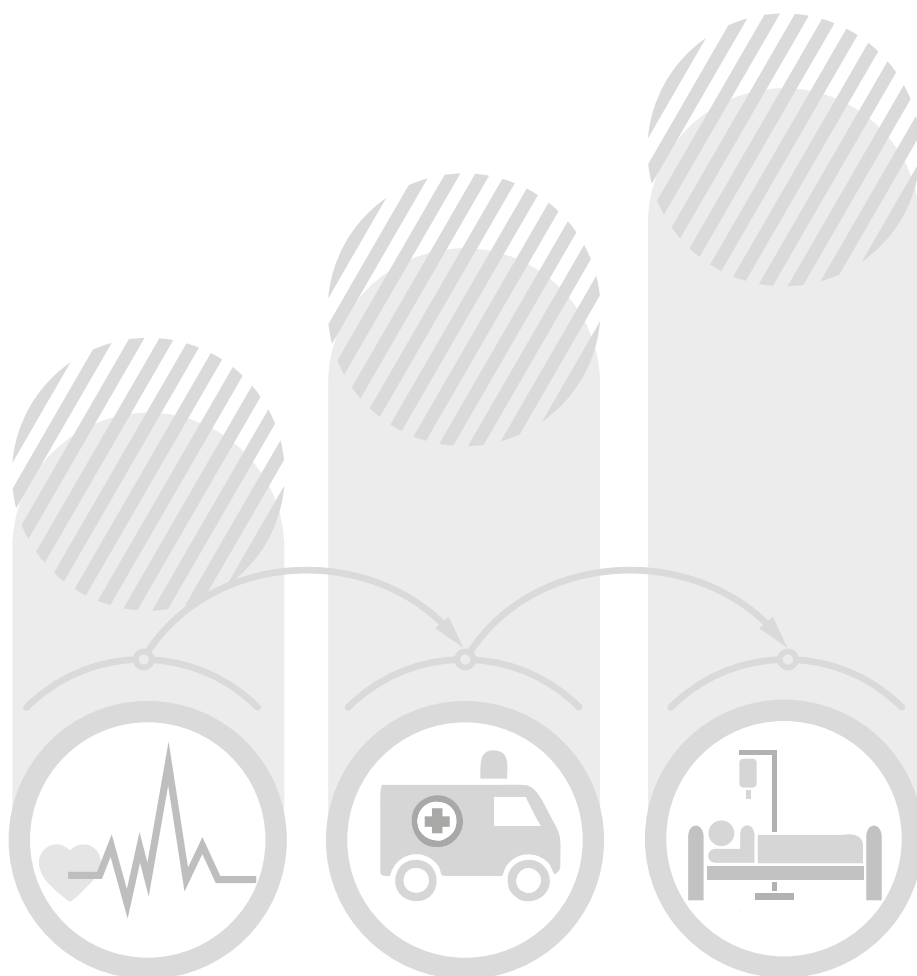






Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.

Health and health care 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

Kierujący

Supervisor

Hanna Strzelecka (rozdziały 1.1, 1.2, 1.3, 2.6, 2.7, 2.8, 3.1, 3.2, 4.1)

Agnieszka Szlubowska (rozdziały 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.3, 4.2)

Zespół autorski

Editorial team

Wydział Statystyki Zdrowia

Health Statistics Division

Michał Koziński (rozdział 3.1), Krzysztof Nyczaj (rozdział 2.6 i 4.1 oraz aneks tabelaryczny od Tabl. 102 do Tabl. 113),
Małgorzata Żyra (rozdział 2.7), Marzena Żytecka-Karolak (rozdział 1.1, 1.2, 1.3)

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia

Centre for Health and Health Care Statistics

Magdalena Caban, Sylwia Duda, Sylwia Furman, Anna Jasiówka, Joanna Jurek, Ilona Kowal, Łukasz Matoga,
Maria Penpeska, Agata Sańka, Michał Urbas

Ośrodek Statystyki Pomocy Społecznej

Centre for Social Assistance Statistics

Dominika Mazur

Instytut Medycyny Pracy

Institute of Occupational Medicine

dr hab. n. med. i n. o zdr. Andrzej Marcinkiewicz (rozdział: 2.8)

Departament Budżetu i Finansów, Ministerstwo Zdrowia (rozdział 3.2)

Budget and Finances Department, Ministry of Health

Prace redakcyjne

Editorial works

Departament Badań Społecznych i Rynku Pracy

Social Surveys and Labour Market Department

Szymon Wozniak, Urszula Salwa

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Marzena Jędrzejewska, Beata Lipińska, Paweł Luty

Publikacja dostępna na stronie internetowej

Publication available at

<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

Przedstawiamy Państwu nową edycję publikacji, wydawanej cyklicznie pod tytułem „Zdrowie i ochrona zdrowia”, która jest poświęcona zagadnieniom zdrowia oraz systemu opieki zdrowotnej.

Opracowanie składa się z części analitycznej i metodologicznej oraz aneksu tabelarycznego.

Analiza zaprezentowana w publikacji zawiera szczegółowy opis aktualnych danych pozyskiwanych przez statystykę publiczną dotyczących stanu zdrowia ludności oraz zasobów kadrowych i infrastruktury systemu ochrony zdrowia. Podobnie jak w poprzednich latach, opracowanie zawiera również omówienie ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia oraz wybranych zagadnień związanych z opieką zdrowotną. W tej edycji przedstawiono tematy dotyczące dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych oraz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Tekst analityczny jest uzupełniony licznymi mapami i wykresami.

Uwagi metodologiczne zawierają nie tylko kluczowe wyjaśnienia metodyczne, ale także informacje na temat źródeł danych oraz definicje i określenia pojęć stosowanych w sprawozdawczości statystycznej, będącej głównym źródłem prezentowanych danych.

W aneksie tabelarycznym przedstawiono szerokie spektrum zagadnień związanych z tematyką zdrowia: kluczowe informacje dotyczące zdrowia mieszkańców Polski, dane o pracownikach medycznych, działalności placówek świadczących ambulatoryjną i stacjonarną opiekę zdrowotną, aptek oraz punktów aptecznych. Zawarte są w nim również statystyki dotyczące krwiodawstwa, ratownictwa medycznego, pomocy doraźnej oraz sprzedaży leków na receptę. Dodatkowo, w aneksie znajdują się informacje charakteryzujące ekonomiczny wymiar funkcjonowania sektora ochrony zdrowia na poziomie gospodarki narodowej: wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za lata 2020, 2021 i 2022 oraz wstępne szacunki na rok 2023, a także wyniki Satelitarnego Rachunku Zdrowia za 2020 r. oraz dane Ministerstwa Zdrowia dotyczące wydatków na ochronę zdrowia, zgodnie z metodologią określoną w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. 2024 poz. 146).

Tablice opracowano na podstawie wyników badań statystycznych GUS oraz Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (szpitale, opieka długoterminowa), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (zachorowania), Instytutu Psychiatrii i Neurologii (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc, Narodowego Centrum Krwi (krwiodawstwo), Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera, jak również na podstawie danych pozyskanych od wojewodów (ratownictwo medyczne) oraz z Systemu Informacji Medycznej Ministerstwa Zdrowia (sprzedaż leków na receptę).

Zachęcamy do zapoznania się z innymi materiałami dotyczącymi zdrowia i systemu ochrony zdrowia, dostępnymi na Portalu Informacyjnym GUS: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>.

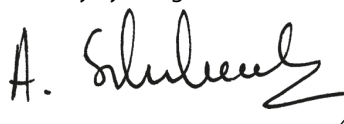
Mamy nadzieję, że przedstawiona publikacja stanie się wartościowym źródłem informacji na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce.

Dyrektor
Departamentu Badań Społecznych
i Rynku Pracy



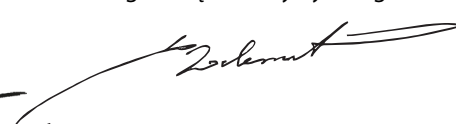
Hanna Strzelecka

Dyrektor Urzędu
Statystycznego w Krakowie



Agnieszka Szlubowska

Prezes
Głównego Urzędu Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Warszawa, grudzień 2024 r.

Preface

We present to you a new edition of the publication, published annually under the title "Health and health care", which is entirely devoted to the issues of health and the health care system.

The study consists of an analytical and methodological part and a tabular annex.

The analysis presented in the publication contains a detailed description of the latest data obtained by public statistics, regarding the health status of the population and the human resources and infrastructure of the health care system. As in previous years, the study also includes a discussion of the economic aspects of health care and selected issues concerning the health care. In this edition topics concerning access to public hospital treatment and mental health care of children are presented. The analytical text is supplemented with numerous maps and graphs.

The methodological notes contain not only key methodological explanations, but also information on data sources and definitions and terms used in statistics, which are the main source of the information presented.

The tabular annex presents wide spectrum of terms concerning the health: key information on the health of Polish residents, data on medical personnel, principles of operation of facilities providing outpatient and inpatient health care, pharmacies and pharmaceutical outlets. It also contains statistics on blood donation, emergency medical services, first aid and the sale of prescription medicines. Additionally, the annex contains information regarding the economic dimension of functioning of health care sector at the national level: the results of the National Health Account for 2020, 2021 and 2022, preliminary estimates for 2023, as well as results of Satellite Health Account for 2020 and data from the Ministry of Health on health care expenditure, in accordance with the methodology specified in the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, art. 131c (Journal of Laws of 2024, item 146).

The tables were elaborated on the basis of the results of statistical surveys conducted by Statistics Poland as well as Ministry of Health, Ministry of the Interior and Administration (hospitals, long-term care), National Institute of Public Health NIH – National Research Institute (incidences of diseases), Institute of Psychiatry and Neurology (mental and behavioural disorders), Maria Skłodowska-Curie National Institute of Oncology – National Research Institute, Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, National Blood Centre (blood donation), Nofer Institute of Occupational Medicine, and on data obtained from voivodes (medical rescue) as well as from the Medical Information System of Ministry of Health (sale of prescription medicines).

We encourage you to familiarize yourself with other materials on health and the health care system, available on the website <https://stat.gov.pl/en/topics/health/>.

We hope that the presented publication will become a valuable source of information on health and health care in Poland.

Director
of the Social Survey and Labour
Market Department



Hanna Strzelecka

Director
of the Statistical Office in Krakow



Agnieszka Szlubowska

President
of Statistics Poland



Dominik Rozkrut, Ph.D.

Warsaw, December 2024

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
Preface	4
Spis tablic	7
List of tables	7
Spis wykresów	9
List of charts	9
Spis map	16
List of maps	16
Objaśnienia znaków umownych	21
Symbols	21
Ważniejsze skróty	21
Main abbreviations	21
Synteza	23
Synthesis	29
CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ	34
Part I. Results of surveys	34
1. STAN ZDROWIA	34
1. Health status	34
1.1. Szczepienia i zachorowania na wybrane choroby zakaźne w 2023 r.	34
1.1. Vaccination and incidence of selected infectious diseases in 2023	34
1.2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2021 r.	45
1.2. Incidence of malignant neoplasms in 2021	45
1.3. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji w 2022 r.	49
1.3. Treated in clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions in 2022	49
2. Opieka zdrowotna	54
2. Health care	54
2.1. Krwiodawstwo	54
2.1. Blood donation	54
2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna	58
2.2. Inpatient health care	58
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	102
2.3. Out-patient health care	102
2.4. Ratownictwo medyczne	112
2.4. Emergency medical services	112

2.5. Apteki	129
2.5. Pharmacies	129
2.6. Sprzedaż leków na receptę	135
2.6. Sale of prescription medicines	135
2.7. Kadra medyczna	147
2.7. Medical personnel	147
2.8. Służba medycyny pracy	172
2.8. Occupational medicine	172
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	176
3. Economic aspects of health care	176
3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia	176
3.1. National Health Account	176
3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia	184
3.2. Public expenditure on health care	184
3.3. Satelitarny rachunek zdrowia	188
3.3. Satellite health account	188
4. Wybrane problemy	194
4. Selected problems	194
4.1. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych	194
4.1. Measurement of access to public hospital services	194
4.2. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia	209
4.2. Mental health care of children and adolescents – selected issues	209
CZĘŚĆ II. UWAGI METODOLOGICZNE	224
1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH	224
2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE	226
3. PODSTAWOWE DEFINICJE	235
PART II. METHODOLOGICAL NOTES	244
1. SOURCES OF STATISTICAL DATA	244
2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS	246
3. BASIC DEFINITIONS	255

Spis tablic

List of tables

Tablica 1.1. Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży wg wieku (w %)	35
Table 1.1. Vaccination of children and youth (in %)	35
Tablica 1.2. Zachorowania i zapadalność na gruźlicę w 2023 r.	44
Table 1.2. Incidence of tuberculosis in 2023	44
Tablica 1.3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg typu umiejscowienia	46
Table 1.3. Malignant neoplasms incidence per 100 thousand population by type of location	46
Tablica 1.4. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy	51
Table 1.4. Mental and behavioral disorders and addictions – in details	51
Tablica 2.1. Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi	57
Table 2.1. Blood donors, collected blood and prepared blood components	57
Tablica 2.2. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej	83
Table 2.2. Inpatient health care facilities	83
Tablica 2.3. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	87
Table 2.3. Dynamics of health resort beds in health resort facilities	87
Tablica 2.4. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym	88
Table 2.4. Dynamics of health resort patients (inpatient and out-patients)	88
Tablica 2.5. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym	89
Table 2.5. Dynamics of health resort Polish and foreign inpatients	89
Tablica 2.6. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu, na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2023 r.	100
Table 2.6. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2023	100
Tablica 2.7. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego	101
Table 2.7. Health resort facilities	101
Tablica 2.8. Porady ambulatoryjne wg wieku pacjentów oraz populacja w 2023 r.	107
Table 2.8. Outpatients consultations by age of patients and population in 2023	107
Tablica 2.9. Podmioty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz udzielone porady	111
Table 2.9. Providers of out-patient health care units and consultations	111
Tablica 2.10. Ratownictwo medyczne i pomoc doraźna	125
Table 2.10. Emergency medical services and first aid	125
Tablica 2.11. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w 2023 r.	126
Table 2.11. Events involving fire brigades in 2023	126
Tablica 2.12. Wypadki tonięcia w 2023 r.	129
Table 2.12. Drowning incidents in 2023	129
Tablica 2.13. Apteki i punkty apteczne	135
Table 2.13. Pharmacies and pharmaceutical outlets	135

Tablica 2.14. Sprzedaż leków na receptę	138
Table 2.14. Sales of prescription medicines	138
Tablica 2.15. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego	147
Table 2.15. Persons entitled to practice medical profession	147
Tablica 2.16. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem	154
Table 2.16. Persons working directly with the patient	154
Tablica 2.17. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców wg województw ...	156
Table 2.17. Persons working directly with the patient per 10 thousand population by voivodships ..	156
Tablica 2.18. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r.	164
Table 2.18. Selected specialisations of practicing doctors in 2023	164
Tablica 2.19. Wybrane specjalizacje lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem	165
Table 2.19. Selected specialisations of dentists working directly with the patient	165
Tablica 2.20. Średnia wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem	171
Table 2.20. Average age of people working directly with the patient	171
Tablica 3.1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB	177
Table 3.1. Current expenditure on health care and its share in GDP	177
Tablica 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD	182
Table 3.2. Current expenditure on health care in OECD countries	182
Tablica 3.3. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB z roku N, tj. roku bieżącego i z roku N-2, tj. zgodnie z ustawą	184
Table 3.3. Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N and N-2, according to the Act	184
Tablica 3.4. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy	185
Table 3.4. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act	185
Tablica 3.5. Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2020 r. (w mln zł, ceny bieżące)	190
Table 3.5. Production account and generation of income account for health care providers HP in 2020 (in millions PLN, current prices)	190
Tablica 3.6. Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia HC w 2020 r. (w mln zł, ceny bieżące)	193
Table 3.6. Supply and use of health care goods and services HC in 2019 (in millions PLN, current prices)	193
Tablica 3.7. Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące)	193
Table 3.7. Investments outlays in health care in 2019 (in millions PLN, current prices)	193
Tablica 4.1. Działalność oddziałów psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych wg województw w 2023 r.	222
Table 4.1. Activity of children's psychiatric wards in general and psychiatric hospitals by voivodships in 2023	222

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1.1. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby na 100 tys. ludności	37
Chart 1.1. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population	37
Wykres 1.2. Zapadalność na różyczkę, świnkę i szkarlatynę na 100 tys. ludności	38
Chart 1.2. Incidence of rubella, mumps and scarlet fever per 100 thousand population	38
Wykres 1.3. Zapadalność na zapalenia jelit i zatrucia pokarmowe na 100 tys. ludności	39
Chart 1.3. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population	39
Wykres 1.4. Zapadalność na zapalenie mózgu i opon mózgowych na 100 tys. ludności	40
Chart 1.4. Incidence of encephalitis and meningitis per 100 thousand population	40
Wykres 1.5. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności	43
Chart 1.5. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population	43
Wykres 1.6. Zapadalność na boreliozę z Lyme na 100 tys. ludności	43
Chart 1.6. Incidence of Lyme borreliosis per 100 thousand population	43
Wykres 1.7. Zachorowania na gruźlicę wg płci i grup wieku w 2023 r.	44
Chart 1.7. Cases of tuberculosis by sex and age groups in 2023	44
Wykres 1.8. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg płci i umiejscowienia nowotworu w 2021 r. (w %)	48
Chart 1.8. Structure of the incidence of malignant neoplasms by sex and location in 2021 (in %)	48
Wykres 1.9. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg płci i grup wieku w 2021 r.	49
Chart 1.9. Incidence of malignant neoplasms by sex and age groups in 2021	49
Wykres 1.10. Leczeni na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania włącznie z uzależnieniami na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.	50
Chart 1.10. Patients treated for mental and behavioral disorders including addictions per 100 thousand population by voivodships in 2022	50
Wykres 1.11. Leczeni na zaburzenia nerwicowe, odżywiania i zespoły behawioralne na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.	53
Chart 1.11. Patients treated for neurotic disorders including eating and behavioral syndromes per 100 thousand population by voivodships in 2022	53
Wykres 2.1. Krwiodawcy według płci i wieku w 2023 r.	55
Chart 2.1. Blood donors by sex and age in 2023	55
Wykres 2.2. Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych wg województw	60
Chart 2.2. Inpatients in general hospitals by voivodships	60
Wykres 2.3. Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw	61
Chart 2.3. Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodship	61
Wykres 2.4. Pacjenci leczeni dziennie w stacjonarnych i dziennych szpitalach ogólnych wg województw	62
Chart 2.4. Day care patients in general hospitals including day care hospitals by voivodships	62
Wykres 2.5. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych	64
Chart 2.5. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals	64
Wykres 2.6. Pacjenci leczeni stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych	65
Chart 2.6. Inpatients in wards of general hospitals	65

Wykres 2.7. Łóżka i leczeni na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2023 r.	67
Chart 2.7. Beds and inpatients per one bed in wards of general hospitals in 2023	67
Wykres 2.8. Średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych	68
Chart 2.8. Average patient stay in hospital wards	68
Wykres 2.9. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalach ogólnych wg województw	69
Chart 2.9. Average patient stay in hospital wards by voivodship	69
Wykres 2.10. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych wg województw	71
Chart 2.10. Occupancy rate in general hospitals by voivodships	71
Wykres 2.11. Łóżka i pacjenci zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2023 r.	72
Chart 2.11. Beds and inpatients of psychiatric facilities in 2023	72
Wykres 2.12. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2023 r.	75
Chart 2.12. Patients in long term care facilities including hospices and palliative wards in 2023	75
Wykres 2.13. Pacjenci w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej i hospicyjno-paliatywnej wg płci i grup wieku w 2023 r.	75
Chart 2.13. Patients in long term care facilities including hospices and palliative wards by sex and age groups in 2023	75
Wykres 2.14. Pacjenci i łóżka w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej wg rodzaju zakładu w 2023 r.	76
Chart 2.14. Residents and beds in long term care facilities by type of the facility in 2023	76
Wykres 2.15. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	78
Chart 2.15. Beds in chronic medical care homes and nursing homes	78
Wykres 2.16. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	79
Chart 2.16. Residents in chronic medical care homes and nursing homes	79
Wykres 2.17. Łóżka i pacjenci stacjonarni w zakładach opieki hospicyjno-paliatywnej	80
Chart 2.17. Beds and inpatients in hospices and palliative wards	80
Wykres 2.18. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej	82
Chart 2.18. Average length of stay in inpatient health care facilities	82
Wykres 2.19. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego	86
Chart 2.19. Health resort facilities	86
Wykres 2.20. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu	86
Chart 2.20. Beds in health resort facilities by type of the facility	86
Wykres 2.21. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego	88
Chart 2.21. Inpatients in health resort facilities	88
Wykres 2.22. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	89
Chart 2.22. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities	89
Wykres 2.23. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego wg płci	89
Chart 2.23. Patients of health resort facilities by sex	89
Wykres 2.24. Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku wg grup wieku w 2023 r.	91
Chart 2.24. Average length of stay of inpatient in health resort facilities by age groups in 2023	91
Wykres 2.25. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg sposobu finansowania pobytu w 2023 r.	92
Chart 2.25. Inpatients in health resort facilities by type of financing in 2023	92

Wykres 2.26. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	93
Chart 2.26. Self-pay inpatients in health resort facilities	93
Wykres 2.27. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu w 2023 r.	93
Chart 2.27. Health resort services in health resort facilities by type of facility in 2023	93
Wykres 2.28. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zabiegu w 2023 r.	94
Chart 2.28. Health resort services in health resort facilities by type of service in 2023	94
Wykres 2.29. Stopień przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych ..	95
Chart 2.29. Degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons	95
Wykres 2.30. Stopień przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych	95
Chart 2.30. Degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons	95
Wykres 2.31. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych	96
Chart 2.31. Beds in health resort sanatoria	96
Wykres 2.32. Średni czas pobytu w sanatorium wg grup wieku w 2023 r.	97
Chart 2.32. Average length of stay in sanatoria by age groups in 2023	97
Wykres 2.33. Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych	98
Chart 2.33. Beds in health resort hospitals	98
Wykres 2.34. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym wg grup wieku w 2023 r.	99
Chart 2.34. Average length of stay in health resort hospitals by age groups in 2023	99
Wykres 2.35. Przychodnie według charakteru miejscowości	102
Chart 2.35. Out-patient departments by class of locality	102
Wykres 2.36. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych według charakteru miejscowości	103
Chart 2.36. Medical and dental practices providing health services funded by public sources by class of locality	103
Wykres 2.37. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych w 2023 r.	103
Chart 2.37. Medical and dental practices providing health services funded by public sources in 2023	103
Wykres 2.38. Porady ambulatoryjne w 2023 r.	105
Chart 2.38. Out-patient health care consultations in 2023	105
Wykres 2.39. Przychodnie i udzielone w nich porady	106
Chart 2.39. Out-patient departments and doctors' consultations	106
Wykres 2.40. Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady	106
Chart 2.40. Out-patient departments and provided consultations	106
Wykres 2.41. Specjalistyczne porady lekarskie w wybranych poradniach w 2023 r.	108
Chart 2.41. Specialized doctors consultations in selected clinics in 2023	108
Wykres 2.42. Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej według rodzaju porad i województw w 2023 r.	110
Chart 2.42. Consultations in out-patient health care by type of consultations and voivodships in 2023	110
Wykres 2.43. Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad w 2023 r.	111
Chart 2.43. Teleconsultations in out-patient health care by type of consultations in 2023	111

Wykres 2.44. Skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego wg głównego miejsca pracy	115
Chart 2.44. The medical staff in the emergency rescue teams in main workplace	115
Wykres 2.45. Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsca zdarzenia w 2023 r.	116
Chart 2.45. Calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place in 2023	116
Wykres 2.46. Miejsca zdarzenia, w których zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wg płci pacjentów w 2023 r.	117
Chart 2.46. Occurrence places where emergency medical teams provided health care benefits by sex of patients in 2023	117
Wykres 2.47. Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia i województw w 2023 r.	118
Chart 2.47. Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place and voivodships in 2023	118
Wykres 2.48. Osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych miejscu zdarzenia oraz osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg wieku w 2023 r.	122
Chart 2.48. Persons who received health care benefits in the place of occurrence and persons who received health care benefits in the hospital emergency wards or admission rooms by age in 2023	122
Wykres 2.49. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg zakresu świadczeń w 2023 r.	123
Chart 2.49. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms under the outpatient treatment by type of services in 2023	123
Wykres 2.50. Miejscowe zagrożenia wg rodzaju w 2023 r.	126
Chart 2.50. Local threats by type in 2023	126
Wykres 2.51. Wyprawy, akcje i interwencje GOPR w 2023 r.	127
Chart 2.51. GOPR expeditions, actions and interventions in 2023	127
Wykres 2.52. Ratowani TOPR w 2023 r.	128
Chart 2.52. TOPR rescuees in 2023	128
Wykres 2.53. Ofiary utonięć wg grup wieku w 2023 r.	128
Chart 2.53. Victims of drowning by age groups in 2023	128
Wykres 2.54. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny	130
Chart 2.54. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet	130
Wykres 2.55. Stopień przystosowania dla potrzeb osób niepełnosprawnych aptek ogólnodostępnych w miastach oraz aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych na wsi	132
Chart 2.55. Degree of adjustment to the needs of the disabled persons in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas	132
Wykres 2.56. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2023 r.	133
Chart 2.56. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2023	133
Wykres 2.57. Wartość refundacji oraz dopłaty do leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca Polski	138
Chart 2.57. Medicine reimbursement value and value of patients' subsidies to medicines per capita Poland	138

Wykres 2.58. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2023 r.	139
Chart 2.58. Prescription medicines sales value per capita voivodship in 2023	139
Wykres 2.59. Udział sprzedaży leków na receptę w ramach grup anatomicznych (ATC) w 2023 r.	144
Chart 2.59. Share in sale of prescription medicines within anatomical groups (ATC) in 2023	144
Wykres 2.60. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej	148
Chart 2.60. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife	148
Wykres 2.61. Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku	149
Chart 2.61. Doctors entitled to perform profession by age	149
Wykres 2.62. Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku	150
Chart 2.62. Dentists entitled to perform profession by age	150
Wykres 2.63. Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku	151
Chart 2.63. Nurses entitled to perform profession by age	151
Wykres 2.64. Położne posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku	152
Chart 2.64. Midwives entitled to perform profession by age	152
Wykres 2.65. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce	153
Chart 2.65. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland	153
Wykres 2.66. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem	155
Chart 2.66. Persons working directly with patient	155
Wykres 2.67. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności w 2023 r.	162
Chart 2.67. Selected specialisations of practicing doctors (with specialization in the II degree and specialist title) per 100 thousand population in 2023	162
Wykres 2.68. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców w 2023 r.	166
Chart 2.68. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population in 2023	166
Wykres 2.69. Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku (w %)	167
Chart 2.69. Structure of doctors working directly with patient by gender and age groups (in %)	167
Wykres 2.70. Struktura lekarzy dentyistów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku (w %)	168
Chart 2.70. The structure of dentists working directly with the patient by gender and age group (in %)	168
Wykres 2.71. Struktura pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku (w %)	169
Chart 2.71. The structure of nurses working directly with the patient by gender and age groups (in %)	169
Wykres 2.72. Struktura położnych (kobiet) pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku	170
Chart 2.72. The structure of midwives (women) working directly with the patient by sex and age group	170
Wykres 2.73. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2023 r.	172
Chart 2.73. Structure of occupational medicine service units in 2023	172
Wykres 2.74. Struktura lekarzy służby medycyny pracy wg kwalifikacji w 2023 r.	173
Chart 2.74. Structure of physicians of occupational health service by qualification in 2023	173

Wykres 2.75. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych	174
Chart 2.75. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination	174
Wykres 3.1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg systemów finansowania w 2022 r.	178
Chart 3.1. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2022	178
Wykres 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2022 r.	179
Chart 3.2. Current expenditure on health care according to functions in 2022	179
Wykres 3.3. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców usług zdrowotnych w 2022 r.	180
Chart 3.3. Current expenditure on health care according to providers in 2022	180
Wykres 3.4. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg przychodów systemów finansowania w 2022 r.	181
Chart 3.4. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2022	181
Wykres 3.5. Wzrost wydatków ujętych w Narodowym Rachunku Zdrowia	181
Chart 3.5. Increase of expenditure in National Health Account	181
Wykres 3.6. Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy w 2023 r.	187
Chart 3.6. Share in expenditure on health care by categories according to the provisions of the Act in 2023	187
Wykres 3.7. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2023	188
Chart 3.7. Increase in health care expenditure in 2014–2023	188
Wykres 3.8. Struktura wartości dodanej brutto według świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2020 r. (w %)	189
Chart 3.8. Structure of gross value added by health care providers HP in 2020 (in %)	189
Wykres 3.9. Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2020 r.	191
Chart 3.9. The share of health care providers HP in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2020	191
Wykres 3.10. Wkład świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wartość dodaną brutto dla gospodarki narodowej na tle wybranych sekcji PKD w 2020 r.	192
Chart 3.10. Contribution of health care providers HP to the value added gross for the national economy against the background of selected PKD sections in 2020	192
Wykres 4.1. Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania	203
Chart 4.1. Number of people who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service or in the powiat's – the place of residences	203
Wykres 4.2. Poradnie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień	211
Chart 4.2. Mental health and addiction treatment outpatient departments	211
Wykres 4.3. Porady udzielone pacjentom w wieku do 18 lat w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień	212
Chart 4.3. Consultations provided to patients aged under 18 in mental health and addiction treatment outpatient departments	212

Wykres 4.4. Porady udzielone pacjentom w wieku do 18 lat w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień wg województw	213
Chart 4.4. Consultations provided to patients aged under 18 in mental health and addiction treatment outpatient departments by voivodships	213
Wykres 4.5. Leczeni w wieku do 18 lat w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji wg rodzaju zaburzeń w 2022 r.	215
Chart 4.5. Persons aged under 18 treated in clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions by type of disorders in 2022	215
Wykres 4.6. Pacjenci w wieku do 18 lat na oddziałach dziennych dla dzieci wg rodzaju oddziału	216
Chart 4.6. Patients aged under 18 in children's day care wards by type of ward	216
Wykres 4.7. Zamachy samobójcze wśród osób w wieku do 18 lat	217
Chart 4.7. Suicide attempts among persons aged under 18	217
Wykres 4.8. Osoby w wieku do 18 lat, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrii w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym	217
Chart 4.8. Persons aged under 18 who received mental health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms under the outpatient treatment	217
Wykres 4.9. Łóżka na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych	218
Chart 4.9. Beds in children's psychiatric wards of general and psychiatric hospitals	218
Wykres 4.10. Leczeni stacjonarnie w wieku do 18 lat na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych	219
Chart 4.10. Inpatients aged under 18 in psychiatric wards of general hospitals	219
Wykres 4.11. Leczeni stacjonarnie na oddziałach dziecięcych w szpitalach psychiatrycznych	219
Chart 4.11. Inpatients in children's wards of psychiatric hospitals	219
Wykres 4.12. Leczeni stacjonarnie na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych wg województw w 2023 r.	221
Chart 4.12. Inpatients in children's psychiatric wards of general and psychiatric hospitals by voivodships in 2023	221
Wykres 4.13. Łóżka i pacjenci zakładów długoterminowej opieki psychiatrycznej dla dzieci w 2023 r. ...	223
Chart 4.13. Beds and inpatients of children's long term care psychiatric facilities in 2023	223

Spis map

List of maps

Mapa 1.1.	Zapadalność na gripę wraz z podejrzeniami zachorowań na 100 tys. ludności wg województw	40
Map 1.1.	Influenza incidence and suspected cases per 100 thousand population by voivodships ...	40
Mapa 1.2.	Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r.	42
Map 1.2.	Incidences of invasive diseases per 100 thousand population by voivodships in 2023	42
Mapa 1.3.	Zachorowalność na nowotwory złośliwe ^a na 100 tys. ludności wg płci i województw w 2021 r.	47
Map 1.3.	New cases of malignant neoplasms ^a per 100 thousand population by sex and voivodships in 2021	47
Mapa 2.1.	Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2023 r.	54
Map 2.1.	Blood Centres and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2023	54
Mapa 2.2.	Krwiodawcy według województw w 2023 r.	56
Map 2.2.	Blood donors by voivodships in 2023	56
Mapa 2.3.	Szpitala ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności wg województw w 2023 r.	59
Map 2.3.	General hospitals per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2023	59
Mapa 2.4.	Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2023 r.	77
Map 2.4.	Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2023	77
Mapa 2.5.	Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2023 r.	77
Map 2.5.	Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2023 .	77
Mapa 2.6.	Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2023 r.	81
Map 2.6.	Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2023	81
Mapa 2.7.	Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw w 2023 r.	81
Map 2.7.	Inpatients in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2023	81
Mapa 2.8.	Uzdrowiska w Polsce w 2023 r.	85
Map 2.8.	Health resort areas in Poland in 2023	85
Mapa 2.9.	Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2023 r.	87
Map 2.9.	Beds in health resort facilities by voivodships in 2023	87
Mapa 2.10.	Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2023 r.	90
Map 2.10.	Inpatients in health resort facilities by voivodships in 2023	90
Mapa 2.11.	Przychodnie i praktyki lekarskie wg województw w 2023 r.	104
Map 2.11.	Out-patient department and doctor practices by voivodships in 2023	104

Mapa 2.12. Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca wg województw w 2023 r.	109
Map 2.12. Consultations in out-patient health care per capita by voivodships in 2023	109
Mapa 2.13. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r.	114
Map 2.13. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2023	114
Mapa 2.14. Zespoły ratownictwa medycznego i osoby, którym udzielono pomocy medycznej w miejscu zdarzenia na 1 tys. ludności wg województw w 2023 r.	116
Map 2.14. Emergency rescue teams and persons who received health care benefits in the place of occurrence per 1 thousand population by voivodships in 2023	116
Mapa 2.15. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2023 r.	119
Map 2.15. Median time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence place in 2023	119
Mapa 2.16. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz wyjazdy, w których czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego przekroczył ustawowe normy w 2023 r.	120
Map 2.16. Calls of emergency rescue teams unrelated to the state of sudden health threat and calls of emergency rescue teams with exceeded arrival time regarding the statutory standard in 2023	120
Mapa 2.17. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2023 r.	122
Map 2.17. Hospital emergency wards and admission rooms by voivodships in 2023	122
Mapa 2.18. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć na 1 tys. ludności wg województw w 2023 r.	124
Map 2.18. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms per 1 thousand population by voivodships in 2023	124
Mapa 2.19. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny wg powiatów w 2023 r.	131
Map 2.19. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2023	131
Mapa 2.20. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg województw w 2023 r.	134
Map 2.20. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships in 2023	134
Mapa 2.21. Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2023 r.	136
Map 2.21. Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2023	136
Mapa 2.22. Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.	137
Map 2.22. Number of electronic prescriptions per capita poviats in 2023	137
Mapa 2.23. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r. .	140
Map 2.23. Medicine sale value per capita poviats in 2023	140
Mapa 2.24. Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.	141
Map 2.24. Medicine reimbursement value per capita poviats in 2023	141
Mapa 2.25. Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r. .	142
Map 2.25. Value of patients' subsidies to medicines per capita poviats in 2023	142
Mapa 2.26. Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2023 r.	143
Map 2.26. Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2023	143

Mapa 2.27.	Wartość sprzedaży leków na receptę związanych z układem sercowo-naczyniowym w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.	145
Map 2.27.	Sales value of prescription medicines related to the cardiovascular system per capita poviast in 2023	145
Mapa 2.28.	Wartość sprzedaży leków na receptę związanych z przewodem pokarmowym i metabolizmem w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.	146
Map 2.28.	Sales value of prescription medicines related to the alimentary tract and metabolism system per capita in poviast in 2023	146
Mapa 2.29.	Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2023 r.	157
Map 2.29.	Doctors working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2023	157
Mapa 2.30.	Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2023 r.	158
Map 2.30.	Dentists working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2023	158
Mapa 2.31.	Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2023 r.	159
Map 2.31.	Nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2023	159
Mapa 2.32.	Położne pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wg województw w 2023 r.	160
Map 2.32.	Midwives working directly with patient per 10 thousand females by voivodships in 2023	160
Mapa 2.33.	Fizjoterapeuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2023 r.	161
Map 2.33.	Physiotherapists working directly with patient per 10 thousand population by voivodships in 2023	161
Mapa 4.1.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w 2023 r.	195
Map 4.1.	People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population in 2023	195
Mapa 4.2.	Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2023 ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2022.	196
Map 4.2.	The difference in the number of people who have benefited in 2023 from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population compared to 2022	196

Mapa 4.3.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2023 r.	197
Map 4.3.	People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviats – the place of residences, per 1 thousand population in 2023	197
Mapa 4.4.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2023 r.	198
Map 4.4.	People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) finances by the National Health Fund, in a different poviats than the poviats place of residences, per 1 thousand population in 2023	198
Mapa 4.5.	Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2023 r.	199
Map 4.5.	Percentage of patients – population of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – population of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2023	199
Mapa 4.6.	Różnica w odsetku pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2023 r. w porównaniu do roku 2022	200
Map 4.6.	The difference in the percentage of patients – population of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – population of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2023 compared to 2022	200
Mapa 4.7.	Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsca zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2023 r.	201
Map 4.7.	Percentage of patients – population of poviats who migrated to poviats other than the poviats – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund in 2023	201
Mapa 4.8.	Zmiana w korzystaniu przez mieszkańców powiatów z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, w 2023 r. w porównaniu do roku 2022	204
Map 4.8.	Change in the use of outpatient health care by poviats inhabitants, regardless of the place where the service was provided, in 2023 compared to 2022	204

Mapa 4.9. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie szpitalne na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2023 r.	206
Map 4.9. Percentage of patients – citizens of Ukraine who received hospital services in a hospital ward typical for the first reference level in the poviát in the total number of patients in 2023	206
Mapa 4.10. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2023 r.	207
Map 4.10. Percentage of patients – citizens of Ukraine who received in out-patient specialized health care in the poviát in the total number of patients in 2023	207
Mapa 4.11. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2023 r.	208
Map 4.11. Percentage of patients – citizens of Ukraine who received in primary health care in the poviát in the total number of patients in 2023	208
Mapa 4.12. Podmioty systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wg województw w 2023 r.	210
Map 4.12. Providers of the child and adolescent mental health care system by voivodships in 2023	210
Mapa 4.13. Poradnie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień oraz porady udzielone pacjentom w wieku do 18 lat na 10 tys. ludności w tym wieku wg województw w 2023 r.	214
Map 4.13. Mental health and addiction treatment outpatient departments and consultations provided to patients aged under 18 per 10 thousand population at this age by voivodships in 2023	214
Mapa 4.14. Leczeni stacjonarnie na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych wg województw w 2023 r.	220
Map 4.14. Inpatients in the children's psychiatric wards of general and psychiatric hospitals by voivodships in 2023	220

Objaśnienia znaków umownych

Symbols

Symbol Symbol	Opis Description
Kreska	(-) zjawisko nie wystąpiło magnitude zero
Kropka	(.) brak informacji no data
Znak	(x) wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe not applicable
"w tym" "of which"	oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy indicates that not all elements of the sum are given
Zero	(0) zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,5 magnitude not zero, but less than 0.5 of a unit

Ważniejsze skróty

Main abbreviations

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
AOS	Ambulatoryjna Specjalistyczna Opieka Zdrowotna Out-patient specialist health care
CU	Centrum urazowe Trauma center
Eurostat	Europejski Urząd Statystyczny European Statistical Office
GUS	Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland
HEMS	Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego Helicopter Emergency Medical Service
IPIN	Instytut Psychiatrii i Neurologii Institute of Psychiatry and Neurology
IGiChP	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Institute of Tuberculosis and Lung Diseases
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego Local government units
KIF	Krajowa Izba Fizjoterapeutów Polish Chamber of Physiotherapists
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Agricultural Social Insurance Fund
LZRM	Lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego Medical Air Rescue Team
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej Ministry of National Defence

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Ministry of Family and Social Policy
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji Ministry of the Interior and Administration
MZ	Ministerstwo Zdrowia Ministry of Health
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia National Health Fund
NIL	Naczelna Izba Lekarska Polish Chamber of Physicians and Dentists
NiPiP	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych General Chamber of Nurses and Midwives
NRZ	Narodowy Rachunek Zdrowia National Health Account
NIZP PZH–PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy National Institute of Public Health NIH – National Research Institute
NTS	Klasyfikacja Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych Nomenclature of territorial units for statistics
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju Organisation for Economic Co-operation and Development
PBSSP	Program badań statystycznych statystyki publicznej Programme of public statistics
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych State Fund for the Rehabilitation of the Disabled
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna Primary health care
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne State Emergency Medical Services
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Register of Entities providing health care
SHA	System Narodowych Rachunków Zdrowia System of Health Accounts
SOR	Szpitalny oddział ratunkowy Hospital emergency ward
SWD PRM	System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego Support System for the State Emergency Medical Services
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia World Health Organisation
ZRM	Zespół ratownictwa medycznego Emergency rescue teams
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Social Insurance Institution

Synteza

Stan zdrowia¹

W 2023 r., w porównaniu do 2022 r., zarejestrowano w Polsce wzrost liczby zachorowań na choroby zakaźne takie jak: szkarlatyna, borelioza z Lyme, salmonelloza, wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, krztusiec, wirusowe zapalenie opon mózgowych, wirusowe zapalenie mózgu, bakteryjne zapalenie opon mózgowych lub mózgu, różyczka, świnka, tężec, odra, czerwotka bakteryjna.

W 2023 r. zarejestrowano 44,8 tys. przypadków szkarlatyny, 3,5-krotnie więcej niż w roku poprzednim.

Także liczba zachorowań na boreliozę z Lyme, chorobę bakteryjną przenoszoną na człowieka przez kleszcze, była kolejny rok z rzędu wyższa – 25,3 tys. przypadków, o 45,6% zachorowań więcej niż w 2022 r.

Kolejną chorobą, której liczba zachorowań w skali kraju była wyższa niż w 2022 r. jest salmonelloza – zarejestrowano 10,3 tys. zakażeń, o 57,4% zachorowań więcej.

Spośród nawo rejestrowanych zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby, podobnie jak przed rokiem, najwięcej zachorowań odnotowano dla wirusowego zapalenia wątroby typu C – 3 267 przypadków, o 739 zachorowań więcej niż w 2022 r. Wirusowe zapalenie wątroby typu B zarejestrowano u 3 142 osób (o 642 więcej niż w roku poprzednim).

W 2023 r. odnotowano blisko 2,5-krotnie więcej zachorowań na krztusiec – 922 przypadki, o 551 przypadków więcej niż przed rokiem.

Zarejestrowano więcej chorób mózgu i opon mózgowych zarówno pochodzenia wirusowego, jak i bakteryjnego – 2,2 tys. zachorowań, ponad 1,5-krotnie więcej niż w 2022 r.

W 2023 r. odnotowano 246 przypadków różyczki (o 99 więcej niż w 2022 r.), 966 zachorowań na świnkę (o 44 więcej), 35 przypadków odry i 13 zachorowań na tężec (po 8 przypadków więcej).

Spośród rzadkich chorób przewodu pokarmowego, zarejestrowano 50 przypadków zachorowań na czerwotkę bakteryjną (o 7 więcej niż w 2022 r.).

W 2023 r. w porównaniu do 2022 r., na terenie kraju odnotowano spadek zachorowań na choroby zakaźne takie jak m. in.: zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy, zapalenie jelit wywołane przez *Clostridium difficile* czy biegunki u dzieci do lat 2.

W 2023 r. było blisko 6-krotnie mniej (5,6) zarejestrowanych zachorowań na zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy w porównaniu do 2022 roku (6,1 tys. przypadków zakażeń). Także w przypadku zapalenia jelit wywołanego przez *Clostridium difficile* rozpoznano mniej zachorowań (21,3 tys. przypadków, o 295 zachorowań mniej). W 2023 r. odnotowano o 30,3% mniej biegunek u dzieci do lat dwóch o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej (20,8 tys. zachorowań).

W 2023 r. zarejestrowano 4 436 zachorowań na gruźlicę² płucną i pozapłucną, o 122 przypadków więcej niż przed rokiem, natomiast z powodu kiły i rzeżączki, w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych leczonych było 3,3 tys. osób³, o 19,1% (tj. o 537 osób) więcej niż w roku 2022.

¹ Źródła danych: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Centrum e-Zdrowia (w zakresie chorób wenerycznych), Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej–Curie – Państwowy Instytut Badawczy (dane dostępne z blisko dwuletnim opóźnieniem), Instytut Psychiatrii i Neurologii (dane dostępne z rocznym opóźnieniem).

² Dotyczy wszystkich przypadków gruźlicy, nowych i wznów, potwierdzonych i niepotwierdzonych bakteriologicznie.

³ Dotyczy pacjentów leczonych nowo zarejestrowanych oraz ogółem objętych opieką w roku sprawozdawczym.

W 2021 r. odnotowano w kraju 166,6 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe⁴, o 17,2% więcej w porównaniu do 2020 r. Struktura zachorowań ze względu na umiejscowienie nowotworu, rozpatrywana ogółem dla obu płci łącznie, była zbliżona do struktury zachorowań w 2020 r. Trzy rodzaje umiejscowień zmian nowotworowych: narządy płciowe (32,1 tys. przypadków zachorowań), narządy trawienne (31,4 tys. zachorowań) i narządy oddechowe i klatki piersiowej (23,2 tys. zachorowań) odpowiadały za ponad połowę (52,1%) nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w kraju.

W 2022 r. w systemie ambulatoryjnym w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej leczonych było łącznie 1 955,3 tys. osób, o 4,3% więcej niż w 2021 r. Struktura grup rozpoznanych chorób psychicznych w 2022 r. była zbliżona do struktury chorób diagnozowanych w 2021 r. Największy udział stanowiły rozpoznania zaliczane do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 87,7% ogółu zarejestrowanych pacjentów (1 714,8 tys. osób, o 4,1% więcej niż w 2021 r.), a spośród nich 40,3% stanowiły osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe (o 0,5 p. proc. mniej niż w 2021 r.).

Krwiodawstwo

W 2023 r. funkcjonowały 23 Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (w tym 2 resortowe) oraz 135 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 640,2 tys. osób (o 18,1 tys. więcej niż w roku poprzednim). W 2023 r. pobrano 1 501,4 tys. donacji krwi i jej składników (74,2 tys. więcej niż w 2022 r.). Krwiodawcy przekazali łącznie 1 358,0 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 611,1 tys. litrów (55,1 tys. donacji więcej niż przed rokiem). Wśród dawców 80,2% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz (dawcy wielokrotni stali i powtórni). Najwięcej krwi pełnej pobrano w województwie śląskim. Średnio w kraju na 10 tys. ludności przypadało 169,8 krwiodawców. Największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie podlaskim – 264,7⁵.

Stacjonarna opieka zdrowotna

Leczenie szpitalne jest formą kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem, którego stan zdrowia wymaga badań, zabiegów, rehabilitacji itp. niemożliwych do wykonania w trybie ambulatoryjnym. Szpitale zapewniają całodobową, stacjonarną opiekę lekarską i pielęgniarską lub położniczą we wszystkie dni tygodnia (z wyjątkiem tzw. szpitali dziennych, które oferują tylko leczenie jednego dnia). W 2023 r. na terenie kraju funkcjonowały 894 stacjonarne szpitale ogólne dysponujące 161,2 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,4 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 42,8 łóżek na 10 tys. mieszkańców, co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 233 mieszkańców (o 3 więcej niż w 2022 r.). Hospitalizowanych było prawie 7 159,5 tys. pacjentów (o 3,8% więcej niż w roku poprzednim), a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 4 276,9 tys. pacjentów, tj. o 6,0% więcej niż w 2022 r.

Innym rodzajem opieki medycznej jest stacjonarna opieka długoterminowa, sprawowana nad pacjentem zdiagnozowanym, o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu. Opieka ta świadczona jest w zakładach opiekuńczo–lecniczych oraz pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W 2023 r. odnotowano ogółem 624 zakłady stacjonarnej opieki długoterminowej, o 13 więcej niż w 2022 r. Baza łóżkowa wyniosła 39,0 tys., o 4,8% łóżek więcej niż przed rokiem. Opieką stacjonarną objęto ponad 67,1 tys. osób (o 2,7% więcej), przy czym 12,3% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej.

Odminną formę opieki zdrowotnej stanowi leczenie psychiatryczne. Do zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (łącznie z MONAR), zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii

⁴ Dane nie obejmują grupy nowotworów in situ (D00-D09) klasyfikacji ICD-10; dotyczą nowotworów złośliwych (C00-C97).

⁵ W przekroju terytorialnym bez danych MON i MSWiA.

sądowej. W 2023 r. na terenie kraju funkcjonowały 62 szpitale psychiatryczne, dysponujące 17,2 tys. łóżek (o 3,2% więcej niż w końcu 2022 r.). Przebywało w nich 192,3 tys. pacjentów, o 7,1% więcej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowały 54 placówki opieki całodobowej przeznaczone dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym MONAR). Dysponowały one łącznie prawie 2,5 tys. łóżek i skorzystało z nich 9,6 tys. osób uzależnionych (o 5,5% więcej niż w 2022 r.).

Lecznictwo uzdrowiskowe stanowi często kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, albo ma na celu ogólną poprawę stanu zdrowia pacjenta. Na koniec roku 2023 szpitale uzdrowiskowe i sanatoria uzdrowiskowe dysponowały łącznie 45,7 tys. łóżek (o 68 łóżek więcej niż w 2022 r.). Z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym skorzystało 819,2 tys. osób (o 10,4% więcej niż przed rokiem), natomiast w trybie ambulatoryjnym przyjęto 84,6 tys. osób (o 8,5% więcej niż rok wcześniej). Około 82,8% łóżek udostępnionych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego znajdowało się w sanatoriach, które przyjęły 80,3% ogółu kuracjuszy przebywających w uzdrowiskach.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowią ważny element w systemie ochrony zdrowia. Od ich sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego procesu leczenia pacjenta i sprawność systemu opieki medycznej.

W 2023 r. funkcjonowało 23,5 tys. przychodni (o 859 więcej niż w roku poprzednim). W przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych nadal występuje tendencja spadkowa. Odnotowano 3,2 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 8,7% mniej niż w 2022 r.), przy czym 2,6 tys. (81,5%) z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (o 9,2% mniej niż w poprzednim roku).

W 2023 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 352 mln porad⁶ (o prawie 17 mln więcej niż w roku poprzednim).

W strukturze porad największą część (52,2%) stanowiły porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, 37,8% dotyczyło opieki specjalistycznej, a 10,1% porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 86,1% wszystkich porad ambulatoryjnych, z czego 47,2% dotyczyło opieki podstawowej, 42,7% – specjalistycznej, a 10,2% stanowiły porady stomatologiczne. Na obszarach wiejskich w strukturze porad ambulatoryjnych dominowały zdecydowanie te w zakresie opieki podstawowej (83,0%), a pozostałe porady stanowiły odpowiednio: 7,6% i 9,4% ogółu porad.

Ratownictwo medyczne

W 2023 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) funkcjonowało 1 617 zespołów ratownictwa medycznego (o 25 więcej niż przed rokiem) oraz 21 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Zrealizowały one prawie 2,8 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia (o 289,8 tys. mniej niż w 2022 r.).

Na 1 000 ludności przypadały 74 osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej (82 osoby w 2022 r.). W porównaniu z rokiem poprzednim nie zmieniła się znacząco struktura wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Połowę (50,1%) osób, które wymagały pomocy medycznej, stanowiły osoby w wieku 65 lat lub więcej. Pomocy medycznej udzielano tak samo często mężczyznom (50,1%), jak i kobietom (49,9%).

⁶ łącznie z poradami udzielonymi w placówkach podległych resortom MON i MSWiA, bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych. łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych.

W roku 2023 lotnicze zespoły ratownictwa medycznego wykonały 8 078 lotów. Śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego najczęściej wzywane były do wypadków komunikacyjnych i pomocy ich ofiarom, udarów mózgu, nagłego zatrzymania krążenia oraz urazów.

W ramach systemu PRM pomocy medycznej udzielało również 246 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 2 więcej niż przed rokiem). Ponadto, z systemem współpracowało 155 izb przyjęć (o 2 mniej niż w 2022 r.), 17 centrów urazowych oraz 11 centrów urazowych dla dzieci.

Apteki

W 2023 r. na terenie Polski zbadano 11 473 apteki ogólnodostępne (o 184 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe i 1 091 punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (11 466) należały do prywatnych właścicieli. W 2023 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało 3,3 tys. osób, w tym 2,3 tys. osób w miastach. Liczba ludności przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny na wsi wyniosła 5,3 tys. W 2023 r., podobnie jak w roku poprzednim, stałe dyżury nocne pełniło 2,2% aptek ogólnodostępnych. Ponad 15% placówek pełniło dyżury okresowo. W 2023 r. jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych posiadało 78,5% aptek (podobnie jak rok wcześniej). Były to najczęściej pochylnie, podjazdy, platformy. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu prowadziło 197 aptek ogólnodostępnych.

Sprzedaż leków na receptę

W 2023 r. wystawiono 495 mln recept (o 41,8 mln więcej niż przed rokiem), z czego 96,6% elektronicznych (w 2022 r. odsetek recept elektronicznych w ogólnej liczbie recept wyniósł 95,8%). W roku 2023 wartość sprzedaży wszystkich leków na receptę wyniosła 26,1 mld zł, natomiast wartość refundacji to 10,5 mld zł (40,4%).

Wartość sprzedaży w leków na receptę w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski wyniosła w 2023 r. 692,6 zł, z czego 413,0 zł stanowiła dopłata pacjenta. Największa wartość sprzedaży leków na receptę, na jednego mieszkańca, wystąpiła w województwie łódzkim (782,6 zł), a najmniejsza – w podkarpackim (585,6 zł). Największy udział w wartości sprzedanych leków w 2023 r. miały leki związane z układem sercowo-naczyniowym (19,2%) oraz przewodem pokarmowym i metabolizmem (18,9%).

Kadra medyczna

W 2023 r. wzrosła liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w podstawowych grupach zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Największy przyrost względny w 2023 r. zarejestrowano w grupie fizjoterapeutów (wzrost o 4,2%) i lekarzy (wzrost o 2,7%).

Zwiększyła się również liczba osób pracujących z pacjentem we wspomnianych wyżej podstawowych grupach zawodów medycznych. Największy wzrost, w porównaniu do poprzedniego roku, zaobserwowano w grupie lekarzy (o 7,6%).

Zarówno w grupie osób posiadających prawo wykonywania zawodu, jak i osób pracujących bezpośrednio z pacjentem od lat obserwuje się feminizację zawodów medycznych wśród lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów. Dominacja kobiet widoczna jest przede wszystkim w zawodach położnej (99,8%) i pielęgniarki (96,4%), ale także w zawodzie farmaceuty (83,2%). Wśród lekarzy dentystów odsetek kobiet wyniósł w 2023 r. 74,0%, a wśród fizjoterapeutów – 73,2%. Najniższy odsetek kobiet w ogólnej liczbie osób pracujących z pacjentem odnotowano w zawodzie lekarza, chociaż i w tej grupie kobiety stanowiły większość – 58,7%.

W 2023 r. zwiększyła się liczba specjalistów we wszystkich specjalizacjach uznanych za priorytetowe – od 0,8% w dziedzinie stomatologii dziecięcej do 5,2% w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Służba medycyny pracy

W 2023 r. zarejestrowano 5 422 jednostki podstawowe służby medycyny pracy (SMP), w tym prowadzone w ramach: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego (2 608), indywidualnych praktyk lekarskich (2 214), samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (578) oraz grupowych praktyk lekarskich (22). W porównaniu z poprzednimi latami struktura jednostek podstawowych SMP nie zmieniła się istotnie.

Narodowy Rachunek Zdrowia

System rachunków zdrowia (SHA 2011) jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny i zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Narodowe Rachunki Zdrowia (NRZ) umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy wydatków.

Zgodnie z ostatecznymi danymi Narodowego Rachunku Zdrowia za 2022 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 196,2 mld zł, co stanowiło 6,3% PKB. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (HC.1 – 60,1%). Natomiast wstępne szacunki za 2023 r. wyniosły 238,3 mld zł, co stanowiło 7,0% PKB.

Nakłady publiczne na ochronę zdrowia

Nakłady na ochronę zdrowia opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia są formą określania wydatków na ochronę zdrowia – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 131c (Dz. U. 2024 poz. 146), odnoszą się wyłącznie do środków publicznych i nie ograniczają się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmują wydatków samorządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2023 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 165,5 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich wykonanie wyniosło 184,8 mld zł (w tym 0,3 mld zł z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i 0,8 mld zł z Funduszu Pomocy przekazanych NFZ), co stanowi 7,05% PKB (z roku N-2⁷). Warto zauważyć, że środki te w roku 2023 były o około 33,8 mld zł wyższe (o 22,4%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2022 r.

Satelitarny rachunek zdrowia

Satelitarny rachunek zdrowia⁸ pozwala ocenić udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP⁹ w gospodarce narodowej. W 2020 r. wartość produkcji globalnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 175 853,0 mln zł i w porównaniu z 2019 r. wzrosła o 3,1%. Wartość zużycia pośredniego dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 69 929,9 mln zł, natomiast wartość dodana brutto 105 923,0 mln zł (odpowiednio spadek o 3,3% i wzrost o 7,9% w stosunku do roku poprzedniego). Udział

⁷ Literą N oznaczono rok bieżący, a N-2 rok o 2 lata wcześniejszy.

⁸ Z uwagi na dostępność danych wykorzystywanych do obliczeń, a pochodzących m.in. z Narodowego Rachunku Zdrowia, wyniki satelitarnego rachunku zdrowia są publikowane z 4-letnim opóźnieniem.

⁹ Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji wydatków ICHA (International Classification for Health Accounts).

świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tworzeniu produkcji globalnej brutto dla gospodarki narodowej wyniósł 3,8%, natomiast w generowaniu wartości dodanej brutto – 5,1%.

Szacunki satelitarnego rachunku zdrowia dostarczają również informacji dotyczących podaży i wykorzystania dóbr i usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz nakładów inwestycyjnych. W 2020 r. produkcja globalna dóbr i usług w ochronie zdrowia HC osiągnęła wartość 190 995,7 mln zł, o 2,8% więcej niż w roku poprzednim. Spożycie ogółem wyniosło 153 487,7 mln zł, z czego 72,2% dotyczyło instytucji rządowych i samorządowych. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wartość spożycia wyniosła 4 020 zł (w 2019 r. – 3 851 zł). Wydatki poniesione w gospodarce narodowej przez inwestorów na budowę, zakup lub ulepszenie środków trwałych przeznaczonych dla potrzeb ochrony zdrowia w 2020 r. wyniosły 9 465,5 mln zł (tj. wzrost o 9,8% w porównaniu z 2019 r.).

Synthesis

State of health¹⁰

In 2023, compared to 2022, an increase in the number of cases of infectious diseases such as: scarlet fever, Lyme disease, salmonellosis, hepatitis C and B, whooping cough, viral meningitis, viral encephalitis, bacterial meningitis and/or encephalitis, rubella, mumps, tetanus, measles, shigellosis was registered in Poland.

In 2023, 44.8 thousand cases of scarlet fever were registered, 3.5 times more than in the previous year.

Also, the number of cases of Lyme borreliosis, a bacterial disease transferred to human beings by ticks, was higher for another year in a row – 25.3 thousand of cases, 45.6% more cases than in 2022.

Another disease which number of cases nationwide was higher than in 2022 was salmonellosis. In 2023 were registered 10.3 thousand of salmonellosis infections, 57.4% more cases than a year ago.

Among the newly registered cases of viral hepatitis, similarly to a year ago, the highest number of cases was recorded for hepatitis C – 3 267 cases, which is 739 cases more than in 2022. Hepatitis B was registered in 3 142 people (642 cases more than in the previous year).

In 2023, there were 2.5 times more cases of whooping cough (pertussis) – 922 cases, 551 more than a year ago. More meningitis and encephalitis diseases of both viral and bacterial origin were registered – 2.2 thousand of cases, over 1.5 times more than in 2022.

In 2023, there were 246 cases of rubella (99 more than in 2022), 966 cases of mumps (44 more cases), 35 cases of measles and 13 cases of tetanus (8 cases more each).

Among rare gastrointestinal diseases, 50 cases of shigellosis were registered (7 cases more than in 2022).

In 2023, compared to 2022, there was a decrease on a national level of diseases such as: rotavirus enteritis, Clostridium difficile enteritis, diarrhoea in children up to 2 years of age.

In 2023, there were almost 6 times less registered cases of rotavirus enteritis (6.1 thousand cases) compared to the previous year. Also in case of enteritis caused by Clostridium difficile, fewer cases were diagnosed (21.3 thousand cases, 295 cases less). In 2023, there were 30.3% less recorded diarrhea infections of unidentified etiology in children under two years of age (20.8 thousand of cases).

In 2023, 4 436 cases of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis¹¹ were registered and it was 2.8% (i.e. 122 cases) more than a year ago. In dermatology and venereology clinics due to syphilis and gonorrhea 3.3 thousand of people¹² were treated and it was increase by 19.1% (i.e. 537 people more) than in 2022.

In 2021 in the country, 166.6 thousand new cases of malignant neoplasms¹³ were recorded, 17.2% more than in 2020. The structure of diseases by location of the cancer, considered for both sexes together, was similar to the structure of diseases in 2020. Three types of cancer locations: genital organs (32.1 thousand cases), digestive organs (31.4 thousand cases) and respiratory and thoracic organs (23.2 thousand cases) accounted for more than half (52.1%) of new cases of malignant neoplasms in the country.

¹⁰ Data sources: The National Institute of Public Health NIH – National Research Institute, The Maria Skłodowska–Curie National Research Institute of Oncology – National Research Institute, Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Institute of Psychiatry and Neurology. In the field of venereal diseases - data from the e-Health Center.

¹¹ Data include all cases of tuberculosis, new and relapses, bacteriologically confirmed and unconfirmed.

¹² It applies to newly registered patients and all those under care in the reporting year.

¹³ The data do not include the group of neoplasms in situ (D00-D09) of the ICD-10 classification; data concern malignant neoplasms (C00-C97).

In 2022 a total of 1 955.3 thousand people were provided with outpatient psychiatric care, which is 4.3% people more than in 2021. The structure of groups diagnosed with mental illnesses in 2022 was similar to the structure of diseases diagnosed in 2021. The largest share were diagnoses classified as mental disorders and behavioral disorders – 87.7% of all registered patients (1 714.8 thousand people, 4.1% more than in 2021) and of these, 40.3% were people suffering from neurotic disorders¹⁴ (0.5 percentage points less than in 2021).

Blood donation

In 2023, there were 23 regional blood donation centers (including 2 departmental) and 135 local collection sites (including 7 under the responsibility of the Ministry of National Defense). The group of blood donors numbered 640.2 thousand people (18,1 thousand more than in the previous year). In 2023, 1,501.4 thousand donations of blood and its components were collected (74,2 thousand more than in 2022). Blood donors donated a total of 1,358.0 thousand whole blood donation, i.e. approximately 611.1 thousand liters. (55,1 thousand donation more than the year before). Among the donors, 80.2% were those who donated blood more than once, i.e. multiple regular and repeat donors. The biggest amount of whole blood was collected in Śląskie voivodship. In the country there were 169.8 blood donors per 10 thousand of population. The largest number of blood donors per 10 thousand citizens was in Podlaskie voivodship – 264.7¹⁵.

Stationary health care

Hospital treatment is a form of comprehensive medical care for patients whose health condition requires tests, treatments, rehabilitation etc. that cannot be carried out in an ambulatory mode. Hospitals provide 24-hour physician and nursing or obstetric inpatient care on all days of the week (excluding so-called day care hospitals, which only offer one-day treatment). In the country there were 894 inpatient, publicly accessible general hospitals with 161.2 thousand beds. In relation to the number of citizens, it was 2.4 hospitals per 100,000 inhabitants and 42.8 beds per 10,000 inhabitants, which means that on average it was 233 inhabitants per bed (3 more than in 2022). 7,159.5 thousand patients were hospitalized (3.8% more than in the previous year) and 4 276.9 thousand patients were treated in daycare mode in inpatient hospitals and so-called day care hospitals (6.0% more than in 2022).

Another type of medical care is inpatients long-term care, provided to a diagnosed patient with a stable health condition and fixed treatment. It is provided to inpatients in chronic medical care homes as well as nursing homes of all types (i.e. general as well as psychiatric). In 2023, there were a total of 624 inpatients long-term care facilities, 13 more than in 2022. The bed base amounted to 39.0 thousand of beds, 4.8% more than in the previous year. Inpatient care was provided to 67.1 thousand persons (2.7% more) of which 12.3% were psychiatric care patients.

A different form of the health care constitute the psychiatric treatment. Inpatient psychiatric care facilities include psychiatric hospitals, alcohol detoxification centers, addiction recovery centers, including MONAR centers, state and regional centers of forensic psychiatry, psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes. In the country, there were 62 psychiatric hospitals with 17.2 thousand beds (3.2% more than at the end of 2022) that was used by 192.3 thousand patients (7.1% more than in the previous year). Moreover, there were 54 round the clock centers for addicted (addiction recovery centers including MONAR). They had offered 2.5 thousand beds which were used by 9.6 thousand patients (5.5% more than in 2022).

A very popular form of health care is health resort treatment (spa treatment) often constituting a continuation of hospital treatment or outpatient treatment, or at general aimed to improve the health condition of a patient. In 2023 health resort hospitals and sanatoriums had offered 45.7 thousand beds (68 beds more than in 2022). Health resort treatment was provided to 819.2 thousand inpatients (10.4% more)

¹⁴ Including eating disorders and behavioral syndromes.

¹⁵ At the territorial level excluding data of the Ministry of National Defence and the Ministry of Interior and Administration.

and 84.6 thousand outpatients (8.5% more than in the previous year). About 82.8% beds in health resort facilities were located in sanatoriums which admitted 80.3% of all inpatients in health resort treatment.

Ambulatory health care

Primary health care and ambulatory health care constitute an important level in the health care system.

Their condition and proficiency and effectiveness to a large extent depend on the effectiveness of the entire patient treatment process and the efficiency of the medical care system.

In 2023, 23.5 thousand out-patient departments were recorded (859 more than in the previous year). The downward trend in the case of medical and dental practices providing services financed from public funds still has been observed. 3.2 thousand medical and dental practices providing services financed from public funds were recorded (almost 8.7% less than in 2022), of which 2.6 thousand (81.5%) dental practices (9.2% less than in the previous year).

Over the course of 2023, almost 352 million consultations¹⁶ were provided in ambulatory health care (almost 17 million more than the previous year).

In the structure of medical consultations, the main part of the consultations was given by primary health care (52.2%), 37.8% concerned specialist health care and 10.1% were given by dentists. Consultations given in urban areas accounted for 86.1% of all outpatient consultations, of which 47.2% concerned primary health care, 42.7% specialist outpatient care, and 10.2% of consultations was given by dentists. The structure of consultations given in facilities located in rural areas was: 83.0% were for primary care, 7.6% for ambulatory specialized care, and 9.4% for dental consultations.

Emergency Medical Services

In 2023 the State Emergency Medical Services System covered functioning of the 1 617 of emergency rescue teams (25 more than in previous year) and 21 medical air rescue teams. There were almost 2.8 million of calls of the emergency rescue teams (including medical air rescue teams) during which the emergency medical activities were provided (289.8 thousand less than in 2022).

Per 1,000 population there were 74 persons to whom the emergency rescue teams provided medical treatment (compared to 82 persons in 2022). Compared to the previous year the age structure of persons who received health care benefits in the place of occurrence has changed slightly. Half of people (50.1%) who required medical treatment were persons aged 65 and more. There were the same structure of men and women to whom emergency rescue teams provided medical activities (50.1% vs 49.9%).

In 2023, air medical rescue teams performed 8,078 flights. Helicopters of medical air rescue were called mostly to traffic accidents, and provided medical treatment to traffic accidents victims, strokes, sudden cardiac arrests and injuries.

The emergency medical treatment was also offered by 246 hospital emergency wards (2 more than in previous year). The cooperating units role was played by 155 admission rooms (2 less than in 2022), 17 trauma centers and 11 children trauma centers.

Pharmacies

In 2023, there were 11,473 generally available pharmacies examined in Poland (184 less than the year before), 24 dispensaries and 1,091 pharmaceutical outlets. Almost all generally available pharmacies

¹⁶ Including consultations provided in outpatients departments of the Ministry of National Defence and the Ministry of Interior and Administration, without medical practices providing health services exclusively funded by private sources.

(11,466) belonged to private owners. In 2023, there was an of 3.3 thousand citizens per one generally available pharmacy, including 2.3 thousand people in urban areas. The number of population per general available pharmacy and pharmaceutical outlets in rural areas amounted to 5.3 thousand. In 2023, similar to the previous year, there were 2.2% of generally available pharmacies on permanent night duty. More than 15,3% of them were on night duty periodically. In 2023, 78,5% of pharmacies had any facilities for the disabled (as in the previous year). These were most often slipways, driveways, platforms. There were 197 generally available pharmacies which were selling medicinal products via the Internet.

Sale of prescription medicines

In 2023, 495 million prescriptions were issued (41.8 million more than last year), 96.6% of which were electronic (in 2022, the percentage of electronic prescriptions in the total number of prescriptions was 95.8%). This percentage was comparable in all voivodships. In 2023, the sales value of all prescription medicines amounted to PLN 26.1 billion. The reimbursement value is PLN 10.5 billion (40.4%).

The value of sales in prescription medicines per one inhabitant of Poland is PLN 692.6 of which PLN 413.0 was a patient payment; the highest value of sales of prescription medicines occurred in the łódzkie voivodship (PLN 782.6), and the least in the podkarpackie (PLN 585.6). In 2023 the largest share in sales values of prescription medicines were medicines into cardiovascular system (19.2%) and digestive tract and metabolism (18.9%).

Medical Personnel

In 2023, the number of people licensed to practice in the primary groups of medical professions: doctors, dentists, nurses, midwives, physiotherapists, pharmacists and laboratory diagnosticians increased. The uttermost increase in 2023 have been reported in the group of physiotherapists (increase by 4.2%) and doctors (increase by 2.7%).

The number of people working with patients in the above-mentioned basic groups of medical professions has also increased. The largest increase, compared to the previous year, was observed in the group of physicians (by 7.6%).

Similarly to the group of people licensed to practice a profession, the feminization among practising doctors, dentists, pharmacists, nurses, midwives and physiotherapists working directly with patient has been observer for years. Women dominate mainly in the professions of midwife (99.8%) and nurse (96.4%), but also in the group of pharmacists (83.2%). Among dentists, the percentage of women in 2023 was 74.0% and among physiotherapists – 73.2%. The lowest prevalence of women was recorded in the profession of doctor, although in this group women constituted the majority – 58.7%.

In 2023, the number of specialists in all specializations considered priority increased - from 0.8% in the field of pediatric dentistry to 5.2% in the field of child and adolescent psychiatry.

Occupational medicine

In 2023, 5,422 basic occupational medicine units were registered, including those run within: enterprises of a healthcare entity (2,608), individual medical practices (2,214), independent public health care facilities (spzoz) (578) and group medical practices (22). Compared to previous years, the structure of SMP basic units has not changed significantly.

National Health Accounts

The System of Health Accounts (SHA 2011) is an international tool for analysing health care expenditure, which captures them in a comprehensive manner and ensures comparability between countries. National Health Accounts provide a systematic description of financial flows related to the consumption of health care goods and services. Their aim is to describe the health care system from a spending perspective.

According to the National Health Account for 2022, current expenditure on health care amounted to PLN 196.2 billion, which was 6.3% of GDP. The functional structure of expenditure has not changed significantly. The largest part was expenditure on medical services (HC.1 – 60.1%). On the other hand, the preliminary estimates for 2023 amounted to PLN 238,3 billion, which represented 7.0% of GDP.

Public expenditure on health care

The expenditures on health care protection developed by the Ministry of Health is a methodology for determining expenditure on health care – in accordance with the provisions of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds Art. 131c (Journal of Laws of 2024, item 146), refers only to public funds and is not limited to current expenditure (not including local government expenditure). The information provided by the Ministry of Health serves monitoring and evaluating public funding of health care.

In accordance with the Budget Act for 2023 and the initial plan of the National Health Fund, funds amounting to PLN 165.5 billion were planned for this year, which in the course of the year were increased and their implementation amounted to PLN 184.8 billion (including PLN 0.3 billion from the Anti-COVID-19 Fund and PLN 0.8 billion from Aid fund transferred to the National Health Fund), which represents 7.05 % of GDP (from the year N-2). It should be emphasised that in 2023 these funds were about PLN 33.8 billion higher (by 22.4%) than the expenditures allocated to health care in 2022.

Satellite health account

Satellite Health Account¹⁷ allows to assess the share of health care providers HP in the national economy. In 2020, the gross output for healthcare providers amounted to PLN 175,853.0 million and increased by 3.1% compared to the previous year. The intermediate consumption for health care providers amounted to PLN 69,929.9 million, while the gross value added was PLN 105,923.0 million (respectively a decrease of 3.3% and an increase of 7.9% compared to the previous year). The share of health care providers in generating gross output for the national economy was 3.8%, and in generating gross value added – 5.1%.

Estimates of Satellite Health Account also provide information on the supply and use of health care goods and services as well as investments outlays. In 2020, the gross output of health care goods and services HC amounted to PLN 190,995.7 million, 2.8% more than in the previous year. Final consumption expenditure amounted to PLN 153,487.7 million, of which 72.2% by general government. The value of consumption per capita amounted to PLN 4,020 (in 2019 – PLN 3,851). Investments outlays in health care (by the direction of investments) in the national economy by investors for the construction, purchase or improvement of fixed assets intended for health care purposes in 2020 amounted to PLN 9,465.5 million (an increase of 9.8% compared to the previous year).

¹⁷ Due to the late availability of the data used for the calculations, which comes from the e.g. National Health Account, the results of the Satellite Health Account are published with a 4-year delay.

CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ

Part I. Results of surveys

1. STAN ZDROWIA

1. Health status

Dane charakteryzujące stan zdrowia ludności Polski pochodzą z badań resortu zdrowia, realizowanych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej i obejmują zakres danych o stanie zaszczepienia dzieci i młodzieży oraz dane o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne (w tym gruźlicę oraz choroby weneryczne), nowotwory złośliwe, a także na zaburzenia psychiczne i uzależnienia.

1.1. Szczepienia i zachorowania na wybrane choroby zakaźne w 2023 r.

1.1. Vaccination and incidence of selected infectious diseases in 2023

W związku z obowiązkowymi, bezpłatnymi szczepieniami, realizowanymi w ramach Programu Szczepień Ochronnych, popularnie nazywanym Kalendarzem Szczepień, od wielu lat nie odnotowuje się zachorowań na niektóre choroby objęte programem, takie jak nagminne porażenie dziecięce wywołane dzikim szczepem wirusa Polio (Poliomyelitis, inaczej choroba Heinego – Medina), a także zachorowania wywołane wirusem pochodzenia szczepionkowego. W 2023 r. zarejestrowano jeden przypadek zachorowania na błonicę (inaczej dyfteryt, krup) – chorobę, która nie była notowana od wielu lat. Natomiast w przypadku innych chorób zakaźnych objętych od wielu lat szczepieniami, zachorowania wystąpiły sporadycznie lub w niewielkich ilościach. Odsetek dzieci zaszczepionych nadal skutecznie zapobiegał epidemicznym wzrostom zachorowań.

Do szczepień obowiązkowych dzieci i młodzieży, objętych Kalendarzem Szczepień, zaliczamy szczepienia przeciwko: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, krztuścowi, tężcowi, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis), odrze, śwince, różyczce, inwazyjnemu zakażeniu *Streptococcus pneumoniae* (pneumokokowemu), inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu B, zakażeniom wywołanym przez rotawirusy¹⁸.

W 2023 r. dla wszystkich szczepień przeciwko wyżej wymienionym chorobom objętych Kalendarzem Szczepień i wykonanych u młodszych dzieci (w 2, 3 i 7 roku życia dziecka), odnotowano wzrost odsetka dzieci zaszczepionych¹⁹ (Tablica 1.1).

Nieco gorzej wyglądała sytuacja starszych dzieci (w 15 roku życia) w przypadku obowiązkowego szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi. Dla tych szczepień odnotowano niewielki spadek odsetka zaszczepionych, w porównaniu do poprzedniego roku. W 2023 r. szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi otrzymało 85,6% młodych ludzi w 15-stym roku życia, a w 2022 r. było to dla błonicy i tężca – 85,8% osób, a dla krztuśca – 85,7% osób. Także szczepienia na różyczkę, podawane dziewczętom w 14-stym roku życia, otrzymał nieco mniejszy odsetek dziewcząt niż rok wcześniej – 94,0%, wobec 95,0% w 2022 r.

Bardzo ważnym szczepieniem jest szczepionka przeciw gruźlicy, którą w 2023 r. wykonano u 90,9% noworodków²⁰ (247,7 tys. dzieci) i był to wyższy odsetek dzieci zaszczepionych niż w roku poprzednim (w 2022 r. – 90,1% dzieci zostało zaszczepionych).

¹⁸ Choroby wymienione w załączniku do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2022 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2023 (Dz. Urz. Ministra Zdrowia 2022, poz. 113).

¹⁹ Dotyczy dzieci i młodzieży w danej grupie wieku posiadających karty uodpornienia.

²⁰ Odsetek jest podawany w odniesieniu do urodzeń żywych.

Tablica 1.1. Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży wg wieku (w %)

Table 1.1. Vaccination of children and youth (in %)

Szczepienia wykonane przeciw	2021	2022	2023
	odsetek zaszczepionych posiadających karty uodpornienia w % children and youth with the immunization card in a given age group		
Gruźlicy — noworodki zaszczepione szczepionką BCG3 (w ciągu roku) BCG — newborns (during the year)	92,2	90,1	90,9
Błonicy/tężcowi — w roku życia: Diphtheria/tetanus — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne primary vaccination	94,0	94,3	94,5
3 — szczepienie podstawowe (pełne) basic vaccination (full)	83,3	84,9	86,0
7 — szczepienie przypominające I booster dose I	82,8	80,7	81,3
15 — szczepienie przypominające II booster dose II	84,2	85,8	85,6
20 — szczepienie przypominające III booster dose III	75,3	76,3	77,1
Krztuścowi — w roku życia: Whooping cough — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne primary vaccination	94,0	94,3	94,5
3 — szczepienie podstawowe (pełne) basic vaccination (full)	83,8	85,0	86,0
7 — szczepienie przypominające I booster vaccination dose I	82,8	80,7	81,2
15 — szczepienie przypominające II booster dose II	84,2	85,7	85,6
Odrze/śwince/różyczce — w roku życia: Measles/mumps/rubella — at the age of:			
3 — szczepienie podstawowe basic vaccination	90,8	90,9	91,8
11 — szczepienie przypominające booster vaccination	85,6	86,1	88,2
Nagminnemu porażeniu dziecięcemu — w roku życia: Polio — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne primary vaccination	93,9	94,1	94,4
3 — szczepienie podstawowe (pełne) basic vaccination (full)	83,9	84,9	86,0
7 — szczepienie przypominające booster vaccination	82,8	80,7	81,2

Tablica 1.1. Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży wg wieku (w %) (dok.)

Table 1.1. Vaccination of children and youth (in %) (cont.)

Szczepienia wykonane przeciw	2021	2022	2023
	odsetek zaszczepionych posiadających karty uodpornienia w % children and youth with the immunization card in a given age group		
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B — w roku życia: Hepatitis type B — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne primary vaccination	97,2	97,3	97,4
3 — szczepienie podstawowe (pełne) basic vaccination (full)	94,0	95,0	95,2
Zakażeniom wywołanym przez <i>Haemophilus influenzae</i> typu B — w roku życia: <i>Haemophilus influenzae</i> type B — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne primary vaccination	93,8	94,2	94,3
3 — szczepienie podstawowe (pełne) basic vaccination (full)	83,7	85,0	85,9
Zakażeniom wywołanym przez <i>Streptococcus pneumoniae</i> — w roku życia: <i>Streptococcus pneumoniae</i> at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne primary vaccination	94,0	94,3	94,7
3 — szczepienie podstawowe (pełne) basic vaccination (full)	87,9	88,4	89,0
Różyczka — dziewczęta w 14 roku życia Rubella vaccinations — girls aged 14	95,7	95,0	94,0

W 2023 r. w Polsce odnotowano 35 zachorowań na odrę (zapadalność na 100 tys. ludności – 0,09) i 13 zachorowań na tężec (zapadalność na 100 tys. ludności – 0,03). Dla obu chorób było to o 8 przypadków więcej niż przed rokiem. Najwięcej przypadków odry i tężca odnotowano w województwie: mazowieckim (odpowiednio 11 i 4).

W 2023 r. na terenie kraju wystąpiło 922 zachorowań na krztusiec (2,45 przypadku na 100 tys. ludności²¹) i było to blisko 2,5-krotnie więcej w porównaniu do 2022 r. Najwyższa zapadalność na 100 tys. ludności wystąpiła w województwie łódzkim (13,08), a najniższa w podkarpackim (0,43).

W 2023 r. liczba zarejestrowanych nowych przypadków wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B i C zwiększyła się w porównaniu do 2022 r. przy jednoczesnym spadku zachorowań na WZW typu A.

Podobnie jak przed rokiem najwięcej nowych zachorowań odnotowano dla WZW typu C – 3 267 przypadków. Wskaźnik zachorowalności (zapadalność) na 100 tys. ludności wynosił 8,7 przypadku (o 2,0 przypadku więcej niż w 2022 r.). Wskaźnik był najwyższy w województwie zachodniopomorskim (14,5), a najniższy w świętokrzyskim (3,8).

²¹ Wskaźniki dotyczące przeliczeń na ludność zaktualizowano w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do wcześniejszych opracowań.

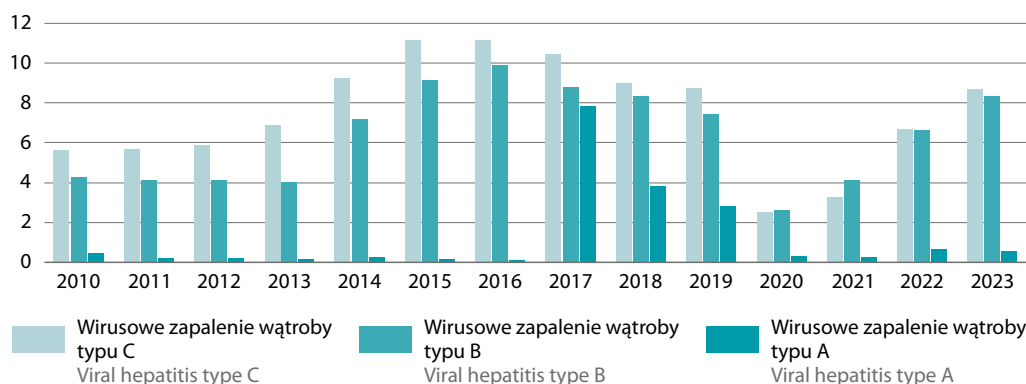
Odnotowano 3 142 zachorowania na WZW typu B, co oznacza 8,3 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 1,7 względem poprzedniego roku). Wskaźnik zapadalności był najwyższy w województwie pomorskim (15,4 przypadku na 100 tys. ludności), a najniższy w warmińsko-mazurskim (0,8).

W odniesieniu do WZW typu A zarejestrowano 206 zachorowań, tj. 0,55 przypadku na 100 tys. ludności (spadek wskaźnika o 0,07 względem roku poprzedniego). Najwyższy wskaźnik zarejestrowano w województwie opolskim (2,77 zachorowania na 100 tys. ludności województwa), a najniższy w województwie lubelskim (0,10).

Analiza występowania wirusowego zapalenia wątroby w dłuższym czasie uwidacznia pewną cykliczność występowania choroby z wyraźnym ograniczeniem liczby nowych zachorowań w latach pandemii COVID-19, wynikającym z wprowadzonych obostrzeń sanitarnych takich jak: obowiązek izolacji, noszenie maseczek oraz rekomendacji częstego mycia rąk.

Wykres 1.1. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby na 100 tys. ludności

Chart 1.1. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population



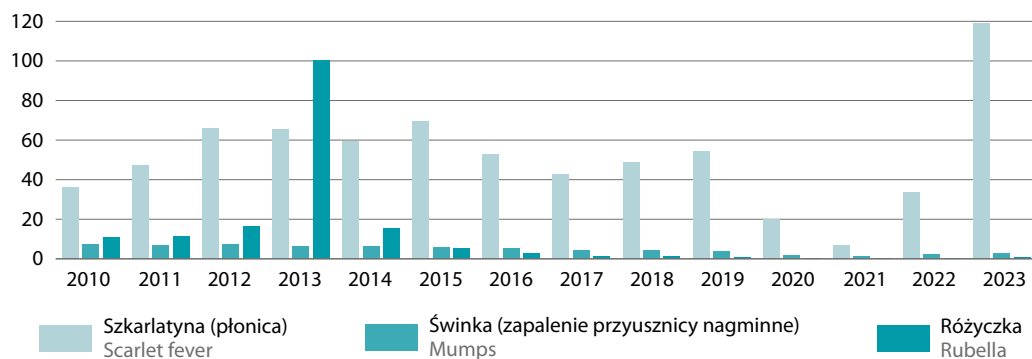
W 2023 r. w skali kraju odnotowano większą niż przed rokiem liczbę zachorowań na różyczkę – 246 zachorowań (o 99 przypadków więcej), było to 0,65 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 0,26). Najwyższy wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności, występował w województwie podkarpackim (1,30), a najniższy wskaźnik odnotowano w województwie lubuskim (0,20). W województwach: lubelskim, opolskim i podlaskim choroba ta w ogóle nie wystąpiła.

W przypadku świnki (nagminne zapalenie przyusznic) w 2023 r. zarejestrowano zwiększoną liczbę zachorowań - 966 przypadków (w 2022 r. – 922 zachorowania). Wskaźnik zapadalności na tę chorobę wynosił 2,6 przypadku na 100 tys. ludności kraju i był najwyższy w województwie: śląskim (3,55), a najniższy w województwie: dolnośląskim (1,25).

Natomiast w przypadku szkarlatyny zaobserwowano blisko 4-krotny (3,5) wzrost liczby zachorowań na tę chorobę (44,8 tys. przypadków), co oznacza 118,8 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 85,4 przypadku w porównaniu do 2022 r. i o 64,5 przypadku więcej w porównaniu do przed pandemicznego 2019 r.). Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy, podobnie jak przed rokiem, w województwie pomorskim (187,2 zachorowań na 100 tys. ludności), a najniższy wskaźnik odnotowano w województwie: dolnośląskim (67,6).

Analiza występowania tych chorób w dłuższym czasie uwidacznia cykliczność występowania szkarlatyny, z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach 2020 i 2021, w związku z pandemią COVID-19 i wprowadzonym reżimem sanitarnym. W przypadku świnki i różyczki, chorób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym, widoczna jest tendencja spadkowa ich występowania, z prawie całkowitym zanikiem różyczki w latach pandemii.

Wykres 1.2. Zapadalność na różyczkę, świnkę i szkarlatynę na 100 tys. ludności
Chart 1.2. Incidence of rubella, mumps and scarlet fever per 100 thousand population



W 2023 r. zarejestrowano duży spadek liczby rozpoznanych zapaleń jelit wywołanych przez rotawirusy. Było to 6,1 tys. zachorowań, tj. 16,2 przypadku na 100 tys. ludności, i było to blisko 6 razy mniej (5,6) niż w 2022 r. i niemal tyle samo mniej (5,5 razy) w porównaniu do przed pandemicznego 2019 r.

Zapadalność na zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy była największa u osób mieszkających w województwie: śląskim (25,9 przypadku na 100 tys. ludności), a najmniejsza w lubuskim (6,4).

W 2023 r. zapalenie jelit wywołane przez *Clostridium difficile* rozpoznano u 21,3 tys. osób (tj. 56,4 przypadków na 100 tys. ludności) i był to wskaźnik zapadalności niewiele niższy niż przed rokiem (o 0,6), ale dużo wyższy (o 26,9) w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy w województwie: łódzkim (90,3), a najniższy w lubuskim (26,3).

Poziom zachorowań na salmonellozę, w skali kraju w 2023 r., był wyższy niż w roku poprzedzającym. Zarejestrowano 10,3 tys. zakażeń (tj. 27,4 przypadków na 100 tys. ludności i było to o 10,1 przypadku więcej niż w 2022 r.). Wskaźnik zapadalności na salmonellozę na 100 tys. ludności poszczególnych województw był najwyższy, podobnie jak przed rokiem, w przypadku województwa podkarpackiego (52,5), a najniższy w przypadku województwa zachodniopomorskiego (12,2).

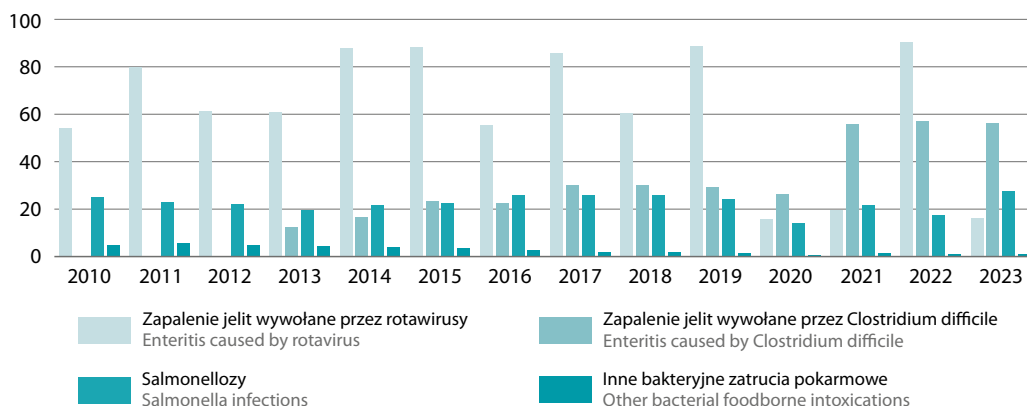
W przypadku innych bakteryjnych zatrueń pokarmowych odnotowano zbliżoną, ale nieco niższą jak przed rokiem liczbę zachorowań - 285 przypadków, tj. 0,76 przypadku na 100 tys. ludności (spadek wskaźnika o 0,05). Najwyższy wskaźnik zachorowalności na 100 tys. ludności zarejestrowano w województwie dolnośląskim (3,57), a w roku poprzednim było to województwo z najmniejszą zachorowalnością (0,07), natomiast najniższą wartość wskaźnika zachorowań odnotowano dla województwa śląskiego (0,25).

W 2023 r. spośród rzadkich chorób przewodu pokarmowego zarejestrowano na terenie kraju 50 przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną (o 7 więcej niż w poprzednim roku). Oznacza to 0,13 przypadku na 100 tys. ludności kraju, (w 2022 r. wskaźnik ten wynosił 0,11). Połowę przypadków odnotowano w województwie mazowieckim, dla którego wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności wyniósł 0,45.

Analiza występowania zapalenia jelit (zapalenie jelita grubego i cienkiego wywołanego przez *Clostridium difficile*) oraz innych zatrueń pokarmowych w dłuższym czasie uwidacznia pewną cykliczność występowania tych chorób z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach pandemii COVID-19. W przypadku zapalenia jelit wywołanego przez *Clostridium difficile*, dla którego dane dostępne są od 2013 r., obserwowana jest do 2019 r. tendencja wzrostowa zapadalności, z widocznym spadkiem w pierwszym roku pandemii i ponownym utrzymującym się podobnym poziomem w latach 2021-2023. W 2023 r. spośród omawianej grupy chorób największy wzrost zachorowań, w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano dla salmonelloz, a największy spadek dotyczył chorób rotawirusowych.

