mogli być u lekarza zarówno w ramach NFZ, jak i poza ubezpieczeniem, ogólna suma udziałów źródeł finansowania jest wyższa od 100% i w 4 kwartale 2023 r. wynosiła 102,8%.

Wykres 2.11. Osoby korzystające z porad lekarskich specjalistycznych według płci
Chart 2.11. People using doctor consultations in specialised health care by sex



Ponad połowa osób korzystających z porady specjalistycznej w 4 kwartale 2023 r. skorzystała z jednej porady (54,1%), co piąta osoba była dwa razy u lekarza u specjalisty (21,0%), a co czwarta – trzy lub więcej razy (24,9%).

Odsetek osób korzystających z porady lekarskiej specjalistycznej jest zróżnicowany zarówno przez cechy demograficzno-społeczne, jak i charakterystyki stanu zdrowia.

Wiek był czynnikiem mniej różnicującym korzystanie z usług specjalistycznych niż w przypadku porad lekarzy podstawowej opieki medycznej. W 2023 r. udział korzystających z porad lekarzy specjalistów wynosił od 28,6% wśród osób w wieku 80 lub więcej lat do 9,8% wśród osób w wieku do 24 lat.

Zwracają uwagę różnice w udziale korzystających ze specjalistycznych porad lekarskich ze względu na miejsce zamieszkania. Z takich porad skorzystało 18,1% mieszkańców miast i 14,4% mieszkańców wsi. Częściej u lekarzy specjalistów byli mieszkańcy miast o liczbie mieszkańców od 200 do 499 tys. (21,3%).

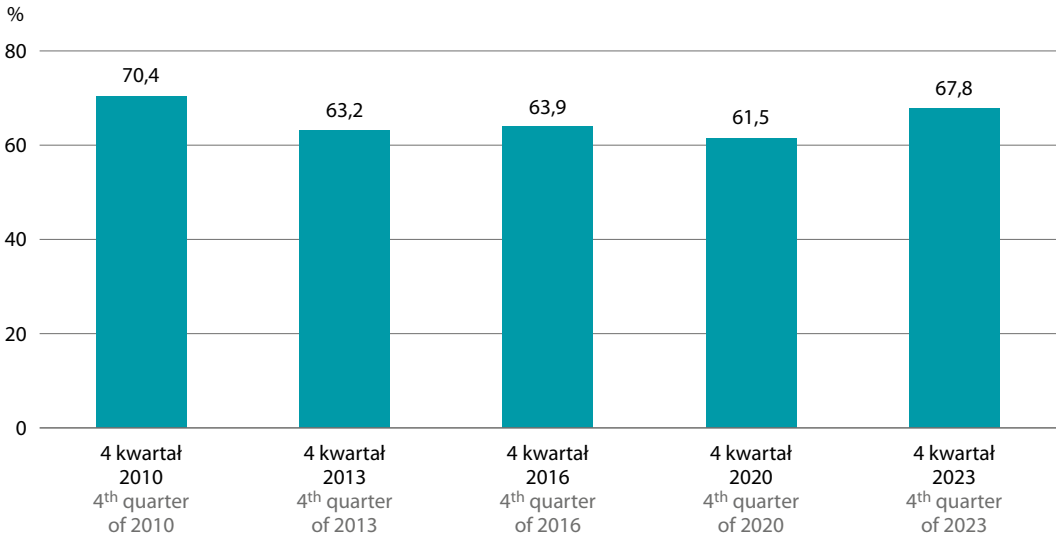
Bardziej znaczące było zróżnicowanie odsetka osób korzystających z porady lekarskiej specjalistycznej, biorąc pod uwagę oceny stany zdrowia, występowanie choroby przewlekłej lub poważnych problemów zdrowotnych, niepełnosprawność, konieczność opieki i pomocy osób drugich lub pobieranie renty. Udział osób korzystających z co najmniej jednej porady lekarza specjalisty był na poziomie 48,9% dla osób z negatywnymi ocenami stanu zdrowia (zły lub bardzo zły), 34,1% dla osób z chorobami przewlekłymi, 39,9% dla osób mających poważne problemy zdrowotne.

Źródła finansowania porad lekarskich specjalistycznych
Financing source consultations in specialized health care

W 4 kwartale 2023 r., 67,8% korzystających z ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej otrzymało świadczenia w ramach NFZ, a 38,6% pacjentów uzyskało świadczenia ze środków innych niż w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Do 2020 r. obserwowano zmniejszanie się udziału usług specjalistycznych finansowanych w ramach NFZ (z 70,4% w 2010 r. do 61,5% w 2020 r.). W 2023 r., w porównaniu z poprzednią edycją badania, nastąpił wzrost o 6,3 p. proc odsetka korzystających z tych świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (wykres poniżej). Należy jednak wziąć pod uwagę trwający w 2020 r. stan pandemii COVID-19 i występowanie ograniczeń epidemicznych, co spowodowało przesunięcie w czasie części wizyt lekarskich na następne lata.

Wykres 2.12. **Finansowanie porad lekarskich specjalistycznych według źródła finansowania**
Chart 2.12. Funding of consultations in specialised health care by financing source



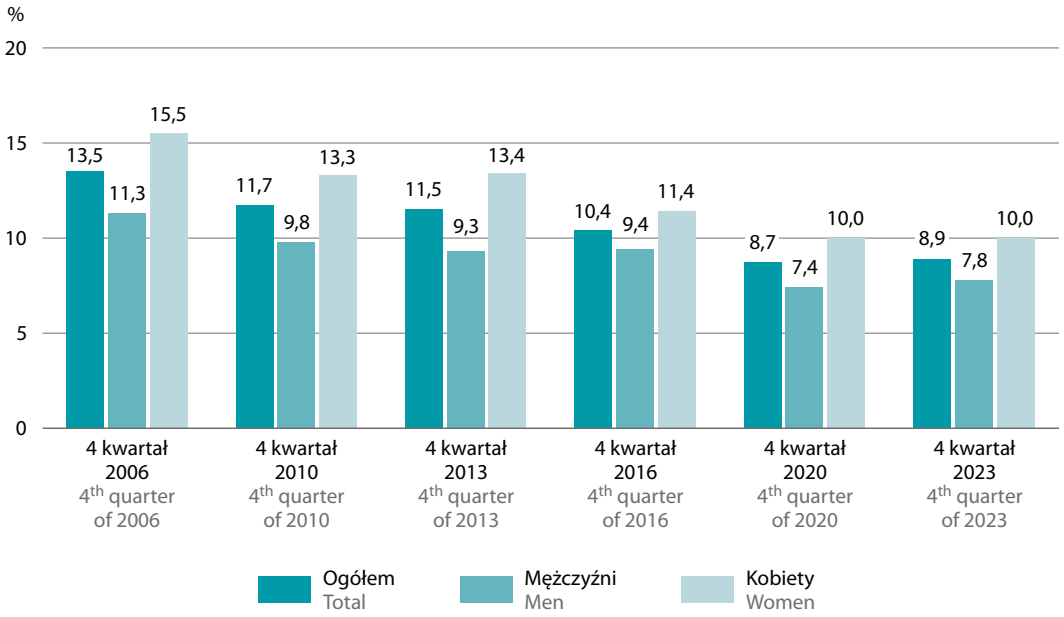
Korzystanie z usług stomatologicznych
Use of dental consultations

W 4 kwartale 2023 r. z usług stomatologicznych skorzystało 8,9% osób i odsetek ten był większy o 0,2 p proc. niż w analogicznym okresie poprzedniej edycji badania. W ocenie tej zmiany należy jednak wziąć pod uwagę ograniczenia epidemiczne występujące w 4 kwartale 2020 r.

W 2023 r., tak jak w poprzednich edycjach badania, kobiety częściej niż mężczyźni były pacjentkami gabinetów stomatologicznych (10,0% wobec 7,8%).

W strukturze usług stomatologicznych dominuje leczenie zachowawcze. Z tej formy leczenia skorzystało 88,6% korzystających z porad stomatologicznych, natomiast z usług protetycznych i z leczenia ortodontycznego – odpowiednio 8,5% i 7,2%.

Wykres 2.13. Osoby korzystające z porad stomatologicznych według płci
Chart 2.13. People using dental consultations by sex



Korzystanie z usług stomatologicznych oraz rodzaj świadczonej usługi są związane z wiekiem respondentów. Największy udział korzystających z leczenia zachowawczego wystąpił w grupie wieku 45-59 lat oraz wśród osób w wieku od 3 do 16 lat (w 4 kwartale 2023 r. do stomatologa, na leczenie zachowawcze, zgłosiło się odpowiednio 10,5% oraz 10,3% osób z tej grupy wieku). Z porad ortodontycznych najczęściej korzystały dzieci i młodzież w wieku 7-16 lat (3,4%[v] osób w tym wieku). Wraz z wiekiem wzrasta udział usług protetycznych. Częściej z usług protetycznych korzystały kobiety niż mężczyźni.

W strukturze finansowania porad stomatologicznych dominują usługi poza powszechnym ubezpieczeniem, czyli finansowane ze środków prywatnych gospodarstwa domowego lub w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych takich jak dodatkowe, prywatne ubezpieczenia czy abonamenty medyczne. Na to źródło finansowania wskazało 74,7% korzystających z porad stomatologicznych w 4 kwartale 2023 r.

2.3. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej
2.3. Household use of night and holiday care services

W 2023 r. z pomocy medycznej lekarza pierwszego kontaktu w godzinach wieczornych, nocnych lub w dni wolne od pracy skorzystało 13,6% gospodarstw domowych. Mniej niż jedna szósta (12,3%) korzystała z niej w ramach NFZ, a 1,3%[v] w ramach DZZ.

Podstawowym czynnikiem różnicującym korzystanie z usług lekarza w ramach pomocy nocnej lub świątecznej był stan zdrowia. Osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi lub z chorobami przewlekłymi częściej zgłaszały potrzebę i korzystały z takiej pomocy. Odsetek osób korzystających w tych grupach wynosił odpowiednio 23,8% z poważnymi problemami zdrowotnymi oraz 15,5% z chorobami przewlekłymi. Wśród osób bez poważnych problemów zdrowotnych i bez chorób przewlekłych, które odczuwały potrzebę takiej pomocy, skorzystała prawie co dziesiąta osoba.

Korzystanie z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej zasadniczo nie było różnicowane przez status ekonomiczny, typ gospodarstwa domowego, czy miejsce zamieszkania.

Gospodarstwami domowymi, które częściej skorzystały z takich usług, były gospodarstwa z małymi dziećmi. 17,8% gospodarstw, w których było jedno dziecko w wieku do 14 lat oraz 19,6% gospodarstw z dwojgiem dzieci korzystało z pomocy nocnej i świątecznej w 2023 r. Wśród gospodarstw bez dzieci 11,9% skorzystało z usług medycznych w ramach pomocy nocnej i świątecznej.

2.4. Korzystanie z usług medycznych w związku z chorobą
2.4. Using medical services in connection with the disease

W kwestionariuszu badawczym za 2023 r. uwzględniono pytanie dotyczące korzystania z usług medycznych w związku z daną chorobą, stwierdzoną przez lekarza[14].

W 2023 r. najczęściej wskazywaną chorobą, stwierdzoną przez lekarza, było nadciśnienie tętnicze – 20,0% badanych. Często deklarowano również występowanie chorób stawów, chorobę niedokrwienną serca oraz cukrzycę – odpowiednio 12,8%, 7,3% oraz 6,9% populacji.

Odsetki respondentów wskazujących na występowanie tych chorób, zdecydowanie rosły wraz z wiekiem. Na nadciśnienie tętnicze cierpiała co dwudziesta osoba w wieku 25-44 lata, a w wieku 45-59 lat już blisko co piąta. Wśród osób w wieku 60-69 lat był to już co drugi respondent, w wieku 70-79 lat - 61,3 %, a w wieku 80 lat lub więcej – 67,0%. W najstarszej grupie wieku blisko 3/5 respondentów chorowało na choroby stawów, 40,6% miała chorobę niedokrwienną serca, a 24,4% cukrzycę.

Kobiety zazwyczaj częściej niż mężczyźni deklarowały występowanie chorób zdiagnozowanych przez lekarza. Największa różnica pomiędzy odsetkiem chorujących kobiet i mężczyzn wyniosła 8,1 p. proc. i dotyczyła chorób stawów (16,7% kobiet wobec 8,6% mężczyzn). Wyjątkiem była jedynie choroba niedokrwienna serca, dla której odnotowano nieco większy odsetek chorujących wśród mężczyzn.

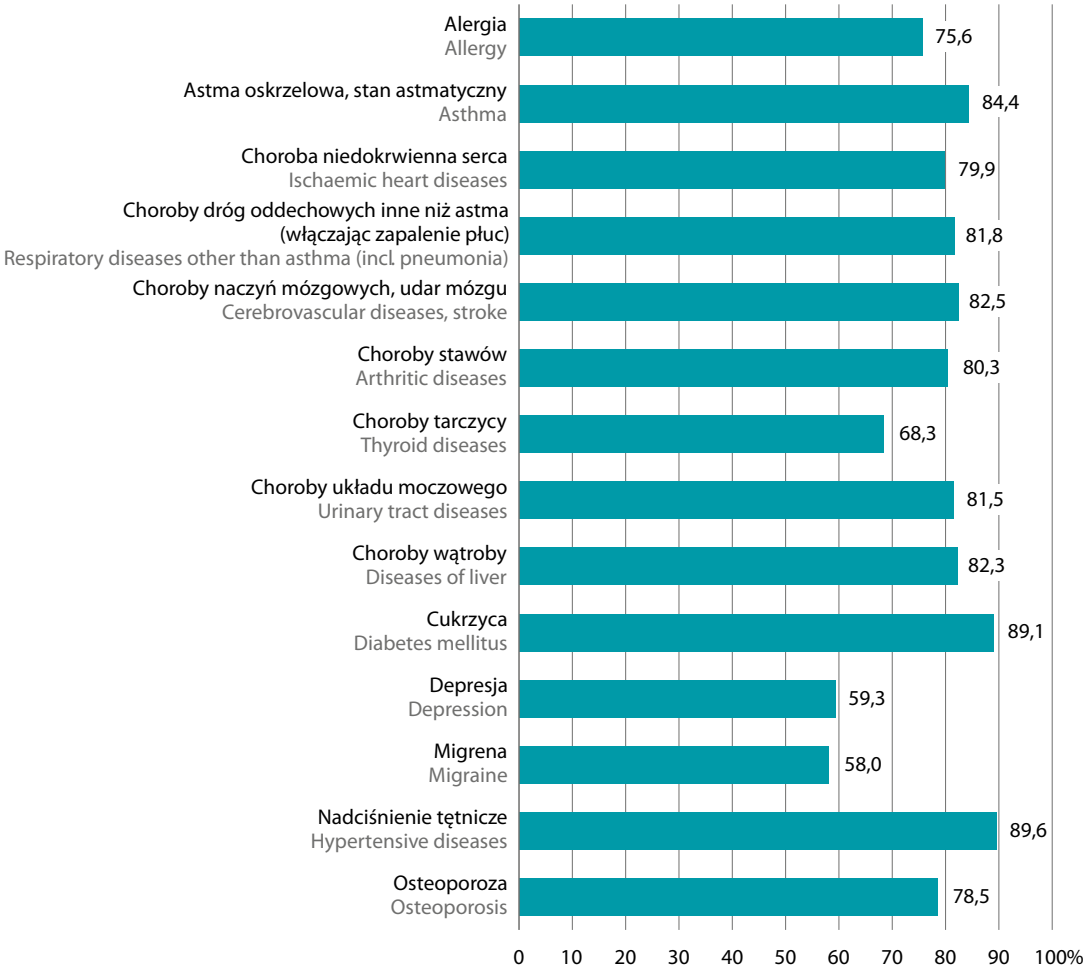
14 Lista chorób obejmowała następujące jednostki chorobowe: alergia, astma oskrzelowa (stan astmatyczny), choroba niedokrwienna serca, choroby dróg oddechowych inne niż astma (włączając zapalenie płuc), choroby naczyń mózgowych i udar mózgu, choroby stawów, choroby tarczycy, choroby układu moczowego, choroby wątroby, cukrzyca, depresja, migrena, nadciśnienie tętnicze i osteoporoza. Osoby chorujące deklarowały również źródło finansowania usług medycznych udzielonych z tytułu wymienionych schorzeń.

Tablica 2.1. Chorujący na wybrane choroby według cech społeczno-demograficznych w 2023 r.
Table 2.1. People suffering from selected diseases by socio-demographic characteristics in 2023

Wyszczególnienie Specification	Odsetek osób deklarujących chorobę stwierdzoną przez lekarza wśród badanych The percentage of people declaring the disease confirmed by a doctor among the responders								
	cukrzyca diabetes mellitus	nadciśnienie tętnicze hypertensive diseases	choroba niedokrwienna serca ischaemic heart diseases	choroby naczyń mózgowych, udar mózgu cerebrovascular diseases, stroke	astma oskrzelowa, stan astmatyczny asthma	choroby dróg oddechowych inne niż astma (włączając zapalenie płuc) chronic respiratory diseases other than asthma (incl. pneumonia)	choroby wątroby diseases of liver	choroby stawów joint diseases	osteoporoza osteoporosis
	osoby badane razem = 100% respondents = 100%								
Ogółem Total	**6,9**	**20,0**	**7,3**	**2,4**	**3,6**	**4,6**	**1,6**	**12,8**	**2,6**
	według płci by sex								
Mężczyźni Men	5,5	17,4	7,4	1,8	2,9	4,3	1,2[v]	8,6	0,7[v]
Kobiety Women	8,2	22,4	7,2	2,9	4,2	4,8	2,0	16,7	4,3
	według wybranych grup wieku by selected age groups								
25 lat lub więcej and more	9,2	26,6	9,4	2,9	3,8	4,4	2,2	16,6	3,4
25-44	1,5[v]	4,9	.	.	1,6[v]	2,4[v]	.	4,0	.
45-59	5,9	21,1	4,6	.	3,4[v]	3,1[v]	1,7[v]	12,3	.
60-69	15,8	47,0	15,5	2,4[v]	4,1[v]	4,6	2,6[v]	22,3	4,6
70-79	25,0	61,3	26,6	7,3	9,3	10,1	4,6[v]	41,2	12,8
80 lat lub więcej and more	24,4	67,0	40,6	16,6[v]	8,9[v]	11,8[v]	.	56,2	16,2[v]
	według klasy miejscowości zamieszkania by class of locality								
Miasta Urban areas	7,0	20,3	7,9	2,4	3,8	5,6	1,8	12,7	3,4
Wieś Rural areas	6,8	19,4	6,3	2,4	3,2	2,9	1,4[v]	12,9	1,3

Zdecydowana większość chorujących, która korzystała w 2023 r. z usług medycznych z tytułu schorzeń zdiagnozowanych przez lekarza, wskazała jako źródło ich finansowania środki Narodowego Funduszu Zdrowia. Najczęściej korzystanie z usług finansowanych z innych źródeł niż NFZ deklarowały osoby chorujące na depresję (34,2%), choroby tarczycy (27,5%) oraz chorobę niedokrwienną serca (18,2%). Największy odsetek osób ze stwierdzoną chorobą, które wskazały, że nie korzystały z żadnych usług leczniczych w 2023 r. wystąpił wśród chorujących na migrenę (27,8%), osteoporozę (18,9%) oraz alergię (16,8%).

Wykres 2.14. Osoby chorujące na wybrane choroby, korzystające z usług medycznych w ramach NFZ w 2023 r.
Chart 2.14. People suffering from selected diseases, using medical services in the scope of National Health Fund in 2023



2.5. Wykonywanie badań diagnostycznych
2.5. Performing medical diagnostic tests

Pytania o wykonywanie badań diagnostycznych, w podziale na badania laboratoryjne oraz badania z zakresu diagnostyki obrazowej i inne[15], po raz pierwszy na formularzu badania uwzględniono w 2016 r. Prezentowane w tej części opracowania wyniki nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacyjnego.

Wykonanie badań laboratoryjnych
Performing laboratory tests

Uogólnione na całą populację wyniki badania wskazują, że w ciągu 2023 r. 52,5% członków gospodarstw domowych miało wykonane badania laboratoryjne (44,1% mężczyzn i 60,4% kobiet). W 2020 r. odsetek osób, które zrealizowały tego typu badania, był niższy i wynosił 42,9% (35,5% mężczyzn i 49,9% kobiet), jednak przy ocenie tej różnicy wyników należy wziąć pod uwagę występowanie w 2020 r. ograniczeń epidemicznych.

W 2023 r. badania morfologiczne krwi wykonało 49,8% Polaków, badanie ogólne moczu – 40,7%, badanie ogólne kału – 4,1%, a badania genetyczne – 0,5%. 20,9% kobiet miało badanie cytologiczne, a 7,6% mężczyzn badanie poziomu PSA[16] (badanie prostaty).

Wśród ogółu osób, które wykonały badania laboratoryjne, badanie morfologiczne krwi miało 97,3% mężczyzn i 93,1% kobiet, a ogólne badanie moczu – 79,4% mężczyzn i 76,3% kobiet. Inne badania były wykonywane rzadziej oraz w zależności od płci i wieku pacjenta.

Badania laboratoryjne w 2023 r. zostały wykonane u 30,5% małych dzieci w wieku 0-6 lat. Porównywalnie do tej najmłodszej grupy wieku wykonywane były badania wśród dzieci w wieku szkolnym (7-16 lat – 29,6%) oraz wśród osób młodych w wieku 17-24 lata (30,2%). Udział osób dorosłych, które wykonały badania laboratoryjne wzrastał znacząco w kolejnych grupach wieku i odsetki te były na poziomie od 51,5% wśród osób w wieku 25-44 lata, przez 67,5% w wieku 60-69 lat do 74,9% w wieku 70-79 lat. W porównaniu z 2020 r. we wszystkich grupach wieku wystąpił wzrost odsetka osób, które miały wykonane badanie laboratoryjne, z wyjątkiem 17-24 latków.

W 2023 r. spośród ogółu wykonanych badań cytologicznych, prawie połowa (49,3%) została wykonana przez kobiety w wieku 25-44 lata, a 29,1% przez kobiety w wieku 45-59 lat.

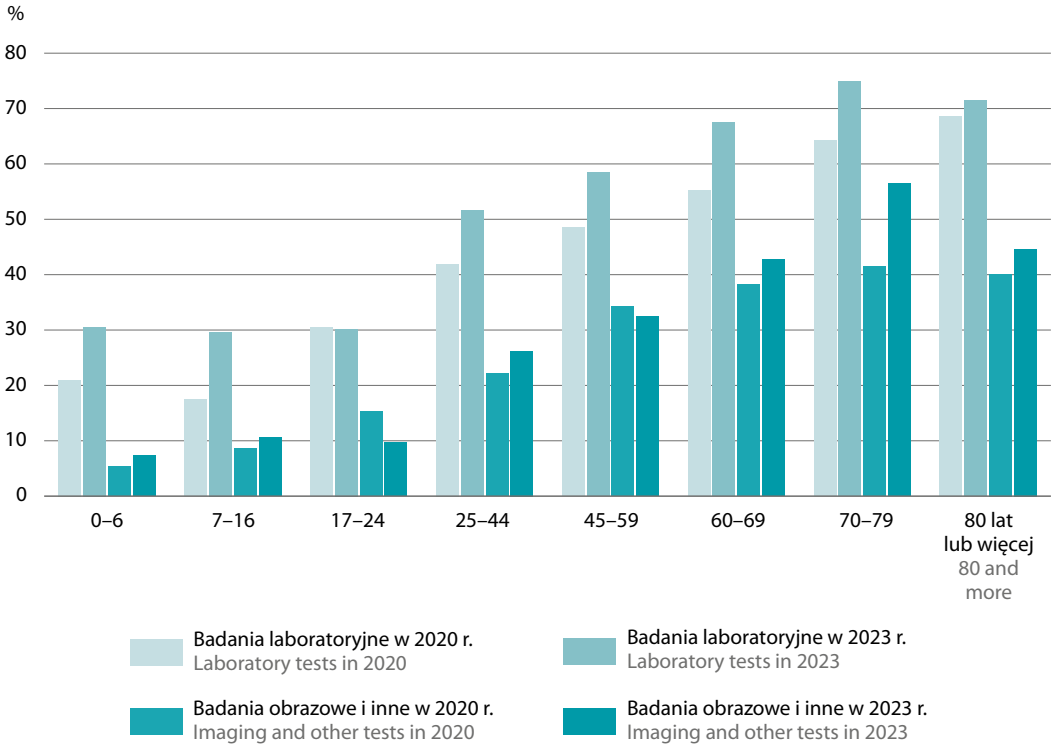
Spośród ogółu wykonanych badań PSA w 2023 r., badanie to najczęściej zostało wykonane przez mężczyzn w wieku 60-69 lat (31,5%) oraz w wieku 70-79 lat (28,2%), podczas gdy wśród 45-59 latków odsetek ten wyniósł 22,3%.

Osoby, u których występowały poważne problemy zdrowotne, znacznie częściej wykonały badania laboratoryjne w 2023 r. niż osoby, które nie miały takich problemów (73,3% wobec 51,1%). Podobnie, wysoki był udział wykonujących badania wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (81,0%), a także mających ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (82,4%). Najrzadziej wykonywały takie badania osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry (43,3%).