Wykres 1.3. Zapadalność na zapalenia jelit i zatrucia pokarmowe na 100 tys. ludności

Chart 1.3. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population



W związku z tym, iż biegunki u małych dzieci o nieznannej etiologii są zjawiskiem groźnym, z uwagi na większą podatność małych dzieci na odwodnienie, nadzorem epidemiologicznym objęte jest występowanie tego schorzenia u dzieci do lat dwóch.

W 2023 r. zarejestrowano w skali kraju 20,8 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch, o 30,3% zachorowań mniej niż przed rokiem i o 56,3% zachorowań mniej niż w 2019 r. Wskaźnik zachorowalności na 100 tys. dzieci do lat dwóch wynosił 3 429 zachorowania (o 1 104 przypadków mniej niż w roku poprzednim, i o 2 797 mniej w porównaniu do 2019 r.) i był najwyższy, podobnie jak w roku poprzednim, w województwie pomorskim (6 707 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku), a najniższy w województwie łódzkim (2 127).

W 2023 r. w przypadku chorób mózgu i opon mózgowych odnotowano większą liczbę zachorowań w skali kraju niż przed rokiem zarówno w przypadku zachorowań pochodzenia bakteryjnego, jak i wirusowego.

W przypadku wirusowego zapalenia mózgu odnotowano 779 zachorowań, tj. 2,07 przypadku na 100 tys. ludności i był to wzrost zapadalności o 0,66 w porównaniu do 2022 r. i więcej o 1,14 w porównaniu do 2019 r. Odnotowano także blisko dwukrotnie więcej niż przed rokiem zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowych - 775 przypadków (tj. 2,06 przypadku na 100 tys. ludności kraju, wzrost o 1,09 w porównaniu do 2022 r., ale spadek o 0,40 względem 2019 r.).

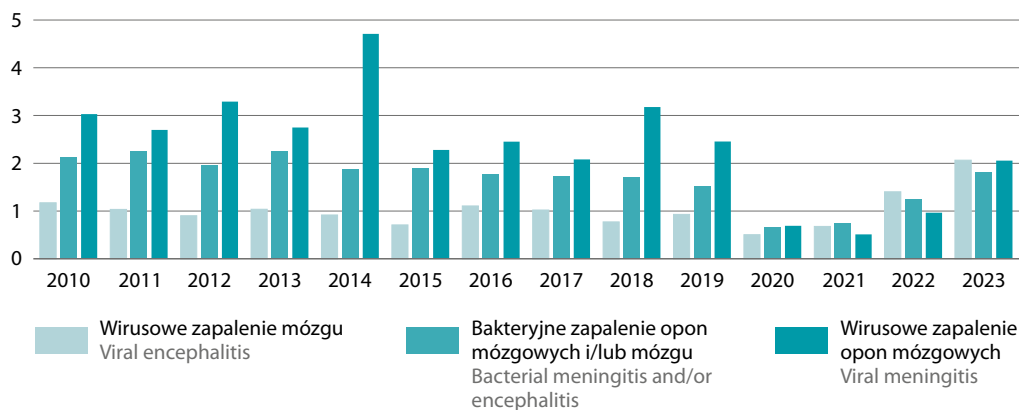
Największe skupisko wirusowego zapalenia mózgu, blisko 1/4 przypadków (216 zachorowań), oraz wirusowego zapalenia opon mózgowych, ponad 1/6 przypadków (124 zachorowania), wystąpiło w województwie podlaskim. Także wskaźniki zapadalności na 100 tys. mieszkańców tego województwa były najwyższe – 18,9 przypadku dla wirusowego zapalenia mózgu (wzrost o 6,8) i – 10,9 zachorowania w przypadku wirusowego zapalenia opon mózgowych (wzrost o 9,0). Natomiast najniższą zapadalność i jednocześnie najmniejszą liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie mózgu odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (zapadalność 0,35), a w przypadku wirusowego zapalenia opon mózgowych w województwie łódzkim (zapadalność 0,80).

W 2023 r. na terenie kraju zarejestrowano także większą niż przed rokiem liczbę zapaleń mózgu lub opon mózgowych o podłożu bakteryjnym – 680 zachorowań w kraju, tj. 1,80 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost o 0,57 względem 2022 r.). Zapadalność na 100 tys. ludności poszczególnych województw była najwyższa w województwie pomorskim (2,50) i lubuskim (2,46), a najniższa w województwie lubelskim (0,79).

Analiza występowania zapalenia mózgu i opon mózgowych w dłuższym czasie uwidacznia cykliczność występowania tych chorób, z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach 2020 i 2021, w związku z pandemią COVID-19 i wprowadzonym reżimem sanitarnym, a w kolejnych latach 2022 i 2023 widoczną tendencją wzrostową ich występowania.

Wykres 1.4. Zapadalność na zapalenie mózgu i opon mózgowych na 100 tys. ludności

Chart 1.4. Incidence of encephalitis and meningitis per 100 thousand population



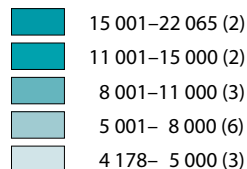
W 2023 r., w związku ze zmianami w sposobie i metodzie gromadzenia danych o grypie i podejrzeniach zachorowań na grypę, dane dotyczą zachorowań zarejestrowanych w pierwszym półroczu 2023 r. i nie są porównywalne z danymi publikowanymi w roku poprzednim. W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2023 r. zarejestrowano na terenie kraju 3 781 tys. przypadków zachorowań na grypę i podejrzeń na grypę. Wskaźnik zapadalności wynosił 10 030 zachorowania na 100 tys. ludności kraju i był najwyższy w województwie pomorskim (22 065 przypadków), a najniższy w województwie podkarpackim (4 178).

Mapa 1.1. Zapadalność na grypę wraz z podejrzeniami zachorowań na 100 tys. ludności wg województw Stan w dniu 30 czerwca 2023 r.

Map1.1. Influenza incidence and suspected cases per 100 thousand population by voivodships As of 30 June 2023

Polska Poland = 10 030

Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę na 100 tys. ludności
Incidence and suspicious cases of influenza per 100 thousand population



W Polsce w 2023 r. na inwazyjną chorobę pneumokokową wywołaną przez bakterię *Streptococcus pneumoniae*, będącą przyczyną wielu zespołów klinicznych, takich jak np. ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, posocznica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zachorowało 2 966 osób i było to o około 1/3 przypadków więcej niż przed rokiem i blisko dwukrotnie więcej (wzrost o 92,5%) w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 7,9 (wzrost o 2,0 w porównaniu do 2022 r. i o 3,9 w porównaniu do 2019 r.) i był najwyższy w województwie zachodniopomorskim (13,2), a najniższy w województwie lubelskim (3,6).

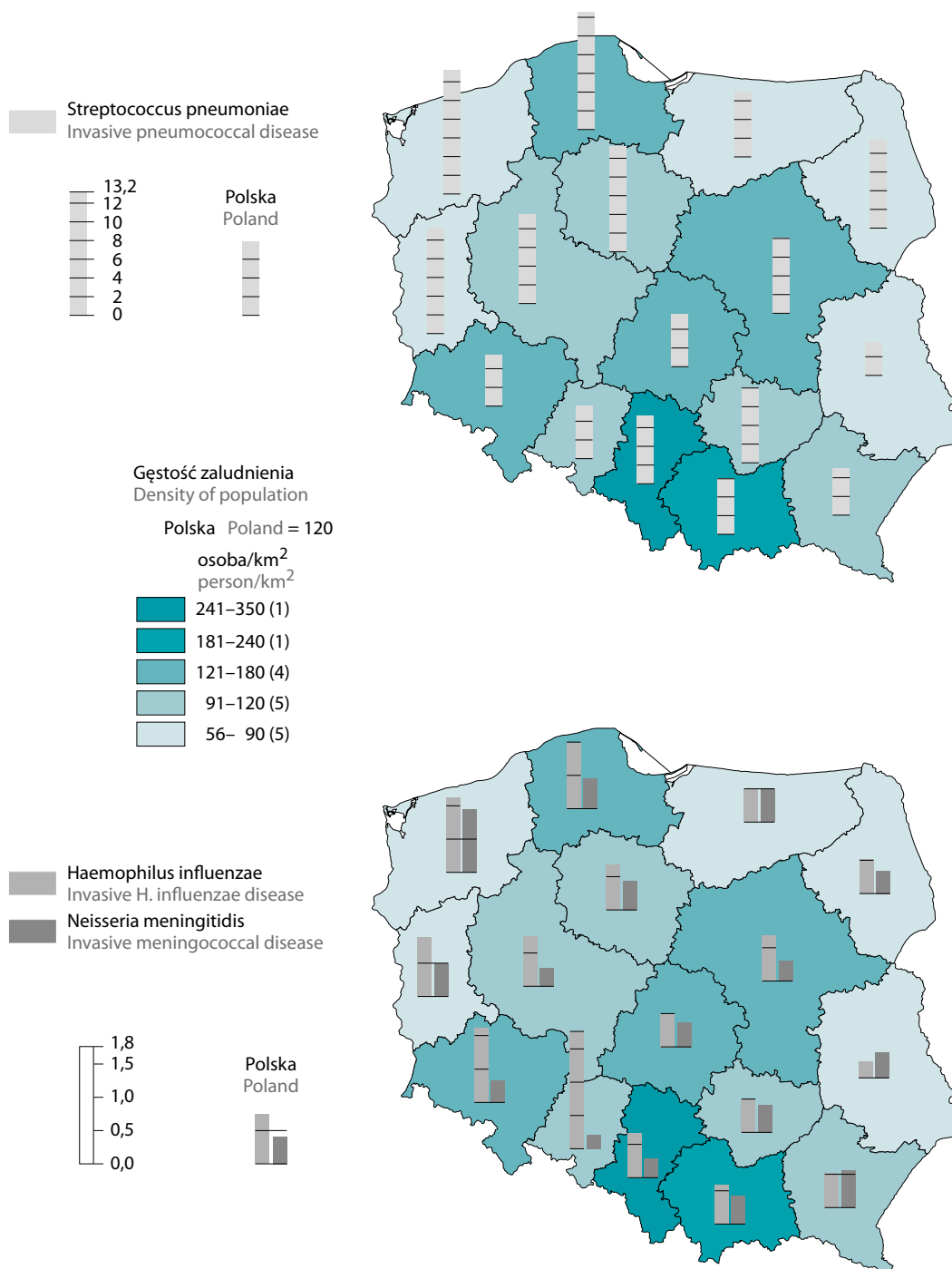
W przypadku inwazyjnych zakażeń spowodowanych bakterią *Haemophilus Influenzae*, wywołującą głównie zakażenia układu oddechowego i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, odnotowano na terenie kraju łącznie 280 przypadków zachorowań i było to prawie 2-krotnie więcej niż w 2022 r. i o 175% więcej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 0,74 przypadku i był najwyższy w województwie opolskim (1,81), a najniższy w województwie lubelskim (0,25).

W przypadku inwazyjnych zakażeń bakterią *Neisseria meningitidis* (inwazyjna choroba meningokokowa) zdiagnozowano 153 przypadki zachorowań w kraju, o 30,8% więcej niż w 2022 r., ale o 20,7% mniej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 0,41 przypadku i był najwyższy w województwie zachodniopomorskim (0,98), a najniższy w opolskim (0,21).

W przypadku omówionych powyżej chorób inwazyjnych najwięcej zachorowań zarejestrowano w największym pod względem liczby mieszkańców, województwie mazowieckim (*Streptococcus pneumoniae* – 443 przypadki, *Haemophilus influenzae* – 39 przypadków i *Neisseria meningitidis* – 17 przypadków).

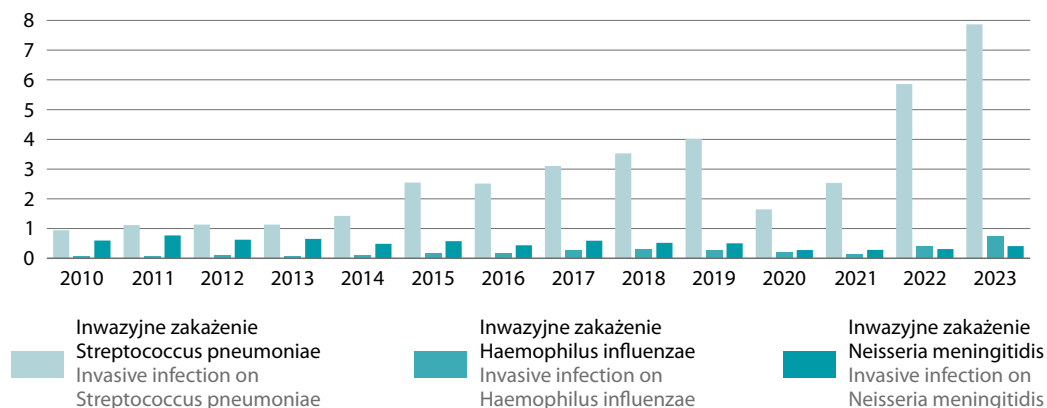
Mapa 1.2. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r.

Map 1.2. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population by voivodships in 2023



Analiza zapadalności na choroby inwazyjne w dłuższym czasie, uwidacznia wyraźny rosnący trend zachorowalności na choroby pneumokokowe do 2019 r., z wyraźnie mniejszą zapadalnością w latach pandemii 2020–2021 i ponownym dużym, postępującym wzrostem w latach 2022 i 2023.

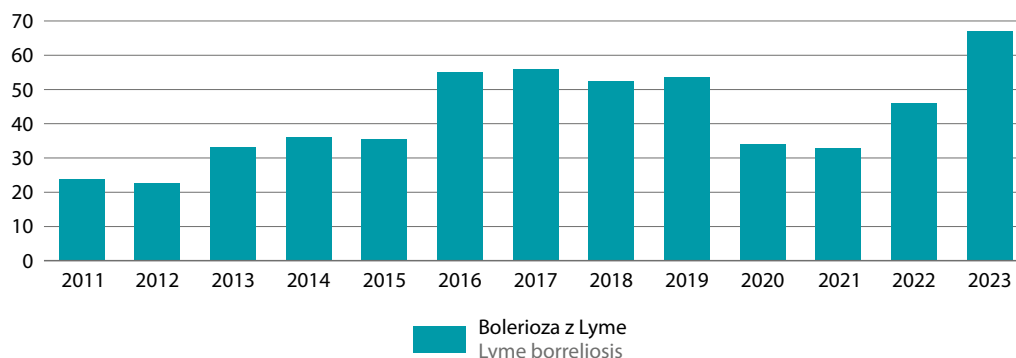
Wykres 1.5. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności
 Chart 1.5. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population



W 2023 r. liczba zachorowań na boreliozę z Lyme, chorobę bakteryjną przenoszoną na człowieka przez kleszcze, była kolejny rok z rzędu wyższa zarówno rozpatrywana na poziomie kraju, jak i w poszczególnych województwach. Na terenie kraju odnotowano 25,3 tys. przypadków tej choroby, o 45,6% zachorowań więcej niż w 2022 r. i o 22,6% więcej w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. mieszkańców wyniósł 67,1 przypadku (wzrost o 21,2 przypadku na 100 tys. ludności) i był najwyższy w województwie małopolskim (122,9), a najniższy w województwach wielkopolskim i dolnośląskim (po 36,4).

Analiza wskaźnika zapadalności na boreliozę z Lyme w dłuższym czasie, uwidacznia pewną falowość występowania choroby z wyraźnie mniejszą zapadalnością w latach pandemii 2020-2021 i ponownym dużym wzrostem wskaźnika w ostatnich dwóch latach.

Wykres 1.6. Zapadalność na boreliozę z Lyme na 100 tys. ludności
 Chart 1.6. Incidence of Lyme borreliosis per 100 thousand population



W 2023 r. zarejestrowano 4 436 zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci (płucną i pozapłucną) i było to o 2,8% (tj. 122 przypadki) więcej niż przed rokiem i o 16,6% mniej (885 przypadków) w porównaniu do 2019 r. Nowe zachorowania stanowiły 88,4% (3 920 przypadków), a tzw. wznowy 11,6% (516 przypadków). Zachorowania na gruźlicę wszystkich postaci potwierdzone bakteriologicznie stanowiły 80,1% (3 554 przypadków).

Najczęstszą postacią gruźlicy była gruźlica płuc, która w 2023 r. stanowiła 96,1% przypadków – 4 265 zachorowań (o 117 przypadków więcej niż przed rokiem). Zmiany gruźlicze występujące w innych narządach ciała (gruźlica pozapłucna) odnotowano u 171 osób (o 5 przypadków więcej niż w 2022 r.) i stanowiło to 3,9% zachorowań na gruźlicę ogółem.

Wskaźnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci na 100 tys. ludności kraju wynosił 11,8 i był wyższy o 0,4 przypadku w porównaniu do poprzedniego roku. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie lubelskim (16,2), a najniższą, podobnie jak przed rokiem, w województwie podlaskim (6,3).

Tablica 1.2. Zachorowania i zapadalność na gruźlicę w 2023 r.

Table 1.2. Incidence of tuberculosis in 2023

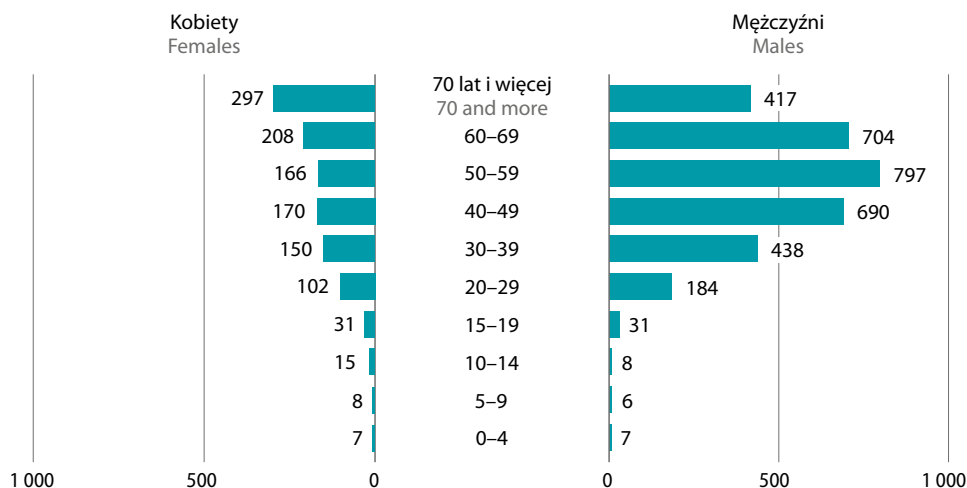
Wyszczególnienie Specification	Ogółem Total	z tego of which		Ogółem Total	z tego of which	
		nowe zachorowania new cases	wznowy relapses		nowe zachorowania new cases	wznowy relapses
	przypadki cases			przypadki na 100 tys. ludności cases per 100 thousand population		
Gruźlica wszystkich postaci Tuberculosis cases (all forms) w tym of which	4 436	3 920	516	11,80	10,40	1,40
gruźlica płuc pulmonary tuberculosis cases	4 265	3 753	512	11,31	9,96	1,36
gruźlica pozapłucna extrapulmonary tuberculosis	171	167	4	0,45	0,44	0,01

W 2023 r. analiza przypadków zachorowań na gruźlicę według płci wskazuje na wyraźną przewagę występowania zachorowań u mężczyzn (3 282 przypadki) niż u kobiet (1 154). Wskaźnik zapadalności dla mężczyzn wynosił 18,0 przypadków na 100 tys. mężczyzn, natomiast wskaźnik zapadalności dla kobiet był 3-krotnie niższy i wynosił 5,9 przypadku na 100 tys. kobiet.

Analiza dziesięcioletnich grup wieku i płci wskazuje, że najwięcej przypadków zachorowań na gruźlicę w 2023 r. zanotowano u mężczyzn w grupie wieku 50-59 lat (797 osób, wskaźnik zapadalności wynosił 35,2 przypadku na 100 tys. mężczyzn w tym wieku), a dla kobiet w grupie wieku 60-69 lat (208 osób, wskaźnik zapadalności wynosił 7,9 przypadku na 100 tys. kobiet w tym wieku).

Wykres 1.7. Zachorowania na gruźlicę wg płci i grup wieku w 2023 r.

Chart 1.7. Cases of tuberculosis by sex and age groups in 2023



Wśród chorób zakaźnych stałą, odrębną obserwacją epidemiologiczną objęte są choroby weneryczne, czyli choroby przenoszone drogą płciową²².

W 2023 r. z powodu kiły i rzeżączki, w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych leczonych było 3 342 osób, o 537 osób więcej niż w roku 2022. W przeliczeniu na ludność kraju było to 8,9 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost o 1,4 w stosunku do poprzedniego roku). Podobnie jak przed rokiem najczęściej osób leczonych na choroby weneryczne (kiłę i rzeżączkę) i jednocześnie najwyższy wskaźnik zapadalności odnotowano w województwie mazowieckim (1 261 osób, tj. 22,9 przypadku na 100 tys. ludności, wzrost wskaźnika o 2,7). Najniższe wskaźniki zapadalności na 100 tys. ludności zarejestrowano w województwie podkarpackim (1,4, wzrost o 0,3) i w województwie świętokrzyskim (1,4, wzrost o 0,7).

1.2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2021 r.²³

1.2. Incidence of malignant neoplasms in 2021²³

W 2021 r. odnotowano w kraju 166,6 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe²⁴ i było to o 17,2% więcej w porównaniu do pandemicznego 2020 r. i niemal tyle samo co w przed pandemicznym 2019 r. (o 0,03% mniej, tj. o 56 zachorowania). Wskaźnik zachorowalności (zapadalność) na 100 tys. ludności kraju wyniósł 438,5 przypadku, o 66,2 zachorowania więcej niż w 2020 r. i o 4,4 więcej niż w 2019 r.

W 2021 r. zarejestrowano więcej zachorowań, ale struktura zachorowań ze względu na umiejscowienie nowotworu, była zbliżona do struktury zachorowań w roku poprzednim.

Największy odsetek zarejestrowanych zachorowań w skali kraju stanowiły nowotwory narządów płciowych – 19,3% (32,1 tys. przypadków zachorowań, wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności – 84,4), w dalszej kolejności były nowotwory narządów trawiennych – 18,9% (31,4 tys. zachorowań, wskaźnik zapadalności – 82,8) i nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 13,9% (23,2 tys. zachorowań, wskaźnik zapadalności – 61,1). Te trzy lokalizacje zmian nowotworowych odpowiadały za ponad połowę (52,1%) nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w kraju. Najmniejszy odsetek, podobnie jak przed rokiem, stanowiły kolejno nowotwory: kości i chrząstki stawowej – 0,2% (0,4 tys.), międzybłonna i tkanek miękkich – 1,1% (1,8 tys.) oraz nowotwory klasyfikowane, jako niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu – 1,9% (3,2 tys. zachorowań).

W 2021 r. wskaźniki zachorowalności (zapadalności) na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności Polski dla najczęściej notowanych rodzajów umiejscowień wyniósł kolejno: dla narządów płciowych – 84,4 zachorowania na 100 tys. ludności (o 14,8 przypadku więcej niż w 2020 r. i o 0,9 więcej niż w 2019 r.), nowotworów złośliwych narządów trawiennych – 82,8 (o 8,1 więcej niż w roku wcześniejszym, ale o 1,7 mniej niż w 2019 r. przed pandemią COVID-19), narządów oddechowych i klatki piersiowej – 61,1 (o 5,8 więcej w porównaniu do pandemicznego 2020 r., ale o 3,5 mniej w stosunku do 2019 r.), piersi – 55,9 (o 9,8 więcej), a w przypadku czerniaka i innych nowotworów skóry – 46,4 (o 10,2 przypadków więcej niż w 2020 r.).

²² Dane dotyczą osób leczonych po raz pierwszy i będących pod obserwacją.

²³ Zestawienia eksperckie opracowywane przez Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy są dostępne z blisko dwuletnim opóźnieniem i wynika to z planu prac Instytutu. Due to the work plan of the Maria Skłodowska-Curie Institute of Oncology–National Research Institute an expert data are available with a delay of nearly two years.

²⁴ Dane nie obejmują grupy nowotworów in situ (D00-D09) klasyfikacji ICD-10; dotyczą nowotworów złośliwych (C00-C97) zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym; <http://onkologia.org.pl/raporty/>.

Tablica 1.3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg typu umiejscowienia**Table 1.3. Malignant neoplasms incidence per 100 thousand population by type of location**

Umiejscowienie nowotworu Location of neoplasm	2019	2020	2021	Zmiana 2019–2021 Diference	Zmiana 2020–2021 Diference
narządy płciowe genital organs	83,5	69,7	84,4	0,9	14,8
narządy trawienne digestive organs	84,5	74,7	82,8	–1,7	8,1
narządy oddechowe i klatki piersiowej respiratory and intra thoracic organs	64,6	55,3	61,1	–3,5	5,8
piers breast	51,5	46,2	55,9	4,4	9,8
czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry melanoma and other malignant neoplasms of skin	46,8	36,2	46,4	–0,4	10,2
układ moczowy urinary tract	34,0	29,6	33,2	–0,8	3,6
tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i tkanka pokrewna lymphoid hematopoietic and related tissue	24,6	21,3	26,8	2,2	5,5
tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego thyroid and other endocrine glands	11,6	9,0	13,1	1,5	4,1
wargę, jamę ustną i gardło oralcavity and pharynx	11,3	10,2	11,9	0,6	1,7
oko, mózg, inne części centralnego układu nerwowego eye, brain, other parts of central nervous system	8,4	7,9	8,6	0,2	0,7
niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu illdefined, secondary and unspecified sites	8,4	7,6	8,5	0,1	1,0
międzybłonek i tkanki miękkie mesothelial and soft tissue	4,0	3,9	4,7	0,7	0,8
kości i chrząstka stawowa bones and articular cartilage	0,8	0,8	1,1	0,3	0,2

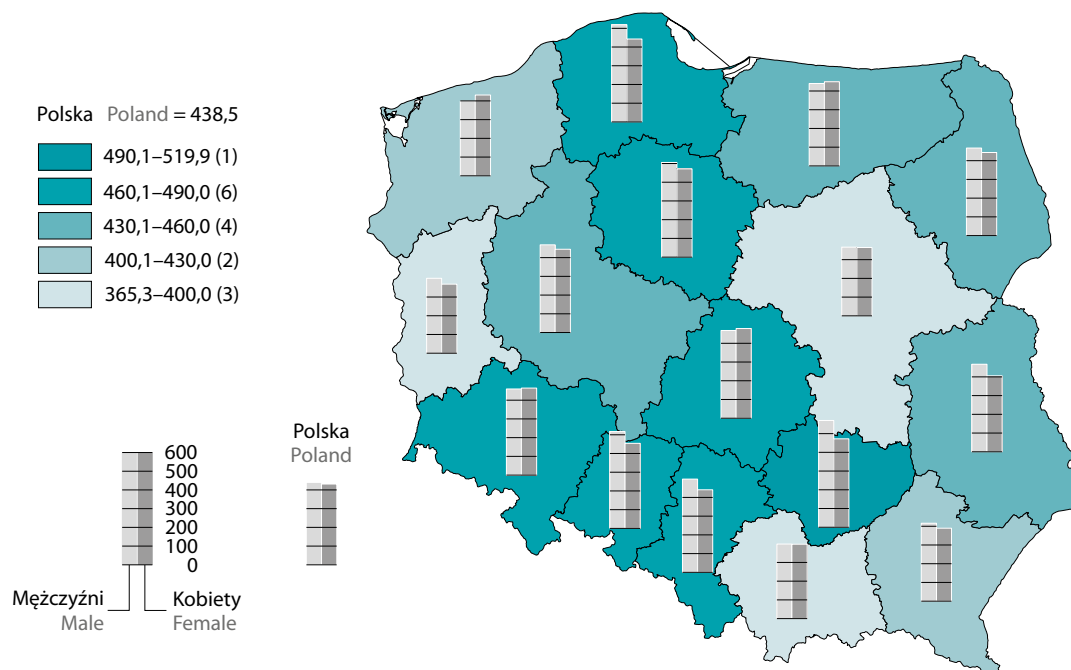
Analiza zróżnicowania terytorialnego wskaźnika zapadalności na najczęściej notowane w skali kraju nowotwory złośliwe narządów płciowych wskazuje, iż najwyższy wskaźnik na 100 tys. mieszkańców województwa odnotowano w przypadku województwa świętokrzyskiego (111,4), a najniższą zapadalność wykazali mieszkańcy województwa mazowieckiego (65,4).

W przypadku drugiej najliczniej rejestrowanej grupy nowotworów narządów trawiennych najwyższą zapadalność na 100 tys. ludności przejawiali mieszkańcy województwa śląskiego (100,8), a najniższą mieszkańcy województwa mazowieckiego (68,8).

Trzecią grupę, co do liczby przypadków w kraju, stanowiły nowotwory złośliwe układu oddechowego i klatki piersiowej dla których wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy u mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego (84,7), a najniższy u mieszkańców województwa podkarpackiego (49,1).

Spośród 166,6 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe²⁵ blisko połowę 49,7% przypadków (82,8 tys. zachorowań) odnotowano u mężczyzn i 50,3% (83,8 tys. zachorowań) u kobiet. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. mężczyzn wynosił 450,7 przypadku na 100 tys. mężczyzn, a dla kobiet – 427,0 przypadku na 100 tys. kobiet.

Mapa 1.3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe^a na 100 tys. ludności wg płci i województw w 2021 r.
 Map 1.3. New cases of malignant neoplasms^a per 100 thousand population by sex and voivodships in 2021



^a Dane nie obejmują nowotworów in situ (D00-D09) klasyfikacji ICD 10.

^a The data does not include neoplasms in situ (D00-D09) of the ICD 10 classification.

Uwaga: Wskaźnik wyliczono w oparciu o dane o ludności opracowanej na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021.

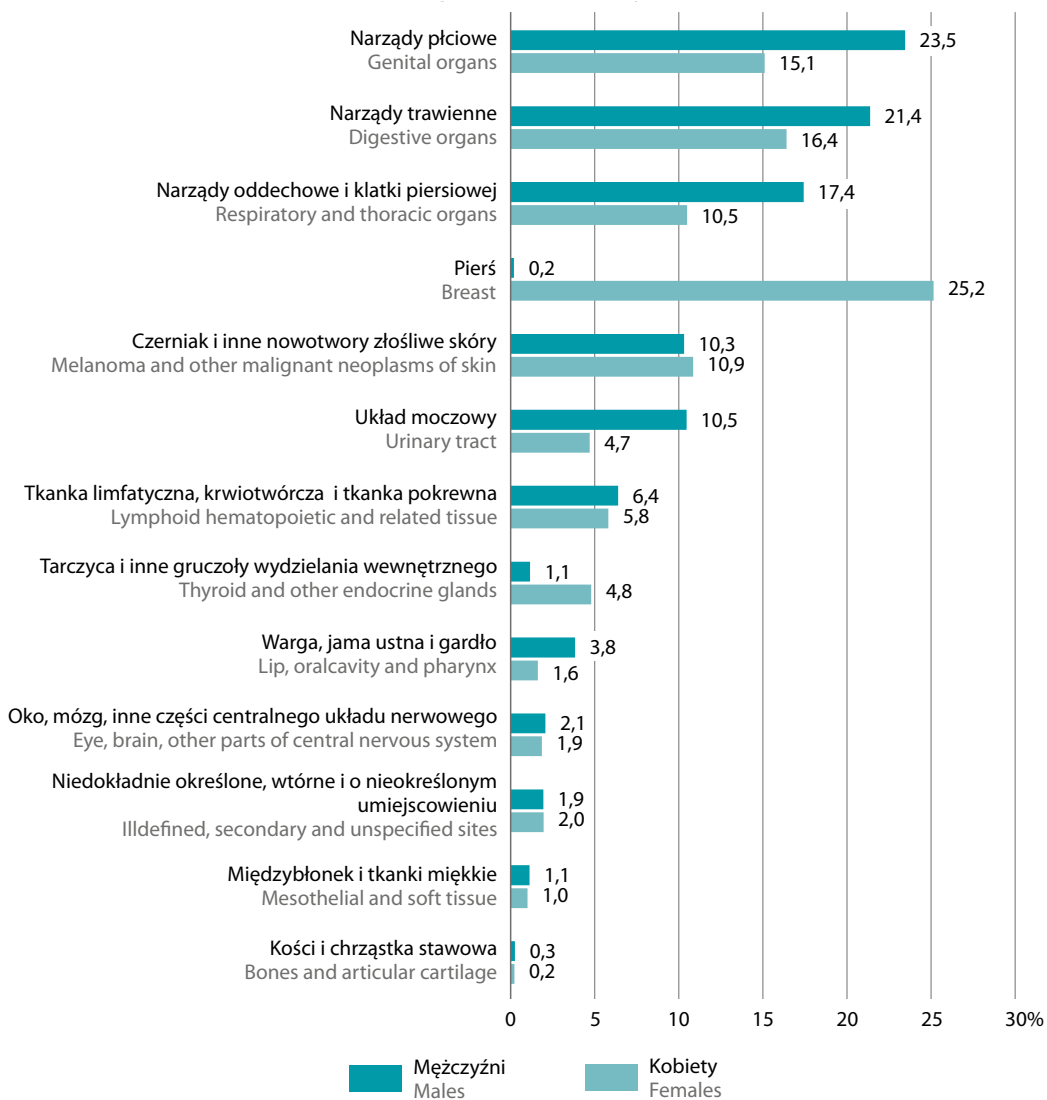
Note: The indice is calculated based on population data elaborated on the basis of the results of the 2021 National Census of Population and Housing.

W 2021 r. dominującym nowotworem wśród kobiet w Polsce, podobnie jak w roku poprzednim, był nowotwór złośliwy piersi, który był diagnozowany prawie u co czwartej kobiety spośród nowych rozpoznań ogółem (21,1 tys. zachorowań). Kolejną najliczniejszą grupę nowotworów u kobiet stanowiły nowotwory narządów trawiennych – 16,4% (13,7 tys.) i nowotwory narządów płciowych – 15,1% (12,7 tys.).

W przypadku mężczyzn największy odsetek nowotworów złośliwych stanowiły nowotwory narządów płciowych – 23,5% (19,4 tys.) i tak jak u kobiet, nowotwory narządów trawiennych – 21,4% (17,7 tys. przypadków) oraz nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 17,4% (14,4 tys. zachorowań).

²⁵ Dane nie obejmują grupy nowotworów in situ (D00-D09) klasyfikacji ICD-10; dotyczą nowotworów złośliwych (C00-C97) zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym; <http://onkologia.org.pl/raporty/>.

Wykres 1.8. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg płci i umiejscowienia nowotworu w 2021 r. (w %)
 Chart 1.8. Structure of the incidence of malignant neoplasms by sex and location in 2021 (in %)



W 2021 r. analiza zachorowań na nowotwory złośliwe według dziesięcioletnich grup wieku chorych wskazuje na wzrost, wraz z wiekiem, liczby zachorowań oraz wzrost wskaźnika zapadalności na 100 tys. osób w danej grupie wieku. Blisko 3/4 (74,8%) ogółem zarejestrowanych przypadków nowotworów złośliwych występowało u ludzi powyżej 60 roku życia, a osoby w wieku 60-69 lat stanowiły blisko 1/3 (32,4%) wszystkich nowo rejestrowanych zachorowań.

U dzieci i młodzieży poniżej 20 roku życia (0-19 lat) zdiagnozowano 1,3 tys. nowotworów, co stanowiło 0,8% ogółu zarejestrowanych nowotworów. Wśród najmłodszych najczęściej rejestrowane były nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej i krwiotwórczej oraz tkanek pokrewnych, stanowiące 42,2% ogółu zachorowań w tej grupie wieku (0,5 tys. osób).

W grupie wieku 20-39 lat najczęściej diagnozowane były nowotwory złośliwe narządów płciowych – 20,5% zachorowań (1,5 tys. przypadków), nowotwory tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego – 18,8% (1,4 tys. zachorowań), a także nowotwory piersi – 16,4% (1,2 tys. kobiet).

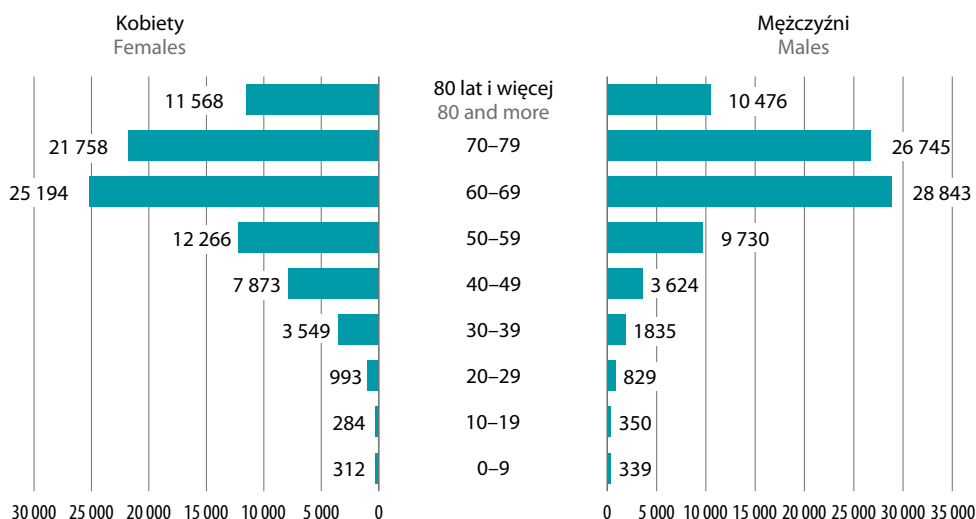
Wśród czterdziestolatków (40–49 lat) zdecydowanie najliczniej rejestrowane były nowotwory piersi (kobiety) – 28,4% przypadków (3,3 tys. zachorowań). Podobnie było u kobiet w wieku 50–59, gdzie przeważającym typem nowotworu także był nowotwór piersi – 19,2% (4,2 tys.).

W grupie wieku 60–69 lat najliczniejsze były nowotwory narządów płciowych – 21,4% (11,5 tys. zachorowań), następnie nowotwory złośliwe narządów trawiennych – 19,0% (10,3 tys.) i nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 17,9% (9,7 tys.).

W starszych grupach wieku, 70 lat i więcej, struktura zachorowań wskazuje, że najwięcej zarejestrowano nowotworów złośliwych zajmujących narządy trawienne – 21,7% ogółu nowotworów (15,3 tys. zachorowań) i narządy płciowe – 19,1% (13,5 tys.). W dalszej kolejności były nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 14,8% (10,4 tys.) oraz czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry – 14,2% (10,0 tys.).

Wykres 1.9. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg płci i grup wieku w 2021 r.

Chart 1.9. Incidence of malignant neoplasms by sex and age groups in 2021



1.3. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji w 2022 r.²⁶

1.3. Treated in clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions in 2022²⁶

W 2022 r. w systemie ambulatoryjnym w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej leczonych było łącznie 1 955,3 tys. osób²⁷, o 4,3% osób więcej niż w 2021 r. i o 14,5% osób więcej niż w 2019 r.

W ujęciu wojewódzkim z tej formy opieki medycznej skorzystało najwięcej mieszkańców dwóch najliczniej zamieszkiwanych województw: mazowieckiego (23,2% ogółu pacjentów leczonych ambulatoryjnie) i śląskiego (11,6%), a najmniej pacjentów odnotowano w dwóch mniejszych województwach: opolskim (2,2%) i podlaskim (2,3%).

²⁶ Zestawienia eksperckie opracowywane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii są dostępne z rocznym opóźnieniem i wynika to z planu prac Instytutu.

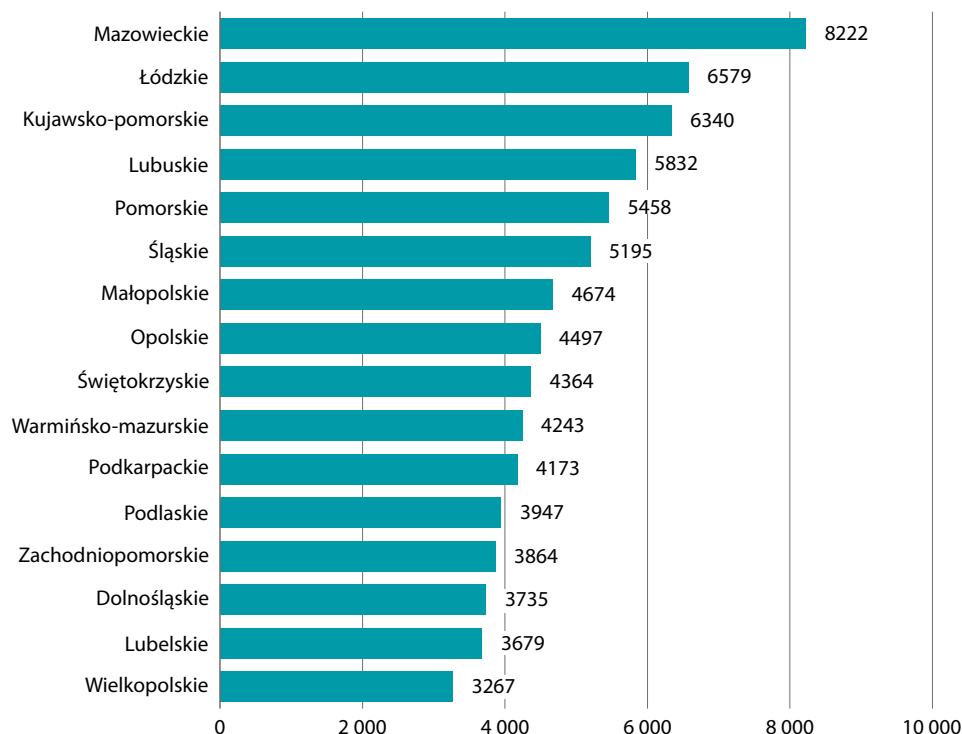
Due to the work plan of the Institute of Psychiatry and Neurology an expert data are available with a delay of nearly one year.

²⁷ Dotyczy chorych zarejestrowanych w poradni/gabinecie po raz pierwszy w roku sprawozdawczym oraz zarejestrowanych w latach poprzednich, ale leczonych w danym roku sprawozdawczym. Pacjenci są liczeni według rozpoznania zasadniczego.

W przeliczeniu na 100 tys. ludności Polski wskaźnik ogółem pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych wynosił 5 169 osób na 100 tys. ludności, i był wyższy o 234 osoby niż w 2021 r., a także był wyższy (o 719 osób) w porównaniu do 2019 r., przed pandemią COVID-19. W przekroju wojewódzkim wskaźnik ten był najwyższy w województwie mazowieckim (8 222, ale mniej o 348 osób niż w 2021 r.), a najniższy w województwie wielkopolskim (3 267). Największy wzrost wskaźnika w porównaniu do 2021 r., odnotowano w województwach: lubuskim (wskaźnik – 5 832, wzrost o 1 189 osób na 100 tys. ludności województwa), kujawsko-pomorskim (wskaźnik – 6 340, wzrost o 860 osób na 100 tys. ludności) i pomorskim (wskaźnik – 5 458, wzrost o 796 osób na 100 tys. ludności).

Wykres 1.10. Leczeni na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania włącznie z uzależnieniami na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.

Chart 1.10. Patients treated for mental and behavioral disorders including addictions per 100 thousand population by voivodships in 2022



Struktura grup rozpoznania chorób psychicznych w 2022 r. była zbliżona do struktury chorób diagnozowanych zarówno w 2021 r., jak i w przed pandemicznym 2019 r.

W 2022 r. największy udział stanowiły rozpoznania zaliczane do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 87,7% ogółu zarejestrowanych pacjentów w poradniach psychiatrycznych (tj. 1 714,8 tys. osób, o 4,1% więcej niż w 2021 r., i o 15,5% więcej niż w 2019 r.).

Zaliczane są tu rozpoznania takie jak: zaburzenia nerwicowe, zaburzenia odżywiania i zespoły behawioralne, zaburzenia nastroju (afektywne), organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi, schizofrenia, zaburzenia rozwojowe, upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości i zachowania, zaburzenia psychotyczne (nieschizofreniczne) i inne zaburzenia.

Dla tej grupy chorób wskaźnik ogółem liczby osób leczonych na poziomie kraju wynosił – 4 533 przypadków na 100 tys. ludności i był o 197 osób wyższy niż w 2021 r. i o 667 przypadków wyższy niż w 2019 r. W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik na 100 tys. ludności zanotowano w województwie mazowieckim (7 301 pacjentów na 100 tys. ludności), a najniższy w wielkopolskim (2 717).

Drugą grupę, pod względem liczby leczonych, stanowią uzależnienia spowodowane używaniem alkoholu – 7,8% ogółu leczonych (tj. 152,5 tys. osób, o 1,0% więcej niż w roku poprzednim i o 6,5% mniej niż w 2019 r.). Do grupy tej należy: zespół uzależnienia, ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zespół abstynencyjny i zaburzenia psychiczne (bez majaczenia).

Dla grupy uzależnień od alkoholu i związanych z tym zaburzeń, wskaźnik leczonych na 100 tys. ludności kraju wynosił 403 osoby i był o 6 osób wyższy niż w 2021 r., a o 22 osoby niższy niż w 2019 r. Najwyższy wskaźnik na 100 tys. ludności odnotowano w województwie lubuskim (629), a najniższy w dolnośląskim (264).

Trzecią, wyróżnianą w leczeniu psychiatrycznym grupą chorób, są zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych – 3,0% ogółu leczonych (tj. 58,4 tys. osób, o 9,0% więcej niż w 2021 i o 27,4% więcej niż w 2019 r.). Należą tu zespoły uzależnienia i zespoły abstynencyjne, ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zaburzenia psychiczne. Dla tej grupy chorób wskaźnik leczonych na 100 tys. ludności Polski wynosił 154,3 i był o 13 osób wyższy niż w 2021 r. i o 35 osób wyższy niż w 2019 r. Najwyższy wskaźnik występowania tych chorób odnotowano w województwie lubuskim (273,0 pacjentów na 100 tys. ludności), a najniższy w województwie podkarpackim (49,6).

Tablica 1.4. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy

Table 1.4. Mental and behavioral disorders and addictions – in details

Wyszczególnienie Specification	2021	2022		
	w liczbach bezwzględnych In absolute numbers	z ogółem w odsetkach (%) of which of all patients (in %)	pacjenci w ramach grupy (%) patients within the group (in %)	
Ogółem Total	1 874 943	1 955 271	100,0%	x
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Mental and behavioral disorders				
Razem Total w tym of which	1 647 438	1 714 808	87,7%	100,0%
zaburzenia nerwicowe neurotic disorders	671 699	691 500	35,4%	40,3%
zaburzenia nastroju (afektywne) affective disorders	373 676	399 479	20,4%	23,3%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi organic mental disorders including symptomatic syndromes	192 571	191 369	9,8%	11,2%
schizofrenia schizophrenia	132 050	131 240	6,7%	7,7%
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu Alcohol abuse disorders				
Razem Total w tym of which	150 904	152 481	7,8%	100,0%
zespół uzależnienia addiction syndrome	129 360	130 050	6,7%	85,3%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and alcohol related harm	14 411	14 961	0,8%	9,8%

Tablica 1.4. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy (dok.)

Table 1.4. Mental and behavioral disorders and addictions – in details (cont.)

Wyszczególnienie Specification	2021	2022		
	w liczbach bezwzględnych In absolute numbers	z ogółem w odsetkach (%) of which of all patients (in %)	pacjenci w ramach grupy (%) patiensts within the group (in %)	
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych Mental disorders caused by the use of psychoactive substances				
Razem Total w tym of which	53 582	58 384	3,0%	100,0%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny addiction syndrome and abstinence syndrome	41 886	45 389	2,3%	77,7%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and psychoactive substances related harm	7 749	7 976	0,4%	13,7%
zaburzenia psychotyczne psychotic disorders	1 867	1 417	0,1%	2,4%
Używanie tytoniu Smoking				
Razem Total	1 258	1 510	0,1%	100,0%
Obserwacje Observations				
Razem Total	21 761	28 088	1,4%	100,0%

W 2022 r. spośród grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania największy odsetek, podobnie jak w latach poprzednich, stanowiły zaburzenia nerwicowe²⁸ (40,3% przypadków). Zaburzenia nerwicowe (w tym zaburzenia odżywiania i zespoły behawioralne) zdiagnozowano u 691,5 tys. pacjentów i było to o 2,9% osób więcej niż w 2021 r. i o 29,9% przypadków więcej w porównaniu do 2019 r.

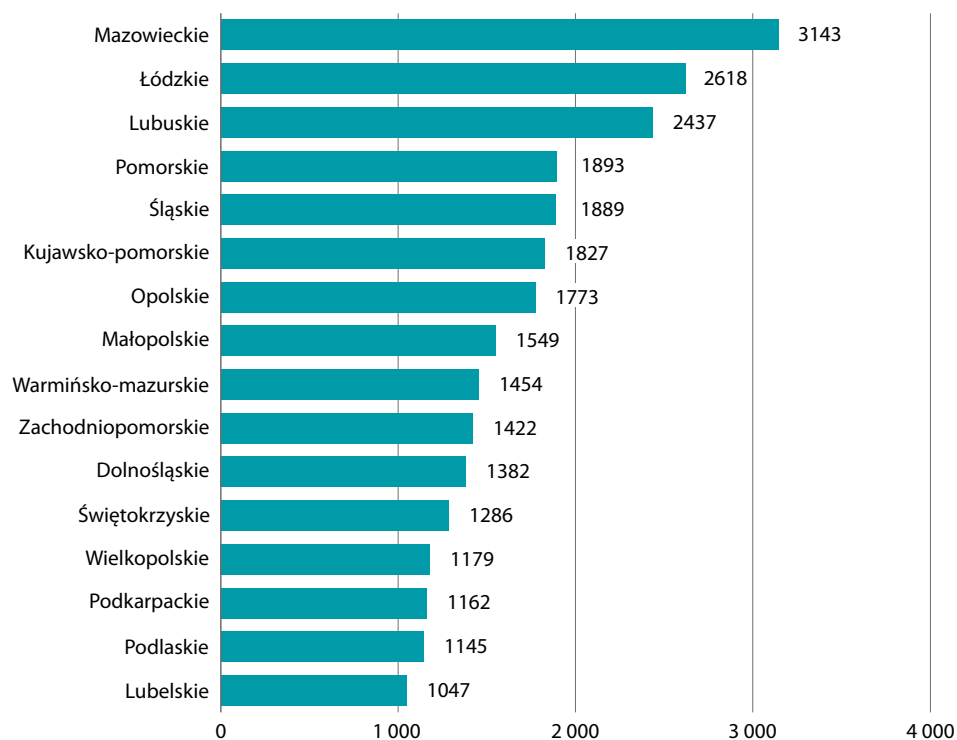
Wskaźnik zaburzeń nerwicowych na 100 tys. ludności wynosił 1 828 przypadków (o 60 przypadków więcej w porównaniu do 2021 r. i o 442 przypadki więcej niż w 2019 r.).

W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik zaburzeń nerwicowych na 100 tys. ludności zarejestrowano w województwie mazowieckim (3 143, spadek wskaźnika o 426 przypadków i był to największy spadek), w dalszej kolejności łódzkim (2 618, spadek o 132 przypadki) i lubuskim (2 437, wzrost o 585 przypadków i był to najwyższy wzrost). Najniższy wskaźnik zaburzeń nerwicowych na 100 tys. mieszkańców odnotowano, podobnie jak w 2020 r., w województwie lubelskim (1 047).

²⁸ Łącznie z zaburzeniami odżywiania i zespołami behawioralnymi.

Wykres 1.11. Leczeni na zaburzenia nerwicowe, odżywiania i zespoły behawioralne na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.

Chart 1.11. Patients treated for neurotic disorders including eating and behavioral syndromes per 100 thousand population by voivodships in 2022



2. Opieka zdrowotna

2. Health care

2.1. Krwiodawstwo

2.1. Blood donation

Publiczna służba krwi działa na zasadzie dobrowolnego oraz bezpłatnego oddawania krwi i jej składników. Honorowe krwiodawstwo to misja i odpowiedzialność. Świadomość uratowania życia jest jedną z najistotniejszych wartości honorowego krwiodawstwa. Dzięki krwi ofiarowanej przez honorowych dawców krwi codziennie mogą być wykonywane m.in. skomplikowane zabiegi i operacje, wymagające zabezpieczenia dużych ilości krwi i jej składników, jak również ratowane jest życie pacjentów z chorobami rozrostowymi i nowotworami, w trakcie i po chemioterapii²⁹.

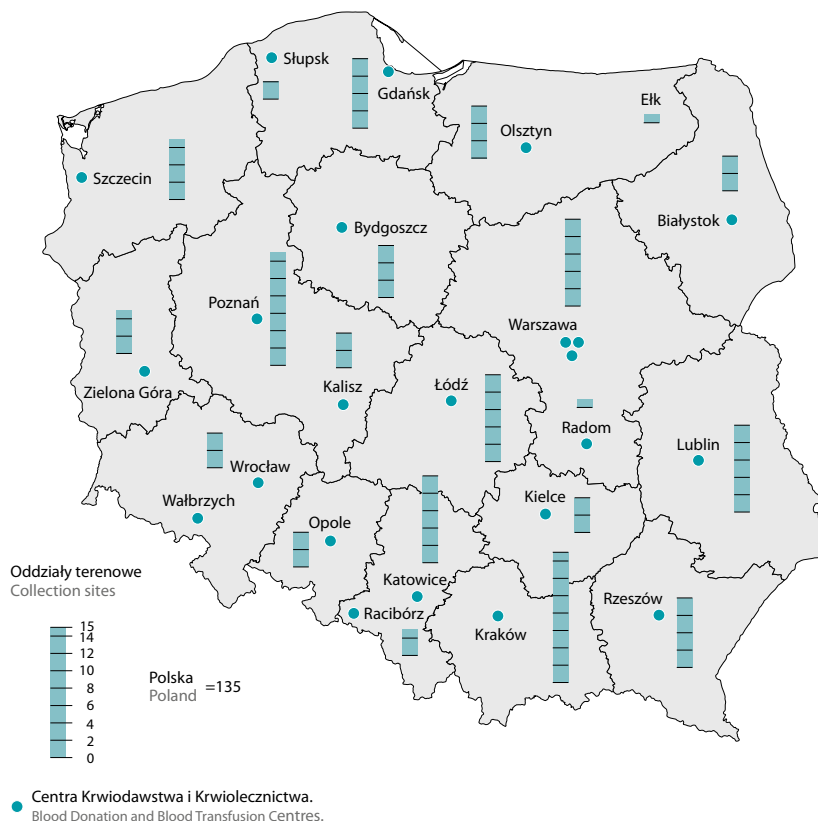
W 2023 r. funkcjonowały 23 Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (w tym 21 regionalnych i 2 resortowe – po jednym w gestii MON oraz MSWiA) oraz 135 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Liczba centrów i oddziałów terenowych w stosunku do roku poprzedniego nie uległa zmianie.

Mapa 2.1. Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2023 r.

Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.1. Blood Centres and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2023

As of 31 December



Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

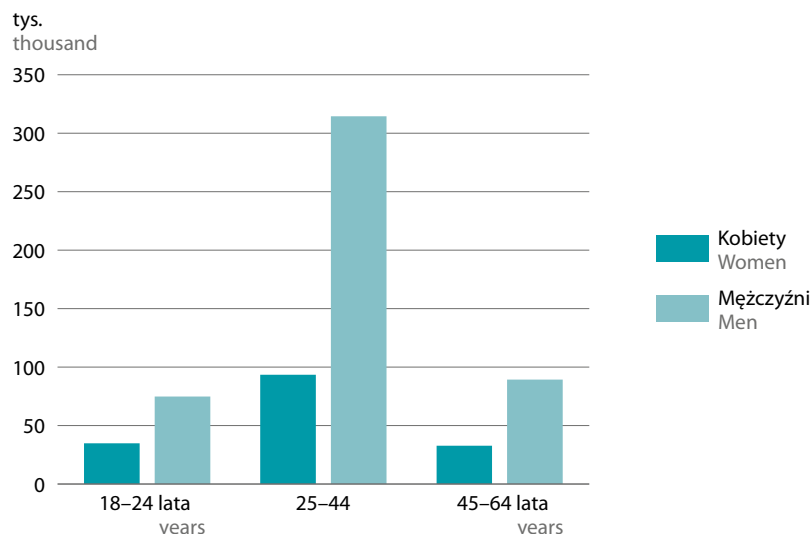
Source: The National Blood Centre.

²⁹ Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

W 2023 r. zbiorowość krwiodawców³⁰ liczyła 640,2 tys. osób, co stanowi wzrost o 18,1 tys. osób w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 358,0 tys. donacji krwi pełnej (ok. 611,1 tys. litrów), czyli o 55,1 tys. więcej donacji niż przed rokiem. Wśród dawców 80,2% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni³¹ (78,1% w roku 2022). Średnia liczba pobrań przypadająca na krwiodawcę w 2023 r. wyniosła 2,3 – podobnie jak w roku poprzednim. Średnio w kraju na 10 tys. ludności przypadało prawie 170 krwiodawców.

Wykres 2.1. Krwiodawcy według płci i wieku w 2023 r.

Chart 2.1. Blood donors by sex and age in 2023



Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

Source: The National Blood Centre.

Krew i jej składniki mogą oddawać osoby pomiędzy 18 a 65 rokiem życia, które ważą co najmniej 50 kilogramów. Stan zdrowia krwiodawcy powinien odpowiadać niezbędnym wymaganiom zdrowotnym, aby pobranie krwi nie wywołało ewentualnych ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy³². Wśród krwiodawców przeważają osoby w wieku od 25 do 44 lat (63,7%). Osoby w wieku od 18 do 24 lat stanowiły 17,1% wszystkich krwiodawców, a osoby w wieku od 45 do 64 lat – 19,1%.

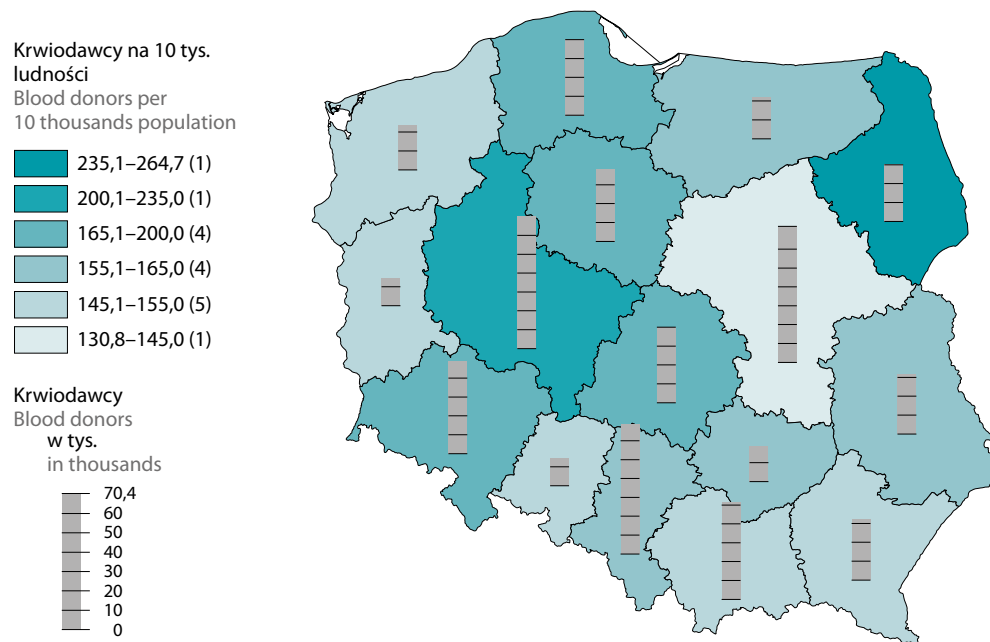
³⁰ Jednorazowo pobiera się około 450 ml krwi pełnej. W ciągu roku krew pełna może być pobierana nie częściej niż 6 razy od mężczyzn i nie częściej niż 4 razy od kobiet, przy czym przerwa pomiędzy kolejnymi donacjami nie może być krótsza niż 8 tygodni. Poza metodą konwencjonalną, podczas której pobiera się krew pełną, dawcy mają także możliwość oddania osocza, którego nie można pobrać w okresie roku więcej niż 25 litrów, a przerwa pomiędzy poszczególnymi donacjami nie może być krótsza niż 2 tygodnie (lekarz może wyrazić zgodę na skrócenie tej przerwy). Zabieg pobrania płytek krwi może być wykonywany nie częściej niż 12 razy w roku. Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

³¹ Dawca wielokrotny stały to osoba regularnie oddająca krew (przynajmniej 2 razy w ciągu 24 miesięcy), dawca wielokrotny powtórny to osoba, która oddała krew w okresie dłuższym niż 2 lata od ostatniej donacji.

³² Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

Mapa 2.2. Krwiodawcy według województw w 2023 r.

Map 2.2. Blood donors by voivodships in 2023



Nie uwzględniono danych Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA).
Excluding data of the Ministry of National Defence and the Ministry of Interior and Administration.

Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
Source: The National Blood Centre.

W porównaniu z rokiem poprzednim liczby krwiodawców, donacji krwi pełnej oraz wyprodukowanych jednostek krwi, zwiększyły się. Największy wzrost krwiodawców w stosunku do 2022 r. odnotowano w RCKiK w województwie warmińsko-mazurskim (wzrost o 11,9%). Nieznaczny spadek liczby krwiodawców odnotowano tylko w RCKiK zlokalizowanych w województwie dolnośląskim oraz zachodniopomorskim (odpowiednio o: 0,7% i 0,1%).

Informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)³³ pozwalają sądzić, że nie zmieniło się istotnie zaangażowanie w ideę krwiodawstwa w układzie przestrzennym. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pełnej pobrano w województwie śląskim (161,1 tys. donacji). W trzech największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, wielkopolskim i mazowieckim zarejestrowanych było łącznie 211,1 tys. krwiodawców, którzy oddali 458,4 tys. donacji krwi pełnej.

Tak samo jak przed rokiem, największa liczba krwiodawców³⁴ na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie podlaskim (264,7), natomiast najmniejszą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie mazowieckim (130,8). Poza województwem podlaskim, więcej niż 200 krwiodawców na 10 tys. mieszkańców zarejestrowano tylko w województwie wielkopolskim.

Największy wzrost liczby donacji krwi pełnej w stosunku do 2022 r. zaobserwowano w RCKiK w województwie kujawsko-pomorskim (o 8,8%), a najmniejszy wystąpił w RCKiK w województwie dolnośląskim (o 0,7%). W minionym roku, w żadnym z centrów nie zanotowano spadku liczby oddanej krwi pełnej.

³³ W centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 22 721 krwiodawców i pozyskano 39 516 donacji krwi pełnej, co stanowiło odpowiednio 3,5% wszystkich krwiodawców i 2,9% wszystkich donacji krwi pełnej.

³⁴ Bez danych MON i MSWiA.

W 2023 r. pobrano 1 501,4 tys. donacji krwi i jej składników³⁵, (74,2 tys. więcej niż w roku poprzednim), w tym 96,4 tys. donacji stanowiło pobrane osocze (o 15,1 tys. więcej w stosunku do 2022 r.). W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba wyprodukowanych jednostek osocza świeżo mrożonego (FFP) wzrosła o 112,0 tys. i wyniosła 1 650,7 tys.

Tablica 2.1. Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi

Table 2.1. Blood donors, collected blood and prepared blood components

LATA YEARS	Krwiodawcy Blood donors	Pobrana krew pełna w donacjach Collected whole blood in donations	Wyprodukowano (liczba jednostek) Number of prepared units		Krwiodawcy na 10 tys. ludności Blood donors per 10 thousand pop- ulation
			koncentrat krwinek czerwonych (KKCz) red blood cell concentrates (RBCC)	osocze świeżo mrożone (FFP) fresh frozen plasma (FFP)	
			w tysiącach in thousands		
2019	614,9	1 253,8	1 214,3	1 373,6	160,2
2020	570,1	1 115,9	1 090,3	1 286,2	149,3
2021	615,9	1 261,0	1 231,5	1 514,0	162,1
2022	622,1	1 302,9	1 266,3	1 538,7	164,5
2023	640,2	1 358,0	1 327,5	1 650,7	169,8

Źródło: Narodowe Centrum Krwi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Source: The National Blood Centre, the Ministry of Interior and Administration.

³⁵ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferezy, leukaferozy i innych składników. W związku z tym liczba donacji jest wyższa niż w przypadku donacji krwi pełnej.

2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna

2.2. Inpatient health care

Stacjonarna opieka zdrowotna jest formą opieki medycznej sprawowaną całodobowo w zakładach, które posiadają infrastrukturę umożliwiającą przyjmowanie pacjentów na okres dłuższy niż 24 godziny. Wśród nich należy wymienić: szpitale ogólne, psychiatryczne, zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze typu ogólnego i psychiatrycznego, hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej, stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ośrodki MONAR, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, a także krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Zakłady te zapewniają świadczenia lekarskie, pielęgnacyjne i inne świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom hospitalizowanym, a oprócz tego mogą świadczyć usługi w zakresie opieki dziennej, ambulatoryjnej lub domowej.

Szpitala ogólne³⁶

Zgodnie z deklaracją podmiotów leczniczych³⁷, w Polsce na koniec 2023 r. funkcjonowały 894 stacjonarne szpitale ogólne, o 2 mniej niż przed rokiem, oraz 245 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia), o 14 więcej niż w 2022 r. Dysponowały one łącznie 161,2 tys. łóżek³⁸ oraz 6,1 tys. miejsc dziennych. Było to odpowiednio o 1,8% (2 948 łóżek) mniej i o 5,1% (329 miejsc) mniej niż w roku poprzednim. W szpitalach dziennych znajdowało się 465 łóżek (0,3% łóżek w szpitalach) oraz 1 145 miejsc (18,7% miejsc dziennych w szpitalach).

Największą liczbą szpitali ogólnych w 2023 r. charakteryzowało się województwo śląskie (192 placówki, w tym 49 szpitali dziennych), a najmniejszą – województwo lubuskie (31 placówek, w tym 7 szpitali dziennych). Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców, uwzględniający szpitale jednego dnia, wyniósł średnio dla Polski 3,0 i był największy w województwie śląskim (4,4), a najmniejszy w wielkopolskim (1,9). Uwzględniając tylko szpitale stacjonarne (ogólne) wskaźnik ten na poziomie kraju wyniósł 2,4 (podobnie jak przed rokiem). Największy był w województwie śląskim (3,3), a najmniejszy w wielkopolskim (1,6).

Dalsza części analizy, za wyjątkiem działalności dziennej szpitali ogólnych, dotyczy szpitali ogólnych stacjonarnych.

W 2023 r. wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności kraju wyniósł 42,8 łóżka, o 0,7 mniej niż w 2022 r. Na jedno łóżko przypadało przeciętnie 233 mieszkańców, o 3 osoby więcej niż w roku poprzednim. Wartość wskaźnika liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności była niższa od ogólnopolskiej w ośmiu województwach: śląskim (203), łódzkim (208), lubelskim (210), podlaskim (215), warmińsko-mazurskim (218), dolnośląskim (221), świętokrzyskim (224) i opolskim (232). W porównaniu z 2022 r., największy spadek wartości tego wskaźnika wystąpił w województwie łódzkim (mniej o 4,9), natomiast największy wzrost – w województwie lubelskim (więcej o 15,6). Ogólny wzrost liczby łóżek odnotowano jedynie w trzech województwach: wielkopolskim (11,3 tys. łóżek, o 186 więcej niż w 2022 r.), świętokrzyskim (5,2 tys. łóżek, o 16 więcej) i podlaskim (5,3 tys. łóżek, o 3 więcej). Największy spadek wystąpił w województwie lubelskim – 9,6 tys. łóżek, o 838 mniej niż w 2022 r.

Ponad 1/4 (27,6%) łóżek w szpitalach ogólnych znajdowała się w dwóch województwach dominujących pod względem liczby ludności: mazowieckim (23,2 tys. łóżek) i śląskim (21,3 tys. łóżek). Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały szpitale zlokalizowane w województwie lubuskim (3,8 tys. łóżek).

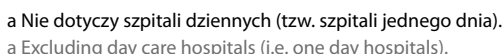
³⁶ Analiza dotyczy szpitali ogólnodostępnych i nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych i aresztach śledczych, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

³⁷ Od 2019 r. podmioty lecznicze deklarują charakter działalności szpitala (szpital stacjonarny/dzienny) w sprawozdaniu MZ-29 o działalności szpitala ogólnego.

³⁸ Stan w dniu 31 grudnia.

Stan w dniu 31 grudnia

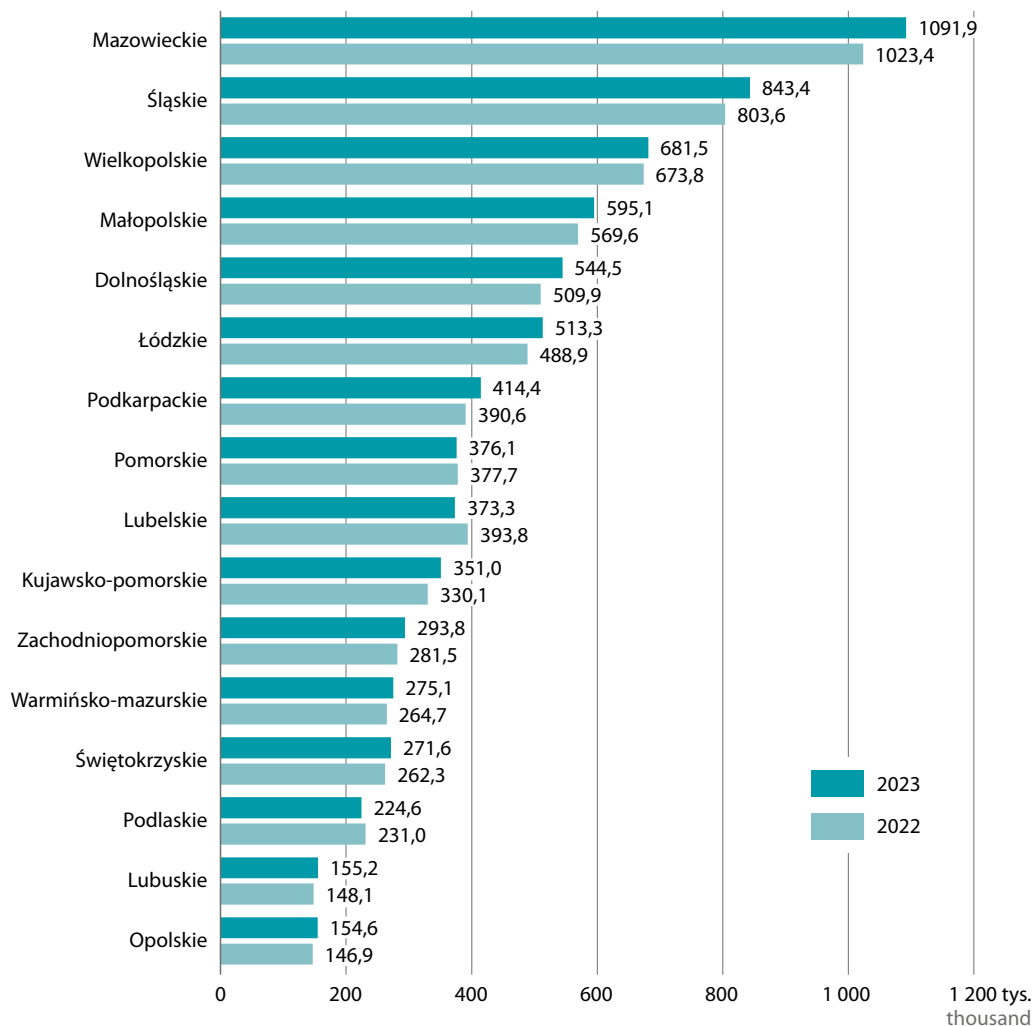
As of 31 December



Podobnie jak w latach poprzednich największy odsetek pacjentów odnotowano w województwie mazowieckim – 15,3% ogółu leczonych w szpitalach ogólnych w kraju. W województwie śląskim leczyło się 11,8% pacjentów, a w wielkopolskim – 9,5% pacjentów. Najmniej osób przebywało na leczeniu stacjonarnym w województwach: lubuskim i opolskim – po 2,2% ogółu hospitalizacji w kraju.

59

Wykres 2.2. Pacjenci hospitalizowani^a w szpitalach ogólnych wg województw
Chart 2.2. Inpatients^a in general hospitals by voivodships



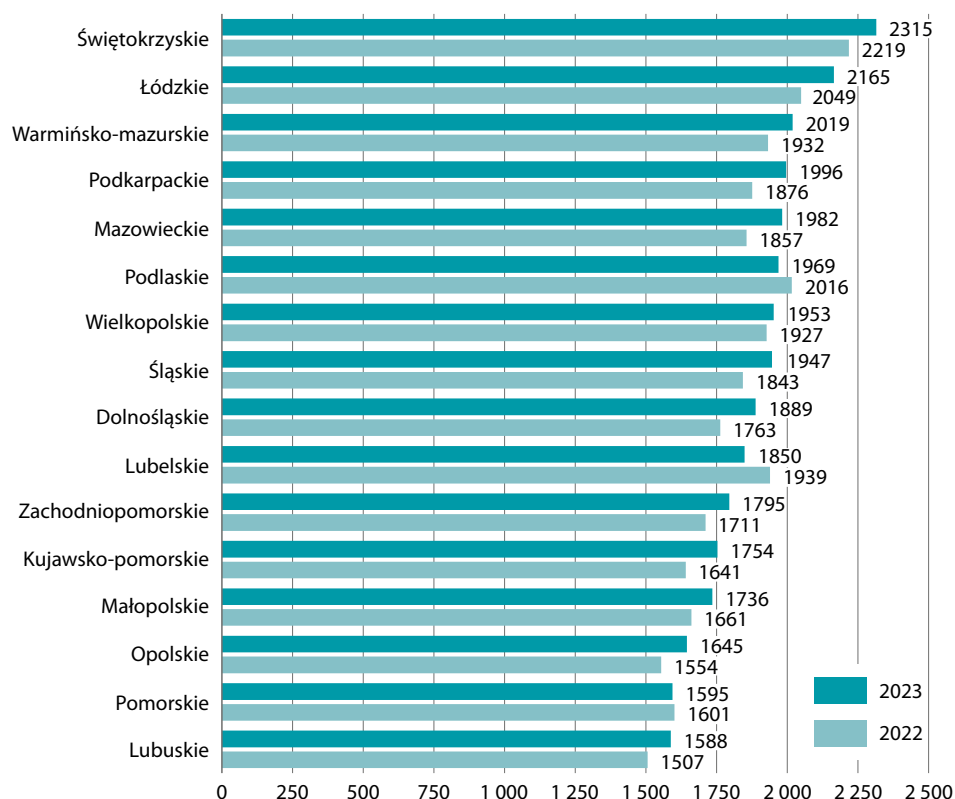
^a Pacjenci wpisani w księdzę głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).

^a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

Odsetek dzieci i młodzieży w wieku do lat 18 leczonych w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych w 2023 r. wyniósł 16,2% (1 158,5 tys. osób, o 2,8% mniej niż w 2022 r.). W województwach: podlaskim (19,6%) i pomorskim (19,3%) blisko 1/5 hospitalizacji dotyczyła ludzi młodych (w wieku do lat 18), podczas gdy w województwach: opolskim (10,3%) i świętokrzyskim (11,1%) niewiele ponad 1/10 leczonych stacjonarnie stanowiły osoby, które nie ukończyły 18 lat.

W większości województw zmniejszyła się liczba hospitalizowanych dzieci i młodzieży w porównaniu z rokiem poprzednim. Największy spadek liczby leczonych w tej grupie odnotowano w województwie łódzkim (mniej o 8,5%). Tylko w pięciu województwach (opolskim, świętokrzyskim, dolnośląskim, lubuskim i wielkopolskim) odnotowano wzrost liczby hospitalizacji młodszych pacjentów, jednak w żadnym z nich nie przekroczył 5%. Najwięcej hospitalizacji osób w wieku do 18 lat (203,4 tys.) zarejestrowano w szpitalach województwa mazowieckiego. Stanowiło to 17,6% ogółu dzieci i młodzieży hospitalizowanych w kraju.

Wykres 2.3. Pacjenci hospitalizowani^a w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw
Chart 2.3. Inpatients^a per 10 thousand population in general hospitals by voivodship



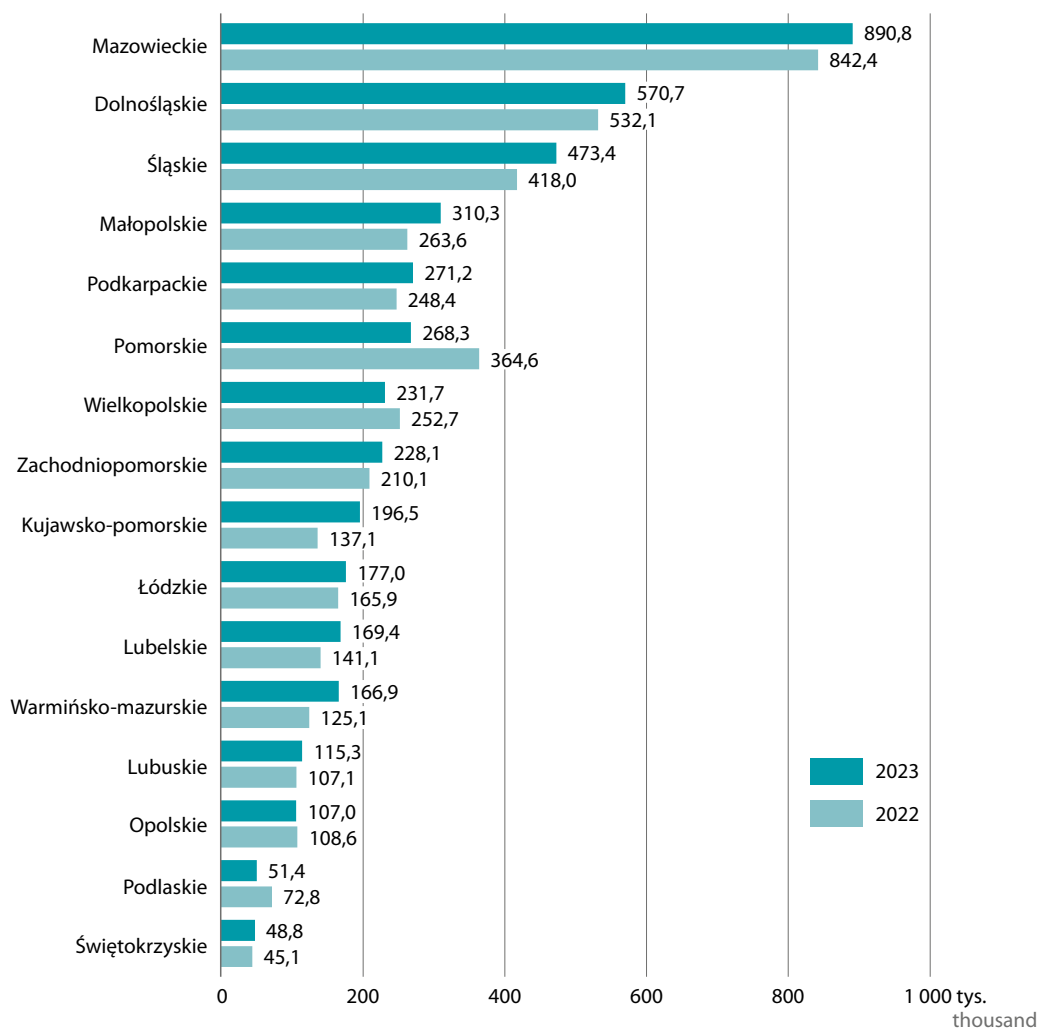
^a Pacjenci wpisani w księgę głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).

^a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

W 2023 r. w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach ogólnych stacjonarnych i dziennych, leczonych było łącznie 4 276,9 tys. osób, o 6,0% więcej niż w 2022 r. Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach stacjonarnych stanowili 94,5%, natomiast leczeni w szpitalach dziennych (tzw. szpitalach jednego dnia) – 5,5%. Na 10 tys. ludności przypadało 1 135 osób (o 68 osób więcej niż przed rokiem), którym udzielono świadczeń medycznych w szpitalach ogólnych w trybie dziennym. Najwięcej pacjentów leczonych w trybie dziennym odnotowano w województwie dolnośląskim – 1 979 osób, a najmniej w świętokrzyskim – 416 osób.

W stosunku do roku poprzedniego, liczba pacjentów leczonych w trybie dziennym w szpitalach ogólnych zwiększyła się w 12 województwach. Największy wzrost odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim – o ponad 59,4 tys. osób (więcej o 43,4%), natomiast najmniejszy w województwie świętokrzyskim – o 3,7 tys. osób (więcej o 8,1%). W grupie województw, w których w ciągu roku nastąpił spadek liczby leczonych w trybie dziennym znalazły się cztery województwa: pomorskie – mniej o 96,3 tys. osób (tj. o 26,4%), podlaskie – o 21,3 tys. (29,3%), wielkopolskie – o 21,0 tys. (8,3%) oraz opolskie – o 1,7 tys. (1,6%).

Wykres 2.4. Pacjenci leczenia dziennie w stacjonarnych i dziennych szpitalach ogólnych wg województw
Chart 2.4. Day care patients in general hospitals including day care hospitals by voivodships



W 2023 r. w szpitalach ogólnych przyjęto 267,5 tys. porodów (o 10,8% mniej niż rok wcześniej), z czego 49,9% stanowiły porody fizjologiczne, 48,3% – cesarskie cięcia, a 1,8% – inne porody, w tym kleszczowe i przy użyciu próżności. Prawie połowa (47,6%) porodów odbyła się w szpitalach zlokalizowanych na terenie czterech województw: mazowieckiego (45,5 tys. porodów), małopolskiego (28,4 tys.), śląskiego (27,6 tys.) i wielkopolskiego (26,0 tys.). Wskaźnik liczby porodów w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wyniósł 71,0 i był niższy (o 8,4) niż przed rokiem. Największą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie małopolskim (82,7), a najmniejszą w województwie świętokrzyskim (59,2).

W 2023 r. urodziło się 269,7 tys. dzieci⁴⁰ i było to o 10,9% (32,9 tys.) mniej niż w 2022 r. Spadek liczby dzieci urodzonych w szpitalach ogólnych dotyczył wszystkich województw i wahał się od 8,7% w przypadku województwa pomorskiego (gdzie przyszło na świat 18,7 tys. noworodków) do 14,7% w przypadku województwa warmińsko-mazurskiego (urodziło się tu 8,5 tys. dzieci). Najwięcej dzieci⁴¹ (46,0 tys.) urodziło się w województwie mazowieckim, o 9,8% (5,0 tys.) mniej niż w porównaniu z 2022 r. Duże spadki liczby noworodków w wartościach bezwzględnych odnotowano też w województwach: śląskim (mniej o 3,8 tys.), małopolskim (3,5 tys.) i wielkopolskim (3,0 tys.).

⁴⁰ Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dni życia i bez dzieci martwo urodzonych.

⁴¹ Jw.

Oddziały szpitalne w stacjonarnych szpitalach ogólnych

Istotnych informacji o działalności szpitali dostarczają statystyki zgromadzone bezpośrednio z oddziałów szpitalnych, przedstawiające infrastrukturę i działalność poszczególnych oddziałów o różnych specjalnościach, pełniących określone funkcje w strukturze zakładu.

Na koniec 2023 r. w szpitalach znajdowało się 161,2 tys. łóżek, o 1,8% (2 948 łóżek) mniej niż roku poprzednim. Najwięcej łóżek – 34,9 tys. (21,7% łóżek w szpitalach ogólnych) przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego⁴². Ponad połowa tych łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (19,0 tys. łóżek), z czego 1,5 tys. na chirurgii dziecięcej, a średnio co czwarte (9,0 tys. łóżek) na oddziałach chirurgii urazowo–ortopedycznej. Znacznie mniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały neuro- i kardiochirurgiczne (odpowiednio 2,1 tys. i 1,1 tys.) oraz chirurgii szczękowo–twarzowej (426 łóżek). Około 4,3% wszystkich łóżek chirurgicznych przeznaczonych było na leczenie najmłodszych pacjentów w wieku do lat 18⁴³.

Poza omówioną grupą oddziałów o specjalności chirurgicznej, oddziałami dysponującymi znaczną liczbą łóżek były oddziały: chorób wewnętrznych (11,9% łóżek w szpitalach ogólnych), rehabilitacyjne (11,7%), ginekologiczno–położnicze (8,5%), kardiologiczne (5,5%), neurologiczne (4,6%), neonatologiczne (4,5%), pediatryczne (4,2%), gruźlicy i chorób płuc (3,8%), onkologiczne (3,4%) oraz psychiatryczne (3,4%).

Oddziałami, na których odnotowano największy wzrost liczby łóżek w porównaniu z 2022 r. (kierując się wielkością bezwzględną) były oddziały: kardiologiczne – o 244 (więcej o 2,8% łóżek), onkologiczne – o 116 (2,2%) i leczenia jednego dnia – o 81 (39,5%). Także na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej, na których liczba łóżek systematycznie rośnie, w 2023 r. odnotowano 957 łóżek, o 88 (10,1%) więcej niż przed rokiem.

Największy spadek liczby łóżek dotyczył oddziałów chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych⁴⁴, na których ich liczba zmniejszyła się odpowiednio o 1 298 (mniej o 6,3%) i 329 (11,7%). Ponadto, mniejszą liczbę łóżek odnotowano na oddziałach: ginekologiczno–położniczych – o 778 (mniej o 5,4% łóżek), neonatologicznych – o 302 (4,0%), pediatrycznych – o 216 (3,1%), gruźlicy i chorób płuc – o 156 (2,5%), psychiatrycznych – o 139 (2,5%), okulistycznych – o 113 (4,9%), reumatologicznych – o 93 (4,9%) oraz chirurgicznych ogólnych dla dzieci – o 78 (5,0%).

W 2023 r. na oddziałach w szpitalach ogólnych, z uwzględnieniem ruchu chorych (pomiędzy oddziałami), przebywało łącznie 7 729,5 tys. pacjentów⁴⁵, o 4,4% więcej niż w 2022 r. Podobnie jak w latach poprzednich najliczniejszą grupę, bo ponad 1/4 ogółu leczonych, stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych (2 094,5 tys. osób), z czego niemal połowa (49,5%) przypadków – osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1 037,1 tys. osób, o 6,5% więcej niż w roku poprzednim). Średnio co czwarty pacjent oddziałów chirurgicznych (24,8%) skorzystał ze świadczeń z zakresu chirurgii urazowo–ortopedycznej (520,1 tys. osób, o 8,0% więcej niż w 2022 r.), a prawie co ósmy – urologii (249,1 tys. osób, o 5,5% więcej). Natomiast na oddziałach chirurgicznych przeznaczonych na leczenie najmłodszych pacjentów (w wieku do lat 18) przebywało 116,1 tys. osób, o 7,0% więcej niż rok wcześniej.

Liczną grupę leczonych w szpitalach ogólnych stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno–położniczych (11,5% ogółu leczonych) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (10,2%). Mniejszy odsetek stanowili pacjenci na oddziałach: kardiologicznych (7,4%), pediatrycznych (5,2%), onkologicznych (4,9%), neurologicznych (4,0%) i neonatologicznych (3,7%).

⁴² Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo–ortopedyczną, szczękowo–twarzową, neurochirurgię, kardiochirurgię, urologię oraz inne o charakterze chirurgicznym (m.in. oddziały wieloprofilowe zabiegowe).

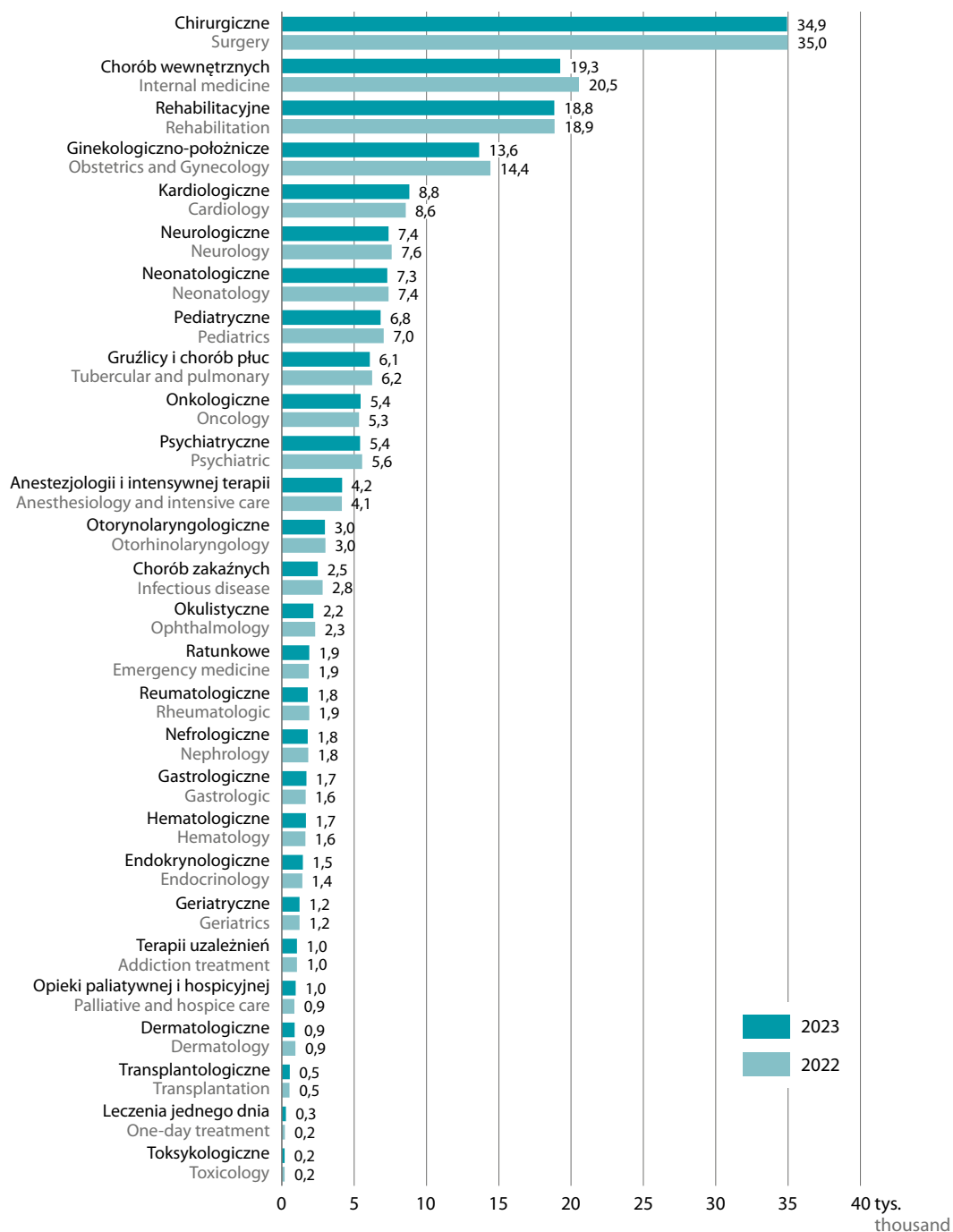
⁴³ Łącznie z łózkami dla dzieci znajdującymi się na oddziałach chirurgicznych dla dorosłych odsetek ten wyniósł 4,7%.

⁴⁴ W związku z zakończeniem epidemii COVID–19, w 2023 r. część łóżek znajdujących się na oddziałach chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych (wykorzystywanych do leczenia i obserwacji pacjentów z podejrzeniem COVID–19) była przywracana na ich pierwotne przeznaczenie lub – w zależności od potrzeb szpitali – przenoszona na inne oddziały.