15 Badania laboratoryjne obejmowały: morfologię, badanie ogólne moczu, badanie ogólne kału, cytologię, badania genetyczne oraz badanie poziomu PSA (badanie prostaty). Badania obrazowe oraz inne diagnostyczne obejmowały takie badania jak: tomografia komputerowa (CT), pozytonowa tomografia emisyjna (PET), rezonans magnetyczny (MRI), elektrokardiogram (EKG), badanie Holtera, echokardiogram (Echo serca), USG, RTG, spirometria, urografia, mammografia, biopsja, gastroskopia i kolonoskopia..

16 PSA, z angielskiego Prostate Specific Antygen, to antygen prostaty. Badanie PSA służy do wykrywania raka prostaty, nawet we wczesnym stadium, gdy nowotwór nie daje jeszcze objawów.

Wykres 2.15. Wykonanie badań diagnostycznych laboratoryjnych i obrazowych według wieku
Chart 2.15. Performing diagnostic laboratory and imaging tests by age



W strukturze obrazującej wykonywanie badań laboratoryjnych obserwuje się wyraźne zróżnicowanie ze względu na takie cechy jak: poziom wykształcenia (odsetek osób, które wykonały badania wynosił od 52,4% wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym do 66,3% wśród osób z wykształceniem wyższym), miejsce zamieszkania (od 47,7% wśród mieszkańców wsi do 61,1% w dużych miastach liczących 500 tys. lub więcej mieszkańców).

Wśród wszystkich wykonanych badań laboratoryjnych 85,9% było finansowanych w ramach NFZ, a 14,1% finansowanych poza NFZ (w 2020 r. odpowiednio 76,4% i 23,6%).

Badania poziomu PSA były w 87,2% finansowane w ramach NFZ, badania ogólne moczu – w 89,6%, badania ogólne kału – w 87,2%, a morfologia – w 88,4%. Rzadziej finansowana w ramach NFZ była cytologia (61,7% wykonanych badań).

Wykonanie badań obrazowych i innych
Performing imaging tests and other

W ciągu 2023 r. przynajmniej jedno badanie obrazowe lub inne (z czternastu rodzajów objętych badaniem) wykonało 28,9% ogółu badanych (23,5% mężczyzn i 33,9% kobiet). W 2020 r. było to 25,7% ogółu badanych (21,0% mężczyzn i 30,2% kobiet). Przy ocenie tej zmiany trzeba jednak pamiętać o ograniczeniach epidemicznych w 2020 r.

Najczęściej wykonywane były badania USG – ich wykonanie zadeklarowało 11,9% populacji (6,6% mężczyzn i 16,8% kobiet), badania EKG – 9,1% (8,2% mężczyzn i 9,9% kobiet) oraz RTG – 8,3% (7,6% mężczyzn i 9,0% kobiet). Co dwudziesty piąty Polak miał badanie echa serca (4,3%), 3,5% tomografię komputerową, 4,4% rezonans magnetyczny, a 2,7% badanie Holtera.

Wśród ogółu osób, które miały badania, najwięcej wykonało badanie USG (41,1%), EKG (31,4%) oraz RTG (28,8%). Echo serca miało 14,8%, tomografię komputerową 12,2%, rezonans magnetyczny 15,3%, a badanie Holtera 9,4% osób z ogólnej liczby wykonujących badania w 2023 r. Rzadziej wykonywane były takie badania jak: gastroskopia (4,6%), kolonoskopia (4,2%) czy biopsja (2,7%). Ponadto 17,4% ogółu kobiet, które wykonywały badania obrazowe w tym roku, miało badanie mammograficzne.

Odsetek osób, które wykonały badania z zakresu diagnostyki obrazowej oraz rodzaj wykonanych badań były zależne od wieku osób oraz ich stanu zdrowia. Struktura wykonania badań obrazowych według wieku osób była zbliżona do wyników uzyskanych dla badań laboratoryjnych. Odsetek osób, które wykonały takie badania, był najniższy wśród osób w wieku 7-16 lat (10,5%), a następnie znacząco wzrastał w starszych grupach wieku, był najwyższy wśród osób w wieku 70-79 lat – 56,5%. Podobnie jak w przypadku badań laboratoryjnych w porównaniu z 2020 r. we wszystkich grupach wieku wystąpił wzrost odsetka osób, które miały wykonane tego typu badanie, z wyjątkiem 17-24 latków.

Osoby w wieku 25-44 lata najczęściej wykonywały badanie USG (52,4%) i RTG (34,1%). U osób starszych, częściej niż u pozostałych, wykonywane były badania serca. Badanie EKG miało 35,3% osób w wieku 60-69 lat i 57,8% osób w wieku 70 lat lub więcej, badanie echa serca odpowiednio 17,9% w wieku 60-69 lat i 28,3% w wieku 70 lat lub więcej, a badanie Holtera – 14,3% i 15,8% osób danej grupy wieku, które wykonały badania obrazowe w 2023 r.

W 2023 r. osoby, u których występowały poważne problemy zdrowotne, znacznie częściej wykonały badania z zakresu diagnostyki obrazowej niż osoby, które nie miały takich problemów (64,3% wobec 26,4%). W przypadku choroby przewlekłej odsetek wykonujących badania wynosił 53,8%, a bez takich chorób – 16,4%. Odsetek osób, które wykonały badania, wzrastał od 19,0% wśród osób oceniających swój stan zdrowia bardzo dobrze lub dobrze do 63,6% wśród oceniających swój stan zdrowia jako bardzo zły.

W częstości wykonywania badań obrazowych można zaobserwować występowanie nierówności społecznych, które trudno jest wyjaśniać determinantami wynikającymi z różnic w stanie zdrowia. Największe różnice w odsetku osób wykonujących badania obrazowe wystąpiły w zakresie takich samych grup społecznych jak w przypadku badań laboratoryjnych. Częściej wykonywały badania osoby z wykształceniem policealnym (52,1%) i wyższym (34,6%) oraz mieszkające w dużych miastach liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców (37,0%). Wśród osób z wykształceniem podstawowym oraz mieszkających na wsi badania obrazowe wykonała mniej więcej co czwarta osoba (odpowiednio: 27,8% i 24,0%).

W ramach NFZ sfinansowanych było 80,1% badań diagnostyki obrazowej wykonanych, a ze środków poza NFZ – 19,9% w 2023 r. (w 2020 r. odpowiednio: 75,5% i 24,5%).

Struktura źródeł finansowania zależała od rodzaju badania. Największy odsetek finansowania w ramach NFZ zaobserwowano w przypadku takich badań jak: EKG (88,9%), RTG (85,2%) i echo serca (82,1%). Spośród wykonanych badań w poszczególnych rodzajach w ramach NFZ sfinansowanych było także 79,4% badań rezonansu magnetycznego oraz 66,4% badań USG.

Tablica 2.2. Wykonane badania diagnostyczne według źródeł finansowania w 2023 r.
Table 2.2. Performing diagnostic tests by financing sources in 2023

Wyszczególnienie Specification	Narodowy Fundusz Zdrowia National Health Fund	Poza Narodowym Funduszem Zdrowia Sources apart from National Health Fund
	wykonane badania = 100% performing diagnostic tests = 100%	
Badania laboratoryjne Labolatory tests		
OGÓŁEM Total	85,9	14,1
Morfologia Morphology	88,4	11,6
Badanie ogólne moczu Urinalysis	89,6	10,4
Badanie ogólne kału General stool examination	87,2	12,8[v]
Cytologia Cytology	61,7	38,3
Badania genetyczne Genetic research	47,8[v]	.
Badanie poziomu PSA PSA level test	87,2	12,8
Badania obrazowe i inne Imaging tests and other		
OGÓŁEM Total	80,1	19,9
Tomografia komputerowa Computed tomography	82,1	17,9[v]
Pozytonowa tomografia emisyjna Positron emission tomography	.	.
Rezonans magnetyczny Magnetic resonance imaging	79,4	20,6
EKG ECG	88,9	11,1
Badanie Holtera Holter study	83,9	16,1[v]
Echo serca Echo of the heart	82,1	17,9
USG Ultrasound	66,4	33,6
RTG X-ray	85,2	14,8
Spirometria Spirometry	83,4	.
Urografia Urography	88,2[v]	.
Mammografia Mammography	88,9	11,1[v]
Biopsja Biopsy	81,7	.
Gastroskopia Gastroscopy	63,1	36,9[v]
Kolonoskopia Colonoscopy	80,0	.

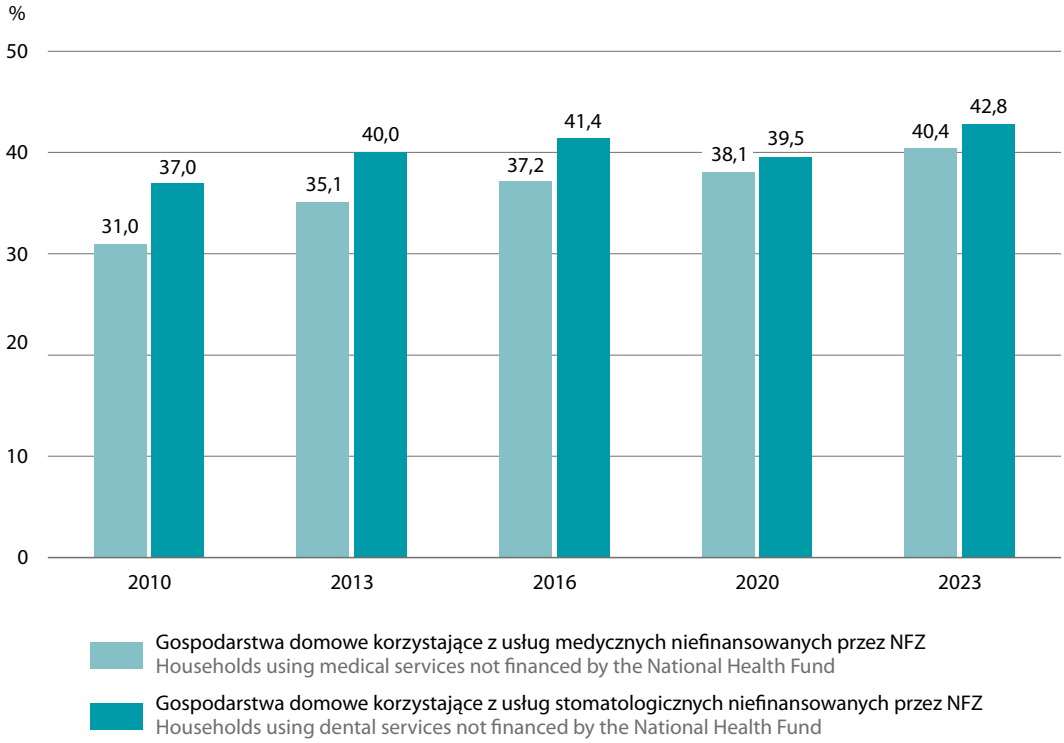
2.6. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ

2.6. Households using medical services not financed by the National Health Fund

W kolejnych latach badania można zaobserwować monotoniczny wzrost udziału gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych, które nie są finansowane w ramach NFZ. W 2023 r. z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ skorzystało 40,4% gospodarstw domowych, w 2020 r. takich gospodarstw było 38,1%, w 2016 r. – 37,2%, w 2013 r. – 35,1%, a w 2010 r. – 31,0%. W przypadku usług stomatologicznych w 2023 r. zaobserwowano wzrost udziału gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych niefinansowanych w ramach NFZ w porównaniu z poprzednimi badaniami. Było to odpowiednio: 42,8% w 2023 r., 39,5% w 2020 r., 41,4% w 2016 r., 40,0% w 2013 r. i 37,0% w 2010 r.

Wykres 2.16. Gospodarstwa domowe korzystające z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ

Chart 2.16. Households using medical and dental services not financed by the National Health Fund



Częściej niż w innych gospodarstwach domowych, z usług finansowanych poza NFZ korzystają gospodarstwa domowe znajdujące się w lepszej kondycji finansowej. W ciągu 2023 r. w gospodarstwach domowych należących do 20,0% gospodarstw o najwyższych dochodach z usług medycznych (poza stomatologicznymi), niefinansowanych przez NFZ, skorzystało 44,3% gospodarstw domowych, a z usług stomatologicznych – 50,7%. W grupie gospodarstw o najniższych dochodach (należących do pierwszej grupy kwintylowej) udział gospodarstw domowych korzystających z takich usług wynosił odpowiednio: 35,7% i 33,7%.

Rzadziej z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ w ciągu 2023 r. korzystały gospodarstwa domowe pracujących na stanowisku robotniczym (34,8%) i emerytów (36,2%). Częściej niż w innych grupach korzystały z takich usług osoby w gospodarstwach domowych osób pracujących na własny rachunek poza indywidualnym gospodarstwem rolnym oraz wykonujące wolny zawód (52,0%), osób pracujących na stanowisku nierobotniczym (46,8%) oraz gospodarstwa z 2 dzieci w wieku do 14 lat (56,6%).

Z usług stomatologicznych finansowanych poza NFZ w ciągu 2023 r. częściej korzystały gospodarstwa domowe osób pracujących na własny rachunek poza indywidualnym gospodarstwem rolnym oraz wykonujące wolny zawód (61,0%), osób pracujących najemnie na stanowiskach nierobotniczych (53,4%), a także gospodarstwa z 2 dzieci w wieku do 14 lat (58,5%). W gospodarstwach pracujących najemnie na stanowiskach robotniczych z takich usług w 2023 r. skorzystało 41,6%, a w gospodarstwach emerytów – 29,2% gospodarstw domowych.

Stosunkowo duże różnice w odsetku gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych niefinansowanych w ramach NFZ odnotowano ze względu na klasę miejscowości zamieszkania. Z usług medycznych (poza stomatologicznymi) finansowanych poza NFZ skorzystało 48,4% gospodarstw domowych w miastach liczących 500 tys. lub więcej mieszkańców i 38,8% gospodarstw domowych na wsi. Udział gospodarstw domowych korzystających z usług stomatologicznych finansowanych poza NFZ wynosił odpowiednio: 49,0% i 42,2%.

Główną przyczyną korzystania z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych w ramach NFZ był zbyt odległy termin wizyty w podmiotach mających kontrakty z NFZ. Na taką przyczynę wskazało 70,7% gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych finansowanych poza NFZ. Częściej niż co dziesiąte gospodarstwo domowe korzystające z usług niefinansowanych w ramach NFZ podało jako przyczynę przekonanie, że usługi takie są świadczone wówczas przez lepszych specjalistów (11,0%). W badaniu w 2020 r. te dwie przyczyny były również wskazywane jako główne powody korzystania z usług medycznych finansowanych poza NFZ (odpowiednio: 51,7% i 15,2%). Inne przyczyny korzystania z usług medycznych niefinansowanych w ramach NFZ w 2023 r., jak i w 2020 r., były mniej znaczące. Można tu wskazać takie jak: brak lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ (5,0% vs 6,0%), czy niefinansowanie usług przez NFZ (3,6% vs 3,9%).

W przypadku korzystania z usług stomatologicznych niefinansowanych w ramach NFZ w 2023 r. do najczęściej podawanych powodów należały: zbyt odległy termin wizyty w podmiotach mających kontrakty z NFZ (28,8%), niefinansowanie danych usług przez NFZ (25,2%), przekonanie o lepszym wyposażeniu w sprzęt i materiały medyczne (20,0%), oraz przekonanie, że usługi takie są świadczone wówczas przez lepszych specjalistów (15,4%). W badaniu w 2020 r. wszystkie wymienione powyżej przyczyny zostały również wskazane jako główne powody korzystania z usług stomatologicznych finansowanych poza NFZ (odpowiednio: 25,4%, 18,7%, 26,4% i 14,4%). Inną przyczyną korzystania z takich usług wskazywaną przez gospodarstwa domowe zarówno w 2023 r. jak i 2020 r. był brak lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ (4,1% vs 4,2%).

2.7. Korzystanie z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej
2.7. Use of unconventional medicine

Odsetek gospodarstw domowych, które korzystały z usług medycyny niekonwencjonalnej, takich jak akupresura, akupunktura, apiterapia, bioenergoterapia, fitoterapia, homeopatia i kręgarstwo w 2023 r. wynosił 2,7%. W badaniach przeprowadzonych w 2020 r. i 2016 r. odsetek ten był na poziomie odpowiednio: 2,2 % i 3,0%. Gospodarstwa, które korzystały z tych usług ponosiły dość znaczne wydatki – przeciętnie było to 529 zł na gospodarstwo w ciągu roku.

Do gospodarstw domowych, w których częściej niż w pozostałych korzystano z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej należały gospodarstwa, w których znajdują się osoby chore przewlekle (3,0%) oraz gospodarstwa domowe zamieszkujące miasta (3,2%).

2.8. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych

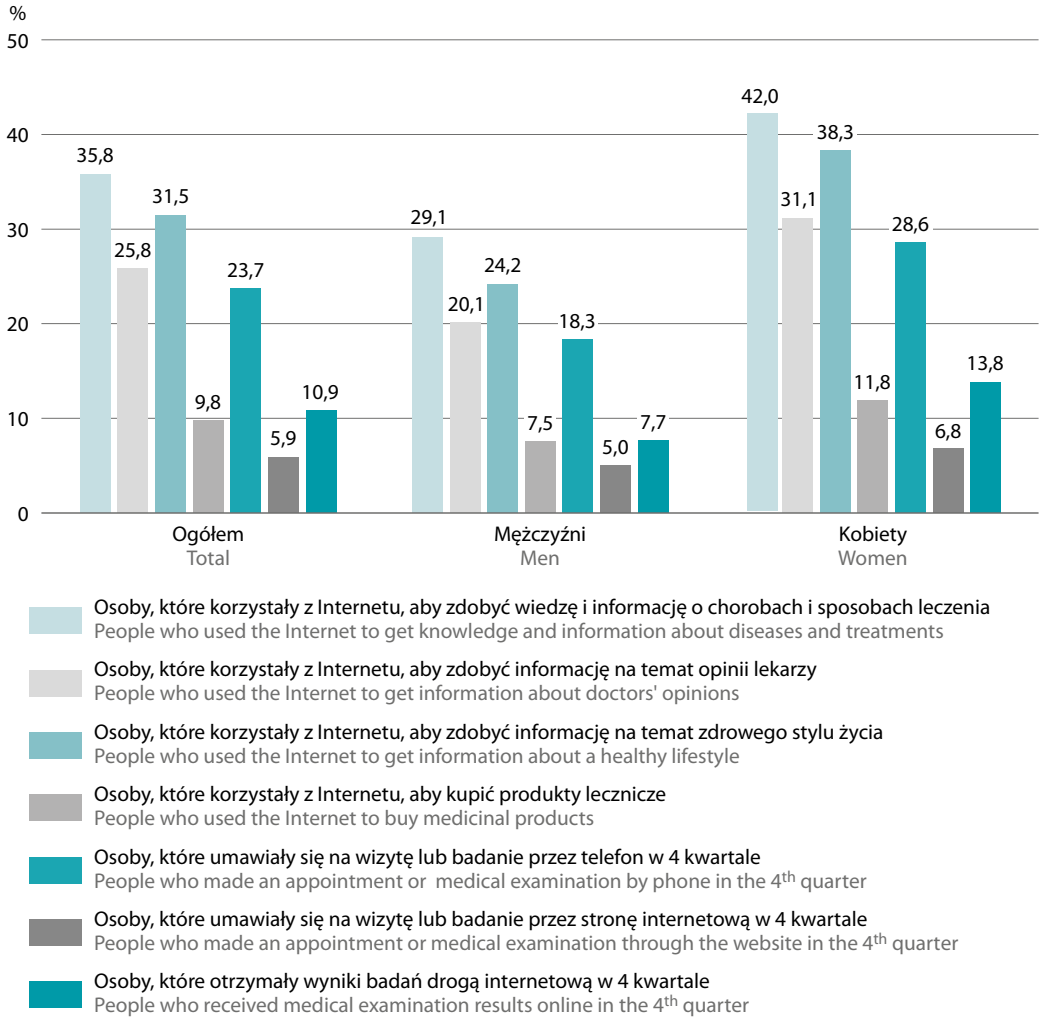
2.8. Using communication and the Internet while using medical services

Internet staje się coraz bardziej popularnym miejscem zbierania i wymiany informacji dotyczących tematyki zdrowia, w tym o zakładach opieki zdrowotnej, oferowanych usługach i lekarzach. Istnieją coraz większe możliwości rezerwacji wizyt lekarskich i badań diagnostycznych oraz sprawdzenia online wyników badań czy też dostępności określonych produktów leczniczych, zamówienia i zakupu produktów medycznych oraz środków leczniczych.

W formularzu część pytań dotyczących wykorzystania Internetu i telefonu do umawiania wizyt lub badań oraz otrzymywania wyników badań drogą internetową dotyczyła 4 kwartału, pozostałe pytania całego 2023 r.

Wykres 2.17. Wykorzystanie komunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych według płci w 2023 r.

Chart 2.17. The use of communication and the Internet while using medical services by sex in 2023



W 2023 r. 35,8% członków gospodarstw domowych korzystało z Internetu, aby zdobyć wiedzę i informacje o chorobach oraz sposobach leczenia, a 31,5% poszukiwało informacji na temat zdrowego stylu życia (w 2020 r. odpowiednio 34,2% i 31,0%). 25,8% respondentów posługiwało się Internetem w celu zdobycia informacji na temat opinii dotyczących lekarzy (w 2020 r. 22,4%). W 2023 r. 9,8% respondentów (w 2020 r. 9,2%) skorzystało z Internetu, by zakupić produkt leczniczy.

Wzrosło zastosowanie Internetu do umawiania się na wizytę lub badania oraz do otrzymywania wyników badań drogą elektroniczną. W 4 kwartale 2023 r., odsetek takich osób wynosił odpowiednio 5,9% oraz 10,9% (w 2020 r. odpowiednio 4,9% oraz 6,6%). Przy umawianiu się na wizytę lub badanie, częstszym sposobem niż przez stronę internetową był telefon. W 4 kwartale 2023 r. drogą telefoniczną na wizytę umawiało się 23,7% badanych (o 12,5 p. proc. mniej niż w 2020 r.).

Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni posługiwały się Internetem w każdym z obszarów objętych badaniem. Różnice wynosiły około 14,1 p. proc w przypadku odsetka korzystających z Internetu w celu zdobycia informacji na temat zdrowego stylu życia (38,3% wobec 24,2%) oraz 12,9 p. proc. w celu pozyskania informacji medycznych o chorobach i sposobach leczenia (42,0% wobec 29,1%) i 11,0 p. proc w przypadku zasięgania opinii o lekarzu (31,1% wobec 20,1%). Inne zastosowania Internetu, takie jak umawianie na wizytę czy zakupy produktów medycznych, także były częściej wykorzystywane przez kobiety niż mężczyzn.

Najczęściej informacje na temat zdrowego stylu życia oraz o chorobach i sposobach leczenia, pozyskiwały z Internetu osoby w wieku 25-44 lata – odpowiednio 48,0% i 54,9% osób w tej grupie wieku. Podobnie w przypadku umawiania się na wizytę lub badanie przez stronę internetową oraz pobierania wyników drogą elektroniczną – odpowiednio 10,6% i 17,3%.

Należy podkreślić znaczny udział korzystających z Internetu dla pozyskania informacji o chorobach i sposobach leczenia wśród osób z poważnymi problemami zdrowotnymi (44,6%), z chorobami przewlekłymi (38,2%), a także wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (26,0%). W celu umówienia się na wizytę lub badanie, zdecydowanie częściej niż strony internetowe wykorzystywany był telefon. Wśród osób z poważnymi problemami zdrowotnymi i chorobami przewlekłymi (w 4 kwartale 2023 r.) umawiało się telefonicznie na wizytę lub badanie, odpowiednio 41,1% i 34,1%, podczas gdy ze strony internetowej skorzystało w tym celu 8,8% i 7,8% osób w tych grupach.