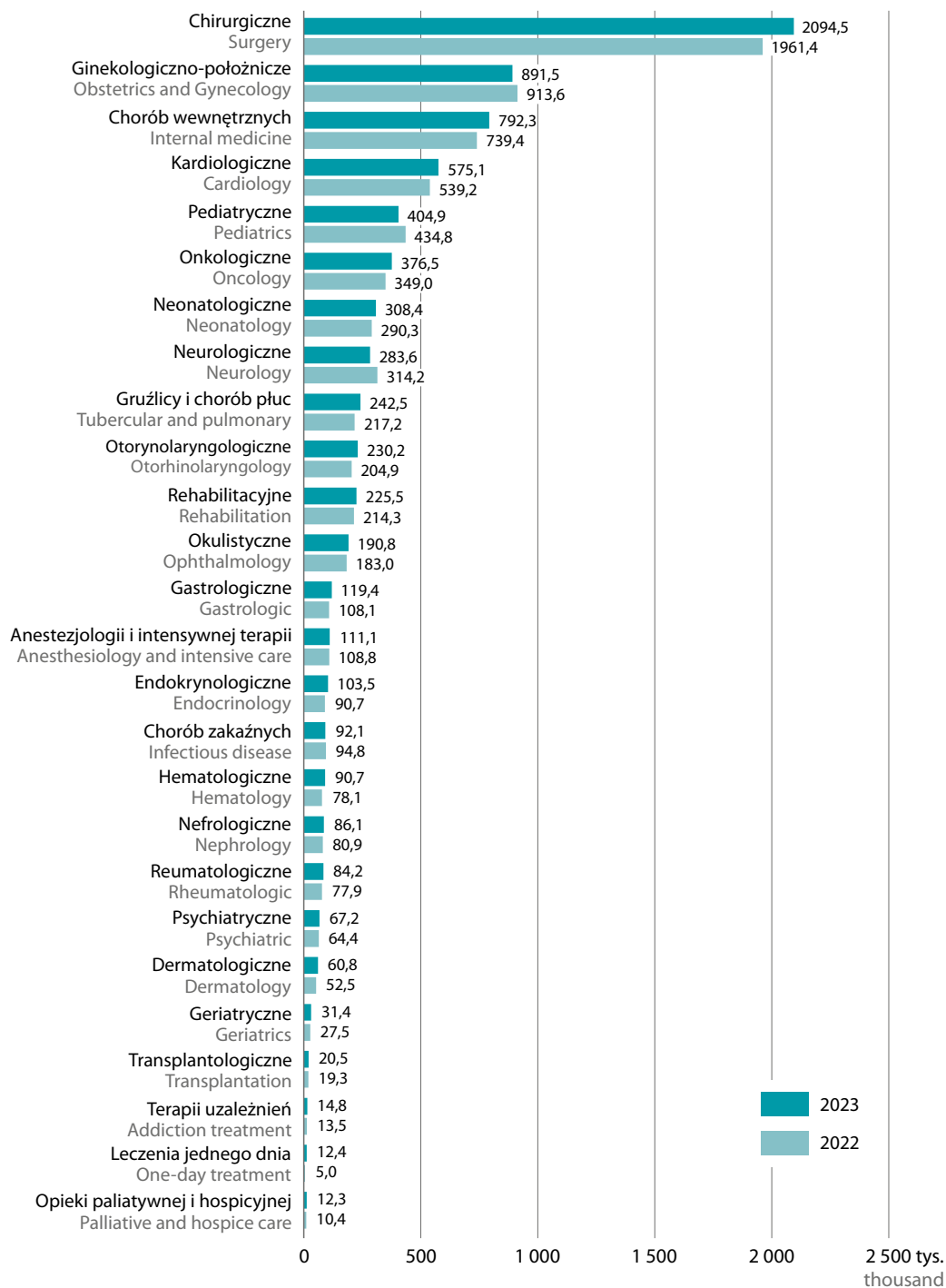
⁴⁵ Leczeni stacjonarnie z tzw. międzyoddziałowym ruchem chorych jest to suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych, przy czym na każdym oddziale pacjent liczony jest niezależnie.

Wykres 2.5. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.5. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals
 As of 31 December



Wykres 2.6. Pacjenci leczeni stacjonarnie^a na oddziałach w szpitalach ogólnych
Chart 2.6. Inpatients^a in wards of general hospitals



^a Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala.
^a Including inter-ward patients transfers.

W 2023 r. niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych przebywało więcej pacjentów niż rok wcześniej. Największy wzrost liczby pacjentów w wartościach bezwzględnych odnotowano kolejno na oddziałach: chirurgicznych – o 133,1 tys. (więcej o 6,8% osób), chorób wewnętrznych – o 52,8 tys. (7,1%), kardiologicznych – o 35,9 tys. (6,6%) i onkologicznych – o 27,5 tys. (7,9%). W ujęciu procentowym największy wzrost liczby pacjentów, w porównaniu z poprzednim rokiem, odnotowano na oddziałach leczenia jednego dnia – o 150,2% (więcej o 7,4 tys. osób), a następnie: opieki paliatywnej i hospicyjnej – o 18,1% (1,9 tys.), hematologicznych – o 16,1% (12,6 tys.), dermatologicznych – o 15,8% (8,3 tys.), geriatrycznych – 14,4% (4,0 tys.), endokrynologicznych – 14,1% (12,8 tys.), otorynolaryngologicznych – o 12,4% (25,3 tys.), gruźlicy i chorób płuc – o 11,6% (25,3 tys.) i gastrologicznych – o 10,5% (11,3 tys.). Mniej pacjentów niż przed rokiem przebywało tylko na pięciu rodzajach oddziałów: neonatologicznych – o 9,8% (mniej o 30,7 tys. osób), pediatrycznych – o 6,9% (29,9 tys.), chorób zakaźnych⁴⁶ – o 2,8% (2,7 tys.), ratunkowych – o 2,7% (5,5 tys.) i ginekologiczno-położniczych – o 2,4% (22,1 tys.).

Istotnych informacji obrazujących działalność szpitali i oddziałów szpitalnych dostarcza porównanie liczby pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych (leczonych z tzw. ruchem międzyoddziałowym) z liczbą pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala (leczeni bez ruchu chorych). Szacunkowa wielkość ruchu chorych dla szpitali na poziomie kraju w 2023 r. wyniosła 7,4% (tyle samo co w roku poprzednim). Ruch chorych powyżej 10,0% odnotowano tylko w trzech województwach: opolskim (13,6%), lubelskim (13,2%) i lubuskim (10,9%). Natomiast ruch chorych poniżej 6,0% wystąpił w województwach: podkarpackim (4,2%), śląskim (5,2%), małopolskim (5,5%), kujawsko-pomorskim (5,8%) i wielkopolskim (5,8%).

Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych jest tzw. wskaźnik przelotowości⁴⁷ oraz średni czas pobytu na oddziale⁴⁸.

Wskaźnik przelotowości dla wszystkich oddziałów szpitalnych w kraju wyniósł 47,9 pacjenta na jedno łóżko i był wyższy o 3,1 w porównaniu do 2022 r. Podobnie jak w latach poprzednich największą wartość wskaźnika odnotowano na oddziałach okulistycznych (86 pacjentów, czyli o 8 osób więcej niż przed rokiem). Więcej niż 70 pacjentów na jedno łóżko przypadało również na oddziałach: otorynolaryngologicznych (77, o 9 więcej), chirurgicznych ogólnych dla dzieci (77, o 7 więcej), urologicznych (77, o 5 więcej), gastrologicznych (72, o 6 więcej), endokrynologicznych (71, o 6 więcej) i onkologicznych (70, o 4 więcej). Natomiast najmniej pacjentów na jedno łóżko szpitalne było na oddziałach: rehabilitacyjnych (12 pacjentów, czyli o 1 osobę więcej niż w roku ubiegłym) i psychiatrycznych (12, tyle samo co w 2022 r.). Mniej niż 30 leczonych skorzystało z jednego łóżka na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej (13, o 1 więcej), terapii uzależnień (14, o 1 więcej), geriatrycznych (26, o 3 więcej) oraz anestezjologii i intensywnej terapii (27, o 1 więcej).

W 2023 r. wskaźnik przelotowości wzrósł niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych, ale w największym stopniu na oddziałach leczenia jednego dnia (43 pacjentów, czyli o 19 osób więcej niż w roku poprzednim), a następnie na oddziałach dermatologicznych (68, o 14 więcej). Mniejszy niż przed rokiem był jedynie na oddziałach: neonatologicznych (38 pacjentów, czyli o 3 osoby mniej niż w 2022 r.), pediatrycznych (59, o 2 mniej) i toksykologicznych (43, o 1 mniej).

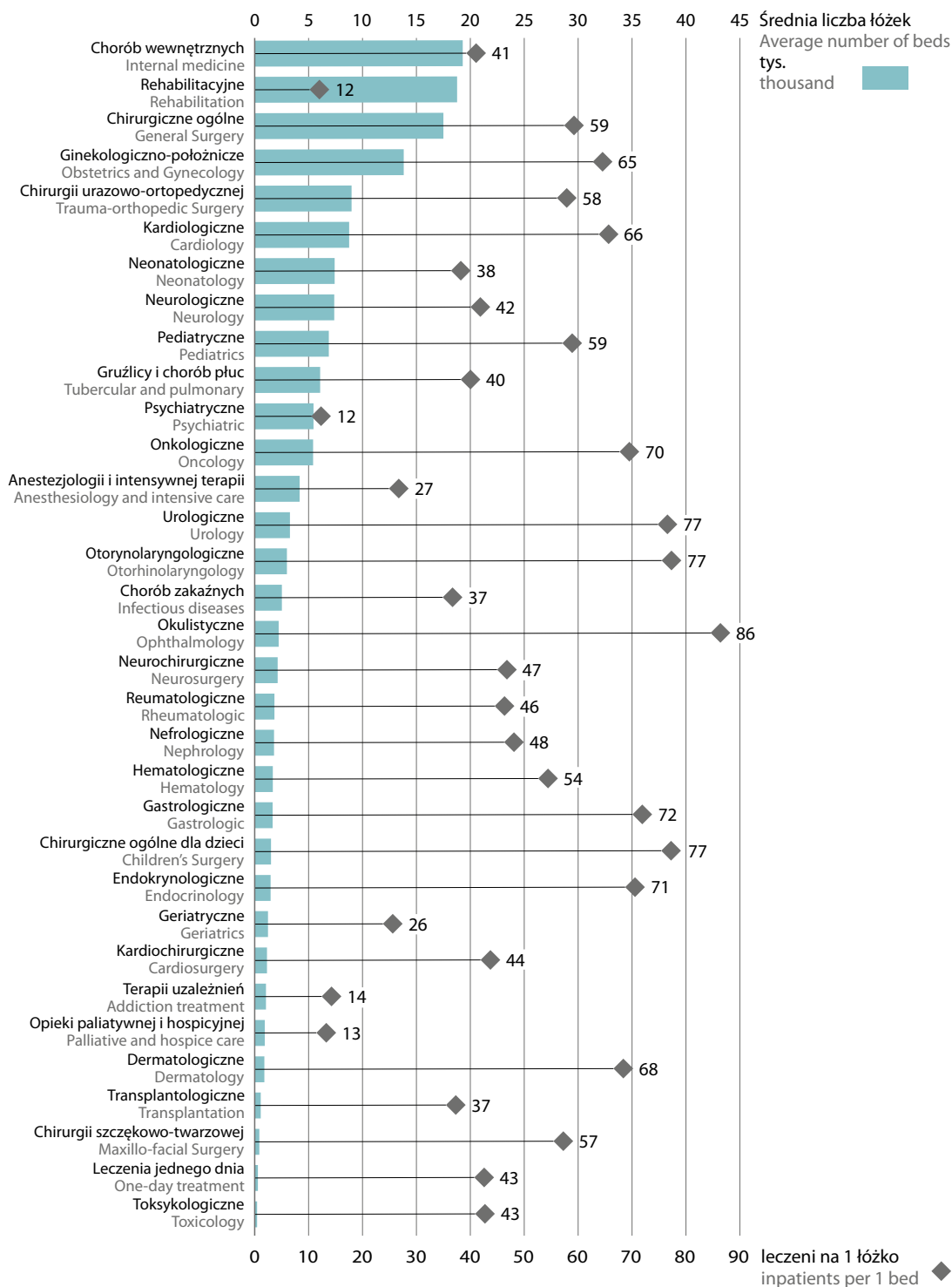
⁴⁶ Łącznie z oddziałami obserwacyjno-zakaźnymi.

⁴⁷ Iloraz liczby leczonych na oddziale i średniej liczby łóżek w roku na oddziale.

⁴⁸ Iloraz osobodni pobytu i liczby leczonych na oddziale.

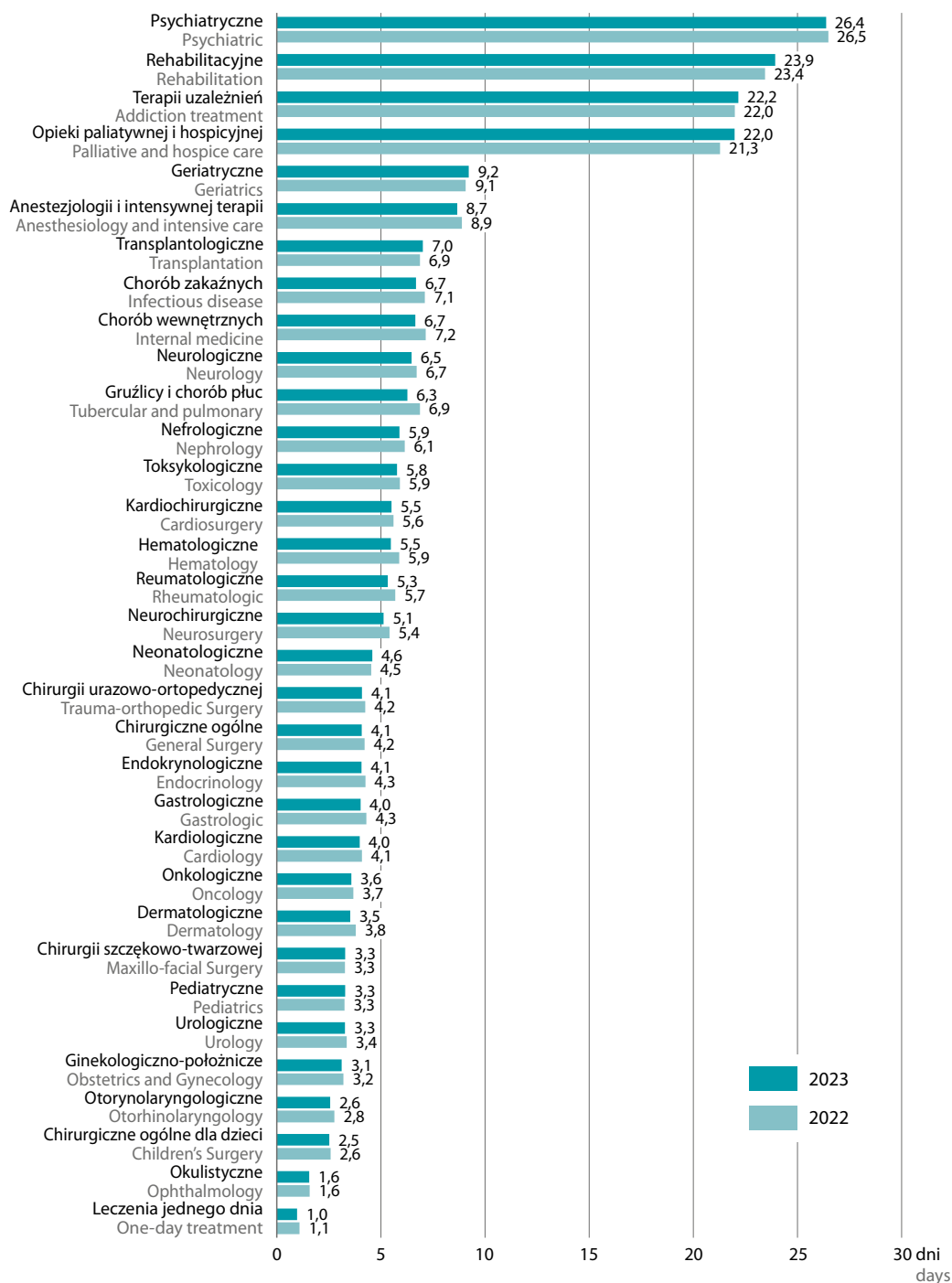
Wykres 2.7. Łóżka i leczeni na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2023 r.

Chart 2.7. Beds and inpatients per one bed in wards of general hospitals in 2023

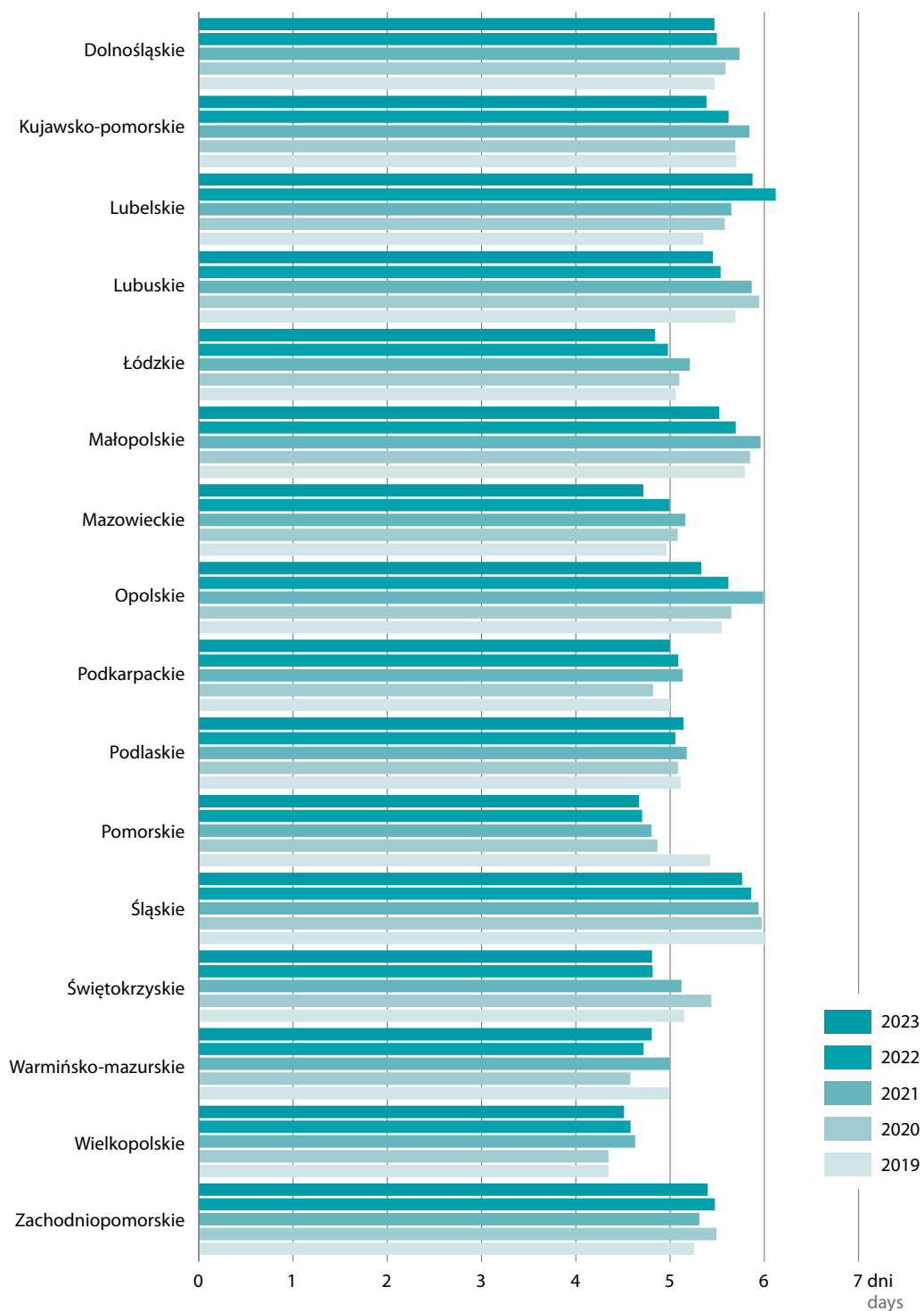


Wykres 2.8. Średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych

Chart 2.8. Average patient stay in hospital wards



Wykres 2.9. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalach ogólnych wg województw
Chart 2.9. Average patient stay in hospital wards by voivodship



W 2023 r. średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym wyniósł 5,1 dnia i nie zmienił się istotnie (był o 0,2 dnia krótszy) w porównaniu z 2022 r. W zależności od rodzaju oddziału średni pobyt na poszczególnych rodzajach oddziałów wahał się od 1,0 dnia na oddziałach leczenia jednego dnia do 26,4 dnia na oddziałach psychiatrycznych. W odniesieniu do roku poprzedniego średni czas pobytu pacjentów na oddziale wydłużył się przede wszystkim na oddziałach: opieki paliatywnej i hospicyjnej (dłuższy o 0,7 dnia), rehabilitacyjnych (0,5) i terapii uzależnień (0,2), natomiast skrócił się na oddziałach: gruźlicy i chorób płuc (krótszy o 0,6 dnia), chorób wewnętrznych (0,5), chorób zakaźnych (0,4), hematologicznych (0,4) i reumatologicznych (0,4 dnia).

Najdłuższy średni pobyt w szpitalach ogólnych w 2023 r. odnotowano w województwie lubelskim (5,9 dnia). Pobytu trwające co najmniej 5,5 dnia wystąpiły również w województwach: śląskim (5,8) oraz małopolskim, dolnośląskim i lubuskim (po 5,5). Najkrótszy średni czas pobytu pacjenta odnotowano w szpitalach w województwie wielkopolskim (4,5 dnia). Mniej niż 5 dni spędzili pacjenci leczeni w szpitalach w województwach mazowieckim i pomorskim (po 4,7) oraz warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim i łódzkim (po 4,8). Średni czas trwania pobytu pacjenta w większości województw był zbliżony do tego sprzed roku, przy czym w największym stopniu uległ on skróceniu w województwach opolskim (o 0,3 dnia) i mazowieckim (o 0,3 dnia), a wydłużeniu – w warmińsko-mazurskim (o 0,1 dnia).

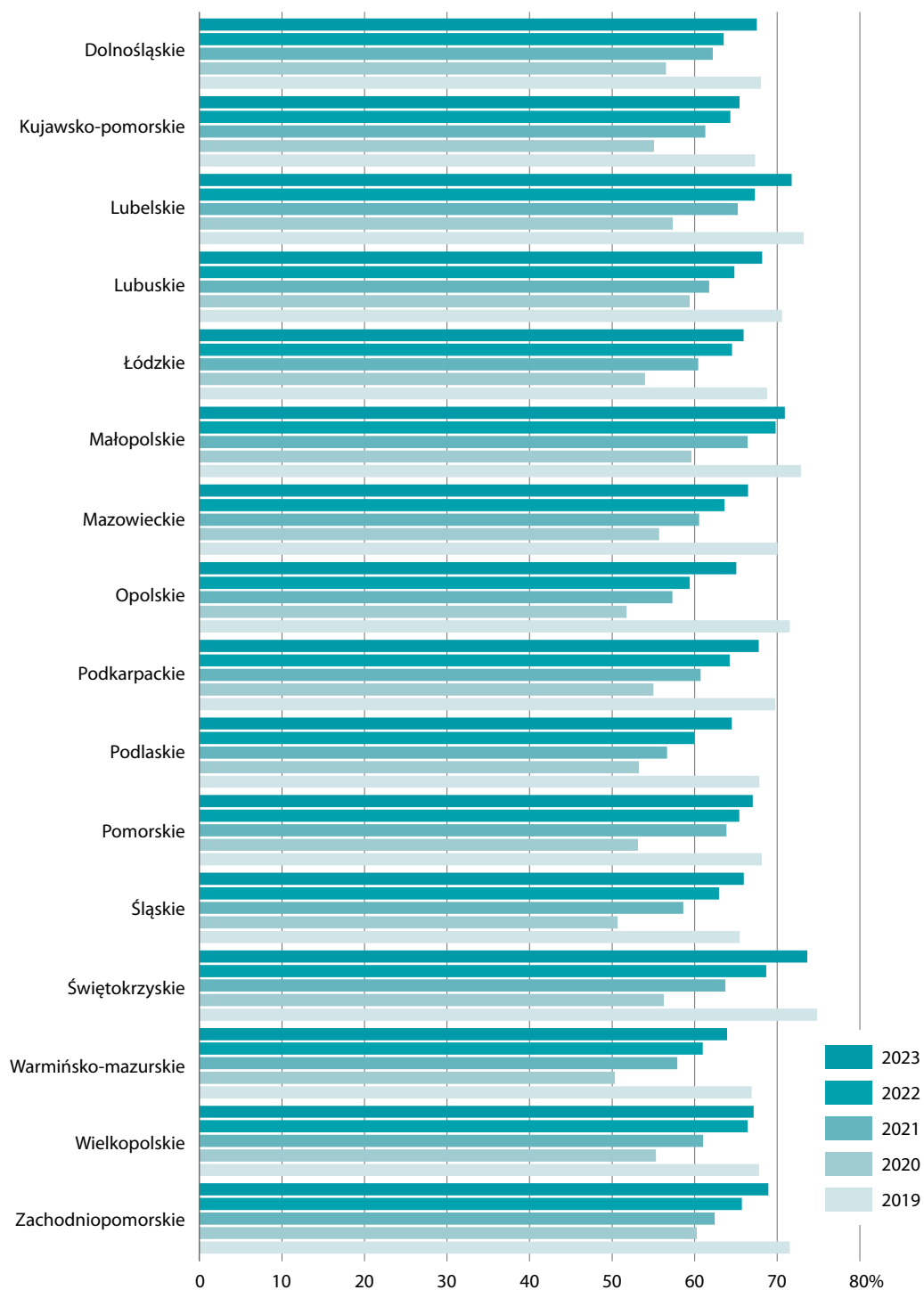
Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie⁴⁹ łóżek w ciągu roku. W 2023 r. wskaźnik ten dla szpitali ogólnych w kraju wyniósł 67,4%⁵⁰ i był o 2,8 p. proc. wyższy niż w 2022 r. W porównaniu z rokiem poprzednim wzrost wykorzystania łóżek szpitalnych wystąpił we wszystkich województwach, przy czym największy odnotowano w województwie opolskim (więcej o 5,6 p. proc.). Najwyższą wartość wskaźnika wykorzystania łóżek (73,6%) osiągnięto w województwie świętokrzyskim, a więcej niż 70,0% również w lubelskim (71,7%) i małopolskim (70,9%). Natomiast najniższa jego wartość (63,9%) wystąpiła w województwie warmińsko-mazurskim. Ponadto wskaźnik mniejszy niż 65,0% odnotowano dla szpitali w podlaskim (64,5%).

W typowych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia, przyjmuje się iż wykorzystanie łóżek szpitalnych na poziomie 85,0% jest optymalną wartością tego wskaźnika.

⁴⁹ Iloraz osobodni pobytu leczonych na oddziale i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział procentowy dni w roku.

⁵⁰ Odpowiada to 246 dniom (o 10 dni więcej niż w 2022 r.).

Wykres 2.10. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych wg województw
 Chart 2.10. Occupancy rate in general hospitals by voivodships



Omówione wskaźniki charakteryzują i opisują działalność oddziałów o różnych specjalnościach. Mogą stanowić cenne uzupełnienie informacji o specyfice poszczególnych oddziałów i ich roli w procesie leczenia. Inny charakter mają oddziały intensywnej terapii, pełniące szczególną rolę w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, a inny oddziały kardiochirurgiczne, w których wykonywane są operacje, prowadzona jest diagnostyka, sprawowana jest szeroka opieka przed- i pooperacyjna. Jeszcze inne funkcje pełnią oddziały rehabilitacyjne, na których przebywają pacjenci z zakończonym procesem właściwego leczenia, ale w dalszym ciągu wymagający stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji oraz prowadzenia zabiegów ukierunkowanych na określony długoterminowy efekt leczniczy.

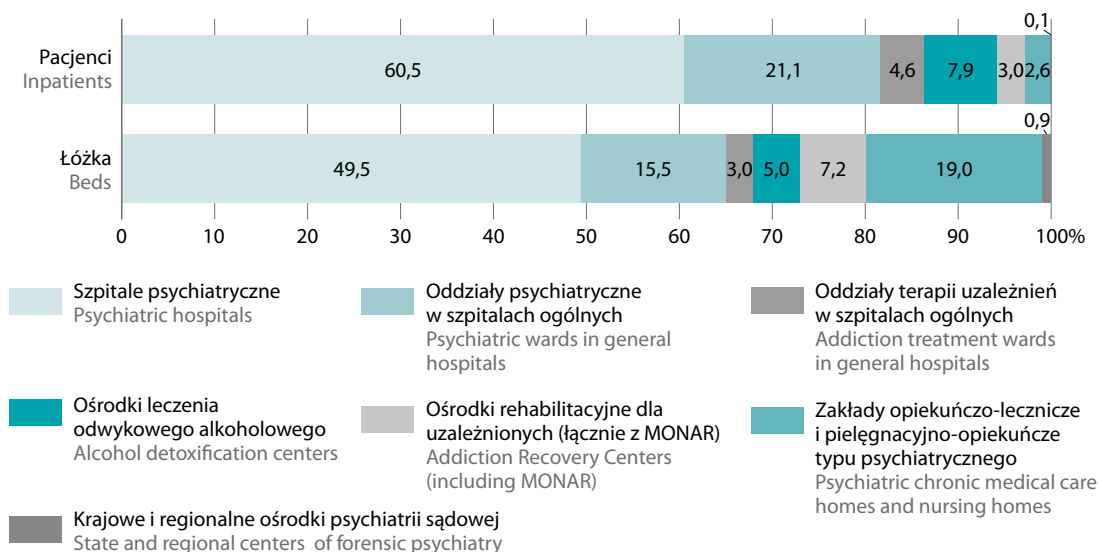
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej⁵¹

Do zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym zakłady MONAR, a ponadto zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Opieka psychiatryczna realizowana jest także na oddziałach psychiatrycznych i terapii uzależnień w szpitalach ogólnych.

W 2023 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną⁵² przeznaczonych było łącznie 34,8 tys. łóżek (o 1,3% więcej niż w 2022 r.). Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według rodzaju realizowanej opieki nie zmieniła się znacząco. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek (68,0%) przypadało na psychiatryczną opiekę szpitalną (prawie 23,7 tys. łóżek, o 1,7% więcej niż w 2022 r.) realizowaną w szpitalach psychiatrycznych oraz w szpitalach ogólnych na oddziałach psychiatrycznych i oddziałach terapii uzależnień. Na długoterminową opiekę psychiatryczną świadczoną w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych było przeznaczonych 6,6 tys. łóżek (19,0% ogółu), natomiast placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych łącznie z ośrodkami MONAR) oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej łącznie dysponowały łącznie 4,5 tys. łóżek (13,0%).

Wykres 2.11. Łóżka i pacjenci zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2023 r.

Chart 2.11. Beds and inpatients of psychiatric facilities in 2023



⁵¹ Dane Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz za 2022 r. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, za 2023 r. opracowane przez GUS na podstawie wyników badania Ministerstwa Zdrowia (MZ-30 Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej).

⁵² Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i terapii uzależnień w szpitalach ogólnych.

Na koniec 2023 r. na terenie kraju funkcjonowały 62 szpitale psychiatryczne (o 1 więcej niż przed rokiem), dysponujące prawie 17,3 tys. łóżek (o 3,2% więcej niż w końcu 2021 r.). Liczba łóżek w tego rodzaju placówkach w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 45,8 (o 1,6 więcej niż w roku poprzednim) i wahała się od 9,1 w województwie zachodniopomorskim do 90,7 w województwie lubuskim. Z leczenia stacjonarnego w szpitalach psychiatrycznych skorzystało 192,3 tys. pacjentów, o 7,1% (o 12,7 tys. osób) więcej niż w 2022 r.

Podobnie jak przed rokiem najwięcej łóżek przeznaczonych na psychiatryczne leczenie szpitalne znajdowało się w województwie mazowieckim – 2,7 tys. łóżek. W województwie śląskim funkcjonowało prawie 1,9 tys. łóżek, a w wielkopolskim i dolnośląskim – po 1,4 tys. łóżek. W szpitalach tych czterech województw przebywało łącznie 43,2% ogółu pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w kraju (83,1 tys. osób). Najmniejszą liczbą leczonych charakteryzowało się województwo zachodniopomorskie, w którym odnotowano tylko 2,0 tys. osób.

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 161 oddziałach psychiatrycznych i 49 oddziałach terapii uzależnień. W oddziałach tych było dostępnych łącznie 6,5 tys. łóżek (o 2,1%, czyli o 140 łóżek mniej niż w 2022 r.), z których skorzystało niemal 81,9 tys. pacjentów (o 5,1%, czyli o 4,0 tys. osób więcej niż w roku poprzednim), przy czym pacjenci oddziałów psychiatrycznych stanowili zdecydowaną większość (82,0%) leczonych na tych dwóch rodzajach oddziałów szpitalnych.

Średni czas pobytu chorego w szpitalach psychiatrycznych w kraju nie zmienił się istotnie i wyniósł 30,9 dnia, a w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był, podobnie jak w latach ubiegłych, nieco krótszy i wyniósł 26,4 dnia. Na oddziałach terapii uzależnień, gdzie pobyty są znacznie krótsze, średnio trwał 22,2 dnia. Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych poszczególnych województw była zróżnicowana. Najdłuższy średni pobyt odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (43,2 dnia), a najkrótszy w opolskim (19,8).

Kolejnym rodzajem placówek całodobowej opieki psychiatrycznej są ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych i ośrodki MONAR⁵³. W 2023 r. takich ośrodków było 54 (o 2 mniej niż w 2022 r.) i dysponowały one łącznie 2,5 tys. łóżek (o 1,4% łóżek więcej niż w roku poprzednim). Skorzystało z nich ponad 9,6 tys. osób uzależnionych (o 5,5% więcej niż w 2022 r.). Średni pobyt podopiecznych wyniósł 81,2 dnia i był o 1,7 dnia dłuższy niż przed rokiem. Dłuższe pobyty zostały odnotowane w 10 województwach, z wyjątkiem: lubelskiego (krótszy o 50,2 dnia), pomorskiego (22,0), łódzkiego (6,7), opolskiego (4,3), wielkopolskiego (2,3) i dolnośląskiego (0,1). W placówkach zlokalizowanych na terenie czterech województw przebywało⁵⁴ 55,6% rehabilitowanych – w mazowieckim (1 592 osoby), dolnośląskim (1 555), lubuskim (1 119) i pomorskim (1 087).

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w 2023 r. na terenie kraju funkcjonowały 34 (o 5 mniej niż w 2021 r.) ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego. Dysponowały one, podobnie jak przed rokiem, 1,7 tys. łóżek, a skorzystało z nich 25,2 tys. osób, tj. o 1,2% więcej niż w roku poprzednim. Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 20,9 dnia (o 0,2 dnia dłużej niż w 2022 r.). W porównaniu z oddziałami terapii uzależnień, znajdującymi się w szpitalach ogólnych, pobyt w tych ośrodkach był krótszy o 1,3 dnia.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych, realizujących zadania w systemie zamkniętym, są krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. W ośrodkach tych przebywają sprawcy czynów zabronionych, skierowani do ośrodka przez sąd, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zaburzenia psychiczne. W 2023 r. na terenie kraju odnotowano 5 tego typu zakładów, dysponujących łącznie 309 łózkami. Przebywało w nich 436 osób (o 3 osoby więcej niż w roku poprzednim), a średni czas ich pobytu wyniósł 216,7 dnia i był o 0,3 dnia krótszy niż w 2022 r.

Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej są placówkami cechującymi się bardzo wysokimi wartościami wskaźnika przeciętnego wykorzystania łóżek w ciągu roku. W 2023 r. wskaźnik ten dla szpitali psychiatrycznych w Polsce wyniósł 94,3% (344,1 dnia). Wartość powyżej średniej krajowej została odnotowana

⁵³ Od 2020 r. dane o ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ośrodkach MONAR są prezentowane łącznie.

⁵⁴ Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

w sześciu województwach (mazowieckim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim), natomiast wskaźnik poniżej 90,0% wystąpił tylko w czterech województwach (łódzkim – 82,2%, lubuskim – 84,8%, podlaskim – 87,2% i śląskim – 89,7%). W przypadku ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym ośrodków MONAR, przeciętne wykorzystanie łóżek wyniosło 88,8% (324,1 dnia), przy czym wartość powyżej 90,0% odnotowano w siedmiu województwach (łódzkim, małopolskim, opolskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim). W ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego wskaźniki wykorzystania łóżek są niższe i w 2023 r. dla tego typu placówek ogółem wyniósł 85,7% (312,8 dnia). Wskaźniki powyżej 90,0% charakteryzowały pięć województw (mazowieckie, podlaskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie), natomiast najniższą wartość (73,2%) odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim. Dla krajowych i regionalnych ośrodkach psychiatrii sądowej wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek w roku wyniósł 84,3% (307,7 dnia).

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa istotną rolę w systemie opieki zdrowotnej pełnią zakłady opieki długoterminowej, zapewniające pacjentom całodobowe świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne, a także kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego w dłuższym okresie.

Opieka długoterminowa świadczona jest w zakładach opiekuńczo–lecniczych oraz pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W dalszej części analizy zakłady te będą nazywane: zakładami opieki długoterminowej.

Z opieką długoterminową często łączona jest też inna forma opieki, jaką jest opieka hospicyjno–paliatywna. Ma ona na celu zapewnienie jak najlepszych warunków egzystencji osobie nieuleczalnie chorej w schyłkowym okresie jej życia. Działania zespołu medycznego skupiają się wokół redukcji cierpienia i przynoszenia ulgi, w tym leczenie bólu oraz udzielanie wsparcia psychologicznego.

W 2023 r. na terenie kraju funkcjonowały 624 zakłady typu leczniczo–pielęgnacyjnego⁵⁵ (o 2,1% więcej niż w 2022 r.) i 228 stacjonarnych placówek świadczących usługi hospicyjno–paliatywne (o 2,7% więcej niż w roku poprzednim)⁵⁶. Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno–paliatywnej dysponowały (łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych) 43,7 tys. łóżek i było to o 4,8% więcej niż w 2022 r. Zapewniły one opiekę w warunkach stacjonarnych prawie 115,1 tys. osób (o 7,5% więcej niż w roku poprzednim).

Według stanu w dniu 31 grudnia 2023 r. osoby w wieku 65 lat lub więcej przebywające w tego typu placówkach stanowiły 81,2% pacjentów i było to o 1,1% więcej niż analogicznym okresie 2022 r. Największy wzrost dotyczył pacjentów w wieku 75–79 lat, których odnotowano o 14,9% (0,7 tys. osób) więcej niż w roku poprzednim. Także podopiecznych w wieku tzw. późnej starości (80 lat lub więcej), które podobnie jak w latach poprzednich stanowiły najliczniejszą grupę (ponad 18,0 tys. osób), było o 7,8% (1,3 tys. osób) więcej. Jedyną grupą, w przypadku której odnotowano mniejszą (o 1,8%) niż przed rokiem liczbę pacjentów, były osoby w wieku 61–64 lata.

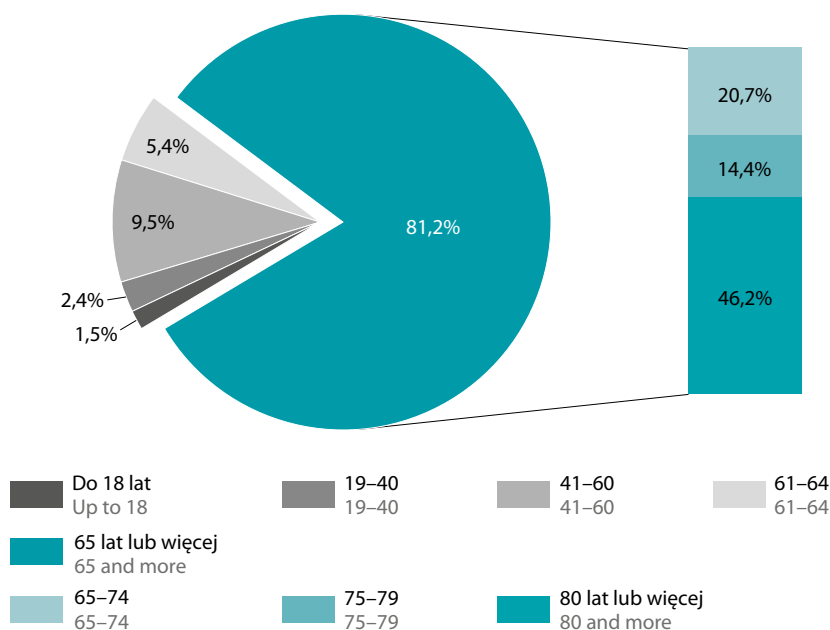
Podobnie jak w roku poprzednim, na koniec 2023 r. przebywało w tych zakładach blisko dwa razy więcej kobiet (25,7 tys.) niż mężczyzn (13,3 tys.), przy czym udział płci pacjentów był różny w zależności od grupy wieku. W przypadku osób w wieku 65–79 lat, liczba kobiet i mężczyzn nie różniła się tak znacznie (na jednego mężczyznę przypadało 1,4 kobiety), jak w najstarszej grupie (80 lat lub więcej), gdzie na jednego mężczyznę przypadało 4,8 kobiety. W niższych grupach wieku, poniżej 65. roku życia, przeważali mężczyźni stanowiący 61,4% ogółu pacjentów (4,5 tys. osób).

⁵⁵ Pod tym pojęciem należy rozumieć zakłady opiekuńczo–lecnicze oraz pielęgnacyjno–opiekuńcze o profilu ogólnym, a także zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze o profilu psychiatrycznym.

⁵⁶ Pod tym pojęciem należy rozumieć hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej oraz oddziały opieki paliatywnej i hospicyjnej działające w szpitalach ogólnych.

**Wykres 2.12. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej^a i hospicyjno-paliatywnej w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

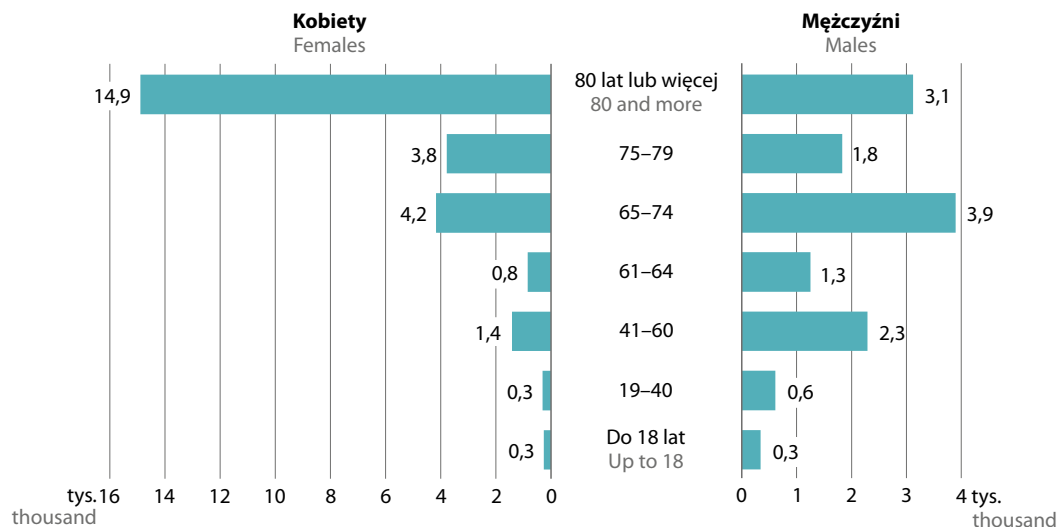
Chart 2.12. Patients in long term care facilities^a including hospices and palliative wards in 2023
As of 31 December



a Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

**Wykres 2.13. Pacjenci w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej^a i hospicyjno-paliatywnej wg płci i grup wieku w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 2.13. Patients in long term care facilities^a including hospices and palliative wards by sex and age groups in 2023
As of 31 December



a Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

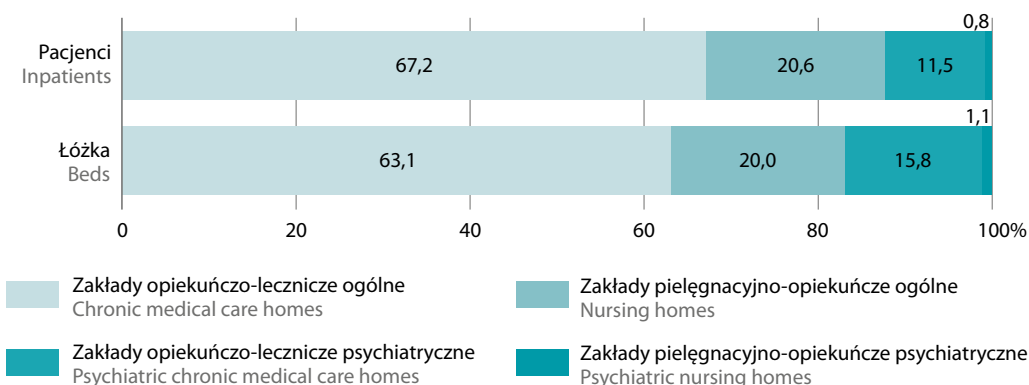
Na koniec 2023 r. baza łóżkowa zakładów opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wyniosła prawie 39,0 tys., o 4,8% łóżek więcej niż w 2022 r. Wzrost liczby łóżek odnotowano zarówno w zakładach o charakterze ogólnym (32,4 tys., o 5,7% łóżek więcej niż w 2022 r.), jak i w placówkach przeznaczonych na długoterminową opiekę psychiatryczną (6,6 tys., o 0,3% łóżek więcej niż przed rokiem). Łącznie w zakładach opieki długoterminowej przebywało 67,1 tys. osób, o 2,7% więcej niż w 2022 r., przy czym 12,3% stanowili pacjenci długoterminowej opieki psychiatrycznej (8,2 tys. osób, o 0,5% mniej niż przed rokiem).

Z długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej skorzystało blisko 18 osób na 10 tys. ludności, przy czym wartość tego wskaźnika wahała się w poszczególnych województwach od 10 osób w wielkopolskim do 23 osób w lubelskim. W porównaniu z 2022 r. największy wzrost wartości wskaźnika pacjentów (dla obu typów zakładów łącznie) na 10 tys. ludności wystąpił w województwie lubelskim (z 20,6 do 23,0), natomiast największy spadek odnotowano w województwie łódzkim (z 20,4 do 19,0).

W końcu 2023 r. na 10 tys. ludności przypadało 10 łóżek w zakładach stacjonarnych typu leczniczo–pielęgnacyjnego, o 0,5 więcej niż w 2022 r. Największą wartość tego wskaźnika zarejestrowano w województwie dolnośląskim (14 łóżek), a najmniejszą – w województwie wielkopolskim (5 łóżek). W stosunku do 2022 r. wartość wskaźnika liczby łóżek (dla obu typów zakładów łącznie) na 10 tys. ludności zwiększyła się we wszystkich województwach. Największy wzrost odnotowano w województwie lubelskim (z 12,0 do 13,4), a najmniejszy w województwie śląskim (z 11,3 do 11,4).

Wykres 2.14. Pacjenci i łóżka w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej wg rodzaju zakładu w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.14. Residents and beds in long term care facilities by type of the facility in 2023
As of 31 December



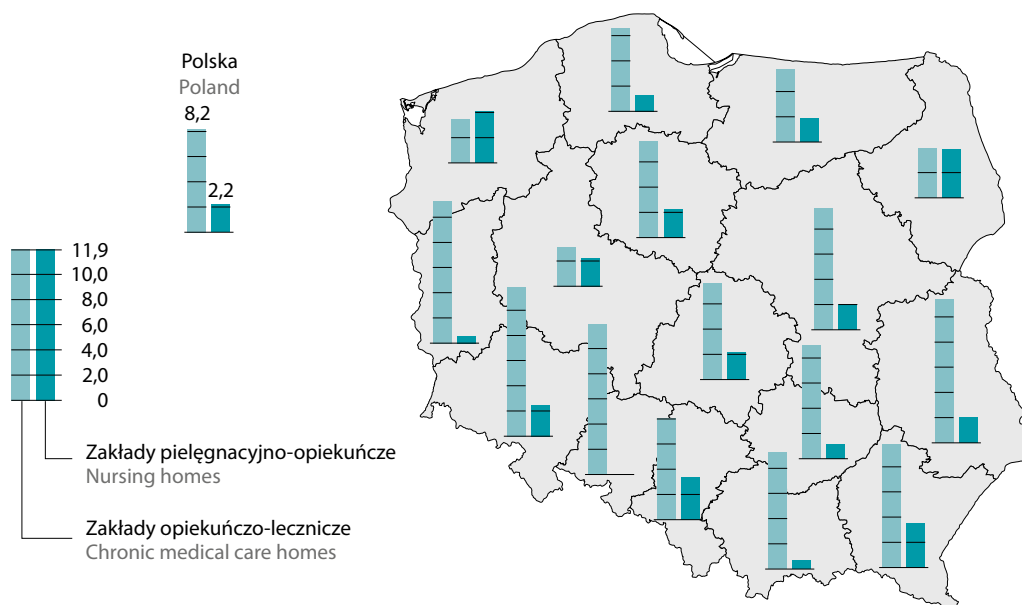
Stacjonarne zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki przeciętnego wykorzystania łóżek w ciągu roku. W 2023 r. dla zakładów opiekuńczo–lecniczych o profilu ogólnym wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek wyniósł 89,4% (326,4 dnia, o 7,0 dnia więcej niż rok wcześniej), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno–opiekuńczych typu ogólnego – 91,6% (334,2 dnia, tj. o 13,2 dnia więcej niż w 2022 r.).

W zakładach typu psychiatrycznego wskaźniki wykorzystania łóżek są z reguły wyższe niż w zakładach typu ogólnego. W placówkach psychiatrycznych pielęgnacyjno–opiekuńczych wskaźnik przeciętnego wykorzystania wyniósł 95,8% (349,7 dni, o 2,8 dnia więcej niż w 2022 r.), a w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–lecniczych – 96,4% (351,8 dnia, o 4,6 dnia więcej niż przed rokiem).

W 2023 r. liczba pacjentów korzystających z tych instytucjonalnych form opieki długoterminowej była o 2,7% większa (o 1,8 tys. pacjentów) niż w 2022 r.

**Mapa 2.4. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

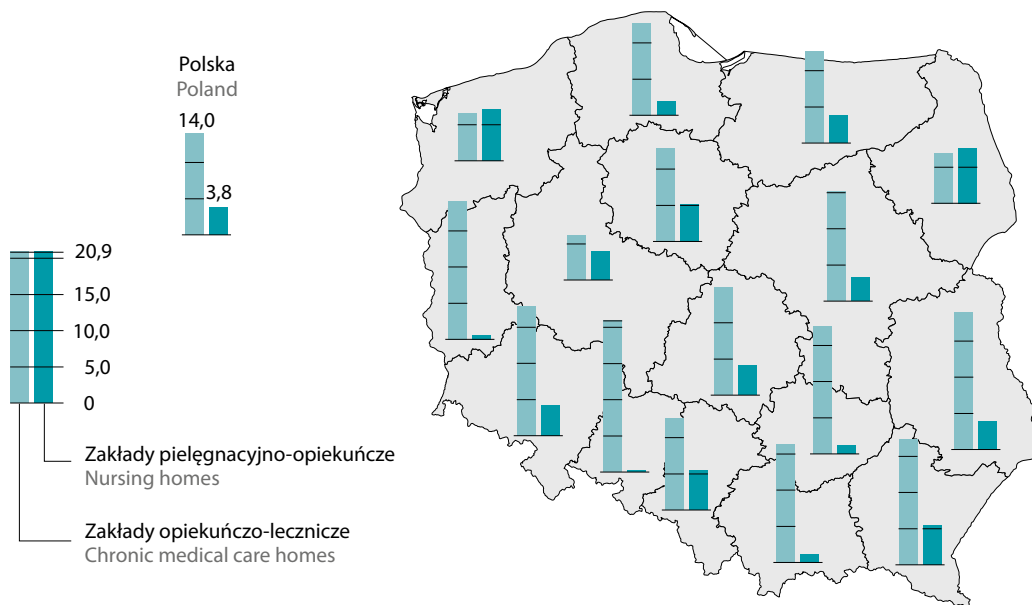
Map 2.4. Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2023
As of 31 December



a łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

Mapa 2.5. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2023 r.

Map 2.5. Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2023



a łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

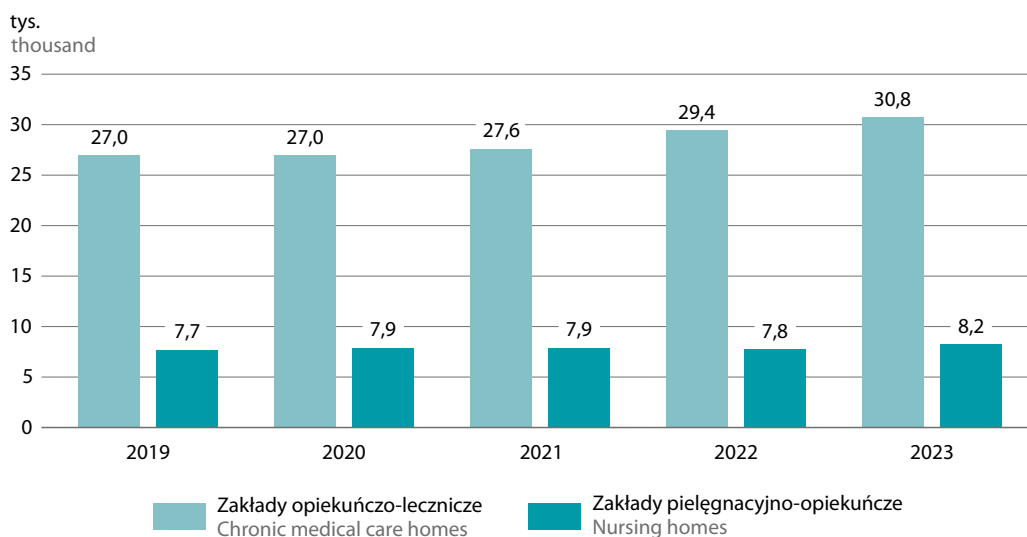
W 2023 r. funkcjonowało 396 zakładów opiekuńczo–lecniczych o profilu ogólnym (o 11 więcej niż w 2022 r.), które dysponowały prawie 24,6 tys. łóżek (o 5,6% więcej). Z opieki skorzystało 45,1 tys. osób (o 2,8% więcej niż w 2022 r.). Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 174,4 dnia i w porównaniu do 2022 r. był o 8,9 dnia dłuższy.

W zakładach pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym (158 placówek, o 3 więcej niż w 2022 r.) baza łóżkowa zwiększyła się w stosunku do stanu w 2022 r. o 6,3%, do 7,8 tys. łóżek. Zwiększyła się również liczba leczonych do 13,8 tys. osób (o 4,3% więcej niż w roku poprzednim). Średni pobyt pacjenta trwał około 184,0 dnia i był o 8,9 dnia dłuższy niż w 2022 r.

W 2023 r. liczba placówek opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych typu psychiatrycznego, w porównaniu z poprzednim rokiem, zmniejszyła się (70 placówek, o 1 mniej niż rok wcześniej). Dysponowały one 6,6 tys. łóżek (o 0,3% więcej), a w ciągu roku leczyło się w nich prawie 8,2 tys. pacjentów (o 0,5% mniej). Średni czas pobytu pacjenta wydłużył się w stosunku do tego sprzed roku i w zakładach opiekuńczo–lecniczych wyniósł 281,0 dni (o 9,9 dnia dłuższy), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno–opiekuńczych – 287,8 dnia (o 4,8 dnia dłuższy).

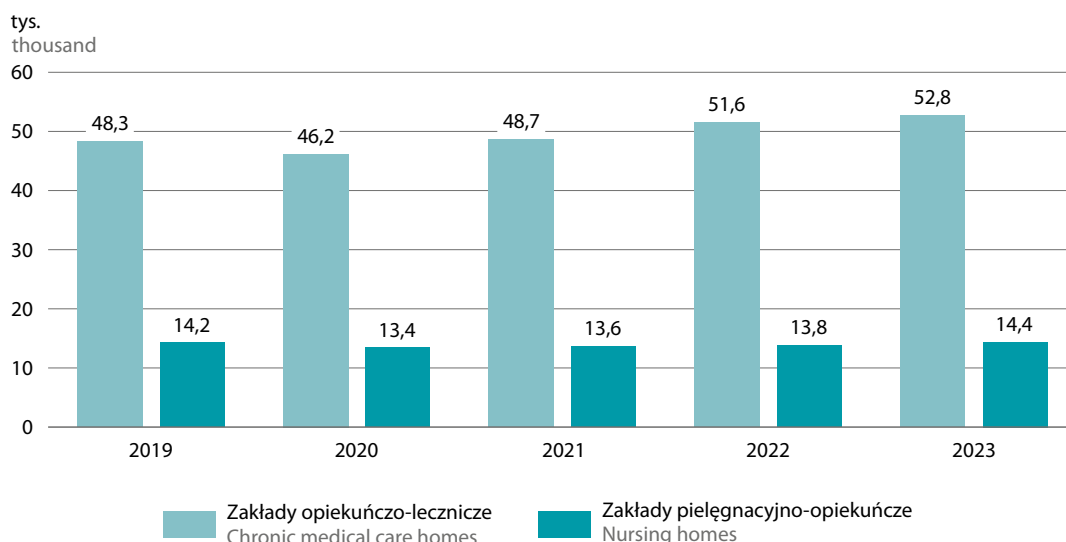
Wykres 2.15. Łóżka w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych^a Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.15. Beds in chronic medical care homes and nursing homes^a
As of 31 December



^a Łącznie z zakładami opiekuńczo–lecniczymi i pielęgnacyjno–opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

^a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

Wykres 2.16. Pacjenci w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych^aChart 2.16 Residents in chronic medical care homes and nursing homes^a

^a Łącznie z zakładami opiekuńczo–lecniczymi i pielęgnacyjno–opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

^a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

W 2023 r. opieka hospicyjno–paliatywna była realizowana w 138 hospicjach stacjonarnych (o 7 więcej niż w roku poprzednim), 40 oddziałach opieki paliatywnej (o 4 mniej) oraz na 50 oddziałach paliatywnych i hospicyjnych działających w szpitalach ogólnych (o 3 więcej). Łącznie placówki te dysponowały 4,8 tys. łóżek, o 5,4% więcej niż w 2022 r. Najwięcej łóżek znajdowało się w hospicjach⁵⁷ – 3,1 tys., co stanowiło prawie 2/3 (64,9%) bazy łóżkowej dostępnej dla pacjentów w tego rodzaju placówkach.

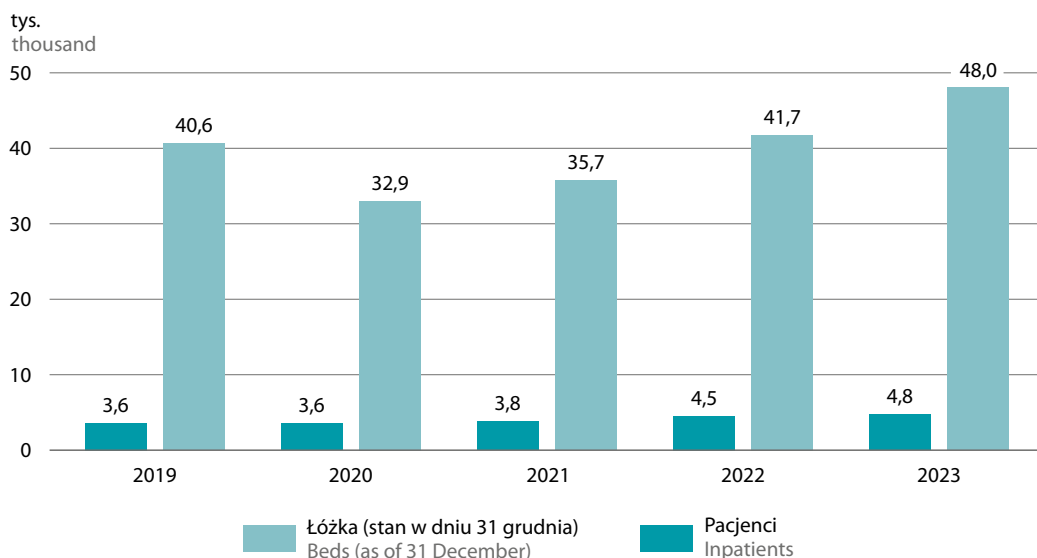
Zakłady opieki hospicyjno–paliatywnej udzieliły pomocy ponad 47,9 tys. pacjentów (o 15,0% więcej niż w 2022 r.), przy czym ponad połowa z nich – 56,2% (27,0 tys. osób, o 17,9% więcej) przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali podopieczni skorzystali z oddziałów opieki paliatywnej działających poza strukturą szpitali (18,2% pacjentów) lub z oddziałów funkcjonujących w ramach szpitali ogólnych (25,6% ogółu korzystających z tej formy opieki).

Analiza działalności placówek opieki hospicyjno–paliatywnej w latach 2019–2023, czyli w okresie sprzed i po pandemii COVID-19, wskazuje na powiększanie się zarówno bazy łóżkowej, jak i liczby pacjentów korzystających z tej formy opieki. Baza łóżkowa w analizowanym okresie zwiększyła się o 33,0% (1,2 tys. łóżek), a liczba pacjentów przebywających tego rodzaju placówkach – o 18,1% (7,3 tys. osób).

⁵⁷ Hospicja stacjonarne, stan łóżek w dniu 31 grudnia.

Wykres 2.17. Łóżka i pacjenci stacjonarni w zakładach opieki hospicyjno-paliatywnej

Chart 2.17 Beds and inpatients in hospices and palliative wards



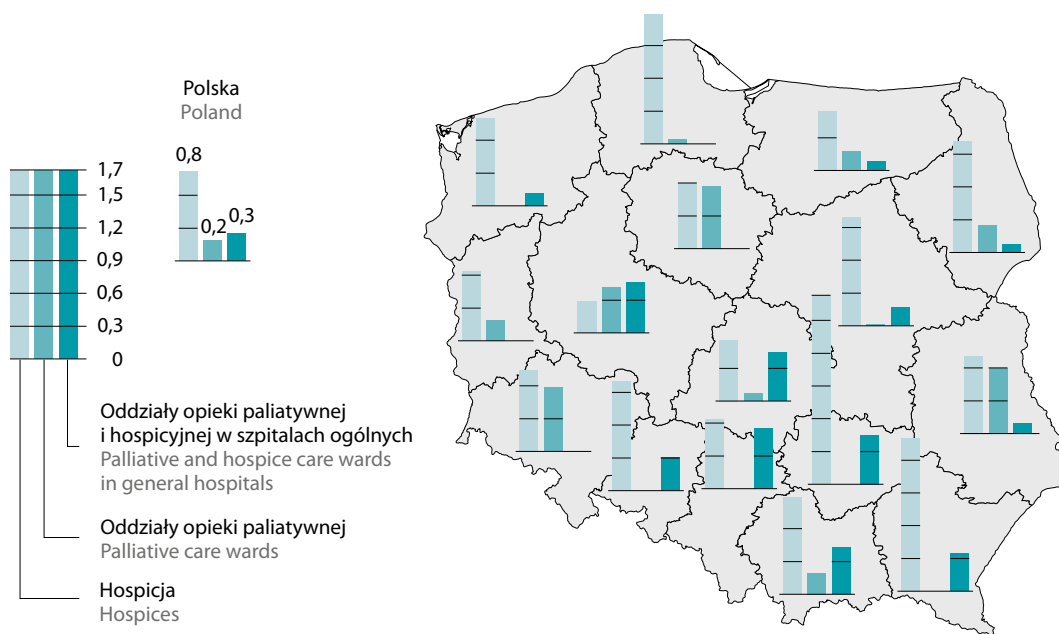
W 2023 r. średni pobyt pacjenta w hospicjach był zbliżony do tego sprzed roku i trwał 35,1 dnia (o 0,2 dnia krócej niż rok wcześniej). W oddziałach paliatywnych, w których pobyty zwykle są krótsze niż w hospicjach, średni pobyt pacjenta w oddziałach działających poza strukturą szpitali trwał 23,8 dnia (o 0,6 dnia więcej niż w poprzednim roku), a na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych – 22,0 dnia (o 0,7 dnia więcej).

Z opieki hospicyjno-paliatywnej, realizowanej w systemie stacjonarnym w wymienionych trzech typach placówek, w 2023 r. skorzystało średnio 13 osób na 10 tys. ludności kraju. Najwięcej osób, które zostały objęte tą formą opieki w przeliczeniu na 10 tys. ludności, odnotowano w województwie świętokrzyskim (20 osób), a w dalszej kolejności: podkarpackim, małopolskim i lubelskim (po 16 osób). Natomiast najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie zachodniopomorskim (8 osób na 10 tys. ludności), a następnie: warmińsko-mazurskim, mazowieckim i lubelskim (po 9 osób).

Podobnie jak w latach poprzednich, oprócz działalności stacjonarnej prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej oraz placówki opieki hospicyjnej i paliatywnej, niektóre z zakładów świadczyły także usługi w zakresie opieki domowej lub dziennej. W 2023 r. tego typu opieką objęto łącznie 7,0 tys. osób, o 8,2% więcej niż w 2022 r. Większość pacjentów (88,2%) stanowiły osoby leczone w domu.

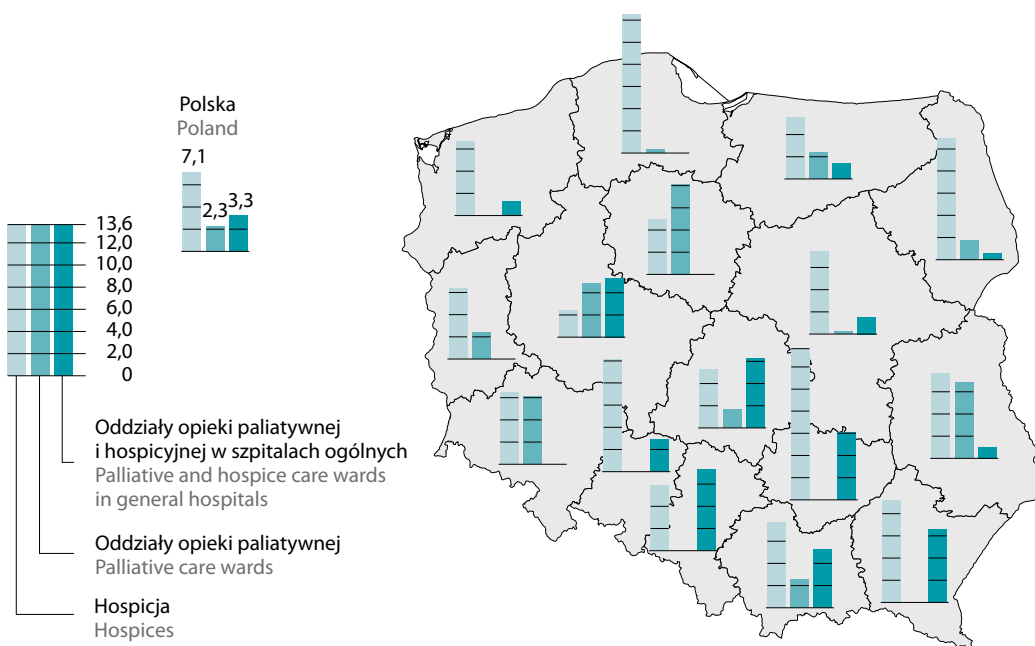
**Mapa 2.6. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

Map 2.6. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2023
As of 31 December



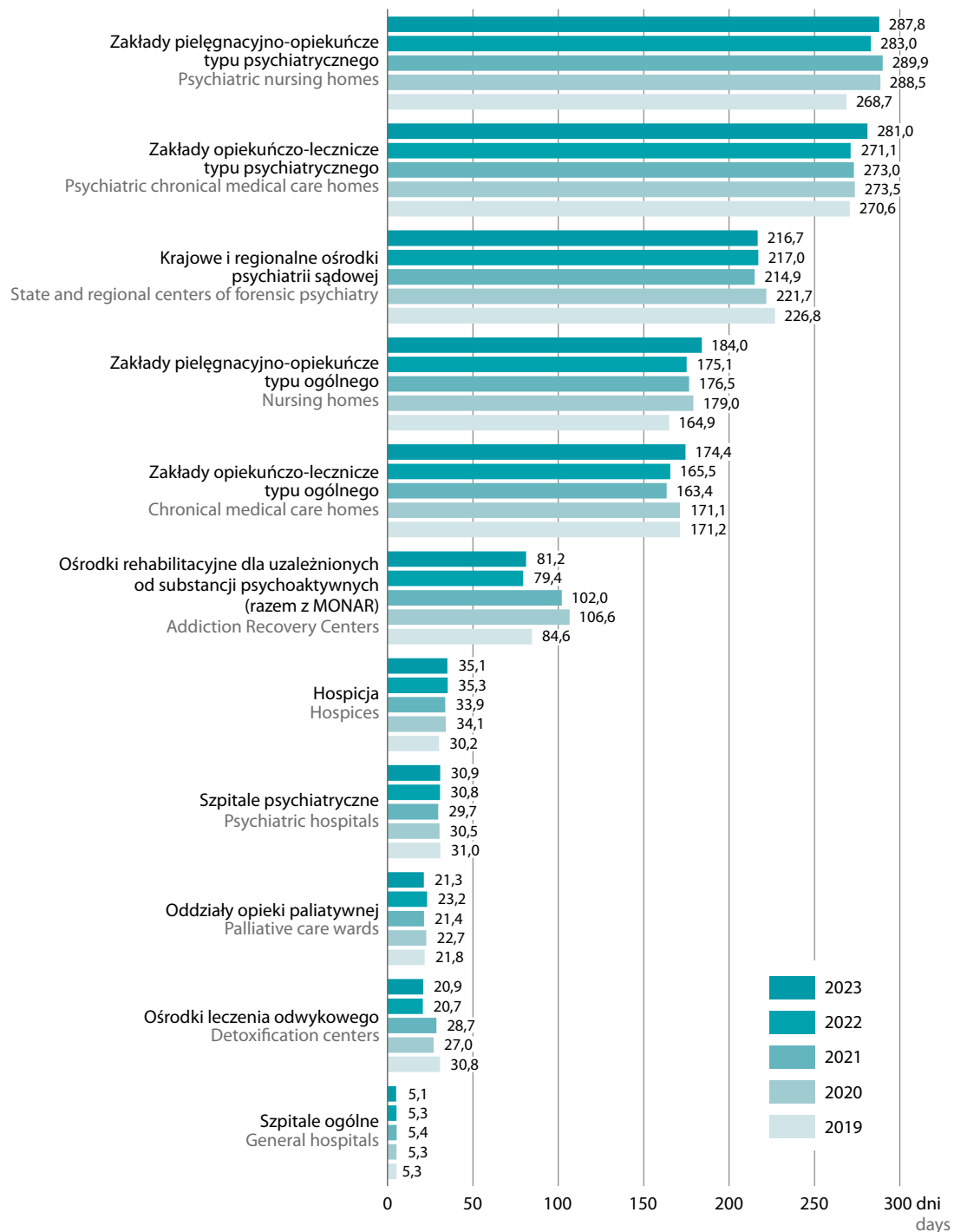
Mapa 2.7. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw w 2023 r.

Map 2.7. Inpatients in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2023



Wykres 2.18. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej

Chart 2.18. Average length of stay in inpatient health care facilities



Tablica 2.2. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej

Table 2.2. Inpatient health care facilities

LATA YEARS	Placówki Facilities	Łóżka Beds	Leczeni w tysiącach Inpatients in thousand	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpa- tients in days
SZPITALA OGÓLNE GENERAL HOSPITALS				
2022	896	164 155	6 895,9	5,3
2023	894	161 207	7 159,5	5,1
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE TYPU OGÓLNEGO CHRONICAL MEDICAL CARE HOMES				
2022	385	23 288	43,8	165,5
2023	396	24 587	45,1	174,4
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE TYPU OGÓLNEGO NURSING HOMES				
2022	155	7 334	13,3	175,1
2023	158	7 793	13,8	184,0
HOSPICJA HOSPICES				
2022	131	2 883	22,9	35,3
2023	138	3 088	27,0	35,1
ODDZIAŁY OPIEKI PALIATYWNEJ PALLIATIVE CARE WARDS				
2022	44	765	8,4	23,2
2023	40	716	8,7	23,8
SZPITALA PSYCHIATRYCZNE PSYCHIATRIC HOSPITALS				
2022	61	16 700	179,6	30,8
2023	62	17 228	192,3	30,9
KRAJOWE I REGIONALNE OŚRODKI PSYCHIATRII SĄDOWEJ STATE AND REGIONAL CENTERS OF FORENSIC PSYCHIATRY				
2022	5	304	0,4	217,0
2023	5	309	0,4	216,7
OŚRODKI LECZENIA ODWYKOWEGO DETOXIFICATION CENTERS				
2022	39	1 726	24,9	20,7
2023	34	1 729	25,2	20,9

Tablica 2.2. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej (dok.)

Table 2.2. Inpatient health care facilities (cont.)

LATA YEARS	Placówki Facilities	Łóżka Beds	Leczeni w tysiącach Inpatients in thousand	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpa- tients in days
OŚRODKI REHABILITACYJNE DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ADDICTION RECOVERY CENTERS				
2022	56	2 466	9,1	79,4
2023	54	2 500	9,6	81,2
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE TYPU PSYCHIATRYCZNEGO PSYCHIATRIC CHRONICAL MEDICAL CARE HOMES				
2022	65	6 146	7,7	271,1
2023	64	6 164	7,7	281,0
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE TYPU PSYCHIATRYCZNEGO PSYCHIATRIC NURSING HOMES				
2022	6	441	0,5	283,0
2023	6	440	0,5	287,8

Lecznictwo uzdrowiskowe⁵⁸

Lecznictwo uzdrowiskowe stanowi integralną część systemu ochrony zdrowia. Zagrożenia zdrowia wynikające z rozwoju cywilizacyjnego powodują rosnące zainteresowanie społeczeństwa metodami leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej. Prozdrowotny styl życia, ochrona osób starszych i niepełnosprawnych, wzrost długości życia, to czynniki mające duży wpływ na współczesne tendencje rozwojowe w dziedzinie zakładów leczenia uzdrowiskowego. W sektorze leczenia uzdrowiskowego z coraz większą uwagą poszukuje się kuracjuszy pełnopłatnych, którzy w pełni korzystają także z oferty turystycznej odwiedzanej miejscowości i regionu.

Działalność zakładów leczenia uzdrowiskowego polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. przy wykorzystaniu pijalni uzdrowiskowych, tężni, inhalacji, kąpeli leczniczych) przez sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze oraz przychodnie uzdrowiskowe.

W Polsce jest 47 obszarów, którym nadano status uzdrowiska, zlokalizowanych na terenie 13 województw. Ponadto funkcjonuje jedno sanatorium uzdrowiskowe w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych Kopalni Soli w Wieliczce. Uzdrowisk nie posiadają województwa: opolskie, wielkopolskie i lubuskie.

⁵⁸ Dotyczy wszystkich zakładów leczenia uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

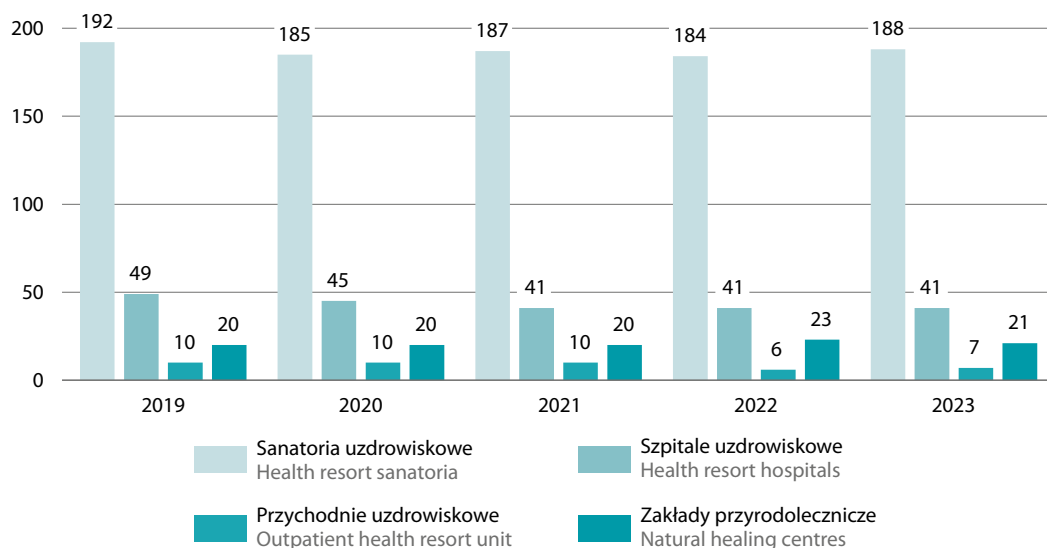
Mapa 2.8. Uzdrowiska w Polsce w 2023 r.
 Map 2.8. Health resort areas in Poland in 2023



Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w pięciu województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 51 zakładów), małopolskim (10 uzdrok – 42 zakłady), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 43 zakłady), kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska – 34 zakłady) i podkarpackim (5 uzdrowisk – 28 zakładów). W tych pięciu województwach znajdowało się 77,0% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy czym najwięcej jest ich na terenie uzdrowisk: Ciechocinek i Kołobrzeg (po 25). Łącznie na terenie kraju odnotowano 257 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (o 3 więcej niż na koniec 2022 r.).

Wykres 2.19. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.19. Health resort facilities
As of 31 December

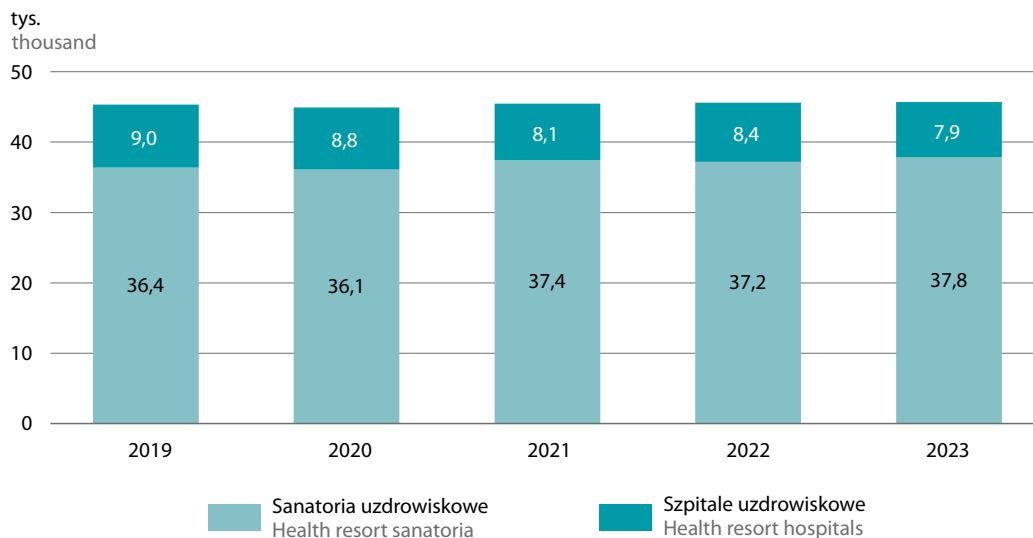


Przeważająca większość zakładów uzdrowiskowych (89,1%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym – sanatoria i szpitale uzdrowiskowe. Zakłady działające w trybie ambulatoryjnym – przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecnicze – stanowiły 10,9%.

W końcu 2023 r. szpitale i sanatoria uzdrowiskowe dysponowały łącznie 45,7 tys. łóżek⁵⁹, o 68 więcej niż w 2022 r. Podobnie jak w latach poprzednich, 82,8% bazy łóżkowej znajdowało się w sanatoriach.

Wykres 2.20. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.20. Beds in health resort facilities by type of the facility
As of 31 December



⁵⁹ W ciągu roku sprawozdawczego.

Tablica 2.3. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Stan w dniu 31 grudnia

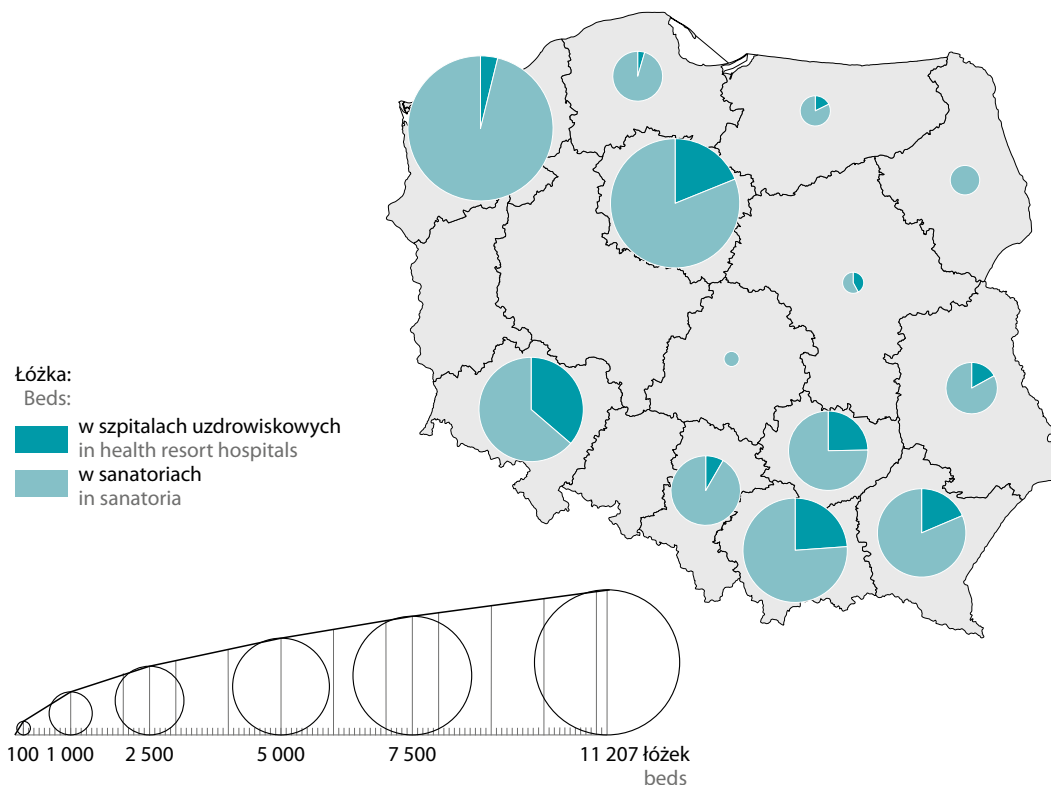
Table 2.3. Dynamics of health resort beds in health resort facilities
 As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2019	2020	2021	2022	2023
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Łóżka ogółem Total beds	101,5	99,0	101,2	100,3	100,1
Szpitala uzdrowiskowe Health resort hospitals	99,6	98,4	91,5	104,5	93,5
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	101,1	99,2	103,6	99,5	101,7

Około 69,1% łóżek uzdrowiskowych znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego (11,2 tys. łóżek, w tym 7,1 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko-pomorskiego (8,8 tys. łóżek, w tym 5,5 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), małopolskiego (5,8 tys. łóżek, m.in. w uzdrowiskach takich jak Krynica-Zdrój, Muszyna, Złockie, Piwniczna-Zdrój, Żegiestów-Zdrój, Rabka-Zdrój, Szczawnica, Wapienne i Wysowa-Zdrój) oraz dolnośląskiego (5,7 tys. łóżek, w tym 3,6 tys. na terenie uzdrowisk: Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój).

Mapa 2.9. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia

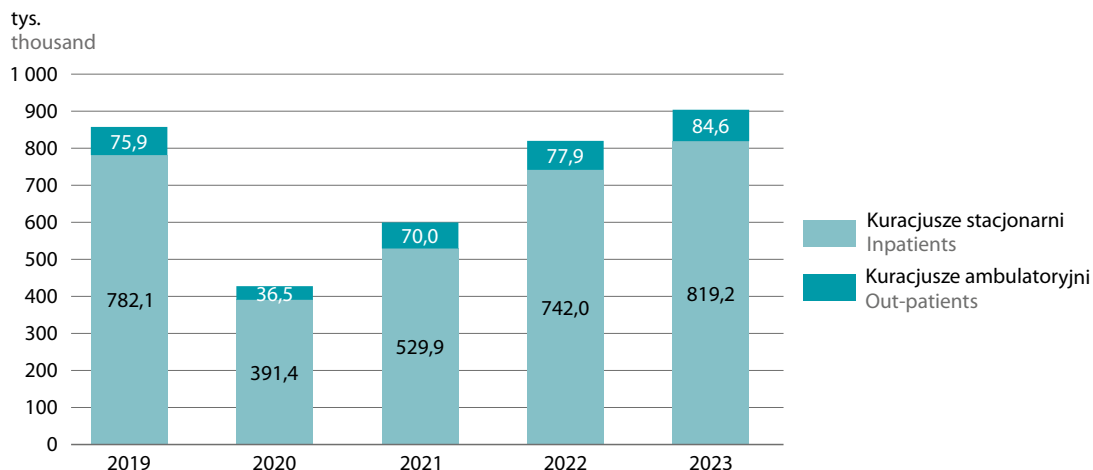
Map 2.9. Beds in health resort facilities by voivodships in 2023
 As of 31 December



W 2023 r. z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 903,8 tys. osób, o 10,2% więcej niż w 2022 r. Większość (90,6%) stanowili kuracjusze stacjonarni – 819,2 tys. osób, o 10,4% więcej niż przed rokiem. Z leczenia ambulatoryjnego skorzystało 84,6 tys. kuracjuszy, o 8,5% więcej niż w roku poprzednim.

Wykres 2.21. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 2.21. Inpatients in health resort facilities



Tablica 2.4. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym

Table 2.4. Dynamics of health resort patients (inpatient and out-patients)

Wyszczególnienie Specification	2019	2020	2021	2022	2023
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Kuracjusze ogółem Total patients	102,3	49,9	140,2	136,7	110,2
Kuracjusze stacjonarni Inpatients	102,9	50,0	135,4	140,0	110,4
Kuracjusze ambulatoryjni Out-patients	96,5	48,1	191,7	111,2	108,5

Liczba polskich kuracjuszy leczonych stacjonarnie wyniosła 779,1 tys. osób, o 11,0% więcej niż w roku poprzednim, natomiast kuracjuszy zagranicznych – 40,2 tys. osób, o 0,6% więcej niż przed rokiem. Cudzoziemcy stanowili 4,9% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Wykres 2.22. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 2.22. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities

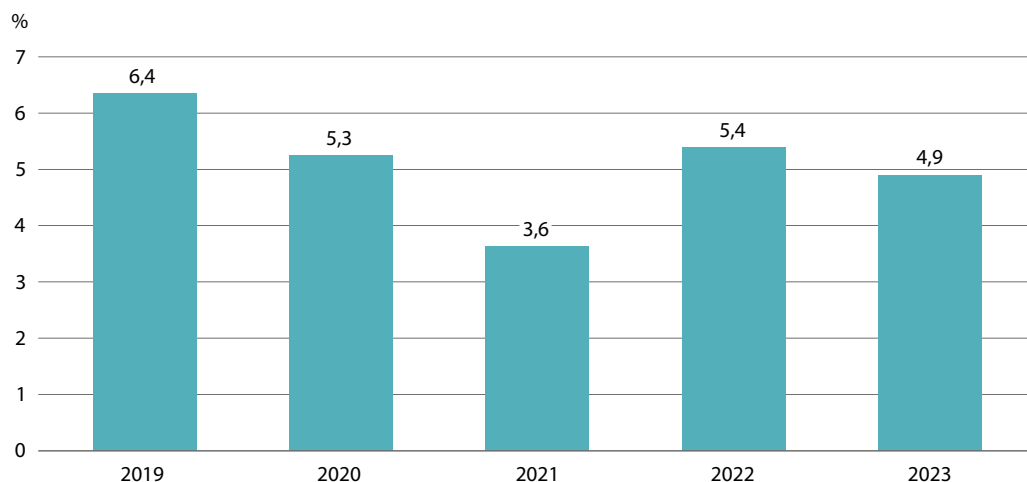
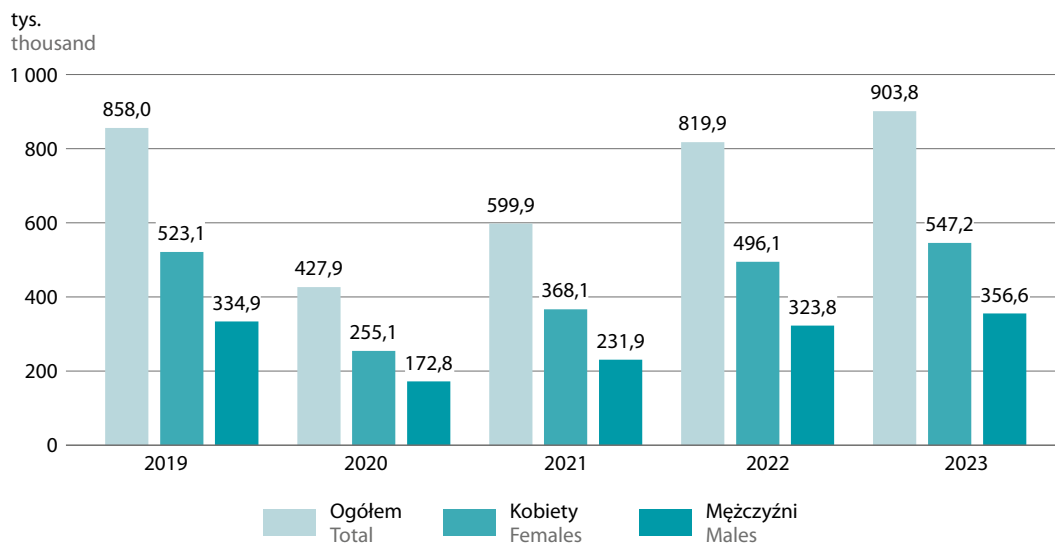
**Tablica 2.5. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym**

Table 2.5. Dynamics of health resort Polish and foreign inpatients

Wyszczególnienie Specification	2019	2020	2021	2022	2023
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Kuracjusze polscy Poles	102,9	50,6	137,7	137,5	111,0
Cudzoziemcy Foreigners	103,9	41,3	93,8	207,1	100,6

Wykres 2.23. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego wg płci

Chart 2.23. Patients of health resort facilities by sex



Z leczenia uzdrowiskowego⁶⁰ skorzystało 2,3% mieszkańców (863,6 tys. osób) i, podobnie jak w latach poprzednich, leczyło się więcej kobiet (60,6%) niż mężczyzn (39,4%). Szacuje się, że z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 2,7% kobiet oraz 1,9% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

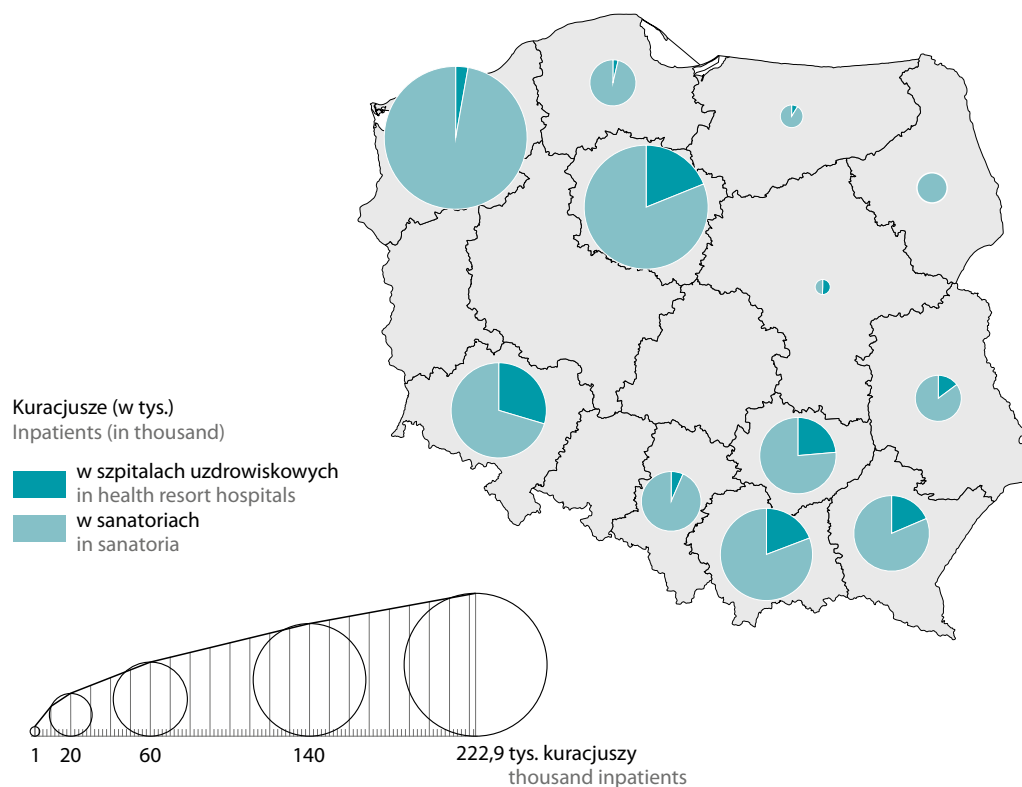
Polscy kuracjusze w wieku 65 lat lub więcej (471,2 tys. osób) stanowili 6,3% mieszkańców kraju w tym wieku, natomiast osoby młodsze, poniżej 65 roku życia (392,4 tys. osób) – 1,3% ogółu ludności w tym wieku.

Najwięcej kuracjuszy⁶¹ przebywało w uzdrowiskach województwa zachodniopomorskiego (222,9 tys.). Kolejnymi województwami pod względem liczby leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach były: kujawsko-pomorskie (169,1 tys.), dolnośląskie (99,8 tys.) i małopolskie (93,5 tys.). W pozostałych województwach liczba kuracjuszy nie przekroczyła 65 tys. osób.

Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku, bez względu na wiek i obywatelstwo, wyniósł 15,9 dnia i był o 0,2 dnia krótszy niż w roku poprzednim.

Mapa 2.10. Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2023 r.

Map 2.10. Inpatients in health resort facilities by voivodships in 2023

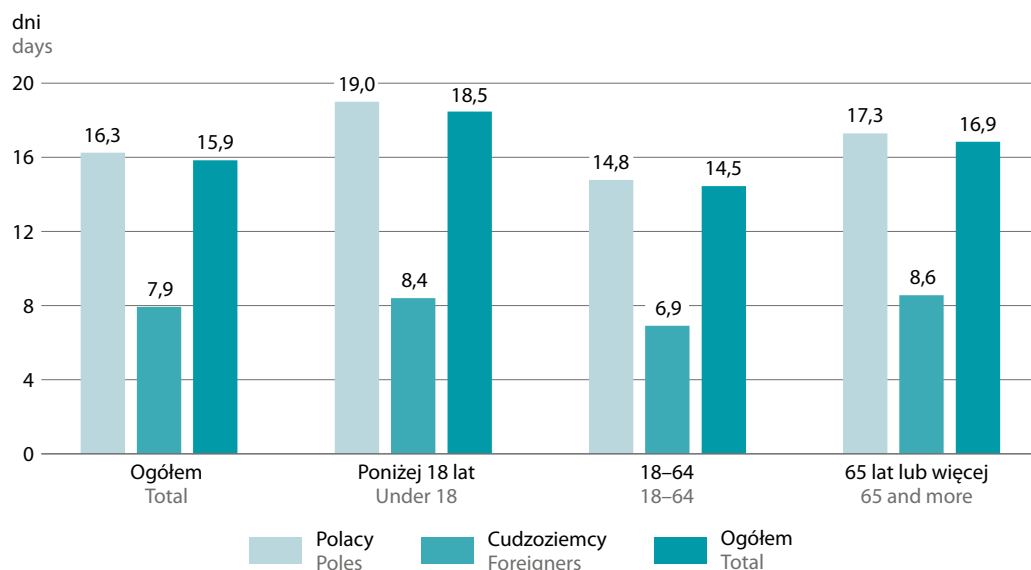


⁶⁰ W trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, wśród kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym nie wyróżnia się cudzoziemców.

⁶¹ Bez względu na obywatelstwo.

Wykres 2.24. Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku wg grup wieku w 2023 r.

Chart 2.24. Average length of stay of inpatient in health resort facilities by age groups in 2023



W 2023 r., podobnie jak w latach poprzednich, znaczna część polskich kuracjuszy przebywających w uzdrowisku skorzystała z różnych rodzajów dofinansowań. Były to świadczenia przyznawane na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej⁶², o systemie ubezpieczeń społecznych⁶³, w tym o ubezpieczeniu społecznym rolników⁶⁴, a także w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej⁶⁵. W 2023 r. struktura udziału poszczególnych form pomocy nie uległa dużym zmianom w porównaniu z rokiem poprzednim.

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinansowanych 469,7 tys. pobyków stacjonarnych, o 9,7% więcej niż w 2022 r. W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinansowanie otrzymało 22,7 tys. osób (o 4,1% mniej niż w roku poprzednim), a ze środków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało 7,7 tys. osób, o 29,0% więcej niż w 2022 r. Pobyt dla 3,3 tys. osób dofinansowały inne instytucje.

⁶² Osoby z potwierdzonymi skierowaniami NFZ na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 146).

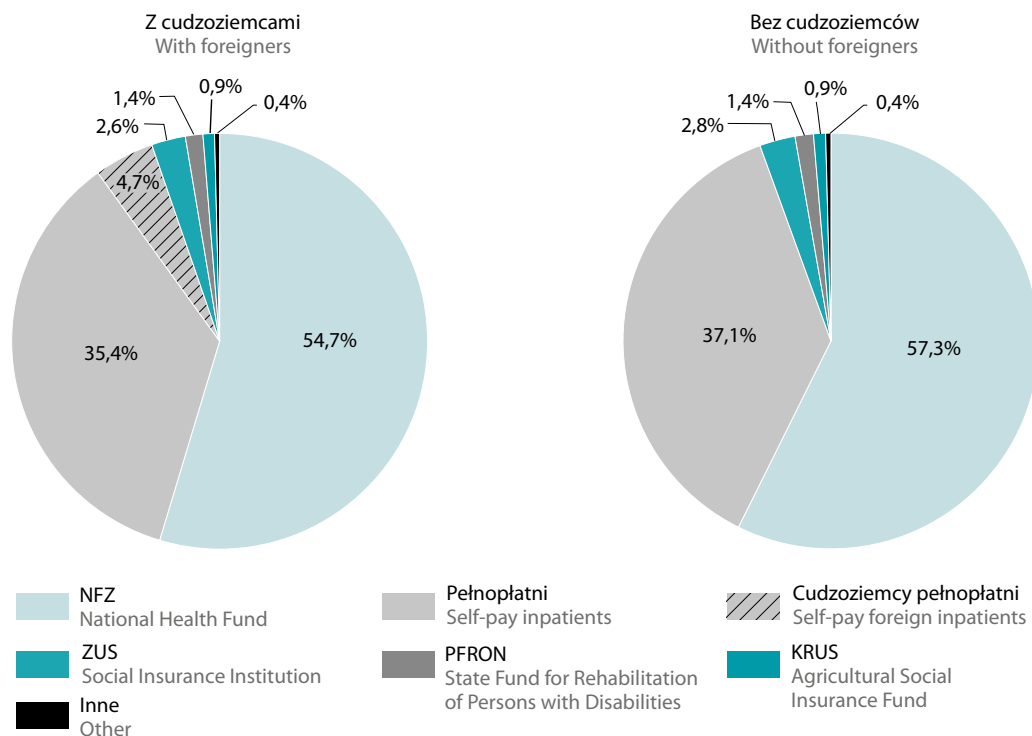
⁶³ Osoby dofinansowane przez ZUS przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 497).

⁶⁴ Osoby dofinansowane przez KRUS przebywające na rehabilitacji leczniczej (Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 90).

⁶⁵ Osoby dofinansowane przez PFRON przebywające na turnusach rehabilitacyjnych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 44).

Wykres 2.25. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg sposobu finansowania pobytu w 2023 r.

Chart 2.25. Inpatients in health resort facilities by type of financing in 2023



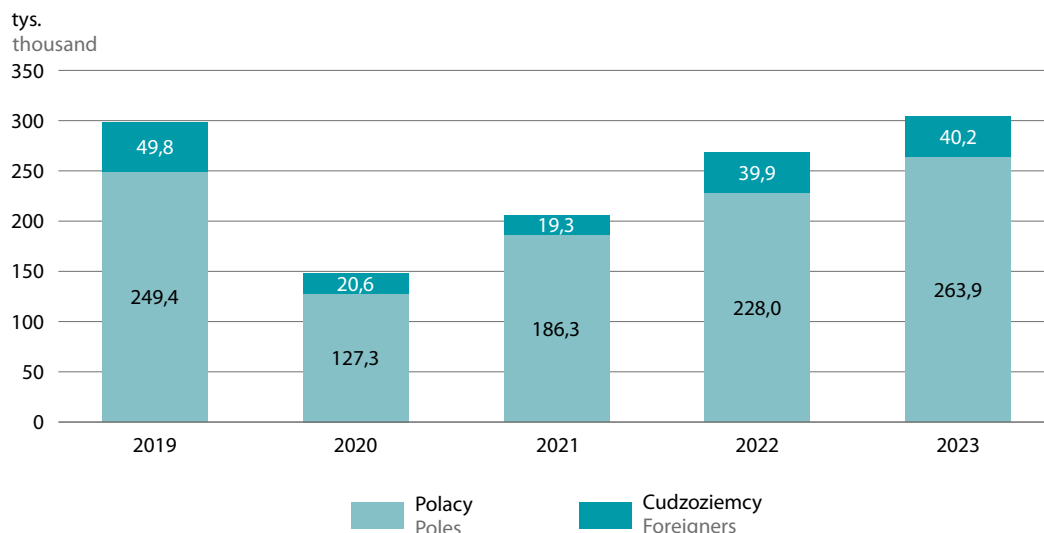
W odróżnieniu od typowych pobytów uzdrowiskowych, w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, organizowane są także turnusy rehabilitacyjne⁶⁶ dofinansowywane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Ich celem jest rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych, przy jednoczesnej poprawie stanu ich zdrowia poprzez rehabilitację leczniczą. W 2023 r. w uzdrowiskach przebywało 11,7 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych PFRON i było ich o 1,9% mniej w porównaniu z rokiem poprzednim.

W 2023 r. w uzdrowiskach odnotowano 304,1 tys. stacjonarnych kuracjuszy pełnopłatnych, o 13,5% więcej niż w 2022 r. Polskich kuracjuszy pełnopłatnych było 263,9 tys., natomiast pełnopłatnych cudzoziemców – 40,2 tys., odpowiednio o 15,8% i 0,6% więcej niż w roku poprzednim.

⁶⁶ Rozporządzenie Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 Nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).

Wykres 2.26. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego

Chart 2.26. Self-pay inpatients in health resort facilities

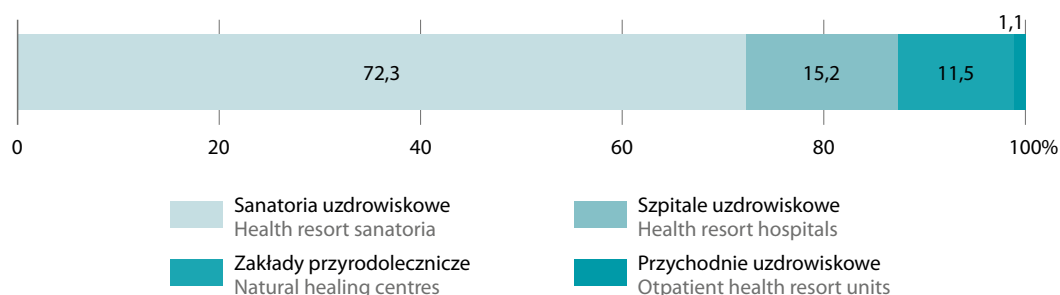


Podobnie jak w latach poprzednich, 93,1% kuracjuszy – cudzoziemców przebywało w uzdrowiskach dwóch granicznych województw zachodniej części Polski: zachodniopomorskim i dolnośląskim. W województwie zachodniopomorskim większość korzystała z usług sanatoriów na terenie dwóch uzdrowisk – Kołobrzegu (17,1 tys. osób) oraz Świnoujścia (10,6 tys. osób) – łącznie stanowili oni 96,0% ogółu kuracjuszy zagranicznych w województwie zachodniopomorskim. W województwie dolnośląskim zagraniczni kuracjusze przebywali głównie na terenie powiatu lubańskiego (7,1 tys. osób), gdzie stanowili 82,1% ogółu kuracjuszy – cudzoziemców tego województwa.

W 2023 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono łącznie 38,0 mln zabiegów (o 2,9 mln więcej niż w 2022 r.), z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Średnio wykonano 42 zabiegi na osobę.

Wykres 2.27. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu w 2023 r.

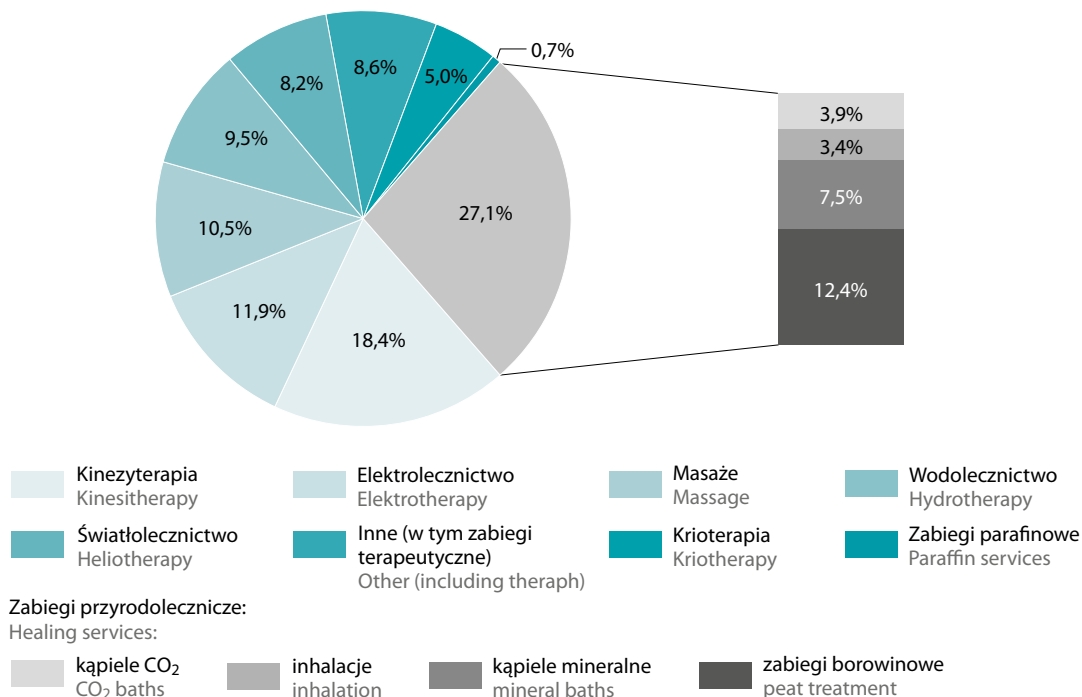
Chart 2.27. Health resort services in health resort facilities by type of facility in 2023



W 2023 r. struktura wykonanych zabiegów była podobna jak w roku poprzednim. Najwięcej zabiegów (7,0 mln) przeprowadzono z zakresu kinezyterapii, co stanowiło 18,4% zabiegów leczniczych.

Zabiegi przyrodolecnicze obejmujące: zabiegi borowinowe, kąpiele mineralne, kąpiele CO₂ oraz inhalacje, stanowiły łącznie 27,1% ogółu zabiegów (ponad 1,1 mln więcej niż w 2022 r.). Skorzystało z nich 736,0 tys. osób, o 6,3% więcej niż w roku poprzednim. Największy wzrost w stosunku do roku poprzedniego odnotowano dla zabiegów borowinowych – wykonano ich o 15,0% więcej niż 2022 r.

Wykres 2.28. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zabiegu w 2023 r.
 Chart 2.28. Health resort services in health resort facilities by type of service in 2023

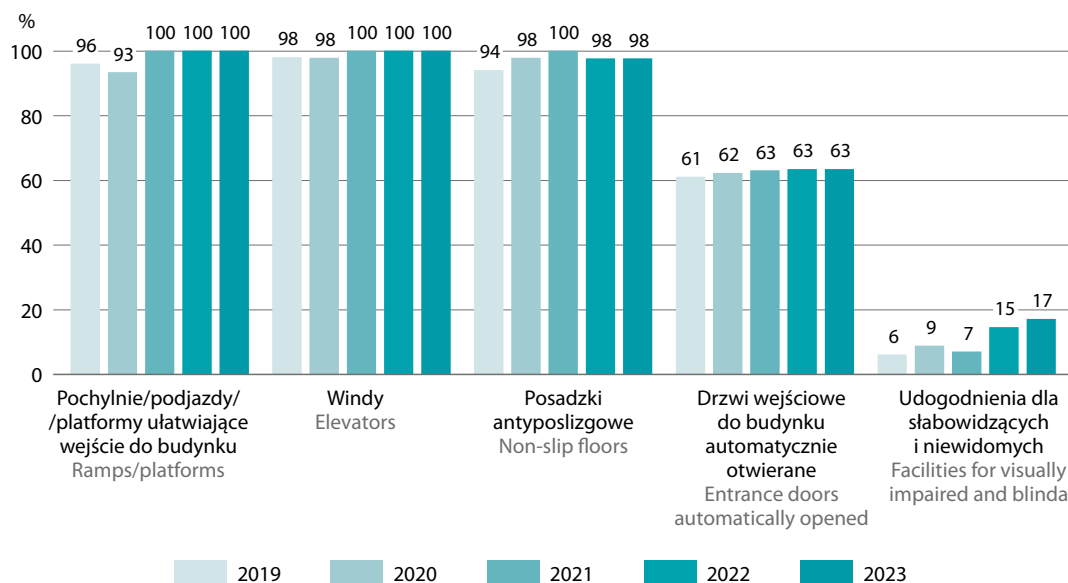


Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego z uwagi na lokalizację na terenach o walorach przyrodniczo-klimatycznych, a także na szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, są placówkami cieszącymi się popularnością wśród osób z niepełnosprawnościami, dla których problem dostosowania zakładu do różnych rodzajów dysfunkcji jest szczególnie istotny.

Podobnie jak w latach poprzednich, najlepszy stopień dostosowania wykazały szpitale uzdrowiskowe, spośród których wszystkie wykazały możliwość korzystania z wind. Wszystkie badane placówki zadeklarowały także obecność pochylni, podjazdów czy też platform ułatwiających wejście do budynku oraz posiadanie pokoi z łazienkami przystosowanymi dla osób niepełnosprawnych.

Wykres 2.29. Stopień przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych

Chart 2.29. Degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons

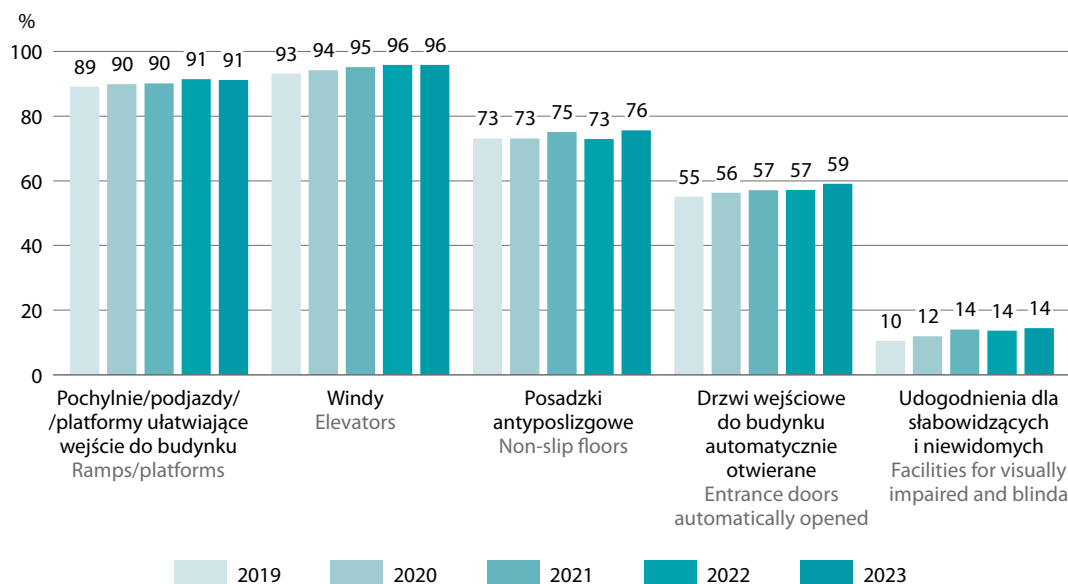


SSpółród 188 sanatoriów 95,7% placówek wykazało obecność wind, a 84,6% – wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. 59,0% badanych placówek była wyposażona w drzwi wejściowe automatycznie otwierane.

Zarówno szpitale uzdrowiskowe, jak i sanatoria, deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób słabowidzących i niewidomych – odpowiednio 17,1% i 14,4%, oraz słabosłyszących i niesłyszących – odpowiednio 7,3% szpitali i 8,0% sanatoriów.

Wykres 2.30. Stopień przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych

Chart 2.30. Degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons

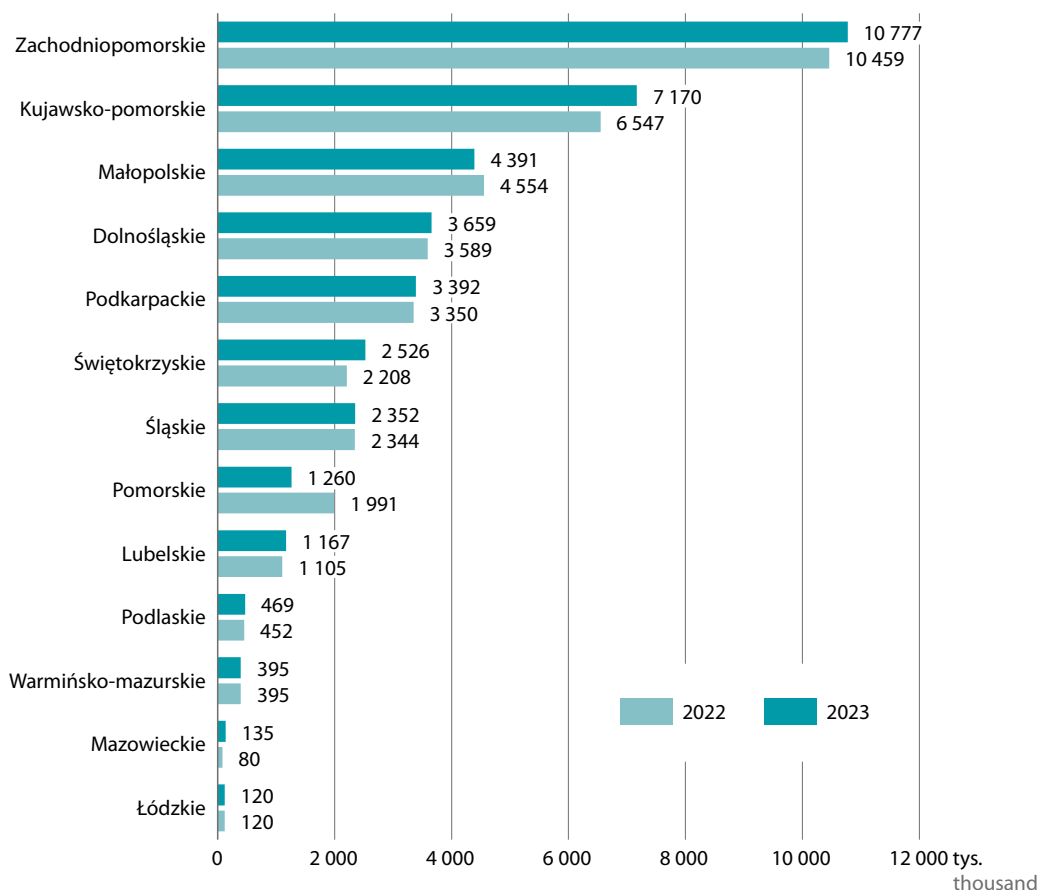


Najpopularniejszą formą opieki zdrowotnej lecznictwa uzdrowiskowego są pobyty w sanatoriach uzdrowiskowych. Na koniec 2023 r. funkcjonowały 188 sanatoria (o 4 więcej niż przed rokiem), dysponujące 37,8 tys. łóżek, o 1,7% więcej niż w 2022 r.

Najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwie zachodniopomorskim (10,8 tys.). Powyżej 3 tys. łóżek było również w sanatoriach w województwach: kujawsko-pomorskim (7,2 tys.), małopolskim (4,4 tys.), dolnośląskim (3,7 tys.) i podkarpackim (3,4 tys.). Z bazy łóżkowej zlokalizowanej w tych pięciu województwach skorzystało 67,3% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Wykres 2.31. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.31. Beds in health resort sanatoria
As of 31 December



W 2023 r. z leczenia w sanatoriach (w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym) skorzystało 725,9 tys. osób, o 11,6% więcej niż w 2022 r. Spośród ogółu leczonych 96,1% stanowili kuracjusze stacjonarni, z czego 60,6% to kobiety.

Z leczenia stacjonarnego w sanatoriach skorzystało 9,0 tys. dzieci i młodzieży do 18 lat (1,3% ogółu leczonych), o 10,8% więcej niż przed rokiem. Ponad połowę (55,8%) leczonych stanowiły osoby w wieku 65 lat lub więcej (389,1 tys., o 11,6% więcej niż w roku poprzednim).

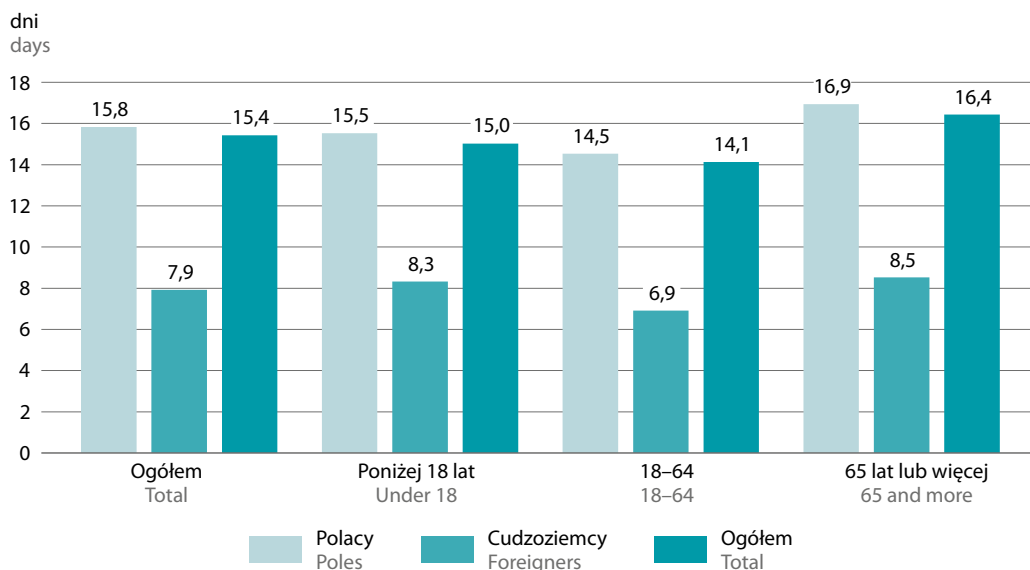
W 2023 r. na leczeniu stacjonarnym w sanatoriach przebywało 658,3 tys. polskich kuracjuszy, z czego ponad połowa (57,4%) skorzystała ze środków NFZ, 36,5% stanowili pacjenci pełnopłatni, a 6,1% to kuracjusze dofinansowani przez ZUS, KRUS, PFRON lub inne instytucje.

Podobnie jak przed rokiem, cudzoziemcy stanowili grupę 39,5 tys. osób (5,7% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach).

Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość, wynosił 15,4 dnia a w przypadku osób w wieku 65 lat lub więcej, pobyty były nieco dłuższe i trwały średnio 16,4 dnia.

Wykres 2.32. Średni czas pobytu w sanatorium wg grup wieku w 2023 r.

Chart 2.32. Average length of stay in sanatoria by age groups in 2023



Średni czas pobytu polskiego kuracjusza w porównaniu ze średnim pobytem cudzoziemca, był dłuższy o 7,9 dnia, a w przypadku kuracjuszy powyżej 65 roku życia – o 8,4 dnia. Pobyt kuracjusza cudzoziemca w sanatorium trwał średnio 7,9 dnia, a w grupie cudzoziemców seniorów wyniósł 8,5 dnia.

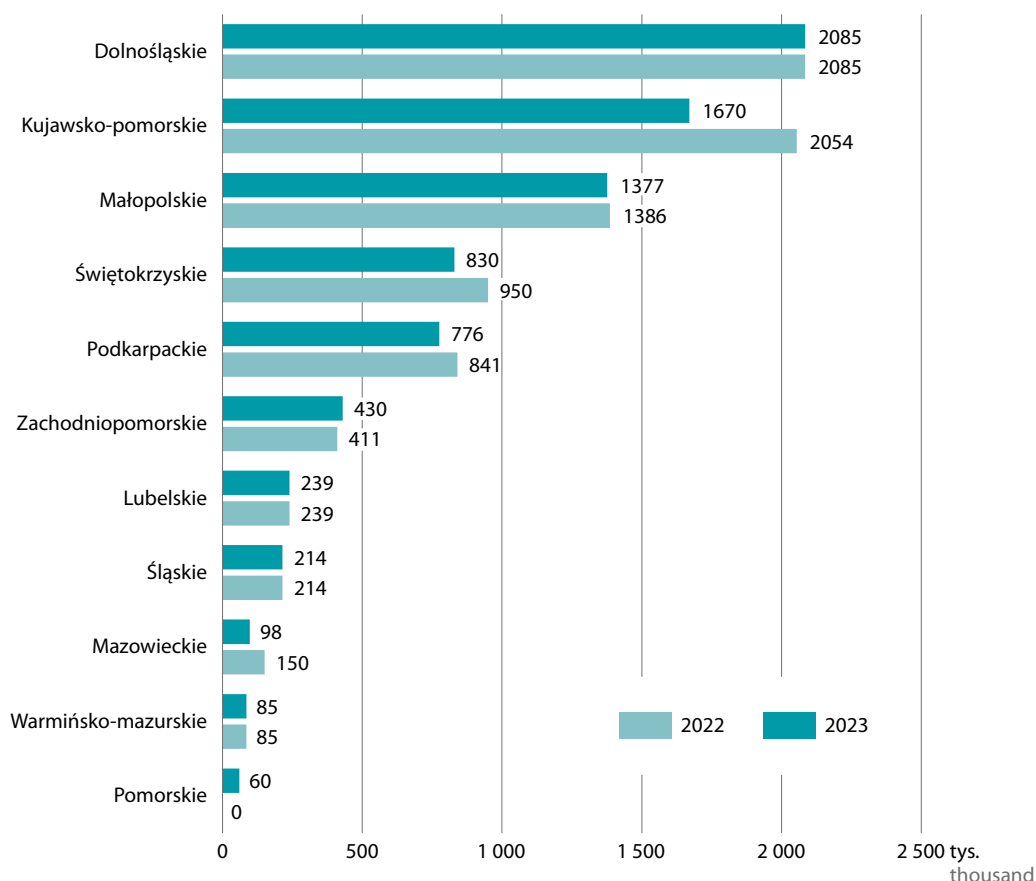
W sanatoriach przeprowadzono 27,5 mln zabiegów, o 11,9% więcej niż w 2022 r. Stanowiło to, podobnie jak przed rokiem, około 72,3% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Na koniec 2023 r. funkcjonowało 41 szpitali uzdrowiskowych (tyle samo co w 2022 r.), które zlokalizowane były w 11 województwach. Dysponowały one 7,9 tys. łóżek (o 6,5% mniej niż w rok wcześniej).

Najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w województwie dolnośląskim (2 085). Powyżej 1 tys. łóżek odnotowano jeszcze w szpitalach uzdrowiskowych na terenie województw kujawsko-pomorskiego (1 670) i małopolskiego (1 377).

Wykres 2.33. Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.33. Beds in health resort hospitals
 As of 31 December



W 2023 r. w szpitalach uzdrowiskowych, w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, leczonych było łącznie 128,0 tys. kuracjuszy, o 4,6% więcej niż w roku poprzednim. Kuracjusze stacjonarni byli grupą liczącą 121,4 tys. osób (94,9% ogółu leczonych w szpitalach uzdrowiskowych), z czego cudzoziemcy stanowili niewielki odsetek leczonych (0,6%).

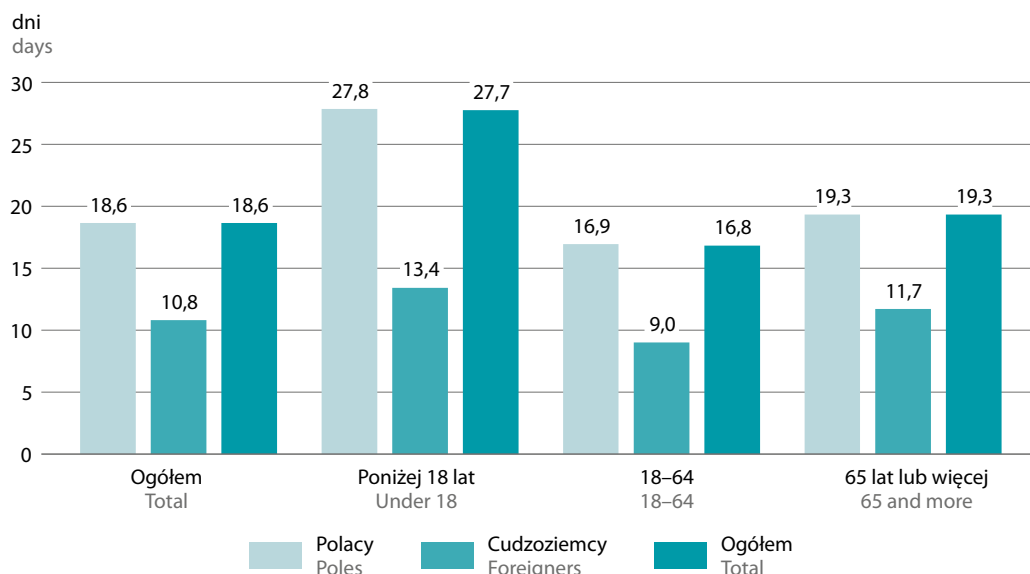
W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia w szpitalach uzdrowiskowych skorzystało 92,0 tys. osób (o 8,2% więcej niż w 2022 r.), czyli 76,1% leczonych stacjonarnie polskich kuracjuszy. Natomiast 3,2 tys. osób miało sfinansowane leczenie przez ZUS, a 2,2 tys. osób przez PFRON lub inne instytucje. Polscy kuracjusze pełnopłatni stanowili 23,4 tys. osób (19,4%), o 6,3% mniej niż w roku poprzednim.

Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek i obywatelstwo, trwał 18,6 dnia i był o 0,7 dnia krótszy niż w 2022 r. W przypadku dzieci i młodzieży do 18 lat, średni czas pobytu wyniósł 27,7 dnia i był o 4,3 dnia dłuższy niż przed rokiem.

Kuracjusze przebywający w szpitalach uzdrowiskowych skorzystali z 5,8 mln zabiegów i było to o 2,6% więcej niż w 2022 r.

Wykres 2.34. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym wg grup wieku w 2023 r.

Chart 2.34. Average length of stay in health resort hospitals by age groups in 2023



Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej, leczenie uzdrowiskowe realizowane jest także w placówkach funkcjonujących wyłącznie w systemie ambulatoryjnym, takich jak: przychodnie uzdrowiskowe (7 przychodni) oraz zakłady przyrodolecznicze (21 zakładów). W 2023 r. z zabiegów przeprowadzonych w tych placówkach skorzystało 50,0 tys. kuracjuszy, o 6,2% więcej niż przed rokiem.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodoleczniczych przeprowadzono 4,8 mln zabiegów leczniczych, o 2,9% mniej niż w 2022 r. Stanowiły one 12,6% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (o 1,4 p. proc. mniej niż przed rokiem).

Kolejną grupą zakładów, w których opieka zdrowotna realizowana jest w warunkach stacjonarnych, są stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej. Lokalizacja takich zakładów nie jest ograniczona wyłącznie do terenów uzdrowiskowych, tak jak w przypadku zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Na koniec 2023 r. odnotowano 48 stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej⁶⁷, o 4 zakłady więcej niż w roku poprzednim. Dysponowały one 5,2 tys. łóżek (o 14,8% więcej niż w 2022 r.), z których skorzystało 64,9 tys. pacjentów stacjonarnych (o 3,0% mniej). Podobnie jak w roku poprzednim najwięcej łóżek znajdowało się w zakładach na terenie województwa zachodniopomorskiego (2,0 tys. łóżek, o 20,9% więcej niż w roku poprzednim).

Pacjenci pełnopłatni stanowili 62,6% (o 10,6 p. proc. mniej niż przed rokiem) korzystających z leczenia stacjonarnego, z czego 3,2 tys. (o 65,8% więcej) stanowili pełnopłatni cudzoziemcy. Odsetek obcokrajowców wśród leczonych stacjonarnie wynosił 4,9% (o 1,4 p. proc. więcej niż w 2022 r.). Obcokrajowcy leczyli się w placówkach zlokalizowanych przede wszystkim w województwach: zachodniopomorskim i dolnośląskim. Największy odsetek odnotowano w województwie zachodniopomorskim (87,1% ogółu cudzoziemców leczonych tych zakładach).

W stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej leczyło się w systemie stacjonarnym 61,7 tys. polskich pacjentów, o 17,6% więcej niż w 2022 r. Z różnych form dofinansowania skorzystało łącznie 39,3% z nich (9,7 tys. osób więcej niż przed rokiem). Najwięcej osób skorzystało z dofinansowania rehabilitacji leczniczej ze środków NFZ – 8,0 tys. osób (12,3% leczonych, o 29,8% więcej). 6,2 tys. pacjentów zostało dofinansowanych przez KRUS (9,6% leczonych, o 12,8% więcej), przez ZUS – 5,2 tys. osób (8,0% leczonych, o 1,8%

⁶⁷ Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31 grudnia 2023 r.) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu resortowego – 7400), ale które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

więcej), a przez PFRON – 3,5 tys. osób (5,4% leczonych, o 8,1% więcej). Z uwagi na cel i założenia pomocy kierowanej przez te instytucje (ZUS i KRUS), beneficjentami byli głównie pacjenci w wieku 19–64 lata. Osoby w wieku 65 lat lub więcej stanowili najwyższy odsetek wśród pacjentów dofinansowanych z NFZ (49,6% pacjentów) oraz pacjentów pełnopłatnych (49,9%). Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych, w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, stanowiły grupę 5,4% ogółu rehabilitowanych w omawianej grupie placówek (3,5 tys. osób, o 8,1% więcej niż przed rokiem). Większość stanowiły osoby w wieku poniżej 65 lat (57,8%).

Tablica 2.6. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu, na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.6. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2023
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Number of beds	Uzdrowisko Health resort area
Polska Poland		45 617	
Dolnośląskie	p. kłodzki	3 580	Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Lądek-Zdrój, Polanica-Zdrój
	p. lubański	704	Czerniawa-Zdrój, Świeradów-Zdrój
	p. wałbrzyski	531	Jedlina-Zdrój, Szczawno-Zdrój
	p. dzierżoniowski	–	Przerzeczyn-Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	829	Cieplice
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	5 457	Ciechocinek
	p. inowrocławski	2 153	Inowrocław
	p. włocławski	1 230	Wieniec-Zdrój
Lubelskie	p. puławski	1 219	Nałęczów
	p. zamojski	187	Krasnobród
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3 372	Krynica-Zdrój, Złockie, Muszyna, Piwniczna-Zdrój, Żegiestów-Zdrój
	p. nowotarski	1 720	Rabka-Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	676	Wysowa-Zdrój, Wapienne
	p. wielicki	–	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	–	Swoszowice-Kraków ⁶⁸
Mazowieckie	p. piaseczyński	233	Konstancin-Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	705	Horyniec-Zdrój
	p. krośnieński	2 585	Iwonicz-Zdrój, Rymanów-Zdrój
	p. dębicki	–	Latoszyn
	p. leski	878	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	289	Augustów
	p. białostocki	180	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	614	Ustka
	p. m. Sopot	646	Sopot

⁶⁸ W 2022 r. uzdrowisko prowadziło działalność leczniczą wyłącznie w systemie ambulatoryjnym.

Tablica 2.6. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu, na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2023 r. (dok.)**Stan w dniu 31 grudnia**Table 2.6. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2023 (cont.)
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Number of beds	Uzdrowisko Health resort area
Śląskie	p. pszczyński	492	Goczałkowice-Zdrój
	p. cieszyński	2 074	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3 356	Busko-Zdrój, Solec-Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
	p. kamieński	372	Kamień Pomorski
	p. kołobrzeski	6 474	Kołobrzeg
Zachodniopomorskie	p. sławieński	1 681	Dąbki
	p. świdwiński	1 040	Połczyn-Zdrój
	p. m. Świnoujście	1 640	Świnoujście

Tablica 2.7. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

Table 2.7. Health resort facilities

LATA YEARS	Placówki Facilites	Łóżka Beds	Kuracjusze leczeni stacjonarnie Inpatients	Kuracjusze leczeni ambulatoryjnie Outpatients	Zabiegi lecnicze Medical services	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpatients in days
		w tysiącach... in thousands				
SZPITALA UZDROWISKOWE HEALTH RESORT HOSPITALS						
2022	41	8,4	116,8	5,5	5 619,3	19,3
2023	41	7,9	121,4	6,5	5 763,2	18,6
SANATORIA UZDROWISKOWE HEALTH RESORT SANATORIA						
2022	184	37,2	625,2	25,4	24 553,3	15,5
2023	188	37,8	697,8	28,1	27 478,0	15,4
PRZYCHODNIE UZDROWISKOWE OUTPATIENT HEALTH RESORT UNITS						
2022	6	-	-	14,5	326,8	-
2023	7	-	-	15,3	408,5	-
ZAKŁADY PRZYRODOLECZNICZE NATURAL HEALING CENTRES						
2022	23	-	-	32,5	4 589,3	-
2023	21	-	-	34,7	4 365,8	-

2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

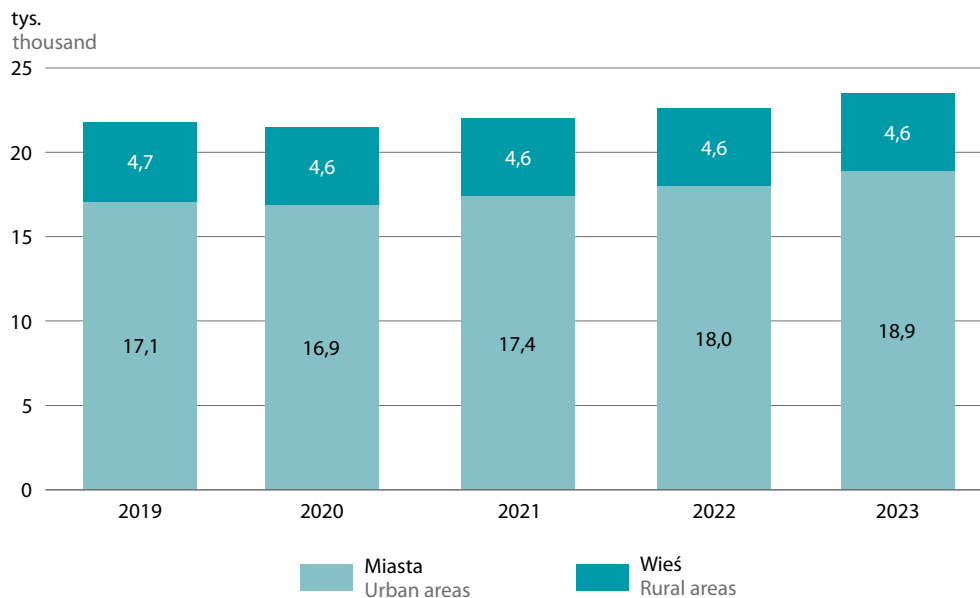
2.3. Out-patient health care

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2023 r. działalność prowadziło 26,6 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Funkcjonowało 23,5 tys. przychodni⁶⁹ oraz 0,6 tys. praktyk lekarskich i 2,6 tys. praktyk stomatologicznych realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. W miastach zlokalizowanych było 21,2 tys., a na wsi – 5,4 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Wykres 2.35. Przychodnie według charakteru miejscowości

Chart 2.35. Out-patient departments by class of locality



W 2023 r. zaobserwowano wzrost liczby przychodni (o 859 więcej niż w roku poprzednim). Natomiast w przypadku praktyk⁷⁰ lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych odnotowano spadek, podobnie jak w latach poprzednich.

⁶⁹ Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych. łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

⁷⁰ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 2.36. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych według charakteru miejscowości

Chart 2.36. Medical and dental practices providing health services funded by public sources by class of locality

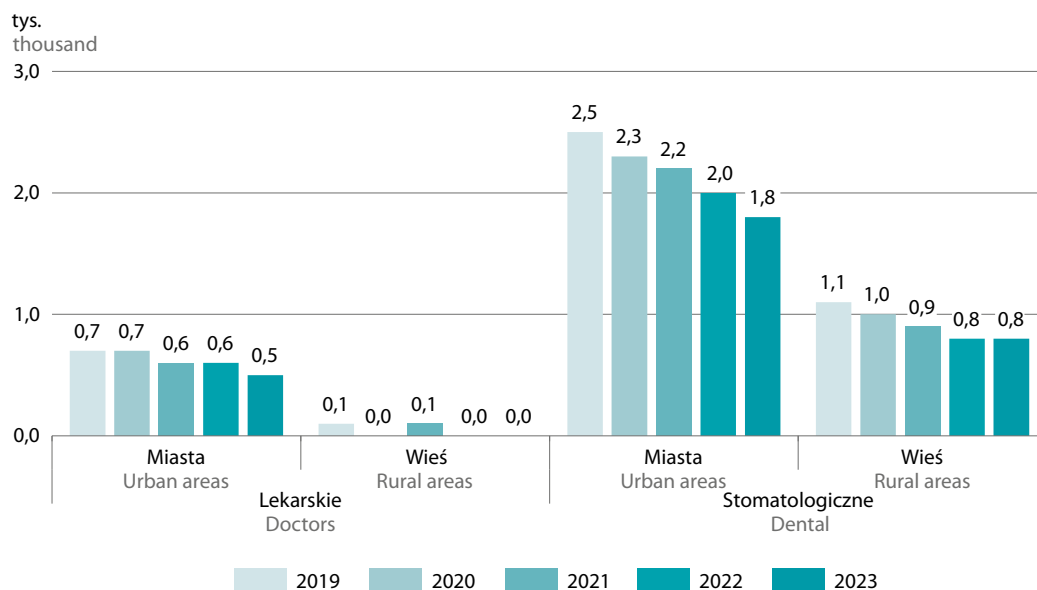
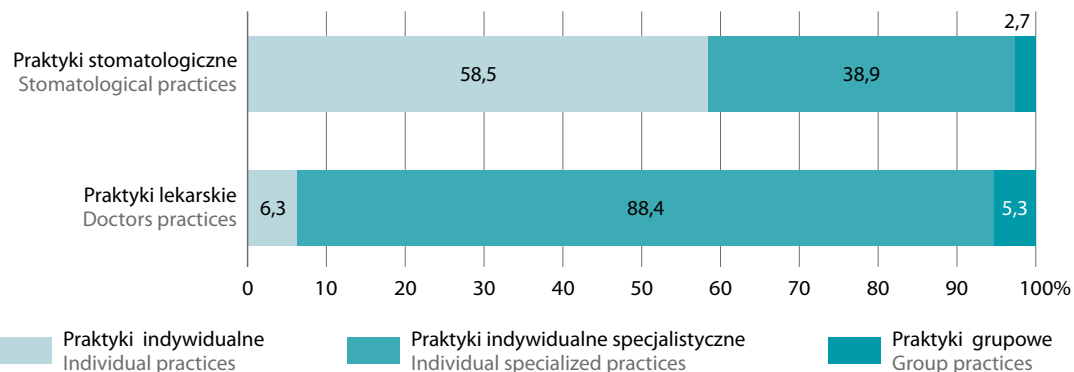

Wykres 2.37. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych w 2023 r.

Chart 2.37. Medical and dental practices providing health services funded by public sources in 2023



W 2023 r. odnotowano 3,2 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o 8,7% mniej niż w poprzednim roku), przy czym 2,6 tys. (81,5%) z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (o 9,2% mniej niż w poprzednim roku).

Praktyki lekarskie i stomatologiczne zlokalizowane w miastach stanowiły 73,8% wszystkich praktyk tego typu w kraju. Aż 92,3% praktyk lekarskich znajdowało się w miastach, a w przypadku praktyk stomatologicznych było to 69,6%.

Podobnie jak w latach poprzednich, wśród praktyk lekarskich przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (88,4%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich wyniosły odpowiednio 6,3% i 5,3%.

Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,5%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal więcej występowała w miastach niż na wsi (odpowiednio 37,4% i 21,0% praktyk stomatologicznych).

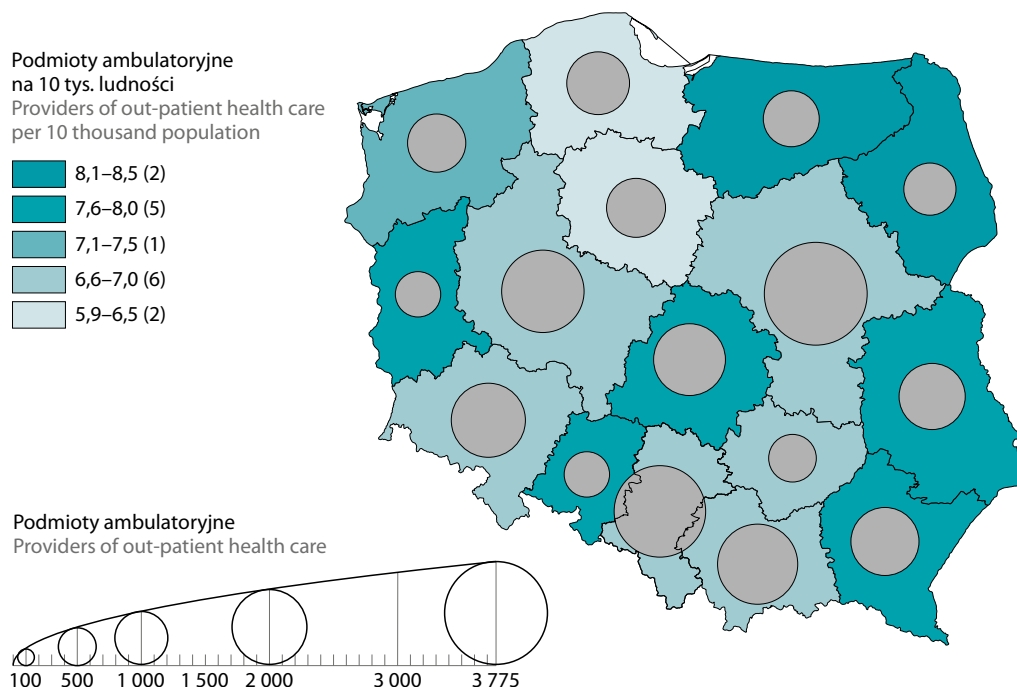
W 2023 r. najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentystów zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,8 tys.), a najmniej odnotowano w województwach lubuskim i opolskim (po 0,7 tys.).

Z ogólnej liczby 3,2 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (11,6%) było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze lubuskiego, łódzkiego i małopolskiego (po 3,7%).

Najwięcej podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie podlaskim (8,5), a najmniej w województwie pomorskim (5,9).

Mapa 2.11. Przychodnie i praktyki lekarskie^a wg województw w 2023 r.

Map 2.11. Out-patient department and doctor practices^a by voivodships in 2023



a Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych.

a Medical and dental practices providing health services funded by public sources.

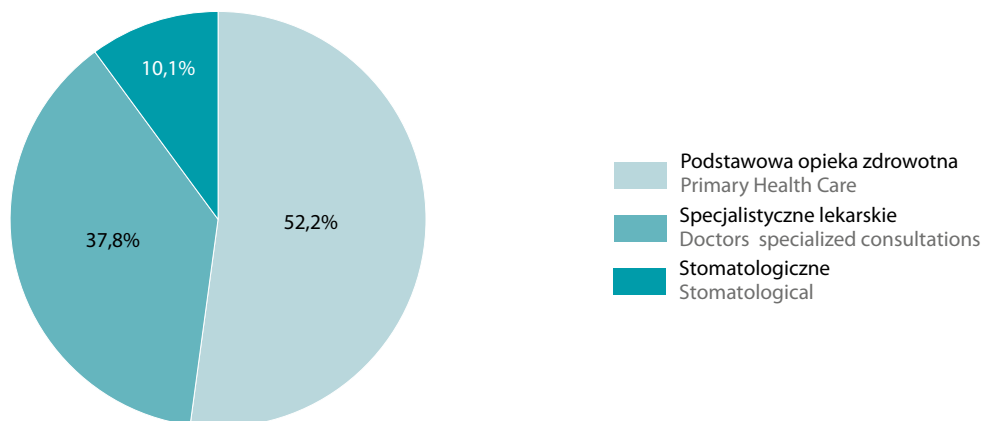
Porady ambulatoryjne

W ciągu 2023 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 352 mln porad⁷¹, w tym ponad 347 mln w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych⁷². Było to o ponad 16,7 mln porad więcej niż w roku poprzednim.

W przychodniach oraz w ramach praktyk udzielono 181,1 mln porad w podstawowej opiece zdrowotnej⁷³ (wzrost o 2,8% w stosunku do 2022 r.), 131,2 mln w specjalistycznej opiece lekarskiej (wzrost o 8,0% w skali roku) oraz 34,9 mln w opiece stomatologicznej (wzrost o 5,3% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Wykres 2.38. Porady ambulatoryjne w 2023 r.

Chart 2.38. Out-patient health care consultations in 2023



W przychodniach w roku 2023 udzielono 340,0 mln porad, o 5,3% więcej niż w roku poprzednim. Wzrost odnotowano zarówno w miastach – o 5,8%, jak i na wsi – o 2,0%.

Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych zmniejszyła się o 6,6% w porównaniu z rokiem poprzednim, przy czym spadek porad dotyczył zarówno wsi, jak i miast (odpowiednio 5,1% i 7,0%).

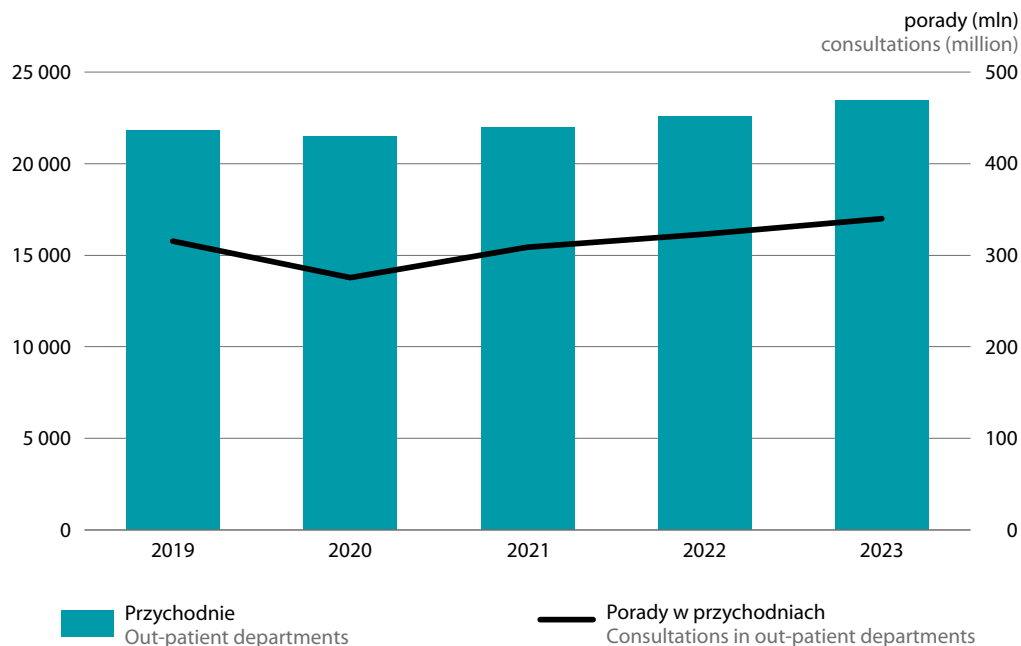
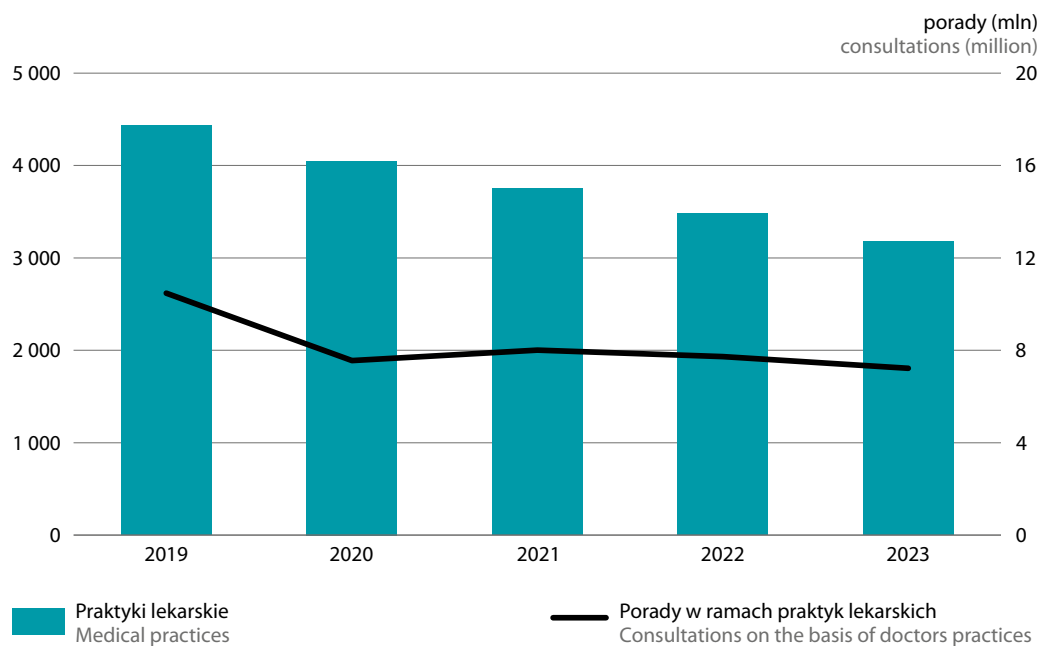
⁷¹ Łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych (w 2023 r. — 5,0 mln).

⁷² Łącznie z placówkami podległymi resortom MON i MSWiA. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

⁷³ Łącznie z poradami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w 2023 r. — 5,4 mln).

Wykres 2.39. Przychodnie i udzielone w nich porady

Chart 2.39. Out-patient departments and doctors' consultations

**Wykres 2.40. Praktyki lekarskie^a i udzielone w nich porady**Chart 2.40. Out-patient departments^a and provided consultations

^a Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.
^a Medical and dental practices providing services financed from public funds.

Wśród porad lekarskich udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, porady udzielone kobietom stanowiły 57,1% (w roku poprzednim 57,1%), dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat – 20,8% (w roku poprzednim 21,5%), a osobom w wieku 65 lat lub więcej – 35,1% (34,1% w roku poprzednim). Struktura porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi była zbliżona do tej występującej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom na terenach wiejskich wyniósł 55,7% (w roku poprzednim 55,8%), porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 19,0% (w roku poprzednim 19,5%), natomiast porady dla pacjentów w wieku 65 lat lub więcej – 34,5% (w roku poprzednim 33,3%).

W zakresie opieki specjalistycznej porady lekarskie udzielone kobietom stanowiły 60,8% (60,7% w miastach i 64,1% na wsi). Odsetek ten nie zmienił się w stosunku do roku poprzedniego. Porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 12,8% porad w miastach (tak samo jak przed rokiem) i 15,2% na wsi (o 0,2 p. proc. mniej niż w 2022 r.). Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom w wieku 65 lat lub więcej był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej i wyniósł 30,4% w miastach (w roku poprzednim 29,8%) i 26,2% na wsi (o 1,5 p. proc. więcej niż przed rokiem).

W 2023 r. kobietom udzielono 55,5% porad stomatologicznych w miastach (w roku poprzednim 55,8%), natomiast na wsi – 54,2% (54,7% w roku poprzednim). Udział porad stomatologicznych dla dzieci i młodzieży poniżej 18 lat wyniósł 28,7% (w roku poprzednim 28,3%). W przypadku porad udzielonych w miastach odsetek ten wyniósł 28,1% (w roku poprzednim 27,8%), a na terenach wiejskich był o ponad 4,5 p. proc. wyższy. Porady stomatologiczne udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej w miastach stanowiły 16,3% ogółu tych porad (16,0% w 2022 r.), a na wsi – 15,4% (tak jak w roku poprzednim).

Tablica 2.8. Porady ambulatoryjne wg wieku pacjentów oraz populacja w 2023 r.
Table 2.8. Outpatients consultations by age of patients and population in 2023

Wyszczególnienie Specification	Ludność (stan 30 czerwca) Population ^a (as of 30 June)	Porady Consultations		
		POZ primary health care	specjalistyczne lekarskie doctors specialized	stomatologiczne stomatological
Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0
0–17 lat	18,3	20,4	12,9	28,7
18–64	61,9	44,6	56,9	55,1
65 lat lub więcej and more	19,8	35,0	30,3	16,1

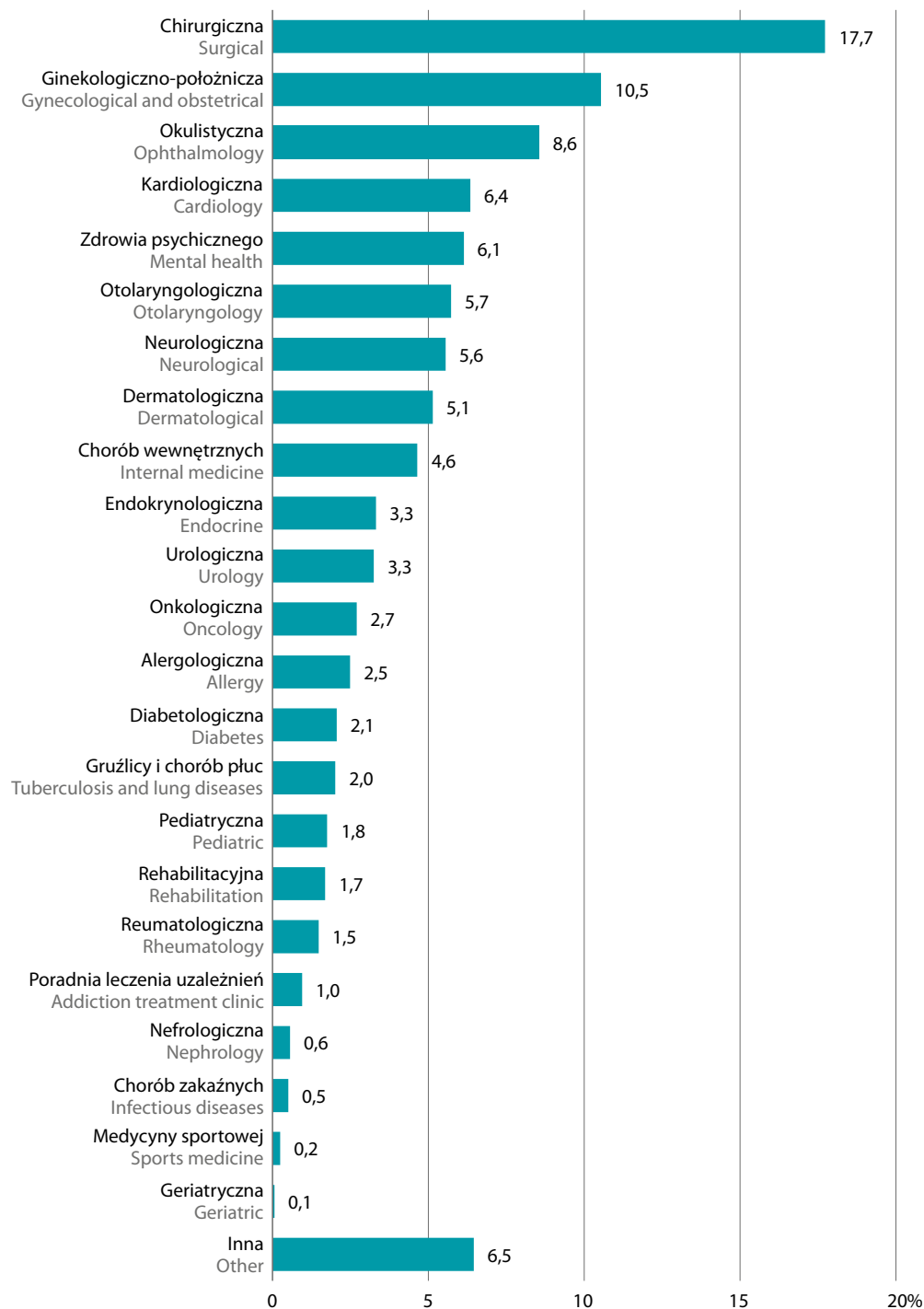
Udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat lub więcej w podstawowej opiece zdrowotnej był o 15,2 p. proc. większy niż udział tej grupy wiekowej w populacji, a dla porad specjalistycznych o 10,5 p. proc. większy. Najniższy wystąpił w odniesieniu do porad stomatologicznych.

Dla dzieci i młodzieży poniżej 18 lat najwyższy udział udzielonych porad w porównaniu z udziałem w populacji tej grupy wiekowej charakteryzował porady stomatologiczne, a najniższy porady specjalistyczne lekarskie.

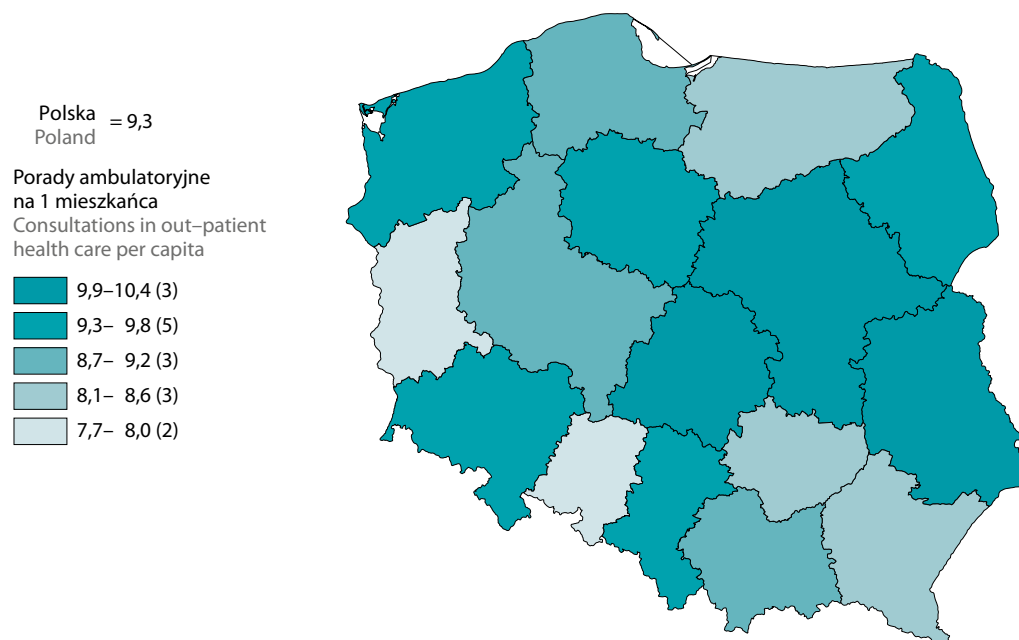
W specjalistycznej opiece lekarskiej najwięcej porad lekarskich udzielono w poradniach chirurgicznych (ponad 23 mln). Dużą liczbę porad (więcej niż 10 mln) odnotowano także w poradniach ginekologiczno-położniczych (13,8 mln) oraz okulistycznych (11,2 mln).

Wykres 2.41. Specjalistyczne porady lekarskie w wybranych poradniach w 2023 r.

Chart 2.41. Specialized doctors consultations in selected clinics in 2023



Mapa 2.12. Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej^a na 1 mieszkańca wg województw w 2023 r.
 Map 2.12. Consultations in out-patient health care^a per capita by voivodships in 2023



^a Porady lekarskie łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych.

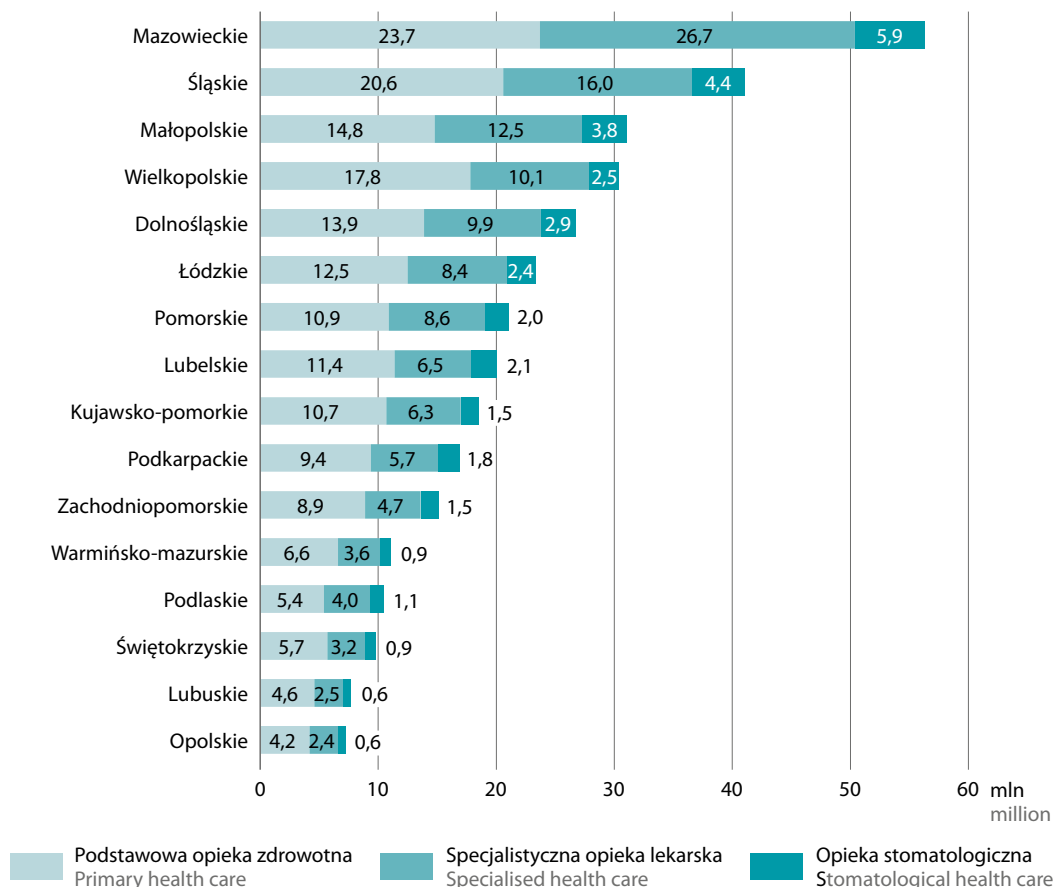
^a Medical consultations, including consultations from admission rooms in general hospitals.

W omawianym roku średnia liczba porad ambulatoryjnych w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosła 9,3 (o 0,4 p. proc. więcej niż w 2022 r.).

Najwięcej porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielono w województwie mazowieckim (57,2 mln), a najmniej w województwie opolskim (7,3 mln).

Wskaźnik udzielonych porad przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach wyniósł od 7,7 w województwie opolskim do 10,4 w mazowieckim.

Wykres 2.42. Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej według rodzaju porad i województw w 2023 r.
Chart 2.42. Consultations in out-patient health care by type of consultations and voivodships in 2023



Porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły w poszczególnych województwach od 42,1% (mazowieckie) do 59,7% (lubuskie) udzielonych porad lekarskich i stomatologicznych.

Dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat udzielono 20,4% porad podstawowej opieki zdrowotnej (o 0,7 p. proc. mniej niż w roku poprzednim). Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 16,6% do 24,0% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób w wieku 65 lat lub więcej odsetek ten wahał się od 32,6% w województwie pomorskim do 38,4% w świętokrzyskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 10,9% w województwie świętokrzyskim do 14,8% w podlaskim. Porady udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 30,3% porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,1% (mazowieckie) do 36,3% (świętokrzyskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży kształtował się od 24,5% w województwie zachodniopomorskim do 36,4% w lubelskim. Porady udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 16,1% porad stomatologicznych. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 14,3% (podkarpackie i lubelskie) do 20,4% (zachodniopomorskie).

Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielane są zarówno podczas osobistych wizyt pacjentów w gabinetach, jak i w formie teleporad⁷⁴, szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

⁷⁴ Teleporada to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.

u lekarza rodzinnego w przypadku leczenia dolegliwości niewymagających badań fizykalnych pacjenta. W 2023 r. w formie teleporad zrealizowano 17,1 mln (9,5%) porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w 2022 r. odpowiednio 23,5 mln i 13,4%). W opiece specjalistycznej udzielono 9,7 mln teleporad (7,4%). Spośród porad stomatologicznych 55,0 tys. (0,2%) świadczonych było w formie teleporady.

Wykres 2.43. Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad w 2023 r.

Chart 2.43. Teleconsultations in out-patient health care by type of consultations in 2023



Teleporady stanowiły średnio 7,7% ogółu porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Najwyższy udział teleporad w odniesieniu do porad ambulatoryjnych zaobserwowano w województwie mazowieckim – 11,6%, natomiast najniższy w województwie lubuskim – 4,5%. Udział teleporad powyżej przeciętnej w kraju, oprócz województwa mazowieckiego, charakteryzował również województwa: pomorskie, łódzkie i śląskie.

Tablica 2.9. Podmioty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz udzielone porady

Table 2.9. Providers of out-patient health care units and consultations

LATA YEARS	Przychodnie Outpatient departa- ments	Praktyki Practices	Udzielone porady Consultations provided				
			ogółem ^a total ^a	lekarskie doctors			stoma- tologiczne stoma- tological
				razem ^a lekarskie total ^a doctors	w tym of which		
					w podsta- wowej opiece zdro- wotnej ^b in primary health care ^b	w opiece spe- cjalistycznej in special- ized health care	
w tysiącach in thousands							
OGÓŁEM TOTAL							
2022	22 601	3 478	335 577,4	302 414,8	176 133,1	121 502,8	33 162,6
2023	23 460	3 174	352 233,6	317 322,3	181 123,8	131 219,4	34 911,3
MIASTA URBAN AREAS							
2022	18 011	2 576	287 972,0	259 287,8	136 388,4	118 120,6	28 684,2
2023	18 855	2 342	303 802,2	273 424,3	140 927,6	127 517,7	30 377,9
WIEŚ RURAL AREAS							
2022	4 590	902	47 605,4	43 127,0	39 744,8	3 382,2	4 478,4
2023	4 605	832	48 431,4	43 898,0	40 196,2	3 701,8	4 533,4

a Porady lekarskie łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych.

a Medical consultations, including consultations from admission rooms in general hospitals.

b Łącznie z poradami udzielonymi w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

b Including holiday and night time medical services.

2.4. Ratownictwo medyczne

2.4. Emergency medical services

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)⁷⁵ został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Funkcjonuje na terenie całego kraju w oparciu o wojewódzkie plany działania systemu⁷⁶ sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra właściwego ds. zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizacje, może żądać od wojewody przekazania wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie danego województwa, jak również ma możliwość przeprowadzenia kontroli dysponentów jednostek systemu oraz dyspozytorni medycznych. Wojewodowie natomiast są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa. Zakres danych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu PRM obejmuje m.in.:

- liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu PRM, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- obszary działania i rejon operacyjny zespołów ratownictwa medycznego;
- informacje dotyczące funkcjonowania jednostek systemu;
- opis i organizację struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- opis sposobu współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw;
- opis sposobu współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem PRM na obszarze województwa;
- kalkulację rocznych kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych.

Jednostkami systemu są zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM), wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub do jednostki samorządu terytorialnego oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z systemem współpracują centra urazowe, centra urazowe dla dzieci oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu PRM.

Od października 2017 r. funkcjonuje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)⁷⁷. Jest to system teleinformatyczny, który umożliwia przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112 lub 999), rejestrowanie zdarzeń medycznych oraz dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego. Dzięki systemowi możliwe jest geograficzne wskazanie miejsca zdarzenia oraz lokalizacji zespołów ratownictwa medycznego. System SWD PRM funkcjonuje przez całą dobę we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego, miejscach stacjonowania ZRM, dyspozytorniach medycznych oraz na stanowiskach wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Za utrzymanie oraz obsługę systemu na terenie kraju odpowiada minister właściwy do spraw zdrowia przez powierzenie zadań administratora systemu Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu, natomiast na terenie województwa – wojewoda. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz części, których dysponentami są właściwi wojewodowie. Rezultatem wprowadzenia SWD PRM jest elektroniczne przekazywanie zleceń wyjazdów czy też elektroniczne wypełnianie dokumentacji medycznej. Ponadto

⁷⁵ System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2024 poz. 652 z późn. zm.).

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. 2023 poz. 1060).

⁷⁷ System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2024 poz. 652 z późn. zm.).

doszło do zmniejszenia liczby dyspozytorni medycznych (koncentracja dyspozytorni medycznych w duże wielostanowiskowe miejsca). Na koniec 2023 r. funkcjonowały 23 dyspozytornie medyczne.⁷⁸ Docelowo od 2028 r. powinno działać 18 dyspozytorni medycznych (po jednej w województwie, za wyjątkiem dwóch dyspozytorni w województwach mazowieckim i śląskim).

Obecnie trwają prace nad zmianą przepisów w zakresie organizacji działania systemu PRM. Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (UD43), będący w fazie konsultacji publicznych, przewiduje uregulowanie kwestii motocyklowych jednostek ratowniczych. Będą one stanowiły odrębny rodzaj zespołów ratownictwa medycznego docierających do miejsc zdarzenia, do których nie może dojechać ambulans, w czasie zgromadzeń czy też w sytuacji wystąpienia zatorów na drodze. Liczbę zespołów motocyklowych projektuje się na poziomie jednego na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców województwa, a czas działania tych jednostek na okres od 1 maja do 30 września, do 12 godzin na dobę. Pierwszych 35 motocyklowych jednostek ratowniczych miałyby rozpocząć funkcjonowanie w 2025 r.

Ponadto planuje się możliwość utworzenia dodatkowej dyspozytorni medycznej w województwach liczących powyżej 3 milionów mieszkańców (małopolskie, śląskie, wielkopolskie) oraz dwóch dodatkowych w województwie mazowieckim. Ma to na celu odciążenie pracą dyspozytorów w województwach, o największej liczbie ludności oraz umożliwienie dyspozytorom pracę bliżej miejsca zamieszkania zamiast dojazdów do stolicy województwa. Wprowadzony zostanie specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest Centrum Operacyjne Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (CO LPR). Dla zatrudnionych tam dyspozytorów medycznych pracodawcą będzie Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, a nie wojewoda, jak to ma miejsce w przypadku pozostałych dyspozytorni medycznych.

Projekt ustawy przewiduje także ustalenie minimalnej liczby zespołów podstawowych trzyosobowych na poziomie trzech na każde rozpoczęte 10 zespołów podstawowych. Ma to na celu zapewnienie bezpiecznego udzielania pomocy medycznej przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa i higieny pracy członkom zespołów. Zaktualizowane zostaną również definicje lekarza systemu i pielęgniarki systemu w zakresie przepisów dotyczących specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych.

Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM)

W warunkach pozaszpitalnych, pomoc medyczna osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest udzielana przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) oraz lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM). W ich skład wchodzi osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. W podstawowym zespole ratownictwa medycznego są co najmniej dwie osoby, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, w specjalistycznych – co najmniej trzy osoby, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. W przypadku, gdy żaden z członków zespołu ratownictwa medycznego nie spełnia warunków wynikających z ustawy o kierujących pojazdami, dodatkowo w skład zespołu wchodzi kierowca. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego są co najmniej trzyosobowe, a w ich skład wchodzi co najmniej jeden pilot zawodowy, lekarz systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

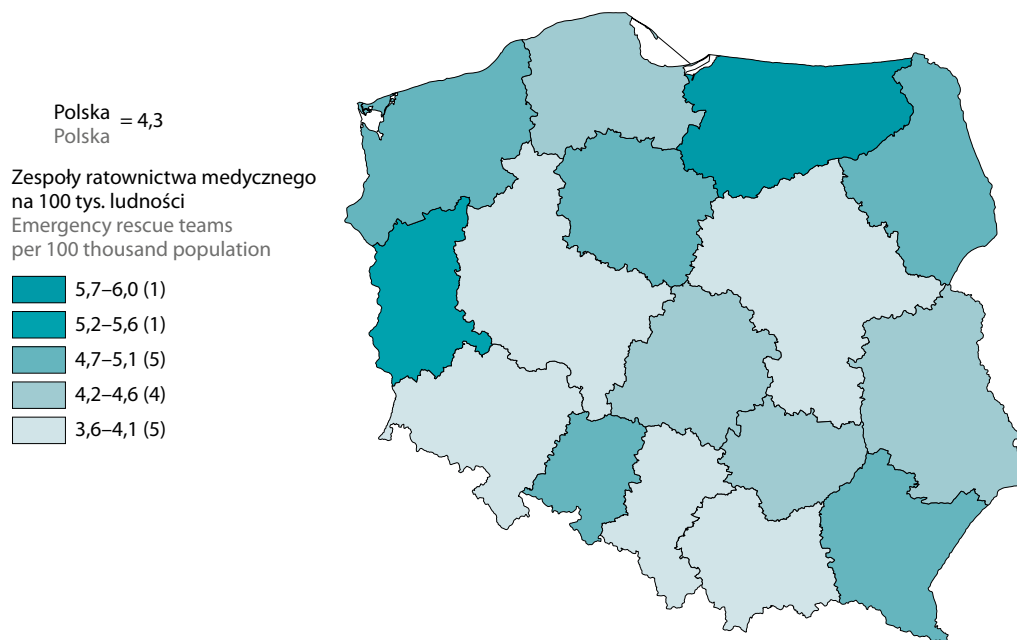
W 2023 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowało 1 617 zespołów ratownictwa medycznego (o 25 więcej niż przed rokiem), z czego 1 302 (80,5%) podstawowe i 315 (19,5%) specjalistycznych oraz 21 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W stosunku do lat poprzednich można zauważyć utrzymującą się tendencję do zmniejszania udziału zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie zespołów ratownictwa medycznego (spadek z 23,4% w 2019 r. do 19,5% w 2023 r.) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (wzrost z 76,6% w 2019 r. do 80,5% w 2023 r.) oraz stałą liczbą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

⁷⁸ Liczba dyspozytorni medycznych w poszczególnych województwach: dolnośląskie (2 DM), kujawsko-pomorskie (1 DM), lubelskie (1 DM), lubuskie (1 DM), łódzkie (1 DM), małopolskie (2 DM), mazowieckie (3 DM), opolskie (1 DM), podkarpackie (1 DM), podlaskie (1 DM), pomorskie (2 DM), śląskie (3 DM), świętokrzyskie (1 DM), warmińsko-mazurskie (1 DM), wielkopolskie (1 DM), zachodniopomorskie (1 DM).

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM (podstawowych i specjalistycznych) przypadająca na 100 tys. ludności. Najwyższą wartość wskaźnika w 2023 r. odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (6,0), natomiast najniższą w województwie wielkopolskim (3,6).

Mapa 2.13. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r.

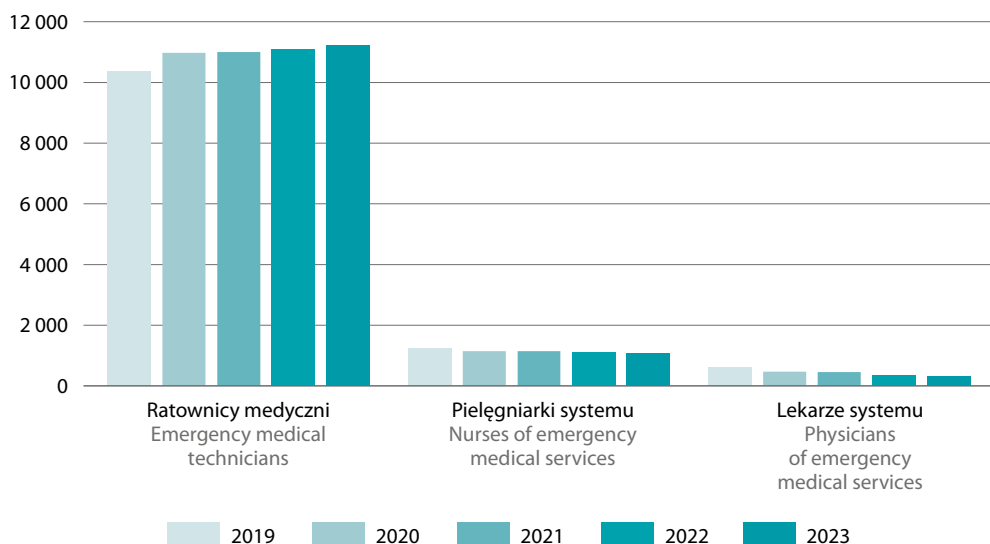
Map 2.13. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2023



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego⁷⁹ wskazują, że w 2023 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁸⁰ stanowiło 11 232 ratowników medycznych, 1 059 pielęgniarek i 314 lekarzy systemu PRM. W 2023 r., podobnie jak w latach poprzednich, utrzymywała się tendencja spadkowa dotycząca liczby pielęgniarek i lekarzy systemu PRM. Liczba pielęgniarek systemu zmniejszyła się w porównaniu z 2022 r. o 2,6%, a liczba lekarzy systemu o 9,0%. W stosunku do poprzedniego roku liczba ratowników medycznych zwiększyła się o 1,2%.

⁷⁹ Dane GUS – formularz ZD-4.

⁸⁰ Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

Wykres 2.44. Skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego^a wg głównego miejsca pracyChart 2.44. The medical staff in the emergency rescue teams^a in main workplace

a Łącznie z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego.

a Including medical air rescue teams.

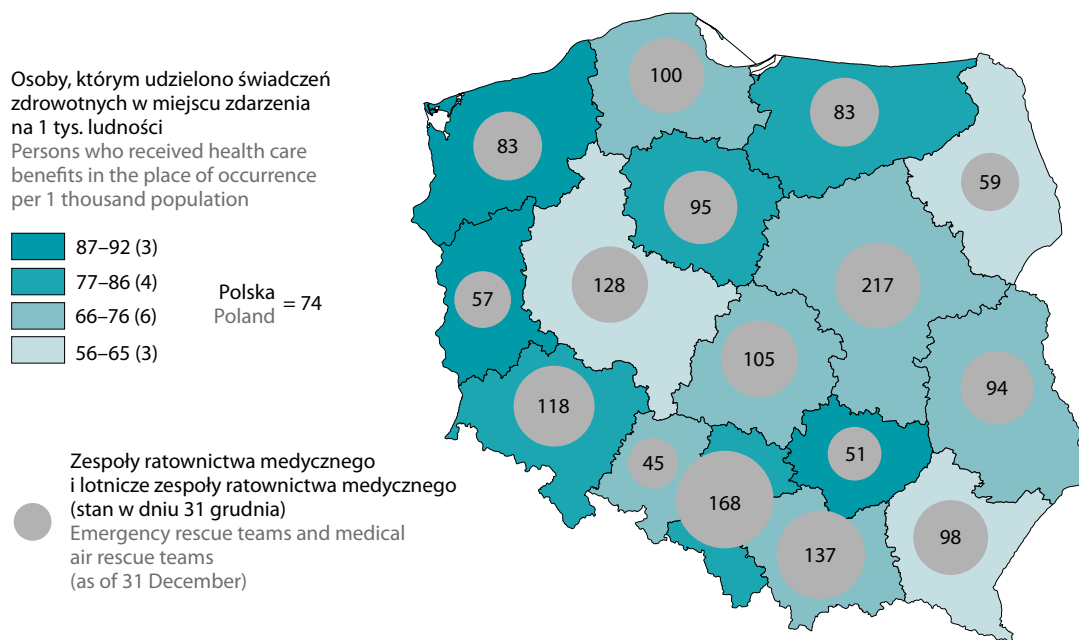
Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego

W 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego, łącznie z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego, zrealizowały prawie 2,8 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia, czyli o 289,8 tys. mniej niż w poprzednim roku.

W 2023 r. w przeliczeniu na 1 tys. ludności przypadały 74 osoby (o 8 osób mniej niż przed rokiem), którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej. Najwięcej pacjentów, którzy skorzystali z pomocy medycznej w miejscu zdarzenia w przeliczeniu na 1 tys. ludności, odnotowano w województwach: świętokrzyskim i zachodniopomorskim – po 92 osoby, a najmniej w województwie wielkopolskim – 56 osób.

Mapa 2.14. Zespoły ratownictwa medycznego^a i osoby, którym udzielono pomocy medycznej w miejscu zdarzenia na 1 tys. ludności wg województw w 2023 r.

Map 2.14. Emergency rescue teams^a and persons who received health care benefits in the place of occurrence per 1 thousand population by voivodships in 2023

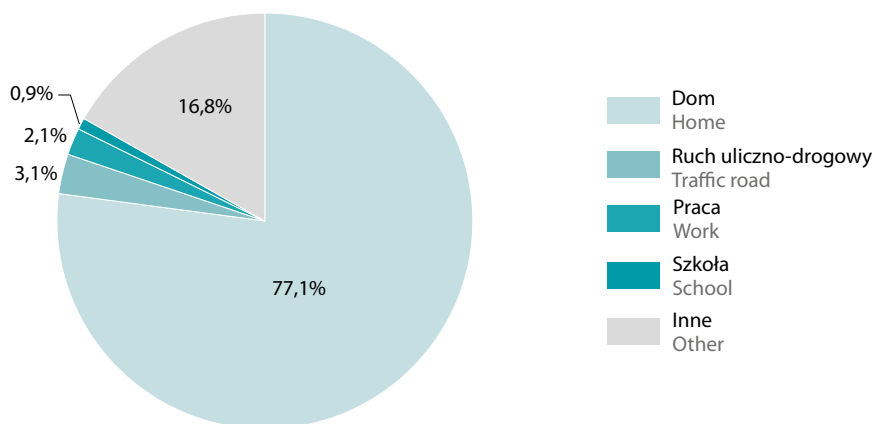


a Zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.
a Emergency rescue teams and medical air rescue teams.