Rozdział 3. Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów
Chapter 3. Quality of healthcare in the opinion of respondents

Jakość opieki zdrowotnej w ocenie respondentów, stanowiła jeden z elementów zrealizowanego badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r."[17]. Jego celem było uzyskanie wiedzy, jakie jest postrzeganie jakości opieki zdrowotnej w 2023 r., poprzez zadanie pytań dotyczących m.in.:

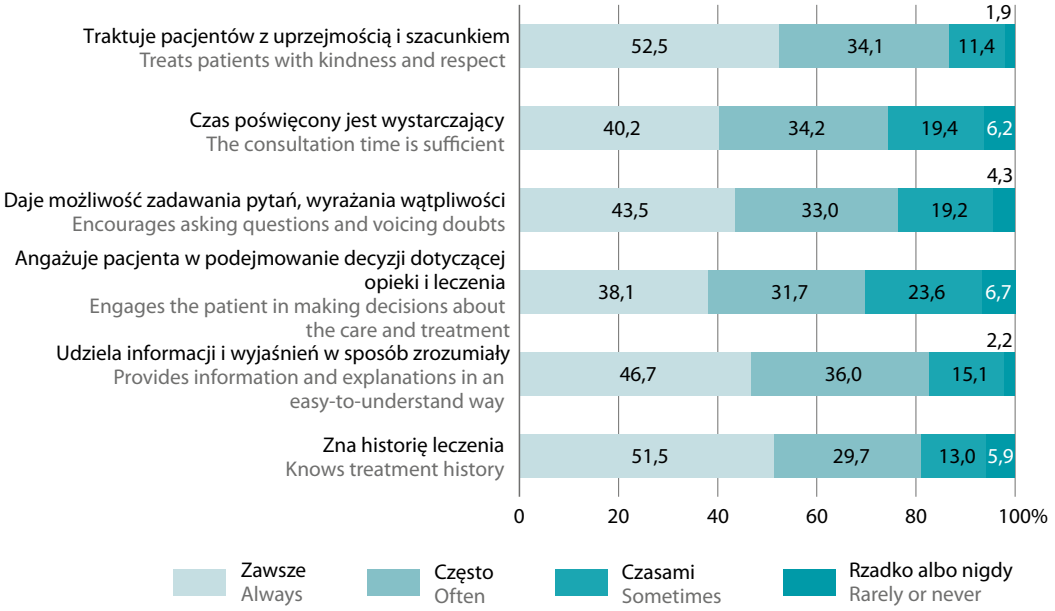
- oceny przebiegu wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (sposobu traktowania pacjenta, czasu poświęconego podczas konsultacji, znajomości historii leczenia pacjenta, sposobu udzielania mu informacji i wyjaśnień, angażowania pacjenta w podejmowanie decyzji dot. opieki i leczenia, możliwości zadawania pytań, wyrażania wątpliwości);
- przyczyn niekorzystania z opieki zdrowotnej w odniesieniu do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów, lekarzy dentystów, badań diagnostycznych czy zabiegów;
- czasu oczekiwania na wykonanie ostatniego badania diagnostycznego;
- bezpieczeństwa opieki, ocenianego poprzez doświadczenie zdarzenia niepożądanego w wyniku korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

3.1. Responsywność, czyli spełnienie oczekiwań pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)
3.1. Responsiveness – meeting expectations of patients by GP

Responsywność lekarzy, czyli spełnienie przez nich oczekiwań pacjentów, stanowi jeden z aspektów jakości podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiednia postawa lekarza ułatwia pacjentowi zrozumienie problemów związanych z chorobą oraz angażowanie się w proces leczenia. Pozwala zarówno pacjentowi, jak i jego rodzinie, postępować w sposób dużo korzystniejszy z medycznego punktu widzenia i buduje wzajemne relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem.

17 Pytania na ten temat skierowano indywidualnie do każdej osoby, która korzystała ze świadczeń medycznych w wylosowanych do badania gospodarstwach domowych.

Wykres 3.1. Responsywność lekarzy POZ w 2023 r.
Chart 3.1. Responsiveness of GP in 2023



W 2023 r. respondenci najkorzystniej oceniali sposób odnoszenia się lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do pacjenta. Spośród wszystkich osób odpowiadających na pytanie dotyczące relacji z lekarzem POZ 86,6% stwierdziło, że zawsze lub często lekarz traktował ich z uprzejmością i szacunkiem, przy czym 52,5% spotykało się z takim traktowaniem zawsze. Wysoką ocenę uzyskało także udzielanie wyjaśnień w sposób zrozumiały (82,7%) oraz znajomość historii leczenia (81,1%) – w 2020 r. odpowiednio 81,7% i 75,6%.

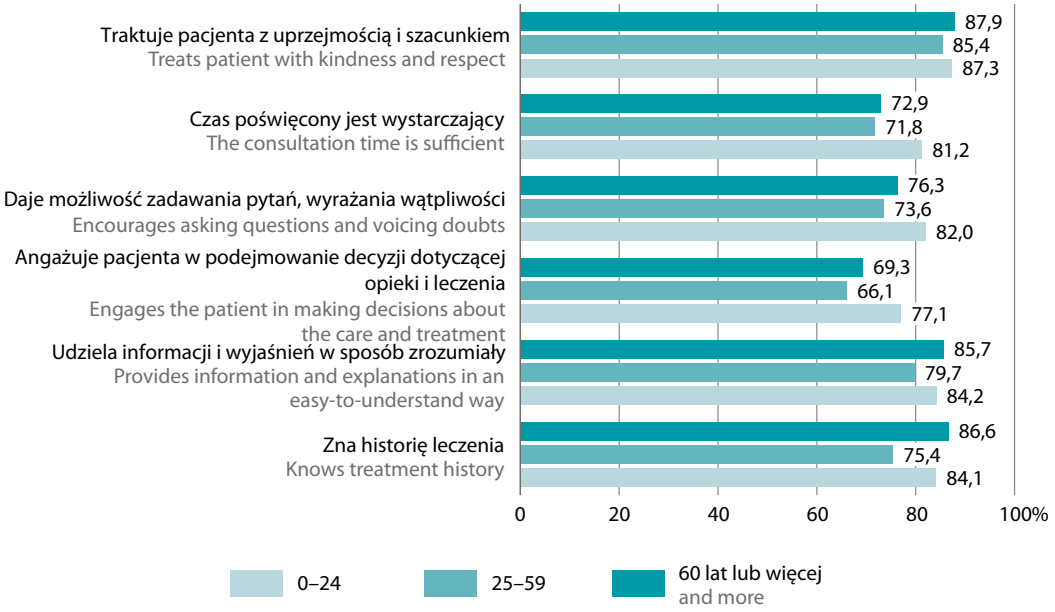
Z nieco gorszymi ocenami, chociaż lepszymi niż w poprzedniej edycji badania, spotkały się pytania o możliwość zadawania pytań przez pacjenta podczas wizyty lekarskiej oraz czas poświęcony przez lekarza na wizytę (odpowiedzi: „zawsze" lub „często" udzieliło odpowiednio 76,5% i 74,4%, a w 2020 r. – 67,9% oraz 65,3%).

Najmniej pozytywnie (chociaż i tak ponad 2/3 respondentów miało dobre doświadczenia) oceniano angażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji dotyczącej opieki i leczenia – odpowiedzi „zawsze" lub „często" udzieliło 69,6% respondentów, w poprzedniej edycji badania takie zdanie miało trochę mniej osób - 64,7%.

Wyżej opisane opinie respondentów różnią się w zależności od wieku. Jak wskazują wyniki, w przypadku zrozumiałych informacji i wyjaśnień, znajomości historii leczenia oraz traktowania pacjenta z uprzejmością i szacunkiem najwyższe były oceny wśród osób w najstarszym wieku (60 lub więcej lat). Zdecydowana większość (85,7%) osób najstarszych odpowiedziała, że zawsze lub często lekarz POZ udzielał informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały, podczas gdy w grupie wieku 25-59 lat odsetek ten wyniósł 79,7%. W odniesieniu do znajomości historii leczenia przez lekarza POZ odpowiedzi „zawsze" lub „często" udzieliło 86,6% osób w najstarszej grupie wieku, 84,1% dotyczyło osób w wieku 0-24 lata oraz 75,4% osób w wieku 25-59 lat. W kwestii traktowania pacjenta z uprzejmością i szacunkiem przez lekarza POZ odpowiedzi „zawsze" lub „często" udzieliło 87,9% osób w wieku 60 lat i więcej, 87,3% dotyczyło osób w grupie wieku 0-24 lata oraz 85,4% osób w wieku 25-59 lat.

Nieco inaczej wyglądały oceny postaw lekarzy POZ w obszarach takich jak: zachęcanie do zadawania pytań, czas poświęcony na wizytę pacjenta, czy angażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji o leczeniu. Najwyższe odsetki odpowiedzi „zawsze" lub „często" wystąpiły w najmłodszej grupie wieku i wynosiły odpowiednio 82,0%, 81,2% i 77,1%.

Wykres 3.2. Responsywność lekarzy według wieku pacjentów w 2023 r. (odpowiedzi: zawsze lub często)
Chart 3.2. Responsiveness of doctors by age of patients in 2023 (answers: always or often)



Spośród badanych respondentów 59,5%, u których występowała choroba przewlekła oraz 61,3% osób pozostających pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską uznało, że lekarz POZ zawsze znał historię choroby. Pacjenci będący w gorszej kondycji zdrowotnej wskazywali na lepszą znajomość historii leczenia choroby przez lekarza, co może wynikać z faktu częstszych kontaktów i lepszej znajomości problemów zdrowotnych tych pacjentów.

3.2. Niekorzystanie z usług zdrowotnych mimo istnienia takiej potrzeby[18]
3.2. Non-using of medical services despite the need[18]

Niekorzystanie z porad lekarza POZ
Non-using GP consultations

W 2023 r. 2,8% członków gospodarstw domowych (zarówno wśród kobiet, jak mężczyzn) nie skorzystało z usług lekarza POZ mimo istnienia takiej potrzeby. W 2020 r. tych osób było więcej – 6,1%, a w 2016 r. – 7,0%. Biorąc pod uwagę jedynie osoby odczuwające potrzebę skorzystania z usług lekarza POZ (które stanowiły 75% wszystkich osób będących członkami gospodarstw domowych), odsetki te były większe i wyniosły odpowiednio 3,8% w 2023 r. i 9,4% w 2020 r. Dla zachowania porównywalności z poprzednimi publikacjami dalszy opis dotyczy wszystkich członków gospodarstw domowych.

Trudności, na które wskazywano jako przyczynę nieskorzystania z porady lekarskiej, chociaż była taka potrzeba zdrowotna, mogły być powiązane z ograniczeniami wynikającymi z wieku, stanu zdrowia, miejsca zamieszkania czy sytuacji finansowej.

Osobami, które nie korzystały z porady lekarskiej w ramach POZ, mimo takiej potrzeby, były najczęściej osoby w wieku aktywności zawodowej (25-59 lat) oraz w wieku 60 lat lub więcej – odpowiednio 3,7% oraz

18 Należy wziąć pod uwagę pandemię COVID-19 panującą podczas poprzedniej edycji badania, co prowadzi do braku bezpośredniej porównywalności wyników z tej edycji badania z poprzednią edycją (z 2020 r.), dlatego w tej części w porównaniach uwzględniono także wyniki badania z 2016 r.

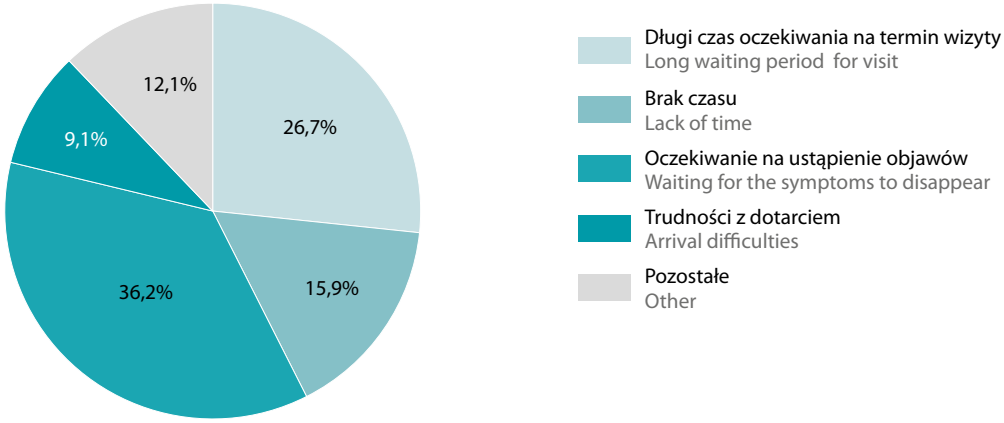
2,8% (w poprzedniej edycji badania odsetki te wyniosły odpowiednio 6,9% oraz 8,7%, a w roku 2016 – odpowiednio 8,9% oraz 8,0%). Spośród badanych osób 3,8% chorych przewlekle oraz 3,5% wśród osób pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, zrezygnowało z powyższych usług.

Osoby mieszkające w miastach częściej niż mieszkańcy wsi zmuszeni byli do rezygnacji z usług lekarza pierwszego kontaktu pomimo takiej potrzeby (odpowiednio 3,6% oraz 1,6% członków gospodarstw domowych). Podobna sytuacja wystąpiła w poprzednich edycjach badania, chociaż odsetki były wyższe niż w 2023 r. – odpowiednio 6,5% oraz 5,4% 2020 r., a także 7,9% i 5,7% w 2016 r.

Inne cechy społeczno-demograficzne respondentów nie różnicowały znacząco uzyskanych odpowiedzi.

W 2023 r. zdecydowanie najczęściej wskazywaną przyczyną rezygnacji z porad lekarzy POZ (ponad 36%), było oczekiwanie na ustąpienie objawów. Jako kolejne przyczyny wymieniano długi czas oczekiwania na termin wizyty – 26,7% oraz brak czasu – niemal 16%. W 2020 r. najczęściej wykazywaną przyczyną były „Warunki zagrożenia epidemicznego, 'COVID-19'" (58,8%), na drugim miejscu znalazł się długi czas oczekiwania na termin wizyty. W 2016 r., analogicznie jak w ostatniej edycji badania, najwyższy był odsetek osób wskazujących oczekiwanie na ustąpienie objawów jako główną przyczynę rezygnacji z usług lekarza POZ, jako następną przyczynę wskazano brak czasu, a na trzecim miejscu znalazł się długi czas opczekiwania na termin wizyty.

Wykres 3.3. Przyczyny niekorzystania z porad lekarza POZ w 2023 r.
Chart 3.3. Reasons for not using GP consultations in 2023



Niekorzystanie z porad lekarzy specjalistów (bez stomatologii)
Non-using specialist doctor's consultations (excl. dentistry)

Pomimo istnienia potrzeby, z porad lekarza specjalisty (bez stomatologii) w roku 2023 nie skorzystało 2,9% członków gospodarstw domowych (w roku 2020 odsetek ten wyniósł 5,9%). Kobiety częściej deklarowały, że nie korzystały z porad lekarza specjalisty (bez dentystów) pomimo, że zaistniała taka potrzeba (3,9% wobec 1,8% mężczyzn).

W grupie wieku 60 lat lub więcej w 2023 r. nie korzystało z usług lekarza specjalisty (bez stomatologii), pomimo takiej potrzeby – 3,9% osób, w wieku 25-59 lat – 3,6% a w grupie wieku 0-24 lata – 0,6%.

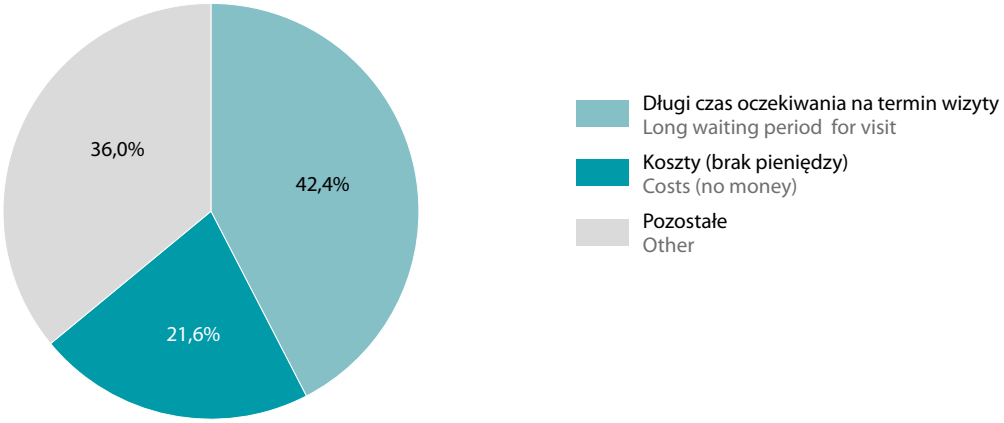
Wśród członków gospodarstw domowych chorych przewlekle 4,8% i 3,9% wśród osób pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską, zrezygnowało z usług lekarzy specjalistów.

Analogicznie, jak w przypadku usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, deklarację rezygnacji z usług specjalisty (bez stomatologii) częściej składali mieszkańcy miast niż wsi (odsetki wskazań wyniosły odpowiednio 3,5% i 2,0%).

Główną przyczyną rezygnacji z porady lekarza specjalisty (poza dentystą) był długi czas oczekiwania na termin wizyty – ponad 42% wszystkich wskazań respondentów. Zaobserwowano wzrost wybierania tej odpowiedzi w porównaniu do roku 2020, gdy prawie 28% respondentów rezygnujących z usług lekarza specjalisty (z wykluczeniem stomatologów) wskazywało tę przyczynę jako główny powód rezygnacji z usługi. W 2020 r. najczęściej wskazywaną przyczyną były „Warunki zagrożenia epidemicznego, 'COVID-19'", stanowiące 48,0%. W 2016 r. długi czas oczekiwania, anologicznie, jak w 2023 r. był najczęściej zgłaszaną przyczyną rezygnacji z porad lekarzy specjalistów i stanowił 46,0% wszystkich wskazań.

Kolejnym istotnym powodem rezygnacji był koszt wizyty u lekarza specjalisty (bez stomatologów). Taką odpowiedź wybrało 21,6% osób rezygnujących w 2023 r., podczas gdy w 2020 r. przyczynę finansową wskazywało znacznie mniej osób – 7,3%. Powód finansowy znalazł się również na drugim miejscu wśród wszystkich przyczyn rezygnacji wskazywanych przez respondentów w 2016 r. (13,1%).

Wykres 3.4. Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów (bez stomatologii) w 2023 r.
Chart 3.4. Reasons for not using specialist doctor's consultations (excl. dentistry) in 2023



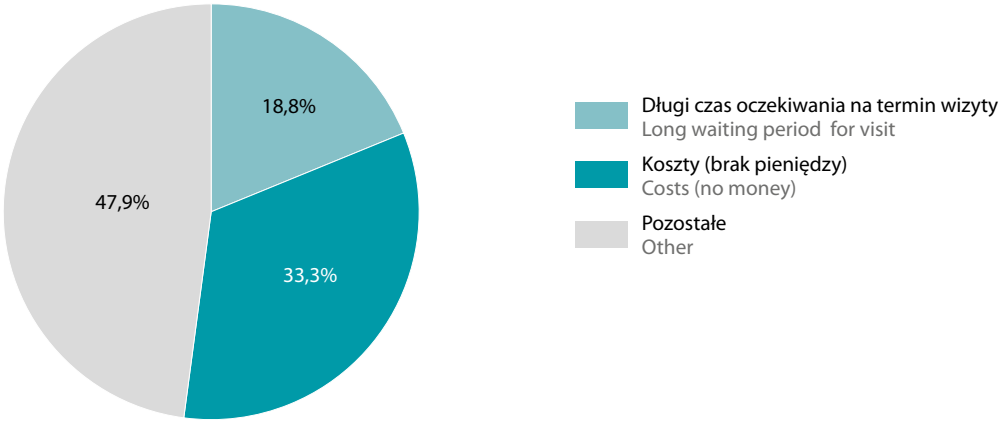
Niekorzystanie z usług stomatologicznych
Non-using dental consultations

Z usług stomatologicznych w 2023 r. nie skorzystało, mimo istnienia takiej potrzeby, 2,4% członków gospodarstw domowych (2,2% mężczyzn i 2,7% kobiet). Odsetek ogółem w 2023 r. był niższy o 1,4 p. proc. w porównaniu z rokiem 2020 (3,8%).

W grupie wieku 25-59 lat w 2023 r. nie korzystało z usług lekarza stomatologa, pomimo takiej potrzeby 3,5% osób, w wieku 60 lat lub więcej – 1,7% osób, a w grupie wieku 0-24 lata – 1,2%.

Wśród członków gospodarstw domowych chorych przewlekle 2,2% i 2,0% wśród osób pod stałą opieką lekarską lub pielęgniarską zrezygnowało z usług dentysty.

Wykres 3.5. Przyczyny niekorzystania z usług stomatologicznych w 2023 r.
Chart 3.5. Reasons for not using dental consultations in 2023



Wyniki wskazują również na częstszą rezygnację z usług stomatologicznych w miastach niż na wsi (3,1% i 1,5%), jednak ze względu na niewielką liczbę wskazań na wsi, wyniki te należy traktować z dużą ostrożnością.

Jako przyczynę nieskorzystania z usług stomatologicznych, respondenci najczęściej wskazywali powody finansowe – ponad 33% oraz długi czas oczekiwania na termin wizyty – niemal 19%. Analogiczna sytuacja wystąpiła w edycji badania 2016 r., natomiast w 2020 r. „Warunki zagrożenia epidemicznego, 'COVID-19'" znalazły się na pierwszym miejscu wśród wskazań, a na drugim i trzecim miejscu długi czas oczekiwania na termin wizyty i przyczyny finansowe (odpowiednio 21,2% i 10,1%).

Niewykonanie badań diagnostycznych
Non-performance of medical diagnostic tests

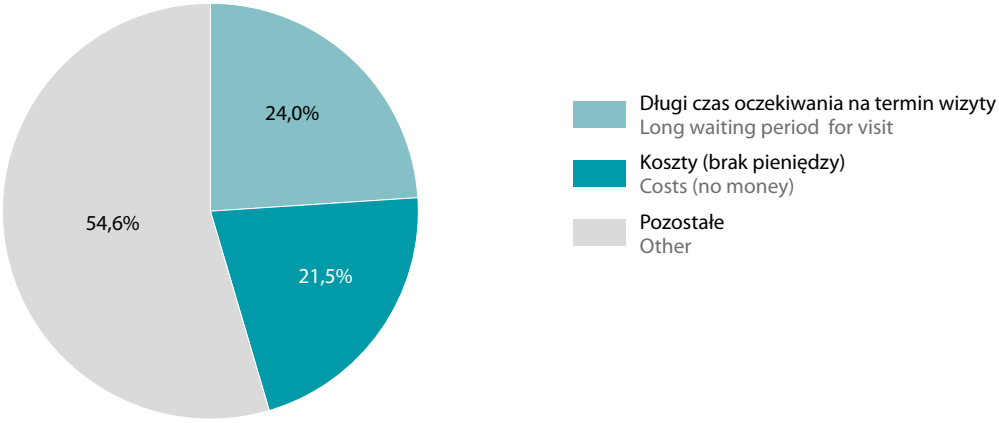
Na pytanie dotyczące niewykonania badań diagnostycznych, chociaż istniała taka potrzeba, odpowiedzi pozytywnej udzieliło 1,1% respondentów, czyli o 2 p. proc. mniej niż w roku 2020 (3,1%). Częściej rezygnowały z badań kobiety niż mężczyźni (1,4% kobiet wobec 0,8% mężczyzn).

W przypadku osób chorych przewlekle z badań zrezygnowało niemal 2%, podczas gdy w 2020 r. było to ponad 6% osób[19].

Przyczynami dominującymi w zakresie rezygnacji z wykonania badań diagnostycznych, mimo takiej potrzeby, tak jak w innych rodzajach świadczeń, były długi czas oczekiwania na termin wizyty -24,0% i koszty (brak pieniędzy) -21,5%.

19 Ze względu na małą skalę zjawiska, wyniki w bardziej szczegółowych przekrojach obarczone są dużym błędem losowym.

Wykres 3.6. Przyczyny niewykonania badań diagnostycznych w 2023 r.
Chart 3.6. Reasons for not performing medical diagnostic tests in 2023



3.3. Inne aspekty jakości usług ochrony zdrowia
3.3. Other aspects of the quality of health care services

O jakości usług opieki zdrowotnej świadczy także czas oczekiwania na ich świadczenie. W kwestionariuszu w 2023 r. zadawano respondentom pytanie o wykonywanie badań diagnostycznych oraz o czas oczekiwania na ostatnie z realizowanych badań. Najdłużej, bo ok. 8 tygodni, oczekiwano na kolonoskopię. Nieco krócej – ok. 6,6 tygodnia oczekiwano na gastroskopię, a na kolejnych miejscach znalazły się rezonans magnetyczny - 5,8 tygodnia oraz biopsja – 5,6 tyg. Najkrótszym czasem oczekiwania charakteryzowały się prześwietlenia RTG – 1 tydzień oraz badanie EKG – średnio 1,7 tygodnia. W 2020 r. kolonoskopia również okazała się badaniem, na które respondenci najdłużej oczekiwali (ok. 10,0 tyg.), na drugim miejscu znalazła się mammografia (5,6 tyg.) oraz tomografia komputerowa (5,5 tyg.). Najkrótszy czas oczekiwania dotyczył, analogicznie jak w 2023 r., badań RTG (1,4 tyg.) oraz EKG (1,7 tyg.).

Biorąc pod uwagę istotność tego aspektu dla oceny jakości usług ochrony zdrowia, w 2023 r. zadano respondentom pytanie dotyczące wystąpienia zdarzeń niepożądanych, jakich doświadczyły osoby korzystające z opieki zdrowotnej. Respondentów spytano czy w trakcie lub w efekcie uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w 2023 r. doświadczyli zdarzenia niepożądanego, rozumianego jako szkoda, do której doszło w trakcie leczenia lub diagnostyki. Pytania te dotyczyły wszystkich osób z gospodarstwa domowego, które korzystały z usług medycznych w 2023 r., bez względu na wiek. Ze względu na małą liczbę przypadków zdarzeń niepożądanych, wyniki należy interpretować ostrożnie. W zbadanej populacji zdarzenia niepożądane wystąpiły zaledwie u 0,3% respondentów, analogicznie jak w roku 2020.

Rozdział 4. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2023 r.

Chapter 4. Household expenditure on health care in 2023

Badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych" jest badaniem ankietowym prowadzonym przez polską statystykę publiczną także w zakresie wydatków na opiekę zdrowotną. Dostarcza ono informacji o ponoszonych wydatkach z uwzględnieniem cech demograficznych, społecznych oraz stanu zdrowia badanych osób.

Uogólnienie wyników pozwala na obliczenie średnich wydatków na ochronę zdrowia przypadających na osobę w gospodarstwie domowym i łącznej kwoty prywatnych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych w Polsce na ochronę zdrowia.