Zdecydowaną większość (77,1%) ogólnej liczby interwencji zespołów ratownictwa medycznego stanowiły wyjazdy/wyloty do domu pacjenta. W porównaniu z 2022 r. odsetek takich wyjazdów/wylotów zmniejszył się o 0,9 p. proc. Drugie co do liczby interwencji miejsce zdarzenia (16,8% wyjazdów/wylotów) to kategoria „inne”, obejmująca wszystkie te miejsca zdarzenia, których nie można zakwalifikować do pozostałych kategorii. W przypadku tego typu wyjazdów/wylotów ich udział w ogólnej liczbie interwencji w stosunku do roku 2022 zwiększył się o 0,8 p. proc. Udział interwencji do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym, jak również zaistniałych w pracy pozostał na takim samym poziomie jak w roku ubiegłym, natomiast wzrósł w przypadku wyjazdów/wylotów do zdarzeń do szkoły o 0,1 p. proc.

Wykres 2.45. Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsca zdarzenia w 2023 r.

Chart 2.45. Calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place in 2023

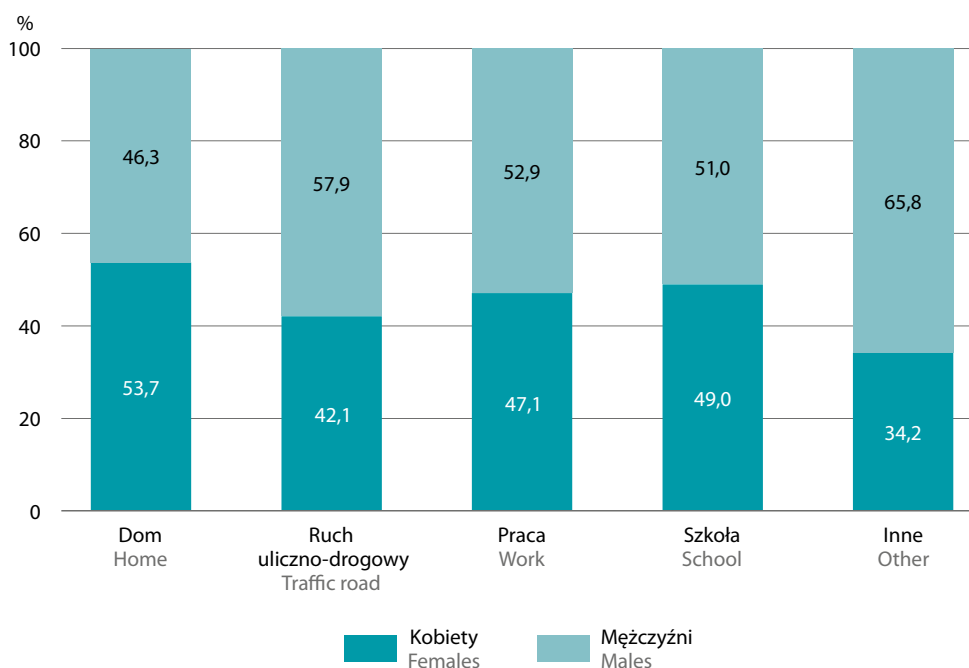


W trakcie jednego wyjazdu/wylotu pomoc mogła zostać udzielona więcej niż jednej osobie, dlatego liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trakcie wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa była nieznacznie większa niż liczba wyjazdów/wylotów i wyniosła blisko 2,8 mln (o 295,3 tys. mniej niż w ubiegłym roku).

Struktura wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wyglądała następująco: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wyniósł 6,1%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 43,8%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej – 50,1% (w 2022 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 6,7%, 44,8% i 48,5%). Pomocy medycznej udzielano prawie tak samo często mężczyznom (50,1%), jak i kobietom (49,9%). Udział procentowy mężczyzn wśród osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w 2023 r. był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad połowę w większości kategorii. Wyjątek stanowiła struktura płci pacjentów, którym pomocy udzielono w domu – gdzie kobiety stanowiły 53,7%.

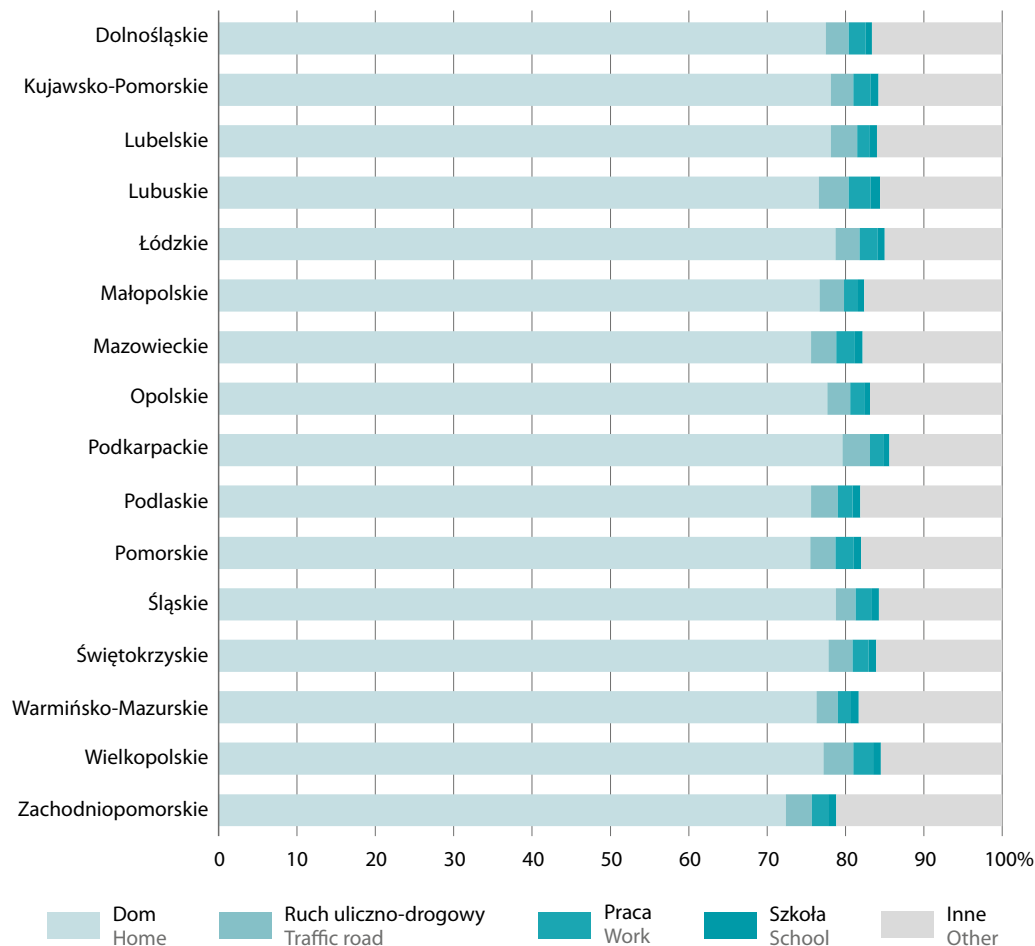
Wykres 2.46. Miejsca zdarzenia, w których zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wg płci pacjentów w 2023 r.

Chart 2.46. Occurrence places where emergency medical teams provided health care benefits by sex of patients in 2023



W każdym województwie liczba wyjazdów/wylotów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. Największy odsetek takich interwencji odnotowano w województwie podkarpackim (79,6%), a najmniejszy w województwie zachodniopomorskim (72,4%). Podobnie w każdym województwie najmniej wykonywanych było wyjazdów/wylotów do pracy i szkoły. Największy odsetek interwencji do pracy jako miejsca zdarzenia zaobserwowano w województwie lubuskim (2,8%), a najmniejszy w województwie lubelskim (1,5%). W przypadku wyjazdów/wylotów do szkoły jako miejsca zdarzenia największy ich odsetek wystąpił w województwie lubuskim (1,2%), a najmniejszy w województwie opolskim (0,7%). Interwencje do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2,5% (województwo śląskie) do 3,8% (województwo lubuskie i wielkopolskie) ogółu wyjazdów.

Wykres 2.47. Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia i województw w 2023 r.
 Chart 2.47. Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place and voivodships in 2023



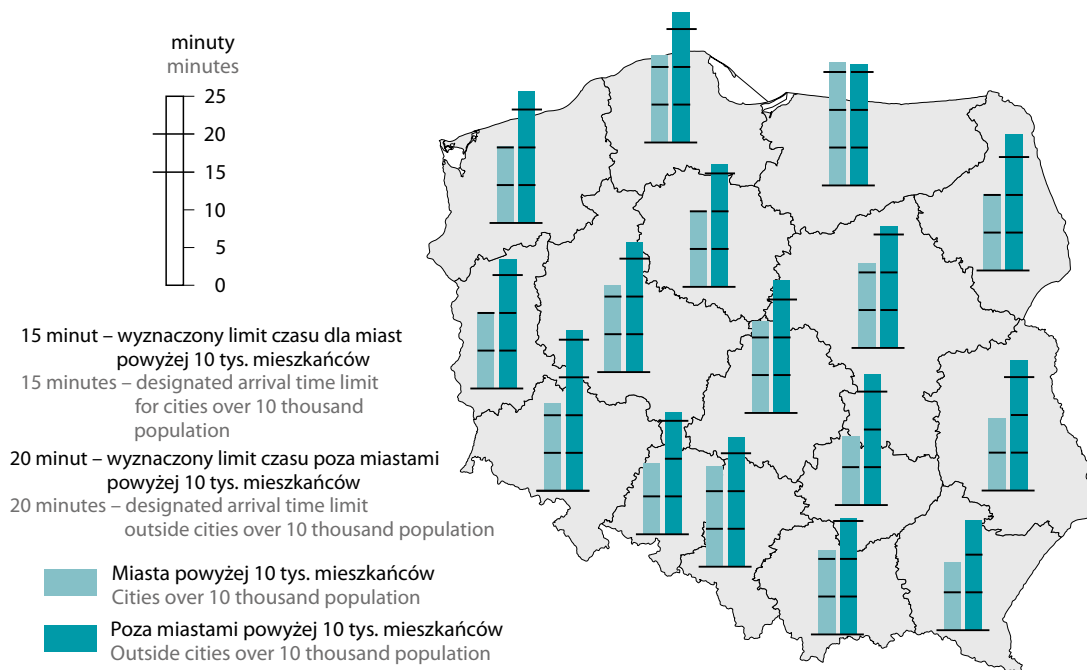
Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą⁸¹ czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia mediany, trzeciego kwartyła oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartył czasu dotarcia – odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Z danych za 2023 r. przekazanych przez wojewodów wynika, że mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona we wszystkich województwach, przy czym wartość mediany poniżej 10 min. charakteryzowała jedynie trzy województwa: podkarpackie (9 min. i 3 sek.), świętokrzyskie (9 min. i 5 sek.) oraz opolskie (9 min. i 36 sek.). Największą medianę czasu dotarcia w przypadku miast powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim – 16 min. i 31 sek. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa

⁸¹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2024 poz. 652 z późn. zm.).

medycznego na miejsce zdarzenia na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców nie była przekroczona tylko w województwie podkarpackim (14 min. i 49 sek.). Największą wartość mediany odnotowano w województwie dolnośląskim – 21 min. i 20 sek.

Mapa 2.15. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2023 r.
 Map 2.15. Median time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence place in 2023



Źródło: dane z wykazów przekazywanych przez urzędy wojewódzkie zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej na 2023 r.

Source: data obtained from voivodships offices according to Programme of Statistical Surveys of Official Statistics for 2023.

W celu sprawnego działania systemu i zapewnienia ustawowych parametrów czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia, każde województwo podzielone zostało przez swoich wojewodów na rejony operacyjne. Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym rejon operacyjny definiowany jest jako rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu. Liczba rejonów operacyjnych odpowiada zatem liczbie dyspozytorni medycznych funkcjonujących na terenie danego województwa. Większość województw ma jeden rejon operacyjny, województwa mazowieckie oraz śląskie – po trzy rejony operacyjne, a województwa: dolnośląskie, małopolskie i pomorskie – po 2 rejony operacyjne.

Zespoły ratownictwa medycznego udzielają pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to większość wezwań zespołów to wyjazdy do sytuacji niezagrożających bezpośrednio zdrowiu lub życiu (58,7% ogółu wezwań w 2023 r.). Dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z urzędów wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów wskazują, że największy odsetek tego typu wyjazdów odnotowano w województwie zachodniopomorskim (69,2%), a najmniejszy w podlaskim (47,7%).

Począwszy od rozpoczęcia epidemii COVID-19 zaobserwować można blisko trzykrotny wzrost odsetka wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego. W 2019 r. odsetek takich wyjazdów wyniósł 20,9% ogółu wszystkich wyjazdów, podczas gdy w 2023 r. – 58,7% (rok wcześniej był o 1 p. proc. większy).

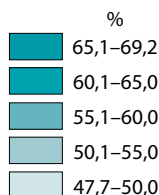
Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie śląskim (29,6%), natomiast poza miastem powyżej

10 tys. mieszkańców – w województwie świętokrzyskim (19,0%). W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej w tym zakresie działały zespoły z województwa podkarpackiego. Dla tego województwa odsetek wyjazdów, w których maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia przekroczył ustawową normę 15 min. wyniósł 4,4%. Na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej działały zespoły w województwie śląskim, w którym to odsetek wyjazdów, dla których został przekroczony maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, wyniósł 7,1%.

Mapa 2.16. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz wyjazdy, w których czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego przekroczył ustawowe normy w 2023 r.

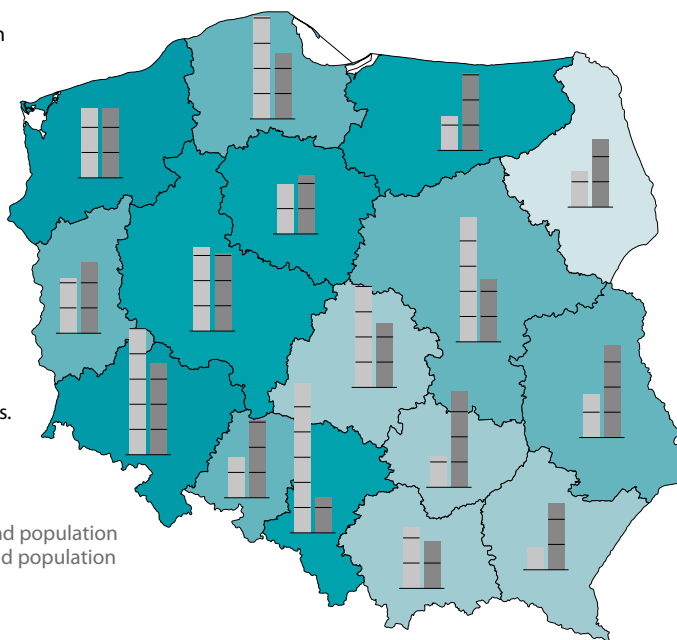
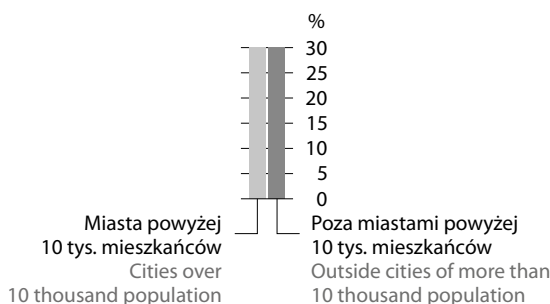
Map 2.16. Calls of emergency rescue teams unrelated to the state of sudden health threat and calls of emergency rescue teams with exceeded arrival time regarding the statutory standard in 2023

Odsetek wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego
The percentage of unrelated calls with a state of sudden health threat



Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego przekroczył 15 min. w mieście powyżej 10 tys. ludności i 20 min. poza miastem powyżej 10 tys. ludności

The percentage of calls in which time to reach the emergency medical team exceeded 15 min. in the city over 10 thousand population and 20 min. outside the city over 10 thousand population



Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2023 r. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR) posiadało 21 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS⁸²) rozmieszczonych na terenie całej Polski oraz jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji (Koszalin). W bazie HEMS zlokalizowanej w Warszawie stacjonował dodatkowo lotniczy zespół transportu sanitarnego. W województwie mazowieckim funkcjonowały 3 bazy HEMS (Płock, Warszawa, Sokołów Podlaski), w województwie podlaskim – 2 (Białystok, Suwałki), w województwie lubuskim – 2 (Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski), w województwie wielkopolskim – 2 (Poznań, Ostrów Wielkopolski). W pozostałych województwach funkcjonowało po jednej bazie (Gdańsk, Olsztyn, Bydgoszcz, Wrocław, Opole, Katowice, Sanok, Kielce, Kraków, Lublin, Łódź, Szczecin). Całodobowo

⁸² HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

dyżuowało 6 baz (Gdańsk, Kraków, Lublin, Poznań, Warszawa, Wrocław). Pozostałe bazy funkcjonowały w godz. 7–20. Parametry gotowości do startu zespołu LPR zależą od promienia działania i pory dnia. W dzień czas gotowości do startu wynosi:

- do 3 minut w promieniu do 60 km, z wyjątkiem baz dla których została wydana decyzja Dyrektora LPR o wydłużeniu gotowości ze względu na lokalne ograniczenia,
- do 6 minut w promieniu do 60 km w okresie od 30 minut przed wschodem słońca do godziny 6:30 czasu lokalnego w bazie HEMS pełniącej dyżur całodobowy,
- do 6 minut w promieniu powyżej 60 km do 130 km, z wyjątkiem baz dla których została wydana decyzja Dyrektora LPR o wydłużeniu gotowości ze względu na lokalne ograniczenia,
- do 15 minut w promieniu powyżej 130 km.

Natomiast w nocy czas gotowości do startu wynosi:

- do 15 minut w promieniu do 60 km,
- do 30 minut w promieniu powyżej 60 km.

Wyjątkami od powyżej wymienionych czasów gotowości do startu są loty do zdarzeń w górach lub we współpracy z góorskimi służbami ratowniczymi lub z wykorzystaniem technik wysokościowych, w lotach z Państwową Strażą Pożarną, Strażą Graniczną, Policją lub innymi służbami, w lotach z użyciem inkubatora do transportu noworodków i niemowląt, w przypadku których gotowość do startu zostaje wydłużona.

W 2023 r. lotnicze zespoły ratownictwa medycznego wykonały 8 078 lotów, podczas których świadczenia zdrowotnego udzielono 8 087 osobom. Pomocy medycznej częściej potrzebowali mężczyźni niż kobiety (odpowiednio: 67,0% i 33,0%). Śmigłowce LPR wylatywały do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym oraz do zdarzeń w miejscach określanych jako inne, które stanowiły największy odsetek spośród wszystkich wylotów (82,2%)⁸³.

W 2023 r., podobnie jak w poprzednich latach, śmigłowce LPR najczęściej wzywane były do: wypadków komunikacyjnych i pomocy ich ofiarom, udarów mózgu, nagłego zatrzymania krążenia oraz urazów. Ponadto w katalogu powodów wezwań są m.in. upadek z wysokości, utrata przytomności, zawał mięśnia sercowego, oparzenie termiczne, ból w klatce piersiowej, duszność, napad drgawek, zasłabnięcie czy potrącenie⁸⁴.

Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i izby przyjęć oraz centra urazowe (CU) i centra urazowe dla dzieci (CUD)

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej polegające na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia niezbędnego dla stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W razie potrzeby SOR zapewnia transport sanitarny pacjenta do najbliższego podmiotu leczniczego wykonującego świadczenia opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

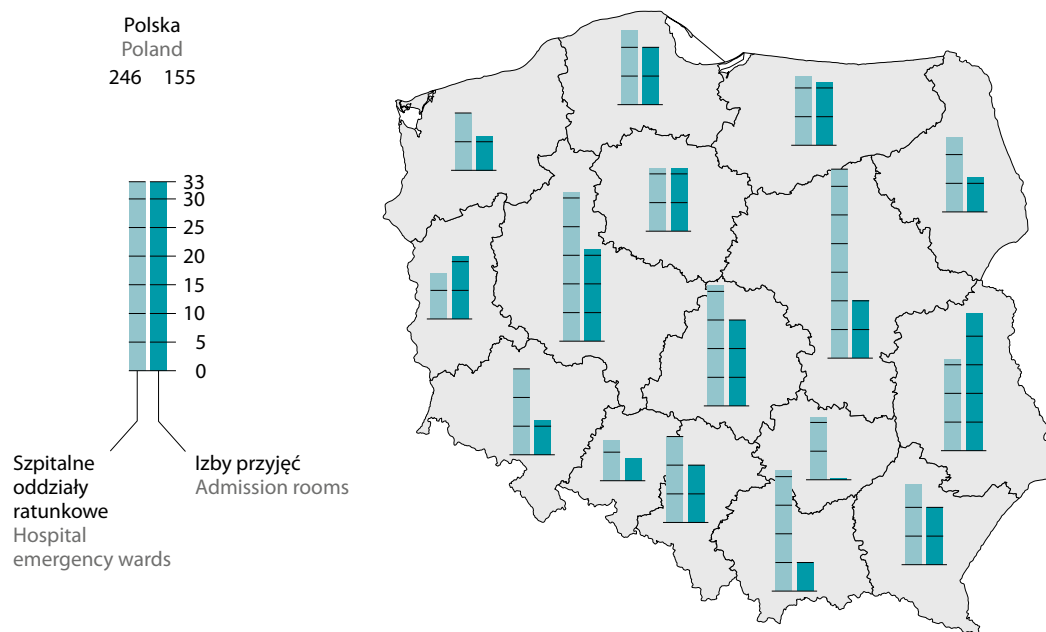
Na koniec 2023 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowało 246 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 2 więcej niż w 2022 r.). W SOR udzielane były świadczenia zdrowotne w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) i stacjonarnym. Ponadto w 2023 r. z systemem PRM współpracowało 155 izb przyjęć (o 2 mniej niż w 2022 r.), w których udzielano świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

⁸³ Dane GUS – formularz ZD-4.

⁸⁴ Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Mapa 2.17. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2023 r.

Map 2.17. Hospital emergency wards and admission rooms by voivodships in 2023

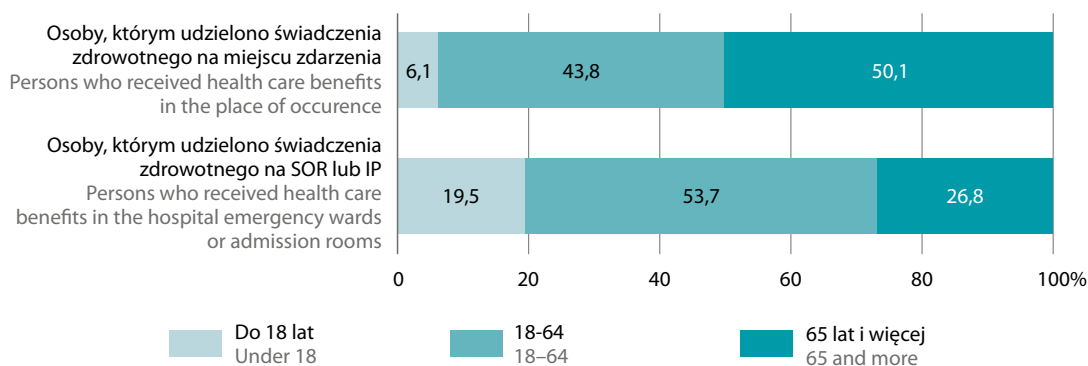


W roku 2023 w izbach przyjęć lub w SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym blisko 4,0 mln osób (o 223,1 tys. więcej niż w roku 2022). Na SOR liczba leczonych w trybie stacjonarnym wyniosła blisko 2,1 mln osób (o 246,1 tys. więcej niż w roku poprzednim). Dzieci i młodzież do lat 18 stanowiły 19,5% ogólnej liczby leczonych w izbach przyjęć lub SOR, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 26,8%.

Struktura wieku pacjentów leczonych na SOR i izbach przyjęć jest podobna jak w latach poprzednich. Natomiast porównując strukturę wieku leczonych na SOR/IP do struktury pacjentów, którzy skorzystali z pomocy zespołów ratownictwa medycznego można zauważyć istotne różnice. Dzieci i młodzież do lat 18 znacznie częściej korzystały ze świadczeń zdrowotnych na SOR/IP niż z pomocy ZRM. Inaczej było w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej, które znacznie częściej potrzebowały interwencji ZRM niż opieki na SOR/IP.

Wykres 2.48. Osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia oraz osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg wieku w 2023 r.

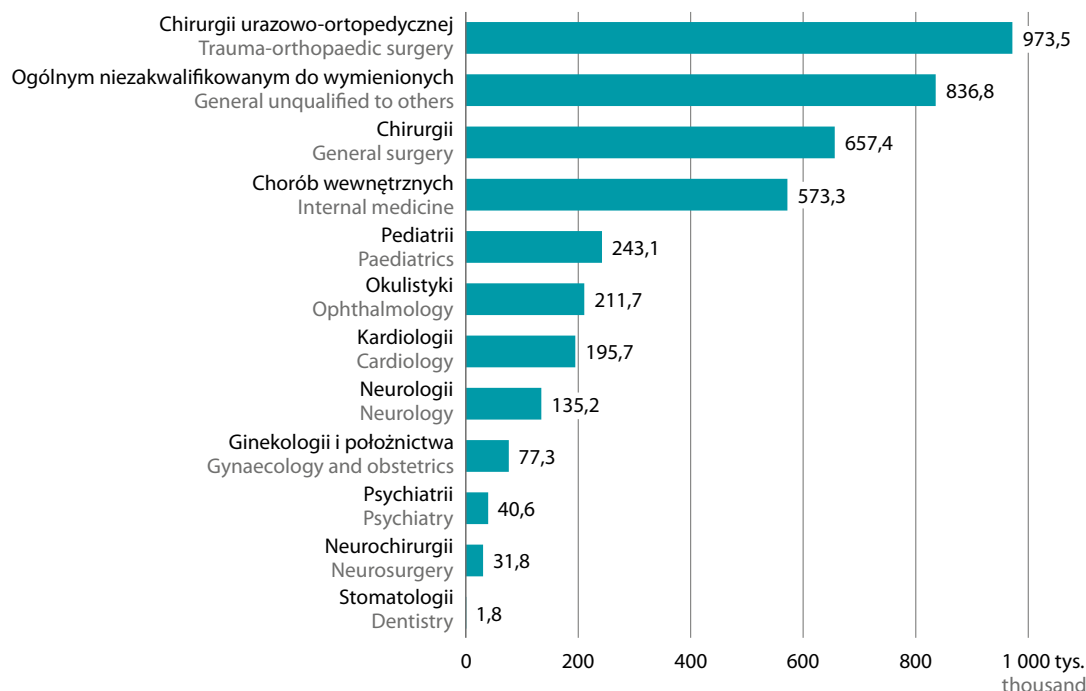
Chart 2.48. Persons who received health care benefits in the place of occurrence and persons who received health care benefits in the hospital emergency wards or admission rooms by age in 2023



Pacjenci leczeni ambulatoryjnie najczęściej korzystali ze świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej (24,5% leczonych), ogólnym (21,0%) oraz chirurgii (16,5%).

Wykres 2.49. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg zakresu świadczeń w 2023 r.

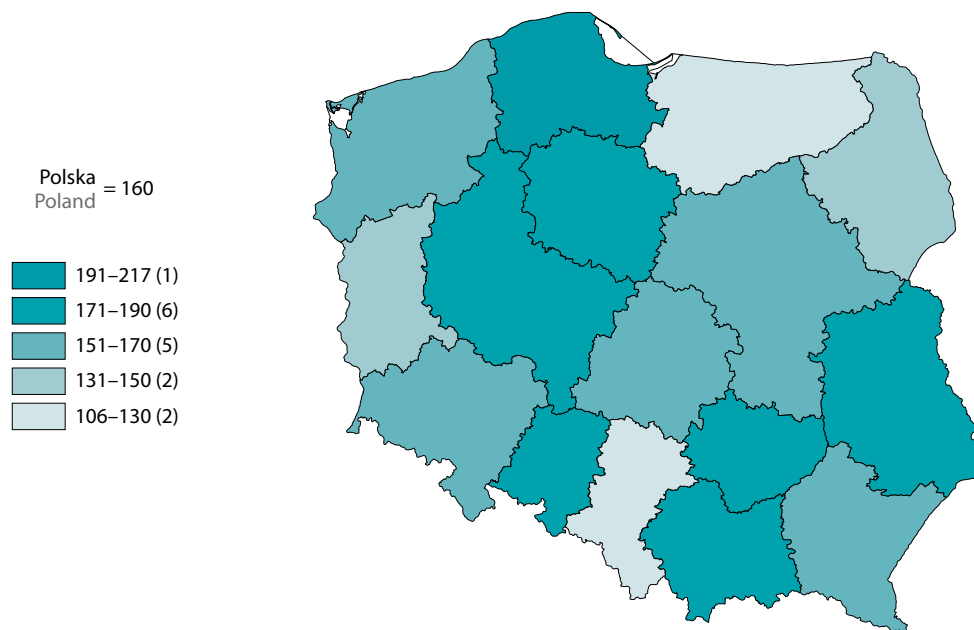
Chart 2.49. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms under the outpatient treatment by type of services in 2023



W 2023 r. na 1 tys. ludności przypadało 160 osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR lub izbach przyjęć (w roku poprzednim – 147 osób). Najwięcej osób, które skorzystały z pomocy w tego typu miejscach, w przeliczeniu na 1 tys. ludności odnotowano w województwie pomorskim – 217 osób, a najmniej w śląskim – 106 osób.

Mapa 2.18. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć na 1 tys. ludności wg województw w 2023 r.

Map 2.18. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms per 1 thousand population by voivodships in 2023



Oprócz jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę w systemie pełnią centra urazowe (CU) oraz centra urazowe dla dzieci (CUD). Są one wydzielonymi funkcjonalnie częściami szpitali, w których działa SOR, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, co pozwala na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjentów urazowych oraz pacjentów urazowych dziecięcych. Pacjent urazowy to osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Pacjent urazowy dziecięcy to osoba do ukończenia 18 lat w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. CU zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:

- oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, który zapewnia gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii;
- bloku operacyjnego, który zapewnia stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej;
- pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę;
- innych oddziałów w szczególności: chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii, chirurgii naczyni lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyni.

CUD zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych:

- oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, który zapewnia gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii;
- bloku operacyjnego, który zapewnia stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej;
- oddziału chirurgii dziecięcej oraz oddziałów lub specjalistów neurochirurgii lub neurotraumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Zgodnie z założeniami ustawowymi⁸⁵ zarówno centrum urazowe, jak i centrum urazowe dla dzieci zabezpiecza populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do CU/CUD w ciągu 1,5 godziny. Centrum urazowe oraz centrum urazowe dla dzieci dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem przeznaczonym dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym na tyle blisko, aby możliwe było przejęcie pacjenta urazowego oraz pacjenta urazowego dziecięcego bez konieczności przewożenia go specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego.

W 2023 r. działało 17 centrów urazowych oraz 11 centrów urazowych dla dzieci. W centrach urazowych leczonych było 2,6 tys. pacjentów, z czego 35,9% stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, natomiast w centrach urazowych dla dzieci pod opieką było 463 pacjentów⁸⁶.

Tablica 2.10. Ratownictwo medyczne i pomoc doraźna

Table 2.10. Emergency medical services and first aid

Wyszczególnienie Specification	2019	2020	2021	2022	2023
Zespoły ratownictwa medycznego Emergency rescue teams	1 577	1 581	1 587	1 592	1 617
Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego Medical air rescue teams	21	21	21	21	21
Szpitalne oddziały ratunkowe Hospital emergency wards	237	239	241	244	246
Izby przyjęć Admission rooms	155	154	156	157	155
Ratownicy medyczni Emergency medical technicians	10 344	10 975	10 993	11 095	11 232
Wyjazdy na miejsce zdarzenia (w ciągu roku): Calls to the occurrence places (during the year):					
w tysiącach in thousands	3 099,9	2 758,8	3 058,3	3 070,1	2 780,3
na 1000 ludności per 1000 population	80,8	72,3	80,5	81,2	73,8

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)

Jednostkami współpracującymi z Państwowym Systemem Ratownictwa Medycznego są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej np. Wojska Obrony Terytorialnej.

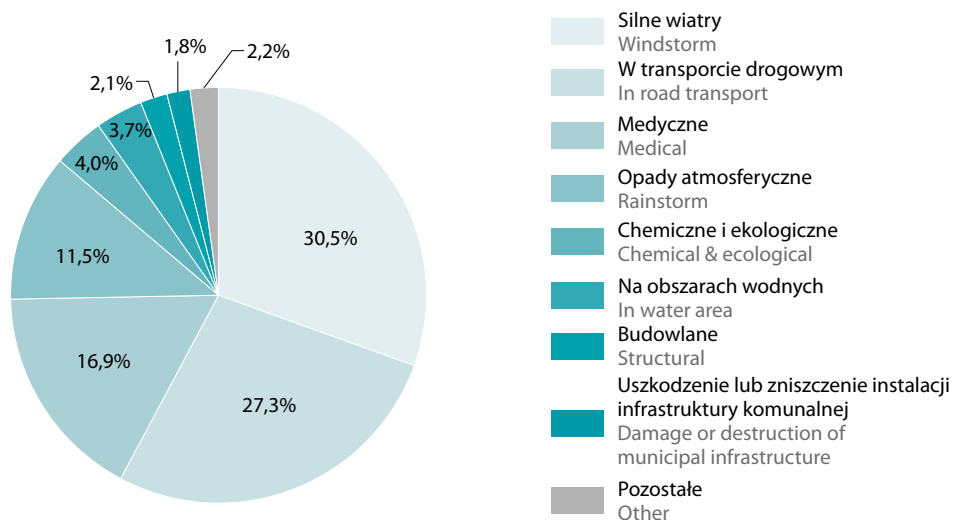
W 2023 r. na terenie kraju jednostki ochrony przeciwpożarowej interweniowały w 486,1 tys. zdarzeń. Były to miejscowe zagrożenia (340,0 tys.), interwencje związane z pożarami (99,3 tys.) oraz fałszywe alarmy (46,9 tys.). Wśród miejscowych zagrożeń najwięcej było związanych z występowaniem silnych wiatrów (64,4 tys.), a najmniej z uszkodzeniem lub zniszczeniem instalacji infrastruktury komunalnej.

⁸⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2024 poz. 652 z późn. zm.).

⁸⁶ Dane GUS – formularz ZD-4.

Wykres 2.50. Miejskowe zagrożenia wg rodzaju w 2023 r.

Chart 2.50. Local threats by type in 2023



Źródło: dane Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej.
Source: National Headquarters of the State Fire Service.

W wyniku pożarów i miejscowych zagrożeń śmierć poniosło 11,0 tys. osób (w tym pięciu strażaków), a 55,5 tys. zostało rannych (w tym 432 strażaków). Najwięcej zdarzeń wymagających interwencji jednostek ochrony przeciwpożarowej odnotowano w województwie mazowieckim (70,3 tys.), najmniej w województwie polskim (12,2 tys.).

Tablica 2.11. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w 2023 r.

Table 2.11. Events involving fire brigades in 2023

Województwa Voivodships	Zdarzenia ogółem Total events	Pożary Fires	Miejskowe zagrożenia Local threats	Fałszywe alarmy False alarms
Polska Poland	486 124	99 275	339 986	46 863
Dolnośląskie	40 724	9 665	26 757	4 302
Kujawsko-pomorskie	28 781	5 594	20 893	2 294
Lubelskie	21 465	5 004	15 013	1 448
Lubuskie	14 551	3 420	9 696	1 435
Łódzkie	26 034	6 101	16 563	3 370
Małopolskie	42 613	6 106	32 376	4 131
Mazowieckie	70 295	16 218	43 992	10 085
Opolskie	12 176	2 441	8 683	1 052
Podkarpackie	24 796	4 057	19 649	1 090
Podlaskie	12 761	3 109	9 022	630

Tablica 2.11. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w 2023 r. (dok.)

Table 2.11. Events involving fire brigades in 2023 (cont.)

Województwa Voivodships	Zdarzenia ogółem Total events	Požary Fires	Miejscowe zagrożenia Local threats	Fałszywe alarmy False alarms
Pomorskie	29 783	6 002	22 134	1 647
Śląskie	62 961	9 411	47 467	6 083
Świętokrzyskie	13 244	3 495	9 101	648
Warmińsko-mazurskie	20 093	4 402	13 552	2 139
Wielkopolskie	41 680	8 386	29 146	4 148
Zachodniopomorskie	24 167	5 864	15 942	2 361

Źródło: dane Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej.

Source: data National Headquarters of the State Fire Service.

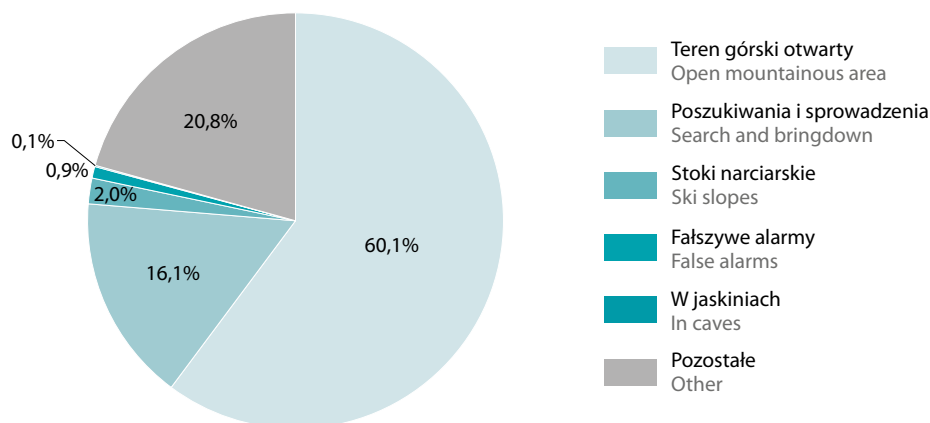
Do jednostek, które współpracują z systemem PRM, zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych, w górach i nad wodą, udzielają pomocy ratowniczej.

W 2023 roku ratownicy GOPR⁸⁷ wyruszyli na wyprawy, akcje i interwencje 2 677 razy. Najwięcej działań zostało podjętych na terenie górskim otwartym (1 612), a najmniej z powodu zejścia lawiny (1). Podczas 67 wypraw i akcji ratowniczych konieczne było użycie śmigłowca, a 46 odbyło się z udziałem psów. Ratowników wezwano do 2 907 osób, w tym 168 obcokrajowców. Najwięcej osób zostało rannych (1 638). Odnotowano 62 przypadki śmiertelne.

GOPR tworzyło 138 ratowników etatowych, 769 ochotników, 115 kandydatów oraz 710 ratowników poza-służbowych, urlopowanych lub niespełniających wszystkich wymogów na dzień 31 grudnia 2023 r.

Wykres 2.51. Wyprawy, akcje i interwencje GOPR w 2023 r.

Chart 2.51. GOPR expeditions, actions and interventions in 2023



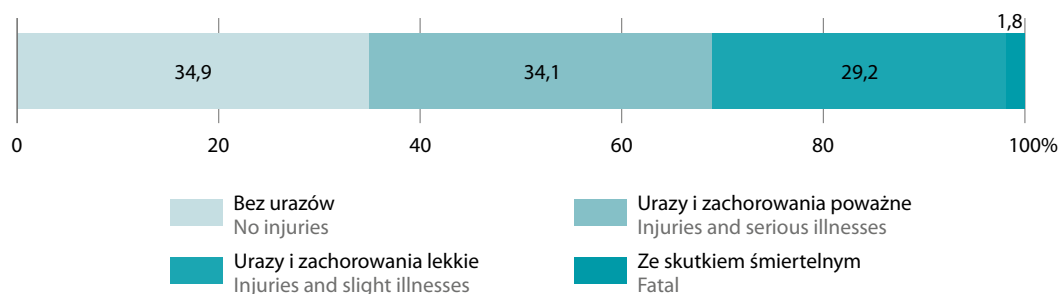
Źródło: dane GOPR.

Source: data GOPR.

⁸⁷ Źródło: dane GOPR za rok 2023.

Wykres 2.52. Ratowani TOPR w 2023 r.

Chart 2.52. TOPR rescues in 2023



Źródło: dane TOPR.

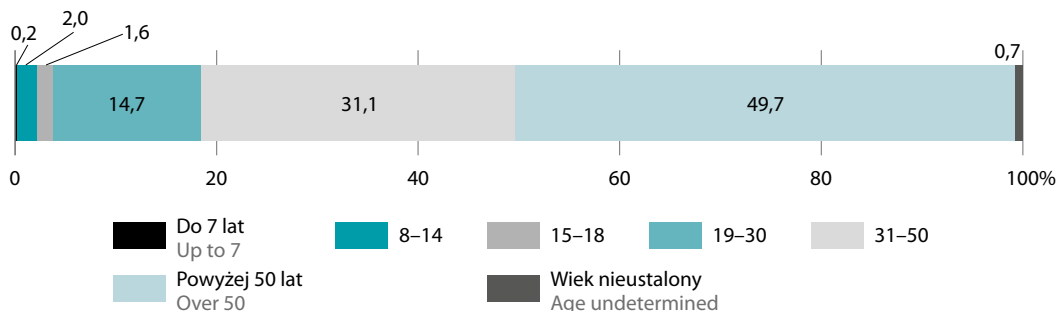
Source: data TOPR.

TOPR⁸⁸ podjął 893 wyprawy, akcje i interwencje, w tym 847 w Tatrach. Przeprowadzono 289 działań z użyciem śmigłowca, a w siedmiu interwencjach zaangażowano psy. Udzielono pomocy 1022 osobom, w tym 135 obcokrajowcom. Ratowano osoby bez urazów (357), z powodu urazu lub zachorowania poważnego (349) oraz z powodu urazu lub zachorowania lekkiego (298). Śmierć poniosło 18 osób. W działaniach wzięło udział 2889 ratowników, w tym 939 ochotników.

W 2023 r. zgłoszono Policji 490 wypadków tonięcia, w wyniku których śmierć poniosło 450 osób, w tym 50 kobiet. Najwięcej ofiar utonięć odnotowano w województwie pomorskim (60), a najmniej w województwie podlaskim (11). Największą grupę wśród ofiar utonięć stanowiły osoby powyżej 50 roku życia (224 osoby), a najmniejszą dzieci w wieku do 7 lat (jedna osoba).

Wykres 2.53. Ofiary utonięć wg grup wieku w 2023 r.

Chart 2.53. Victims of drowning by age groups in 2023



Źródło: dane Komendy Głównej Policji.

Source: data National Headquarters of Police.

⁸⁸ Źródło: Zestawienie statystyczne działań TOPR w ramach Ratownictwa Górskiego w roku 2023.

Tablica 2.12. Wypadki tonięcia w 2023 r.
Table 2.12. Drowning incidents in 2023

Województwa Voivodships	Wypadki tonięcia Drowning incidents	Ofiary utonięć Drowning victims	Osoby uratowane Survivors
Polska Poland	490	450	59
Dolnośląskie	35	31	4
Kujawsko-pomorskie	31	30	1
Lubelskie	39	40	–
Lubuskie	13	13	–
Łódzkie	22	22	1
Małopolskie	33	32	2
Mazowieckie	50	42	9
Opolskie	14	14	–
Podkarpackie	19	19	–
Podlaskie	19	11	13
Pomorskie	75	60	22
Śląskie	12	12	–
Świętokrzyskie	19	20	–
Warmińsko-mazurskie	31	28	3
Wielkopolskie	29	29	1
Zachodniopomorskie	49	47	3

Uwaga: na jeden wypadek może przypadać kilka osób.

Źródło: dane opracowane na podstawie danych zarejestrowanych postępowań przez komendy Policji.

Note: there can be more than one person per incident.

Source: data on the basis of data from registered proceedings by Police stations.

2.5. Apteki

2.5. Pharmacies

Apteki i punkty apteczne są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia zaopatrującym ludność w leki i środki medyczne, zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich. Większość punktów aptecznych działa na terenach wiejskich⁸⁹ i uzupełnia sieć aptek ogólnodostępnych w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe. Artykuły farmaceutyczne i medyczne bez recepty, można nabyć również w sklepach i na stacjach benzynowych.

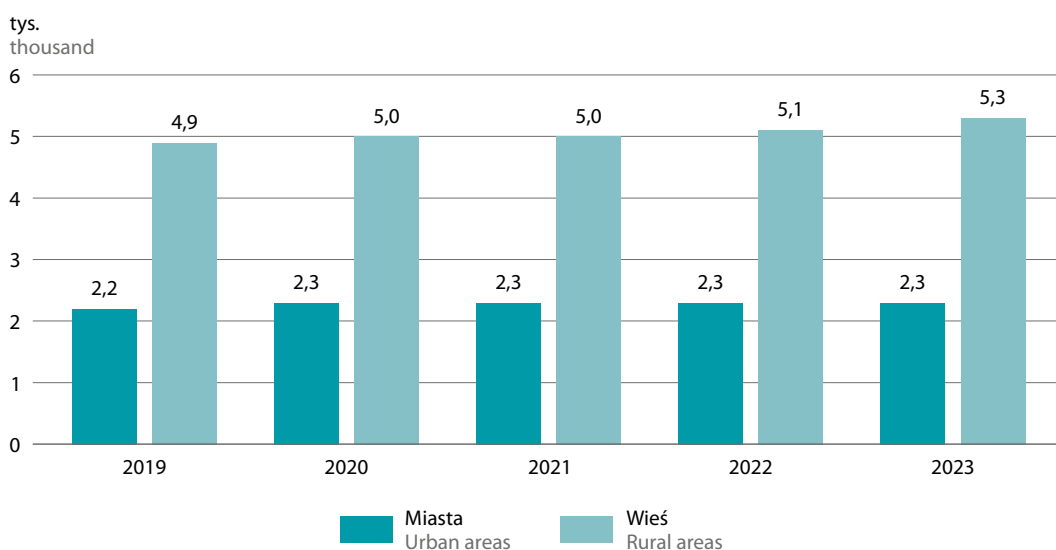
⁸⁹ Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art. 70 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r., Dz. U. 2024 poz. 686) punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy, mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna. W 2023 r. w miastach zlokalizowanych było 20 punktów aptecznych.

W 2023 r. na terenie Polski zbadano 11 473 aptek ogólnodostępnych (o 184 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe⁹⁰ i 1 091 punktów aptecznych. Prawie wszystkie apteki ogólnodostępne (11 466) należały do prywatnych właścicieli.

Na jedną aptekę ogólnodostępną w 2023 r. przypadało przeciętnie 3,3 tys. osób, przy czym 2,3 tys. w miastach. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od około 2,8 tys. w województwie lubelskim do około 3,6 tys. w województwie pomorskim. Na wsi liczba ludności przypadającej na jedną aptekę ogólnodostępną wyniosła około 8,4 tys. mieszkańców, natomiast na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny przeciętnie 5,3 tys. Zauważalna jest znacznie mniejsza liczba aptek ogólnodostępnych na obszarach wiejskich w porównaniu z miastami.

**Wykres 2.54. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny
Stan w dniu 31 grudnia**

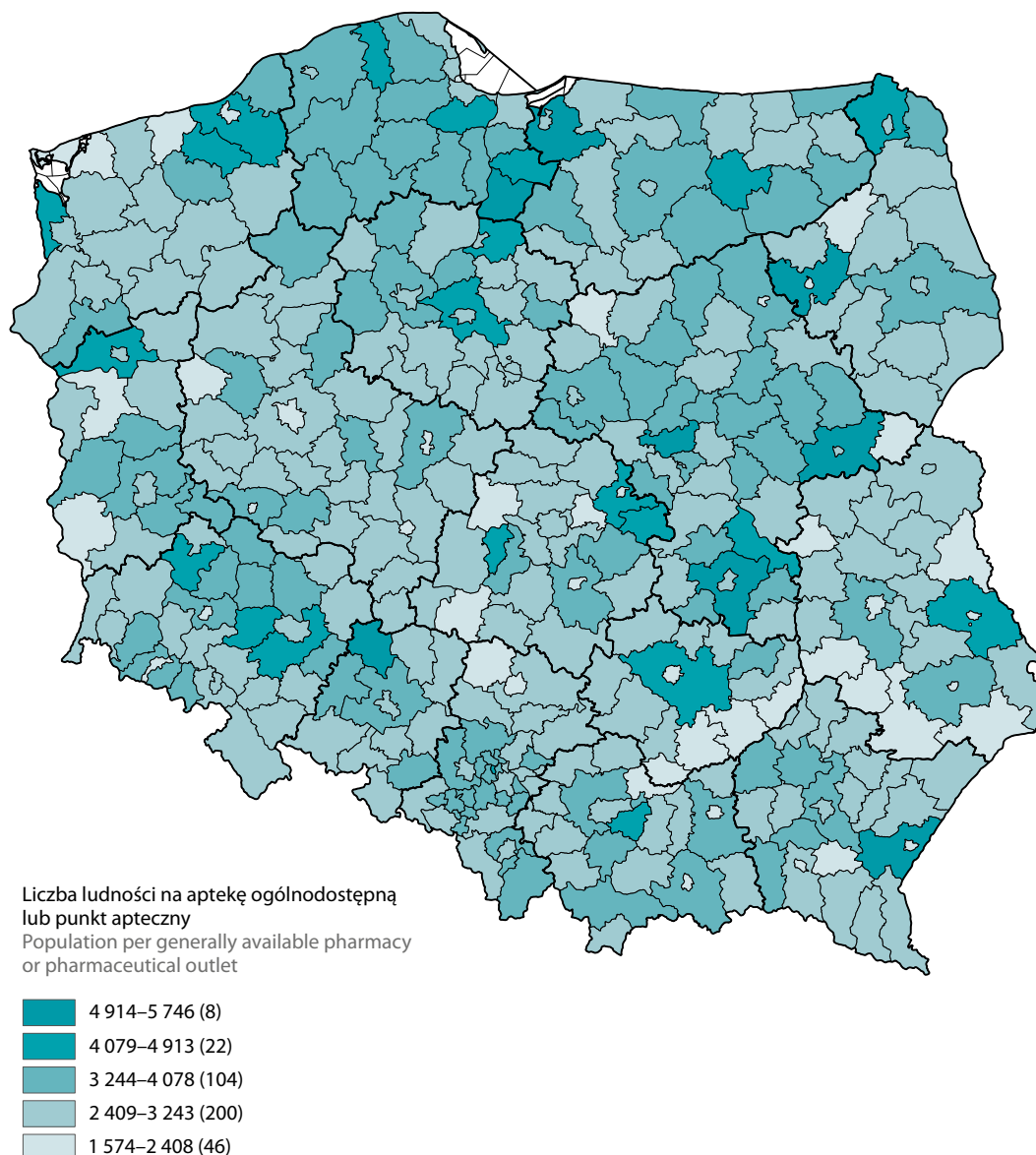
Chart 2.54. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet
As of 31 December



⁹⁰ Aptekę zakładową tworzy się w podmiocie wykonującym działalność leczniczą utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Sprawiedliwości w celu zaopatrywania gabinetów, pracowni, izb chorych lub oddziałów terapeutycznych, a także innych zakładów leczniczych, w których wykonuje się stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, utworzonych w tych podmiotach (Prawo farmaceutyczne art. 87 ust. 4b, Dz. U. 2024 poz. 686). Wśród zbadanych 24 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MS – 14 aptek.

Mapa 2.19. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny wg powiatów w 2023 r.

Map 2.19. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2023



Najwięcej (ponad 5 000) mieszkańców przypadało na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w powiatach, które sąsiadują z miastami na prawach powiatu: siedleckim, przemyskim, elbląskim, namysłowskim, radomskim, kwidzińskim i warszawskim zachodnim. Natomiast najniższa wartość tego wskaźnika (poniżej 2 000 osób na jedną aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny) charakteryzowała powiaty: Krosno, Konin, Ostrołęka, janowski, międzychodzki i sandomierski.

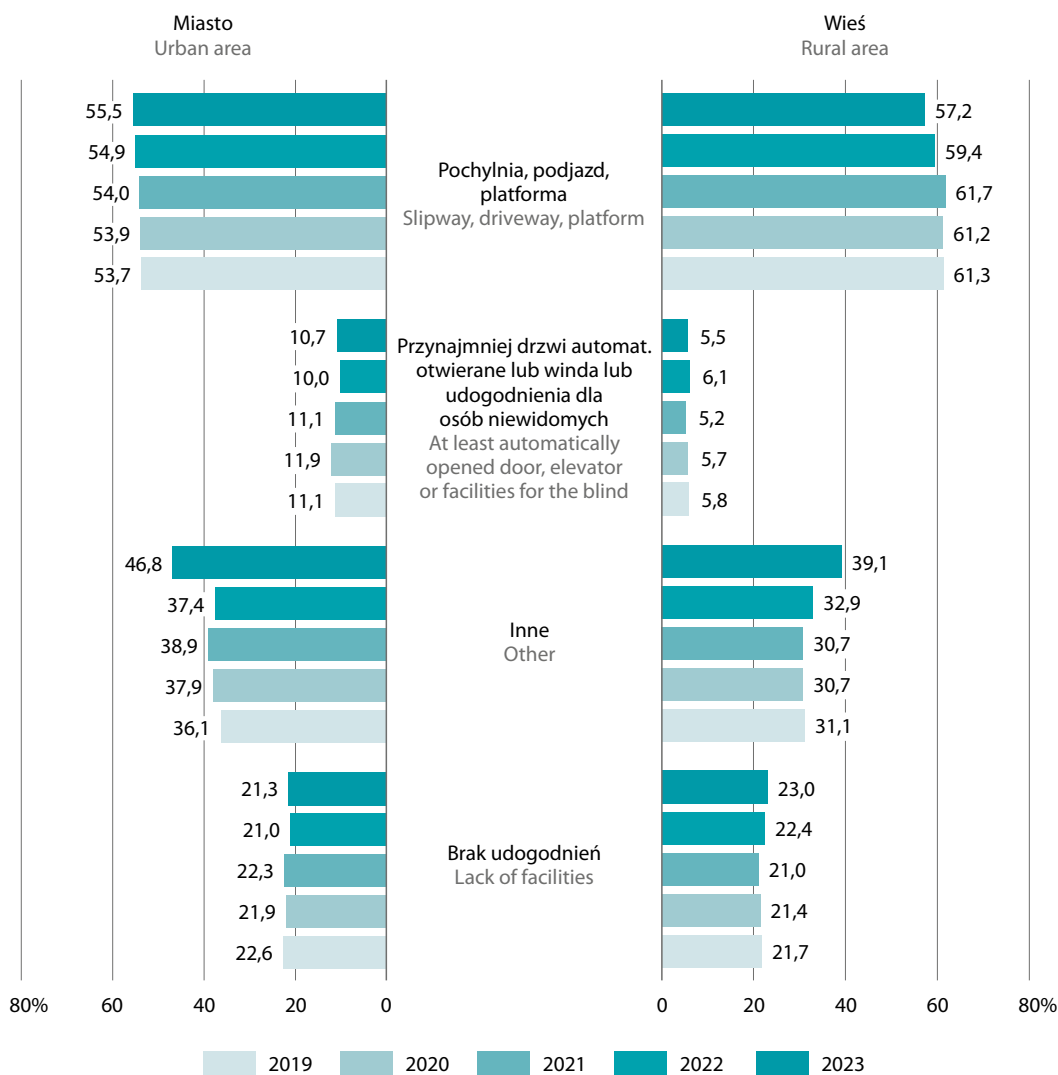
W 2023 r. w 15 województwach było mniej aptek ogólnodostępnych w porównaniu z rokiem poprzednim. Największy spadek odnotowano w województwie śląskim (o 33). Więcej niż 20 aptek ubyło również w województwach łódzkim i podkarpackim (odpowiednio o 25 i 24). Najmniejszy spadek wystąpił w województwie zachodniopomorskim (o 2). Jedynie w województwie wielkopolskim liczba aptek nie uległa zmianie.

Punktów aptecznych ubyło w 12 województwach: dolnośląskim, podlaskim i zachodniopomorskim (po 4), kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, pomorskim i śląskim (po 3), opolskim i warmińsko-mazurskim (po 2), lubuskim i podkarpackim (po 1). Wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano w województwach: wielkopolskim (o 4) i świętokrzyskim (o 1). W województwie łódzkim i lubelskim liczba punktów aptecznych pozostała bez zmian.

Udogodnienia dla osób niepełnosprawnych posiadało w 2023 r. 78,5% aptek. Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (55,6% aptek, 56,6% na wsi i 55,5% w miastach). Również w punktach aptecznych na wsi większość udogodnień stanowiły pochylnie, podjazdy, platformy – 58,1% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 7,7% aptek w miastach, a na wsi 4,5% aptek i 1,1% punktów aptecznych. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 21,3% aptek zlokalizowanych w miastach oraz w 22,6% aptek i 23,8% punktów aptecznych na wsi.

**Wykres 2.55. Stopień przystosowania dla potrzeb osób niepełnosprawnych aptek ogólnodostępnych w miastach oraz aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych na wsi
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 2.55. Degree of adjustment to the needs of the disabled persons in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas
As of 31 December

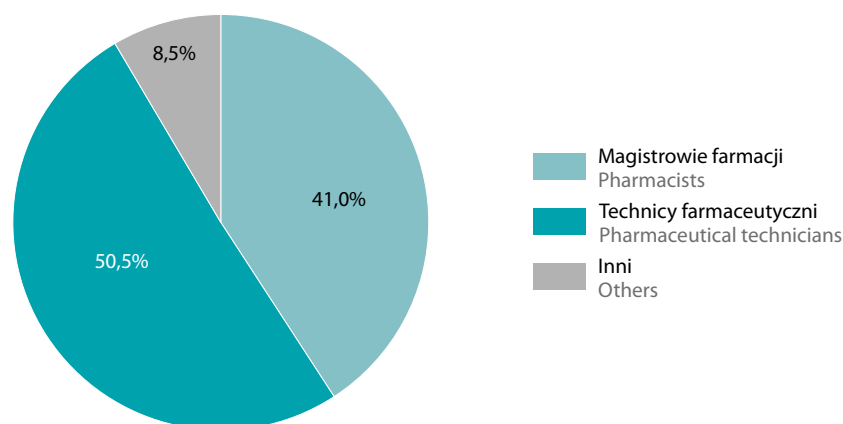


W 2023 r. stałe dyżury nocne pełniło 2,2% aptek ogólnodostępnych, a ponad 15,3% dyżury okresowe. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej⁹¹ prowadziło 197 aptek (1,7%). W każdym województwie działały apteki ogólnodostępne prowadzące taką formę sprzedaży. Najwięcej z nich zlokalizowanych było w województwie mazowieckim (38), a najmniej w lubuskim i warmińsko-mazurskim (po 2). Ponad połowę (56,3%) aptek prowadzących sprzedaż wysyłkową stanowiły apteki z czterech województw: mazowieckiego, śląskiego, łódzkiego i wielkopolskiego. W przypadku punktów aptecznych sprzedaż wysyłkowa była realizowana tylko w 6 placówkach (0,5%), zlokalizowanych na terenie województw: łódzkiego (3 punkty) i warmińsko-mazurskiego, pomorskiego, kujawsko-pomorskiego (po 1 punkcie).

Według stanu w dniu 31 grudnia 2023 r. w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 25,8 tys. magistrów farmacji oraz 31,8 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto obowiązkową praktykę odbywało w aptekach 253 praktykantów⁹² (w 2022 r. 194). Podobnie jak w latach poprzednich, zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 83,5% wśród farmaceutów i 94,7% wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece ogólnodostępnej pracowały dwie osoby z tytułem magistra farmacji oraz co najmniej dwie z tytułem technika farmaceutycznego. W miastach w jednej aptece ogólnodostępnej pracowało przeciętnie co najmniej dwóch magistrów i tyle samo techników. Natomiast w punkcie aptecznym przeciętnie pracował jeden technik farmaceutyczny oraz przeciętnie w co dziesiątym – magister farmacji.

Wykres 2.56. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.56. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2023 As of 31 December

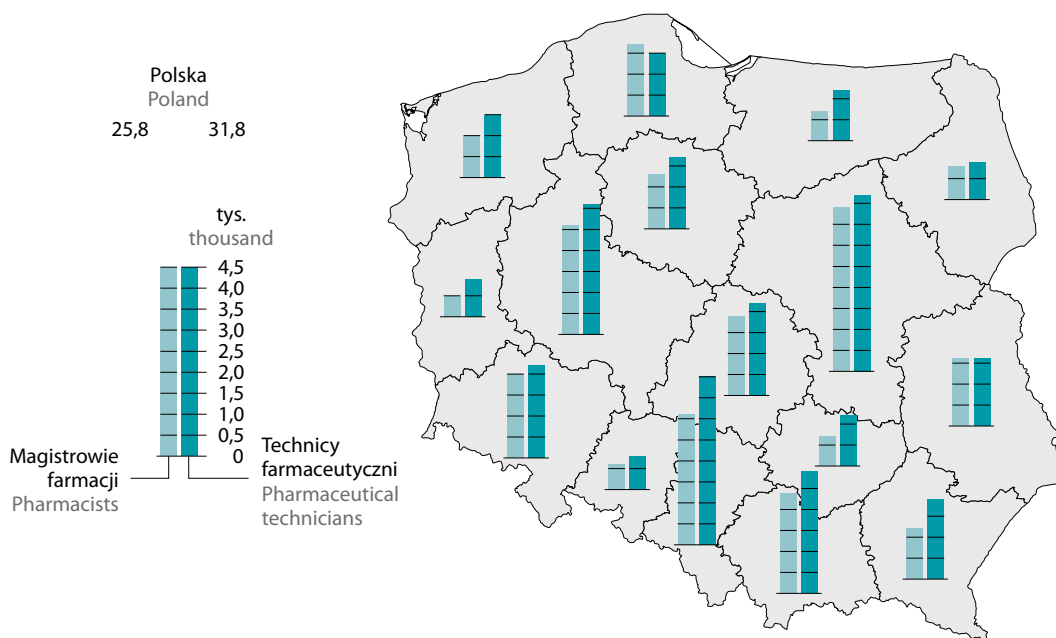


⁹¹ Wysyłkowa sprzedaż produktów leczniczych prowadzona zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2024 poz. 686) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych (Dz. U. 2015 poz. 481).

⁹² Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, program praktyki w aptece oraz sposób i tryb jej odbywania przez technika farmaceutycznego, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania określonych czynności, obowiązki opiekuna praktyki, zakres czynności, które mogą być wykonywane samodzielnie przez praktykanta, formę i sposób prowadzenia dziennika praktyki aptecznej (Prawo Farmaceutyczne, art. 91 ust. 3, Dz. U. 2024 poz. 686).

**Mapa 2.20. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg województw w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

Map 2.20. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships in 2023
As of 31 December



W 24 aptekach zakładowych, działających w szpitalach resortowych, pracowało łącznie 91 magistrów farmacji, co daje średnio więcej niż troje magistrów na aptekę, a więc więcej niż średnia w aptekach ogólnodostępnych (2). Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 53 techników farmaceutycznych, około dwóch techników na aptekę, czyli podobnie jak w aptekach ogólnodostępnych.

Tablica 2.13. Apteki i punkty apteczne
 Table 2.13. Pharmacies and pharmaceutical outlets

LATA YEARS	Apteki Pharmacies	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets	Liczba ludności Number of population		Mgr farmacji pracujący Masters of pharmacy employed	Technicy farmaceutyczni pracujący Pharmaceutical technicians employed
			na 1 aptekę per pharmacy	na 1 aptekę ogólnodostępną/ punkt apteczny per general- ly available pharmacy / phar- maceutical outlet		
OGÓŁEM TOTAL						
2022	11 681	1 119	3 233	2 956	25 815	31 989
2023	11 497	1 091	3 274	2 996	25 922	31 882
MIASTA URBAN AREAS						
2022	9 811	18	2 292	2 294	22 584	27 913
2023	9 681	20	2 311	2 312	22 719	27 800
WIEŚ RURAL AREAS						
2022	1 870	1 101	8 169	5 142	3 231	4 076
2023	1 816	1 071	8 403	5 286	3 203	4 082

2.6. Sprzedaż leków na receptę

2.6. Sale of prescription medicines

Elektroniczna recepta to jedno z największych udogodnień z zakresu elektronicznej administracji w Polsce. Została ona uruchomiona na początku 2019 r., a wystawianie e-recept stało się obowiązkowe od 8 stycznia 2020 r. Dane dotyczące tych recept gromadzone są w centralnej bazie danych, tzw. Systemie Informacji Medycznej, prowadzonej przez Centrum e-Zdrowia⁹³.

Nadal istnieje możliwość wystawiania przez lekarzy recept papierowych w następujących, regulowanych ustawą⁹⁴ przypadkach:

- braku dostępu do systemu teleinformatycznego,
- niektórych recept transgranicznych,
- recept dla osób o nieustalonej tożsamości,
- recept wystawianych przez osoby uprawnione, wykonujące zawód w Polsce tymczasowo i okazjonalnie,
- recept „pro auctore”⁹⁵ i „pro familiae”⁹⁶.

⁹³ W związku z tym, że dane dotyczące sprzedaży leków gromadzone są na podstawie informacji przekazywanych przez apteki, analizy Ministerstwa Zdrowia nie uwzględniają miejsca zamieszkania pacjenta, któremu wystawiono receptę, ale jedynie miejsce realizacji przez niego recepty.

⁹⁴ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977).

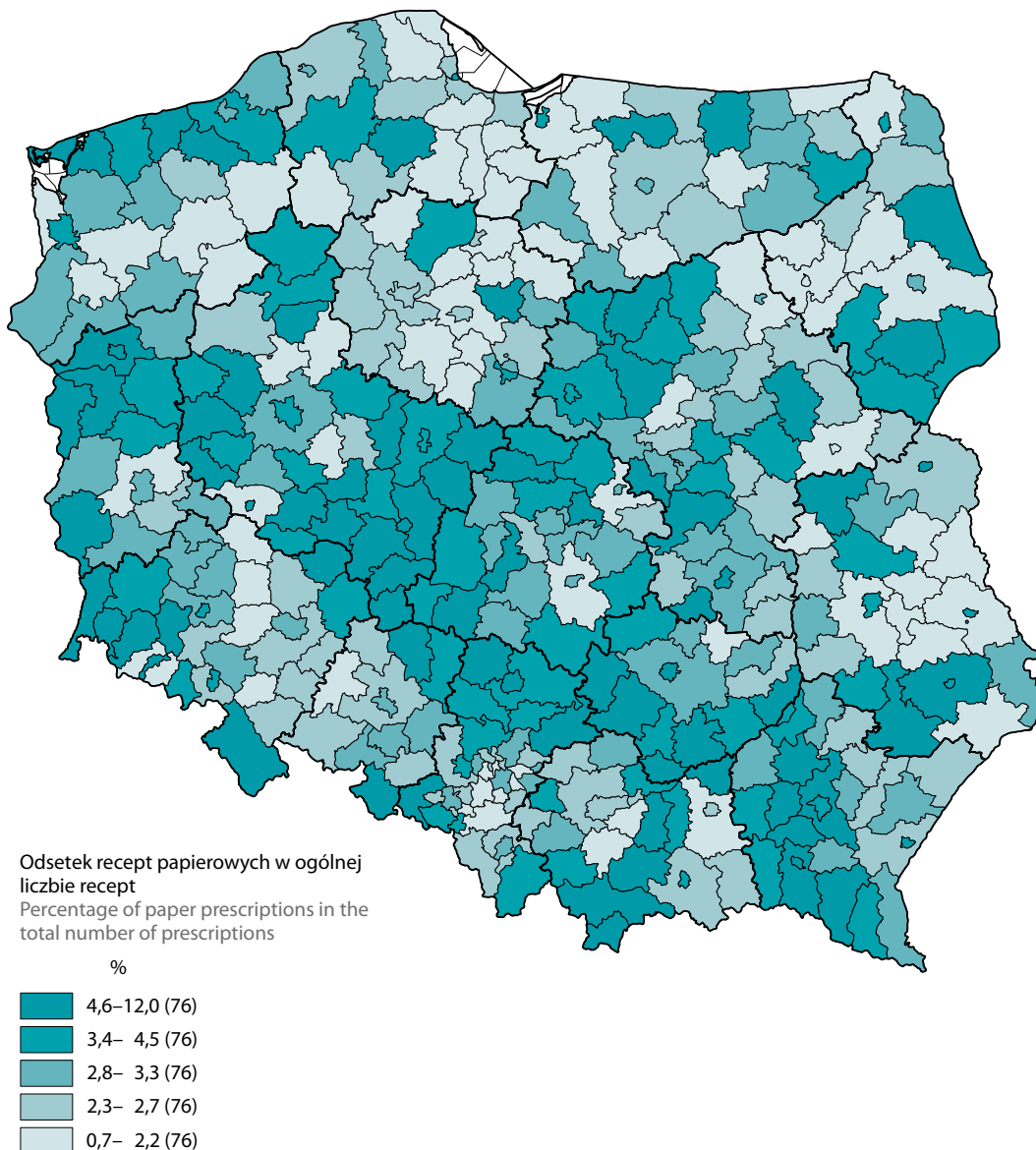
⁹⁵ Recepta „pro auctore” – recepta wystawiona dla osoby wystawiającej.

⁹⁶ Recepta pro familiae – recepta wystawiona dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej.

W 2023 r. wystawiono 495 mln recept (o 41,8 mln więcej niż przed rokiem), z czego 96,6% elektronicznych (w 2022 r. odsetek recept elektronicznych w ogólnej liczbie recept wynosił 95,8%). W 2023 r. odsetek wystawionych recept elektronicznych w poszczególnych województwach różnił się o nie więcej niż 1,9 p. proc. Największy odsetek elektronicznych recept wystąpił, podobnie jak w roku 2022, w województwie pomorskim (97,6%), a najniższy w województwie podkarpackim (95,7%). W przypadku powiatów, najwyższy odsetek elektronicznych recept zaobserwowano w powiatach: siedleckim (99,3%), monieckim (99,2%) i grudziądzkim (99,1%), natomiast najniższy w powiatach: węgrowskim (88,0%), sanockim (91,1%), chodzieskim (91,2%) oraz ropczycko-sędziszowskim (91,3%).

Mapa 2.21. Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2023 r.

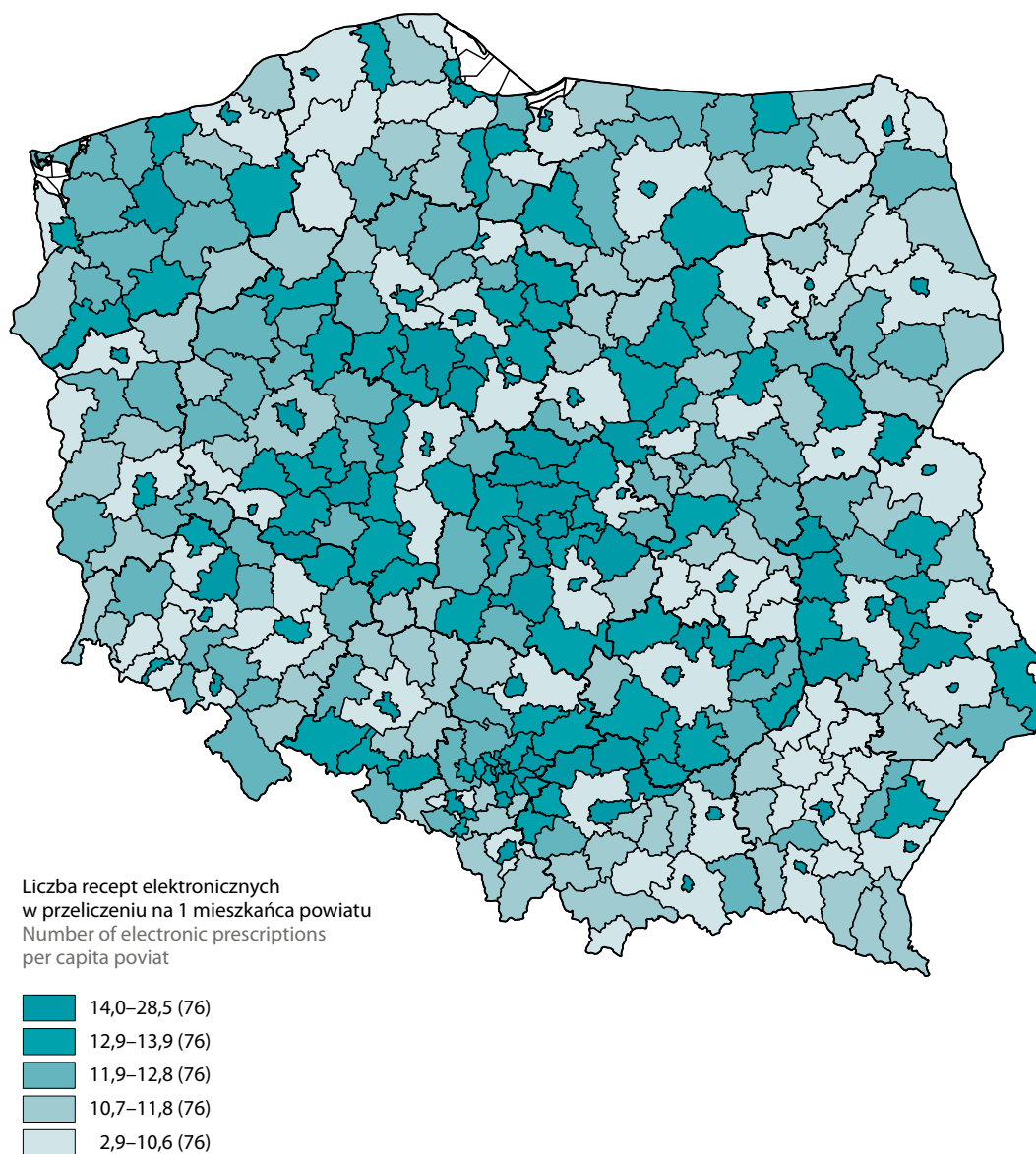
Map 2.21. Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2023



W 2023 r. najmniej elektronicznych recept w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu wystawiono w powiatach: przemyskim (2,9), łomżyńskim (3,0), suwalskim (3,5), siedleckim (3,6) i skierniewickim (3,7), a najwięcej w miastach na prawach powiatu: Zamościu (28,5), Krośnie (26,2), Tarnowie (25,8), Chełmie (24,1) oraz Siedlcach (22,7).

Przy interpretacji tych danych wynikowych trzeba jednak zauważyć, że najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano w miastach na prawach powiatu, otoczonych przez powiaty ziemskie tzw. obwarzanki, a najniższe w powiatach otaczających miasta na prawach powiatu. Wynika to z pełnienia przez miasta na prawach powiatu roli centrów usług o zasięgu wykraczającym poza ich granice administracyjne.

Mapa 2.22. Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.
Map 2.22. Number of electronic prescriptions per capita powiat in 2023



Według danych Ministerstwa Zdrowia w roku 2023 wartość sprzedaży wszystkich leków na receptę wyniosła 26,1 mld zł (o 4,2 mld zł więcej niż w 2022 r.), natomiast wartość refundacji – 10,5 mld zł (o 1,9 mld zł więcej niż w 2022 r.). Pacjenci z własnych środków wydali na leki na receptę 15,6 mld zł (o 2,3 mld zł więcej niż w 2022 r.). W 2023 r. wartość refundacji stanowiła 40,4% wartości leków sprzedanych na receptę (w 2022 r. – 39,3%).

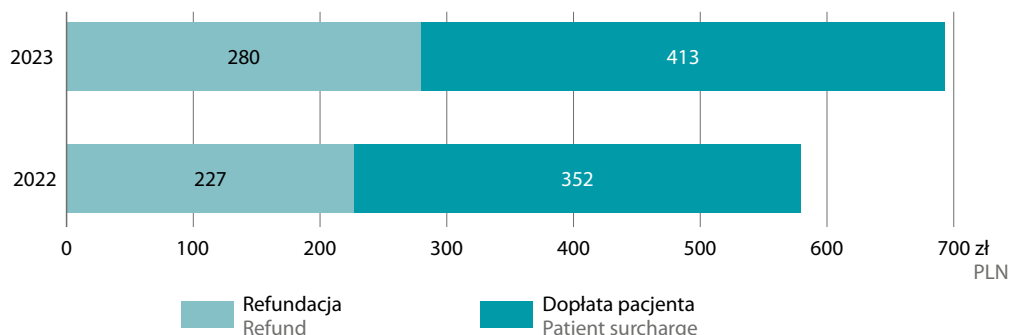
Tablica 2.14. Sprzedaż leków na receptę
Table 2.14. Sales of prescription medicines

Wyszczególnienie Specification	2022	2023
	w miliardach złotych in billion PLN	
Wartość sprzedaży The value of sales	21,9	26,1
Wartość refundacji The value of refund	8,6	10,5
Wartość opłat pacjentów The value of patient charges	13,3	15,6

Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

W 2023 r. wartość sprzedanych leków na receptę w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski wyniosła 692,6 zł (o 113,6 zł więcej niż w 2022 r.), z czego dopłata przez pacjenta wyniosła 413,0 zł (o 61,3 zł więcej niż w 2022 r.), a refundacja z Narodowego Funduszu Zdrowia wyniosła 279,6 zł (o 52,3 zł więcej niż w 2022 r.).

Wykres 2.57. Wartość refundacji oraz dopłaty do leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca Polski
Chart 2.57. Medicine reimbursement value and value of patients' subsidies to medicines per capita Poland

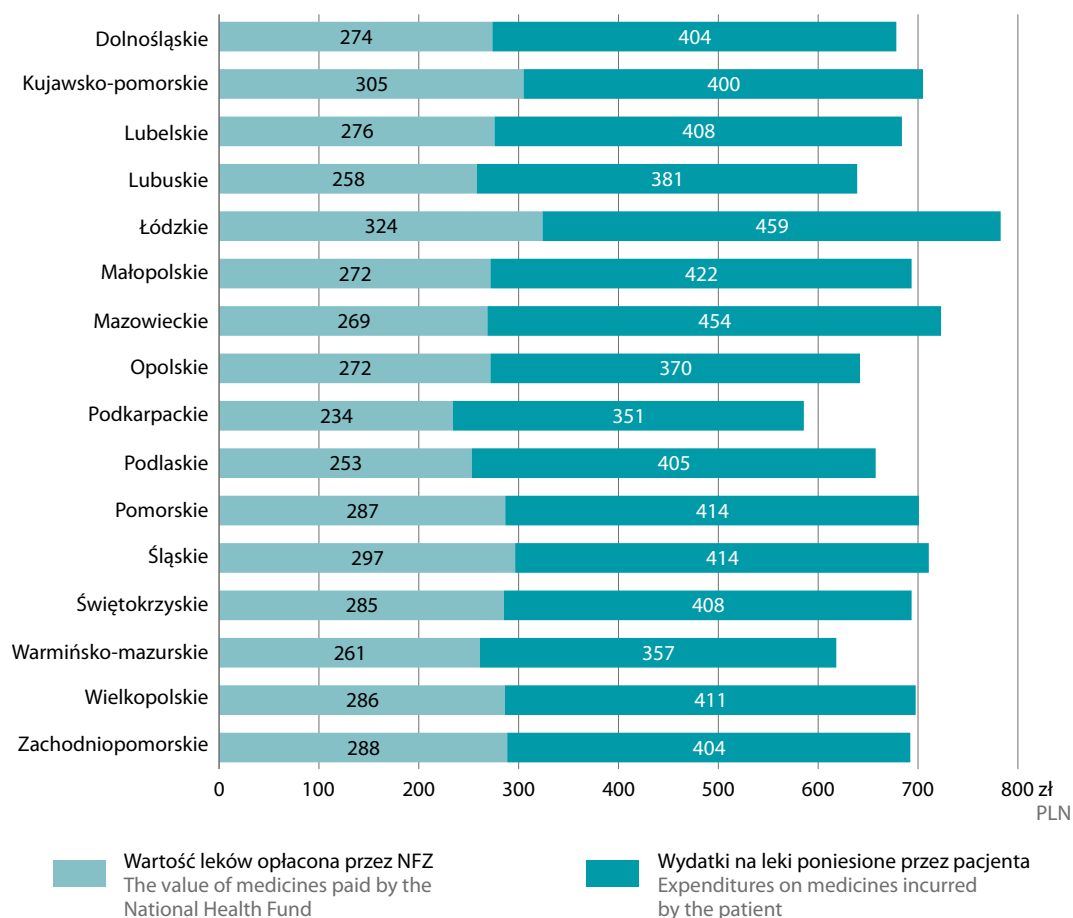


Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

Największą wartością sprzedaży leków na receptę, refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz dopłaty pacjenta do leków w 2023 r. w przeliczeniu na jednego mieszkańca we wszystkich kategoriach, charakteryzuje się województwo łódzkie, a najmniejszą województwo podkarpackie. W przypadku województwa łódzkiego wartości te wyniosły odpowiednio: 782,6 zł, 324,0 zł i 458,7 zł, a w przypadku województwa podkarpackiego: 585,6 zł, 234,3 zł oraz 351,3 zł.

Wykres 2.58. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2023 r.

Chart 2.58. Prescription medicines sales value per capita voivodship in 2023



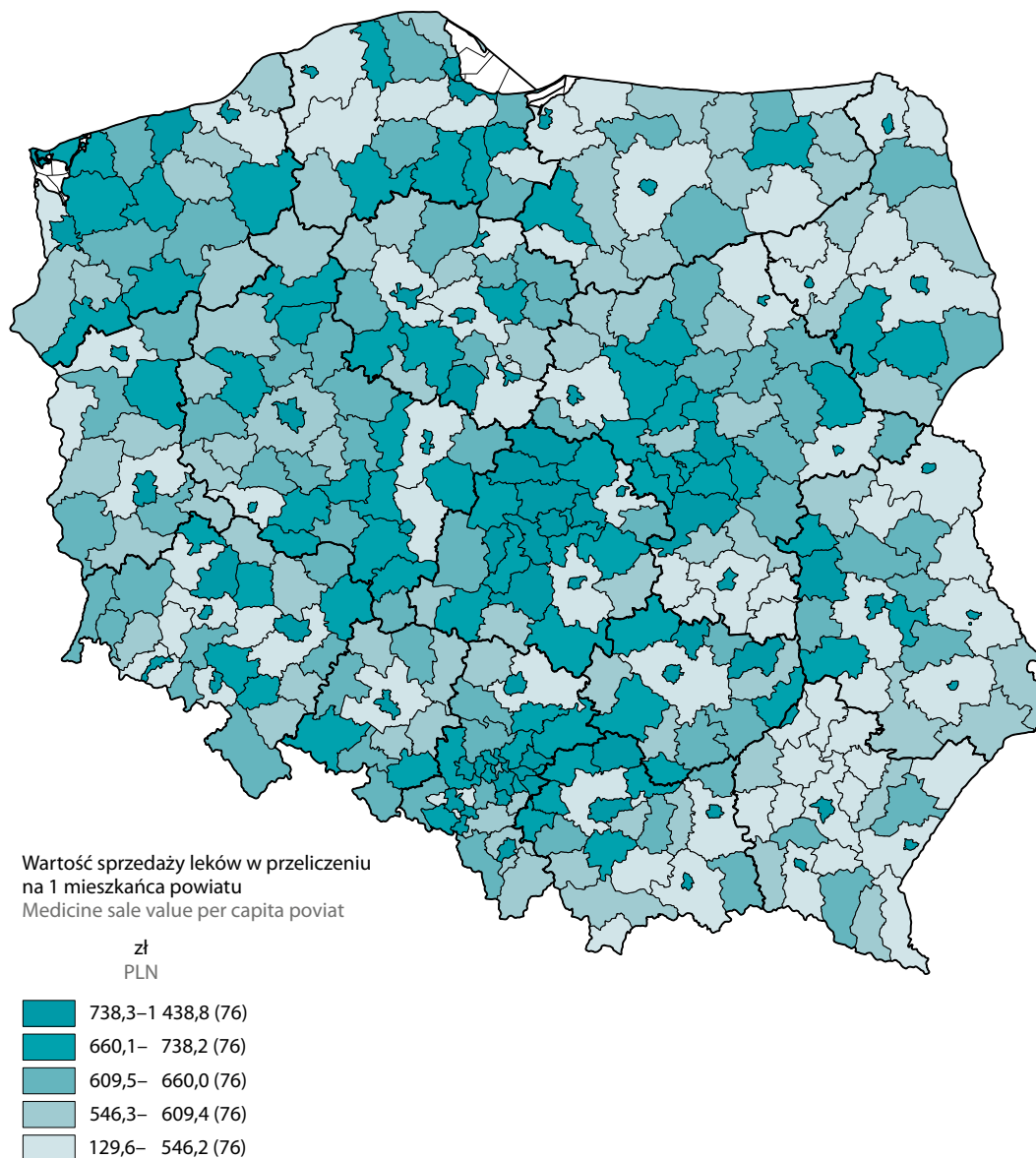
Źródło: Centrum e-Zdrowia.

Source: e-Health Centre.

Największą wartość sprzedaży leków na receptę w 2023 r., w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w następujących miastach na prawach powiatu: Zamość (1 438,8 zł), Krosno (1 437,5 zł) i Tarnów (1 381,7 zł), a najmniejszą w powiatach: przemyskim (129,6 zł), łomżyńskim (155,2 zł) oraz suwalskim (155,9 zł). Jednak trzeba pamiętać, że pacjenci kupują leki nie tylko w swoim powiecie (szczególnie w przypadku powiatów otaczających miasto na prawach powiatu).

Mapa 2.23. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.

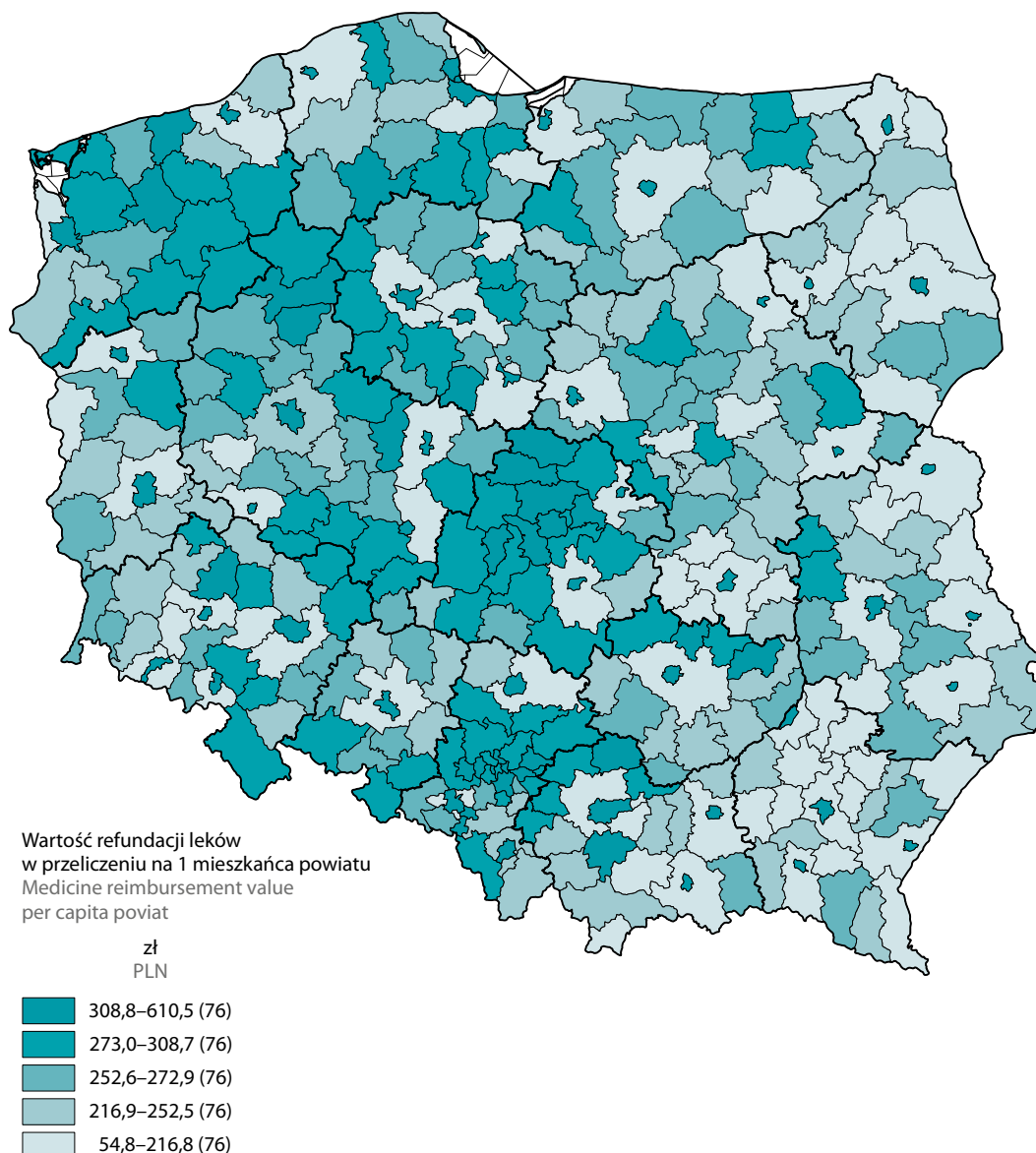
Map 2.23. Medicine sale value per capita poviat in 2023



Najmniejszy odsetek refundacji w wartości sprzedanych leków odnotowano w powiecie: piaseczyńskim (34,4%), warszawskim-zachodnim (35,1%), grodziskim (w województwie mazowieckim) – (35,1%), m. st. Warszawa (35,4%) oraz grójeckim (35,5%). Natomiast największy odsetek refundacji w wartości sprzedanych leków wystąpił w powiecie: myślenickim (50,4%), sępoleńskim (47,7%), złotowskim (47,3%), grudziądzkim (47,0%) oraz chojnickim (46,7%). Największą wartość refundacji leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, odnotowano w miastach na prawach powiatu: Zamość (610,5 zł), Krosno (575,8 zł), Tarnów (567,2 zł), Chełm (524,9 zł) i Skierniewice (494,7 zł). Najmniejszą zaobserwowano w powiatach otaczających miasta na prawach powiatu (tzw. obwarzankach): przemyskim (54,8 zł), suwalskim (62,2 zł), łomżyńskim (65,8 zł), siedleckim (67,1 zł) i skierniewickim (76,2 zł).

Mapa 2.24. Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.