W uogólnieniu uwzględnia się także gospodarstwa i osoby, które nie korzystały z usług i produktów opieki zdrowotnej lub nie ponosiły żadnych prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w badanym okresie, co ma znaczący wpływ na uzyskane wyniki.

Analizie poddano wydatki na usługi i produkty medyczne ponoszone ze środków prywatnych – tzw. „wydatki bezpośrednio z kieszeni". W publikacji prezentowane są informacje o współfinansowaniu leczenia w ramach NFZ oraz o wydatkach ponoszonych całkowicie poza publicznym systemem ubezpieczenia. Na określenie tych kategorii wydatków, w dalszej części publikacji, używane są odpowiednio wyrażenia: „w ramach NFZ" i „poza NFZ".

W ramach badania wydzielono trzy podstawowe grupy kosztów związanych z opieką zdrowotną.

Pierwsza grupa to roczne wydatki związane z pobytem osób w szpitalu lub w innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (sanatorium, zakładzie uzdrowiskowym, zakładzie opieki długoterminowej itd.).

Drugą grupę stanowią wydatki kwartalne osób na usługi opieki ambulatoryjnej (opiekę podstawową, specjalistyczną i stomatologiczną oraz na pozostałe usługi ambulatoryjne, rehabilitacyjne i pomocnicze, w tym m.in. badania laboratoryjne i diagnostykę obrazową).

Trzecią grupę badanych wydatków gospodarstw stanowią wydatki kwartalne na leki i inne artykuły medyczne oraz wydatki roczne na medyczne dobra trwałego użytku.

Wyniki dotyczące wydatków prezentowane są w przeliczeniu na osobę w populacji (tj. niezależnie od ponoszenia wydatku), na osobę ponoszącą wydatek oraz na gospodarstwo, w którym poniesiono koszty. Zbadano również opinie członków gospodarstw na temat wysokości ponoszonych przez nich wydatków.

4.1. Poziom i struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem

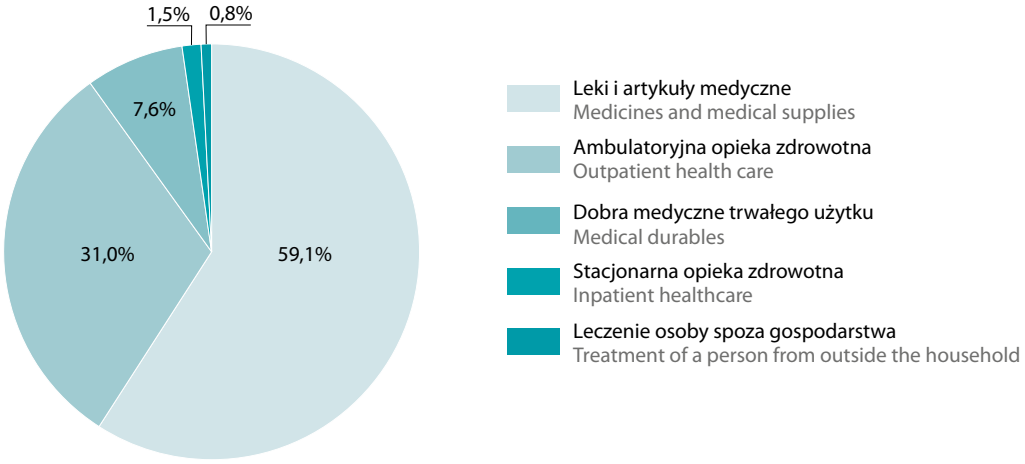
4.1. The level and structure of household expenditures on health care in total

Wyniki badania pokazują, że 97,8% członków gospodarstw domowych posiadało uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a 10,2% – uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ)[20].

20 Kategoria ta obejmuje ubezpieczenia oraz abonamenty medyczne.

W całej populacji gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę wyniosły w 2023 r. 80,28 zł[21]. W zestawieniu ze średnimi wydatkami w 2020 r. były one o ponad 20% większe (66,58 zł). Odnotowano istotne zróżnicowanie wysokości tych wydatków w zależności od miejsca zamieszkania. Przeciętnie członek gospodarstwa domowego zlokalizowanego w mieście wydał na ochronę zdrowia 91,66 zł, czyli o 44,4% więcej niż w przypadku członka gospodarstwa położonego na wsi (63,49 zł).

Wykres 4.1. Struktura bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w 2023 r.
Chart 4.1. The structure of direct household expenditure on health care in 2023



Patrząc z perspektywy struktury wydatków ponoszonych przez gospodarstwa na ochronę zdrowia, podobnie jak w latach poprzednich, zdecydowanie dominują wydatki na leki, artykuły medyczne i medyczne dobra trwałego użytku. Udział tych grup wydatków w ogóle opisywanych wydatków gospodarstw domowych zmniejszył się w porównaniu z 2020 r. (z 72,6% na 66,7%, z tego wydatki na leki i artykuły medyczne stanowią 59,1%, a na dobra medyczne trwałego użytku – 7,6%). Obniżeniu uległ również udział wydatków gospodarstw na stacjonarną opiekę zdrowotną (z 2,1% na 1,5%). Wzrósł natomiast udział wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną (z 25,3% do 31,0%).

4.2. Wydatki na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku
4.2. Expenditure on medicines, other medical supplies and medical durables

W 4 kwartale 2023 r. przeciętne miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne w całej populacji ludności gospodarstw domowych w Polsce wyniosły przeciętnie 47,45 zł na osobę i stanowiły 59,1%, a łącznie z wydatkami na medyczne dobra trwałego użytku (6,14 zł) – 66,8% średnich miesięcznych bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ogółem. W roku 2020 przeciętne miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne wynosiły 42,60 zł na osobę i stanowiły wówczas 64,7% ogółu średnich miesięcznych wydatków, przy czym po uwzględnieniu wydatków na medyczne dobra trwałego użytku (5,19 zł) udział ten wrósł do 72,6%. Niewiele wyższe były średnie miesięczne wydatki na osobę na leki i inne artykuły medyczne w gospodarstwach je kupujących (wyniosły 52,44 zł), ponieważ artykuły te kupują niemal wszystkie gospodarstwa domowe. W 2020 r. wydatki w gospodarstwach kupujących takie produkty wynosiły 43,66 zł.

Istotnym czynnikiem różnicującym wysokość wydatków na leki i inne artykuły medyczne jest stan zdrowia osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego. Podobnie jak w poprzedniej edycji badania, znacznie wyższy poziom opisywanych wydatków, przypadających średnio miesięcznie na osobę, odnotowano

21 Łącznie z wydatkami na dobra medyczne trwałego użytku. Łącznie z wydatkami na leczenie osób spoza gospodarstwa domowego (0,65 zł).

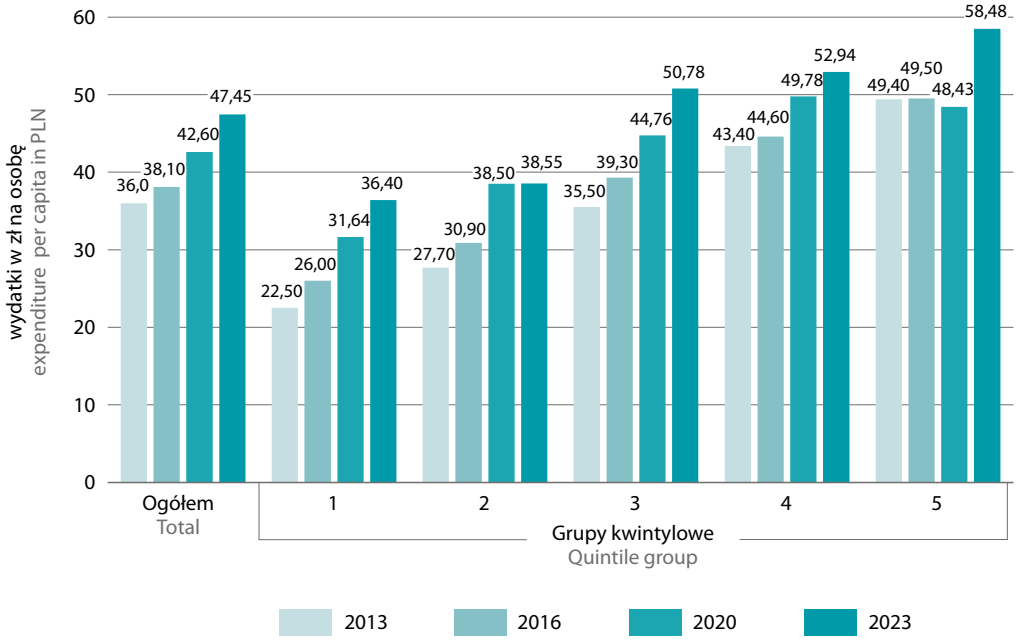
w 2023 r. w gospodarstwach z osobami mającymi poważne problemy zdrowotne (70,03 zł, tj. o 47,6% więcej niż przeciętnie dla ogółu gospodarstw domowych), w gospodarstwach domowych z osobami przewlekle chorymi (58,63 zł, tj. o prawie jedną czwartą więcej) oraz tych, w których występują osoby niepełnosprawne prawnie (60,19 zł, tj. o 26,8% więcej niż przeciętnie).

Wśród typów gospodarstw wyższe niż przeciętne miesięczne wydatki na osobę na leki i artykuły medyczne odnotowano m.in. w gospodarstwach emerytów (o 76,7% więcej niż przeciętnie – 83,85 zł) i rencistów (o 79,2% więcej – 85,05 zł). Biorąc pod uwagę liczbę osób w gospodarstwie najwyższe miesięczne wydatki na osobę ponosiły gospodarstwa jednoosobowe (ponad dwukrotnie więcej niż przeciętnie – 98,54 zł) oraz dwuosobowe (69,54 zł). Należy przy tym zauważyć, iż gospodarstwa jedno- i dwuosobowe są często jednocześnie gospodarstwami emerytów lub rencistów. Poziom opisywanych przeciętnych miesięcznych wydatków wykazuje także zróżnicowanie w zależności od miejsca zamieszkania członków gospodarstw, będąc o 25,7% wyższym w miastach (51,72 zł) niż na wsi (41,14 zł).

W badaniu dotyczącym 4 kwartału 2023 r., podobnie jak w poprzednich jego edycjach, obserwuje się wzrost przeciętnych wydatków na leki i artykuły medyczne w kolejnych grupach kwintylowych według przeciętnych dochodów gospodarstw domowych.

Wykres 4.2. Średnie miesięczne wydatki na leki i inne artykuły medyczne na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i w grupach kwintylowych

Chart 4.2. Average monthly expenditure on medicines and other medical supplies per capita in total households and in quintile groups



Przeciętne miesięczne wydatki na osobę w gospodarstwach domowych na dobra medyczne trwałego użytku w 2023 r. wyniosły 6,14 zł. Wydatki te, podobnie jak w poprzedniej edycji badania, wykazały wyraźne zróżnicowanie w zależności od dochodów. W grupie 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach na osobę ich poziom (10,67 zł) był 3,4 razy wyższy niż w 20% gospodarstw o najniższych dochodach na osobę (3,15 zł). Omawiane wydatki są też zróżnicowane w zależności od klasy miejscowości zamieszkania gospodarstwa domowego – w miastach ich poziom (6,74 zł) był o 28,1% wyższy niż na wsi (5,26 zł), w tym w miastach największych (o liczbie 500 tys. lub więcej ludności) – o 45,1% (7,63 zł).

Zaobserwowano także, że przeciętne miesięczne wydatki na osobę na dobra medyczne trwałego użytku dość wyraźnie maleją wraz ze wzrostem liczebności gospodarstwa, przyjmując poziom najwyższy w go-

spodarstwach jedno- i dwuosobowych. Czynnikiem istotnie wpływającym na wysokość opisywanych wydatków jest również stan zdrowia członków gospodarstwa domowego - wyższe niż przeciętne wydatki na osobę na charakteryzowane dobra odnotowano w 2023 r. w gospodarstwach z osobami chorymi przewlekle (o 25,9%) oraz w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (o 13,0%), jak również w gospodarstwach z osobami z niepełnosprawnością prawną (o 4,2%).

4.3. Ocena wydatków na leki i artykuły medyczne oraz medyczne dobra trwałego użytku

4.3. The assessment of expenditure on medicines and other medical supplies and medical durables

Większość gospodarstw domowych w 2023 r. (97,2%) poniosła wydatki na leki. Spośród wszystkich przebadanych gospodarstw 37,1% stwierdziło, że wydatki te były bardzo duże albo duże, średnie – 42,9%, małe lub bardzo małe – 17,1%, nie poniosło wydatków 2,8% gospodarstw. W roku 2020 wydatki, jako bardzo duże lub duże, oceniło 38,1% gospodarstw, jako średnie – 36,5%, jako małe lub bardzo małe – 22,8%, natomiast wydatków nie poniosło 2,6% gospodarstw.

W przypadku gospodarstw domowych emerytów oraz w gospodarstwach rencistów najczęściej oceniano kwotę wydatków na leki jako bardzo dużą lub dużą (odpowiednio 52,1% oraz 55,3%). Taka ocena przeważała także w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne, gdzie 3/5 gospodarstw określiło swoje wydatki na leki jako duże lub bardzo duże (60,7%) oraz w gospodarstwach z osobami chorymi przewlekle (48,8%).

Tablica 4.1. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na zakup leków w 2023 r.
Table 4.1. Households by assessment of expenditure on medicines in 2023

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na zakup leków (ocena) The level of expenditure on medicines (assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem **Total households**	**37,1**	**42,9**	**17,1**	**2,8**
Miasta Urban areas	36,4	42,5	17,9	3,2
Wieś Rural areas	38,5	43,8	15,6	2,1[v]
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	48,8	41,2	9,8	.
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	60,7	32,4	5,6[v]	.
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	52,1	37,6	10,0	.
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	55,3	31,1[v]	.	.

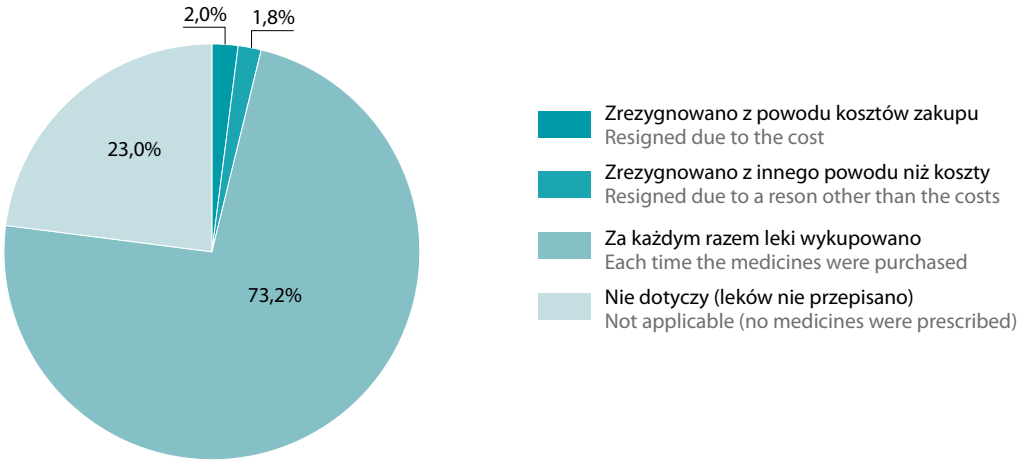
Spośród gospodarstw domowych kupujących leki w 2023 r., 93,6% nabywało leki przepisane na receptę (w 2020 r. było to 90,2%), 89,0% nabyło leki z własnej inicjatywy (w 2020 r. – 91,2%), a 54,8% – leki zalecane przez lekarza, lecz nie przepisane na receptę (w 2020 r, było to 52,3%). Przewyższający 95% odsetek kupujących leki na receptę wśród ogółu kupujących leki odnotowano w 2023 r. m.in. w gospodarstwach, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne, gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi prawnie, z osobami chorymi przewlekle oraz w gospodarstwach liczących 5 lub więcej osób. Podobnie jak we wcześniejszych edycjach badania, zaobserwowano także, że w gospodarstwach emerytów oraz gospodarstwach rencistów, częściej niż w przypadku ogółu gospodarstw kupujących leki, nabywano leki przepisane na receptę (odpowiednio 97,4% i 95,7%), a jednocześnie nieco rzadziej – leki z własnej inicjatywy (odpowiednio 85,4% i 81,4%).

Ponad 3/4 (77,0%) gospodarstw kupujących w 2023 r. leki na receptę lub zalecane przez lekarza nie miała w tym zakresie ograniczeń finansowych. Z kolei w przypadku 4,1% gospodarstw kupujących takie leki zdarzało się, że nie wystarczało pieniędzy na ich wykupienie (w tym w 0,7% – bardzo często), natomiast 18,9% – wykupywało leki, ale było to dla nich dużym obciążeniem finansowym. To, na ile zakup leków na receptę lub zalecanych przez lekarzy jest uznawane przez dane gospodarstwo za obciążenie finansowe, jest przede wszystkim warunkowane jego dochodami. Potwierdza to obserwowane w 2023 r. zróżnicowanie ocen w przekroju opartym o dochód na osobę – w grupach kwintylowych gospodarstw domowych. Ograniczenia finansowe wskazały w znacznym stopniu gospodarstwa utrzymujące się z renty (49,5%), emerytury (38,3%), jednoosobowe (34,9%), z osobami chorymi przewlekle (28,7%), z osobami niepełnosprawnymi prawnie (40,8%) oraz z poważnymi problemami zdrowotnymi (32,8%).

W badanych gospodarstwach zadano pytanie dotyczące rezygnacji w 2023 r. z zakupu leków przepisanych przez lekarza. Okazało się, że 73,2% gospodarstw wykupowało za każdym razem przepisane leki. Niestety w 2,0% gospodarstw zrezygnowano z wykupu z powodu kosztów, a w 1,8% z innego powodu niż koszty. W przypadku pozostałych 23% gospodarstw domowych lekarz nie przepisał leków.

Wykres 4.3. Osoby według rezygnacji z zakupu leków przepisanych przez lekarza według przyczyny niekupowania leków w 2023 r.

Chart 4.3. People by resignation from purchasing medicines prescribed by a doctor by the reason for not buying medicines in 2023



Badane gospodarstwa proszono także o ocenę poziomu wydatków poniesionych na zakup sprzętu medycznego. Znaczny był odsetek gospodarstw twierdzących, że nie poniosły one w 2023 r. wydatków na ten cel (72,4%). W 2023 r. wydatki poniosło 27,6% gospodarstw, zatem na bardzo zbliżonym poziomie do 2020 r., kiedy było to 27,4%. Spośród wszystkich badanych gospodarstw 9,1% oświadczyło, że ich wydatki na zakup sprzętu medycznego były małe lub bardzo małe, 10,9% średnie oraz 7,6% – duże lub bardzo duże. Do gospodarstw charakteryzujących się znacząco wyższym niż przeciętnie odsetkiem deklarujących poniesienie dużych lub bardzo dużych wydatków na zakup sprzętu medycznego należały m.in. gospodar-

stwa z osobami z poważnymi problemami zdrowotnymi (12,4%) oraz gospodarstwa z osobami chorymi przewlekle (9,7%).

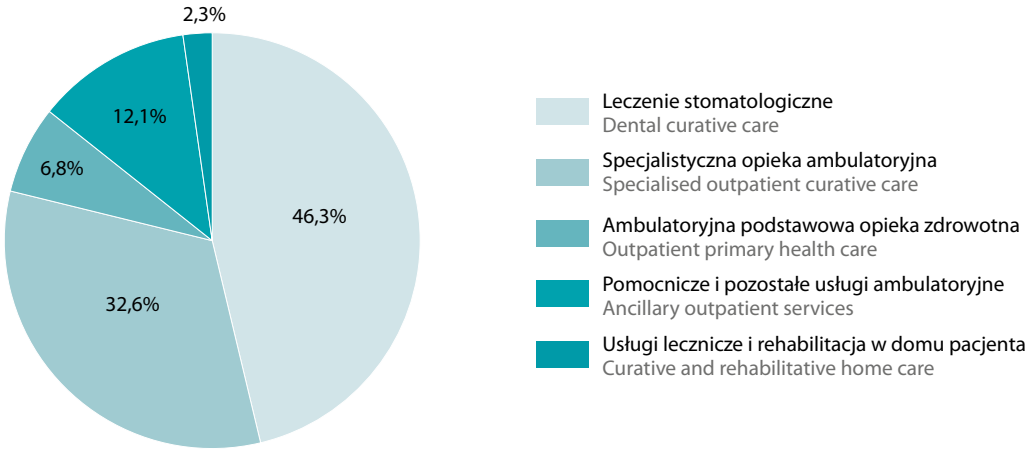
4.4. Wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną
4.4. Expenditure on outpatient health care

Wyliczone na podstawie badania i uogólnione na całą populację gospodarstw domowych w Polsce średnie miesięczne wydatki na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 4 kwartale 2023 r. wyniosły 24,86 zł na osobę. Prezentowane kwoty obejmują zarówno koszty leczenia, jak również inne wydatki poniesione w związku z leczeniem. Oznacza to, że wydatki te były o prawie 49,2 % wyższe niż w roku 2020 (16,66 zł).

Ich poziom w 2023 r. w przypadku członków gospodarstw mieszkających w miastach (31,13 zł) był znacznie wyższy niż na wsi (15,62 zł) oraz wykazywał zróżnicowanie w zależności od wielu innych czynników – zwłaszcza od zamożności gospodarstw domowych, ale także m.in. od ich typu oraz stanu zdrowia ich członków.

Strukturę wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną według rodzajów usług w 4 kwartale 2023 r. obrazuje wykres 4.4. Największą część wydatków – 46,3% - gospodarstwa domowe przeznaczały na leczenie stomatologiczne oraz na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną – 32,6%.

Wykres 4.4. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną w 2023 r.
Chart 4.4. Structure of household expenditure on outpatient health care in 2023



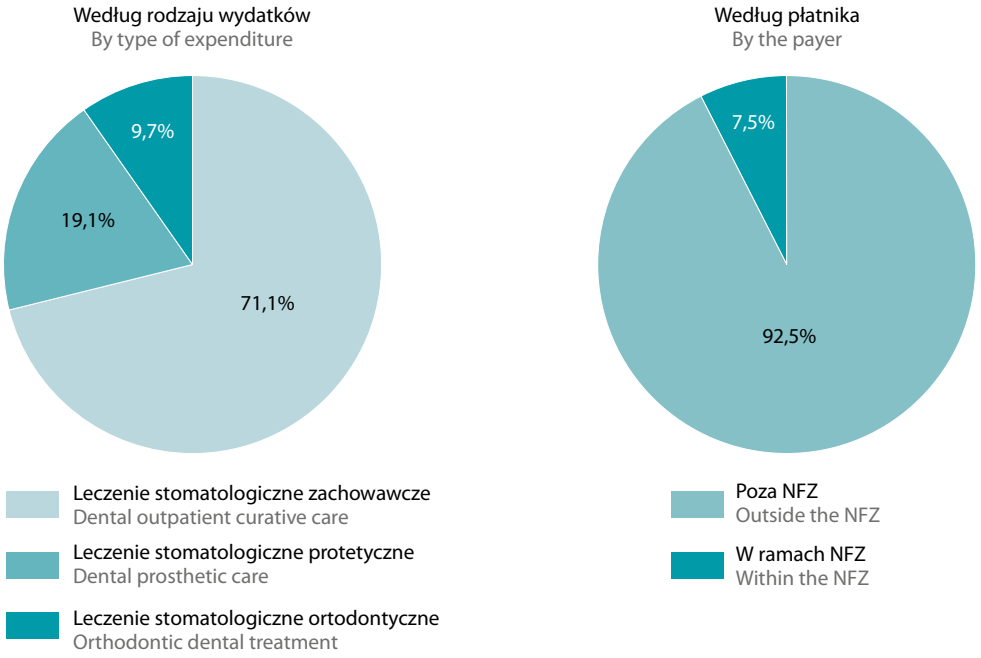
Wydatki na usługi stomatologiczne
Expenditure on dental curative care

W 4 kwartale 2023 r. średnie miesięczne wydatki gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w całej populacji gospodarstw domowych wyniosły 11,50 zł na osobę i stanowiły 46,3% łącznych miesięcznych wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Ich poziom był o 3,88 zł wyższy od notowanego w 2020 r. (7,62 zł), a ich udział w ogóle wydatków gospodarstw na opiekę ambulatoryjną był o 0,5 p. proc. większy niż trzy lata wcześniej. W ocenie wyników należy wziąć pod uwagę fakt występowania w 2020 r. ograniczeń epidemicznych, które istotnie wpływały na możliwość świadczenia usług stomatologicznych. Warto zauważyć, że poziom omawianych wydatków był w 2023 r. w gospodarstwach mieszkających w miastach (14,40 zł na osobę, w 2020 r. było to 9,07 zł) o prawie 100% wyższy niż na wsi (7,22 zł, a w 2020 r. - 5,38 zł). Przede wszystkim zaś należy mieć na uwadze fakt, że leczenie stomatologiczne, jako realizowane w zasadzie poza NFZ, jest stosunkowo kosztowne i możliwości korzystania z niego zależą w znacznym stopniu od poziomu dochodów gospodarstw domowych.

W strukturze bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2023 r., podobnie jak w roku 2020 i latach wcześniejszych, przeważały (stanowiąc 71,1% ogółu) wydatki na leczenie zachowawcze. Przeciętne miesięczne bezpośrednie wydatki na leczenie stomatologiczne zachowawcze w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wyniosły w całej populacji gospodarstw domowych 8,18 zł na osobę. Były to przy tym prawie w całości wydatki na leczenie realizowane poza NFZ.

Wykres 4.5. Struktura wydatków gospodarstw domowych na leczenie stomatologiczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2023 r.

Chart 4.5. Structure of household expenditure on dental curative care in outpatient health care in 2023



Wydatki na usługi specjalistycznej opieki zdrowotnej (z wyłączeniem usług stomatologicznych i rehabilitacji ambulatoryjnej)

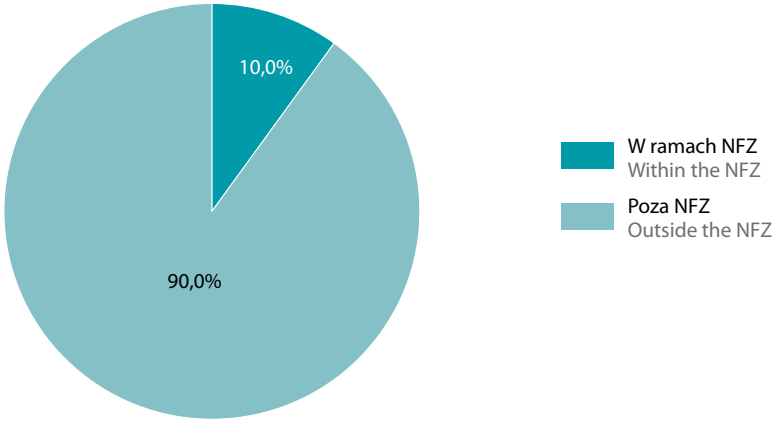
Expenditure on specialised outpatient health care (excluding dental curative care and outpatient rehabilitative care)

Jak wskazują uogólnione wyniki badania dotyczącego 4 kwartału 2023 r., bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (z wyłączeniem stomatologii i rehabilitacji ambulatoryjnej) wynosiły średnio miesięczne 8,10 zł na osobę i stanowiły 32,6% ogółu wydatków gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną. W porównaniu z rokiem 2020 przypadająca na osobę kwota tych wydatków była wyższa o 3,29 zł, tj. o 68,4%.

W 2023 r. 90% wydatków na leczenie specjalistyczne było finansowane poza NFZ. W 2020 r. również odnotowano wysoki, sięgający ponad 90%, udział wydatków poza ubezpieczeniami na leczenie specjalistyczne, przy czym uwzględniono wówczas wydatki na usługi rehabilitacji ambulatoryjnej oraz koszty ponoszone w ramach DZZ.

Wykres 4.6. Struktura wydatków bezpośrednich na opiekę specjalistyczną na osobę według rodzaju wydatku w 2023 r.

Chart 4.6. Structure of direct expenditure on specialist care per person by type of expenditure in 2023



Analizowane wydatki wykazują spore zróżnicowanie, warunkowane przede wszystkim dochodami, ale także m.in. składem i typem gospodarstwa. Zróżnicowanie tych wydatków w przekroju „miasto-wieś" występuje, ale jest mniejsze niż w przypadku wydatków na leczenie stomatologiczne. W 2023 r. w miastach gospodarstwa wydały na charakteryzowaną opiekę średnio 9,79 zł na osobę miesięcznie, natomiast na wsi 5,62 zł.

W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła w 4 kwartale 2023 r. wydatki na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną (dotyczy tylko udzielonych porad, bez rehabilitacji ambulatoryjnej) przeciętne miesięczne wydatki na ten cel wyniosły 55,34 zł na osobę. Tak liczone przeciętne wydatki również wykazywały istotne zróżnicowanie, zwłaszcza w przekroju według grup dochodowych gospodarstw (1 grupa kwintylowa – 52,89 zł, 5 grupa kwintylowa – 73,20 zł). Wydatki te różniły się także zależnie od miejsca zamieszkania – były one znacznie wyższe dla gospodarstw mieszkających w miastach (63,76 zł) niż na wsi (41,68 zł na osobę).

Wydatki na usługi podstawowej opieki zdrowotnej
Expenditure on primary health care service

W Polsce nie jest standardem opłacanie usług podstawowej opieki zdrowotnej „bezpośrednio z kieszeni". Zdecydowana ich większość jest realizowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i finansowana z NFZ. Finansowanie POZ ma raczej charakter wyjątku i dotyczy wydatków na leczenie realizowane poza ubezpieczeniami, w tym m.in. opłat za porady osób nieubezpieczonych, wydatków innych niż bezpośrednie opłaty za porady, a także dopłat do świadczeń realizowanych przez lekarzy pierwszego kontaktu i inny personel medyczny POZ w ramach kontraktu z NFZ lub w ramach DZZ. W 2023 r. średnie miesięczne bezpośrednie wydatki przypadające na członka krajowej populacji gospodarstw domowych na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną wyniosły 1,70 zł i były wyższe od notowanych w 2020 r. (1,37 zł). Niższy niż notowany w poprzedniej edycji badania był udział wydatków na POZ w łącznych miesięcznych wydatkach gospodarstw na ambulatoryjną opiekę zdrowotną, który wyniósł 6,8% (wobec 8,2% w 2020 r.).

W gospodarstwach mieszkających w miastach wydatki na ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną w 2023 r. wyniosły średnio 2,24 zł na osobę miesięcznie, natomiast na wsi 0,91 zł. Znaczna była rozpiętość opisywanych wydatków na osobę między poszczególnymi typami gospodarstw domowych – w przypadku gospodarstw zaliczanych do 5 grupy kwintylowej przeciętne miesięczne wydatki wynosiły 2,60 zł, czyli prawie trzykrotnie więcej niż w 1 grupie kwintylowej (0,86 zł).

Wydatki na pomocnicze i pozostałe usługi opieki ambulatoryjnej
Expenditures on ancillary and other outpatient services

Kolejną analizowaną kategorię stanowią wydatki na pomocnicze usługi ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (tj. na badania laboratoryjne, diagnostykę obrazową, usługi transportowe i ratownictwo medyczne oraz pozostałe usługi pomocnicze), a także pozostałe usługi ambulatoryjne. Uzyskane dane nie pozwalają na przedstawienie wyników uogólnionych dla wszystkich wyszczególnionych wyżej kategorii wydatków, przy czym ich suma w 2023 r. wyniosła 1,73 zł miesięcznie na osobę. Dla porównania, w 2020 r. kwota ta wyniosła na osobę 1,24 zł. W dalszej części odnosimy się wyłącznie do wydatków związanych z diagnostyką laboratoryjną i badaniami obrazowymi. Uogólniony, na podstawie wyników badania dotyczącego 4 kwartału 2023 r., średni miesięczny poziom tych wydatków na osobę wyniósł 1,44 zł.

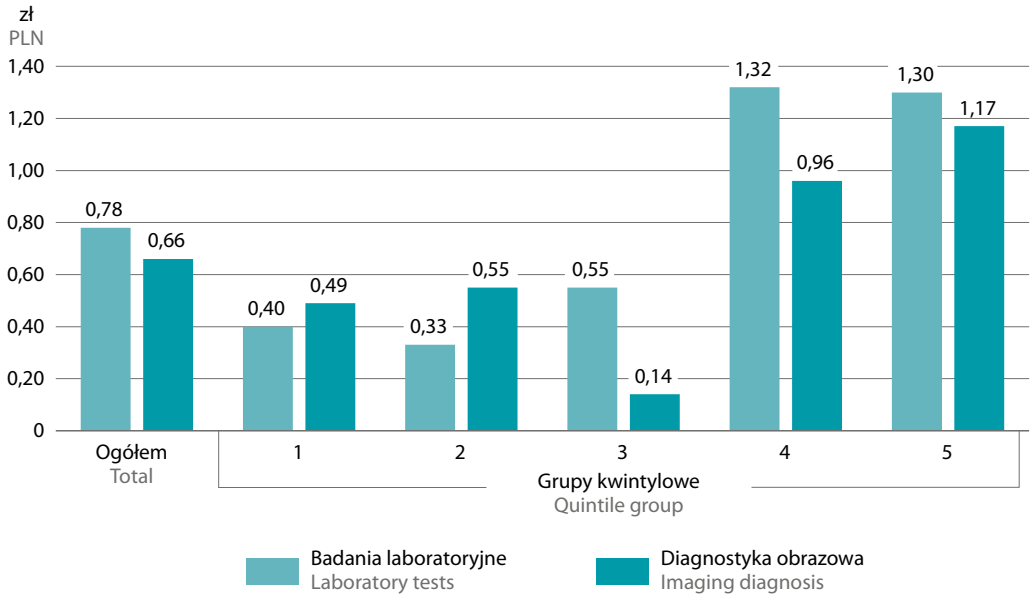
Wydatki na badania laboratoryjne wyniosły 0,78 zł miesięcznie na osobę, co oznacza wzrost w stosunku do roku 2020, gdzie wydatki te wynosiły 0,59 zł. Przeciętny miesięczny koszt na osobę na diagnostykę obrazową wyniósł 0,66 zł – prawie dwukrotnie więcej niż w roku 2020 (0,34 zł).

Z ogółu poniesionych przez gospodarstwa domowe w 4 kwartale 2023 r. wydatków na badania laboratoryjne prawie 80% (tj. 0,62 zł) przypadało na badania realizowane poza NFZ, a 20,9% – na współfinansowanie badań opłaconych z NFZ (0,16 zł). W przypadku diagnostyki obrazowej wydatki poza NFZ wyniosły 0,63 zł, natomiast współfinansowanie badań wynosiło 4,5% (0,03 zł).

Wydatki na badania laboratoryjne i diagnostykę obrazową charakteryzuje spore zróżnicowanie w zależności od dochodu na głowę w gospodarstwach. Przy ogólnym średnim poziomie tych wydatków w 4 kwartale 2023 r. wynoszącym miesięcznie 1,44 zł na osobę, ich wartość w 1 grupie kwintylowej (0,89 zł na osobę, z tego badania laboratoryjne 0,40 zł i diagnostyka obrazowa 0,49 zł) była prawie trzykrotnie niższa niż w 5 grupie (2,47 zł, z tego badania laboratoryjne 1,30 zł i diagnostyka obrazowa 1,17 zł).

Wykres 4.7. Średnie miesięczne wydatki w zł na osobę na badania laboratoryjne oraz diagnostykę obrazową na osobę w gospodarstwach domowych według grup kwintylowych w 2023 r.

Chart 4.7. Average monthly expenditure on laboratory tests and imaging diagnosis per person in households in PLN by quintile groups in 2023



W gospodarstwach, w których przynajmniej jedna osoba poniosła w 4 kwartale 2023 r. wydatki na diagnostykę laboratoryjną wydatki te wyniosły 21,17 zł na osobę (wobec 18,96 zł w 2020 r.), a na diagnostykę obrazową przeciętne miesięczne wydatki na osobę na ten cel wyniosły 47,39 zł (wobec 26,06 zł w 2020 r.).

Wydatki na rehabilitację ambulatoryjną i rehabilitację w domu pacjenta
Outpatient rehabilitative care and rehabilitative care in the patient's home

Przeciętne miesięczne wydatki na osobę na rehabilitację ambulatoryjną wyniosły 1,27 zł. Analizowane wydatki wykazują spore zróżnicowanie. W 2023 r. w miastach gospodarstwa wydały na charakteryzowaną opiekę średnio 1,48 zł na osobę miesięcznie, natomiast na wsi o prawie jedną trzecią mniej (0,96 zł). Stosunkowo wyższe wydatki ponoszą gospodarstwa, których członkami są osoby z chorobą przewlekłą (1,93 zł), osoby niepełnosprawne prawnie (3,44 zł) oraz osoby, które w 4 kwartale zmagały się z poważnymi problemami zdrowotnymi (5,72 zł).

Wśród wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną specyficzną grupę tworzą wydatki na usługi rehabilitacji w domu pacjenta. Wydatki te dotyczą ograniczonego kręgu osób, tj. głównie pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą korzystać z określonych usług poza domem.

Według uogólnionych wyników badania średni miesięczny poziom wydatków na rehabilitację w domu pacjenta w całej zbiorowości gospodarstw domowych w 2023 r. wyniósł 0,48 zł na osobę. W gospodarstwach, w których wystąpiły osoby przewlekle chore wydatki te wyniosły 0,74 zł na osobę.

4.5. Ocena wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną
4.5. The assessment of expenditure on outpatient health care

W zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej badane gospodarstwa domowe były pytane m.in. o subiektywną ocenę poziomu swoich wydatków na wizyty u lekarzy (bez rozróżnienia na lekarzy POZ i specjalistów, wyłączając dentystów). Dużą lub bardzo dużą wysokość wydatków tego rodzaju zadeklarowało 19,8% osób, średnią 24,6%, małą lub bardzo małą 13,5%. Nieponoszenie w 2023 r. wydatków na takie wizyty zadeklarowało 42,0% ankietowanych gospodarstw. W 2020 r. ocena wydatków kształtowała się następująco: ocena duża lub bardzo duża – 16,0% gospodarstw, ocena średnia – 23,7%, mała lub bardzo mała – 22,4%, kategoria nie dotyczy – 37,9%.

Dość wysoki był odsetek oceniających poziom wydatków na wizyty u lekarzy jako duży lub bardzo duży wśród gospodarstw, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (34,7%) oraz z osobami chorymi przewlekle (24,6%).

Tablica 4.2. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u lekarzy (wyłączając lekarzy dentystów) w 2023 r.

Table 4.2. Households by assessment of expenditure on doctor's consultations (excluding dentists) in 2023

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na wizyty u lekarzy (bez dentystów; ocena) The level of expenditure on doctor's consultations (except dentists, assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem **Total households**	**19,8**	**24,6**	**13,5**	**42,0**
Miasta Urban areas	20,1	25,2	13,0	41,7
Wieś Rural areas	19,4	23,5	14,4	42,7
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	24,6	25,7	11,2	38,6
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	34,7	25,0	12,1[v]	28,2
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	22,4	21,5	11,1	45,0
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	24,8[v]	14,1[v]	.	52,2

Gospodarstwa domowe były proszone również o wyrażenie opinii na temat wysokości poniesionych w 2023 r. wydatków na wizyty u lekarzy dentystów (usługi stomatologiczne). Niemalże co czwarte gospodarstwo określiło wysokość tego rodzaju wydatków jako bardzo dużą lub dużą (26,5%), 17,9% jako średnią, a 7,0% jako małą lub bardzo małą. Prawie połowa gospodarstw (48,5%) nie ponosiła w 2023 r. wydatków na wizyty u lekarzy dentystów. Odsetek gospodarstw oceniających przedmiotowe wydatki jako wysokie lub bardzo wysokie był większy w miastach (27,5%) niż na wsi (24,6%). Wydatki jako bardzo duże lub duże oceniło 32,8% gospodarstw domowych z osobami z poważnymi problemami zdrowotnymi.

Tablica 4.3. Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na wizyty u dentystów w 2023 r.
Table 4.3. Households by assessment of expenditure on dental consultations in 2023

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na wizyty u lekarzy dentystów (ocena) The level of expenditure on dentals consultations (assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem **Total households**	**26,5**	**17,9**	**7,0**	**48,5**
Miasta Urban areas	27,5	16,9	6,7	48,8
Wieś Rural areas	24,6	19,9	7,6	47,9
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	26,8	15,9	7,0	50,3
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	32,8	18,5	9,5[v]	39,2
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	18,9	12,3	5,7	63,1
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	.	.	.	82,6

Wśród gospodarstw, które poniosły koszty badań medycznych, 10,3% oceniło wysokość wydatków jako dużą lub bardzo dużą, 14,9% – średnią, a 14,1% – małą lub bardzo małą. Ponad 60% badanych gospodarstw domowych zadeklarowała, że w 2023 r. nie poniosła wydatków na badania medyczne (60,7%). Większy niż przeciętnie odsetek oceniających wydatki na badania medyczne jako wysokie lub bardzo wysokie odnotowano m.in. wśród gospodarstw, w których wystąpiły poważne problemy zdrowotne (19,9%) i gospodarstw z osobami chorymi przewlekle (12,0%).

Tablica 4.4 **Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na badania medyczne w 2023 r.**
Table 4.4 Households by assessment of expenditure on medical tests in 2023

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na badania medyczne (ocena) The level of expenditure on medical tests (assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem **Total households**	**10,3**	**14,9**	**14,1**	**60,7**
Miasta Urban areas	11,1	15,9	14,8	58,2
Wieś Rural areas	8,7	12,8	12,7	65,8
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	12,0	16,9	13,5	57,6
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	19,9	14,9	15,5	49,8
Gospodarstwa domowe emerytów Retirees' households	9,7	14,4	13,4	62,5
Gospodarstwa domowe rencistów Pensioners' households	.	.	.	81,4

W kwestionariuszu uwzględniono także pytanie o ocenę wydatków na zabiegi rehabilitacyjne (bez rozróżniania rehabilitacji ambulatoryjnej i w domu pacjenta). W tym wypadku 4,2% gospodarstw oświadczyło, że wysokość wydatków była duża lub bardzo duża, 4,7% – średnia, 3,2% – mała lub bardzo mała. Wydatków tego rodzaju nie poniosło 87,9% gospodarstw.

4.6. Wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną
4.6. Expenditure on inpatient health care

W badaniu „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych" zbierane są informacje o wydatkach w ramach NFZ (np. dopłaty do leczenia) i poza NFZ (np. wydatki z własnej kieszeni). W przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej nie jest standardem w naszym kraju opłacanie usług bezpośrednio z kieszeni gospodarstw domowych, lecz ich finansowanie z NFZ w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego albo z posiadanych przez pacjentów dodatkowych ubezpieczeń, pakietów lub abonamentów (Dobrowolne Zabezpieczenie Zdrowotne – DZZ). Niemniej jednak finansowanie bezpośrednio przez gospodarstwa występuje i ma pewne znaczenie, zwłaszcza w niektórych obszarach stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Uogólnione na całą populację wydatki gospodarstw domowych na stacjonarną opiekę zdrowotną w 2023 r. wyniosły 1,18 zł na osobę miesięcznie i spadły w porównaniu do odnotowanych w 2020 r. (1,35 zł). Należy jednak nadmienić, że spośród wszystkich gospodarstw domowych w około 89% żaden z członków nie przebywał w zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Respondenci zostali poproszeni o doprecyzowanie jaki był sposób finansowania ich pobytów w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej i okazało się, że w 2023 r. 97,1% pobytów było finansowanych w ramach NFZ, natomiast 2,9% poza NFZ.

Średnie miesięczne wydatki na stacjonarną opiekę zdrowotną na osobę w populacji gospodarstw, w których przynajmniej jedna ponosiła wydatki na ten cel, w 2023 r. wyniosły 6,99 zł i były one niższe niż w 2020 r. (8,08 zł).

Nieco więcej niż jedna trzecia wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną w 2023 r. dotyczyła pobytów w szpitalach specjalistycznych (37,0%). Natomiast 32,8% wydatków odnosiło się do pobytów w szpitalach ogólnych, a kolejne 30,2% z nich dotyczyło pobytów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego lub stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej[22].

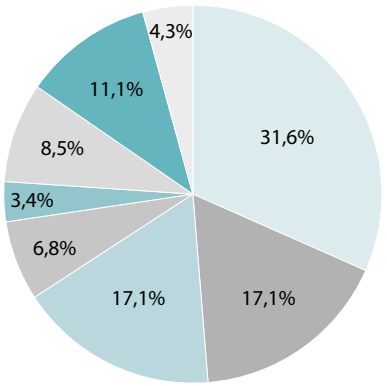
Prawie jedną trzecią przeciętnych wydatków na osobę w gospodarstwach domowych ogółem, związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie opieki stacjonarnej, stanowiły koszty świadczeń niefinansowanych przez NFZ oraz koszty pobytu osób nieubezpieczonych (31,6%). Kolejnymi dużymi kategoriami wydatków były wydatki na leki 17,1% i wydatki związane z pobytami w sanatorium 17,1% (opłaty obowiązkowe i koszty podróży).

22 Nie odnotowano wydatków dotyczących pobytu członków gospodarstwa w zakładach opieki długoterminowej, szpitalach psychiatrycznych lub innych zakładach typu psychiatrycznego oraz domach pomocy społecznej dla przewlekle chorych.

Wykres 4.8 **Struktura wydatków gospodarstw domowych związanych z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2023 r.**

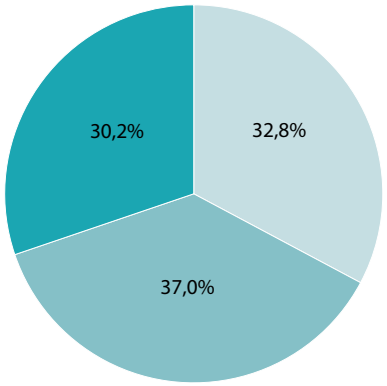
Chart 4.8 Structure of household expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility in 2023

Wg rodzaju wydatków
By type of expenditure



- Pobyty osób nieubezpieczonych; świadczenia nieopłacane z NFZ
  Stays of uninsured persons, services not payed by NFZ
- Zakup leków i innych artykułów medycznych niezbędnych dla chorego
  Purchase of medicines and other medical supplies necessary for the patient
- Pobyty w sanatorium uzdrowiskowym
  Stays in sanatorium
- Dowody wdzięczności (np. kwiaty, prezenty, nieformalne opłaty)
  Tokens of gratitude (for example, flowers, gifts, informal charges)
- Badania przeprowadzone w trakcie pobytu lub w związku z pobytem
  Medical tests during the stay or connected with stay
- Dobrowolne wpłaty na rzecz szpitala (np.darowizny)
  Voluntary payment to the hospital (e.g. donations)
- Opłacone dyżury przy chorym
  Patient-funded nursing care
- Inne wydatki związane z pobytem (np. usługi ponadstandardowe)
  Other expenditure connected with stay

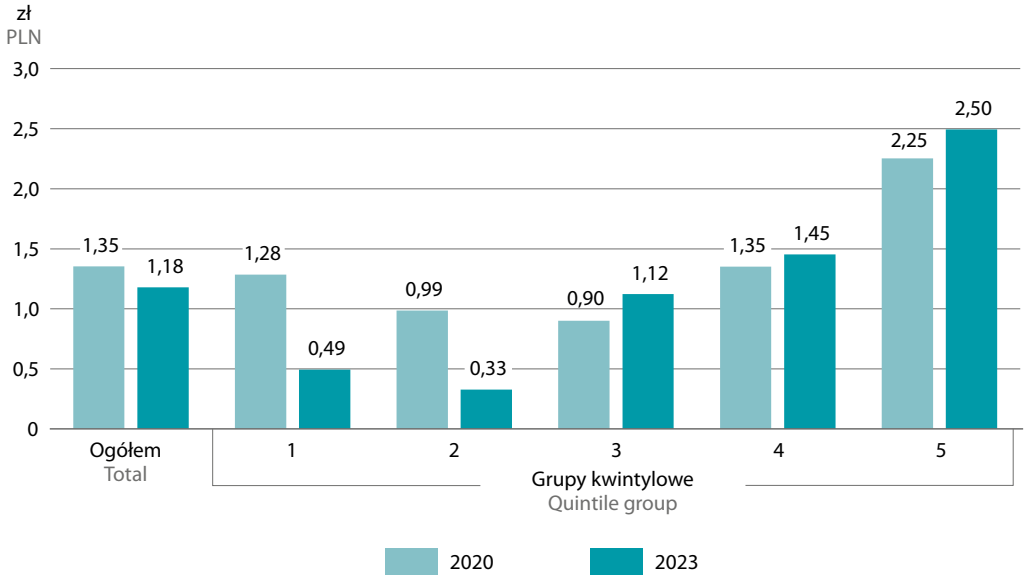
Wg rodzaju placówki
By type of facility



- Szpital ogólny
  General hospital
- Szpital specjalistyczny
  Specialised hospital
- Zakład lecznictwa uzdrowiskowego lub stacjonarny zakład rehabilitacji leczniczej
  Health resort facilities and inpatient rehabilitation facilities

Wykres 4.9 **Średnie miesięczne wydatki związane z pobytem w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej na osobę w gospodarstwach domowych ogółem i według grup kwintylowych**

Chart 4.9 Average monthly expenditure related to a stay in a hospital or other inpatient facility per capita by quintile groups



Relatywnie wysoki poziom (w porównaniu z ogółem populacji – 1,18 zł) opisywanych przeciętnych miesięcznych wydatków w 2023 r. odnotowano w gospodarstwach domowych, w których znajduje się osoba z poważnymi problemami zdrowotnymi (2,29 zł), w 5 grupie kwintylowej (2,50 zł), a także w największych miastach (1,86 zł). Dla porównania w 2020 r. dane te kształtowały się następująco: w gospodarstwach z osobami z poważnymi problemami zdrowotnymi – 3,13 zł, w 5 grupie kwintylowej – 2,25 zł, w największych miastach – 2,04 zł.

4.7. Ocena wydatków na stacjonarną opiekę zdrowotną
4.7. The assessment of expenditure on inpatient health care

Elementem przeprowadzonego badania była także dokonywana przez gospodarstwa domowe ocena wysokości wydatków poniesionych na pobyt w szpitalu. Wysokość przedmiotowych wydatków uznało jako duże lub bardzo duże 0,9% gospodarstw, średnie – 1,8%, małe lub bardzo małe – 4,9%, a 92,3% gospodarstw nie ponosiło tego rodzaju kosztów. W roku 2020 jako duże lub bardzo duże swoje wydatki oceniło 1,3% gospodarstw, jako średnie – 1,9%, jako małe lub bardzo małe – 7,6%, natomiast 89,2% gospodarstw nie poniosło wydatków na ten cel.