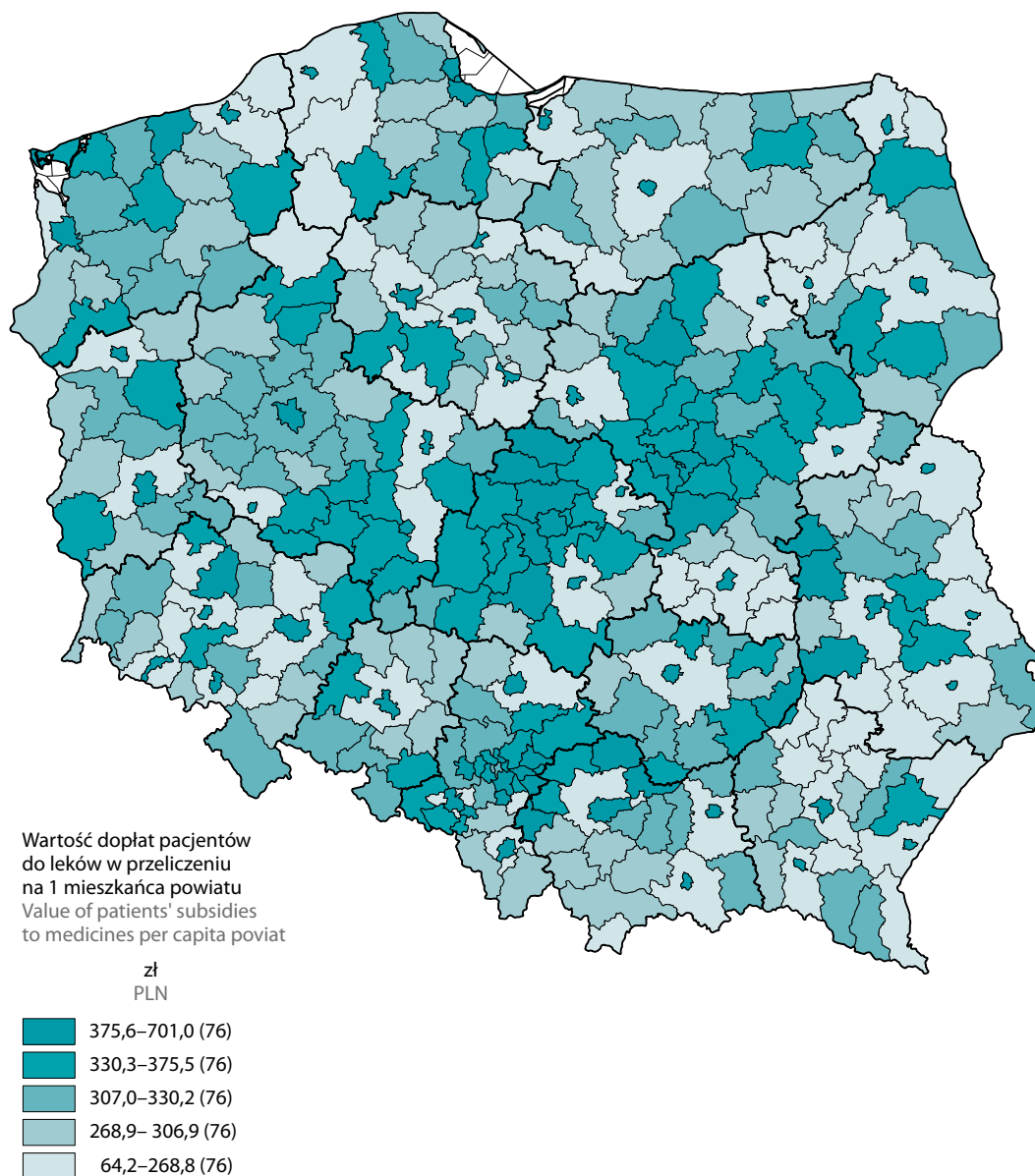
Map 2.24. Medicine reimbursement value per capita poviat in 2023



Podobnie jak w przypadku wydatków na leki i kwot refundacji, najmniejsza przeciętna wartość dopłaty do leków na receptę przypadająca na jednego mieszkańca wystąpiła w powiatach otaczających miasta na prawach powiatu: przemyskim (74,8 zł), łomżyńskim (89,4 zł), suwalskim (93,8 zł), siedleckim (94,1 zł), skierniewickim (98,6 zł), a największa w następujących miastach na prawach powiatu: Krosno (861,7 zł), Zamość (828,2 zł), Tarnów (814,5 zł), Chełm (735,2 zł), Skierniewice (733,5 zł).

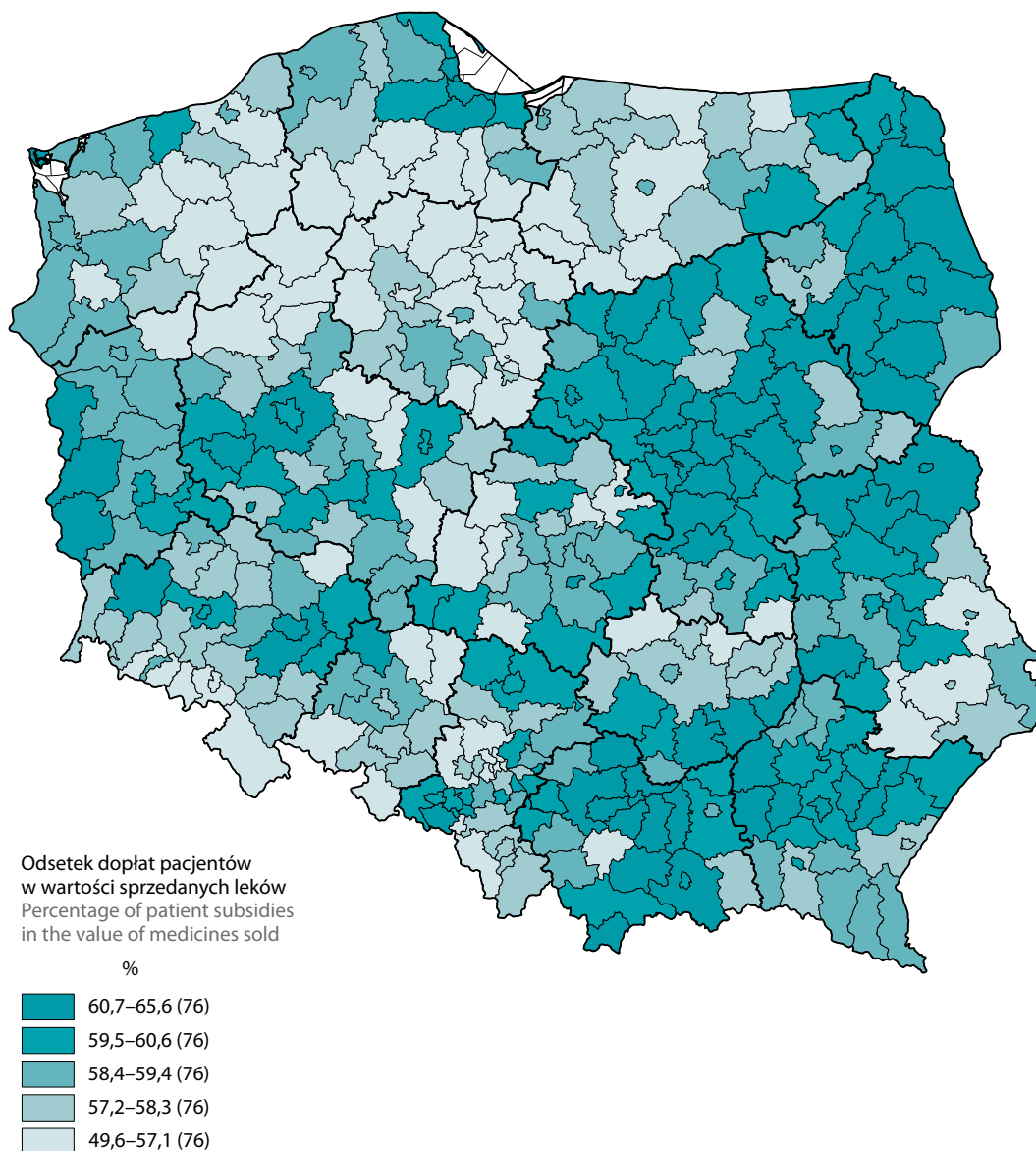
Mapa 2.25. Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.

Map 2.25. Value of patients' subsidies to medicines per capita poviat in 2023



Powiaty o najmniejszym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to powiaty: myślenicki (49,6%), sępoleński (52,3%), złotowski (52,7%), grudziądzki (53,0%) i chojnicki (53,3%). Powiaty o największym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to: piaseczyński (65,6%), warszawski-zachodni (64,9%), grodziski (w województwie mazowieckim) (64,9%), m. st. Warszawa (64,6%), grójecki (64,5%).

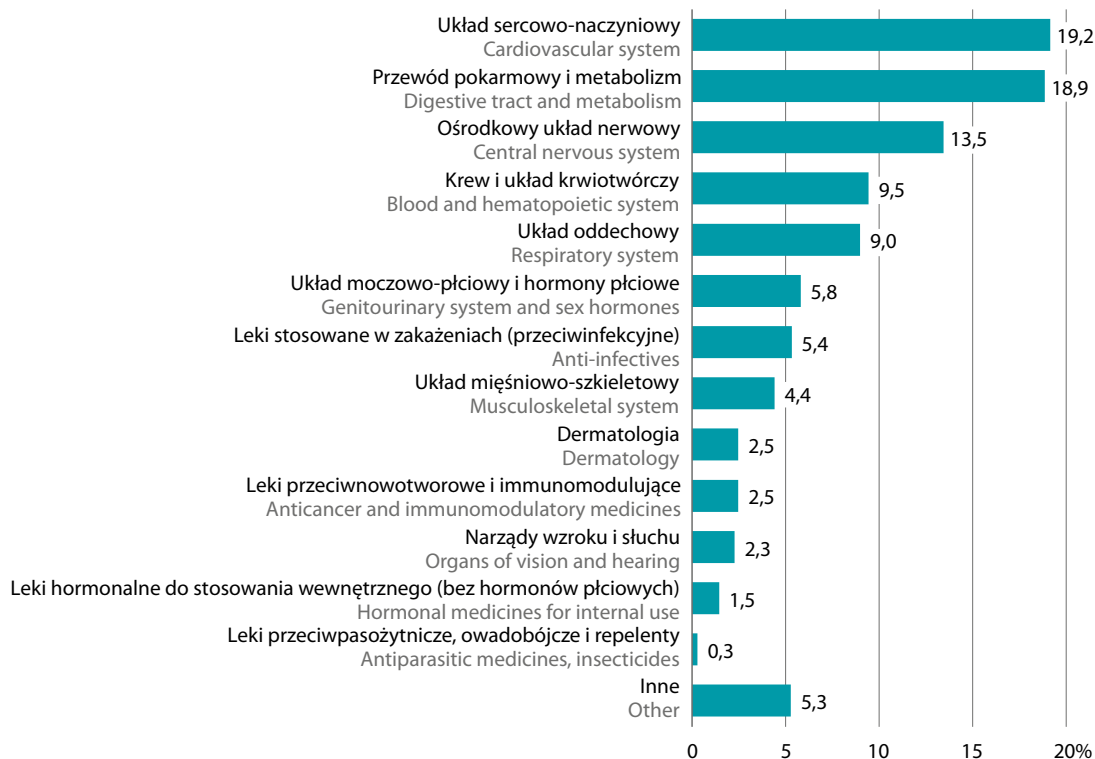
Mapa 2.26. Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2023 r.
 Map 2.26 Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2023



Największy udział w wartości sprzedanych leków w 2023 r. miały leki związane z układem sercowo-naczyniowym (19,2%) oraz przewodem pokarmowym i metabolizmem (18,9%).

Wykres 2.59. Udział sprzedaży leków na receptę w ramach grup anatomicznych (ATC) w 2023 r.

Chart 2.59. Share in sale of prescription medicines within anatomical groups (ATC) in 2023



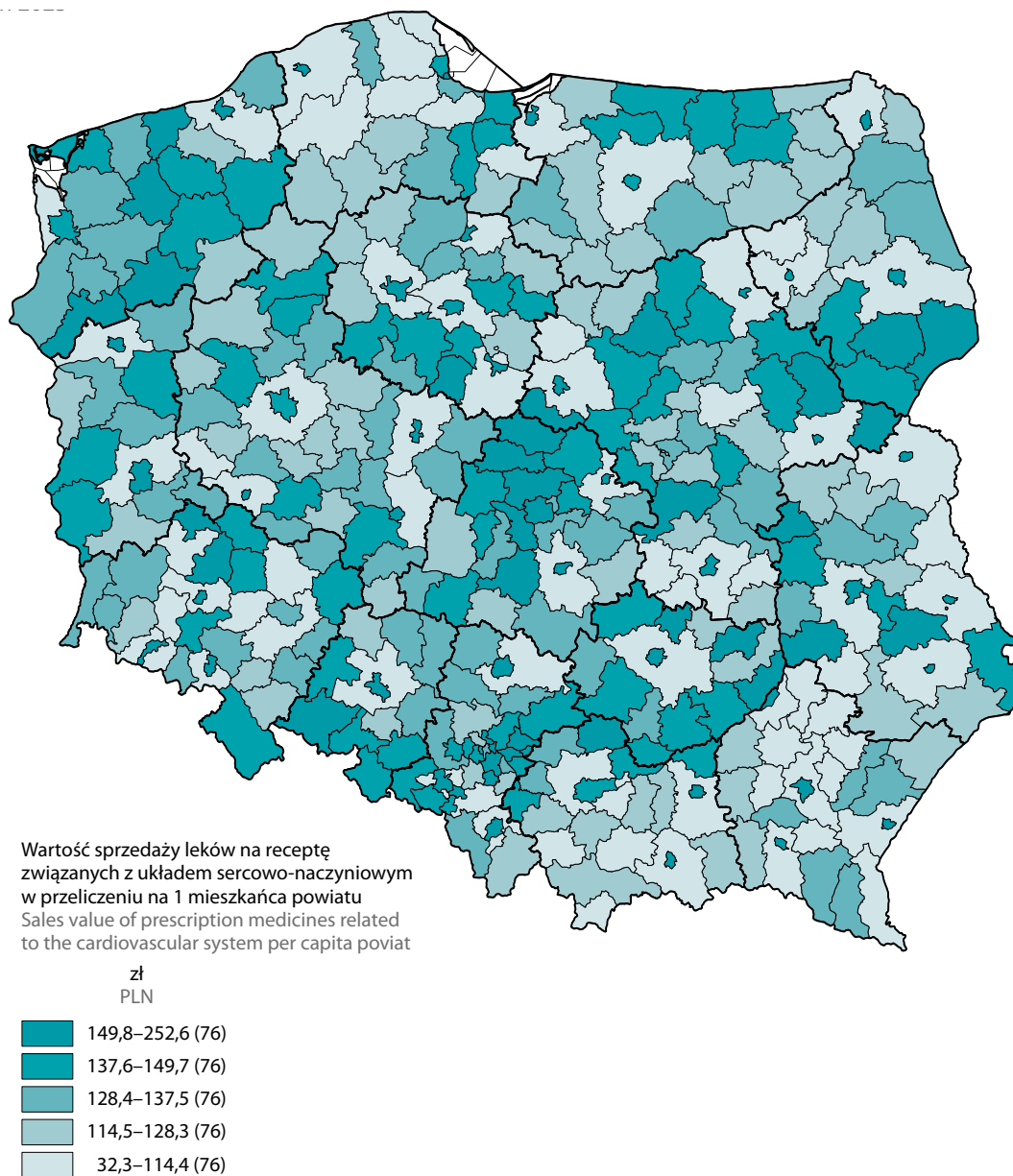
Źródło: Centrum e-Zdrowia.

Source: e-Health Centre.

Na realizację recept na leki związane z układem sercowo-naczyniowym najmniej, w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu, w 2023 r. wydano w powiatach: przemyskim (32,3 zł), łomżyńskim (39,8 zł), siedleckim (40,4 zł), skierniewickim (43,4 zł) i suwalskim (44,8 zł), a najwięcej w miastach na prawach powiatu: Zamościu (252,6 zł), Krośnie (248,8 zł), Tarnowie (246,9 zł), Chełmie (235,7 zł) i Siedlcach (230,5 zł).

Mapa 2.27. Wartość sprzedaży leków na receptę związanych z układem sercowo-naczyniowym w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.

Map 2.27. Sales value of prescription medicines related to the cardiovascular system per capita poviāt in 2023

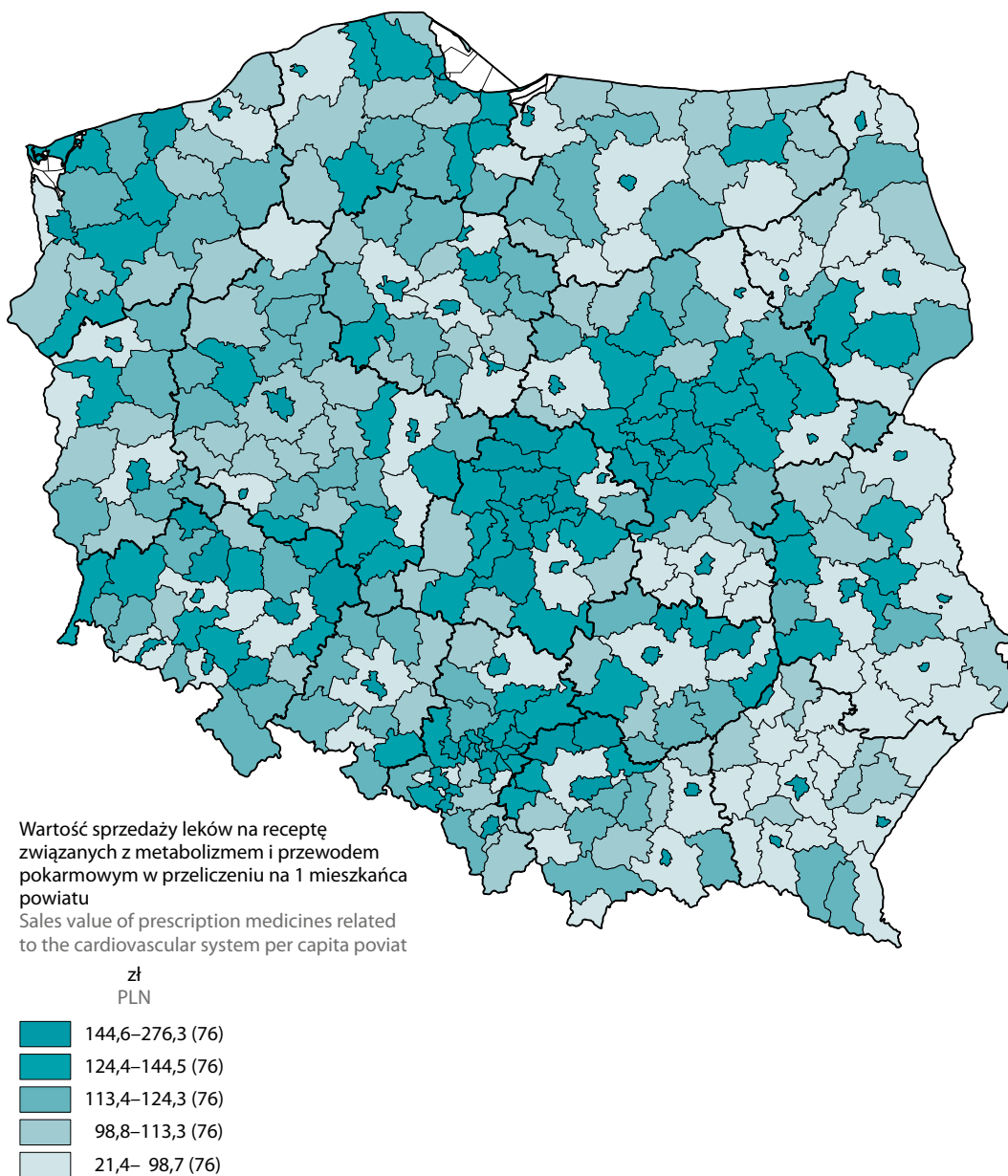


Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

Na realizację recept na leki związane z przewodem pokarmowym i metabolizmem najmniej, w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu, w 2023 r. wydano w powiatach: przemyskim (21,4 zł), suwalskim (27,7 zł), siedleckim (29,2 zł) i łomżyńskim (29,7 zł), a najwięcej w miastach na prawach powiatu: Tarnowie (276,3 zł), Skierniewicach (270,8 zł), Nowym Sączu (260,2 zł), Zamościu (258,3 zł) i Kielcach (245,6 zł).

Mapa 2.28. Wartość sprzedaży leków na receptę związanych z przewodem pokarmowym i metabolizmem w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2023 r.

Map 2.28. Sales value of prescription medicines related to the alimentary tract and metabolism system per capita in poviatt in 2023



Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

2.7. Kadra medyczna

2.7. Medical personnel

Zasoby kadrowe są ważnym elementem stanowiącym o skuteczności funkcjonowania każdego systemu opieki zdrowotnej. Efektywność systemu ochrony zdrowia i jakość realizowanych świadczeń medycznych uzależnione są w głównej mierze od wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników służby zdrowia. Istotna jest zarówno liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego, liczba osób faktycznie pracujących z pacjentem, jak i poziom wykształcenia zasobów kadrowych w ochronie zdrowia.

Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe skłaniają do prognozowania wzrostu popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym zwiększonego zapotrzebowania na personel medyczny. Dlatego bardzo ważne jest posiadanie dokładnych danych o zasobach kadrowych w ochronie zdrowia, a takie możliwości daje wykorzystanie źródeł innych, niż badania przy wykorzystaniu sprawozdań, mające istotne ograniczenia.

W odniesieniu do pięciu zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów⁹⁷ zastosowano wyniki analizy źródeł administracyjnych, w tym głównie rejestrów. Prezentowane dane odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2023 r., z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2022/2023.

Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych

W 2023 r. prawo wykonywania zawodu posiadało 163,2 tys. lekarzy, 45,2 tys. lekarzy dentystów, 315,2 tys. pielęgniarek, 41,9 tys. położnych, 77,7 tys. fizjoterapeutów, 38,7 tys. farmaceutów i 18,2 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych, odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy względny przyrost w 2023 r. zarejestrowano w grupie fizjoterapeutów (o 4,2%) i lekarzy (o 2,7%). Natomiast w wartościach bezwzględnych, w stosunku do roku poprzedniego, najbardziej wzrosła liczba pielęgniarek o 5,2 tys. i lekarzy o 4,3 tys.

**Tablica 2.15. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 2.15. Persons entitled to practice medical profession
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022	2023		
				zmiana w stosunku do 2022 r. change in relation to 2022		
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers		w % in %
Diagności laboratoryjni ^a Laboratory diagnosticians ^a	17 101	17 663	17 849	18 163	314	1,8
Farmaceuci Pharmacists	36 527	37 261	37 915	38 727	812	2,1
Lekarze Doctors	151 505	155 568	158 902	163 220	4 318	2,7
w tym kobiety: of which females	89 486	92 109	94 497	97 536	3 039	3,2
Lekarze dentyści Dentists	42 861	43 807	44 332	45 173	841	1,9

⁹⁷ Prezentowane dane obejmują: lekarzy (lekarki) i lekarzy dentystów (lekarki dentystki), pielęgniarki (pielęgniarzy) i położne (położnych) oraz fizjoterapeutów (fizjoterapeutki) zamieszkałych w Polsce.

Tablica 2.15. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.15. Persons entitled to practice medical profession (cont.)
 As of 31 December

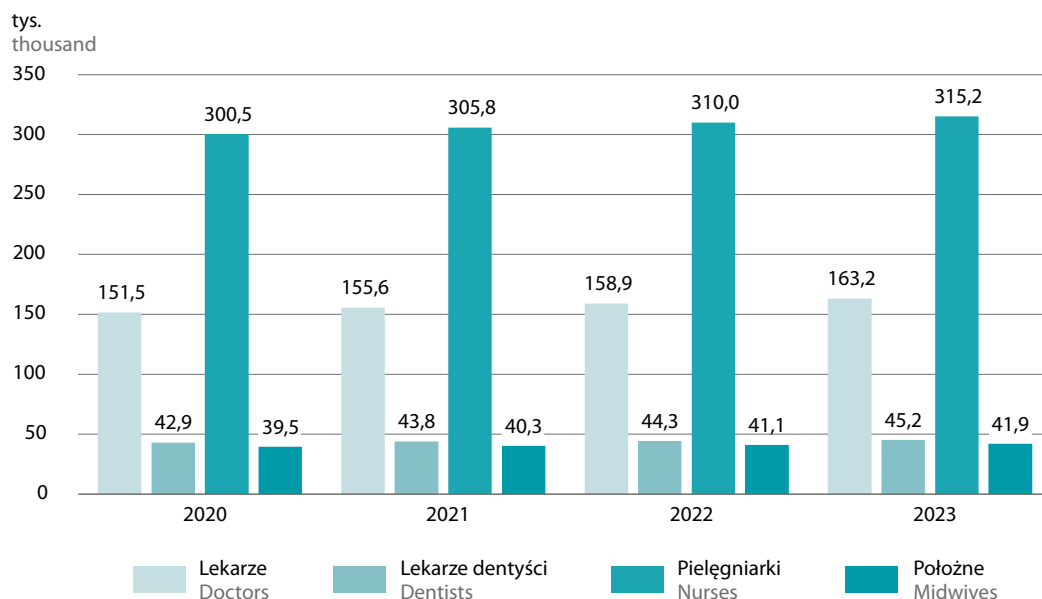
Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022	2023		
				zmiana w stosunku do 2022 r. change in relation to 2022		
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers	w %	in %
w tym kobiety: of which females	32 778	33 436	33 845	34 447	602	1,8
Pielęgniarki Nurses	300 542	305 828	309 992	315 212	5 220	1,7
w tym kobiety: of which females	292 986	297 664	301 321	305 805	4 484	1,5
Położne Midwives	39 489	40 345	41 079	41 879	800	1,9
w tym kobiety: of which females	39 416	40 269	41 001	41 794	793	1,9
Fizjoterapeuci Physiotherapists	.	.	74 591	77 709	3 118	4,2
w tym kobiety: of which females	.	.	55 183	57 147	1 964	3,6

a Analitycy medyczni i inni pracownicy z wyższym wykształceniem, np. chemicy, fizycy, mikrobiolodzy.

a Medical analysts and other employees with tertiary education, i.e. chemists, physicists, microbiologists.

Wykres 2.60. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, pielęgniarki oraz położnej
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.60. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife
 As of 31 December



Na dynamikę liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem roczników starszych.

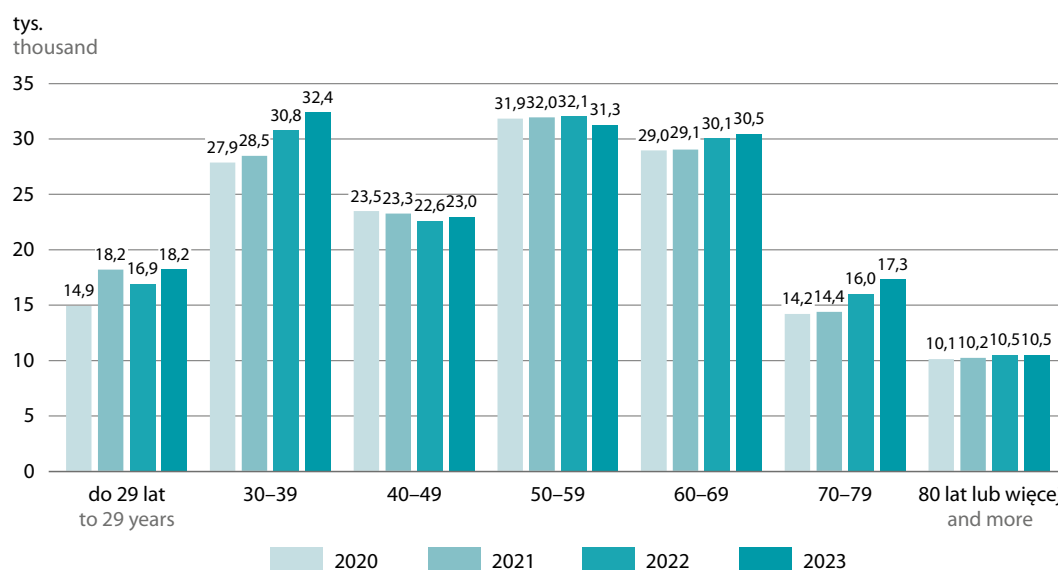
Analiza wieku lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu wykazała wzrost ich liczby zarówno w starszych, jak i w młodszych grupach wieku. Wzrastała liczba osób w wieku 70 lat lub więcej, a jednocześnie na niemal niezmiennym poziomie pozostała liczba osób w wieku 50-69 lat.

Jednocześnie zaobserwowano wzrost liczby lekarzy w dwóch najmłodszych grupach wieku: do 29 lat – 18,2 tys., co stanowiło 11,1% ogółu lekarzy w 2023 r. posiadających prawo wykonywania zawodu (w 2022 r. – 16,9 tys., tj. 10,6%) oraz w grupie 30–39 lat, w której liczba lekarzy wyniosła 32,4 tys. i stanowiła 19,8% ogółu lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu (w 2022 r. – 30,8 tys., tj. 19,4%).

Zwiększyła się także nieznacznie liczba lekarzy w wieku 40–49 lat (23,0 tys. w 2023 r., a w 2022 r. – 22,6 tys.), przy czym ich udział w ogólnej liczbie lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu pozostał na niemal niezmiennym poziomie (odpowiednio 14,1% i 14,2% w latach 2022 i 2023).

Wykres 2.61. Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku Stan w dniu 31 grudnia

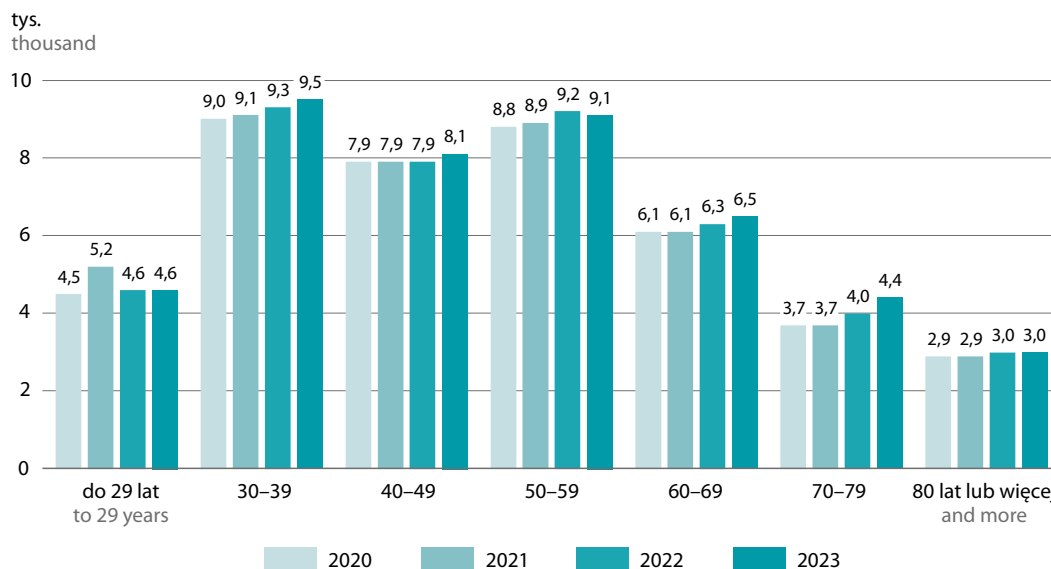
Chart 2.61. Doctors entitled to perform profession by age
As of 31 December



W grupie lekarzy dentystów zmiany te przebiegały nieco inaczej. W przedstawionych latach (2020–2023) najczęściej było osób w wieku 30–39 lat i, analogicznie jak w przypadku lekarzy, w wieku 50–59 lat. Udział trzydziestolatków w ogólnej liczbie lekarzy wyniósł w 2023 r. 21,1% i był o 0,1 p. proc. większy niż w 2022 r. Zmniejszył się w stosunku do roku poprzedniego i wyniósł w 2023 r. 20,1%, czyli o 0,7 p. proc. mniej niż w roku 2022, udział osób w wieku 50–59 lat (odpowiednio 9,1 tys. i 9,2 tys. osób ogółem). Natomiast na niezmiennym poziomie pozostała liczba najmłodszych lekarzy dentystów (w wieku do 29 lat) i wyniosła w latach 2023 i 2022 4,6 tys., a ich udział w ogólnej liczbie wyniósł w obydwu latach 10,3%.

Wykres 2.62. Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku
Stan w dniu 31 grudnia

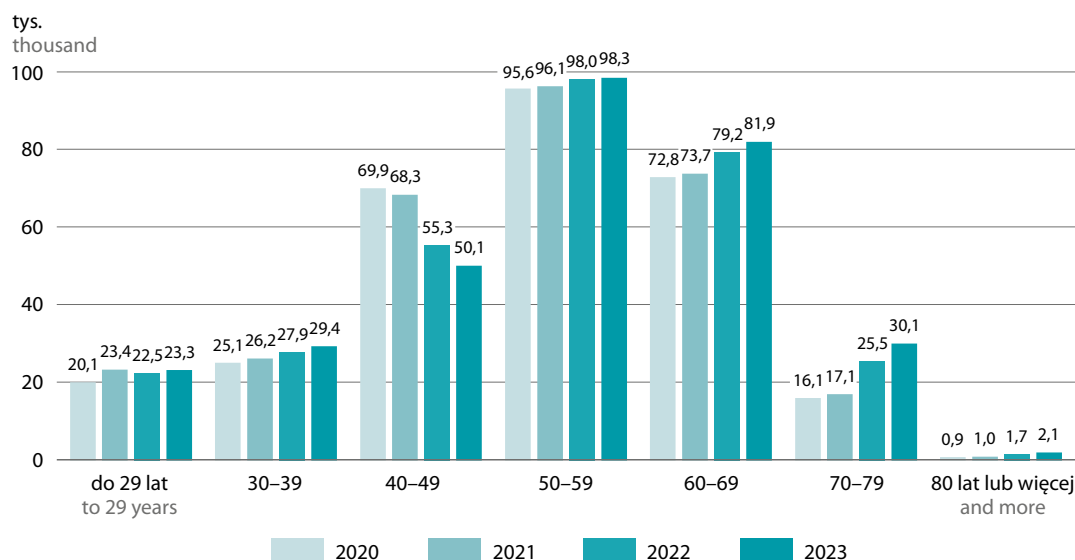
Chart 2.62. Dentists entitled to perform profession by age
 As of 31 December



Zmiany w strukturze wieku widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 50 lat lub więcej oraz do 39 lat. W 2023 r. najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 50–59 lat – 98,3 tys., jednak kolejną liczną grupą są pielęgniarki w wieku 60–69 lat (81,9 tys.) i 40–49 lat (50,1 tys.), chociaż w tej grupie liczba pielęgniarek zmniejsza się systematycznie i wyniosła w 2023 r. 50,1 tys. (w 2022 – 55,3 tys.). Wzrosła natomiast liczba pielęgniarek w wieku 30–39 – z 27,9 tys. w 2022 r. do 29,4 tys. w roku 2023. Liczba osób w najmłodszej grupie wieku wykonujących ten zawód również zwiększyła się, chociaż nieznacznie i wyniosła w 2023 r. 23,3 tys. (22,5 tys. w roku 2022).

**Wykres 2.63. Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku
Stan na 31 grudnia**

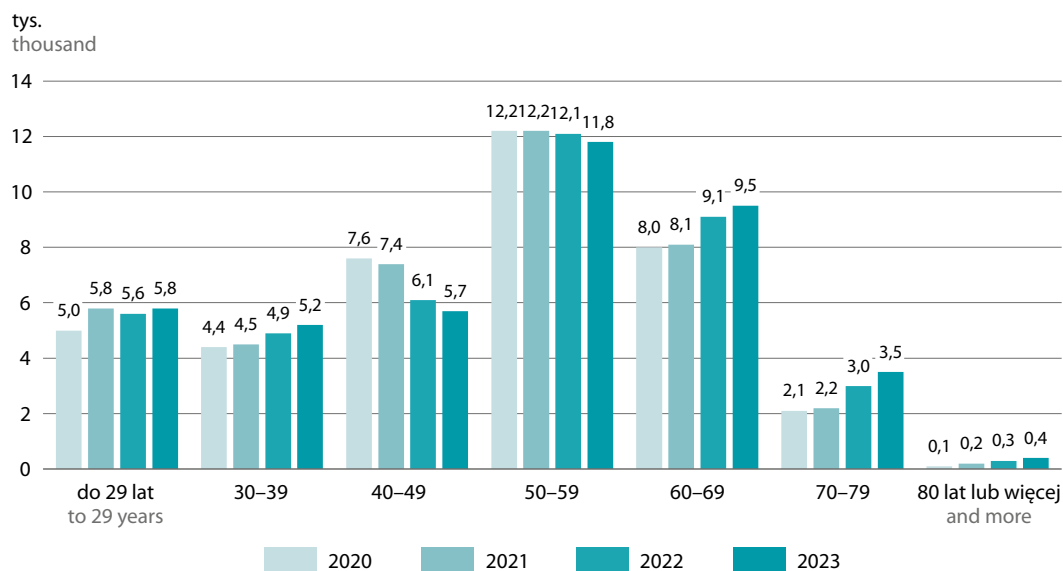
Chart 2.63. Nurses entitled to perform profession by age
As of 31 December



Podobne tendencje jak w roku poprzednim, wystąpiły w strukturze wieku położnych. W latach 2020–2023 najliczniejsza była grupa położnych w wieku 50–59 lat – 11,8 tys. w 2023 r. Ich udział w ogólnej liczbie położnych wynosił powyżej 30% w każdym przedstawionym roku. Zwiększyła się, w porównaniu do poprzedniego roku, liczba położnych w wieku 60–69 lat i wyniosła 9,5 tys. (w 2022 r. 9,1 tys.). Wzrosła także ich liczba w wieku 70–79 lat – z 3,0 tys. do 3,5 tys. Zaobserwowano wyraźny spadek liczby położnych w wieku 40–49 lat oraz nieznaczny, ale stały wzrost liczby uprawnionych do wykonywania tego zawodu w grupach najmłodszych: w wieku 20–29 w latach 2022 i 2023 liczba ta wyniosła odpowiednio 5,6 tys. i 5,8 tys., a w grupie 30–39 lat – odpowiednio 4,9 i 5,2 tys.

Wykres 2.64. Położne posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.64. Midwives entitled to perform profession by age
 As of 31 December



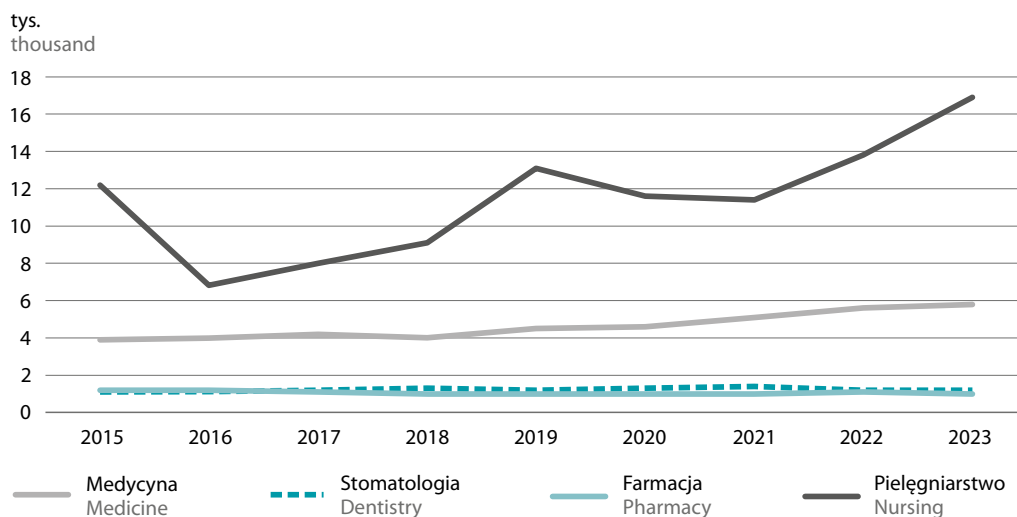
Wyzwaniem staje się racjonalne planowanie rozwoju kadr medycznych, zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego. Ważne jest odpowiednie kształtowanie liczebności kadry medycznej, adekwatnie do zapotrzebowania, a także jak najlepsze wykorzystanie potencjału zawodowego kadry medycznej, zgodnie z potrzebami systemu. Istotne jest również wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników oraz zapobieganie odpływowi pracowników służby zdrowia do innych zawodów czy ich emigracji za granicę.

W celu lepszego zobrazowania zagadnienia dotyczącego zasobów kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono także dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat. Szczególną dynamiką liczby absolwentów charakteryzuje się kierunek pielęgniarstwo⁹⁸. W roku 2023 osób kończących ten kierunek było o 3,1 tys. więcej, niż rok wcześniej. Wzrosła także liczba absolwentów medycyny z 5,6 tys. w 2022 r. do 5,8 tys. w 2023 r., a liczba absolwentów stomatologii pozostała na niezmienionym poziomie. Liczba absolwentów farmacji spadła o 0,1 tys.

⁹⁸ Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Oznacza to, że osoba, która uzyskiwała tytuł licencjata w jednym roku, a np. 2 lata później zdała egzamin magisterski, była liczona dwukrotnie (w różnych latach).

Wykres 2.65. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce

Chart 2.65. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland

**Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem⁹⁹. Lekarze specjaliści**

Populacja uprawnionych do wykonywania wybranych zawodów medycznych w Polsce obejmuje wszystkie osoby mające takie prawo, bez względu na status na rynku pracy i miejsce pracy, dlatego bardziej miarodajną informacją w odniesieniu do dostępności personelu medycznego jest liczba osób pracujących bezpośrednio z pacjentem.

W 2023 r. liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wyniosła 141,5 tys., lekarzy dentyistów – 36,9 tys., pielęgniarek – 216,1 tys., położnych – 28,5 tys., farmaceutów – 28,6 tys., fizjoterapeutów – 68,8 tys. i 13,3 tys. diagnostów laboratoryjnych.

⁹⁹ Diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów – według głównego miejsca pracy, lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów – bez względu na główne miejsce pracy (dane w układzie terytorialnym – według siedziby głównego miejsca pracy), patrz: Część II Uwagi metodologiczne podrozdział 2 „Podstawowe wyjaśnienia metodyczne”.

Tablica 2.16. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.16. Persons working directly with the patient
 As of 31 December

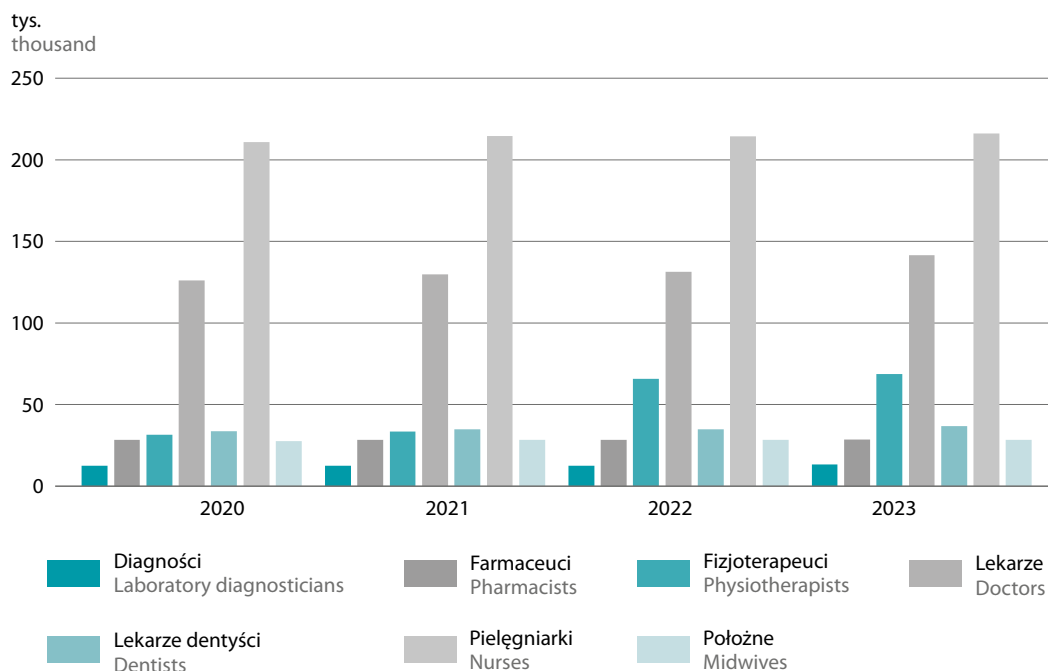
Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022	2023		
				zmiana w stosunku do 2022 r. change in relation to 2022		
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers	w %	in %
Diagności laboratoryjni ^a Laboratory diagnosticians ^a	12 553	12 749	12 616	13 348	732	5,8
Farmaceuci Pharmacists	28 387	28 436	28 461	28 635	174	0,6
w tym kobiety: of which females	23 491	23 581	23 600	23 832	232	1,0
Fizjoterapeuci ^{a)} Physiotherapists ^{a)}	.	.	65 889	68 775	2 886	4,4
w tym kobiety: of which females	.	.	48 510	50 344	1 834	3,8
Lekarze Doctors	126 064	129 893	131 426	141 452	10 026	7,6
w tym kobiety: of which females	73 113	75 540	77 078	83 036	5 958	7,7
Lekarze dentyści Dentists	33 772	34 874	34 899	36 877	1 978	5,7
w tym kobiety: of which females	25 060	25 784	25 823	27 276	1 453	5,6
Pielęgniarki Nurses	210 923	214 533	214 352	216 086	1 734	0,8
w tym kobiety: of which females	204 958	208 003	207 410	208 498	1 088	0,5
Położne Midwives	27 629	28 388	28 445	28 527	82	0,3
w tym kobiety: of which females	27 571	28 331	28 384	28 462	78	0,3

a Od roku 2022 dane dotyczące fizjoterapeutów są opracowywane w oparciu o źródła administracyjne i nie są porównywalne z wynikami badań za lata wcześniejsze.

a Since 2022 data on physiotherapists are calculated on administrative sources and are not comparable with data for earlier years

Wykres 2.66. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.66. Persons working directly with patient
 As of 31 December



Uwaga: Od roku 2022 dane dotyczące fizjoterapeutów są opracowywane w oparciu o źródła administracyjne i nie są porównywalne z wynikami badań za lata wcześniejsze.

Note: Since 2022 data on physiotherapists are calculated on administrative sources and are not comparable with data for earlier years.

W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych, odnotowany został wzrost liczby osób pracujących z pacjentem, przy czym największy bezwzględny przyrost w 2023 r. zarejestrowano w grupie lekarzy (wzrost o 10,0 tys. osób).

Jednym z najważniejszych zagadnień jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego, opartej na potrzebach mieszkańców, stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność ta zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami.

**Tablica 2.17. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców wg województw
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 2.17. Persons working directly with the patient per 10 thousand population by voivodships
As of 31 December

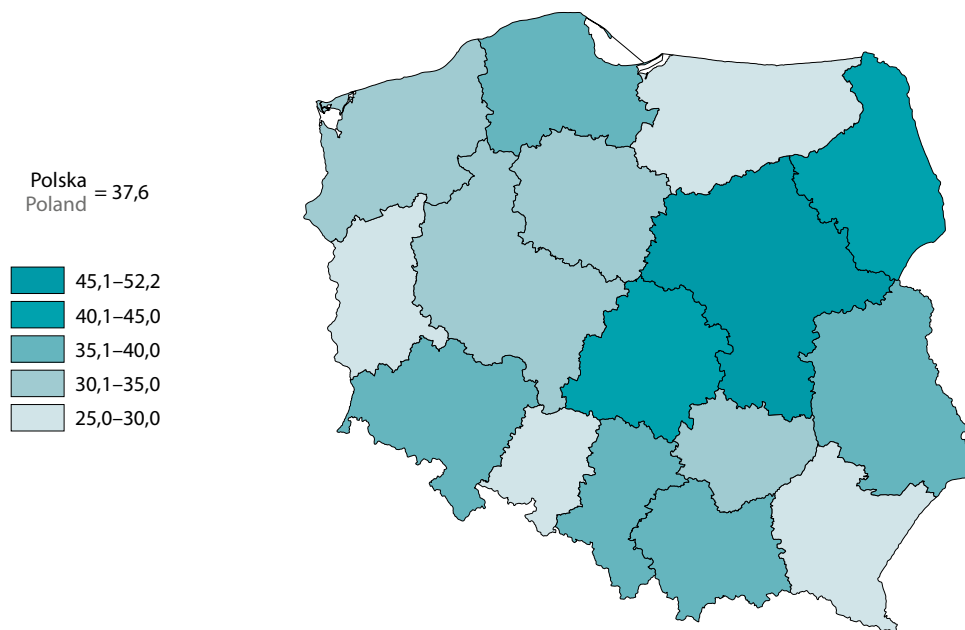
Województwa Voivodships	Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosti- cians	Farmaceuci Pharma- cists	Fizjo- terapeuci ^a Physio- therapists ^a	Lekarze Doctors	Lekarze dentyści Dentists	Pielęgniarki Nurses	Położne ^b Midwives ^b
Polska 2020	3,3	7,5	.	33,1	8,9	55,4	14,0
Poland 2021	3,4	7,5	.	34,3	9,2	56,6	14,5
2022	3,3	7,5	17,4	34,8	9,2	56,8	14,6
2023	3,5	7,6	18,3	37,6	9,8	57,4	14,7
Dolnośląskie	3,0	7,6	19,5	39,2	10,7	55,7	12,2
Kujawsko-pomorskie	4,0	7,1	16,8	31,5	6,4	55,1	13,7
Lubelskie	3,6	8,9	16,7	38,9	10,6	68,4	16,7
Lubuskie	2,5	5,8	11,3	25,0	7,9	47,0	10,7
Łódzkie	3,7	8,8	15,2	43,1	11,6	55,5	16,7
Małopolskie	3,7	7,6	20,8	37,1	9,8	57,1	14,8
Mazowieckie	3,9	7,9	21,3	52,2	12,2	63,6	16,3
Opolskie	2,3	6,6	17,8	25,7	7,2	55,4	12,9
Podkarpackie	4,2	6,4	22,2	28,6	8,2	65,0	16,8
Podlaskie	5,0	8,1	13,2	41,4	11,1	63,2	16,8
Pomorskie	3,2	7,8	15,1	36,8	10,1	45,8	12,0
Śląskie	3,3	8,0	19,8	38,3	9,3	60,9	14,2
Świętokrzyskie	5,0	6,9	22,3	32,2	8,7	70,2	16,0
Warmińsko-mazurskie	3,4	5,6	12,5	26,4	7,1	53,0	12,2
Wielkopolskie	2,9	8,2	17,2	30,7	8,8	48,0	15,4
Zachodniopomorskie	3,0	6,4	16,4	34,0	10,7	48,1	12,6

a Od roku 2022 dane dotyczące fizjoterapeutów są opracowywane w oparciu o źródła administracyjne i nie są porównywalne z wynikami badań za lata wcześniejsze. b Na 10 tys. kobiet.

a Since 2022 data on physiotherapists are calculated on administrative sources and are not comparable with data for earlier years. b Per 10 thousand women..

Mapa 2.29. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

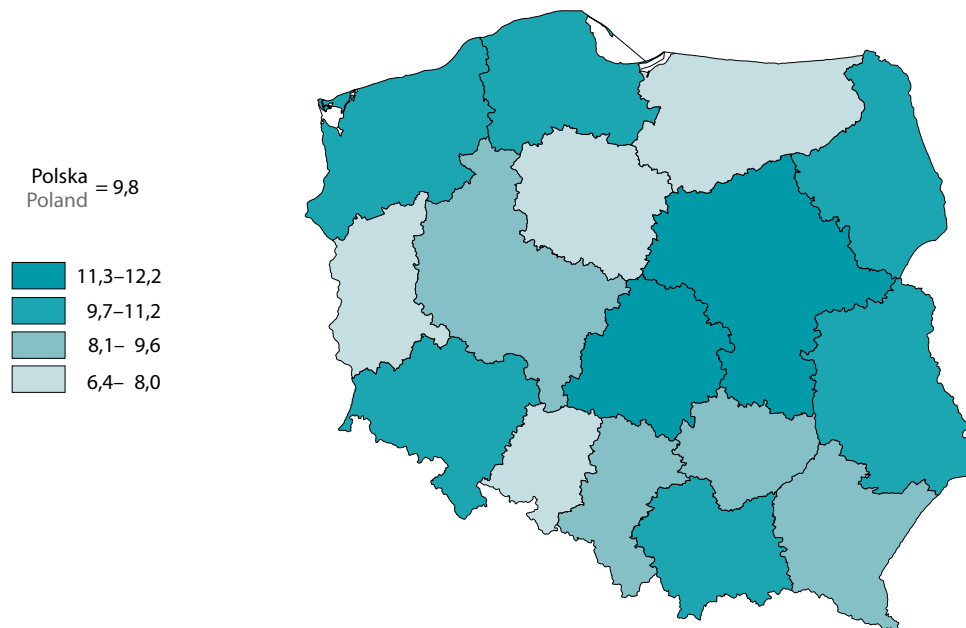
Map 2.29. Doctors working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2023 As of 31 December



W tym samym roku analogiczny wskaźnik dotyczący liczby lekarzy dentystów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wyniósł 9,8 (średnio dla Polski) i wahał się od 6,4 w województwie kujawsko-pomorskim do 12,2 w województwie mazowieckim.

Mapa 2.30. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

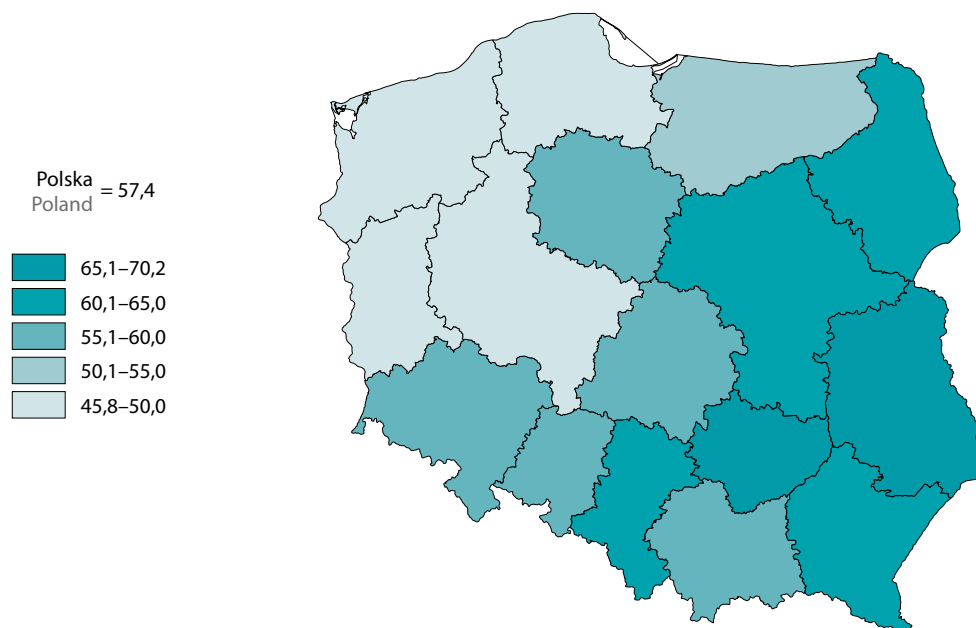
Map 2.30. Dentists working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2023 As of 31 December



W odniesieniu do pielęgniarek wskaźnik pracujących bezpośrednio z pacjentem, na 10 tys. mieszkańców, w 2023 r. wyniósł dla Polski 57,4 . Najniższą wartość odnotowano w województwie pomorskim – 45,8, a najwyższą w województwie świętokrzyskim – 70,2.

Mapa 2.31. Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.31. Nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2023 As of 31 December

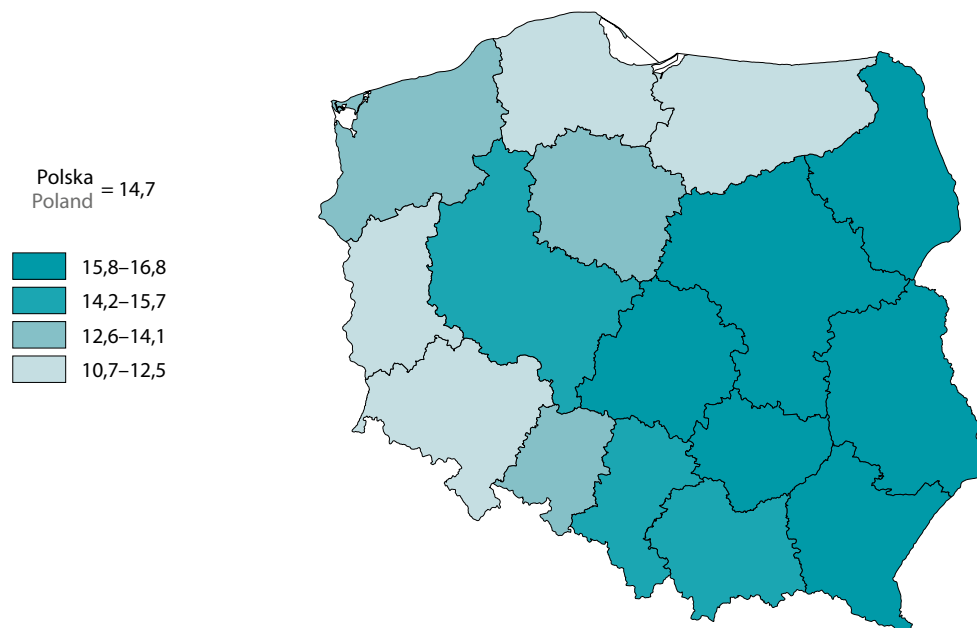


Natomiast wskaźnik liczby położnych przypadających w 2023 r. na 10 tys. kobiet wyniósł 14,7 i wahał się od 10,7 w województwie lubuskim do 16,8 w województwach: podkarpackim, podlaskim, łódzkim i lubelskim.

Mapa 2.32. Położne pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wg województw w 2023 r.

Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.32. Midwives working directly with patient per 10 thousand females by voivodships in 2023
As of 31 December

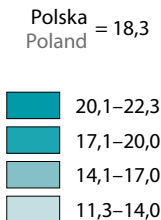


W przypadku diagnostów laboratoryjnych (średnia dla Polski 3,5 w 2023 r.) najniższy wskaźnik odnotowano w województwie opolskim (2,3) i lubuskim (2,5), a najwyższy w województwach podlaskim i świętokrzyskim (po 5,0).

W odniesieniu do fizjoterapeutów średnia dla Polski na 10 tys. mieszkańców w 2023 r. wyniosła 18 osób (wzrasta z roku na rok), przy czym najwyższy wskaźnik odnotowano w województwach świętokrzyskim (22,3) i podkarpackim (22,2 osób), a najniższy w lubuskim (11,3).

Stan w dniu 31 grudnia

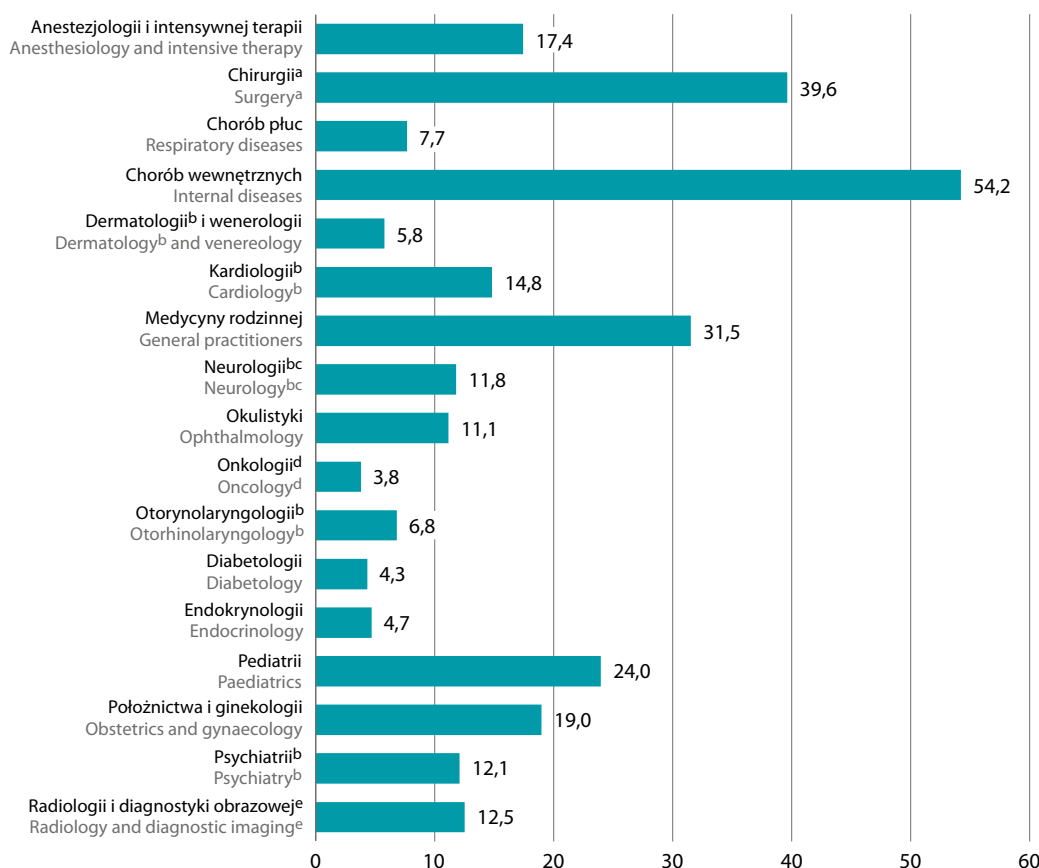
As of 31 December



Wśród lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r. było 91,2 tys. specjalistów (64,5%), rok wcześniej – 87,8 tys. (66,8 % ogólnej liczby lekarzy).

**Wykres 2.67. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 2.67. Selected specialisations of practicing doctors (with specialization in the II degree and specialist title) per 100 thousand population in 2023
As of 31 December



a Chirurgii ogólnej, dziecięcej, klatki piersiowej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii, chirurgii onkologicznej, plastycznej, szczękowo-twarzowej, kardiochirurgii oraz chirurgii naczyniowej i urologii. b Łącznie ze specjalistami dziecięcymi. c—e Także: c — neuropatologii, d — onkologii i hematologii dziecięcej, e —radioterapii onkologicznej i radiologii dziecięcej.

a General surgery, paediatric, thoracic surgery, trauma and orthopaedic surgery, neurosurgery, oncological, plastic, maxillo-facial surgery, cardiosurgery as well as vascular surgery and urology. b Including children's specialists. c—e. Also: c — neuropathology, d — children's oncology and haematology, e — oncological radiotherapy and children's radiology.

Uwaga: jedna osoba może posiadać więcej niż jedną specjalizację.

Note: one person may have more than one specialization.

Według opinii krajowych konsultantów można wskazać wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Co kilka lat minister zdrowia wydaje rozporządzenie, w którym określone są priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, w których brakuje specjalistów. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny priorytetowymi dziedzinami medycyny w 2023 r. są: anestezjologia i intensywna terapia; chirurgia dziecięca; chirurgia ogólna; chirurgia onkologiczna; choroby wewnętrzne; choroby zakaźne; geriatria; hematologia; kardiologia dziecięca; medycyna paliatywna; medycyna ratunkowa; medycyna rodzinna; neonatologia; neurologia dziecięca; onkologia i hematologia dziecięca; onkologia kliniczna; patomorfologia; pediatria; psychiatria; psychiatria dzieci i młodzieży; radioterapia onkologiczna; stomatologia dziecięca, a od 1 lipca 2023 r. neurologia¹⁰⁰.

¹⁰⁰ (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2023 r.).

W 2023 r. zwiększyła się w porównaniu do 2022 r. liczba specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe. Największy wzrost względny wystąpił w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – z 444 do 467 (o 5,2%), a następnie onkologii i hematologii dziecięcej z 234 do 246 (o 5,1%) oraz kardiologii dziecięcej – ze 178 do 187 (o 5,1%). Najniższy wzrost wystąpił w dziedzinie stomatologii dziecięcej – 0,8% (wzrost z 846 do 853).

Biorąc pod uwagę wszystkie specjalizacje, w latach 2022–2023 najwięcej lekarzy (ok. 18 tys. w każdym z przedstawionych lat) posiadało specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych. Na drugim miejscu znalazła się medycyna rodzinna (10,8 tys. w 2023 r. i 10,5 tys. rok wcześniej), a na kolejnym – pediatria (przeszło 7 tys. w obu analizowanych latach).

Tablica 2.18. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.18. Selected specialisations of practicing doctors in 2023
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020		2021		2022		2023	
	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors
Alergologia Allergology	1 354	1,6	1 373	1,6	1 354	1,5	1 395	1,5
Anestezjologia i intensywna terapia Anesthesiology and intensive therapy	5 187	6,1	5 382	6,2	5 370	6,1	5 626	6,2
Chirurgia ogólna General surgery	5 704	6,7	5 775	6,6	5 705	6,5	5 886	6,5
Chirurgia onkologiczna Oncological surgery	887	1,0	939	1,1	967	1,1	986	1,1
Choroby płuc Respiratory diseases	2 350	2,8	2 369	2,7	2 364	2,7	2 440	2,7
Choroby wewnętrzne Internal diseases	17 685	20,8	18 015	20,6	17 993	20,5	18 526	20,3
Choroby zakaźne Infectious diseases	884	1,0	892	1,0	872	1,0	910	1,0
Dermatologia i wenerologia Dermatology and venereology	1 758	2,1	1 818	2,1	1 814	2,1	1 887	2,1
Diabetologia Diabetology	1 446	1,7	1 474	1,7	1 501	1,7	1 547	1,7
Endokrynologia Endocrinology	1 499	1,8	1 567	1,8	1 594	1,8	1 662	1,8
Gastroenterologia Gastroenterology	1 049	1,2	1 073	1,2	1 093	1,2	1 142	1,3
Kardiologia Cardiology	4 585	5,4	4 786	5,5	4 885	5,6	5 086	5,6

Tablica 2.18. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r. (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.18. Selected specialisations of practicing doctors in 2023 (cont.)
 As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020		2021		2022		2023	
	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzi- nie number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors
Medycyna pracy Occupational medicine	1 513	1,8	1 531	1,8	1 503	1,7	1 544	1,7
Medycyna ratunkowa Emergency medicine	1 052	1,2	1 084	1,2	1 075	1,2	1 121	1,2
Medycyna rodzinna General practitioners	9 949	11,7	10 147	11,6	10 526	12,0	10 800	11,8
Nefrologia Nephrology	1 304	1,5	1 340	1,5	1 360	1,5	1 383	1,5
Neonatologia Neonatology	1 476	1,7	1 521	1,7	1 532	1,7	1 575	1,7
Neurologia Neurology	3 318	3,9	3 388	3,9	3 384	3,9	3 531	3,9
Okulistyka Ophthalmology	3 380	4,0	3 484	4,0	3 489	4,0	3 613	4,0
Onkologia kliniczna Oncology	992	1,2	1 049	1,2	1 079	1,2	1 122	1,2
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Trauma and orthopaedic surgery	3 557	4,2	3 725	4,3	3 711	4,2	3 857	4,2
Otolaryngologia Otolaryngology	1 994	2,3	2 021	2,3	2 010	2,3	2 111	2,3
Pediatrya Paediatrics	6 957	8,2	7 143	8,2	7 203	8,2	7 472	8,2
Położnictwo i ginekologia Obstetrics and gynaecology	5 916	7,0	6 072	7,0	6 046	6,9	6 186	6,8
Psychiatria Psychiatry	3 403	4,0	3 515	4,0	3 590	4,1	3 729	4,1
Radiologia i diagnostyka obrazowa Radiology and diagnostic imaging	3 089	3,6	3 273	3,7	3 335	3,8	3 580	3,9
Rehabilitacja medyczna Physical medicine and rehabilitation	1 733	2,0	1 752	2,0	1 728	2,0	1 759	1,9
Reumatologia Rheumatology	1 568	1,8	1 593	1,8	1 578	1,8	1 634	1,8
Urologia Urology	1 291	1,5	1 337	1,5	1 298	1,5	1 351	1,5
Zdrowie publiczne Public health	813	1,0	791	0,9	741	0,8	857	0,9

Uwaga: jedna osoba może posiadać więcej niż jedną specjalizację.
 Note: one person may have more than one specialization.

W grupie dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu liczba lekarzy dentystów specjalistów wyniosła w 2023 r. 8,6 tys. (19,1% ogółu lekarzy dentystów), analogicznie jak w roku poprzednim.

Wśród dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r. było 6,7 tys. specjalistów (18,2%) i było to 0,3 tys. więcej niż w roku poprzednim (6,4 tys.).

Tablica 2.19. Wybrane specjalizacje lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.19. Selected specialisations of dentists working directly with the patient
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020		2021		2022		2023	
	liczba specja- lizacji w danej dziedzini- e number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzini- e number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzini- e number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors	liczba specja- lizacji w danej dziedzini- e number of specia- lizations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjali- stów in % of all specialist doctors
Chirurgia stomatologiczna Dental surgery	859	14,1	902	14,3	938	14,8	987	14,7
Chirurgia szczękowo-twarzowa Maxillo-facial surgery	334	5,5	361	5,7	366	5,8	385	5,7
Ortodoncja Orthodontics	1 166	19,1	1195	19,0	1200	18,9	1 244	18,5
Periodontologia Periodontology	481	7,9	492	7,8	514	8,1	536	8,0
Protetyka stomatologiczna Dental prosthetics	1 381	22,7	1408	22,3	1389	21,8	1 483	22,0
Stomatologia dziecięca Children's dentistry	527	8,7	555	8,8	571	9,0	614	9,1
Stomatologia zachowawcza z endodoncją Restorative dentistry	1 326	21,8	1378	21,9	1376	21,6	1 482	22,0

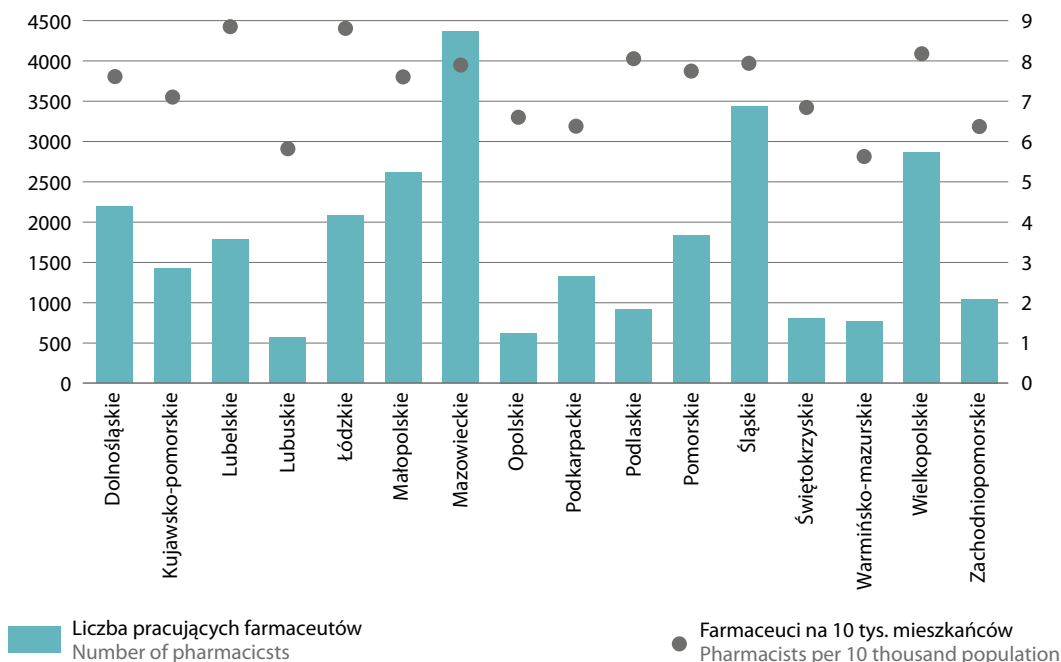
Uwaga: Uwaga: jedna osoba może posiadać więcej niż jedną specjalizację.

Note: one person may have more than one specialization.

Liczba osób pracujących bezpośrednio z pacjentem w zawodzie farmaceuty w ostatnich czterech latach (2020–2023) rosła systematycznie, utrzymując się na zbliżonym poziomie (powyżej 28 tys. farmaceutów).

**Wykres 2.68. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców w 2023 r.
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 2.68. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population in 2023
As of 31 December



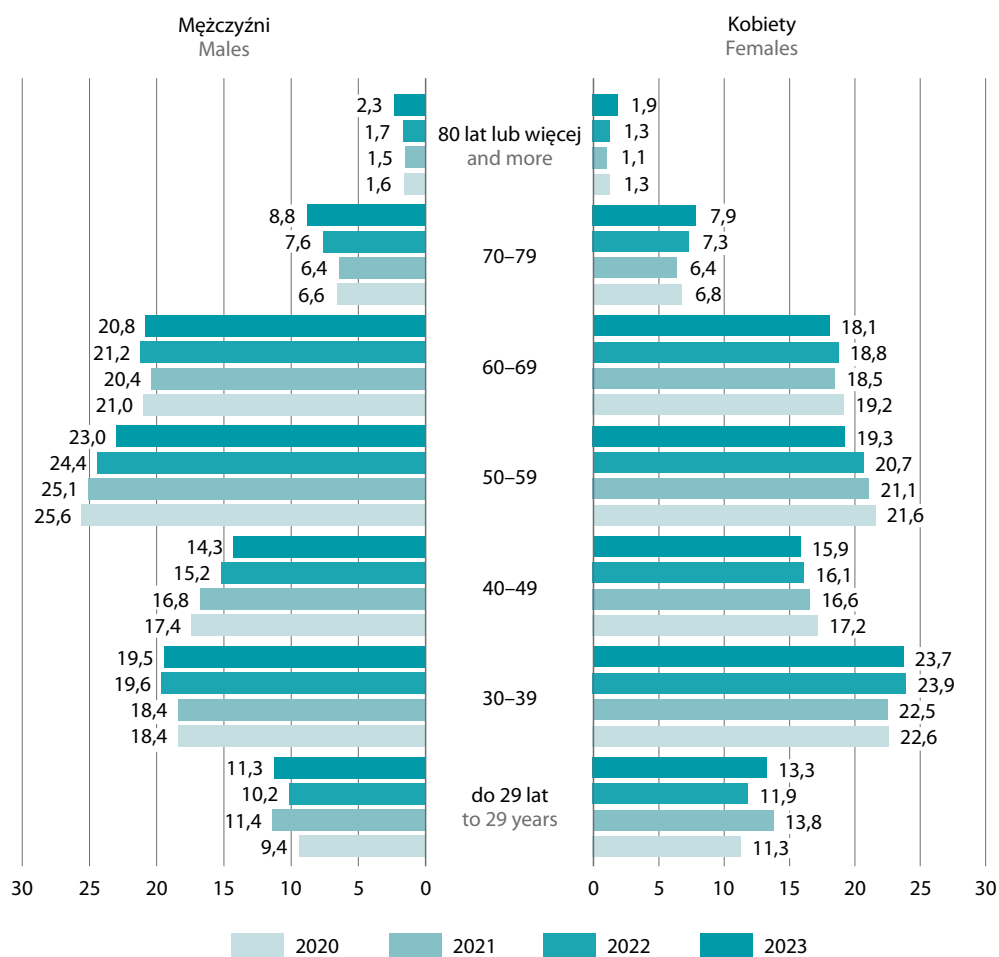
Analiza liczby farmaceutów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach wskazuje, że najwyższy wskaźnik wystąpił w województwach: lubelskim i łódzkim – wyniósł odpowiednio 8,9 i 8,8, najniższy natomiast w województwach warmińsko-mazurskim i lubuskim (odpowiednio 5,6 i 5,8), przy czym średni wskaźnik dla Polski wyniósł w 2023 r. 7,6.

Analogicznie jak w grupie osób posiadających prawo wykonywania zawodu zaobserwowano feminizację zawodów medycznych wśród lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów pracujących bezpośrednio z pacjentem. Dominacja kobiet widoczna jest przede wszystkim w zawodach położnej (99,8%) i pielęgniarki (96,4%), ale także w zawodach farmaceuty (83,2%). Wśród lekarzy dentystów odsetek kobiet wyniósł w 2023 r. 74,0%, a wśród fizjoterapeutów – 73,2%. Najniższy odsetek kobiet w ogólnej liczbie osób pracujących z pacjentem odnotowano w zawodzie lekarza, chociaż i w tej grupie kobiety stanowiły większość – 58,7%.

Wśród lekarzy mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r. najliczniejszą grupę (23,0%) stanowiły osoby w wieku 50–59 lat (rok wcześniej – 24,4%). W przypadku lekarzy kobiet w 2023 r. najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 30–39 lat (23,7% – o 0,2 p. proc. mniej niż w 2022 r.). Na drugim miejscu znalazła się grupa kobiet w wieku 50–59 lat (19,3% w 2023 r., o 1,4 p. proc. mniej niż w poprzednim roku).

Wykres 2.69. Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku (w %)
Stan w dniu 31 grudnia

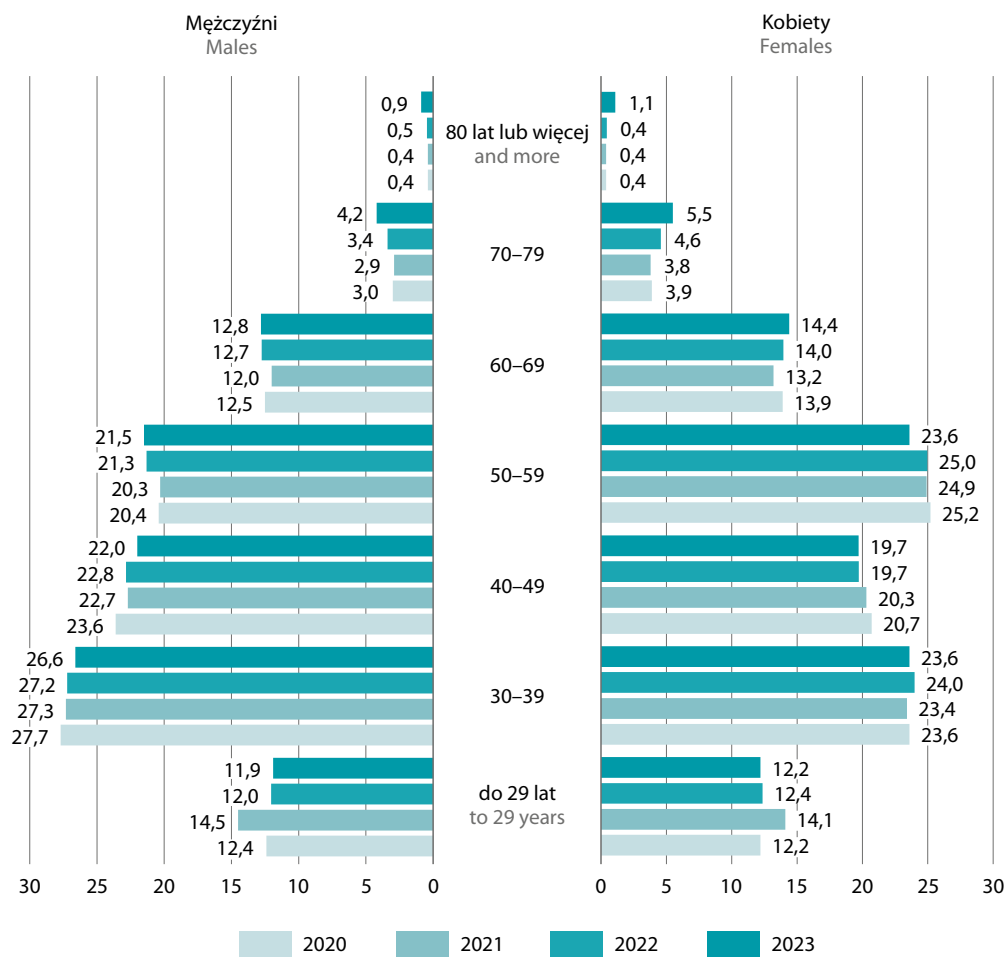
Chart 2.69. Structure of doctors working directly with patient by gender and age groups (in %)
 As of 31 December



Najliczniejszą grupą wśród lekarzy dentystów mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r. były osoby w wieku 30–39 lat (26,6%, rok wcześniej – 27,2%). Wśród kobiet najliczniejszą grupą w tym zawodzie medycznym były osoby w wieku 50–59 lat oraz 30–39 lat, które stanowiły 23,6% w 2023 r. i odpowiednio 25,0% i 24,0% rok wcześniej.

Wykres 2.70. Struktura lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku (w %)
Stan w dniu 31 grudnia

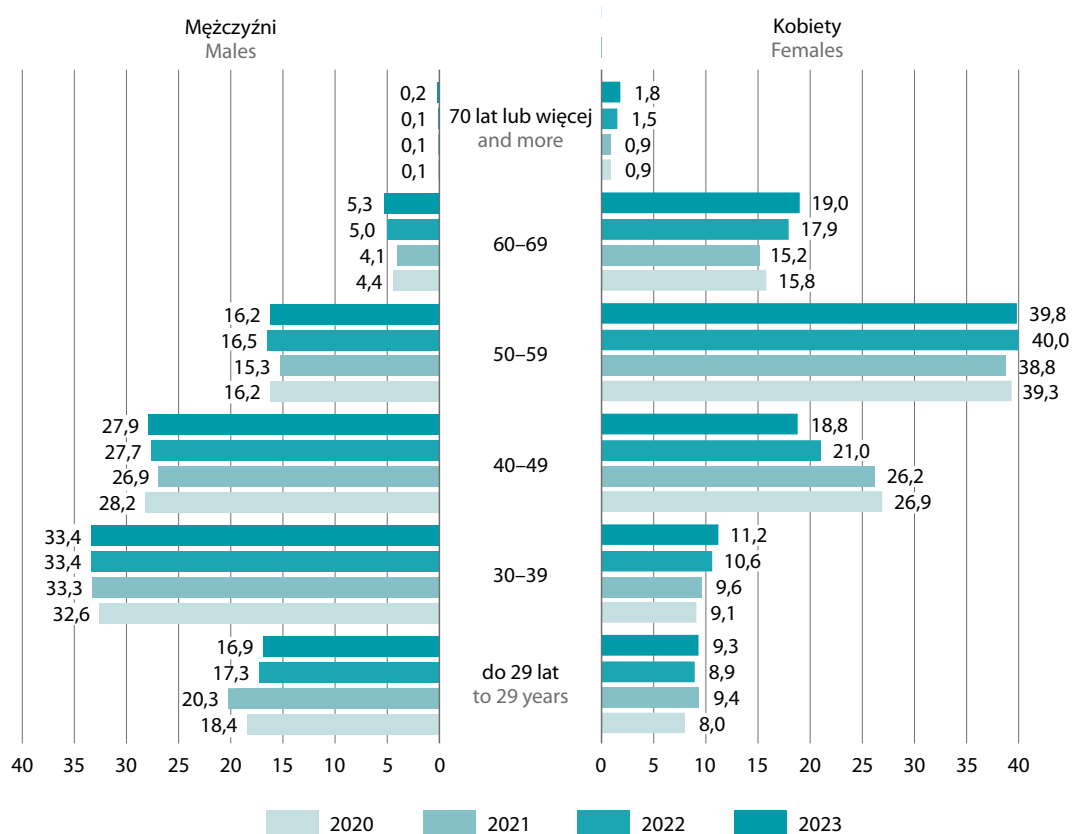
Chart 2.70. The structure of dentists working directly with the patient by gender and age group (in %)
 As of 31 December



Wśród kobiet wykonujących pracę pielęgniarstwa najliczniejszą grupą były osoby w wieku 50–59 lat, które stanowiły 39,8% w 2023 r. i 40,0% rok wcześniej. Natomiast wśród mężczyzn dominują osoby w wieku 30–39 lat (33,4%, analogicznie, jak przed rokiem).

Wykres 2.71. Struktura pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku (w %)
Stan w dniu 31 grudnia

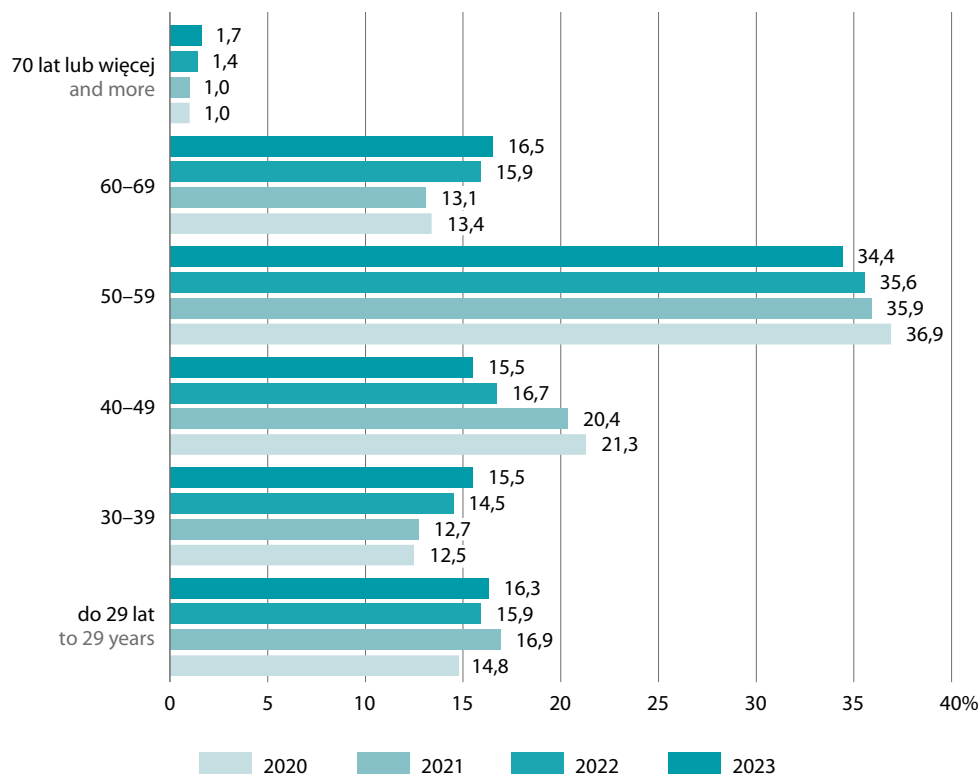
Chart 2.71. The structure of nurses working directly with the patient by gender and age groups (in %)
 As of 31 December



Całkowita liczba mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem wykonujących zawód położnej w 2023 r. wynosiła 65 osób, w 2022 r. – o 4 osoby mniej. Najliczniejszą grupą wśród położnych kobiet pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2023 r. były osoby w wieku 50–59 lat (34,4%, rok wcześniej – 35,6%)..

**Wykres 2.72. Struktura położnych (kobiet) pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 2.72. The structure of midwives (women) working directly with the patient by sex and age group
As of 31 December



Średni wiek lekarza pracującego bezpośrednio z pacjentem w latach 2020–2023 wahał się w granicach 49–50 lat, przy czym wśród kobiet był on niższy niż wśród mężczyzn. W 2023 r. średnia wieku mężczyzn wyniosła 50 lat, a średnia wieku kobiet – 48 lat.

Średni wiek lekarza, lekarza dentystry, położnych i fizjoterapeutów utrzymywał się na poziomie z roku poprzedniego i wynosił odpowiednio 49, 46, 47 i 38 lat. Jedynie przeciętny wiek pielęgniarek zmniejszył się o 1 rok i wyniósł w 2023 r. 49 lat. We wszystkich zawodach z wyjątkiem lekarzy średni wiek kobiet był wyższy niż wiek mężczyzn. Największą różnicę (10 lat) zaobserwowano w zawodach pielęgniarek i położnych, wśród lekarzy dentystry przeciętny wiek kobiet był wyższy o 2 lata niż wiek mężczyzn, a w grupie fizjoterapeutów różnica ta wyniosła 1 rok.

**Tablica 2.20. Średnia wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 2.20. Average age of people working directly with the patient
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020			2021			2022			2023		
	ogółem total	męż- czyźni males	kobiety females	ogółem total	męż- czyźni males	kobiety females	ogółem total	męż- czyźni males	kobiety females	ogółem total	męż- czyźni males	kobiety females
	w % in %											
Lekarze Doctors	49	50	49	48	50	48	49	50	50	49	50	48
Lekarze dentyści Dentists	46	45	46	45	44	46	46	45	47	46	45	47
Pielęgniarki Nurses	49	40	50	49	40	49	50	41	50	49	40	50
Położne Midwives	47	37	47	46	37	46	47	38	47	47	37	47
Fizjoterapeuci Physiotherapists	.	.	.	.	.	.	38	38	38	38	37	38

2.8. Służba medycyny pracy

2.8. Occupational medicine

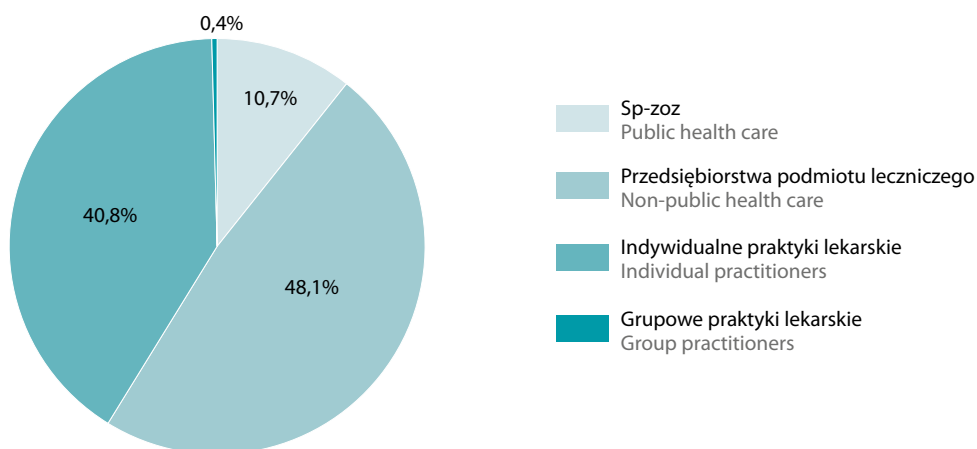
Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2023 r. została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości¹⁰¹, corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz od jednostek służby medycyny pracy (SMP).

Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, zgodnie z ustawą¹⁰², są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i psychologów wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP).

W 2023 r. zarejestrowane były 5422 jednostki podstawowe SMP, w tym prowadzone w ramach: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2608, indywidualnych praktyk lekarskich – 2214, grupowych praktyk lekarskich – 22 oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp-zoz) – 578. W porównaniu z poprzednimi latami struktura jednostek podstawowych SMP nie zmieniła się istotnie.

Wykres 2.73. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2023 r.

Chart 2.73. Structure of occupational medicine service units in 2023



Badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy mają prawo wykonywać lekarze spełniający wymagania określone w § 7 Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r.¹⁰³. W 2023 r. liczba lekarzy posiadających uprawnienia, którzy zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia, rozpoczynając działalność profilaktyczną dopełnili obowiązku zarejestrowania się we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, wynosiła 5674 (o 310 mniej niż przed rokiem). Pozyskane dane od tych, którzy złożyli sprawozdania, pozwalają na zaprezentowanie struktury kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Przedstawia ją poniższy wykres.

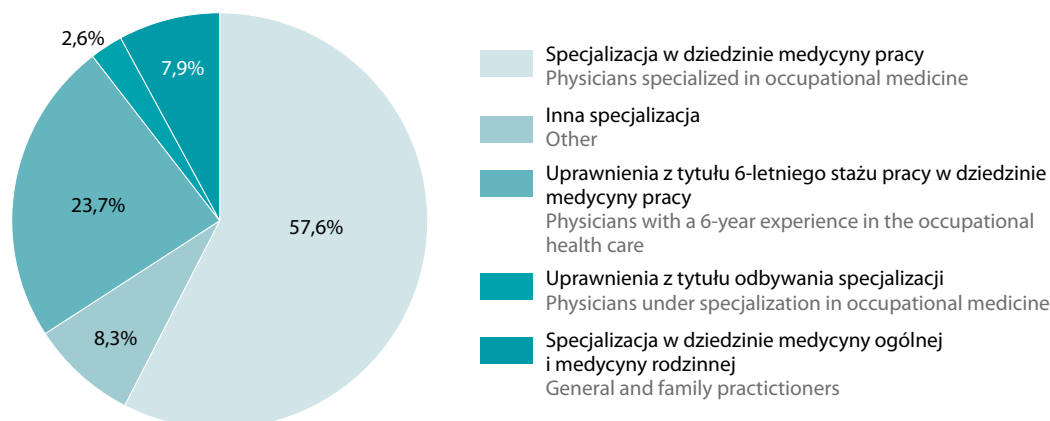
¹⁰¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 października 2022 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2023 (Dz.U.2022 poz. 2453 ze zm.). Program zobowiązuje jednostki organizacyjne służby medycyny pracy do składania rocznych sprawozdań z prowadzonej działalności.

¹⁰² Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022 poz. 437).

¹⁰³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U.2023 poz. 607).

Wykres 2.74. Struktura lekarzy służby medycyny pracy wg kwalifikacji w 2023 r.