Tablica 4.5 **Gospodarstwa domowe według oceny wydatków na pobyt w szpitalu w 2023 r.**
Table 4.5 Households by assessment of expenditure related to a stay in a hospital in 2023

Wyszczególnienie Specification	Poziom wydatków na pobyt w szpitalu (ocena) The level of expenditure related to a stay in a hospital (assessment)			
	bardzo duży lub duży very big or big	średni medium	mały lub bardzo mały small or very small	nie dotyczy not applicable
	w % ogółu badanych gospodarstw domowych in % of surveyed households			
Gospodarstwa domowe ogółem **Total households**	**0,9[v]**	**1,8**	**4,9**	**92,3**
Miasta Urban areas	0,9[v]	2,0[v]	4,9	92,3
Wieś Rural areas	.	1,5[v]	5,0	92,5
Gospodarstwa, w których wystąpiły: Households, where have occurred:				
osoby chore przewlekle persons with chronic diseases	1,4[v]	2,6[v]	7,1	88,9
osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi persons with serious health problems	.	6,5[v]	10,4[v]	80,6

4.8. Dodatkowe dobrowolne zabezpieczenia zdrowotne
4.8. Additional non obligatory health insurance

Zagadnienia posiadania uprawnień do świadczeń w ramach dodatkowych dobrowolnych zabezpieczeń zdrowotnych (DZZ), zamiaru ich wykupienia i wysokości wydatków poniesionych przez gospodarstwa domowe na świadczenia medyczne w ramach DZZ są uwzględniane w badaniu ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych począwszy od edycji odnoszącej się do 2006 r.

W kolejnych edycjach badania obserwowane było stopniowe upowszechnianie się tego rodzaju zabezpieczeń, tj. zwiększanie się wydatków na świadczenia medyczne z nich finansowane oraz wzrost odsetka osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ. Proces ten przebiegał jednak, jak dotychczas, raczej powoli i wciąż relatywnie mało było w naszym kraju osób posiadających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ, co może być związane m.in. z wciąż umiarkowanym, choć systematycznie rosnącym, poziomem dochodów Polaków i niewielkim zainteresowaniem pracodawców opłacaniem DZZ dla pracowników.

Odnotowany w 2023 r. odsetek osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ wyniósł 10,2% i wzrósł (prawie o 1 p. proc.) w stosunku do notowanego w 2020 r. Nieco zwiększył się także odsetek osób deklarujących zamiar wykupienia DZZ – o 3,2 p. proc. – do 11,4%. W 2023 r. 6,0% osób posiadało ubezpieczenia ambulatoryjne w ramach DZZ, 4,7% osób posiadało abonament ambulatoryjny w ramach DZZ, 3,9% osób posiadało ubezpieczenia szpitalne w ramach DZZ, a 2,0% osób posiadało abonament szpitalny w ramach DZZ. W przypadku 38,5% osób posiadających w 2023 r. uprawnienia do świadczeń w ramach DZZ zabezpieczenie zostało opłacone indywidualnie (2020 r. było to 38,8%), a w przypadku 26,1% – przez pracodawcę (wobec 30,2% trzy lata wcześniej). W pozostałych przypadkach DZZ było finansowane częściowo indywidualnie, a częściowo przez pracodawców.

Rozdział 5. Informacje dotyczące choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19" w 2023 r.

Chapter 5. Information regarding communicable disease caused by SARS-CoV-2 coronavirus, called "COVID-19" in 2023

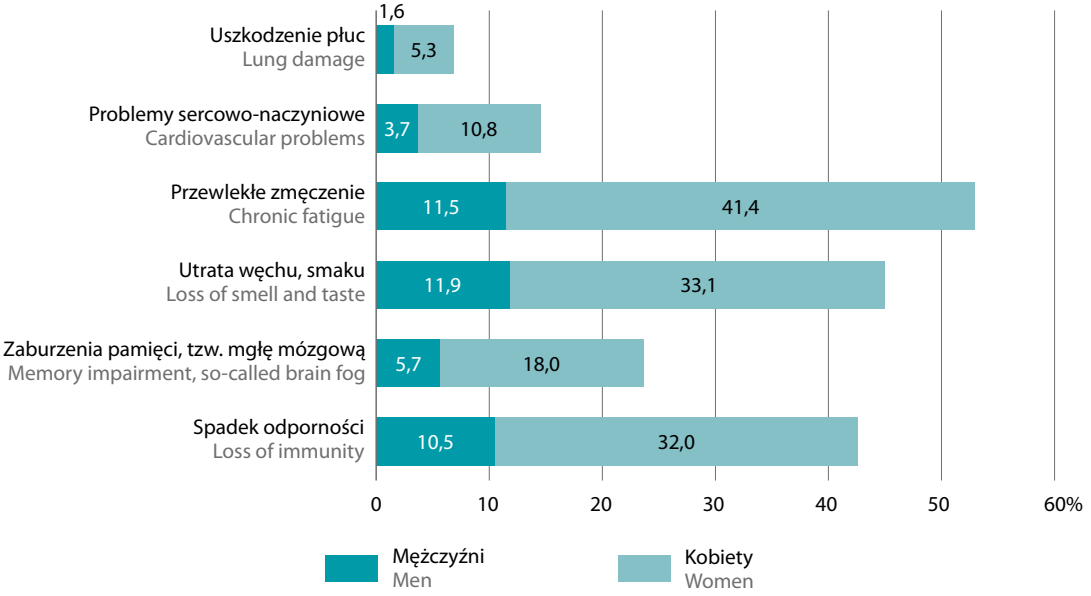
W roku 2023 r., na pytanie o zachorowanie na COVID-19, potwierdzone wynikiem testu, pozytywnie odpowiedziało 14,6% badanej populacji w wieku 15 lat lub więcej. Częściej COVID-19 stwierdzano u mieszkańców miast (17,2%) niż wsi (10,0%) oraz w populacji kobiet (16,3%) niż w populacji mężczyzn (11,8%). Należy pamiętać, że wartości nie odzwierciedlają faktycznego odsetka osób chorujących na COVID-19.

Szczepieniom przeciwko COVID-19 poddało się 42,9% badanej populacji w wieku 15 lat lub więcej. Częściej szczepienia wykonywały kobiety (44,7%) niż mężczyźni (39,8%). Szczepieniom częściej poddawali się mieszkańcy miast (46,2%) niż wsi (36,9%) oraz osoby z wyższym wykształceniem (45,3%) niż osoby z wykształceniem średnim (42,1%) oraz podstawowym lub bez wykształcenia (42,0%).

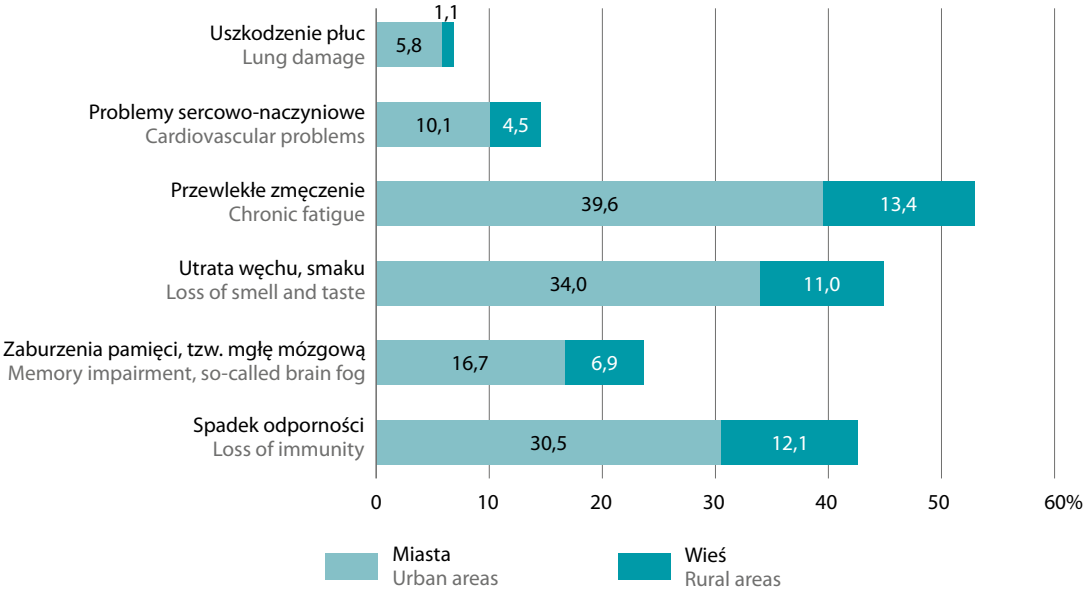
Analiza danych ujawnia złożony obraz powikłań zdrowotnych doświadczanych przez osoby w wieku 15 lat lub więcej, które przeszły infekcję COVID-19. Najczęstszymi powikłaniami były: przewlekłe zmęczenie (52,9%), utrata węchu i smaku (45,0%) oraz spadek odporności (42,6%).

Znacznie wyższa podatność na większość powikłań występowała wśród kobiet niż mężczyzn oraz mieszkańców miast w porównaniu z mieszkańcami wsi.

Wykres 5.1. Powikłania związane z COVID-19 wśród mężczyzn i kobiet w 2023 r.
Chart 5.1. Complications associated with COVID-19 among men and women in 2023



Wykres 5.2. Powikłania związane z COVID-19 wśród mieszkańców wsi i miast w 2023 r.
Chart 5.2. Complications associated with COVID-19 among inhabitants of rural and urban areas in 2023



Tylko niewielki odsetek respondentów w wieku 15 lat lub więcej (4,1%) zgłosił rezygnację lub ograniczenie leczenia z powodu choroby wywołanej przez COVID-19. Rozkład odpowiedzi według płci był podobny, choć mężczyźni (3,6%) wykazywali nieco mniejszą tendencję do rezygnacji z leczenia w porównaniu z kobietami (4,4%). Odstąpienie lub ograniczenie leczenia z powodu COVID-19 częściej zgłaszali mieszkańcy miast (5,2%) w porównaniu z mieszkańcami wsi, gdzie odsetek ten wynosił tylko 2,1%. Porady dotyczące COVID-19 wykonane w formule konsultacji z lekarzem telefonicznie, przy wykorzystaniu kamery wideo były stosunkowo rzadkie. Z takiej formy kontaktu z lekarzem skorzystało tylko 13,0% ogółu respondentów w wieku 15 lat lub więcej. Częściej były to kobiety (14,2%) niż mężczyźni (10,9%) oraz mieszkańcy miast (14,8%) niż wsi (9,7%).

Uwagi metodologiczne
Methodological notes

Charakterystyka metody badawczej i realizacja badania
Characteristics of survey method and response rate

Badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r." było zrealizowane w styczniu 2024 r. i objęło gospodarstwa domowe, które stanowiły 1 podpróbkę w badaniu budżetów gospodarstw domowych w 4 kwartale 2023 r. Zastosowanie takiej metody pozwoliło na połączenie wyników tego badania z wynikami podstawowego badania budżetów gospodarstw domowych i wykorzystanie w celach analitycznych pewnych informacji uzyskanych od respondentów w badaniu podstawowym (cechy społeczno-demograficzne osób i gospodarstw domowych), bez niepotrzebnego zadawania po raz drugi tych samych pytań. Z badania podstawowego wykorzystano również informacje o wysokości dochodu rozporządzalnego na 1 osobę w gospodarstwie domowym, które pozwoliły na wyodrębnienie grup kwintylowych[23] gospodarstw domowych.

The survey "Health care in households in 2023" was conducted in January 2024 and encompassed the households, which constituted the subsample no 1 in the household budget survey in the 4th quarter of 2023. The application of such method allows to combine the results of this survey with the results of the basic survey of household budgets and usage of certain information in analytic aims from the respondents in the basic survey (social-demographic characteristics of households and their members), without the necessity of repeating the same questions. The information about the available income per 1 person in the household were used from the basic survey, which allowed to separate the quintile[23] groups of households.

Granice grup kwintylowych według dochodu rozporządzalnego na 1 osobę za 2023 r. (w 4 kwartale)
Boundaries of quintile groups by available income per capita in 2023 (in the 4th quarter)

Grupa kwintylowa Quintile group	Dolna i górna granica grupy kwintylowej (dochodu rozporządzalnego na 1 osobę) w zł Lower and upper boundary of quintile group (available income per capita) in PLN
1	do 1772,50 zł/PLN
2	1772,51 - 2240,00 zł/PLN
3	2240,01 - 2781,51 zł/PLN
4	2781,52 - 3677,00 zł/PLN
5	3677,01 zł/PLN i więcej and more

Badanie przeprowadzone zostało metodą CAPI (w formie wywiadu osobistego) przez ankieterów biorących udział w podstawowym badaniu budżetów.

The survey was carried out using the method CAPI (computer-assisted personal interviewing) by the interviewers participating in the basic survey of household budgets.

23 Gospodarstwo domowe zalicza się do odpowiedniej grupy kwintylowej na podstawie wysokości dochodu rozporządzalnego przypadającego na osobę w tym gospodarstwie domowym. W tym celu sporządza się listę członków wszystkich gospodarstw domowych, uszeregowanych według wzrastającego dochodu rozporządzalnego na osobę przy uwzględnieniu stosowanych w badaniu wag, a następnie dzieli się ją na 5 równych części co do liczby osób ważonych.

23 A household is classified into a given quintile group on the basis of available income per capita in that household. Thus members of all the households in the survey are listed according to the increasing available income per capita using the weights applied in the survey and divided into five groups, equal in number of the weighted persons.

W 4 kwartale 2023 r. w badaniu budżetów gospodarstw domowych w 1 podpróbce wzięło udział 3651 gospodarstw domowych, z którymi przeprowadzono wywiad kwartalny. Z tej grupy w badaniu modułowym „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych" uczestniczyło 3374 (92,4%) gospodarstw. Spośród pozostałych 277 gospodarstw, 235 nie przystąpiło do badania z powodu odmowy. W zbadanych gospodarstwach liczba osób podlegających badaniu wyniosła 8032. Wyniki badania zostały uogólnione na wszystkie indywidualne gospodarstwa domowe.

In the 4th quarter of 2023, 3651 households participated in the household budget survey in the second subsample, with which the quarterly interview was conducted. 3374 (92.4%) households from this group took part in the module survey 'Health care in households'. Among 277 remaining households, 235 did not take part in the survey because of the refusal. The number of persons being the subject of the survey was 8032 in surveyed households. The results of the survey were generalized to all the private households.

Narzędzia badawcze	Survey tools
Narzędziem badania były dwa kwestionariusze: „Kwestionariusz gospodarstwa domowego DS-50 G" oraz „Kwestionariusz indywidualny DS-50 I". Obydwa zostały zamieszczone w aneksie do niniejszego opracowania.	Two questionnaires were used to conduct the survey: „Household questionnaire DS-50 G" and „Individual questionnaire DS-50 I". Both are included as annexes to this publication.
Badanie objęło roczny okres odniesienia od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że niektóre z pytań ograniczone zostały do ostatnich 3 miesięcy, czyli do 4 kwartału 2023 r. Dotyczyło to w szczególności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, stosowania leków i suplementów diety, wystąpienia poważnych problemów zdrowotnych, wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych.	The survey covered the period from January 1st 2023 to December 31st 2023. However, it should be noted that some questions were limited to the last 3 months, i.e. the 4th quarter of 2023, especially those concerning outpatient care, taking medicines or supplements, occurrence of serious health problems, use of telecommunications and the Internet while using medical services.
Kwestionariusz DS-50 G odnosił się do gospodarstwa domowego jako całości i zawarte w nim pytania dotyczyły przede wszystkim charakterystyki gospodarstwa domowego, zakupu leków i innych artykułów farmaceutycznych oraz korzystania z wybranych usług medycznych.	**Questionnaire DS-50 G** referred to households as a whole thus questions contained in it concerned mainly household characteristics, purchase of medicines and other medical products, usage of selected health services.
Kwestionariusz indywidualny DS-50 I przeznaczony był dla poszczególnych osób wchodzących w skład badanych gospodarstw domowych. W wywiadzie brały udział wszystkie osoby w wieku 15 lat lub więcej, natomiast informacje o dzieciach w wieku poniżej 15 lat podawali ich rodzice lub inne osoby najlepiej zorientowane w sytuacji dzieci. Również w odniesieniu do osób dorosłych dopuszczono w wyjątkowych przypadkach przeprowadzenie wywiadów zastępczych (np. niemożność kontaktu ze względu na stan zdrowia respondenta, nieobecność lub inna ważna przyczyna). Wyjątkiem był blok pytań podejmujących problematykę jakości opieki zdrowotnej, skierowany do osób w wieku 15 lat lub więcej, który prawie w całości nie obejmował wywiadów zastępczych, poza pytaniami dotyczącymi zdarzeń niepożądanych. Do osób w wieku 15 lat lub więcej skierowane były również pytania o zdolność wykonywania czynności w odniesieniu do stanu zdrowia oraz infromacje dotyczące choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19" w 2023 r.	**Questionnaire DS-50 I** was intended for households members. All people aged 15 and more have taken part in the interview, while information about children before the age of 15 were provided by their parents or other people, best informed about situation of children. Likewise, in regards to adults, it was allowed, in special situations, to perform proxy interview (e.g. inability to contact in view of respondent's health condition, absence or other important reason). The exception was the question block concerning issues of health care quality, addressed to people aged 15 and more, which did not cover proxy interviews almost entirely, except for questions about adverse events. People aged 15 and more were asked about their capabilities of performance in relation to health condition and about the information related to infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus, referred to as"COVID-19" in 2023.

Wykorzystując kwestionariusz indywidualny zapytano respondentów o uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ oraz do świadczeń w ramach dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego (DZZ). Kwestionariusz zawierał także pytania odnoszące się do stanu zdrowia (samooceny stanu zdrowia, występowania choroby przewlekłej, poważnych problemów zdrowotnych, rodzaju zażywanych w ostatnim kwartale leków). Kolejny blok pytań dotyczył informacji o pobytach w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej. Pytania w tej części odnosiły się do całego 2023 r. (okresu 12 miesięcy poprzedzających moment wywiadu). Znajdujące się w kwestionariuszu wywiadu informacje o korzystaniu z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnosiły się wyłącznie do 4 kwartału 2023 r., ale z obszaru badań diagnostycznych dotyczyły całego roku 2023. Ponownie pojawił się blok pytań dotyczących wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych. Przedostatni dział dostarczył informacji na temat jakości opieki zdrowotnej w całym 2023 r. w ocenie respondentów. Część pytań dotyczyła wyłącznie opieki zdrowotnej realizowanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) – ogólna ocena jakości opieki zdrowotnej, ocena możliwości korzystania ze świadczeń, relacje z lekarzem. Pytania dotyczące zdarzeń niepożądanych odnosiły się do korzystania z usług medycznych w szpitalu. W formularzu zamieszczone zostały infromacje dotyczące choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej „COVID-19" w 2023 r.	By using the individual questionnaire, the respondents were asked about entitlement to services financed by the National Health Fund, to services covered by additional health insurance (DZZ). Questionnaire also contained questions referring to health condition (self-health assessment, occurrences of diseases, severe health problems, type of medicines used in last quarter of year). The next set of questions concerned information about stays in inpatient health care facilities. Questions in this part referred to 2023 in its entirety (12 month period prior to interview). Information contained in interview's questionnaire, about usage of outpatient health care referred exclusively to 4th quarter of 2023, but the diagnostic tests concerned the year 2023. A block of questions about the use of telecommunications and the Internet when using medical services has appeared again. Second to last section provided information in regards to quality of health care throughout 2023 as assessed by respondents. Some of the questions concerned only health care provided under the general health security (National Health Fund) – general health care quality assessment, health services accessibility assessment, relations with doctor. Questions about adverse events were related to the use of medical services in a hospital. Questionnaire contains information about infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus, referred to as "COVID-19" in 2023.

Metoda uogólniania wyników, imputacja braków odpowiedzi, precyzja, interpretacja wyników	Method of generalizing results, imputing missing data, precision, interpretation of results
Estymacja parametrów	**Estimation of parameters**
W celu oszacowania parametrów przyjęta została metoda, która uwzględnia: • prawdopodobieństwa wyboru mieszkań i gospodarstw domowych, • strukturę populacji gospodarstw domowych i osób wg bieżących danych demograficznych.	To estimate the parameters, a method was adapted which takes into account: • probability of selecting dwelling or household, • population structure of households and people according to current demographic data.
W związku z powyższym obliczone zostały kolejno następujące wagi: • ***w1*** – waga z losowania, • ***w2*** – waga uwzględniająca strukturę demograficzną gospodarstw domowych i ludności.	In view of the above, the following weights were calculated in sequence: • ***w1*** – sampling weight, • ***w2*** – weight that takes into account demographic structure of households and population.
Waga ***w1*** dla gospodarstw domowych wynika z przyjętego planu losowania próby. Waga ta jest równa odwrotności prawdopodobieństwa wyboru mieszkania, w którym zamieszkuje zbadane gospodarstwo domowe.	Weight ***w1*** for household results from adopted sampling plan. This weight is equal to the inverse of probability of selecting dwelling in which a studied household resides.

Waga ***w1*** nie była korygowana z powodu występowania braków odpowiedzi, ponieważ badanie było przeprowadzone na gospodarstwach, które już brały udział w badaniu budżetów gospodarstw domowych i w tej grupie kompletność wynosiła niewiele mniej niż 100%.	Weight ***w1*** was not adjusted against the occurrence of non-response, because survey was conducted on households that have already taken part in household's budget survey and in this group completeness was almost 100%.
Wagi z losowania ***w1*** nie odwzorowują w sposób zadowalający badanej populacji w zakresie struktury ludności i wielkości gospodarstw. Dlatego następnym etapem było obliczenie wag ***w2*** na podstawie wag ***w1***. W tym celu zastosowano metodę kalibracji wag[24].	Sampling weights ***w1*** do not satisfyingly reproduce surveyed population in terms of population structure and household size. For this reason, next stage was to calculate weights ***w2*** based on weights ***w1***. In order to do that, weight calibration method was used[24].
Jako zmienne dodatkowe wykorzystano informacje o liczbie gospodarstw domowych według 5 klas wielkości, tj. 1- osobowe, 2-osobowe, 3-osobowe, 4-osobowe oraz o 5 lub więcej osobach, w podziale na miasto i wieś. Dla ludności wykorzystano informację o płci, grupie wieku (14 grup wieku). Wartości tych zmiennych pochodziły z bieżących szacunków demograficznych.	Information about household size was used as auxiliary variables. Households were divided into 5 classes depending on number of members i.e. 1-person, 2-person, 3-person, 4- person, 5 and more person, subdivided by area of living (urban, rural). For population information about gender, age group (14 age groups) was used. Value of these variables came from current demographic estimation.
Zastosowaną metodę kalibracji opisano poniżej.	Adopted calibration method is presented below.
Celem kalibracji jest jak najmniejsze „poprawienie" wagi ***w1*** tak, aby iloraz ostatecznej wagi ***w2*** do wagi ***w1*** był jak najbliższy jedności, a jednocześnie, aby uogólnienia za pomocą ostatecznych wag odtwarzały ustalone dane zewnętrzne.	The aim of calibration is to "correct" weight ***w1*** as little as possible in such a way that quotient of final weight ***w2*** to weight ***w1*** was as close to unity as possible and to make sure that generalizations by means of weights ***w2*** reproduce established external data.
Stosując terminologię matematyczną, problem kalibracji można sformułować wprowadzając tzw. funkcję odległości:	By using mathematical terminology, problem of calibration can be formulated with introduction of so called distance function:
$G(\frac{w2}{w1})$	$G(\frac{w2}{w1})$
która będzie kontrolowała odchylenia ilorazu wag od jedynki. Wagi „kalibrowane" ***w2*** są rozwiązaniem następującego problemu optymalizacji z ograniczeniami:	which will control deviation of weights quotient from unity. "Calibrated" weights ***w2*** are solution to following optimisation problem with restrictions:
minimum: $\sum_j w1_j \, G(\frac{w2_j}{w1_j})$	minimum: $\sum_j w1_j \, G(\frac{w2_j}{w1_j})$
przy ograniczeniach:	with restrictions:
$\sum_{ij} w2_j x_{rj} = X_r, (r = 1, 2, \dots, p)$	$\sum_{ij} w2_j x_{rj} = X_r, (r = 1, 2, \dots, p)$
gdzie:	where:
j – numer gospodarstwa	*j* - household number
p – liczba zmiennych pomocniczych przyjętych do kalibracji	*p* - quantity of auxiliary variables
X_r - wartość globalna dla zmiennej pomocniczej *r*	X_r- global value for auxiliary variable *r*
x_{rj} - wielkość cechy *r* w gospodarstwie *j*-tym	x_{rj} - value of *r* variable in household *j*

24 Podobna metoda jest stosowana w Europejskim badaniu warunków życia ludności (EU-SILC) i Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS).

24 Similar method is used in the EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) and in the European health interview survey (EHIS).