Chart 2.74. Structure of physicians of occupational health service by qualification in 2023



Dodatkowe kwalifikacje, niezależnie od spełnienia kryteriów warunkujących posiadanie uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych pracowników, które wymagane są w przypadku badania osób pracujących w warunkach szczególnych narażeń (J,T,K)¹⁰⁴ posiadało 1773 lekarzy.

Uprawnienia do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich mają także lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Uprawnienie to jest ograniczone, ponieważ badania profilaktyczne mogą być wykonywane tylko w okresie przewidzianym na szkolenie specjalizacyjne w przepisach o specjalizacji i tylko w miejscu odbywania stażu objętego programem specjalizacji. W 2023 r. takich lekarzy było 86 (o 8 więcej niż przed rokiem).

W Polsce najczęściej realizowanym zadaniem przez służbę medycyny pracy z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest prowadzone, w oparciu o badania lekarskie, orzecznictwo do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek realizacji badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców, którzy w oparciu o art. 229 Kodeksu pracy¹⁰⁵ zobligowani są do kierowania pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, jak i samych pracowników, którzy zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy muszą się takim badaniom poddawać. Powszechność i obligatoryjność badań profilaktycznych wynika z faktu, że pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku w warunkach opisanych w skierowaniu na te badania.

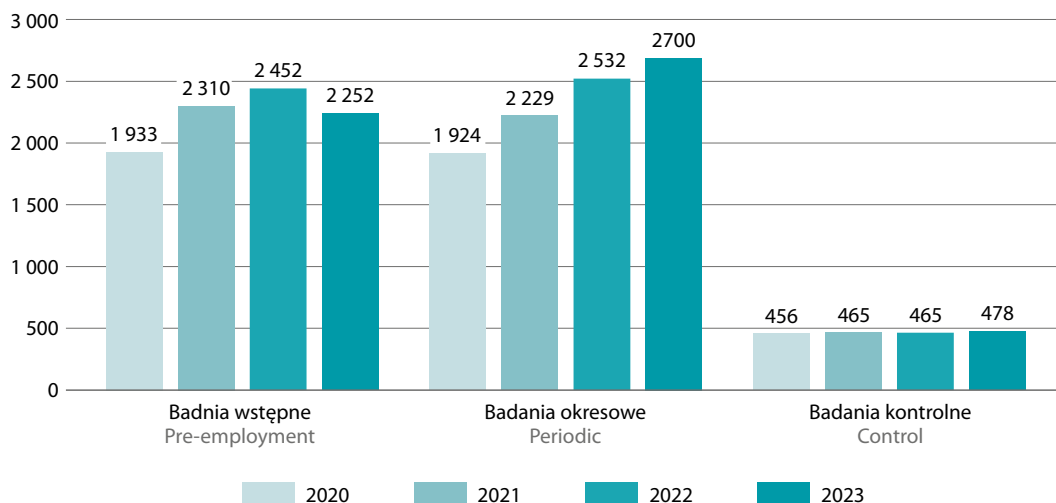
W 2023 r. orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie 5,43 mln badań lekarskich (o 0,4% mniej niż rok wcześniej), w tym: ponad 2,25 mln badań wstępnych (o 8,2% mniej niż w 2022 r.), 2,7 mln badań okresowych (o 6,6% więcej niż rok wcześniej) oraz 478 tys. badań kontrolnych (o 2,8% więcej niż w 2022 r.).

¹⁰⁴ J — uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego; T — uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę w warunkach tropikalnych, morskich lub podwodnych lub powracających z pracy w warunkach tropikalnych; K — uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego. Ww. uprawnienia uzyskuje się poprzez odbycie i zaliczenie specjalnych szkoleń specjalizacyjnych organizowanych w instytutach medycyny pracy.

¹⁰⁵ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2023 poz. 1465 ze zm.).

Wykres 2.75. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych (w tys.)

Chart 2.75. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination (in thous.)



W 2023 r. 99,5% badań profilaktycznych zakończyło się pozytywnym orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. Natomiast negatywne decyzje orzecznicze skutkujące odsunięciem od pracy ze względu na jej szkodliwy wpływ na zdrowie lub ze względu na brak predyspozycji zdrowotnych do wykonywania prac na konkretnym stanowisku stanowiły 0,5% (w 2022 r. wydano odpowiednio 99,6% pozytywnych i 0,4% negatywnych orzeczeń).

Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe SMP kształtowała się na poziomie ponad 336 tys. (o 15 tys. mniej niż rok wcześniej, tj. o 4%).

W ramach sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, lekarz służby medycyny pracy, w razie podejrzenia choroby zawodowej u pracownika, ma obowiązek skierować go na badania lekarskie do właściwego terytorialnie wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. W 2023 r. zarejestrowano 1 121 takich podejrzeń (o 497 mniej niż rok wcześniej, tj. o 30,7%).

Pracodawca kierujący pracownika na badania profilaktyczne ma obowiązek przekazania lekarzowi informacji o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych, warunków uciążliwych oraz przedstawienia aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na danym stanowisku pracy. Informacje pozyskane od pracodawcy powinny być uzupełnione spostrzeżeniami poczynionymi w trakcie wizytacji danego stanowiska pracy.

W aktualnym stanie prawnym wizytacja stanowisk pracy jest fakultatywna dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy. W 2023 r. lekarze SMP przeprowadzili wizytację ponad 7 tys. zakładów i skontrolowali 32 tys. stanowisk pracy (w 2022 r. odpowiednio 6,1 tys. i 32,4 tys.).

W 2023 r. w Polsce prowadziło działalność 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Przepis ustawy o służbie medycyny pracy narzuca organizację w każdym z województw minimum jednego ośrodka rangi wojewódzkiej. W województwie lubuskim oraz zachodniopomorskim prowadzą działalność po dwa autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (kolejno w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim oraz w Szczecinie i Koszalinie), natomiast w kujawsko-pomorskim funkcjonują trzy autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku).

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa¹⁰⁶, „jest właściwa do realizowania zadań w zakresie prowadzenia działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej”. Świadczenia te realizują wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

W 2023 r. ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową objęto ponad 9 tys. osób (o niemal 14% więcej niż w roku poprzednim) i wykonano ponad 300,5 tys. zabiegów (porównywalnie do 2022 r.). Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową prowadzone były w 10 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy (wymienionych w tabeli 67 w aneksie tabelarycznym, przy czym w województwie zachodniopomorskim w dwóch ośrodkach autonomicznych, tzn. w Koszalinie i Szczecinie). Są one niezwykle istotne ze względu na zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszając powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegając dalszemu rozwojowi choroby. W 2023 r. zabiegi rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową stanowiły 33,1% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych¹⁰⁷ udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo¹⁰⁸ wskazany zakres zadań. Zadania te obejmują m.in. wspomaganie jednostek podstawowych SMP działalnością konsultacyjną, sprawowanie kontroli i nadzoru nad działalnością jednostek podstawowych SMP w zakresie obejmującym tryb, zakres i jakość udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, a także rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych przez jednostki podstawowe SMP, skutkujące przeprowadzeniem ponownych badań lekarskich w przypadkach wniesienia przez zainteresowanych zastrzeżeń do treści wydanych zaświadczeń.

W ramach działalności konsultacyjnej realizowanej przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy wyróżnia się trzy rodzaje świadczeń:

- 1) badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych SMP w przypadku wystąpienia wątpliwości orzeczniczych (w 2023 r. zrealizowano 2161 takich konsultacji, o 12% mniej niż w 2022 r.),
- 2) świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (17231 w 2023 r., o 7,0% więcej niż w 2022 r.),
- 3) konsultacje w zakresie chorób zawodowych (4481 w 2023 r., o 12,3% więcej niż w 2022 r.).

W ramach działalności kontrolnej wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3365 kontroli jednostek podstawowych SMP (więcej o 1,8% niż w 2022 r.).

W ramach działalności orzeczniczej w 2023 r. wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły w sumie 1808 postępowań w trybie odwoławczym od orzeczeń do pracy wydanych przez jednostki podstawowe SMP (o 22,9% więcej niż w roku poprzednim), co jednocześnie oznacza, że niewiele ponad 0,03% pracowników lub pracodawców (porównywalnie z latami poprzednimi) nie godziło się z treścią orzeczenia wystawionego w oparciu o przeprowadzone badanie profilaktyczne. W 689 przypadkach utrzymano w mocy orzeczenia wydane przez lekarzy medycyny pracy w jednostkach podstawowych SMP. W pozostałych przypadkach podważono decyzję orzeczniczą wydaną w jednostce podstawowej SMP, potwierdzając tym samym zasadność odwołania.

¹⁰⁶ Art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022 poz. 437).

¹⁰⁷ WOMP realizują także zabiegi rehabilitacyjne w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.

¹⁰⁸ Art. 17 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022 poz. 437).

3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej

3. Economic aspects of health care

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia

3.1. National Health Account

Informacja o wydatkach ponoszonych na ochronę zdrowia jest poszukiwana i wykorzystywana przez wielu odbiorców. Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) obejmuje bieżące wydatki na zdrowie, zarówno publiczne, jak i prywatne. Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia służą porównaniom międzynarodowym i umożliwiają opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy poniesionych bieżących wydatków przez różne podmioty¹⁰⁹.

W latach 2013–2023 zaobserwować można stały wzrost wydatków ujętych w NRZ¹¹⁰.

Zgodnie ze wstępnymi szacunkami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2023 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 238,3 mld zł (co stanowiło 7,0% PKB) i były wyższe niż w roku 2022¹¹¹ o 21,5%. Wzrost wydatków bieżących był spowodowany dużym wpływem wydatków publicznych.

Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2023 r. 194,5 mld zł i były o 49,9 mld zł wyższe niż w 2022 r., a ich udział w PKB wyniósł 5,7%. Natomiast bieżące wydatki prywatne zmniejszyły się o 7,8 mld zł i wyniosły w 2023 r. 43,8 mld zł, mimo zwiększenia bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 38,6 mld zł, tj. o 1,6 mld (4,4%) więcej niż w 2022 r.

¹⁰⁹ Więcej informacji na temat metodologii w Części II Uwagi metodologiczne.

¹¹⁰ Dla lat 2013–2022 zaprezentowane zostały wyniki ostateczne, natomiast dla 2023 r. – wstępne szacunki.

¹¹¹ Dane za rok 2022 są danymi ostatecznymi (na mocy Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 września 2024 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2022 r. <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2022-rok,283,11.html>

Tablica 3.1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB
Table 3.1. Current expenditure on health care and its share in GDP

Wyszczególnienie Specification		2021		2022		2023 ^a	
		w mln zł in millions PLN	% PKB % GDP	w mln zł in millions PLN	% PKB % GDP	w mln zł in millions PLN	% PKB % GDP
System finansowania Financing scheme	Produkt krajowy brutto^b Gross Domestic Product^b	2 661 518	100	3 100 850	100	3 401 610	100
Metodologia SHA 2011 SHA 2011 Methodology							
HF.1+HF.2+HF.3	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia ogółem^c Total Current expenditure on health care ^c	169 418,4	6,4	196 205,1	6,3	238 296,3	7,0
HF.1	Wydatki publiczne Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	122 767,2	4,6	144 639,4	4,7	194 497,1	5,7
w tym: of which:							
HF.1.1	systemy rządowe i samorządowe government schemes	25 639,3	1,0	20 678,1	0,7	25 290,0	0,7
HF.1.2	systemy obowiązkowych, składowych ubezpieczeń zdrowotnych social health insurance schemes and Compulsory private insurance schemes	97 127,8	3,6	123 961,3	4,0	169 207,0	5,0
HF.2+HF.3	Wydatki prywatne Private expenditure	46 651,3	1,8	51 565,7	1,7	43 799,2	1,3
HF.3	w tym: bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych of which: household out-of-pocket payment	33 625,3	1,3	36 963,4	1,2	38 578,9	1,1

a Dane za rok 2023 są szacunkami wstępnymi.

b Źródło: dane o PKB dostępne na stronie: <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/>. – aktualizacja PKB 05.11.2024 r.

c Łącznie z wydatkami prywatnymi.

a Data for 2022 are preliminary estimates.

b Source: GDP data available at: <https://stat.gov.pl/en/poland-macroeconomic-indicators/> - November 5, 2024.

c Including private expenditure.

Ze względu na to, że opracowanie wyników NRZ dla 2023 r. jest na etapie wstępnych szacunków, poniższe porównanie struktury wydatków podano dla lat 2021–2022. Zgodnie z ostatecznymi wynikami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2022 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 196,2 mld zł, co stanowiło 6,3% PKB (w roku 2021 – 6,4% PKB), w tym bieżące wydatki publiczne wynosiły 144,6 mld zł, co stanowiło 4,7% PKB (w roku 2021 – 122,8 mld zł, co stanowiło 4,6% PKB).

Struktura wydatków ze względu na systemy finansowania w latach 2021–2022

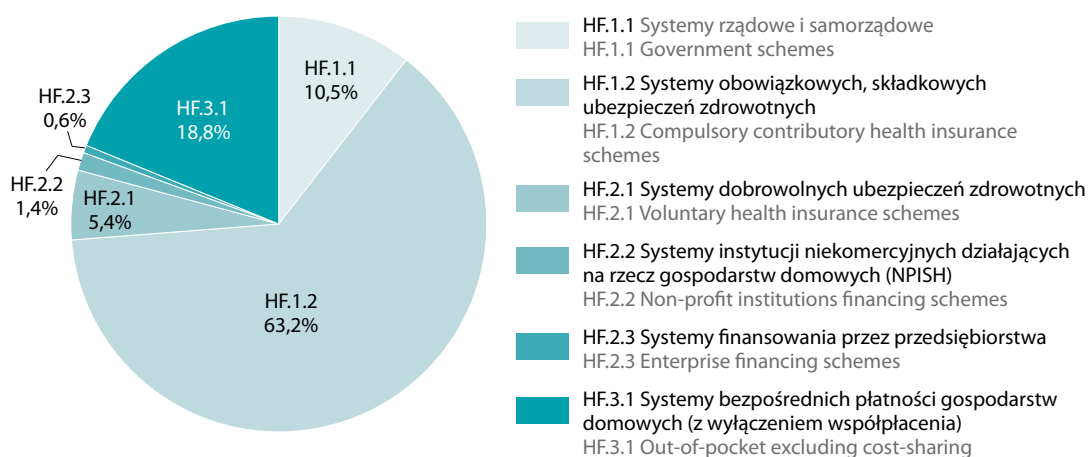
Expenditure structure according to financing schemes in 2021–2022

Struktura wydatków ze względu na systemy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA-HF) w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2022 r. przedstawiała się następująco:

- wydatki publiczne stanowiły 73,7% wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2021 – 72,5%), w tym:
 - systemy rządowe i samorządowe – 10,5% (w roku 2021 – 15,1%),
 - systemy obowiązkowych, składowych ubezpieczeń zdrowotnych – 63,2%, (w roku 2021 – 57,3%),
- wydatki prywatne stanowiły – 26,3% (w roku 2021 – 27,5%), w tym:
 - system bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych – 18,8% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2021 – 19,8%).

Wykres 3.1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg systemów finansowania w 2022 r.

Chart 3.1. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2022



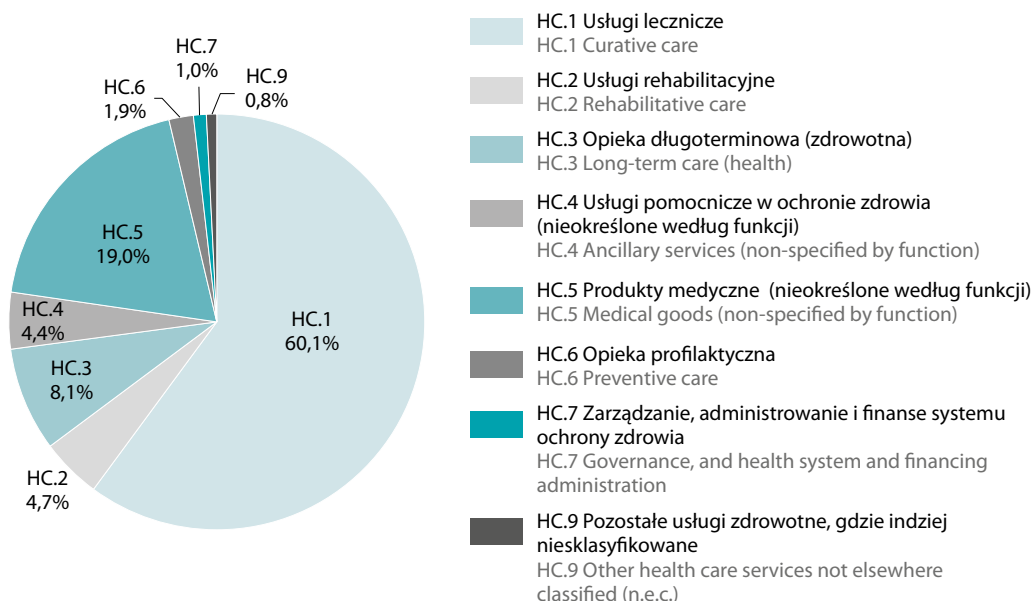
Struktura wydatków ze względu na funkcje w latach 2021–2022

Expenditure structure according to functions in 2021–2022

W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC), strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2022 r. obejmował m.in.:

- usługi lecznicze – 60,1% (w roku 2021 – 56,1%), w tym:
 - leczenie szpitalne – 32,4% (w roku 2021 – 30,2%),
 - leczenie ambulatoryjne – 25,0% (w roku 2021 – 24,2%),
- produkty medyczne, m.in. leki – 19,0% (w roku 2021 – 21,0%),
- opiekę długoterminową (zdrowotną) – 8,1% (w roku 2021 – 8,1%),
- opiekę rehabilitacyjną – 4,7% (w roku 2021 – 4,4%).

Wykres 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2022 r.
 Chart 3.2. Current expenditure on health care according to functions in 2022



Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców w latach 2021–2022

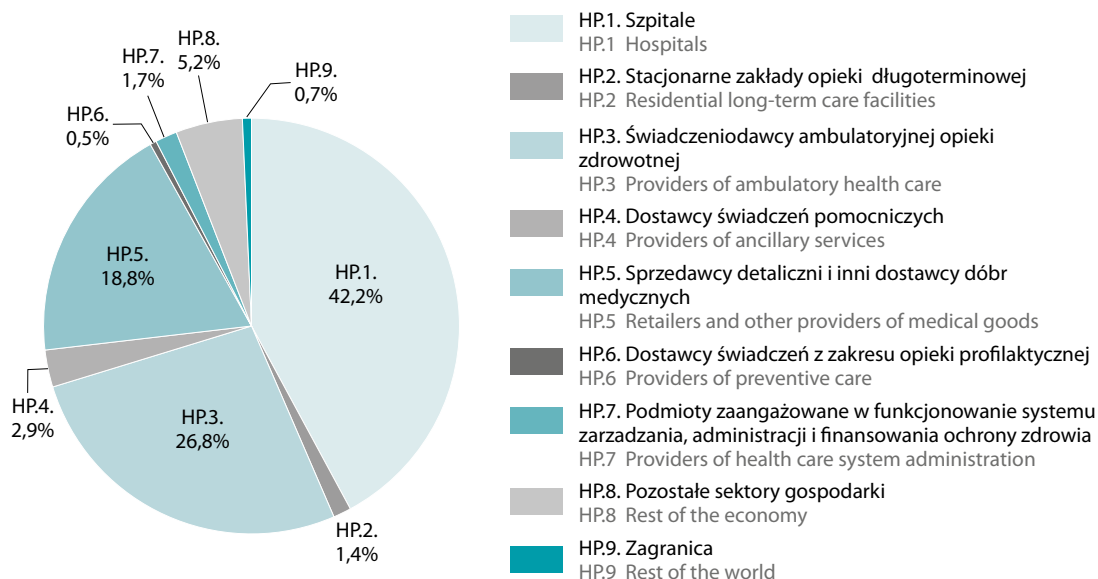
Expenditure structure according to health care providers in 2021–2022

W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP), największy strumień środków z tytułu poniesionych wydatków w 2022 r., trafił m.in. do:

- szpitali – 42,2% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2021 r. – 38,4%),
– w tym do szpitali ogólnych – 31,8% (w roku 2021 – 29,9%)
- świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – 26,8% (w roku 2020 – 25,3%)
- sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 18,8% (w roku 2021 – 20,2%),
– w tym w większości do aptek, którym przekazano ponad 16,8% ogółu środków (w roku 2021 – 18,0%).

Wykres 3.3. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców usług zdrowotnych w 2022 r.

Chart 3.3. Current expenditure on health care according to providers in 2022



Struktura wydatków ze względu na przychody systemów finansowania w latach 2021–2022

Expenditure structure according to revenues of financing schemes in 2021–2022

W 2022 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych składek zdrowotnych, zaliczanych według klasyfikacji ICHA-FS do kategorii FS.3: składki na ubezpieczenia społeczne – 62,1% (w roku 2021 – 56,1%).

Ponad jedną piątą (21,0%) wydatków na ochronę zdrowia, stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych, dokonywanych przez gospodarstwa domowe, krajowe jednostki instytucjonalne, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne oraz inne przychody krajowe n.e.c.¹¹² (w roku 2021 – 21,7%). Natomiast 11,2% stanowiły środki alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe (w roku 2021 – 16,0%). Mniejszy, ale istotny udział, miała kategoria: dobrowolne przedpłaty – 5,4% (w roku 2021 – 5,8%). W tej pozycji uwzględnia się składki na dobrowolne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne¹¹³.

¹¹² n.e.c. = Not Elsewhere Classified – nie sklasyfikowane gdzie indziej.

¹¹³ Składki na ubezpieczenia dobrowolne, to wpłaty dokonywane przez ubezpieczonych lub inne jednostki instytucjonalne, na rzecz ubezpieczonych, w celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń z systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Wykres 3.4. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg przychodów systemów finansowania w 2022 r.

Chart 3.4. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2022

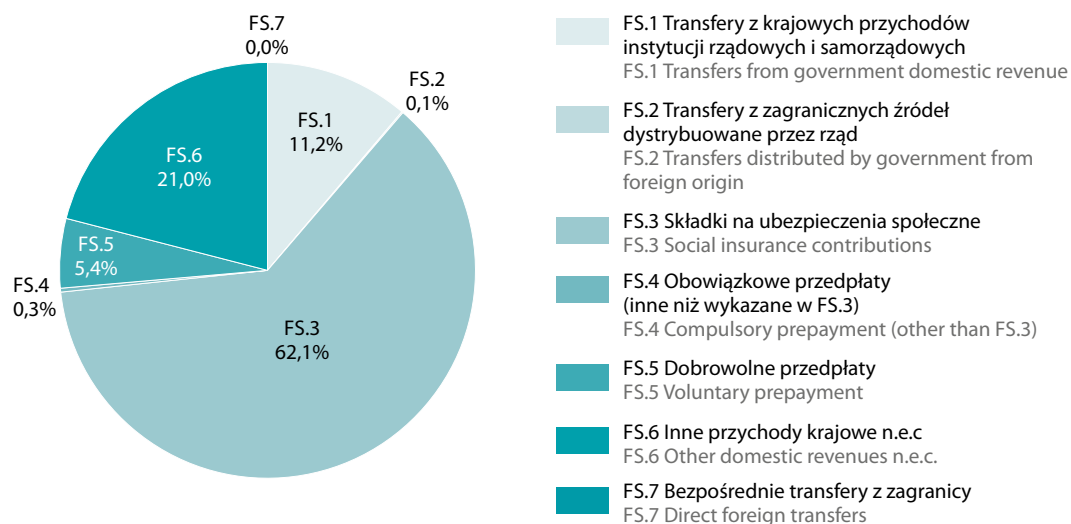
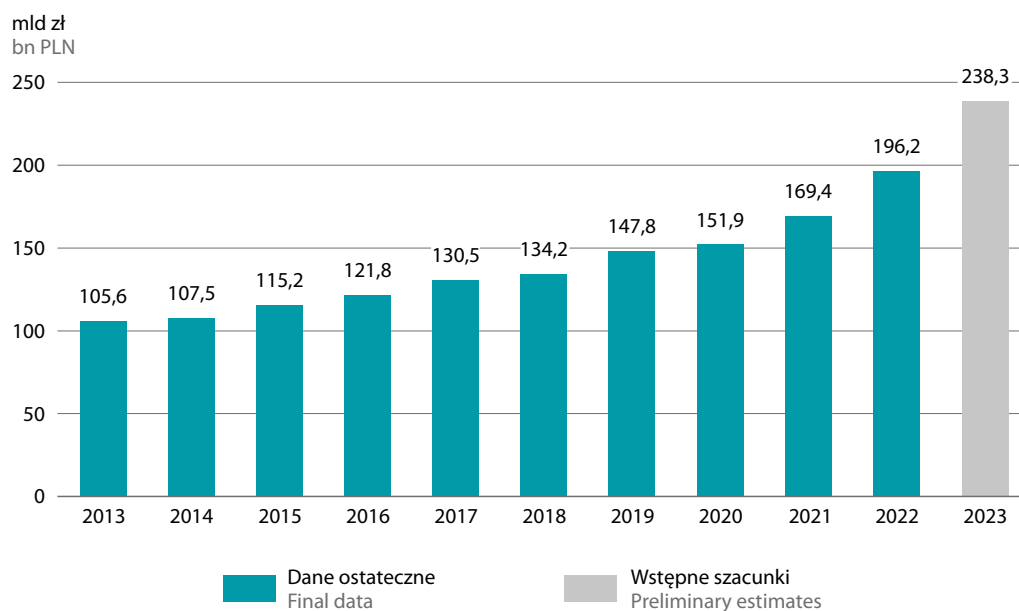
**Wykres 3.5. Wzrost wydatków ujętych w Narodowym Rachunku Zdrowia**

Chart 3.5. Increase of expenditure in National Health Account



Zestawienie podstawowych agregatów wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD

Comparison of basic aggregates of health care expenditure in OECD countries

Od 2004 r. dane gromadzone w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia są corocznie przesyłane do organizacji międzynarodowych OECD/Eurostatu/WHO w ramach Wspólnego Kwestionariusza danych finansowych (Joint Health Account Questionnaire)¹¹⁴. Głównym celem wspólnego gromadzenia danych jest dostarczanie porównywalnych na arenie międzynarodowej statystyk.

Poniżej, wzorem lat ubiegłych przedstawiamy analogiczne zestawienie podstawowych agregatów wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD.

Tablica 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD
Table 3.2. Current expenditure on health care in OECD countries

Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Australia/Australia	5 442,8	5 763,2	5 616,2	10,7	10,4	9,9	72,0	74,5	72,6
Austria/Austria	5 262,4	5 869,3	5 518,8	11,3	12,2	11,2	76,9	78,2	77,6
Belgia/Belgium	5 014,1	5 278,7	5 140,8	11,3	11,0	10,8	78,0	76,6	75,1
Chile/Chile	2 092,4	2 408,7	2 475,0	9,7	9,7	10,0	65,3	60,5	57,5
Dania/Denmark	5 171,3	5 562,8	5 070,4	10,7	10,7	9,5	84,3	85,1	84,6
Estonia/Estonia	2 552,5	2 759,1	2 525,0	7,6	7,5	7,0	77,1	76,1	74,8
Finlandia/Finland	4 261,4	4 468,1	4 426,4	9,6	9,8	9,7	79,1	79,2	79,6
Francja/France	4 816,8	5 228,5	5 133,4	12,1	12,3	11,9	84,6	85,0	84,7
Grecja/Greece	2 348,4	2 491,6	2 529,4	9,5	9,2	8,5	61,8	62,1	62,0
Hiszpania/Spain	3 448,5	3 541,8	3 442,2	10,7	10,3	9,7	73,2	73,7	74,0
Holandia/Netherlands	5 502,5	5 754,0	5 347,8	11,2	11,1	10,1	85,0	84,9	84,2
Irlandia/Ireland	5 231,0	5 424,1	5 420,5	7,1	6,6	6,1	78,0	77,4	77,4
Islandia/Iceland	4 415,0	4 673,7	4 710,1	9,6	9,7	9,1	83,4	83,8	84,7
Izrael/Israel	2 715,9	2 917,3	2 936,7	7,7	7,7	7,3	67,9	67,3	66,5
Japonia/Japan	4 703,1	4 807,4	4 878,8	11,2	11,2	11,4	85,2	85,2	86,0
Kanada/Canada	5 493,9	5 759,1	5 432,5	13,0	12,4	11,2	73,8	73,0	71,2
Kolumbia/Colombia	1 170,2	1 338,8	1 215,3	8,7	9,0	7,6	77,4	78,4	76,9
Korea/Korea	3 375,1	3 792,0	4 107,5	8,4	9,0	9,4	60,9	62,0	64,1
Kostaryka/Costa Rica	1 473,3	1 522,2	1 461,0	7,8	7,6	7,2	75,8	74,7	72,5
Litwa/Lithuania	2 628,9	2 917,0	2 740,5	7,5	7,8	7,2	70,2	68,8	66,5

¹¹⁴ Rachunki za lata 2004–2012 były sporządzane według metodologii SHA 1.0, natomiast rachunki za lata 2013–2023 na podstawie metodologii SHA2011. Więcej informacji na temat metodologii w Części II Uwagi metodologiczne.

Tablica 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD (dok.)
Table 3.2. Current expenditure on health care in OECD countries (cont.)

Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Luksemburg/Luxembourg	5 254,0	5 633,5	5 518,5	5,8	5,7	5,6	86,5	86,2	86,1
Łotwa/Latvia	2 046,2	2 720,6	2 351,9	7,3	9,1	7,6	63,6	69,5	64,9
Meksyk/Mexico	1 099,0	1 112,7	1 090,1	6,1	5,9	5,7	52,9	50,2	51,9
Niemcy/Germany	6 212,2	6 516,9	6 391,9	12,7	12,9	12,6	85,3	85,5	86,7
Norwegia/Norway	6 060,3	6 275,3	6 331,4	11,4	9,8	7,9	86,0	85,9	85,7
Nowa Zelandia/New Zealand	3 929,0	4 299,0	4 875,3	9,7	10,2	11,3	79,6	79,4	80,8
Polska/Poland	2 176,5	2 314,3	2 374,0	6,5	6,4	6,4^a	72,3	72,5	73,7
Portugalia/Portugal	3 103,5	3 454,7	3 400,9	10,5	11,1	10,5	64,3	62,8	62,5
Czechy/Czechia	3 456,5	3 765,2	3 379,1	9,2	9,5	8,8	88,2	86,8	85,0
Słowacja/Slovakia	2 309,4	2 623,7	2 575,2	7,1	7,8	7,7	80,3	79,7	79,9
Słowenia/Slovenia	3 190,6	3 423,7	3 490,6	9,4	9,5	9,6	73,2	73,8	74,0
Stany Zjednoczone/United States	11 081,4	10 924,0	10 634,6	18,6	17,3	16,5	84,5	83,4	83,6
Szwajcaria/Switzerland	6 880,5	7 255,2	7 213,7	12,0	12,0	11,7	69,6	68,7	68,5
Szwecja/Sweden	5 255,1	5 472,3	5 292,5	11,3	11,1	10,5	86,2	86,1	86,0
Turcja/Türkiye	1 336,1	1 551,9	1 433,0	4,6	4,6	3,7	78,8	78,8	75,2
Węgry/Hungary	2 332,1	2 523,6	2 419,5	7,3	7,4	6,7	70,8	72,5	72,6
Włochy/Italy	3 326,6	3 505,9	3 382,6	9,6	9,3	9,0	75,9	74,4	74,4
Zjednoczone Królestwo/United Kingdom	4 370,9	4 785,9	4 523,8	12,0	12,0	11,1	84,4	83,7	82,4

a Wartość z bazy OECD Data Explorer ze stanu na dzień 26.11.2024. Baza danych nie została zaktualizowana o ostatnią zmianę PKB ogłoszoną przez GUS 05.11.2024 r. stąd różnice w porównaniu z Tablicą 3.1.

a Value from OECD Data Explorer database as of November 26, 2024. Database has not been updated with the latest GDP data announced by Statistics Poland on November 5, 2024, hence the differences compared to Table 3.1.

Baza danych OECD Data Explorer – aktualizacja 26.11.2024 r.

Source: OECD Statistics database OECD Data Explorer - updated on November 26, 2024.

W kategorii cen bieżących w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród przedstawionych w tablicy państw. Z krajów Unii Europejskiej tylko Łotwa ma niższe wydatki. Także udział wydatków na zdrowie w PKB, w przypadku Polski na tle innych państw wymienionych w tabeli, jest niski.

3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia

3.2. Public expenditure on health care

Nakłady na ochronę zdrowia opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia jest formą określania wydatków na ochronę zdrowia i zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. 2024 poz. 146) odnosi się ona wyłącznie do środków publicznych i nie ogranicza się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmuje wydatków samorządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2023 r. oraz projekcją planu Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 165,5 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich ostateczne wykonanie wyniosło 184,8 mld zł (w tym 0,3 mld zł z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19¹¹⁵ i 0,8 mld zł Funduszu Pomocy¹¹⁶ przekazanych NFZ), co stanowi 7,05% PKB (z roku N-2)¹¹⁷. Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2023 były o około 33,8 mld zł wyższe (22,4%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2022 r. Nakłady poniesione na ochronę zdrowia w 2022 r. stanowiły 4,91% PKB z tego roku.

Tablica 3.3. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB z roku N^a, tj. roku bieżącego i z roku N-2, tj. zgodnie z ustawą

Table 3.3. Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N^a and N-2, according to the Act

Rok Year	PKB N-2 zgodnie z ustawą ^b GDP N-2 according to the act ^b	PKB dla roku bieżącego (N) ^c GDP for current year (N) ^c	Plan ^b Plan ^b		Wykonanie Execution		
	w mld zł/in billion PLN			% PKB N-2/GDP N-2	w mld zł/ in billion PLN	% PKB N-2/GDP N-2 ^b	% PKB N ^c /GDP N ^c
2022	2 323,9	3 074,4	133,6	5,75	151,0	6,50	4,91
2023	2 622,2	3 410,1	165,5	6,31	184,8	7,05	5,42

a Literą N oznaczono rok, którego dotyczą dane o nakładach na zdrowie (Plan i Wykonanie).

b Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2022 r. punktem odniesienia jest PKB z 2020 r., a dla 2023 r. – z roku 2021.

c Według aktualnych danych PKB. Źródło: GUS dane o PKB dostępne na stronie: Wskazniki Makroekonomiczne – aktualizacja 23.04.2024 r. a The letter N indicates the year to which the data on health expenditure refer (Plan and Execution).

b In accordance to art. 131c paragraph 2 of the Act on healthcare services financed from public funds, for 2022 expenditure, the benchmark is 2020 GDP and for 2023 for 2021 GDP.

c According to current GDP data. Source: GUS, GDP data available on the website: Poland macroeconomic indicators – update April 23, 2024.

¹¹⁵ Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, z późn. zm.).

¹¹⁶ Fundusz Pomocy, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 583 z późn. zm.).

¹¹⁷ Literą N oznaczono rok bieżący, a N-2 rok o 2 lata wcześniejszy. Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2021 r. punktem odniesienia jest PKB za 2019 r., a dla 2022 r. – rok 2020.

Tablica 3.4. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy
Table 3.4. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2022			2023		
		plan ^a plan ^a	wykonanie execution		plan ^a plan ^a	wykonanie execution	
		w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	% ^b	w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	% ^b
I	Wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia Budget expenditure in the part of the state budget that is at the disposal of the minister responsible for health care	14 917	15 522	10,3	14 186	15 236	8,2
II	Wydatki budżetu środków europejskich w dziale „ochrona zdrowia” Expenditure of the European funds in the “health care” section	1 598	592	0,4	1 217	2 041	1,1
III	Wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa Budget expenditure in the “health care” section in other parts of the state budget	8 433	7 256	4,8	5 951	4 744	2,6
IV	Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem planowanych transferów środków finansowych otrzymanych ze źródeł, o których mowa w pozostałych kategoriach Costs of the National Health Fund included in the Fund's financial plan excluding planned transfers of funds received from sources referred to in other categories	108 335	127 317 ^c	84,3	143 654	162 286 ^c	87,8
V	Koszt Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych ujęte w planie finansowym tego Funduszu z wyłączeniem planowanych transferów środków finansowych otrzymanych ze źródeł, o których mowa w pozostałych kategoriach The cost of the Medical Studies Loan Fund included in the Fund's financial plan excluding planned transfers of funds received from sources referred to other categories	0	0	0,0	0	0	0,0
VI	Koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, z wyłączeniem środków pochodzących z wpłat z budżetu państwa przekazywanych w danym roku budżetowym Costs included in the financial plan of the Vaccination Compensation Fund, excluding funds from payments from the state budget transferred in a given financial year	0	4	0,0	4	1	0,0
VII	Koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Costs included in the NHF financial plan of the Gambling Fund Resolving Problems	23	18	0,0	40	6	0,0
VIII	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9 ustawy ujęty w planie finansowym Funduszu A Copy for the Agency for Health Technology Assessment and Tarification referred to in Art. 31t section 5-9 of the Act included in the Fund's financial plan	0	0	0,0	81	81	0,0
IX	Odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu A Copy for the Medical Research Agency, referred to in Art. 97 section 3e, included in the Fund's financial plan	323	323	0,2	404	404	0,2

Tablica 3.4. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy (dok.)
Table 3.4. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act (cont.)

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2022			2023		
		plan ^a plan ^a	wykonanie execution		plan ^a plan ^a	wykonanie execution	
		w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	% ^b	w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	% ^b
X	Koszty ujęte w rocznym planie finansowym Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych ^d Costs included in the annual financial plan of the Clinical Research Compensation Fund ^d	0	0	0,20	0	0,04	0,0
XI	Odpis dla Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3i i 3j, ujęty w planie finansowym Funduszu ^e A copy to the Medical Event Compensation Fund referred to in Art. 97 section 3i and 3j, included in the Fund's financial plan ^e	0	0	0,0	0	7	0,0
XII	Wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest Rzecznik Praw Pacjenta (część 66, dział 750) ^f Budget expenditure in the part of the state budget administered by the Patients' Rights Ombudsman (part 66, section 750) ^f	0	0	0,0	0	18	0,0
	RAZEM^g TOTAL^g	133 629	151 032	100,0	165 537	184 824	100,0

a Zgodnie z ustawą budżetową.

b Udział w strukturze nakładów.

c W tym 5 539 mln zł pochodziło z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a 604 mln zł pochodziło z Funduszu Pomocy.

d Kategoria dodana do katalogu ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 605), która weszła w życie 14 kwietnia 2023 r.

e, f Kategorie dodane do katalogu ustawą z dnia 16.06.2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 1675), która weszła w życie 6.09.2023 r.

g Sumy w kolumnach obliczone zostały na wartościach, które zostały zaokrąglone.

a According to the budget Act.

b Share in expenditure structure.

c Including PLN 5 539 million which came from the COVID-19 Counteracting Fund. PLN 604 million came from Aid Fund.

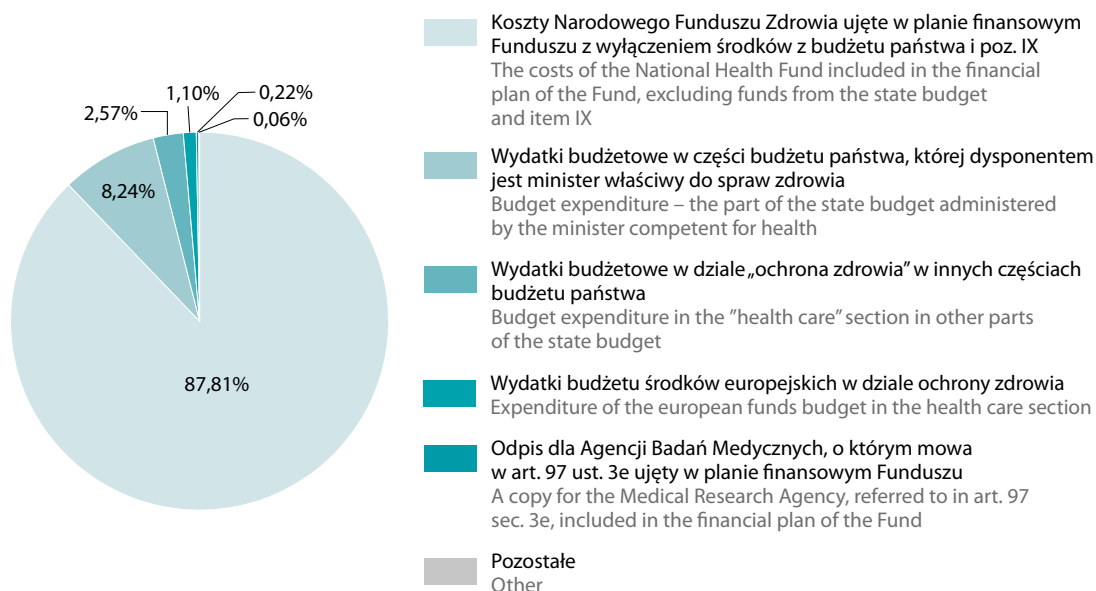
d Category added to the catalog by the Act of March 9, 2023 on clinical trials of medicinal products for human use (Journal of Laws of 2023, item 605), which entered into force on April 14, 2023.

e, f Categories added to the catalog by the Act of June 16, 2023 amending the Act on Patient Rights and the Patient Ombudsman and certain other acts (Journal of Laws of 2023, item 1675), which entered into force on September 6, 2023.

g Column totals were calculated on rounded values.

W strukturze nakładów na ochronę zdrowia główne pozycje dotyczą planowanych kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia (punkt IV tablicy powyżej), wydatków budżetu państwa, ujętych w części 46 – Zdrowie (punkt I tablicy) oraz w dziale ochrona zdrowia w innych częściach budżetowych (punkt III tablicy).

Wykres 3.6. Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy w 2023 r.
Chart 3.6. Share in expenditure on health care by categories according to the provisions of the Act in 2023



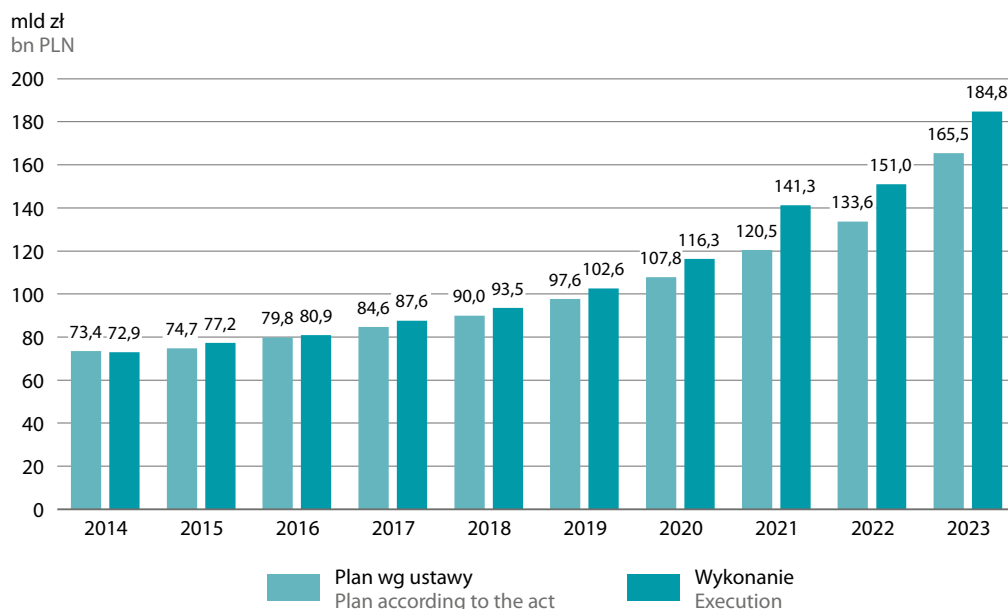
Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2023

Increase in health care expenditure in 2014–2023

W latach 2014–2023 możemy zaobserwować stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Dotyczy to zarówno corocznych planów nakładów według ustawy, jak ich wykonania, które prawie zawsze było większe od planu, z wyjątkiem roku 2014. Pomiędzy rokiem 2014 a 2023 nakłady na ochronę zdrowia według planu, wzrosły o 125,6%, natomiast według wykonania, zwiększyły się o 153,7%. Największy roczny wzrost w tym okresie nakładów na ochronę zdrowia według wykonania, odnotowano w roku 2023 – o 22,4%.

Wykres 3.7. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2023

Chart 3.7. Increase in health care expenditure in 2014–2023



Bez względu na przyjętą metodologię – według Narodowego Rachunku Zdrowia, czy zgodnie z przepisami art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w latach 2014–2023 wystąpił znaczący wzrost kwot wydatków na ochronę zdrowia.

Dane za rok 2023 wskazują na osiągnięcie przez nakłady publiczne poziomu 7,05% PKB, a wstępne szacunki bieżących wydatków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia ujęte w Narodowym Rachunku Zdrowia – poziomowi 7,0% PKB.

Szereg czasowy nakładów publicznych na ochronę zdrowia, wskazuje na wzrost tych nakładów o 153,7% pomiędzy rokiem 2014 a 2023. Podobnie pomiędzy rokiem 2014 a 2023 bieżące wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia, według NRZ, wzrosły o 121,8%.

3.3. Satelitarny rachunek zdrowia

3.3. Satellite health account

Dla pełnej oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia niezbędny jest systematyczny opis przepływów finansowych związanych z opieką zdrowotną. Kompleksowej informacji o finansowym aspekcie sektora ochrony zdrowia na poziomie gospodarki narodowej dostarczają szacunki satelitarnego rachunku zdrowia. Celem opracowywania rachunków satelitarnych jest zaspokojenie zapotrzebowania na specyficzne dane, które nie są prezentowane w systemie rachunków narodowych.

Satelitarny rachunek zdrowia wykorzystuje strukturę rachunków z systemu rachunków narodowych (sekwencja rachunków zintegrowanych, rachunek wyrobów i usług), jednocześnie przyjmując koncepcje charakterystyczne dla systemu rachunków zdrowia (klasyfikacje ICHA i związane z nimi definicje obszaru ochrony zdrowia i świadczeniodawców opieki zdrowotnej).

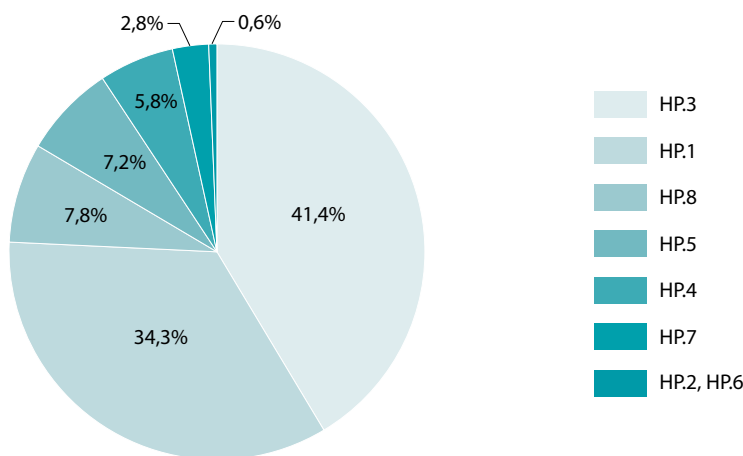
Satelitarny rachunek zdrowia pozwala ocenić udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w gospodarce narodowej. Dzięki temu umożliwia porównanie z wynikami innych dziedzin gospodarki, czy też pomiędzy krajami.

W 2020 r. wartość produkcji globalnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 175 853,0 mln zł i w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła o 3,1%. Najwyższą wartość produkcji globalnej zanotowano dla szpitali HP.1. Ich udział w wartości produkcji globalnej wyniósł 41,5%. Znaczący wkład w produkcję globalną mieli także świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3 – 36,0%. Najmniejszy udział odnotowano dla świadczeniodawców profilaktycznych usług zdrowotnych HP.6 – 0,3%.

Wartość zużycia pośredniego dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 69 929,9 mln zł, natomiast wartość dodana brutto 105 923,0 mln zł (odpowiednio spadek o 3,3% i wzrost o 7,9% w stosunku do roku poprzedniego).

W 2020 r. największy udział w tworzeniu wartości dodanej brutto mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, którzy wypracowali 41,4% wartości dodanej brutto tej grupy podmiotów. Znaczący udział w generowaniu wartości tej transakcji odnotowano również dla szpitali – 34,3%.

Wykres 3.8. Struktura wartości dodanej brutto według świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2020 r. (w %)
Chart 3.8. Structure of gross value added by health care providers HP in 2020 (in %)



Tablica 3.5. Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2020 r. (w mln zł, ceny bieżące)

Table 3.5. Production account and generation of income account for health care providers HP in 2020 (in millions PLN, current prices)

DOSTAWCY HP LATA Providers HP Years	Produkcja globalna Gross output	Zużycie pośrednie Intermediate consumption	Wartość dodana brutto Value added gross	Koszty związane z zatrudnieniem Compensation of employees	Pozostałe podatki związane z produkcją Other taxes on production	Pozostałe dotacje związane z produkcją Other subsidies on production	Nadwyżka operacyjna brutto Operating surplus gross
OGÓŁEM HP.1-HP.8 TOTAL	175 853,0	69 929,9	105 923,0	56 569,0	768,0	3 160,1	51 746,2
Szpitala HP.1 Hospitals	72 929,9	36 548,5	36 381,4	34 137,1	370,4	198,4	2 072,3
Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej HP.2 Residential long-term care facilities	1 278,8	774,1	504,7	441,6	4,9	44,2	102,4
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3 Providers of ambulatory health care	63 349,5	19 497,4	43 852,1	11 813,4	241,6	2 333,9	34 131,0
Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia HP.4 Providers of ancillary services	11 355,4	5 177,3	6 178,1	3 087,8	56,4	238,8	3 272,7
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych HP.5 Retailers and other providers of medical goods	11 592,4	3 955,0	7 637,4	3 819,5	54,7	311,1	4 074,4
Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych HP.6 Providers of preventive care	503,7	337,7	166,0	157,3	1,2	–	7,4
Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia HP.7 Providers of health care system administration and financing	6 117,6	3 139,0	2 978,6	2 827,7	31,6	–	119,3
Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki HP.8.1-8.2 Rest of the economy	8 725,7	501,1	8 224,7	284,7	7,1	33,9	7 966,8

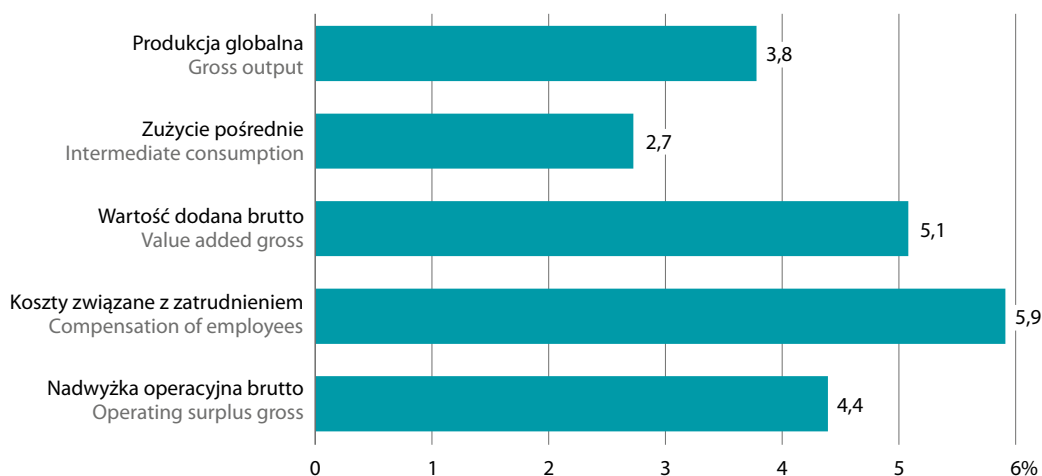
W 2020 r. koszty związane z zatrudnieniem wyniosły 56 569,0 mln zł i w porównaniu z rokiem ubiegłym wzrosły o 7,4%. Ponad połowa tej wartości (60,3%) przypadała na szpitale.

Nadwyżka operacyjna brutto, stanowiąca różnicę pomiędzy wartością dodaną brutto a kosztami związanymi z zatrudnieniem i pozostałymi podatkami związanymi z produkcją pomniejszonymi o pozostałe dotacje związane z produkcją, wyniosła 51 746,2 mln zł. Największy wkład w tej kategorii makroekonomicznej mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (66,0%).

W 2020 r. udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w tworzeniu produkcji globalnej brutto dla gospodarki narodowej wyniósł 3,8%, natomiast w generowaniu zużycia pośredniego – 2,7%. Udział tej grupy podmiotów w kształtowaniu wielkości kosztów związanych z zatrudnieniem stanowił 5,9%.

Wykres 3.9. Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2020 r.

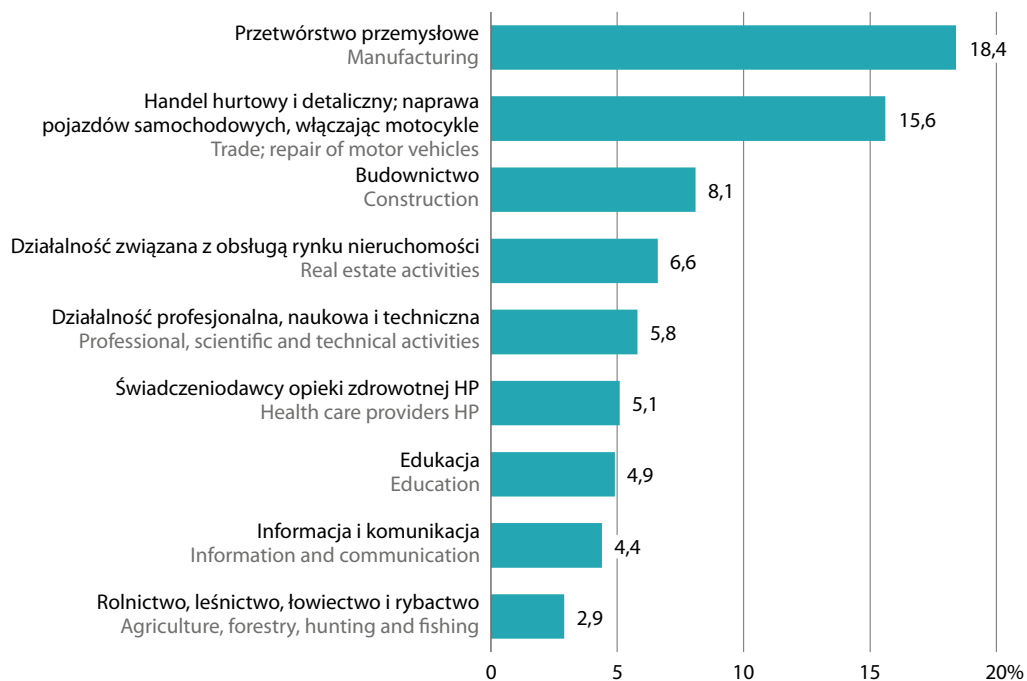
Chart 3.9. The share of health care providers HP in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2020



W 2020 r. świadczeniodawcy opieki zdrowotnej HP wygenerowali 5,1% wartości dodanej brutto dla gospodarki narodowej. Porównując z wybranymi sekcjami PKD, to największy wkład w tworzenie tej kategorii makroekonomicznej miało przetwórstwo przemysłowe (18,4%).

Wykres 3.10. Wkład świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wartość dodaną brutto dla gospodarki narodowej na tle wybranych sekcji PKD w 2020 r.

Chart 3.10. Contribution of health care providers HP to the value added gross for the national economy against the background of selected PKD sections in 2020



Szacunki satelitarne rachunku zdrowia dostarczają również informacji dotyczących podaży i wykorzystania dóbr i usług z zakresu opieki zdrowotnej, stanowiących funkcje ochrony zdrowia HC.

W 2020 r. produkcja globalna dóbr i usług w ochronie zdrowia HC osiągnęła wartość 190 995,7 mln zł, o 2,8% więcej niż w roku poprzednim. Spożycie ogółem wyniosło 153 487,7 mln zł, z czego 72,2% dotyczyło instytucji rządowych i samorządowych. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wartość spożycia wyniosła 4 020 zł (w 2019 r. 3 851 zł). Odnotowano dodatnie saldo w handlu zagranicznym na poziomie 38,5 mln zł.

Tablica 3.6. Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia HC w 2020 r. (w mln zł, ceny bieżące)
Table 3.6. Supply and use of health care goods and services HC in 2020 (in millions PLN, current prices)

TRANSAKCJE TRANSACTIONS	2020
Produkcja globalna Gross output	190 995,7
w tym produkcja globalna HP of which gross output by HP	171 620,9
Import Imports	889,6
Spożycie Final consumption expenditure	153 487,7
w gospodarstwach domowych by households	40 494,7
w instytucjach niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych by non-profit institutions serving households	2 222,6
w instytucjach rządowych i samorządowych by general government	110 770,3
Eksport Exports	928,1

Informację uzupełniającą o sektorze ochrony zdrowia stanowią dane o nakładach inwestycyjnych. W 2020 r. wartość nakładów inwestycyjnych poniesionych przez głównych dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia wyniosła 8 895,3 mln zł (o 8,2% więcej niż w 2019 r.). 48,0% ich wartości stanowiły nakłady na maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, 42,0% na budynki i budowle, a 9,8% na środki transportu.

Biorąc pod uwagę wartość nakładów inwestycyjnych na ochronę zdrowia według kierunków inwestowania, wydatki poniesione w gospodarce narodowej przez inwestorów na budowę, zakup lub ulepszenie środków trwałych przeznaczonych dla potrzeb ochrony zdrowia w 2020 r. wyniosły 9 465,5 mln zł (wzrost o 9,8% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Tablica 3.7. Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące)
Table 3.7. Investments outlays in health care in 2019 (in millions PLN, current prices)

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2020
Nakłady głównych świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP.1-HP.5 Investments outlays of primary health care providers	8 895,3
w tym na: of which:	
budynki i budowle buildings and structures	3 739,9
maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia machinery, technical equipment and tools	4 266,9
środki transportu transport equipment	875,9
Nakłady na ochronę zdrowia (według kierunku inwestowania) Investments outlays in health care (by the direction of investments)	9 465,5

4. Wybrane problemy

4. Selected problems

4.1. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych

4.1. Measurement of access to public hospital services

W tym rozdziale analizie poddano świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) z perspektywy powiatu (NUTS 4). Podczas analiz wzięto pod uwagę miejsce udzielenia świadczenia oraz miejsce zamieszkania, uwzględniając przy tym aspekt migracji pacjentów do szpitali zlokalizowanych w innym powiecie niż powiat zamieszkania. W rozdziale poruszono również problematykę dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), korzystania ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego oraz świadczeń AOS przez obywateli Ukrainy mieszkających na terenie Polski.

Ograniczone środki publiczne, wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów, przy jednoczesnym wzroście kosztów opieki zdrowotnej skutkują tym, że system publicznej opieki zdrowotnej, pomimo systematycznego wzrostu nakładów, funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru. W konsekwencji władze publiczne poszukują coraz doskonalszych metod analizy i oceny potrzeb zdrowotnych tak, aby ograniczone strumienie środków publicznych, skierować do tych obszarów ochrony zdrowia, gdzie występują największe niedomagania oraz do tych, które mogą przyczynić się do maksymalizacji efektów zdrowotnych. Od 2015 r. Ministerstwo Zdrowia opracowuje tzw. regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych¹¹⁸. Mapy zawierają m. in. analizę demograficzną, analizę stanu i wykorzystania zasobów oraz prognozę potrzeb zdrowotnych. Zadania związane m.in. z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa realizują również jednostki samorządu terytorialnego (JST). Większość ze stosowanych podczas analiz wskaźników, nie bierze jednak pod uwagę zjawiska migracji pacjentów, co wpływa na dokładność oceny stopnia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Przykładem są takie wskaźniki jak: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) lub liczba porad AOS na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wskaźniki te stanowią często przesłankę, na podstawie której dokonuje się oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Podczas analiz należy jednak mieć na uwadze to, że pacjenci podejmują decyzje o wyborze szpitala lub przychodni specjalistycznej kierując się różnymi przesłankami, w ramach których odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem lub przychodnią nie zawsze musi być najważniejsza.

W przedstawionych analizach dane dotyczące Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego potraktowano łącznie¹¹⁹.

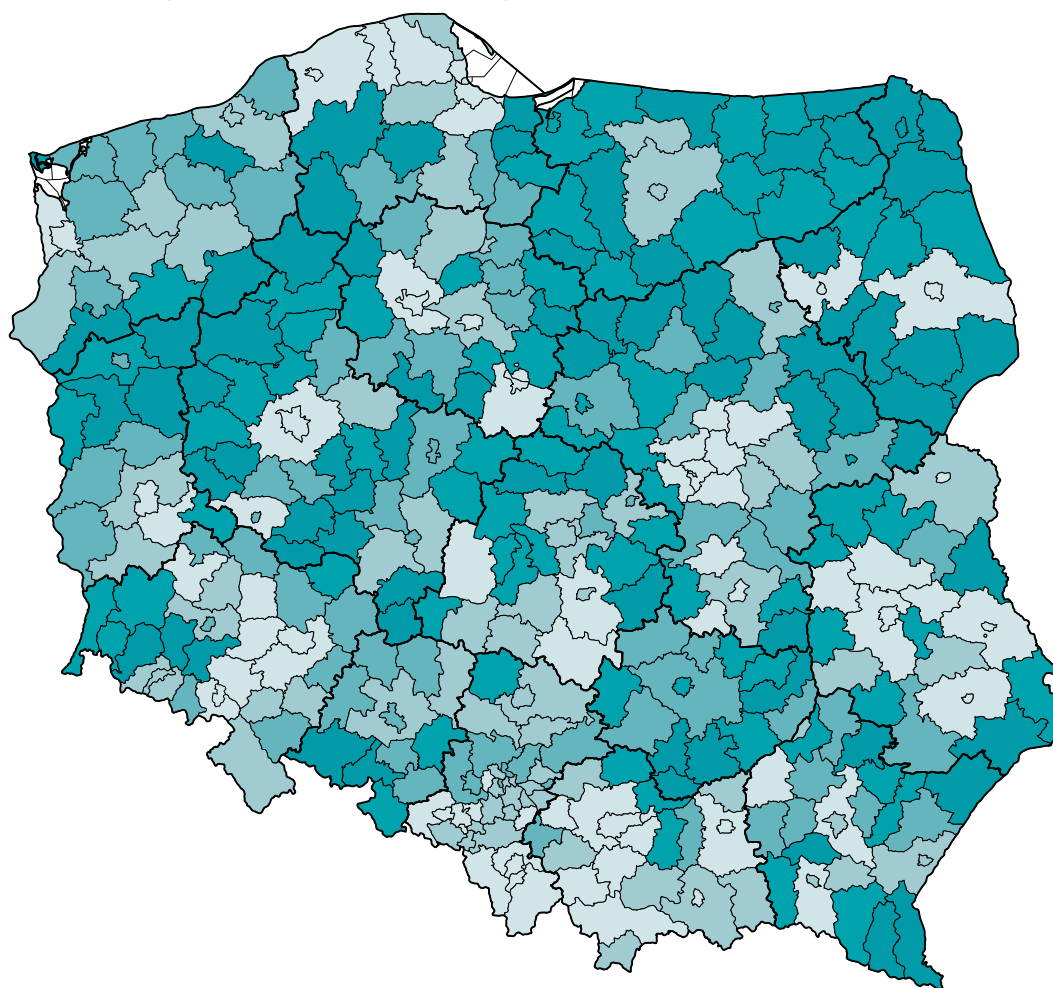
¹¹⁸ <https://basiw.mz.gov.pl>.

¹¹⁹ W latach 1999–2002 Wałbrzych miał status miasta na prawach powiatu, a w latach 2003–2012 miasto wchodziło w skład powiatu wałbrzyskiego. Decyzją Rady Ministrów, od 1 stycznia 2013 r. prawa powiatu zostały miastu przywrócone. W celu zachowania porównywalności danych oraz spójności z analizami z lat poprzednich, dane dotyczące miasta na prawach powiatu Wałbrzych i otaczającego go powiatu wałbrzyskiego zostały potraktowane łącznie.

Ocena dostępności do wybranych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)

Mapa 4.1. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w 2023 r.

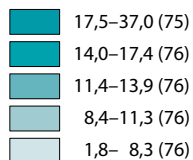
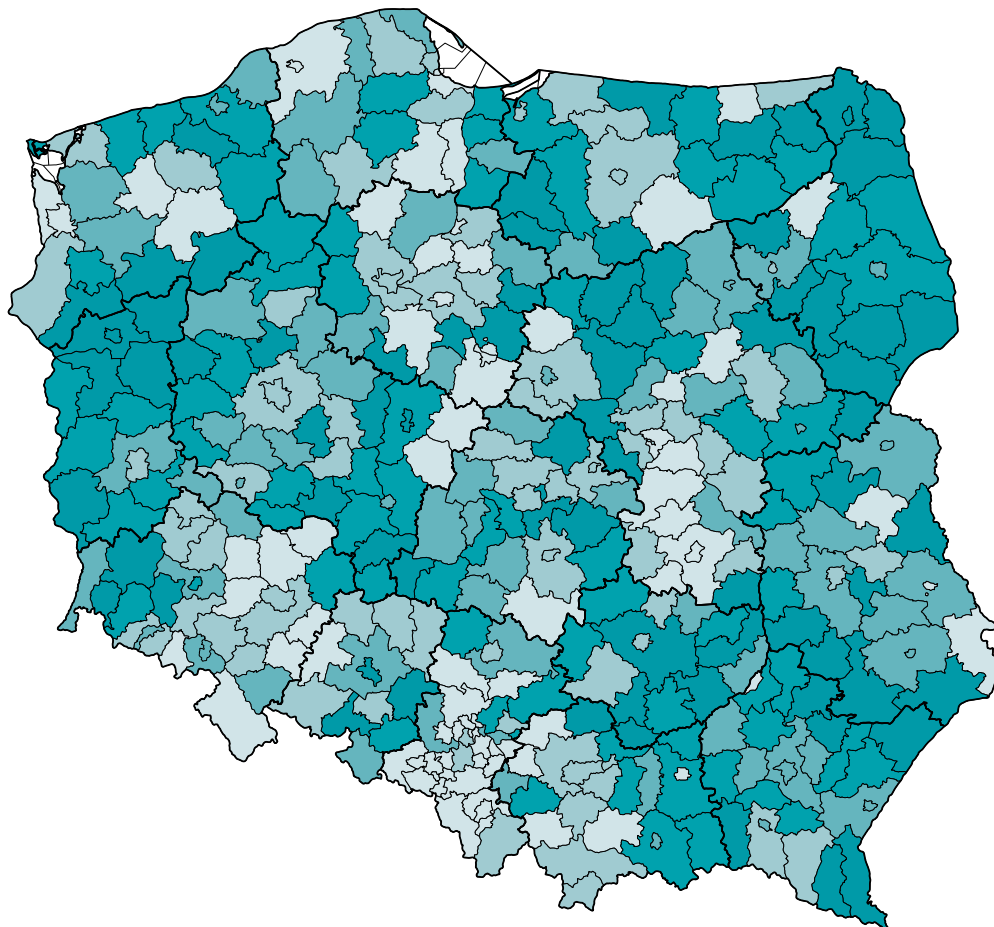
Map 4.1. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population in 2023



90,9–157,6 (75)	Liczba pacjentów – mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. mieszkańców. Number of patients – residents of the powiat who have benefited from hospital services regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population.
80,4– 90,8 (76)	
71,2– 80,3 (76)	
64,0– 71,1 (76)	
43,6– 63,9 (76)	

Mapa 4.2. Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2023 ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2022

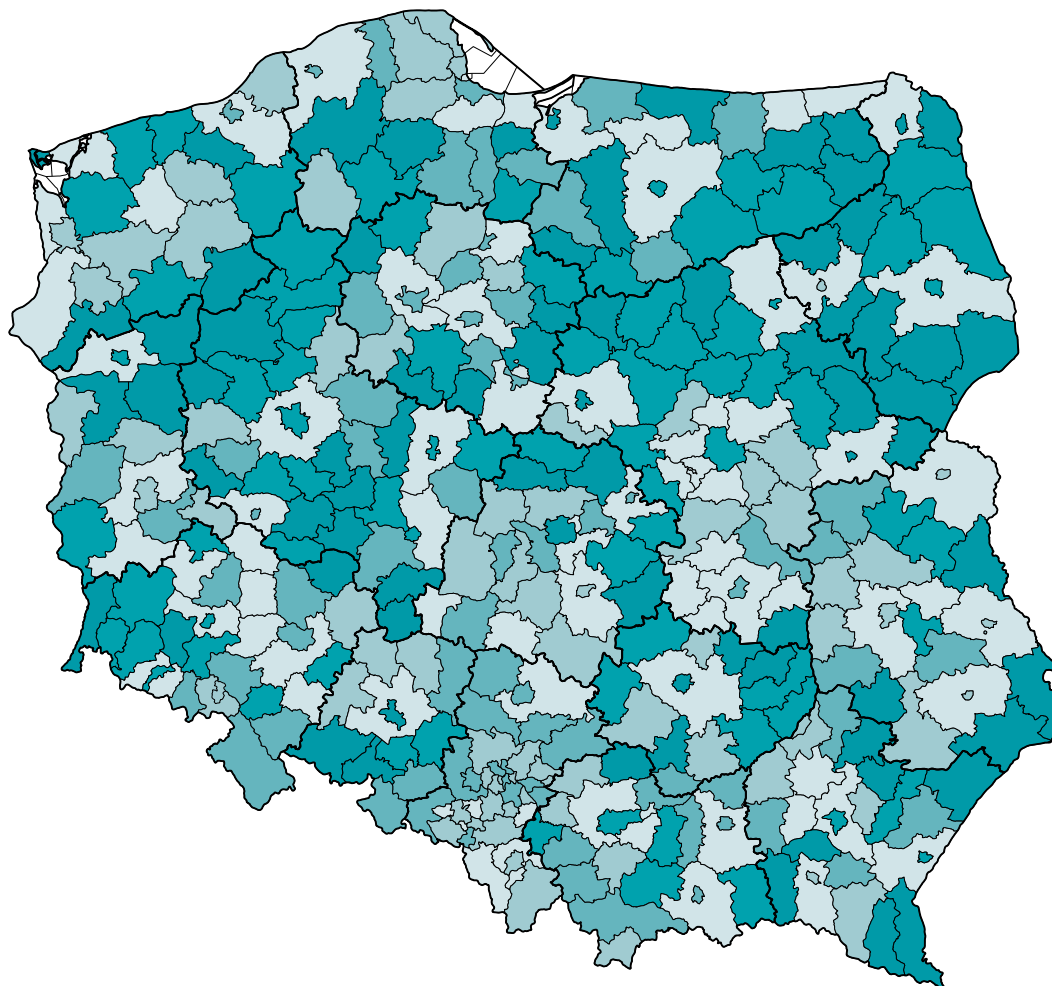
Map 4.2. The difference in the number of people who have benefited in 2023 from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population compared to 2022



Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2023 ze świadczeń szpitalnych bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2022.
The difference in the number of people who have benefited in 2023 from hospital services at hospital, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population compared to 2022.

Mapa 4.3. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2023 r.

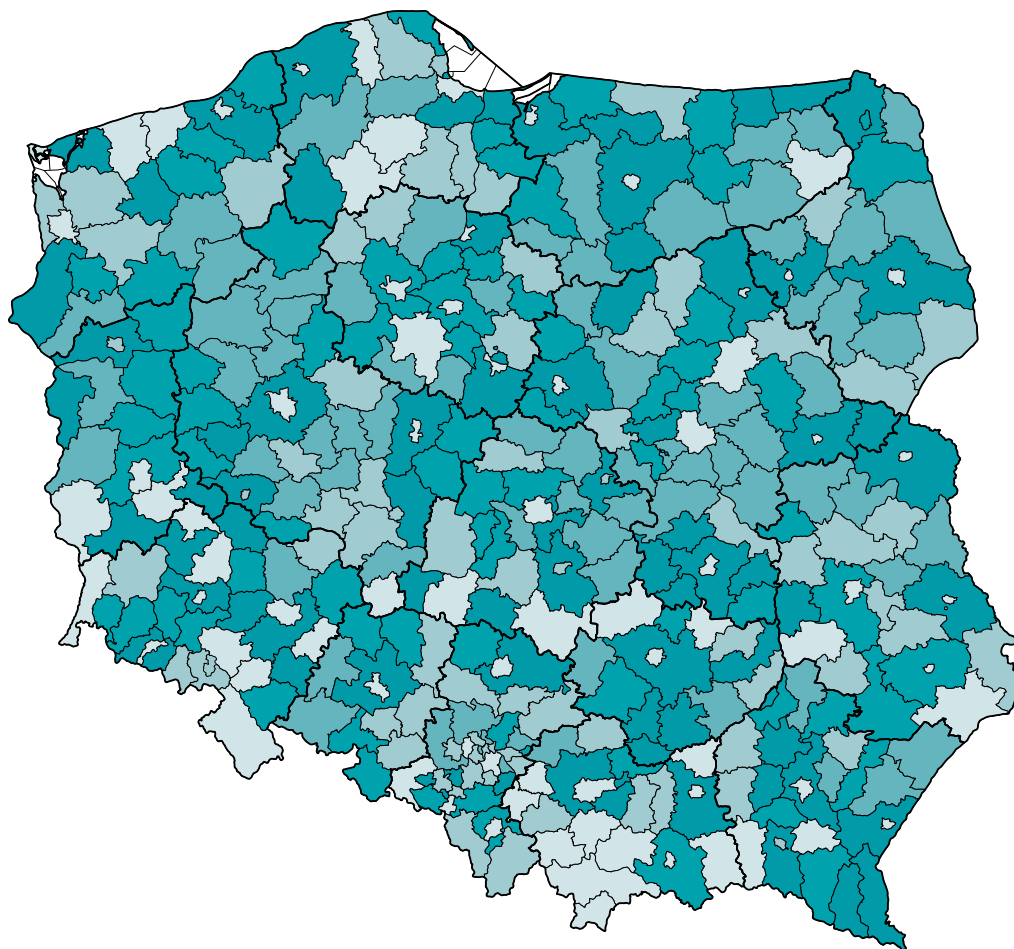
Map 4.3. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's – the place of residences, per 1 thousand population in 2023



56,5–120,6 (75)	Liczba pacjentów – mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności
47,1– 56,4 (75)	Number of patients who have benefited from hospital services, in the poviat's the place of residences, per 1 thousand population.
40,3– 47,0 (76)	
26,4– 40,2 (76)	
0,0– 26,3 (76)	

Mapa 4.4. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2023 r.

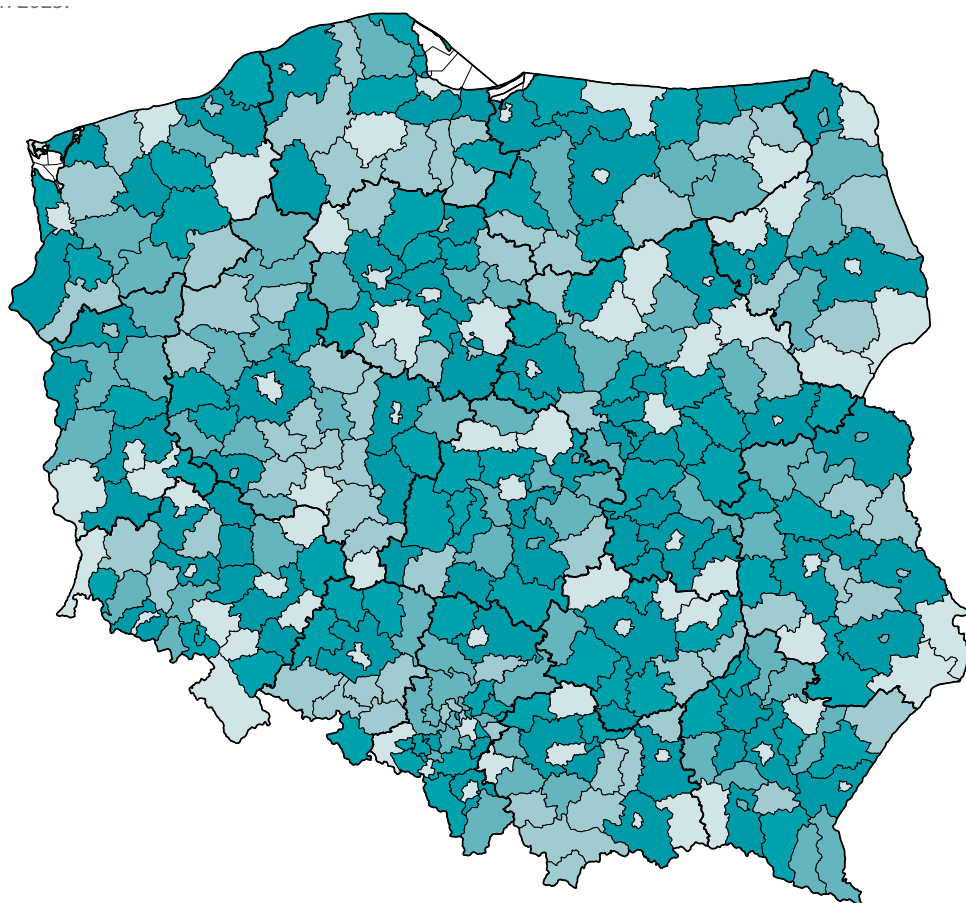
Map 4.4. People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in a different poviast than the poviast's place of residences, per 1 thousand population in 2023



	48,3–93,3 (74)	Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności.
	38,4–48,2 (76)	The number of patients who have used the hospital services in a different poviast than the poviast's place of residences, per 1 thousand population.
	31,1–38,3 (76)	
	25,1–31,0 (76)	
	7,4–25,0 (77)	

Mapa 4.5. Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2023 r.

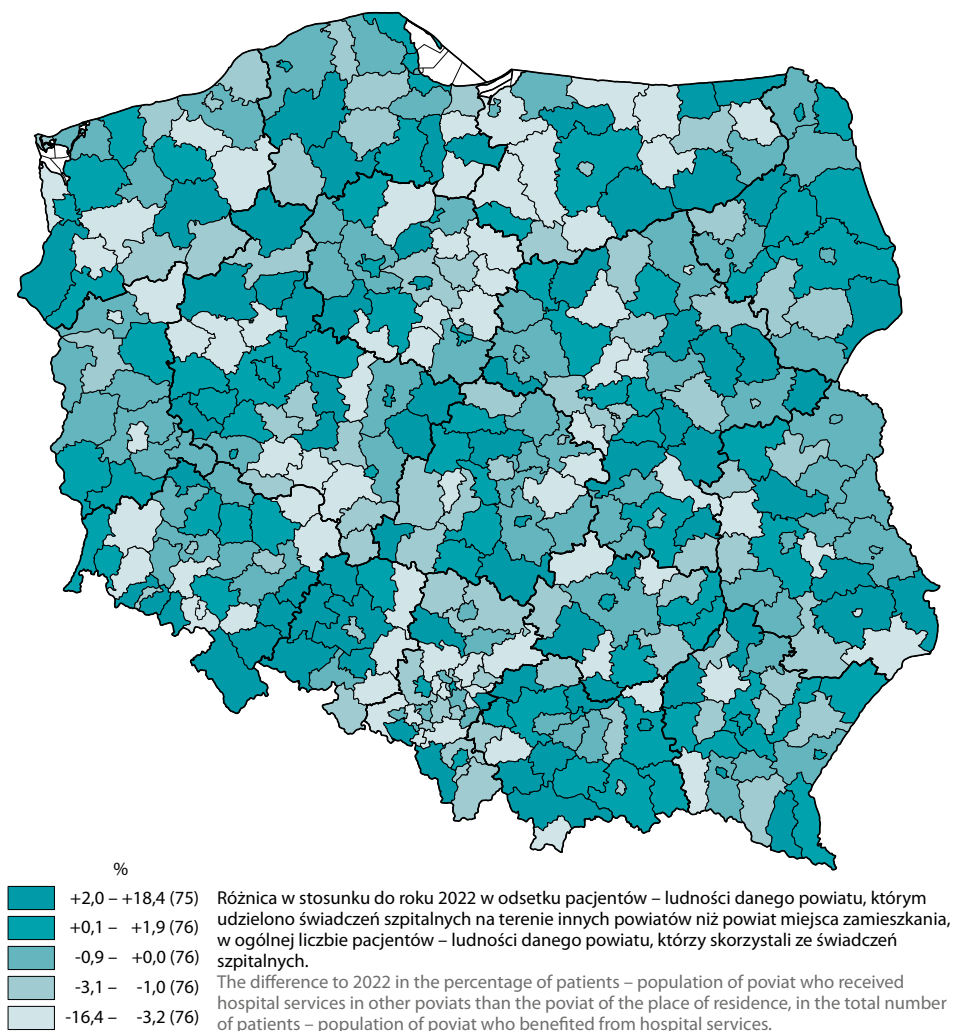
Map 4.5. Percentage of patients – population of powiat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the powiat of the place of residence, in the total number of patients – population of powiat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2023



61,7–100,0 (75)	Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych.
45,5– 61,6 (76)	Percentage of patients – population of powiat who received hospital services in other poviats than the powiat of the place of residence, in the total number of patients – population of powiat who benefited from hospital services.
38,5– 45,4 (76)	
32,5– 38,4 (76)	
12,7– 32,4 (76)	

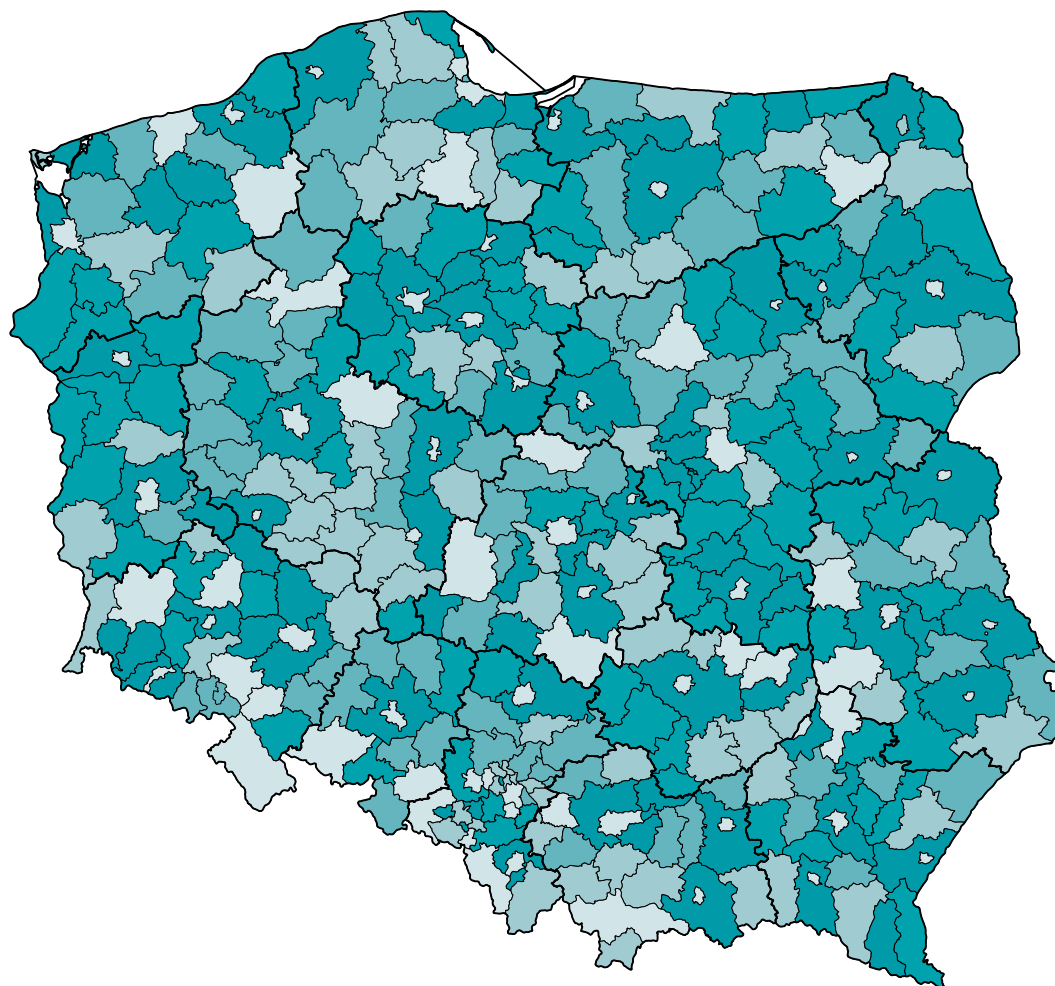
Mapa 4.6. Różnica w odsetku pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2023 r. w porównaniu do roku 2022

Map 4.6. The difference in the percentage of patients – population of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – population of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2023 compared to 2022



Mapa 4.7. Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsca zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2023 r.

Map 4.7. Percentage of patients – population of poviats who migrated to poviats other than the poviat – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund in 2023



%		
59,5–100,0	(75)	Odsetek pacjentów, którzy wyemigrowali do innych powiatów niż powiat zamieszkania w celu uzyskania świadczenia AOS.
49,3– 59,4	(76)	Percentage of patients – population of poviat, who emigrated to poviats other than the poviat – place of residence in order to share outpatient health services.
39,8– 49,2	(76)	
30,3– 39,7	(76)	
3,9– 30,2	(76)	

W 2023 r. najwięcej świadczeń na 1 tysiąc mieszkańców (ponad 100), bez względu na miejsce ich udzielenia, wykonano dla mieszkańców 29 powiatów, wśród których najwyższy wskaźnik zaobserwowano w powiatach: sejneńskim (157,6) oraz bieszczadzkim (148,2), a najmniej (poniżej 60) dla mieszkańców 45 powiatów, wśród których najniższy wskaźnik zaobserwowano w powiecie polickim (43,6) i Szczecin (46,9). W stosunku do roku 2022 we wszystkich powiatach zaobserwowano wzrost liczby świadczeń szpitalnych na 1 tysiąc mieszkańców, bez względu na miejsce ich udzielenia. Znaczący wzrost wskaźnika (ponad 20 jednostek) zaobserwowano w 45 powiatach, wśród których największy wzrost zaobserwowano w powiatach: leskim (37,0) i bieszczadzkim (35,2). Niewielki wzrost (do 10) zaobserwowano w 16 powiatach, najmniejszy w powiatach: wołoskim (1,8), suskim (2,3) i Tarnów (2,3).

Kolejne dwie mapy potwierdzają następującą prawidłowość: powiaty, w których zaobserwowano w 2023 r. najniższy wskaźnik dotyczący liczby osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na terenie miejsca zamieszkania, to równocześnie powiaty cechujące się najwyższym wskaźnikiem migracji pacjentów do innych powiatów w celu uzyskania świadczenia szpitalnego. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim powiatów ziemskich, okalających miasta na prawach powiatu oraz powiatów zlokalizowanych w pobliżu miast na prawach powiatu.

W 27 powiatach, w tym w 21 miastach na prawach powiatu, mniej niż 25% pacjentów skorzystało ze świadczeń na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. Równocześnie istnieje 37 powiatów (powiaty ziemskie), których mieszkańcy w ponad 90% korzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów lub miast na prawach powiatu. Brak w danym powiecie placówek opieki zdrowotnej udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych nie oznacza, że pacjenci z takiego terenu pozbawieni są dostępu do świadczeń zdrowotnych. Otrzymują oni świadczenia najczęściej w powiatach sąsiednich, gdzie takie placówki funkcjonują. Szczególnym przypadkiem są pary miasto na prawach powiatu i powiat ziemski otaczający to miasto (tzw. obwarzanek), gdzie z reguły w tym mieście świadczone są usługi także dla mieszkańców powiatu ziemskiego.

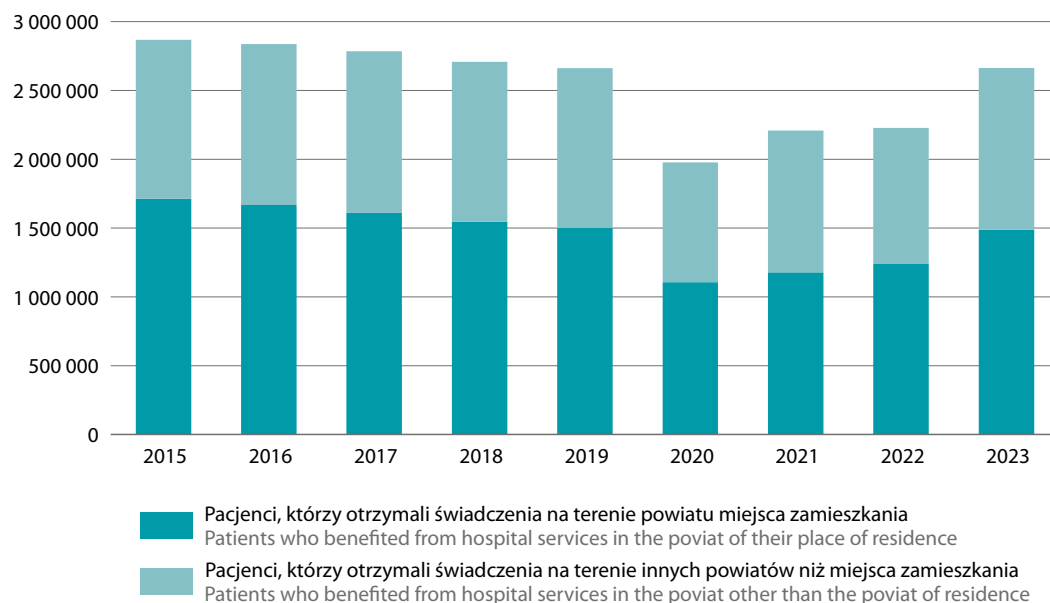
W porównaniu do roku 2022, w 65 powiatach nastąpił wzrost (o 2,5 p. proc. lub więcej) zjawiska migracji mieszkańców do innych powiatów niż powiat zamieszkania w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego typowego dla I poziomu referencyjnego, a wśród nich największy odnotowano w przypadku powiatów: węgorzewskiego (o 18,4 p. proc.) i strzebińskiego (o 13,8 p. proc.). Zauważalny spadek (o 2,5 p. proc. i więcej) zaobserwowano natomiast w przypadku 94 powiatów, wśród których największy spadek wystąpił w powiatach: pyrzyckim (o 16,4 p. proc.) i radziejowskim (o 15,9 p. proc.).

Najbardziej skłonni do migracji do innych powiatów, w celu skorzystania ze świadczeń AOS, są mieszkańcy powiatów ziemskich okalających powiaty mające status miast na prawach powiatu, co jest zrozumiałe z uwagi na ich wzajemne położenie i pełnienie przez wiele miast na prawach powiatu roli funkcjonalnego centrum wielu usług publicznych dla ich otoczenia.

Z danych NFZ wynika, że wszyscy mieszkańcy powiatów: skierniewickiego oraz łomżyńskiego (100%) otrzymali świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. W powiatach: siedleckim, suwalskim, chełmskim, przemyskim, piotrkowskim, leszczyńskim, ostrołęckim i konińskim odsetek ten wynosił ponad 95%. Najmniejszy odsetek pacjentów, leczących się na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania, występuje w miastach na prawach powiatu, takich jak: Białystok, Bydgoszcz, Łódź, gdzie odsetek ten nie przekroczył 5%.