Sformułowany wyżej problem optymalizacji rozwiązywany jest za pomocą odpowiednich metod numerycznych, które iteracyjnie doprowadzają do rozwiązania przybliżonego. W praktycznym rozwiązywaniu tego problemu mogą być stosowane różne postacie funkcji odległości G. Przy obliczaniu wag dla tego badania użyto metody opartej na funkcji sinusa hiperbolicznego, ze względu na wykazaną w praktyce własność uzyskiwania rozkładów wag kalibrowanych bardzo blisko skupionych wokół wartości wyjściowych.	Optimization problem formulated above is solved by appropriate numerical methods, which lead to approximate solution via iteration. Various forms of distance function G may be used in practical solution of this problem. When calculating weights for this survey method based on hyperbolic sinus was used due to, demonstrated in practice, trait of obtaining calibrated weights distribution very closely centred around original values.
Imputacja	**Imputation**
W badaniu występowała pewna liczba zmiennych ilościowych, odzwierciedlających kwoty wyrażone w jednostkach pieniężnych, głównie kwoty wydatków na różnego rodzaju dobra i usługi medyczne. W przeciwieństwie do pozostałych zmiennych, gdzie warunkiem poprawności i akceptacji wywiadu jest udzielenie przez respondenta jednoznacznej odpowiedzi, w przypadku zmiennych wyrażających kwoty pieniężne możliwe było nieudzielenie odpowiedzi przez respondenta. Taka sytuacja jest akceptowana i oznaczana za pomocą specjalnego kodu, jako pozycyjny brak danych, dotyczący pojedynczej zmiennej. Brakujące wartości były imputowane przy użyciu metod imputacji statystycznej tak, aby uzyskać kompletny zbiór danych, w którym braki danych są zastąpione możliwie najbardziej prawdopodobnymi oszacowaniami. Celem było uzyskanie możliwie najdokładniejszych wyników uogólnionych. Ze względu na perspektywę wykorzystania danych, przede wszystkim w postaci uogólnień, a nie jako danych jednostkowych, zachowanie rozkładu zmiennych na poziomie danych jednostkowych miało mniejsze znaczenie. Z tego względu zastosowano deterministyczną metodę imputacji. Metody deterministyczne zwykle zapewniają wyższą precyzję uogólnień niż metody stochastyczne (zawierające element losowy), gdyż nie wprowadzają dodatkowej składowej błędu losowego, choć przy znaczącym odsetku obserwacji, których dotyczy imputacja, mogą zniekształcać rozkłady danych jednostkowych i utrudniać oszacowanie rzeczywistego błędu losowego.	Certain number of quantitative variables representing amounts expressed in monetary units, mainly amounts of expenditures on various medical goods and services appeared in the survey. Unlike other variables, where the condition of correctness and acceptation of interview is respondent's unambiguous answer, in case of variables representing monetary amounts non-response is possible. Such situation is acceptable and always marked with special code as positional non-response, concerning single variable. Missing values were imputed via statistical imputation method to obtain complete data set, where missing data was replaced by most likely estimations. The goal was to get most accurate generalized results. Due to perspective of the data utilization, mainly as generalizations, not as individual data, preserving variable distribution on the level of individual data was of lesser importance. In view of the above, deterministic imputation method was used. Deterministic methods often ensure higher generalization precision then stochastic methods (that which contain random element) because they do not introduce additional component of sampling error, although with significant percentage of observations affected by imputation, deterministic methods may distort individual data distribution and make it difficult to estimate actual sampling error.
W badaniu zastosowana została metoda imputacji wartości brakujących średnią w klasach, tj. wyodrębnionych podzbiorach badanej zbiorowości. Stosowana średnia jest średnią ważoną, wyliczoną z użyciem wag uogólniających, tzn. jest to uogólnienie średniej zmiennej imputowanej dla danej klasy, dokonane wyłącznie na podstawie wartości prawidłowych, tj. rzeczywiście udzielonych odpowiedzi respondentów (bez braków danych). Klasy imputacyjne definiuje się za pomocą innych zmiennych występujących w badaniu, powiązanych ze zmienną imputowaną tak, aby uzyskać względną jednorodność wartości zmiennej imputowanej wewnątrz klasy.	The method of imputation of missing values by weighted mean in imputation classes i.e. subsets of surveyed population defined by a specific way, has been used. The used mean is a weighted mean, calculated using generalizing weights, i.e. it is a generalization of imputed variables mean for given class done solely on the basis of appropraite values i.e. actual responses (without missing data). Imputation classes are defined by other variables appearing in survey, linked to the imputed variable, so to obtain relative homogeneity of imputed variable value in class.

Przy definiowaniu klas wykorzystane zostały informacje o województwie miejsca zamieszkania oraz zmienne dodatkowe (dodatkowe kryteria wyodrębnienia klas), specyficzne dla poszczególnych zmiennych imputowanych. Przyjęte kryteria grupowania mają postać hierarchii (od najważniejszych do najmniej ważnych, przy czym najważniejszymi są województwo i warstwa losowania), która ma znaczenie w przypadku konieczności łączenia klas.	Classes were defined using information about voivodeship of residence and auxiliary variables (additional criteria of class extraction) specific for particular imputed variables. Adapted grouping criteria are arranged in a hierarchy (from most to least important, wherein voivodeship and sampling stratum are most important), which has importance in case of necessary class junction.
Przyjęte zostało założenie, że klasa imputacyjna musi liczyć przynajmniej trzy wartości prawidłowe (tzn. pochodzące z rzeczywistych odpowiedzi respondentów, nie wymagające imputacji) różne od zera. Jeżeli przy przyjętych kryteriach niektóre klasy mają mniejszą liczebność są one łączone. Łączenie odbywa się zgodnie z przyjętą hierarchią ważności kryteriów, tzn. w celu uzyskania klasy o większej liczebności pomijane są kolejno kryteria najmniej istotne.	It was assumed that imputation class has to have at least 3 appropriate values (i.e. values from the actual response, not requiring imputation) different from zero. If, following the adopted criteria, some classes have smaller number, they are joined. It is done in accordance with accepted hierarchy of criteria, i.e. in order to get bigger classes, less important criteria are successively omitted.
Przy relatywnie niewielkiej liczbie (odsetku) wartości imputowanych, imputacja nie powinna mieć znaczącego wpływu na wariancję dla zmiennych objętych imputacją i jej pomiar. Jej efekt został pominięty przy ocenie precyzji.	When the number (percentage) of imputated values is relatively small, imputation should not have had significant impact on variance for variables affected by imputation and its measurement. Its effect has been omitted in the precission assesment.
Obliczanie precyzji szacowanych parametrów	**Calculating precision of estimated parameters**
Błąd losowy jest nieodłącznym elementem badań opartych na próbie. Występuje on, ponieważ w badaniu reprezentacyjnym na podstawie próby wnioskuje się o całej populacji.	Sampling error is inseparable part of this type of survey. It occurs because in sample survey characteristics of entire population is estimated based on sample of that population.
Miarą błędu losowego jest odchylenie standardowe estymatora. Wartości tego odchylenia nie da się dokładnie obliczyć, ale można je oszacować. W badaniu „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych" do oszacowania odchylenia standardowego estymatorów stosuje się metodę Taylora.	Measure of sampling error is standard deviation of estimator. Value of this deviation cannot be precisely calculated, however it can be estimated. In the "Health care in household" study, Taylor series method is used to estimate standard deviation of estimators.
Metoda ta polega na oszacowaniu wariancji estymatora w każdej warstwie w następujący sposób:	The method is based on estimating the variance of the estimator in each stratum as follows:
$$\frac{n_h}{n_h - 1} t_h$$	$$\frac{n_h}{n_h - 1} t_h$$
gdzie:	where:
n_h – liczba zbadanych jednostek pierwszego stopnia (jps) w warstwie h	n_h - number of tested primary sampling unit (psu) in the h stratum
$$t_h = \sum_{k=1}^{n_h} (y_{hk} - \bar{y}_h)^2$$	$$t_h = \sum_{k=1}^{n_h} (y_{hk} - \bar{y}_h)^2$$
$$y_{hk} = \sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hkj} y_{hkj}$$	$$y_{hk} = \sum_{j=1}^{n_{hk}} w_{hkj} y_{hkj}$$

$$\bar{y}_h = \frac{\sum_{k=1}^{n_h} y_{hk}}{n_h}$$	$$\bar{y}_h = \frac{\sum_{k=1}^{n_h} y_{hk}}{n_h}$$
Gdzie ***j*** oznacza numer gospodarstwa domowego, ***h*** numer warstwy, ***k*** numer jps w warstwie, n_{hk} liczbę gospodarstw domowych w k-tej jps w h-tej warstwie, a w_{hkj} wagę gospodarstwa ***hkj***.	Where ***j*** is the household number, ***h*** is the stratum number, ***k*** is the psu number in the stratum, n_{hk} is the number of households in the psu *k* in the stratum *h*, and w_{hkj} is the weight of the household ***hkj***.
Estymatorem wariancji dla całej populacji jest suma estymatorów wariancji dla poszczególnych warstw.	The variance estimator for the entire population is the sum of the variance estimators for the individual strata.
$$\hat{V}(\hat{y}) = \sum_{h=1}^{H} \frac{n_h}{n_h - 1} t_h$$	$$\hat{V}(\hat{y}) = \sum_{h=1}^{H} \frac{n_h}{n_h - 1} t_h$$
Estymatorem błędu bezwzględnego jest:	The absolute error estimator is:
$$s = \sqrt{\hat{V}(\hat{y})}$$	$$s = \sqrt{\hat{V}(\hat{y})}$$
Natomiast estymatorem względnego błędu standardowego jest:	While relative standard error estimator is:
$$v = \frac{s}{\hat{y}} \cdot 100\%$$	$$v = \frac{s}{\hat{y}} \cdot 100\%$$
W przypadku estymacji wariancji dla ilorazu wartości globalnych dwóch cech konieczne jest zastosowanie metody linearyzacji. Niech $\hat{x}$ będzie estymatorem wartości globalnej x, $\hat{y}$ estymatorem wartości globalnej y, a $\hat{r} = \frac{\hat{y}}{\hat{x}}$. Dla każdej jednostki obliczamy wartość nowej zmiennej według podanego poniżej wzoru: $$z_{hi} = (y_{hi} - \hat{r}x_{hi}) / \hat{x}$$ gdzie y_{hi} i x_{hi} to wartości odpowiednich zmiennych dla jednostki *i* z warstwy *h*. Następnie obliczamy estymator wariancji wartości globalnej zmiennej z metodą opisaną powyżej.	In the case of estimating the variance for the quotient of the global values of two features, it is necessary to use the linearization method. Let $\hat{x}$ be an estimator of the global value of x, $\hat{y}$ an estimator of the global value of y, and $\hat{r} = \frac{\hat{y}}{\hat{x}}$. For each unit, we calculate the value of a new variable according to the formula below: $$z_{hi} = (y_{hi} - \hat{r}x_{hi}) / \hat{x}$$ where y_{hi} and x_{hi} are values of the corresponding variables for the unit *i* in stratum *h*. Then we calculate the variance estimate of the global variable with the method described above.
Interpretacja wskaźników błędów losowych (precyzji)	**Sampling error rates interpretation (precision)**
Względny błąd szacunku (v) mówi o tym, na ile można dane traktować jako wiarygodne.	Relative standard error (v) specifies to what extent data can be treated as reliable.
Szacowane w badaniu parametry mają charakter wartości globalnych (np. „osoby korzystające z …") lub średnich (np. „przeciętne wydatki na 1 osobę…").	Parameters estimated in this survey have character of global values (e.g. "people using ...") or averages (e.g. "average expenditures per capita on ...".

Niniejsza publikacja przedstawia wyniki w różnych podziałach. O ile dla wartości „Ogółem" i dla większych klas precyzja może być zadowalająca, to dla klas, które zawierają mało jednostek, błąd jest na ogół bardzo duży. Jednak nawet jeśli oszacowany błąd względny mieści się w wymaganym przedziale, parametry oszacowane na podstawie mniej niż 20 jednostek uważa się za niewiarygodne.	This publication presents results in different divisions. While for "Total" values and for bigger classes precision may be satisfying, for classes which contain small number of units, error is usually very significant. However, even if estimated relative error is within the required range, parameters estimated based on less than 20 units are considered unreliable.
Prezentowane dane należy traktować z dużą ostrożnością, gdyż obarczone były znacznym błędem losowym. Dla zorientowania się w problemie, na końcu części tabelarycznej umieszczono tablice precyzji dla wybranych zmiennych. Mogą wystąpić drobne rozbieżności w sumowaniu danych (wyrażonych w liczbach bezwzględnych i względnych) wynikające z automatycznych zaokrągleń.	Presented data should be treated with utmost caution because they were burdened with significant sampling error. To get an idea of the problem, at the end of tabular part precision tables for selected variables are included. There is a possibility of some minor discrepancies in the summation of data (expressed in absolute and relative numbers) due to automatic rounding.
Definicje i objaśnienia	**Definitions and explanations**
1. Dla potrzeb tego badania pod pojęciem **DZZ (Dodatkowe Zabezpieczenia Zdrowotne)** rozumie się ubezpieczenia zdrowotne, które mogą być wykupywane przez pracodawcę zwykle w formie tzw. abonamentu lub indywidualnie przez każdą osobę np. w ramach ubezpieczenia na życie czy w ramach indywidualnie wykupionego abonamentu. Z tego tytułu ubezpieczony korzysta z określonych w umowie świadczeń zdrowotnych, za które płaci firma ubezpieczeniowa.	1. For the purpose of this survey **DZZ (additional health insurance)** is understood as health insurance that can be purchased by employer, typically in form of subscription, or by each individual e.g. as life insurance or as individual subscription. Insured is entitled to health services specified in agreement which are paid for by insurance company.
2. W badaniu uwzględniono potrzebę pozyskania informacji niezbędnych do oszacowania wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w strukturze porównywalnej do klasyfikacji funkcjonalnej SHA 2011, uwzględnianych w Narodowym Rachunku Zdrowia. Na potrzeby tego rachunku, usługi wyszczególnione w badaniu podzielono na następujące grupy[25]: • stacjonarna opieka medyczna; • porady lekarskie podstawowej opieki zdrowotnej; • porady lekarskie specjalistycznej opieki zdrowotnej; • leczenie stomatologiczne; • pozostałe usługi ambulatoryjne, do których zakwalifikowano m.in. szczepienia czy zmianę opatrunku u pacjenta; • usługi lecznicze w domu pacjenta; • usługi rehabilitacyjne; • pomocnicze usługi opieki zdrowotnej m.in.: – badania laboratoryjne, – diagnostyka obrazowa, – usługi transportowe i pomoc doraźna; • pozostałe usługi pomocnicze, np. pielęgnacja pacjenta czy porada psychologiczna.	2. The survey takes into account the need to obtain information necessary to estimate the expenditure on households on health care in a structure comparable with the functional classification of SHA 2011, which are included in the National Health Account. For the purpose of this account, the services listed in the study are divided into the following groups[25]: • inpatient curative care; • general curative care consultations; • specialized curative care consultations; • dental curative care; • other outpatient services, which include e.g. vaccination or changing a patient's dressing; • medical services in the patient's home; • rehabilitation services; • auxiliary health care services e.g.: – laboratory tests, – diagnostic imaging, – transport services and ad hoc aid; • other services the secondary for example patient care or psychological advice.

25 Zastosowana klasyfikacja usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej utworzona została w oparciu o klasyfikację funkcjonalną stosowaną w Narodowym Rachunku Zdrowia według metodologii SHA 2011 opracowanej przez OECD, Eurostat i WHO.

25 The applied classification of outpatient health care services is based on the functional classification used in the National Health Account according to SHA 2011 methodology developed by OECD, Eurostat andWHO.

3. **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej[26]: – posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo – odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo – posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo – posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej.	3. **A primary care physician** providing services within the framework of primary care[26]: – holds the title of specialist in family medicine, or – is undergoing a specialization training in the field of family medicine, or – has a second degree specialization in general medicine, or – has a 1st or 2nd degree specialization or the title of specialist in the field of pediatrics, provided that he has completed a course in the field of family medicine.
4. **Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta[27].	4. **Outpatient health services** include the provision of primary or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation, provided in conditions not involving the provision of the full-time and all day in a suitably equipped, permanent room. The provision of these benefits can be carried out in the rooms of entities, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence[27].
5. **Szpital** – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo wydzielona jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, z wyłączeniem zakładów leczniczych podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne).	5. **Hospital** – a health care facility of the therapeutic entitiy or separate organizational health care unit in which an entity conducts medical activity in kind of hospital inpatient and fullday services, excluding health care facilities of the therapeutic entities providing only health services not exceeding twenty four hours (day care hospitals).
6. **Pobyt dzienny** – usługi medyczne i paramedyczne świadczone w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej pacjentom w ciągu jednego dnia (bez noclegów).	6. **Day care** – Planned medical and paramedical services delivered in a healthcare facility to patients for one day (without stays).
7. **Pobyt stacjonarny** – pobyt w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej z noclegiem.	7. **Inpatient care** – care provided in a hospital or other inpatient healthcare facility with an overnight stay.
8. **Zakład opiekuńczo-leczniczy** – udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych[28].	8. **Chronic medical care home** – provides 24-hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and provides them with pharmaceutical agents and medical materials, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducts health education for patients and members of their families and prepares these patients for self-care and personal care at home[28].

26 Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2021 poz. 1050).
26 The Act of 27 October 2017 on primary health care (Journal of Laws of 2021 item 1050).
27 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711).
27 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (Journal of Laws 2021 item 711).
28 jw.
28 ibid.

9. **Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy** – udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych[29].	9. **Nursing home** – provides 24-hour health care services which cover the scope of nursing, care and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and provides them with pharmaceutical agents needed for continuation of a treatment, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducts health education for patients and members of their families and prepares these patients for self-care in a domestic environment[29].
10. **Do zakładów typu psychiatrycznego, na potrzeby tego badania zaliczono:** • szpitale psychiatryczne, • ośrodki psychiatrii sądowej, • zakłady opiekuńczo-lecznicze dla psychicznie chorych, • zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze dla psychicznie chorych, • ośrodki leczenia odwykowego (np. alkoholizmu), • ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od środków psychoaktywnych, łącznie z MONAR-em.	10. **For the purpose of this survey following facilities are regarded as psychiatric:** • psychiatric hospital, • centres for forensic psychiatry, • chronic medical care homes for mentally ill, • nursing homes for mentally ill, • substance abuse treatment centres (ex. alcohol), • detoxification centres for people dependent on psychoactive substances, including MONAR.
11. **Medyczne laboratorium diagnostyczne (laboratorium)** – wykonuje badania, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego. Badania mogą być realizowane dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych. Laboratorium jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, może być jednostką organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, instytutu badawczego lub uczelni medycznej[30].	11. **Medical diagnostic laboratory (laboratory)** – conducts examinations, including analyses in order to diagnose patient health condition and to decide on further medical proceedings. Examinations may be conducted for preventive, diagnostic, medical or sanitary- epidemiological purposes. Laboratory is enterprise of medical entity, it may be organizational unit of therapeutic agent belonging to medical entity, research institute or medical university[30].
12. **Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji** udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem wykonywanie i naprawę protez oraz innych przedmiotów protetycznych oraz ortodontycznych. Świadczenia te udzielane są na podstawie skierowania lekarza dentysty.	12. **Dental prosthetics and orthodontics** provides health services which cover manufacturing and repair prosthetics as well as other prosthetic and orthodontic items. Those services are provided on the basis of referral from a dentist.
13. **Pogotowie ratunkowe** udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia. Udziela świadczeń zdrowotnych w ramach systemu: Państwowe Ratownictwo Medyczne, jako zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego[31].	13. **Emergency medical service** provides health services in case of accident, injury, childbirth, sudden illness, sudden deterioration of health condition, that results in life-threatening situation. It provides health services within the framework of state: Emergency Medical Service, as emergency rescue team or aerial emergency rescue team[31].
14. **Transport sanitarny** – przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu[32].	14. **Sanitary transport** – transportation of people or biological materials as well as materials used for providing medical services, demanding special transportation conditions[32].

29 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711).
29 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (Journal of Laws 2021 item 711).
30 Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. 2021 poz. 866).
30 The Act of 27 July 2001 on laboratory diagnostics (Journal of Laws 2021 item 866).
31 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2021 poz. 2053).
31 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (Journal of Laws of 2021 item 2053).
32 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 poz. 1285).
32 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (Journal of Laws of 2021 item 1285).

15. **Rehabilitacja osób niepełnosprawnych** oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej[33].	15. **Rehabilitation for disabled** means a set of activities, specifically organizational, medical, psychological, technical, instructional, educational and social aimed to achieve, with active participation of those people, highest possible level of their functioning, quality of life and social integration[33].
16. **Artykuły medyczne** – materiały i preparaty opatrunkowe np. gaza, wata, środki dezynfekcyjne, np. spirytus salicylowy, jodyna.	16. **Medical goods** – materials and preparations for dressings e.g. gauze, cottonwool, disinfectants ex. salicylic alcohol, iodine.
17. **Produktem leczniczym (lekiem)** jest substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne[34].	17. **A medicinal product (medicine)** is a substance or a mixture of substances presented as having the properties for preventing or treating diseases in humans or animals, or administered to make a diagnosis, or to restore, improve or modify physiological functions of the body through a pharmacological, immunological or metabolic action[34].
18. **Suplement diety** – środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny, pojedynczych lub złożonych, wprowadzany do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, w postaci: kapsułek, tabletek, drażetek i w innych podobnych postaciach, saszetek z proszkiem, ampułek z płynem, butelek z kroplomierzem i w innych podobnych postaciach płynów i proszków przeznaczonych do spożywania w małych, odmierzonych ilościach jednostkowych, z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego[35].	18. **Dietary supplement** – food products which purpose is to complement normal diet , as a concentrated source of vitamins, mineral components or other substances exhibiting a nutritional or other physiological effect, single or composite, marketed in form enabling dosage in form of: capsules, tablets, coated tablets and other similar forms, powdered sachets, ampoules with liquid, bottles with dropper and other similar forms of liquids and powders intended for consumption in small measured quantities, excluding products with properties of medicinal product within the meaning of pharmaceutical law[35].

33 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2021 poz. 573).
33 The Act of 27 August 1997 on Occupational Rehabilitation and Employment of Disabled (Journal of laws of 2021 item 573).
34 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977).
34 The Act of 6 September 2001 the Pharmaceutical Law (Journal of Laws of 2021 item 1977).
35 Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2020 poz. 2021).
35 The Act of 25 August 2006 on Safety of food and nutrition (Journal of Laws of 2020 item 2021).

GUS **GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY,** al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa ***www.stat.gov.pl***

DS-50 G
OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH
Kwestionariusz gospodarstwa domowego

Dział 1. CHARAKTERYSTYKA I SKŁAD GOSPODARSTWA DOMOWEGO

1. Symbol województwa | | |

2. Nr gospodarstwa domowego | | | | | | | | | |

3. Liczba osób, z którymi przeprowadzono wywiad indywidualny[a] (kwestionariusz DS-50 I) | | |

[a] W odpowiedzi na pytania o liczbę osób należy wpisać liczbę całkowitą bez poprzedzania jej zerem. Jeżeli w gospodarstwie nie występuje dana kategoria osób – wpisać tylko jedno „0".

Dział 2. ZAKUP LEKÓW I INNYCH WYROBÓW MEDYCZNYCH W 2023 ROKU

4. Czy ktoś z Pana/Pani gospodarstwa domowego kupował leki? *(łącznie z lekami na receptę całkowicie bezpłatnymi)*
Tak **1**
Nie **2** → pyt. 11

5. Czy były to leki:

	tak	nie
1) przepisane na receptę	1	2
2) zalecane przez lekarza, ale nieprzepisane	1	2
3) kupione z własnej inicjatywy	1	2

6. Czy zdarzyło się komuś z Pana/Pani gospodarstwa domowego, że lekarz w trakcie wypisywania recepty omówił możliwość zakupu tańszego odpowiednika?
Tak **1**
Nie **2**

7. Czy w aptece zaproponowano Panu/Pani zamianę leku na receptę na tańszy?
Tak **1**
Nie **2**
Lekarz zaznaczył na recepcie, że nie można **3**

8. Proszę wskazać jedną odpowiedź, która najlepiej charakteryzuje możliwość zakupu leków na recepty (lub zalecanych przez lekarza) przez gospodarstwo domowe:
bardzo często się zdarzało, że nie mieliśmy pieniędzy na wykupienie leków **1**
czasami się zdarzało, że nie stać nas było na wykupienie leków **2**
leki wykupywaliśmy, ale było to dla nas dużym obciążeniem finansowym **3**
nie mieliśmy finansowych ograniczeń w zakupie leków **4** → pyt. 12

9. Czy Pana/Pani gospodarstwo domowe ubiegało się w pomocy społecznej o zwrot kosztów zakupionych na receptę leków?
Tak **1**
Nie **2** → pyt. 11

10. Czy Pana/Pani gospodarstwo domowe otrzymało z pomocy społecznej zwrot kosztów wykupionych leków?
Tak **1**
Nie **2**

11. Jaka była szacunkowa wartość leków na receptę, na które nie było Państwa stać? *(w złotych)*

12. Jaka była wysokość wydatków na dobra medyczne trwałego użytku, np. okulary korekcyjne, protezy, soczewki kontaktowe, wózki inwalidzkie? *(w złotych)*

13. Jaka była łączna kwota Państwa wydatków na leki i inne wyroby medyczne w IV kwartale 2023 r.? *(w złotych)*

Dział 3. KORZYSTANIE Z WYBRANYCH USŁUG MEDYCZNYCH W 2023 ROKU

14. Czy ktokolwiek z członków gospodarstwa domowego korzystał z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ?
Tak **1**
Nie **2** → pyt. 17

15. Ile osób i ile razy łącznie korzystało z tych usług?

1) Liczba osób *(dotyczy roku)*	
2) Łączna liczba usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej *(dotyczy ostatniego kwartału)*	
3) Łączna liczba hospitalizacji *(dotyczy roku)*	

16. Czym głównie spowodowana była decyzja o skorzystaniu z usług medycznych niefinansowanych przez NFZ? *(proszę zakreślić jedną najważniejszą przyczynę)*

Brakiem lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ	1
NFZ nie finansuje usług, z których zamierzano skorzystać	2
Zbyt odległymi terminami wizyt w podmiotach mających kontrakty z NFZ	3
Zbyt odległą lokalizacją podmiotu mającego kontrakt z NFZ	4
Korzystaniem z uprawnień do świadczeń w ramach DZZ[a]	5
Brakiem uprawnień do korzystania nieodpłatnie ze świadczeń finansowanych przez NFZ	6
Lepszym wyposażeniem w sprzęt i materiały medyczne	7
Lepszymi specjalistami (lekarzami)	8
Lepszym traktowaniem pacjentów	9
Brakiem skierowania	10
Innymi przyczynami	11

[a] Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (ubezpieczenia i abonamenty).

17. Czy ktokolwiek z członków gospodarstwa domowego korzystał z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ?
Tak **1**
Nie **2** → pyt. 20

18. Ile osób i ile razy łącznie korzystało z tych usług?

1) Liczba osób *(dotyczy roku)*	
2) Łączna liczba usług *(dotyczy ostatniego kwartału)*	

19. Czym głównie spowodowana była decyzja o skorzystaniu z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ? *(proszę zakreślić jedną najważniejszą przyczynę)*

Brakiem lekarza odpowiedniej specjalności w podmiotach mających kontrakty z NFZ	1
NFZ nie finansuje usług, z których zamierzano skorzystać	2
Zbyt odległymi terminami wizyt w podmiotach mających kontrakty z NFZ	3
Zbyt odległą lokalizacją podmiotu mającego kontrakt z NFZ	4
Korzystaniem z uprawnień do świadczeń w ramach DZZ	5
Brakiem uprawnień do korzystania nieodpłatnie ze świadczeń finansowanych przez NFZ	6
Lepszym wyposażeniem w sprzęt i materiały medyczne	7
Lepszymi specjalistami (lekarzami dentystami)	8
Lepszym traktowaniem pacjentów	9
Innymi przyczynami	10

20. Czy ktoś z Pana/Pani gospodarstwa domowego korzystał z usług z zakresu medycyny niekonwencjonalnej? Tak **1** / Nie **2** → pyt. 22

21. Ile zapłacono za usługi z zakresu medycyny niekonwencjonalnej? *(w złotych)*

22. Czy Pana/Pani gospodarstwo domowe poniosło jakieś wydatki związane z leczeniem osoby spoza gospodarstwa domowego? Tak **1** / Nie **2** → pyt. 24

23. Ile łącznie zapłacono za leczenie osoby spoza gospodarstwa domowego? *(w złotych)*

24. Czy w gospodarstwie domowym znajduje się osoba, która otrzymuje świadczenia opiekuńcze (dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny)? *(nie dotyczy świadczeń z tytułu ukończenia 75 lat)* Tak **1** / Nie **2** → pyt. 28

25. Jaka była łączna wartość świadczenia opiekuńczego? *(w złotych)*

26. Kto głównie sprawuje opiekę nad tą osobą?

Osoby spoza gospodarstwa domowego	**1**
Członek gospodarstwa domowego	**2**
Opieka domowa w ramach świadczeń z NFZ[a)]	**3**
Inne	**4**
Nikt	**5** → pyt. 28

[a)] Nie dotyczy usług opiekuńczych w ramach świadczeń pomocy społecznej.

27. Jaka kwota została wydana na ten cel? *(w złotych)*

28. Czy ktokolwiek z gospodarstwa domowego w związku z zachorowaniem kontaktował się z lekarzem w ramach ubezpieczenia w godzinach wieczornych lub nocnych lub w dni wolne od pracy?

Tak, w ramach NFZ	**1**
Tak, w ramach DZZ	**2**
Nie	**3**
Nie było takiej potrzeby	**4**

29. Jak oceniają Państwo wysokość wydatków poniesionych przez gospodarstwo na opiekę zdrowotną na:

Wyszczególnienie	Bardzo duża	Duża	Średnia	Mała	Bardzo mała	Nie poniesiono wydatków
1) wizyty u lekarzy	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
2) wizyty u lekarzy dentystów	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
3) badania medyczne np. badania laboratoryjne, diagnostykę obrazową	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
4) zakup leków	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
5) pobyt w szpitalu	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
6) zabiegi rehabilitacyjne	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
7) zakup sprzętu medycznego	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

30. Czy ktoś z Pana/Pani gospodarstwa domowego korzystał z usług medycznych za granicą? *(nie dotyczy zakupu leków za granicą)* Tak **1** / Nie **2** → pyt. 33

31. W jakim kraju skorzystano z usług medycznych? *(proszę podać kod państwa z instrukcji)*

32. Ile zapłacono za usługi medyczne za granicą? (bez refundacji NFZ) (*w złotych)*

Dział 4. REALIZACJA WYWIADU

33. Wywiad przeprowadzony **1** → pyt. 35 / nieprzeprowadzony **2**

34. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu:

- odmowa **10G**
- inna przyczyna **11M**

35. Czas trwania wywiadu *(w minutach)*

Uwagi ankietera:

Numer ankietera ☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Sprawdził(a) ..... *(imię i nazwisko ankietera)* ..... *(data)*

Sprawdził(a) ..... *(imię i nazwisko inspektora)* ..... *(data)*

GUS **GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY,** al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa ***www.stat.gov.pl***

DS-50 I

OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

Kwestionariusz indywidualny

Dział 1. CHARAKTERYSTYKA OSOBY, REALIZACJA WYWIADU

1. Symbol województwa ☐☐

2. Nr gospodarstwa domowego ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Nr osoby ☐☐

4. Wywiad
- przeprowadzony . . . . . **1** → pyt. 6
- nieprzeprowadzony . . . . . **2** → pyt. 5

5. Przyczyna nieprzeprowadzenia wywiadu:
- krótkotrwała nieobecność (do 12 miesięcy) **09R**
- odmowa **10R**
- brak możliwości nawiązania kontaktu z powodu choroby, podeszłego wieku, alkoholizmu **07R**
- brak badanego respondenta (zmarł, wyprowadził się) . . . **01R**
- brak możliwości nawiązania kontaktu z powodu bariery językowej **08R**
- inna przyczyna **11R**

6. Informacji udzielał(a):
- osobiście respondent(ka) **1**
- inny członek gospodarstwa domowego **2**

W przypadku osoby do lat 14, gdy informacji udziela dorosły w pyt. 6 musi być odpowiedź 1 = osobiście respondent.

7. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń finansowanych przez NFZ?
- Tak **1**
- Nie **2**

8. Czy ma Pan/Pani uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych - DZZ (ubezpieczenia i abonamenty)?
- Tak, ubezpieczenie ambulatoryjne **1**
- Tak, ubezpieczenie szpitalne **2**
- Tak, abonament ambulatoryjny **3**
- Tak, abonament szpitalny **4**
- Nie . . . . . **5** → pyt. 11

9. Dodatkowe zabezpieczenie zdrowotne (DZZ) zostało opłacone:
- w całości przez pracodawcę **1**
- w całości indywidualnie **2**
- częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę **3**
- częściowo w ramach ubezpieczenia/abonamentu opłaconego przez pracodawcę innego członka rodziny **4**

10. Jaka była kwota zapłacona przez Pana/Panią z tytułu DZZ w ciągu ostatniego roku? *(w złotych)* ☐

11. Czy planuje Pan/Pani posiadać uprawnienia do DZZ w 2024 r.?
- Tak **1**
- Nie **2**

Dział 2. STAN ZDROWIA

12. Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?
- Bardzo dobrze **1**
- Dobrze **2**
- Tak sobie, ani dobrze ani źle **3**
- Źle **4**
- Bardzo źle **5**

13. Czy ma Pan/Pani długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające przez 6 miesięcy lub dłużej?
- Tak **1**
- Nie **2**

14. Czy w 2023 r. miał(a) Pan/Pani którąś z następujących chorób, która była stwierdzona przez lekarza?

Choroby	Tak	Nie
1) alergia	**1**	**2**
2) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	**1**	**2**
3) choroba niedokrwienna serca	**1**	**2**
4) choroby dróg oddechowych inne niż astma (włączając zapalenie płuc)	**1**	**2**
5) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	**1**	**2**
6) choroby stawów	**1**	**2**
7) choroby tarczycy	**1**	**2**
8) choroby układu moczowego	**1**	**2**
9) choroby wątroby	**1**	**2**
10) cukrzyca	**1**	**2**
11) depresja	**1**	**2**
12) migrena	**1**	**2**
13) nadciśnienie tętnicze	**1**	**2**
14) osteoporoza	**1**	**2**

Pytania 15 i 18 dotyczą osób w wieku 15 lat lub więcej, nie dotyczą wywiadów zastępczych.

15. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie osoby zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?
- Tak, poważnie ograniczoną **1**
- Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie **2**
- Nie, nie miałem(-am) żadnych ograniczeń **3**

16. Czy znajduje się Pan/Pani pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską?
- Tak **1**
- Nie **2**

17. Czy w IV kwartale 2023 r. wystąpiły u Pana/Pani poważne problemy zdrowotne (np. skutki wypadku, nagłe zachorowanie, nagłe zaostrzenie choroby przewlekłej)?
- Tak **1**
- Nie **2**

18. W jakiej kolejności poniższe czynniki decydują o Pana/Pani stanie zdrowia?
(proszę wpisać cyfry od 1 do 3 w każdym wierszu, gdzie 1 oznacza, że dana rzecz jest najważniejsza, 3 oznacza, że jest to rzecz najmniej ważna)
- Własne zachowanie . . . . . ☐
- Jakość opieki zdrowotnej . . . . . ☐
- Czynniki, na które nie mam wpływu . . . . . ☐

19. Czy w ciągu 2023 r. był(a) Pan/Pani na badaniu lekarskim wynikającym z przepisów Kodeksu pracy i medycyny pracy? *(dotyczy badań pracowników, kandydatów do szkół, uczniów)*
- Tak **1**
- Nie **2**

Dział 3. KORZYSTANIE Z USŁUG MEDYCZNYCH

Stacjonarna opieka zdrowotna w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 31 grudnia 2023 r.

20. Czy korzystał(a) Pan/Pani ze stacjonarnej opieki zdrowotnej (szpitalnej lub pozaszpitalnej)?	Tak	**1**	
	Nie	**2**	→ pyt. 21

Proszę o scharakteryzowanie każdego pobytu.

Numer pobytu	Rodzaj jednostki		Okres pobytu liczony w		Przyczyna pobytu	Wysokość wydatków *(w złotych)*										
	w ramach NFZ	poza NFZ	nocach (dla pobytów stacjonarnych)	dniach (dla pobytów dziennych)	1. poród 2. wypadek 3. choroba 4. obserwacja i diagnozowanie 5. rehabilitacja, w tym poszpitalna 6. operacja, pobyt pooperacyjny 7. kuracja lecznictwa uzdrowiskowego 8. zapewnienie opieki pielęgnacyjnej 9. inne (np. komplikacje)	dobrowolna wpłata na rzecz szpitala (np. darowizna)	opłacone dyżury przy chorym	zakup leków lub innych wyrobów medycznych niezbędnych dla chorego	dla pobytów w sanatorium uzdrowiskowym		na dowody wdzięczności (np. kwiaty, prezenty, nieformalne opłaty gotówkowe) dla:		na badania przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu lub innej jednostce stacjonarnej opieki zdrowotnej lub w związku z tym pobytem	innych wydatków związanych z pobytem w szpitalu (np. usługi ponadstandardowe)	osób nieubezpieczonych lub ubezpieczonych korzystających ze świadczeń nieopłacanych przez NFZ	ogółem
	1. szpital ogólny 2. szpital specjalistyczny 3. zakład lecznictwa uzdrowiskowego 4. szpital psychiatryczny lub inny zakład typu psychiatrycznego 5. stacjonarny zakład rehabilitacji leczniczej 6. zakład opieki długoterminowej 7. dom pomocy społecznej (DPS) dla przewlekle chorych								kwota opłat obowiązkowych	kwota kosztów podróży	lekarzy	innego personelu medycznego				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Ambulatoryjna opieka zdrowotna.

Porady, usługi lecznicze i rehabilitacyjne w IV kwartale 2023 r.

21. Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej?	Tak	**1**	
	Nie	**2**	→ pyt.26

Proszę określić, ile razy korzystał(a) Pan/Pani w ciągu IV kwartału 2023 r. z wyszczególnionych poniżej usług i ile wyniosły związane z tym wydatki (w złotych).

Wyszczególnienie			Opieka zdrowotna		Razem
			w ramach NFZ	poza NFZ	
0	1		2	3	4
22. Porady lekarskie i usługi pielęgniarskie w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej:					
22.1 podstawowej opieki zdrowotnej	liczba porad	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
22.2 specjalistycznej opieki zdrowotnej	liczba porad	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
22.3.1 leczenie stomatologiczne zachowawcze	liczba porad	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
22.3.2 leczenie stomatologiczne protetyczne	liczba porad	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
22.3.3 leczenie stomatologiczne ortodontyczne	liczba porad	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
22.4 pozostałe usługi ambulatoryjne	liczba porad	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
23. Usługi lecznicze w domu pacjenta:					
23.1 usługi opieki długoterminowej	liczba wizyt	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
23.2 pozostałe usługi	liczba wizyt	a			
	opłaty[a)]	b			
	inne wydatki[b)]	c			
24. Usługi rehabilitacyjne:					
24.1 rehabilitacja ambulatoryjna	opłaty[c)]				
24.2 rehabilitacja w domu pacjenta	opłaty[c)]				
25. Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej:					
25.1 badania laboratoryjne	opłaty[c)]				
25.2 diagnostyka obrazowa	opłaty[c)]				
25.3 usługi transportowe i ratownictwo medyczne	opłaty[c)]				
25.4 pozostałe usługi pomocnicze	opłaty[c)]				

[a)] Wysokość opłat (w zł) za porady (wizyty) wymienione w wierszu „a". W przypadku usług w ramach NFZ dotyczy ewentualnych dopłat do tych usług. [b)] Wysokość innych wydatków (w zł) np. kwiaty, prezenty. [c)] Łączna wysokość opłat (w zł).

Badania diagnostyczne w 2023 r.

Pytania 26–30 nie dotyczą badań wykonanych podczas leczenia szpitalnego lub rehabilitacji.

26. Czy wykonywał(a) Pan/Pani następujące badania laboratoryjne?			**27. Jeśli „tak", to czy ostatnio wykonane badanie było finansowane:**	
Rodzaje badań laboratoryjnych	Tak	Nie	w ramach NFZ	poza NFZ
1) morfologia	**1**	**2**	**3**	**4**
2) badanie ogólne moczu	**1**	**2**	**3**	**4**
3) badanie ogólne kału	**1**	**2**	**3**	**4**
4) cytologia	**1**	**2**	**3**	**4**
5) badania genetyczne	**1**	**2**	**3**	**4**
6) badanie poziomu PSA (badanie prostaty)	**1**	**2**	**3**	**4**

28. Czy wykonywał(a) Pan/Pani następujące badania?			**29. Jeśli „tak", to czy ostatnie wykonane badanie było finansowane:**		**30. Czas oczekiwania na ostatnio wykonane badanie (w tygodniach)**
Rodzaje badań obrazowych i innych	Tak	Nie	w ramach NFZ	poza NFZ	
1) tomografia komputerowa (CT)	**1**	**2**	**3**	**4**	
2) pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	**1**	**2**	**3**	**4**	
3) rezonans magnetyczny (MRI)	**1**	**2**	**3**	**4**	
4) elektrokardiogram (EKG)	**1**	**2**	**3**	**4**	
5) badanie Holtera	**1**	**2**	**3**	**4**	
6) echokardiogram (Echo serca)	**1**	**2**	**3**	**4**	
7) USG	**1**	**2**	**3**	**4**	
8) RTG	**1**	**2**	**3**	**4**	
9) spirometria	**1**	**2**	**3**	**4**	
10) urografia	**1**	**2**	**3**	**4**	
11) mammografia	**1**	**2**	**3**	**4**	
12) biopsja	**1**	**2**	**3**	**4**	
13) gastroskopia	**1**	**2**	**3**	**4**	
14) kolonoskopia	**1**	**2**	**3**	**4**	

Korzystanie z usług w związku z chorobą. Na pytania odpowiadają osoby, które chorowały w 2023 r. na daną chorobę stwierdzoną przez lekarza.

31. Czy korzystał(a) Pan/Pani z usług medycznych z tytułu niżej wymienionych chorób?

Choroby	W ramach NFZ	Poza NFZ	Nie korzystałem (-am)
1) alergia	**1**	**2**	**3**
2) astma oskrzelowa, stan astmatyczny	**1**	**2**	**3**
3) choroba niedokrwienna serca	**1**	**2**	**3**
4) choroby dróg oddechowych inne niż astma (włączając zapalenie płuc)	**1**	**2**	**3**
5) choroby naczyń mózgowych, udar mózgu	**1**	**2**	**3**
6) choroby stawów	**1**	**2**	**3**
7) choroby tarczycy	**1**	**2**	**3**
8) choroby układu moczowego	**1**	**2**	**3**
9) choroby wątroby	**1**	**2**	**3**
10) cukrzyca	**1**	**2**	**3**
11) depresja	**1**	**2**	**3**
12) migrena	**1**	**2**	**3**
13) nadciśnienie tętnicze	**1**	**2**	**3**
14) osteoporoza	**1**	**2**	**3**

32. Czy w IV kwartale 2023 r. stosował(a) Pan/Pani suplementy diety lub leki przepisane przez lekarza lub bez zalecenia lekarza?	Tak	Nie
1) na choroby sercowo-naczyniowe	**1**	**2**
2) na cukrzycę	**1**	**2**
3) na bóle głowy	**1**	**2**
4) na bóle stawów	**1**	**2**
5) antybiotyki	**1**	**2**
6) na objawy alergii	**1**	**2**
7) inne leki	**1**	**2**
8) suplementy diety	**1**	**2**

Rezygnacja z usług medycznych i zakupu leków w 2023 r.

33. Czy zdarzyło się, że zrezygnował(a) Pan/Pani z zakupu leków przepisanych przez lekarza?

Nie dotyczy (nie przepisano mi leków)	**1**
Zrezygnowałem(-am) z powodu kosztów zakupu	**2**
Zrezygnowałem(-am) z innego powodu niż koszty	**3**
Nie, za każdym razem wykupiłem(-am) leki	**4**

34. Czy zdarzyło się, że zrezygnował(a) Pan/Pani z usług medycznych, pomimo potrzeby skorzystania?	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Badań diagnostycznych, leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5
Nie dotyczy - nie miałem(-am) potrzeby skorzystania	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
Tak, zdarzyło się, że zrezygnowałem(-am)	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
Nie, zawsze skorzystałem(-am) w razie potrzeby	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**

W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pytaniu 34 (2) proszę o odpowiedź na pyt. 35.

35. Proszę podać główne powody rezygnacji ze wskazanych przez Pana/Panią usług: *(proszę zakreślić tylko po jednej odpowiedzi w odpowiednich kolumnach)*	Lekarza POZ	Lekarza specjalisty (poza dentystą)	Lekarza dentysty	Badań diagnostycznych, leczenia, kontynuacji leczenia	Zabiegów
0	1	2	3	4	5
koszty (brak pieniędzy)	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
długi czas oczekiwania na termin wizyty	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
brak czasu	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
trudności z dotarciem	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
obawy przed lekarzem, badaniem, leczeniem, szpitalem	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
wolałem(-am) poczekać i zobaczyć, czy może moje problemy miną bez konieczności wizyty	**6**	**6**	**6**	**6**	**6**
nie znam żadnego dobrego lekarza	**7**	**7**	**7**	**7**	**7**
inne	**8**	**8**	**8**	**8**	**8**

Kolejne pytanie dotyczy wykorzystania telekomunikacji i Internetu podczas korzystania z usług medycznych.

36. Proszę określić wykorzystanie telekomunikacji/Internetu	Tak	Nie
1) korzystałem(-am) w 2023 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy i informacji o chorobach, sposobach leczenia	**1**	**2**
2) korzystałem(-am) w 2023 r. z Internetu w celu pozyskania opinii na temat lekarzy	**1**	**2**
3) korzystałem(-am) w 2023 r. z Internetu w celu pozyskania wiedzy o zdrowym stylu życia	**1**	**2**
4) korzystałem(-am) w 2023 r. ze sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej	**1**	**2**
5) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-am) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne telefonicznie	**1**	**2**
6) w ciągu ostatnich 3 miesięcy umawiałem(-am) się na wizytę lekarską lub badanie diagnostyczne poprzez stronę internetową	**1**	**2**
7) w ciągu ostatnich 3 miesięcy wykonywałem(-am) badania i otrzymałem(-am) wyniki drogą internetową (aplikacja mobilna)	**1**	**2**

Dział 4. JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OCENIE RESPONDENTA W 2023 ROKU

Uwaga: Pytanie 37 obejmuje jedynie opiekę zdrowotną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

Pytania 37 proszę nie wypełniać w przypadku wywiadu zastępczego dotyczącego osoby w wieku 15 lat lub więcej.

37. Proszę określić relację z lekarzem POZ	Zawsze	Często	Czasami	Rzadko lub nigdy
1) lekarz zna historię mojego leczenia	**1**	**2**	**3**	**4**
2) lekarz udziela informacji i wyjaśnień w sposób zrozumiały	**1**	**2**	**3**	**4**
3) lekarz angażuje mnie w stopniu oczekiwanym w podejmowanie decyzji dot. mojej opieki i leczenia	**1**	**2**	**3**	**4**
4) lekarz daje możliwość zadawania pytań, wyrażania wątpliwości	**1**	**2**	**3**	**4**
5) czas poświęcony przez lekarza POZ podczas wizyty lekarskiej jest wystarczający	**1**	**2**	**3**	**4**
6) lekarz traktuje mnie z uprzejmością i szacunkiem	**1**	**2**	**3**	**4**

Pytanie 38 dotyczy wszystkich badanych bez względu na wiek, dopuszcza się wywiad zastępczy.

38. Czy doświadczył(a) Pan/Pani <u>zdarzenia niepożądanego</u> w szpitalu? *(dotyczy pobytów dziennych oraz stacjonarnych, wyłączając poradnie przyszpitalne)*	Tak	**1**
	Nie	**2**
	Nie wiem	**3**

<u>Zdarzenie niepożądane</u> to niezamierzona szkoda, która jest wynikiem świadczonej opieki zdrowotnej, a nie rezultatem naturalnego przebiegu choroby lub stanu zdrowia pacjenta. Szkoda oznacza fizyczne lub funkcjonalne uszkodzenie organizmu oraz wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje, łącznie z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i zgonem. Ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego/szkody występuje zarówno podczas diagnostyki jak i w trakcie leczenia i opieki.

Dział 5. INFROMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY ZAKAŹNEJ WYWOŁANEJ WIRUSEM SARS-CoV-2, ZWANEJ „COVID-19" W 2023 ROKU

Pytania od 39 do 41 dotyczą osób w wieku 15 lat lub więcej, pytań proszę nie zadawać w przypadku wywiadu zastępczego.

39. Proszę o udzielenie informacji:	Tak	Nie
1) czy w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego musiał(a) Pan/Pani zrezygnować, ograniczyć lub przerwać proces leczenia lub rehabilitacji?	**1**	**2**
2) czy konsultował(a) się Pan/Pani z lekarzem telefonicznie, przy wykorzystaniu kamery wideo ponieważ z powodu zagrożenia epidemicznego kontakt osobisty był niemożliwy lub zbyt ryzykowny?	**1**	**2**
3) czy skorzystał(a) Pan/Pani ze szczepienia na koronawirusa?	**1**	**2**
4) czy chorował(a) Pan/Pani na COVID-19, co zostało potwierdzone pozytywnym wynikiem testu?	**1**	**2**

W przypadku odpowiedzi Tak na pyt. 39.4 należy zadać pytania 40 oraz 41.

40. Czy stwierdzono u Pana/Pani powikłania w związku z przebytą chorobą COVID-19?	Tak	Nie
1) Spadek odporności	**1**	**2**
2) Zaburzenia pamięci, tzw. „mgłę mózgową"	**1**	**2**
3) Utratę węchu, smaku	**1**	**2**
4) Przewlekłe zmęczenie	**1**	**2**
5) Problemy sercowo-naczyniowe	**1**	**2**
6) Uszkodzenie płuc	**1**	**2**
7) inne	**1**	**2**

41. Czy korzystał(a) Pan/Pani z rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19?	Tak	**1**
	Nie	**2**

42. Czas trwania wywiadu *(w minutach)*	

Uwagi ankietera

Numer ankietera | | | | | | | |

Sprawdził(a) ....
(imię i nazwisko ankietera) *(data)*

Sprawdził(a) ....
imię i nazwisko inspektora) *(data)*