Wykres 4.1. Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania

Chart 4.1. Number of people who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service or in the poviát's – the place of residences

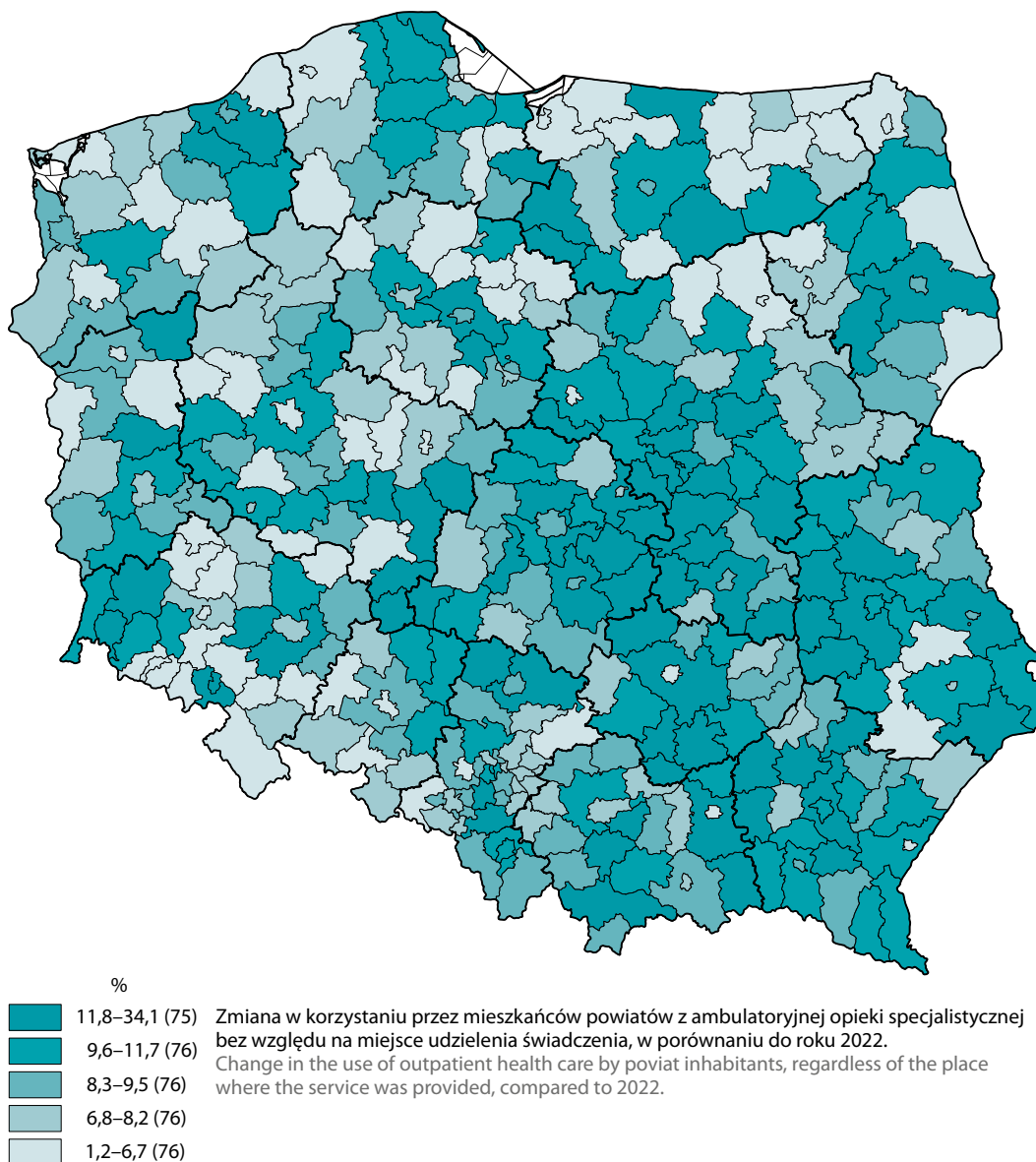


Z powyższego wykresu wynika, że do roku 2019 systematycznie spadała skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, przy utrzymującej się na stałym poziomie tendencji do korzystania z takich świadczeń na terenie innych powiatów. Głębszy spadek skłonności do korzystania ze świadczeń szpitalnych wystąpił w pierwszym roku epidemii COVID-19 (w 2020 r.). W 2023 r. w porównaniu do roku 2022 (podobnie jak w roku 2022 w porównaniu do roku 2021) odnotowano wzrost liczby pacjentów korzystających z tego typu świadczeń na terenie powiatu – miejsca zamieszkania (wzrost o 20,2%). Choć w porównaniu z 2019 r. było takich pacjentów o 11,8 tys. mniej to równocześnie liczba pacjentów korzystających z tego typu świadczeń w innym powiecie wzrosła i w porównaniu do roku 2019 była większa o 12,8 tys. osób.

W roku 2023, podobnie jak rok wcześniej, we wszystkich powiatach zaobserwowano wzrost liczby osób – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia. Duży wzrost w 2023 r. w stosunku do roku poprzedniego (o 10,0 p. proc. lub więcej) zaobserwowano w 113 powiatach. Największy zanotowano w następujących powiatach: łódzki wschodni (o 34,1 p. proc.), kieleckim (o 26,9 p. proc.) oraz lubańskim (o 26,6 p. proc.). Niewielki wzrost (mniej niż 5,0 p. proc.) odnotowano w 24 powiatach, z czego najmniejszy w powiatach: drawskim (o 1,2 p. proc.), oleckim (o 2,0 p. proc.) i radziejowskim (o 2,3 p. proc.).

Mapa 4.8. Zmiana w korzystaniu przez mieszkańców powiatów z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, w 2023 r. w porównaniu do roku 2022

Map 4.8. Change in the use of outpatient health care by poviát inhabitants, regardless of the place where the service was provided, in 2023 compared to 2022



Korzystanie ze świadczeń szpitalnych oraz AOS przez obywateli Ukrainy

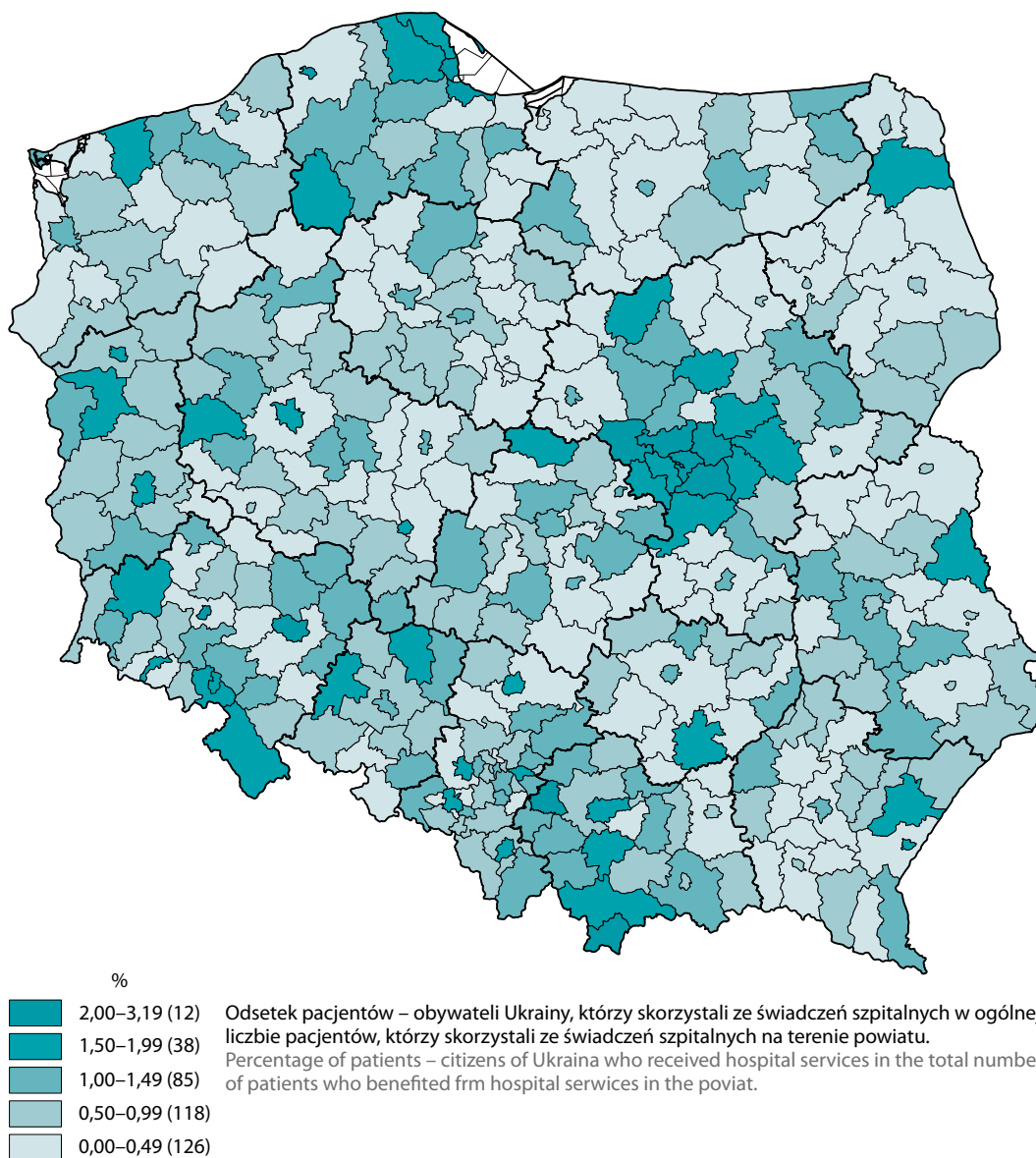
Wybuch pełnoskalowej wojny na Ukrainie w następstwie rosyjskiej napaści z 24 lutego 2022 r. spowodował liczny napływ uchodźców do naszego kraju. Zostali oni objęci opieką zdrowotną tak jak obywatele Polski. W 2023 r. ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego skorzystało 32 739 obywateli Ukrainy. W 57 powiatach obywatele Ukrainy stanowili więcej niż 1,5% wszystkich pacjentów. Największy odsetek wystąpił w powiecie piaseczyńskim (3,2%), miastach na prawach powiatu: Słupsk (3,05) i Gdańsk (3,0 %) oraz w powiecie pruszkowskim (2,8%) i sochaczewskim (2,7%).

Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w naszym kraju skorzystało 193 714 obywateli Ukrainy, tj. o 15% więcej niż w 2022 r. W 10 powiatach odsetek pacjentów obywateli Ukrainy wynosił więcej niż 1% wszystkich pacjentów. Największy odsetek zaobserwowano w powiatach: przemyskim (1,4%), wrocławskim (1,4%), warszawskim zachodnim (1,4%).

Ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w naszym kraju skorzystało w 2023 r. 288 291 obywateli Ukrainy. W 57 powiatach odsetek pacjentów obywateli Ukrainy wynosił więcej niż 1% wszystkich pacjentów. Największy odsetek zaobserwowano w powiecie wołomińskim (2,5%) oraz w miastach na prawach powiatu: St. Warszawa (2,5%), Sopot (2,4%), Wrocław (2,1%), Poznań (2,1%).

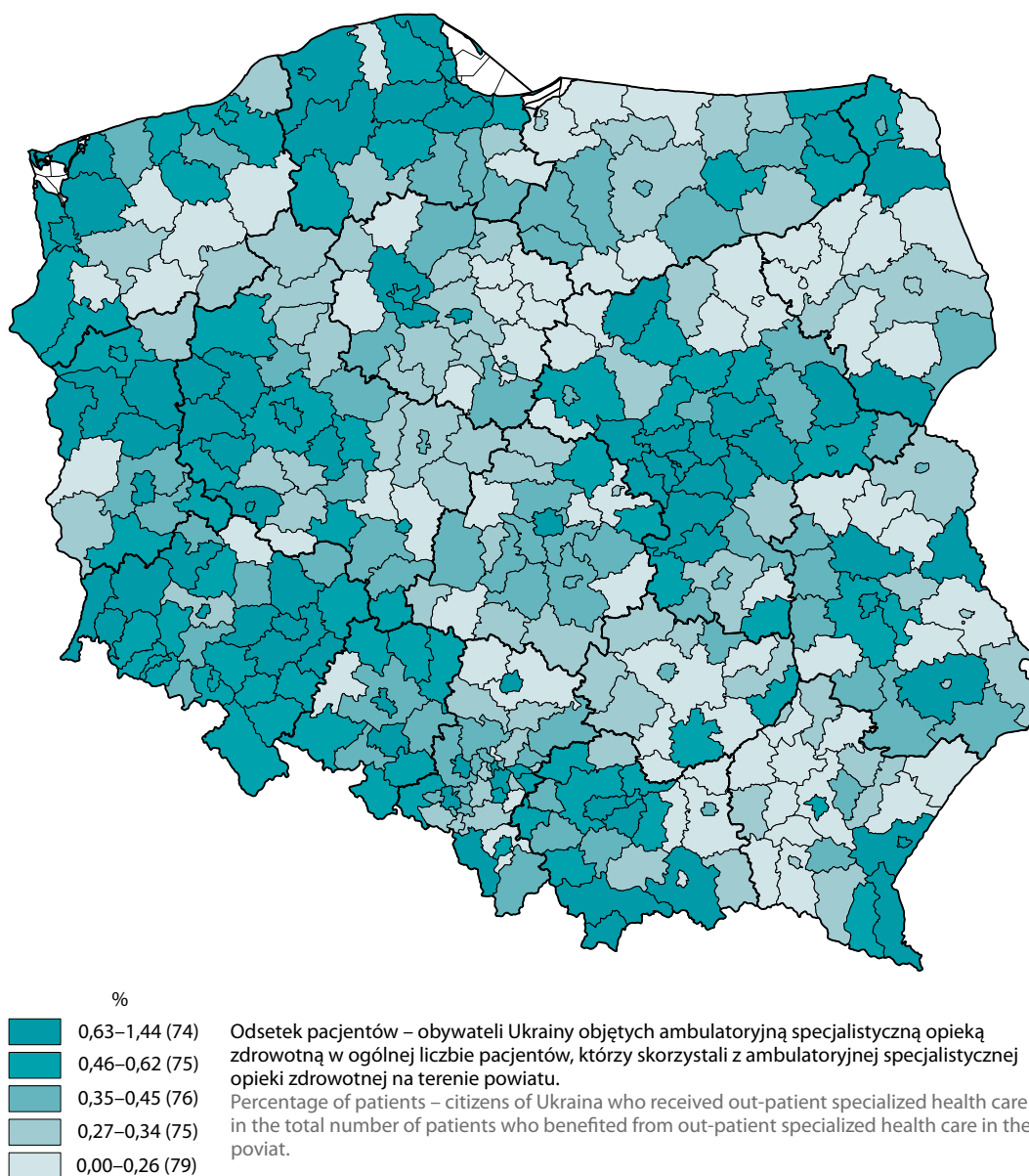
Mapa 4.9. Odsetek pacjentów - obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie szpitalne na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2023 r.

Map 4.9. Percentage of patients - citizens of Ukraine who received hospital services in a hospital ward typical for the first reference level in the poviatt in the total number of patients in 2023



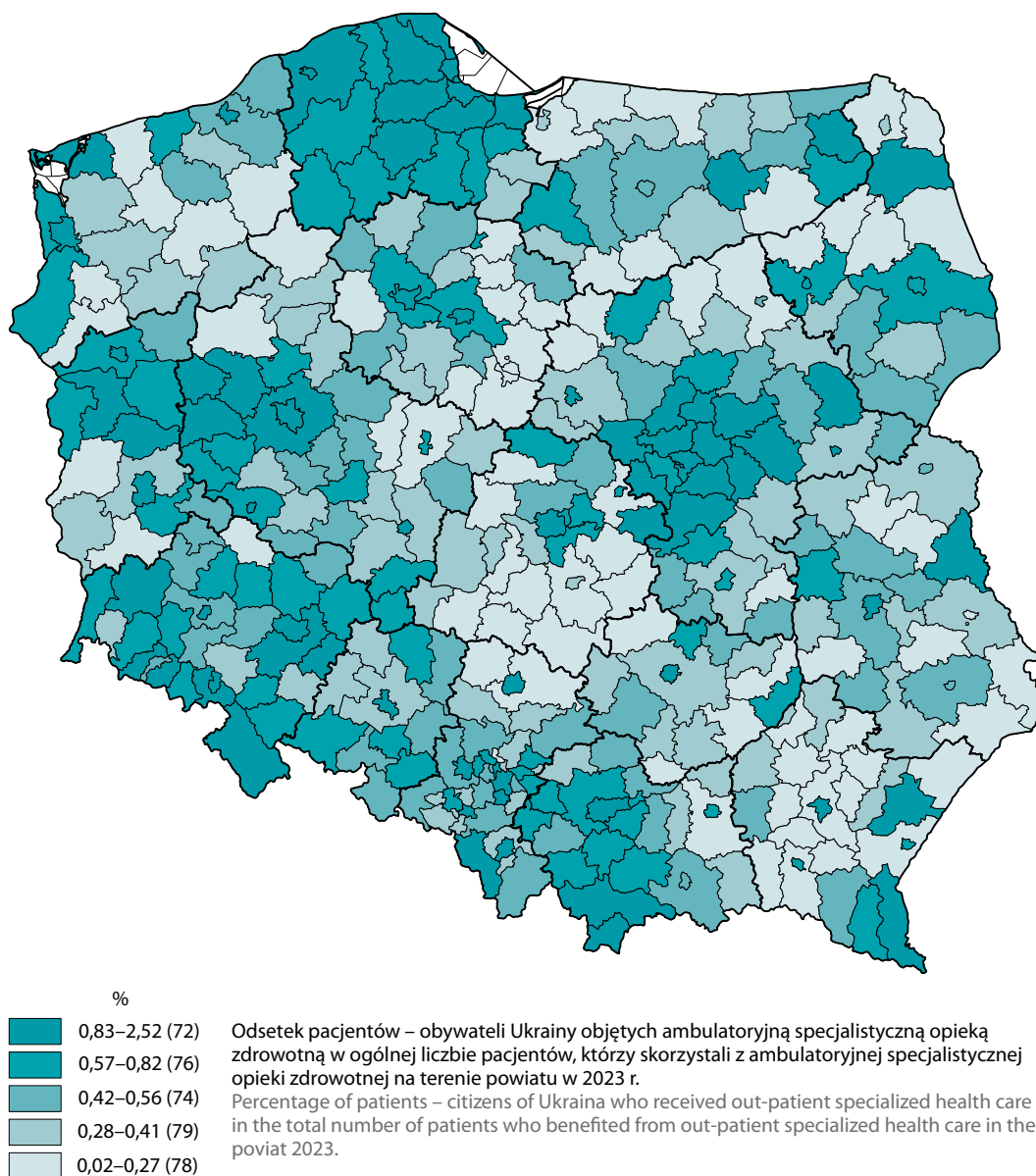
Mapa 4.10. Odsetek pacjentów - obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2023 r.

Map 4.10. Percentage of patients - citizens of Ukraine who received in out-patient specialized health care in the poviát in the total number of patients in 2023



Mapa 4.11. Odsetek pacjentów - obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2023 r.

Map 4.11. Percentage of patients - citizens of Ukraine who received in primary health care in the poviát in the total number of patients in 2023



4.2. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia

4.2. Mental health care of children and adolescents – selected issues

W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się kwestii zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Samopoczucie psychiczne i społeczne ma ogromne znaczenie dla życia ludzkiego. Dla systemu ochrony zdrowia kluczowego znaczenia nabiera zapewnienie kompleksowych świadczeń z zakresu profilaktyki, leczenia oraz rehabilitacji. Szczególną rolę w tym zakresie odgrywają wysokospecjalistyczne oddziały szpitalne oraz środowiskowe formy pomocy, takie jak poradnie, oddziały dzienne i zespoły leczenia środowiskowego.

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki analizy funkcjonowania podmiotów działających w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce. Ze względu na złożoność omawianego zagadnienia skupiono się na zaprezentowaniu statystycznego obrazu wybranych grup podmiotów realizujących opiekę psychologiczną i psychiatryczną nad osobami w wieku do lat 18.

W polskim systemie ochrony zdrowia pomoc psychologiczna, psychoterapeutyczna lub psychiatryczna dla dzieci i młodzieży jest udzielana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej na trzech poziomach referencyjnych¹²⁰, zgodnie z potrzebami pacjentów. Poziom referencyjny określa formę opieki zdrowotnej, jaką może być objęty pacjent:

I poziom – pomoc w warunkach ambulatoryjnych w poradni psychologicznej udzielana przez psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych (zespoły lub ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży);

II poziom – opieka dzienna lub w warunkach ambulatoryjnych w oddziale dziennym lub poradni zdrowia psychicznego pod kierunkiem lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów zajęciowych (centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży);

III poziom – opieka w szpitalu, w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym, gdzie pomocy udzielają lekarze psychiatry, psychologowie, psychoterapeuci oraz terapeuci zajęciowi (ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej).

Informacji na temat opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą dostarczają prowadzone w cyklu rocznym badania statystyki publicznej w zakresie: ambulatoryjnego, środowiskowego, dziennego i stacjonarnego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zamieszczone w rozdziale dane o podmiotach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i udzielonych poradach pochodzą z ogólnopolskiego badania Głównego Urzędu Statystycznego realizowanego za pomocą formularza o symbolu ZD-3. Liczba leczonych i struktura rodzajów rozpoznanych chorób psychicznych w opiece ambulatoryjnej została opracowana w oparciu o dane wynikowe pozyskane z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ze sprawozdania statystycznego o symbolu MZ-15 (zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania i uzależnienia). Zbiórce zestawienia danych dotyczące oddziałów dziennych pochodzą z systemów informacyjnych Ministerstwa Zdrowia i obejmują tylko te podmioty lecznicze, które posiadały umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń dziennej opieki psychiatrycznej dla dzieci. Dane o stacjonarnej opiece zdrowotnej – szpitalach, zakładach psychiatrycznych i zakładach opieki długoterminowej, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-29 i MSWiA-43 (opieka szpitalna), MZ-29A i MSWiA-33 (stacjonarna opieka długoterminowa) oraz MZ-30 (całodobowe zakłady opieki psychiatrycznej). Uzupełnieniem informacji są sprawozdania roczne Komendy Głównej Policji – KSIP 10 (zgłoszenia zamachu/zachowania samobójczego), Głównego Urzędu Statystycznego – ZD-4 (działalność ambulatoryjna izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych), a także rejestry Narodowego Funduszu Zdrowia (podmioty włączone do systemu ochrony zdrowia psychicznego).

Zakres czasowy badań obejmuje lata 2019–2023, przy czym szczegółowa analiza liczby i struktury podmiotów leczniczych oraz leczonych w nich pacjentów dotyczy 2023 r. Wybór okresu badań podyktowany był potrzebą określenia dynamiki i kierunku zmian w dłuższej perspektywie, obejmującej lata przed i po pandemii COVID-19.

¹²⁰ Organizacja systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży została określona w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz.1640 z późn. zm.).

Podmioty lecznicze systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży¹²¹

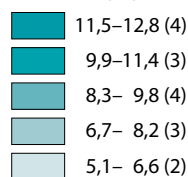
W końcu 2023 r. na terenie kraju funkcjonowało 660 (o 26,4% więcej niż w 2022 r.) podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży finansowanego przez NFZ. Wśród nich było 465 (o 29,2% więcej niż w roku poprzednim) ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny systemu ochrony zdrowia psychicznego), 161 (o 23,8% więcej) centrów zdrowia psychicznego, w tym 83 z oddziałami dziennymi (II poziom referencyjny), a także 34 (o 6,3% więcej) ośrodki wyspecjalizowanej całodobowej opieki psychiatrycznej na oddziałach szpitalnych (III poziom referencyjny). Łącznie podmioty te były zlokalizowane w 367 miejscowościach, przy czym w miastach na prawach powiatu¹²² działało 42,9% z tych podmiotów.

Najwięcej ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej funkcjonowało w województwie mazowieckim – 88 podmiotów. Ponad połowa (52,5%) podmiotów leczniczych tworzących I poziom referencyjny systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w kraju znajdowała się w pięciu województwach. Oprócz mazowieckiego były to: wielkopolskie (47 podmiotów), śląskie (37), małopolskie i dolnośląskie (po 36). W przypadku centrów zdrowia psychicznego największą ich liczbą dysponowało województwo mazowieckie (26). Około 53,0% oddziałów dziennych ujętych w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży działało w czterech województwach: łódzkim, małopolskim, mazowieckim i wielkopolskim¹²³.

Mapa 4.12. Podmioty systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wg województw w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

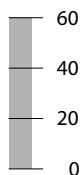
Map 4.12. Providers of the child and adolescent mental health care system by voivodships in 2023 As of 31 December

Podmioty systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności w wieku poniżej 18 lat
Providers of the child and adolescent mental health care system per 100 thous. population aged under 18

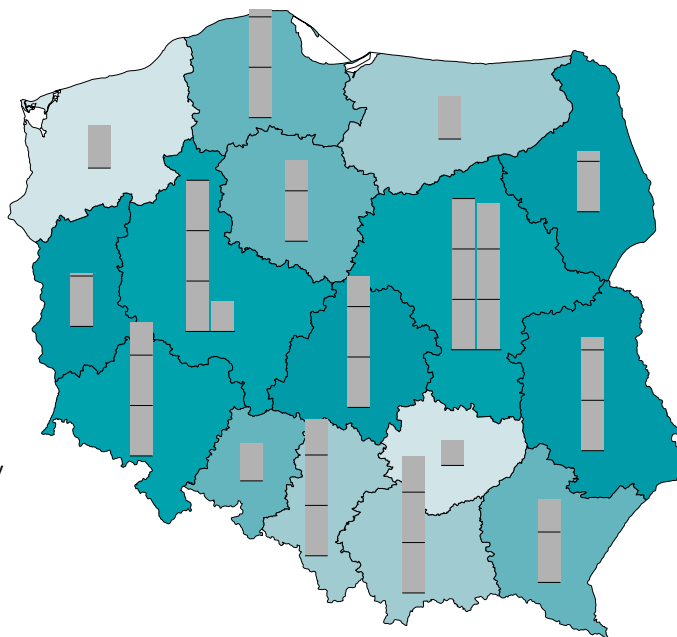


Polska = 9,6
Poland

Podmioty systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży
Providers of the child and adolescent mental health care system



Polska = 660
Poland



¹²¹ Dane pochodzą z systemów informacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

¹²² W polskim systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ujęto 66 miast na prawach powiatu, a więc wszystkie jednostki podziału terytorialnego kraju, którym na mocy ustawy nadano tego rodzaju uprawnienia.

¹²³ W województwie mazowieckim działało 17 oddziałów dziennych ujętych w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w małopolskim – 11, w łódzkim – 9, a w wielkopolskim – 7.

Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej na oddziałach szpitalnych były zlokalizowane w 14 miastach wojewódzkich (oprócz Gorzowa Wielkopolskiego, Katowic, Rzeszowa i Zielonej Góry) oraz 13 innych miejscowościach na terenie województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, podkarpackiego, pomorskiego i śląskiego.

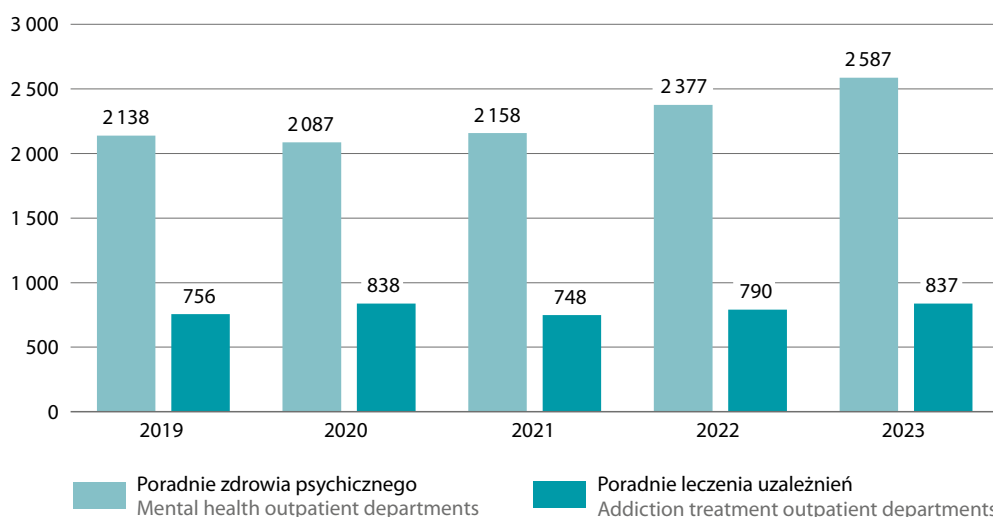
Ambulatoryjna opieka psychiatryczna

Podstawowe znaczenie w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży mają świadczenia ambulatoryjne realizowane przez poradnie specjalistyczne. Dane przedstawione w tej części analizy dotyczą działalności poradni specjalistycznych funkcjonujących w ramach przychodni, bez względu na źródło finansowania świadczeń zdrowotnych, oraz praktyk lekarskich realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

W końcu 2023 r. lekarze lub psycholodzy udzielali porad z zakresu opieki psychiatrycznej w 3 424 poradniach, z których 2 587 to poradnie zdrowia psychicznego (o kodach resortowych 1700–1711) – o 8,8% więcej niż w 2022 r., a 837 to poradnie leczenia uzależnień (o kodach resortowych 1740–1747) – o 5,9% więcej niż w roku poprzednim.

Wykres 4.2. Poradnie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień Stan w dniu 31 grudnia

Chart 4.2. Mental health and addiction treatment outpatient departments
As of 31 December



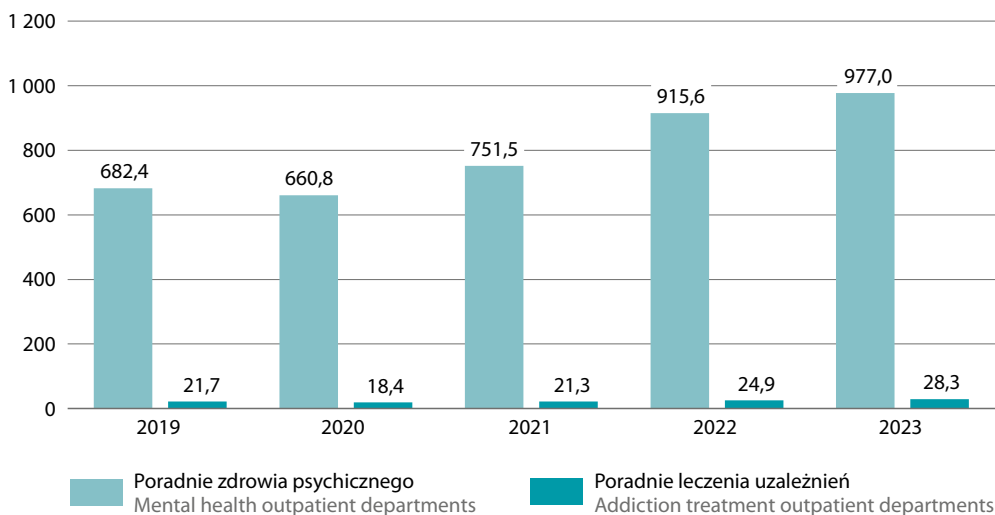
Najwięcej poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień było zlokalizowanych w województwie mazowieckim – 630, o 7,1% więcej niż w 2022 r. Co najmniej 300 placówek funkcjonowało ponadto na terenie województw: śląskiego (347 poradni, o 8,8% więcej niż przed rokiem), małopolskiego (317, o 10,1% więcej), dolnośląskiego (303, o 11,4% więcej) i łódzkiego (300, o 16,3% więcej). W wymienionych pięciu województwach znajdowało się łącznie 55,4% poradni specjalistycznych udzielających świadczeń z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień. Najmniejszą liczbę poradni odnotowano w województwie opolskim – 73 poradnie (o 1,4% więcej niż w 2022 r.). W porównaniu z 2022 r. wzrost liczby poradni nastąpił w 14 województwach. Wyjątek stanowiły podlaskie i pomorskie.

Średnio na jedną poradnię zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień przypadało 2 005 osób w wieku poniżej 18 lat – o 190 mniej niż w 2022 r. Największą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim – 3 027 dzieci i młodzieży na jedną poradnię (o 68 mniej niż przed rokiem). Najmniejsza liczba dzieci i młodzieży na jedną poradnię wystąpiła w województwie łódzkim – 1 350 osób (o 242 mniej niż w roku poprzednim).

W poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień pacjentom w wieku do 18 lat udzielono w 2023 r. ponad 1 005,3 tys. porad¹²⁴. Było to o 6,9% więcej w porównaniu z 2022 r.¹²⁵. Zdecydowana większość (97,2%) z nich została udzielona w poradniach zdrowia psychicznego. Porady w zakresie leczenia uzależnień stanowiły, podobnie jak w latach poprzednich, niewielki odsetek (2,8%) porad udzielonych dzieciom w omawianych placówkach. Najwięcej porad (215,2 tys.) udzielono w poradniach w województwie mazowieckim, co stanowiło 21,4% wszystkich porad udzielonych tej grupie pacjentów w kraju. Najmniejszą ich liczbę odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim – 16,5 tys.

Wykres 4.3. Porady udzielone pacjentom w wieku do 18 lat w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień

Chart 4.3. Consultations provided to patients aged under 18 in mental health and addiction treatment outpatient departments

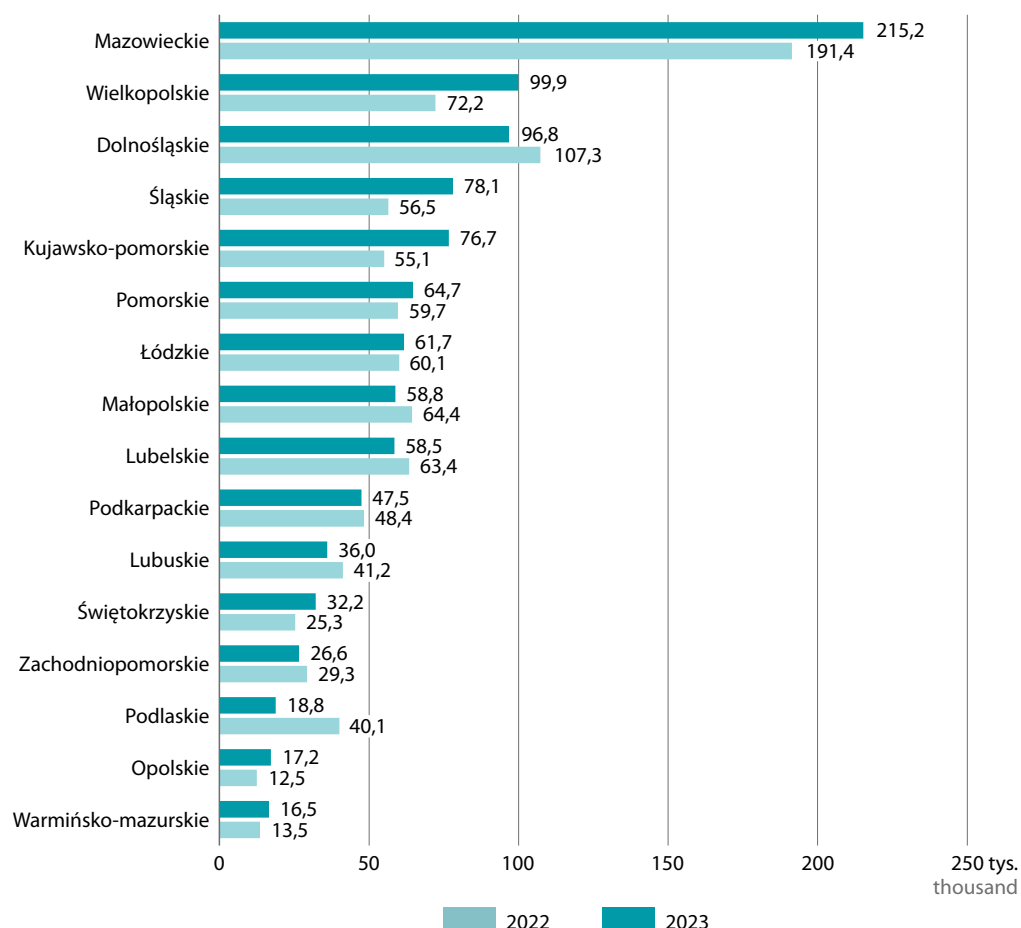


¹²⁴ W 2023 r. porady udzielone osobom w wieku do 18 lat stanowiły 10,8% wszystkich porad ambulatoryjnych w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień.

¹²⁵ W porównaniu z 2022 r. liczba porad udzielonych dzieciom w zakresie psychiatrii zwiększyła się o 64,9 tys. (tj. o 6,9%), przy czym w poradniach zdrowia psychicznego o 61,5 tys. (o 6,7%), a w poradniach leczenia uzależnień o 3,4 tys. (o 13,7%).

Wykres 4.4. Porady udzielone pacjentom w wieku do 18 lat w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień wg województw

Chart 4.4. Consultations provided to patients aged under 18 in mental health and addiction treatment outpatient departments by voivodships

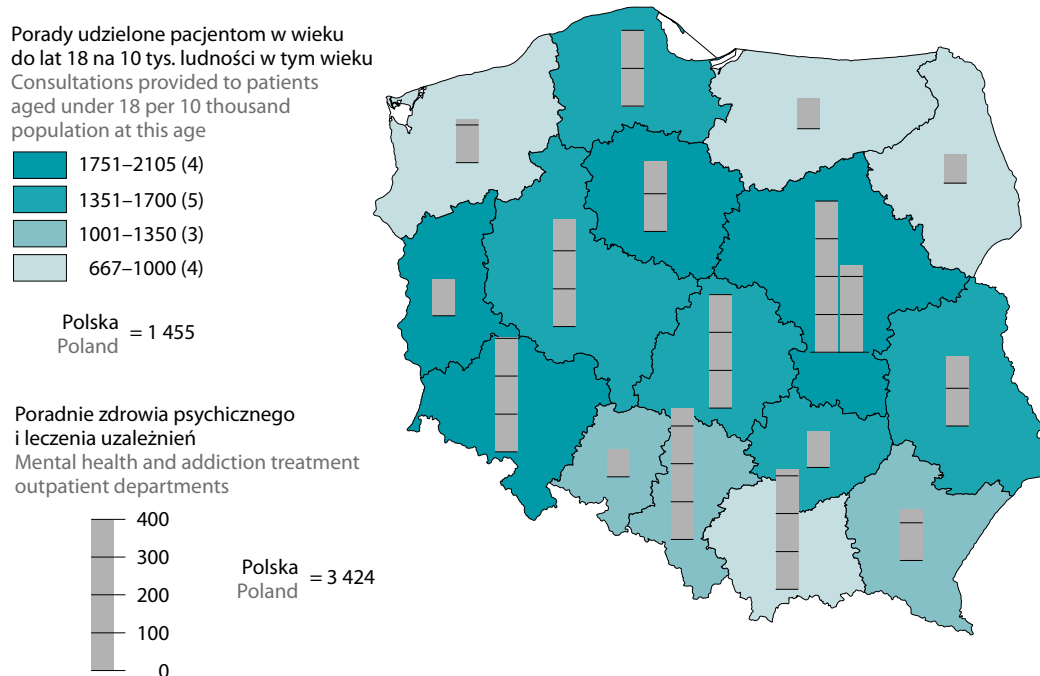


W 2023 r. wskaźnik liczby porad przypadających na 10 tys. ludności w wieku do 18 lat wyniósł 1 455 i był o 107 większy niż w roku poprzednim¹²⁶. W ośmiu województwach wartość tego wskaźnika była wyższa niż poziom dla całego kraju. Najwięcej porad przypadających na 10 tys. mieszkańców w tym wieku odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim – 2 105, a najmniej w warmińsko-mazurskim – 667. W porównaniu z 2022 r., spadek wartości tego wskaźnika wystąpił w siedmiu województwach: podlaskim (mniej o 1 011 porad), lubuskim (o 260), dolnośląskim (o 199), lubelskim (o 108), małopolskim (o 81), zachodniopomorskim (o 79) i podkarpackim (o 6). Największy wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim zaobserwowano w województwie kujawsko-pomorskim (więcej o 612 porad).

¹²⁶ Wartość tego wskaźnika różniła się w zależności od rodzaju poradni – w poradniach zdrowia psychicznego wyniosła 1 414 porad (o 101 więcej niż w 2022 r.), a w poradniach leczenia uzależnień – 41 porad (o 5 więcej niż w roku poprzednim).

Mapa 4.13. Poradnie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień oraz porady udzielone pacjentom w wieku do 18 lat na 10 tys. ludności w tym wieku wg województw w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia

Map 4.13. Mental health and addiction treatment outpatient departments and consultations provided to patients aged under 18 per 10 thousand population at this age by voivodships in 2023 As of 31 December



Ważnych informacji na temat dzieci leczonych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji dostarczają dane Instytutu Psychologii i Neurologii¹²⁷. Ostatnie dostępne dane za rok 2022 wskazują, że z tej formy leczenia skorzystało ponad 228,1 tys. osób w wieku do lat 18, czyli 3,3% ludności w tym wieku zamieszkających w kraju. Odsetek dzieci i młodzieży leczonych w tego rodzaju poradniach (według miejsca udzielania świadczeń) wahał się od 1,2% w województwie warmińsko-mazurskim do 5,6% w województwie mazowieckim¹²⁸. Pacjenci zarejestrowani po raz pierwszy stanowili 41,8% leczonych (95,3 tys. osób w tej grupie wieku), co oznacza wzrost o 9,1 p. proc. w porównaniu z 2021 r. Średnio jednemu pacjentowi udzielono 4,1 porady. Liczba dzieci i młodzieży leczonych w trybie ambulatoryjnym w przeliczeniu na 10 tys. ludności kraju w tym wieku wyniosła 327.

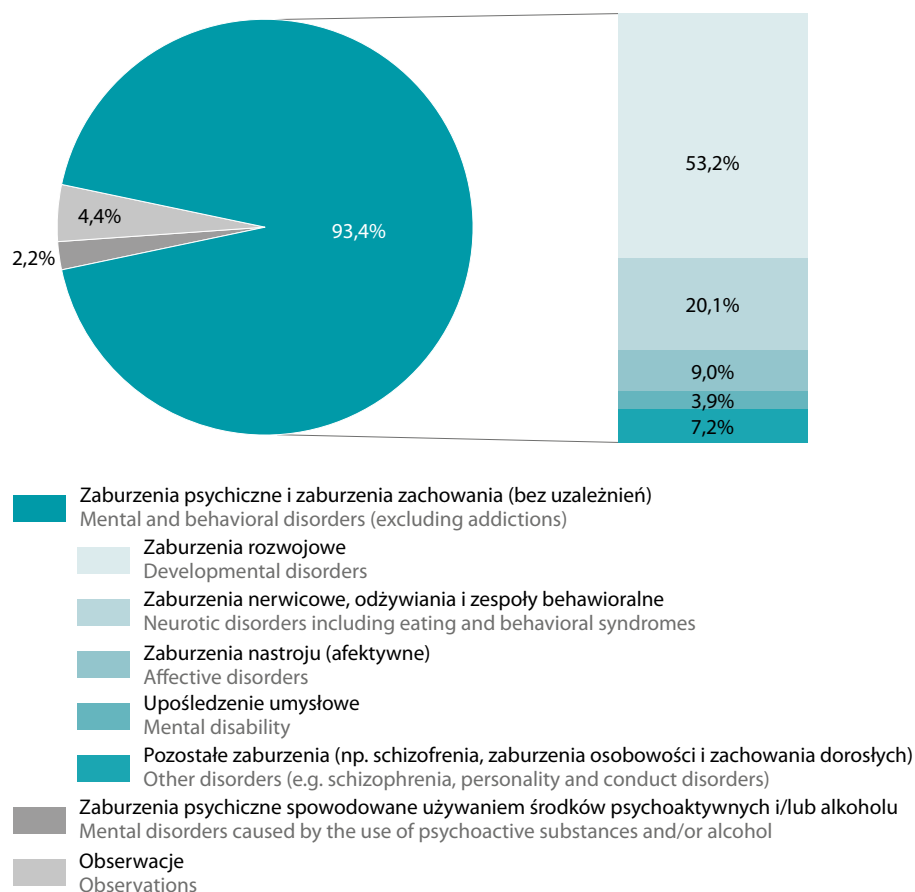
W 2022 r. u 93,4% (213,1 tys.) leczonych rozpoznano choroby psychiczne z grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Wśród nich najwięcej (121,3 tys.) miało zdiagnozowane zaburzenia rozwojowe. Istotne problemy zdrowotne zdiagnozowane wśród dzieci i młodzieży stanowiły zaburzenia nerwicowe, odżywiania i zespoły behawioralne – 45,9 tys. pacjentów, oraz zaburzenia nastroju (afektywne) – 20,5 tys. Mniej osób cierpiało na schorzenia takie jak: upośledzenie umysłowe (8,9 tys. osób), zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (5,1 tys.) oraz schizofrenia (1,7 tys.). Uzależnienia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych rozpoznano u prawie 4,4 tys. osób (o 37,3% więcej niż w 2021 r.). Zaliczane są tu rozpoznania takie jak: zespoły uzależnienia i zespoły abstynencyjne (2,5 tys. osób), ostre zatrucia i używanie szkodliwe (1,6 tys.) oraz zaburzenia psychotyczne (59 osób). Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu dotyczyły 620 leczonych (o 12,4% mniej niż w 2021 r.), natomiast zaburzenia związane z używaniem tytoniu – 87 osób (o 52,6% więcej niż przed rokiem). Prawie 10,1 tys. pacjentów pozostawało w obserwacji.

¹²⁷ Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii – sprawozdanie MZ-15.

¹²⁸ Oprócz województwa mazowieckiego, odsetek dzieci i młodzieży leczonych ambulatoryjnie na poziomie powyżej średniej krajowej odnotowano jeszcze w trzech województwach: kujawsko-pomorskim (5,0%), lubuskim (4,1%) i podkarpackim (3,5%).

Wykres 4.5. Leczeni w wieku do 18 lat w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji wg rodzaju zaburzeń w 2022 r.

Chart 4.5. Persons aged under 18 treated in clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions by type of disorders in 2022



Liczba dzieci i młodzieży korzystających z pomocy poradni dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji wzrastała szybciej wśród zamieszkałych w miastach niż na wsi. W latach 2019–2022 wzrost liczby pacjentów w miastach wyniósł 46,9%, podczas gdy na terenach wiejskich – 11,3%. W odniesieniu do liczby ludności w wieku poniżej 18 lat, odsetek leczonych w tego rodzaju placówkach zwiększył się w przypadku osób zamieszkałych w miastach o 1,6 p. proc. (z 3,2% w 2019 r. do 4,8% w 2022 r.), a w przypadku mieszkańców wsi – o 0,1 p. proc. (z 1,3% w 2019 r. do 1,4% w 2022 r.).

Dzienna opieka psychiatryczna¹²⁹

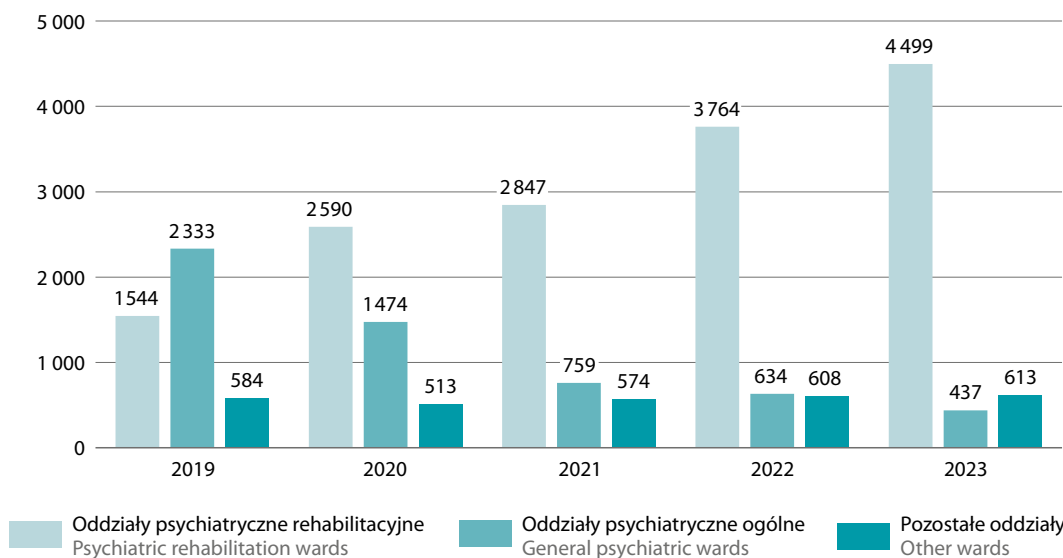
Leczenie zaburzeń psychicznych może odbywać się również w trybie dziennym. W końcu 2023 r. funkcjonowały w kraju 83 oddziały dzienne (o kodach resortowych 2700–2715) ujęte w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Oddziały te były zlokalizowane w 13 województwach z wyjątkiem: opolskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego. W ramach środków NFZ z takiego leczenia skorzystało ponad 5,5 tys. osób w wieku do 18 lat, o 10,8% więcej niż w 2022 r. Najwięcej pacjentów zarejestrowano na terenie województwa mazowieckiego – prawie 1,3 tys. osób, co stanowiło 23,2% ogólnej liczby dzieci i młodzieży objętych dzienną opieką psychiatryczną w kraju. Więcej niż 400 leczonych w trybie dziennym zarejestrowano również w województwach: dolnośląskim (921 osób), śląskim (667), lubelskim (494) i kujawsko-pomorskim (432).

¹²⁹ Dane pochodzą z systemów informacyjnych Ministerstwa Zdrowia i obejmują tylko te podmioty lecznicze, które posiadały umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń dziennej opieki psychiatrycznej dla dzieci.

Zdecydowana większość (81,1%) pacjentów w wieku do 18 lat korzystała z opieki dziennej na oddziałach psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci (o 5,9 p. proc. więcej niż w 2022 r.). Na oddziałach dziennych leczone były przede wszystkim: zaburzenia rozwojowe (33,7%), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (18,2%), zaburzenia zachowania i emocji (14,5%), a także zaburzenia hiperkinetyczne (10,8%) i nastroju (10,5%). Mniej rozpoznań dotyczyło: niepełnosprawności intelektualnej (2,1%), zaburzeń odżywiania (1,9%) oraz schizofrenii i zaburzeń urojeniowych (1,6%).

Wykres 4.6. Pacjenci w wieku do 18 lat na oddziałach dziennych dla dzieci wg rodzaju oddziału

Chart 4.6. Patients aged under 18 in children's day care wards by type of ward



Średni czas pobytu chorego na oddziale dziennym wyniósł 79,3 dnia i był o 24,7 dnia dłuższy w porównaniu z 2022 r. W zależności od rodzaju oddziału przeciętny czas pobytu wahał się od 64,7 dnia na oddziałach terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych do 85,2 dnia na oddziałach dla osób z autyzmem dziecięcym. W odniesieniu do roku poprzedniego średni pobyt dzieci na oddziale dziennym wydłużył się przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych ogólnych (o 28,8 dnia) oraz oddziałach psychiatrycznych rehabilitacyjnych (o 28,0 dnia). Średni czas ich pobytu na oddziale w 2023 r. wyniósł odpowiednio 72,2 i 79,3 dnia.

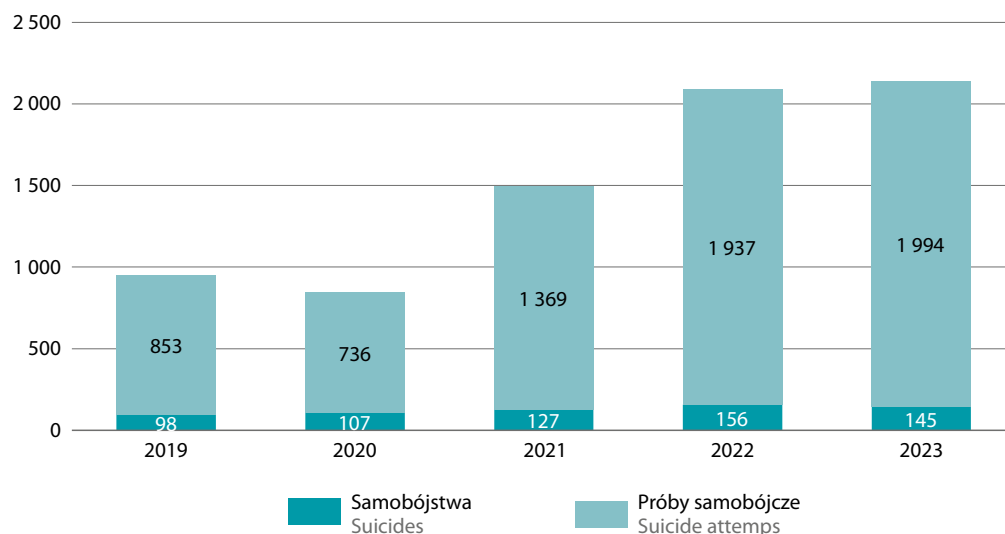
Sytuacje kryzysowe i stacjonarna opieka psychiatryczna

Rok 2023 był okresem dalszego wzrostu liczby dzieci i młodzieży w kryzysach psychicznych i podejmujących próby samobójcze. Według danych Komendy Głównej Policji¹³⁰, liczba zamachów samobójczych wśród osób w wieku do 18 lat wyniosła 2 139, z czego 1 944 to próby samobójcze, a 145 – samobójstwa (zamachy samobójcze zakończone zgonem). W porównaniu z 2022 r. liczba zamachów samobójczych wzrosła o 2,2%. Najwięcej tego typu zdarzeń zarejestrowano w województwie pomorskim (405), natomiast najmniej – w województwie opolskim (21). Zamachy samobójcze wśród dzieci i młodzieży stanowiły przeszło 14,1% wszystkich zarejestrowanych w kraju.

¹³⁰ Dane pochodzą z rejestru zgłoszeń zamachu/zachowania samobójczego prowadzonego przez Komendę Główną Policji – sprawozdanie KSIP 10.

Wykres 4.7. Zamachy samobójcze wśród osób w wieku do 18 lat

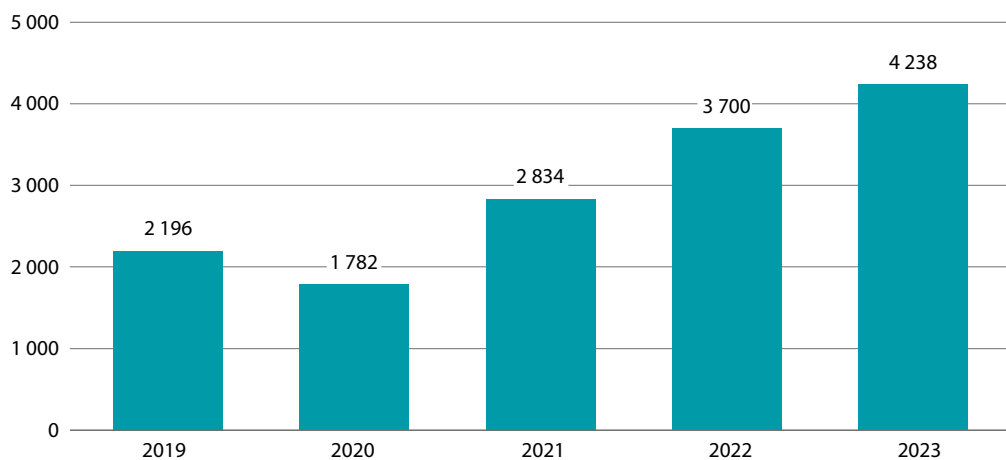
Chart 4.7. Suicide attempts among persons aged under 18



Narastający problem kryzysów psychicznych u dzieci i młodzieży znajduje odzwierciedlenie także w coraz większej liczbie osób, którym udzielono (w trybie ambulatoryjnym) świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrii w izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych. W 2023 r. z tego rodzaju świadczenia skorzystało 4 238 osób w wieku do 18 lat, tj. o 14,5% więcej niż w rok wcześniej¹³¹. Dzieci i młodzież stanowiły 10,5% pacjentów korzystających z tego rodzaju świadczeń (wzrost o 1,8 p. proc. rok do roku). Największą ich liczbę odnotowano, podobnie jak przed rokiem, w województwie kujawsko-pomorskim – 1 632 osoby. Więcej niż tysiąc pacjentów zarejestrowano także w województwie zachodniopomorskim – 1 284 osoby.

Wykres 4.8. Osoby w wieku do 18 lat, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrii w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym

Chart 4.8. Persons aged under 18 who received mental health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms under the outpatient treatment



W przypadku potrzeby skorzystania z wysokospecjalistycznej, całodobowej opieki psychiatrycznej, dzieci i młodzież mogą być skierowane na leczenie w trybie stacjonarnym na oddziałach szpitalnych.

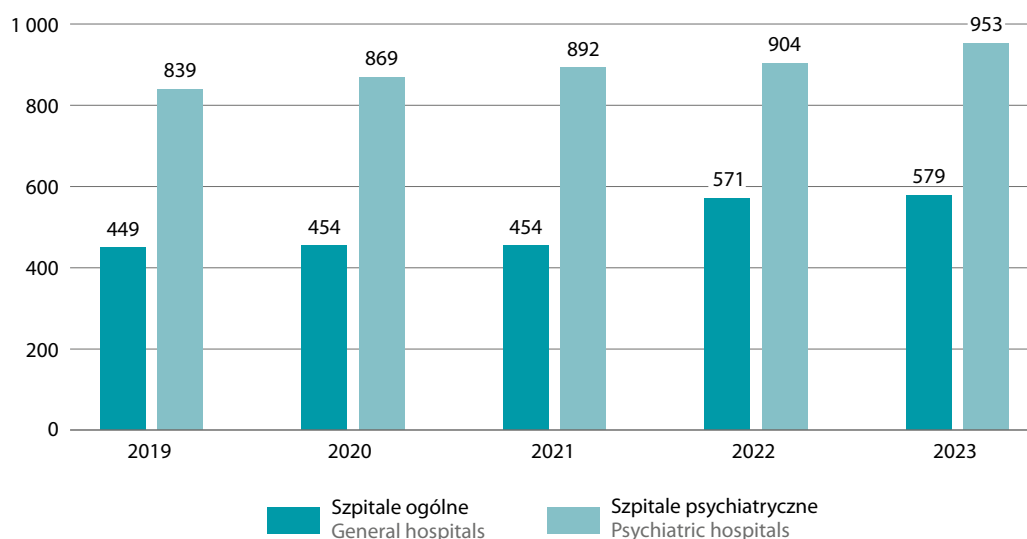
¹³¹ Dane Głównego Urzędu Statystycznego – sprawozdanie ZD-4.

W końcu 2023 r. w kraju działało 41 (tyle samo co w 2022 r.) oddziałów psychiatrycznych ogólnych dla dzieci (o kodzie resortowym 4701), funkcjonujących w strukturze organizacyjnej 19 szpitali ogólnych oraz 18 szpitali psychiatrycznych¹³². Ponadto, w siedmiu szpitalach psychiatrycznych funkcjonowało 10 dziecięcych oddziałów: leczenia zaburzeń nerwicowych (o kodzie resortowym 4705), psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (o kodzie 4733), odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu (o kodzie 4737) oraz hostel stacjonarny dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi (o kodzie 2721).

Wymienione oddziały dysponowały łącznie 1 532 łózkami (o 3,9% więcej niż w 2022 r.), z czego 579 łóżek znajdowało się w szpitalach ogólnych, a 953 łóżka – w szpitalach psychiatrycznych. Na jedno łóżko przypadało przeciętnie 4 633 osób w wieku do 18 lat, o 96 mniej niż w roku poprzednim. Wartość tego wskaźnika wahała się od 1 283 w województwie lubuskim do 10 753 osób w województwie podkarpackim. W 2023 r. wskaźnik liczby łóżek na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci na 10 tys. ludności w wieku do 18 lat wynosił 2,2 łóżka, o 0,1 więcej niż w 2022 r.

Wykres 4.9. Łóżka na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych Stan w dniu 31 grudnia

Chart 4.9. Beds in children's psychiatric wards of general and psychiatric hospitals
As of 31 December



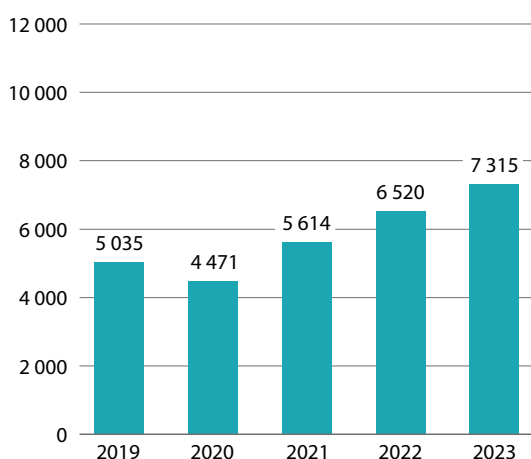
Podobnie jak przed rokiem, najwięcej (15,2%) łóżek psychiatrycznej opieki szpitalnej znajdowało się w województwie dolnośląskim – łącznie 233 łóżka, o 6,8% mniej niż w 2022 r. Więcej niż 100 łóżek dla dzieci dostępnych było także w szpitalach województw: mazowieckiego – 211 łóżek (o 10,5% więcej niż w 2022 r.), śląskiego – 190 (tyle samo co przed rokiem), łódzkiego – 150 (o 12,8% więcej), lubuskiego – 140 (o 2,2% więcej), pomorskiego – 112 (o 20,4% więcej) i kujawsko-pomorskiego – 101 (tyle samo co przed rokiem). W szpitalach tych siedmiu województw przebywało łącznie prawie 2/3 dzieci i młodzieży hospitalizowanych w kraju z powodu zaburzeń psychicznych lub uzależnień.

¹³² Dane Ministerstwa Zdrowia (sprawozdania MZ-29 i MZ-29A), Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (sprawozdania MSWiA-33 i MSWiA-43) i Instytutu Psychiatrii i Neurologii (sprawozdanie MZ-30). Dane o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej za rok 2023 zostały opracowane przez GUS na podstawie wyników badania Ministerstwa Zdrowia (sprawozdanie MZ-30) oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (sprawozdanie MSWiA-43).

W 2023 r. na szpitalnych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci ogółem przebywało ponad 17,5 tys. pacjentów, o 15,2% więcej niż w 2022 r. W szpitalach ogólnych hospitalizowano 7,3 tys. osób (o 10,9% więcej niż w roku poprzednim), przy czym dzieci i młodzież do 18 lat stanowiły 98,5% (7,2 tys. osób) hospitalizowanych na tych oddziałach¹³³. Na oddziałach dziecięcych w szpitalach psychiatrycznych leczono stacjonarnie 10,2 tys. pacjentów, o 17,0% więcej niż w roku poprzednim. Średni czas hospitalizacji na oddziałach dziecięcych w szpitalach psychiatrycznych wyniósł 32,2 dnia, a w przypadku oddziałów psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych był on, podobnie jak w latach ubiegłych, nieco krótszy i wyniósł 26,6 dnia. Średni pobyt chorego różnił się w zależności od rodzaju oddziału i wahał się od 25,9 dnia na oddziałach psychiatrycznych ogólnych dla dzieci do 168,4 dnia na oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci.

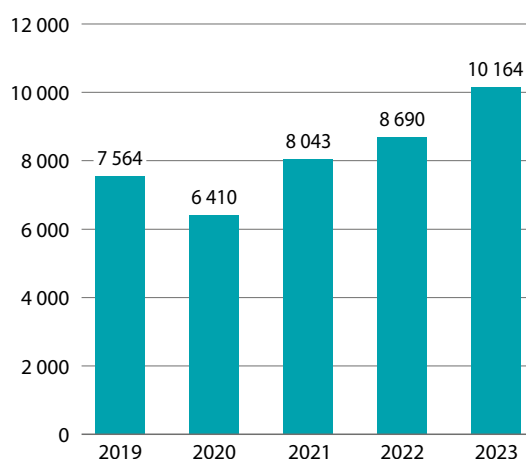
Wykres 4.10. Leczeni stacjonarnie w wieku do 18 lat na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych

Chart 4.10. Inpatients aged under 18 in psychiatric wards of general hospitals



Wykres 4.11. Leczeni stacjonarnie na oddziałach dziecięcych w szpitalach psychiatrycznych

Chart 4.11. Inpatients in children's wards of psychiatric hospitals



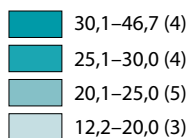
W ciągu roku z łóżka szpitalnego na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci skorzystało średnio 12 pacjentów. W szpitalach ogólnych na jedno łóżko szpitalne przypadało 12 leczonych stacjonarnie, a w szpitalach psychiatrycznych – 11 leczonych w tym trybie. Najwięcej pacjentów na jedno łóżko szpitalne przypadało w województwie opolskim (25), a najmniej – w województwie lubuskim (6). W 2023 r. wartość tego wskaźnika w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła w 13 województwach, przy czym w największym stopniu w województwie podlaskim (o 9 osób). Wskaźnik mniejszy niż przed rokiem odnotowano jedynie w województwach: małopolskim (11 pacjentów, czyli o 1 osobę mniej niż w 2022 r.), podkarpackim (13, o 2 mniej) i świętokrzyskim (16, o 4 mniej).

¹³³ W gronie pacjentów przebywających w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci (o kodzie resortowym 7401) w szpitalach ogólnych w 2023 r. było 110 osób w wieku powyżej 18 lat. Natomiast na oddziałach psychiatrycznych ogólnych (o kodach resortowych 4700 i 4748) w 2023 r. leczono stacjonarnie 76 pacjentów w wieku do 18 lat.

Mapa 4.14. Leczeni stacjonarnie na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych wg województw w 2023 r.

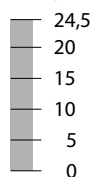
Map 4.14. Inpatients in the children's psychiatric wards of general and psychiatric hospitals by voivodships in 2023

Leczeni na 10 tys. ludności
w wieku do lat 18
Inpatients per 10 thousand
population aged under 18

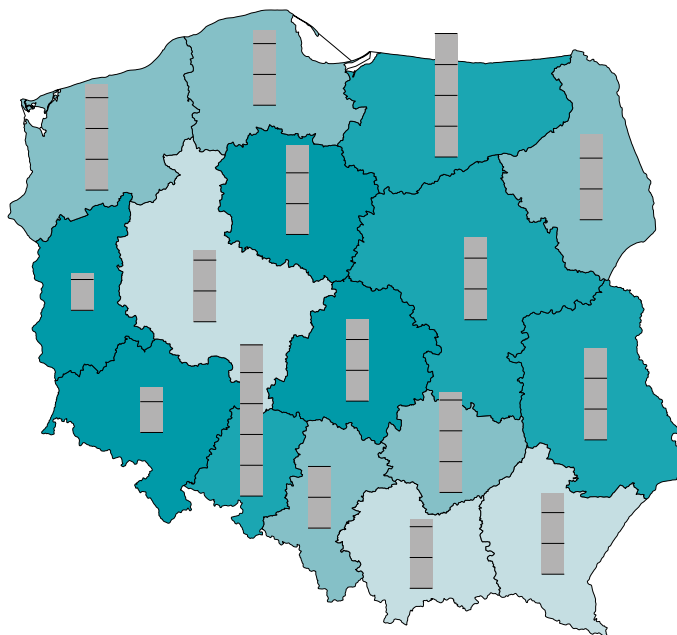


Polska = 25,3
Poland

Leczeni na 1 łóżko
Inpatients per 1 bed

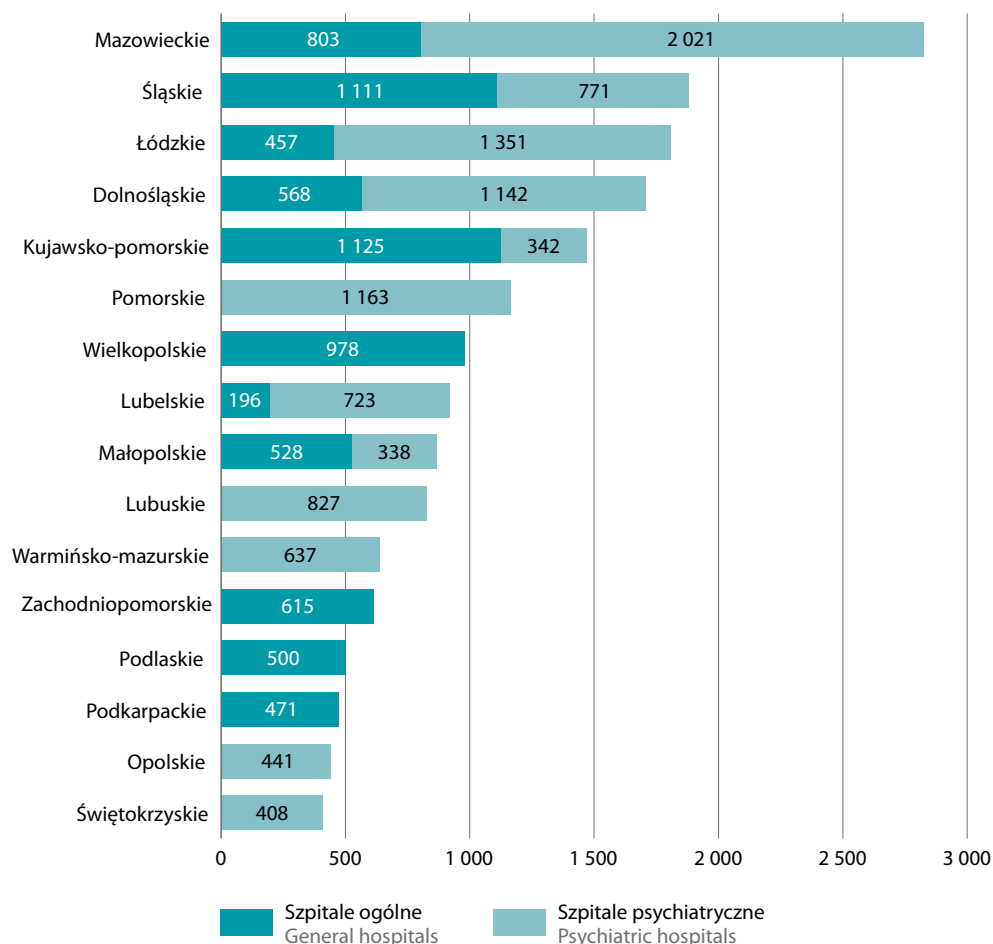


Polska = 11,6
Poland



Wykres 4.12. Leczeni stacjonarnie na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych wg województw w 2023 r.

Chart 4.12. Inpatients in children's psychiatric wards of general and psychiatric hospitals by voivodships in 2023



Wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów psychiatrycznych dla dzieci jest przeciętne wykorzystanie łóżek w ciągu roku. W 2023 r. wskaźnik ten dla szpitali ogólnych w kraju wyniósł 90,8% (331,3 dnia) i był o 4,4 p. proc. większy niż w 2022 r. W trzech województwach: lubelskim, łódzkim i mazowieckim osiągnął on wartości przekraczające 100% (co oznacza, że hospitalizowano więcej pacjentów niż dostępna na tych oddziałach liczba łóżek). Wskaźniki powyżej 95% charakteryzowały również województwa podkarpackie i podlaskie. Natomiast najniższą jego wartość osiągnięto w województwie dolnośląskim (69,6%). W porównaniu z 2022 r. największy wzrost wykorzystania łóżek na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci w szpitalach ogólnych odnotowano w województwie podlaskim (o 70,5 p. proc.), natomiast największy spadek – w mazowieckim (o 14,9 p. proc.).

W szpitalach psychiatrycznych wartości wskaźnika wykorzystania łóżek w ciągu roku są z reguły wyższe niż w szpitalach ogólnych. W 2023 r. wskaźnik ten dla oddziałów dziecięcych w szpitalach psychiatrycznych wyniósł 97,5% (355,8 dnia) i był o 6,3 p. proc. wyższy niż w 2022 r. W sześciu województwach: lubelskim, małopolskim, opolskim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim osiągnął wartości przekraczające 100%. Wskaźniki powyżej 95% charakteryzowały również województwa dolnośląskie i mazowieckie. Najniższą wartość wskaźnika wykorzystania łóżek (80,7%) odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim. Największy wzrost wykorzystania łóżek na oddziałach dziecięcych w szpitalach

psychiatrycznych, w porównaniu z rokiem poprzednim, odnotowano w województwie małopolskim (o 22,9 p. proc.), a największy spadek – w świętokrzyskim (o 14,7 p. proc.)¹³⁴.

Tablica 4.1. Działalność oddziałów psychiatrycznych dla dzieci^a w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych wg województw w 2023 r.

Table 4.1. Activity of children's psychiatric wards^a in general and psychiatric hospitals by voivodships in 2023

Województwa Voivodships	Oddziały Wards	Łóżka Beds		Leczeni w trybie stacjonarnym ^b Inpatients ^b			Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average length of stay of inpatient in days	Wykorzy- stanie łóżek w roku w % Usage of beds in the year in %
		ogółem total	na 10 tys. ludności w wieku do 18 lat per 10 thous. popula- tion aged under 18	ogółem total	na 1 łóżko per 1 bed	na 10 tys. ludności w wieku do 18 lat per 10 thous. popula- tion aged under 18		
	stan w dniu 31 grudnia as of 31 December							
Polska Poland	51	1 532	2,2	17 516	11,6	25,3	29,9	94,8
Dolnośląskie	8	233	4,7	1 710	7,3	34,3	44,2	88,9
Kujawsko-pomorskie	4	101	2,8	1 467	14,5	40,3	20,4	81,4
Lubelskie	2	62	1,7	919	14,8	25,4	26,0	105,6
Lubuskie	3	140	8,0	827	6,0	46,7	50,1	82,3
Łódzkie	5	150	3,7	1 808	13,3	44,3	27,2	99,2
Małopolskie	3	77	1,2	866	11,2	13,1	30,3	93,2
Mazowieckie	8	211	2,0	2 824	13,4	26,5	27,7	101,5
Opolskie	1	18	1,2	441	24,5	28,3	16,7	112,3
Podkarpackie	1	24	0,6	471	13,1	12,2	27,7	99,3
Podlaskie	1	36	1,8	500	13,9	24,2	25,7	97,7
Pomorskie	4	112	2,4	1 163	12,1	25,0	33,4	111,0
Śląskie	5	190	2,5	1 882	9,9	25,0	34,7	94,3
Świętokrzyskie	1	25	1,3	408	16,3	20,7	24,3	108,8
Warmińsko-mazurskie	1	32	1,3	637	19,9	25,7	20,5	112,0
Wielkopolskie	3	85	1,3	978	11,5	14,4	26,8	84,5
Zachodniopomorskie	1	36	1,3	615	17,1	21,8	19,8	92,8

a Bez oddziałów dziennych. b Z międzyoddziałowym ruchem chorych.

a Excluding day care wards. b Including inter-ward patient transfer.

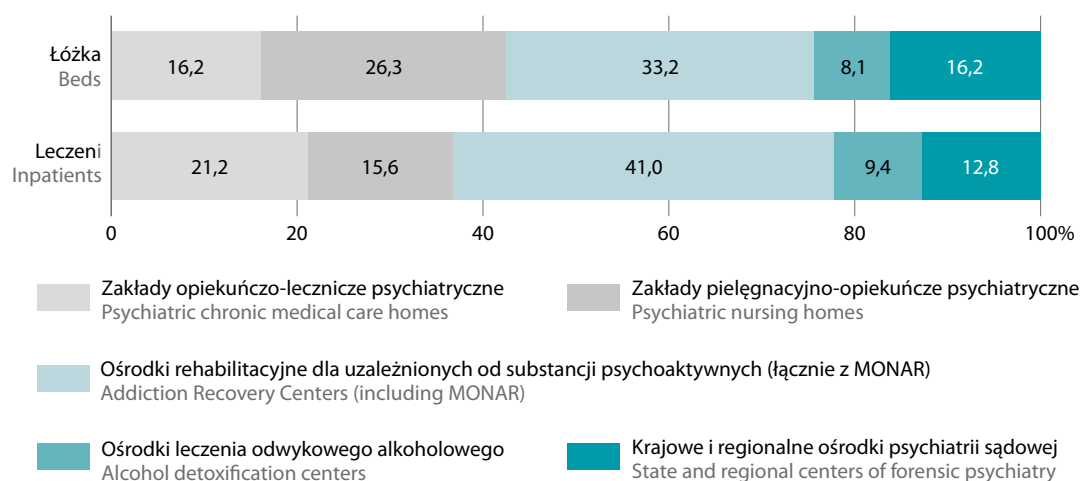
¹³⁴ W stosunku do lat poprzednich, w 2023 r. w województwie wielkopolskim nie odnotowano żadnego oddziału dla dzieci w szpitalach psychiatrycznych.

Stacjonarna opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą realizowana jest także w innych rodzajach zakładów. Należy wśród nich wymienić placówki opieki długoterminowej świadczonej w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych, a ponadto ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym zakłady MONAR, a także krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej.

W 2023 r. osoby w wieku do 18 lat mogły skorzystać z opieki stacjonarnej w siedmiu zakładach wymienionych wyżej rodzajów. Na długoterminową opiekę psychiatryczną dla dzieci było przeznaczone 105 łóżek (tyle samo co przed rokiem), natomiast placówki dla osób uzależnionych¹³⁵ oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej dysponowały łącznie 142 łóżkami (o 2 mniej niż w 2022 r.) przeznaczonymi dla tej grupy pacjentów. Z opieki długoterminowej w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych dla dzieci skorzystały 184 osoby, o 8 więcej niż w 2022 r., podczas gdy na oddziałach dziecięcych działających w strukturze zakładów dla osób uzależnionych oraz w ośrodkach psychiatrii sądowej przebywało łącznie 316 osób (o 41 więcej niż w roku poprzednim).

Wykres 4.13. Łóżka i pacjenci zakładów długoterminowej opieki psychiatrycznej dla dzieci w 2023 r.

Chart 4.13. Beds and inpatients of children's long term care psychiatric facilities in 2023



Średni czas pobytu pacjenta w psychiatrycznych zakładach pielęgnacyjno–opiekuńczych dla dzieci wyniósł 254,8 dnia, a w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–lecniczych dla dzieci – 103,5 dnia. W ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego pobyt trwał średnio 42,0 dnia, natomiast w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym w zakładach MONAR – 134,6 dnia. Wskaźnik wykorzystania łóżek dla omawianych zakładów stacjonarnych (innych niż szpitale) wyniósł ogółem 78,1% i był wyższy o 8,9 p. proc. w porównaniu z 2022 r. Największy wzrost wartości tego wskaźnika (o 28,0 p. proc.) odnotowano w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. W 2023 r. było to 86,9%. Wskaźnik wykorzystania łóżek w psychiatrycznych zakładach pielęgnacyjno–opiekuńczych dla dzieci osiągnął wartość 83,8% (o 2,0 p. proc. więcej niż w 2022 r.), a w opiekuńczo–lecniczych dla dzieci – 75,1% (o 2,7 p. proc. więcej niż w roku poprzednim).

¹³⁵ Ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego oraz ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych łącznie z MONAR.

CZĘŚĆ II UWAGI METODOLOGICZNE

1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH

Podstawowym źródłem informacji prezentowanych w publikacji są wyniki badań statystycznych prowadzonych zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, zarówno przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, jak i w ramach statystyki resortowej przez Ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Ministra właściwego do spraw wewnętrznych i administracji¹³⁶. Źródłami uzupełniającymi są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej.

W ramach sprawozdawczości GUS badane są: placówki lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej (formularz ZD-2), jednostki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (formularz ZD-3), jednostki ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej (formularz ZD-4) oraz apteki i punkty apteczne (formularz ZD-5). Źródłem informacji o absolwentach uczelni medycznych jest Zintegrowany System Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on, administrowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Badaniami objęte są zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów wykonujących działalność leczniczą działające na terenie kraju, bez względu na formę finansowania i podległość organizacyjną podmiotu świadczącego usługi (np. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Obrony Narodowej, jednostki samorządu terytorialnego – województwo, powiat czy gmina, a także organizacje społeczne, kościoły, związki wyznaniowe) oraz praktyki lekarskie realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

W ramach sprawozdania z działalności leczniczej zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej (formularz ZD-2), pozyskiwane są informacje o liczbie zakładów, bazie łóżkowej, liczbie pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych według płci i wieku. W zakresie kuracjuszy leczonych stacjonarnie zbierane są dane o liczbie osób dofinansowanych przez NFZ, pacjentach dofinansowanych przez ZUS i KRUS, kuracjuszach pełnopłatnych (w tym cudzoziemcach), a także o osobach, które uzyskały dofinansowanie z PFRON do turnusów rehabilitacyjnych organizowanych w badanych placówkach. Pozyskiwane są również dane o liczbie i rodzajach wykonanych zabiegów leczniczych.

W przypadku sprawozdania z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (formularz ZD-3) zbierane są informacje o liczbie przychodni i praktyk lekarskich oraz o poradach i teleporadach udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentyków w przychodniach, a także w ramach praktyk lekarskich. Sprawozdawczością obejmuje się podstawową i specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną, zarówno w miastach, jak i na wsi. Dane na temat liczby porad gromadzone są z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów.

Na sprawozdaniu z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (formularz ZD-4) gromadzone są m.in. dane o liczbie jednostek systemu ratownictwa medycznego ujętych w wojewódzkich planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (zespoły ratownictwa medycznego, lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, szpitalne oddziały ratunkowe), dane o medycznych czynnościach ratunkowych podejmowanych przez zespoły ratownictwa medycznego (wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego, miejsca zdarzenia, liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych na miejscu zdarzenia). W ramach sprawozdania pozyskiwane są również dane o świadczeniach zdrowotnych udzielanych w izbach przyjęć/szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym oraz o działalności stacjonarnej: szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Zakres przedmiotowy badania obejmuje również dane na temat kadry medycznej pracującej w wybranych podmiotach ratownictwa medycznego (m.in. w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, dyspozytorniach medycznych).

¹³⁶ Jednostki, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, objęte są sprawozdawczością odpowiednio Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia.

Sprawozdanie apteki i punktu aptecznego (formularz ZD-5) dostarcza informacji na temat aptek (ogólnodostępnych i zakładowych) i punktów aptecznych. Przedmiotem badania jest rodzaj placówki, zakres świadczonych usług (sprzedaż internetowa, pełnione dyżury, udogodnienia dla niepełnosprawnych), a także osoby pracujące (farmaceuci, technicy farmaceutyczni i inny personel).

Zamieszczone w publikacji dane o szczepieniach pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia. Źródłem informacji jest sprawozdanie o symbolu MZ-54 – roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych (dane Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH – PIB).

Zamieszczone w publikacji dane o zachorowaniach pochodzą ze sprawozdawczości resortowej i rejestrów Ministerstwa Zdrowia. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-14 – roczne sprawozdanie o leczonych w poradni dermatologicznej/wenerologicznej (dane Centrum e-Zdrowia), MZ-15 – sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii), MZ-56 – dwutygodniowe, kwartalne, roczne sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach (dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB), a także dane Krajowego Rejestru Nowotworów (dane Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — PIB) oraz dane Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę (dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc).

Dane o pracownikach medycznych (z wyłączeniem lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów), szpitalach, zakładach opieki długoterminowej, lecniectwie uzdrowiskowym, zakładach psychiatrycznych oraz krwiodawstwie, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-29 i MSWiA-43 (opieka szpitalna), MZ-29a i MSWiA-33 (stacjonarna opieka długoterminowa), MSWiA-45 (lecniectwo uzdrowiskowe), MZ-88, MZ-88A i MZ-89, MSWiA-29, MSWiA-30 (m.in. informacje o pracownikach medycznych pracujących przy pacjencie oraz w administracji rządowej i samorządowej, w NFZ oraz wyższych uczelniach kształcących personel medyczny), MZ-42, MSWiA-44 i MSWiA-46 (krwiodawstwo). Liczba lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów została opracowana w oparciu o źródła administracyjne (w tym rejestry): wykaz ZUS płatników składek, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Lecniczą (RPWDL) oraz rejestry praktyk lekarskich, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutycznych, prowadzone przez CeZ, wykaz podmiotów, z którymi NFZ podpisał umowę na świadczenie usług medycznych, Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów, Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów oraz PESEL i Centralny Wykaz Ubezpieczonych. Źródłem danych o działalności pracowni diagnostycznych jest sprawozdawczość resortowa Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji: roczne sprawozdania statystyczne o symbolach MZ-11 i MSWiA-32 (opieka ambulatoryjna) oraz MZ-29 i MSWiA-43 (opieka szpitalna).

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest sprawozdawczość resortowa Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji: roczne sprawozdania statystyczne o symbolach MZ-30 i MSWiA-43.

Dane dotyczące krwiodawstwa dostarcza Narodowe Centrum Krwi. Pozyskane informacje zawierają dane pochodzące z regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecniectwa, z Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecniectwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecniectwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wydatki na ochronę zdrowia zestawione w Narodowym Rachunku Zdrowia zostały opracowane w oparciu o dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28), a także na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S), sprawozdania

z działalności fundacji, stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych (SOF-1) i rocznego sprawozdania lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących (MZ-35A). Do szacunków wykorzystano również wyniki z badań przedsiębiorstw realizowanych za pomocą formularzy: Roczna ankieta przedsiębiorstwa (SP) i Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw (SP-3). Informacje te uzupełniono szacunkami i oszacowaniami wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną, opracowanymi w oparciu o wyniki Badania budżetów gospodarstw domowych i badania modułowego Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.

Głównymi źródłami danych do opracowania szacunków satelitarnego rachunku zdrowia są wyniki badań realizowanych za pomocą formularzy statystycznych: Roczna ankieta przedsiębiorstwa (SP), Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw (SP-3), Sprawozdanie o działalności sklepów, aptek i stacji paliw (H-01a), Roczne sprawozdanie o finansach podmiotów wykonujących działalność leczniczą z sektora publicznego (MZ-03), Sprawozdanie o stanie i ruchu środków trwałych (F-03), Statystyka gminy – Środki trwałe (SG-01 cz.4), Sprawozdanie z działalności fundacji, stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych (SOF-1) oraz systemy informacyjne Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji dotyczące rachunku zysków i strat samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, system informacyjny Ministerstwa Finansów dotyczący sprawozdawczości jednostek sektora finansów publicznych (prowadzony na podstawie sprawozdań Rb), sprawozdania z wykonania budżetu państwa w zakresie ochrony zdrowia lub sprawozdania finansowe jednostek zaliczanych do sektora instytucji rządowych i samorządowych. W obliczeniach wykorzystano również szczegółowe dane naliczane dla potrzeb rachunków narodowych i Narodowego Rachunku Zdrowia.

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

Dane prezentowane w publikacji – jeśli nie zaznaczono inaczej – obejmują nie tylko placówki podległe Ministerstwu Zdrowia, ale także placówki podległe resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych. Zamieszczone w publikacji dane nie obejmują informacji dotyczących ochrony zdrowia w zakładach karnych (wyjątek Tablica 9 w aneksie tabelarycznym).

Liczby opisujące zasoby systemu opieki zdrowotnej podawane są według stanu na dzień 31 grudnia, natomiast liczby opisujące działalność badanych placówek dotyczą działalności podejmowanej w ciągu roku. Przy przeliczaniu danych stanowiących stan w końcu roku (np. łóżka w szpitalach, liczba przychodni) na mieszkańców (na 1 000 i 10 000 ludności itp.) przyjęto liczbę ludności według stanu w dniu 31 grudnia, a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. leczenia, zachorowania) – ludność według stanu w dniu 30 czerwca.

Liczby względne (wskaźniki, odsetki) obliczono z reguły na podstawie danych bezwzględnych wyrażonych z większą dokładnością, niż podano w tablicach. Drobne rozbieżności w sumowaniu danych na „ogółem”, występujące w części analitycznej i w aneksie tabelarycznym, wynikają z automatycznych zaokrągleń.

Dane i analizy zawarte w publikacji uwzględniają strukturę opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej¹³⁷.

Zgodnie z ustawą podmiotami leczniczymi mogą być:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy Prawo przedsiębiorców,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej,
- instytuty badawcze,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,

¹³⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 799).

- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe,
- jednostki wojskowe,

– w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Natomiast do praktyk zawodowych można zaliczyć np.:

- praktykę zawodową wykonywaną przez lekarzy i lekarzy dentystów,
- praktykę zawodową wykonywaną przez pielęgniarki.

Zgodnie z ustawą, działalność leczniczą dzieli się na trzy rodzaje:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne (szpital);
- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne (np. zakłady opiekuńczo–lecznicze, zakłady pielęgnacyjno–opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, hospicja);
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – np. przychodnie, ośrodki zdrowia, laboratoria, zakłady diagnostyczne.

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji, objęto zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów leczniczych zarejestrowane¹³⁸ w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów (formularze ZD–2, ZD–3 i ZD–4) wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III, IV, V i VI kodu resortowego oraz kod rodzaju praktyki zawodowej i kod zawodu lekarza/lekarza dentysty, nadanego w procesie rejestracji podmiotu leczniczego.

Przy tworzeniu operatów do badań statystycznych, prowadzonych na podstawie formularzy ZD–2 i ZD–3, wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, a w przypadku formularza ZD–4 – dane z systemów informacyjnych Ministerstwa Zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego.

Odsetki dzieci i młodzieży zaszczepionych są podawane dla określonych grup wieku i w odniesieniu do dzieci i młodzieży posiadających karty uodpornienia.

Program Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2023 określony jest w załączniku do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 września 2023 r. (poz. 87) ogłaszanego na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284, 909 i 1938). Program określa szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży według wieku (kalendarz szczepień), szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie w związku z przesłankami klinicznymi lub epidemiologicznymi oraz obowiązkowe szczepienia poekspozycyjne. Zawiera także informacje o szczepieniach zalecanych oraz zasadach przeprowadzania i organizacji szczepień.

Dane o zachorowaniach (choroby zakaźne, nowotwory, zaburzenia psychiczne wraz z uzależnieniami) są prezentowane w oparciu o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Dane o zachorowaniach na choroby zakaźne, są zaktualizowane zgodnie ze stanem w dniu 30 sierpnia 2023 r. i mogą się różnić od danych prezentowanych w poprzednich edycjach publikacji (nie dotyczy danych o chorobach wenerycznych i gruźlicy).

Dane o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne prezentowane są w oparciu o ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 924).

Dane o nowotworach złośliwych są prezentowane według grup umiejscowień w oparciu o klasyfikację ICD-10. Obejmują grupę C00–C97 klasyfikacji i nie obejmują grupy nowotworów przedinwazyjnych

¹³⁸ Wg stanu na dzień 31 grudnia 2023 r.

(nowotwory in situ D00-D09). Dane dotyczą przypadków nowotworów zarejestrowanych po raz pierwszy w roku sprawozdawczym.

Dane o gruźlicy dotyczą nowych zachorowań oraz wznów, i obejmują przypadki potwierdzone i niepotwierdzone bakteriologicznie.

Gruźlica płuc oznacza chorobę miąższu płucnego, krtani lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego. Choroba zajmująca inne miejsca ciała, włączając izolowaną gruźlicę opłucnej lub izolowaną gruźlicę węzłów chłonnych śródpiersia i wnęk, jest gruźlicą pozapłucną.

Chory na gruźlicę płuc i jednocześnie na gruźlicę pozapłucną jest zaliczany do przypadków gruźlicy płuc.

Dane o kile i rzeżączce dotyczą osób leczonych w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych nowo zarejestrowanych oraz ogółem leczonych w roku sprawozdawczym.

Dane o chorobach psychicznych dotyczą osób zarejestrowanych w poradni/gabiniecie po raz pierwszy w roku sprawozdawczym oraz przeniesionych z lat poprzednich, ale leczonych w danym roku. Pacjenci są rejestrowani jeden raz, według rozpoznania zasadniczego.

Prezentowane w publikacji dane o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej obejmują również działalność praktyk lekarskich i stomatologicznych (indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych), które podpisały umowy z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych.

Badanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, prowadzone za pomocą formularza ZD-3, nie obejmuje praktyk lekarskich i stomatologicznych działających wyłącznie w ramach środków niepublicznych.

W prezentowanych wynikach badań pod pojęciem przychodni należy rozumieć również: ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria i izby chorych oraz zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne.

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zastosowano następujące rozróżnienie porad i teleporad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystów: udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, specjalistyczne – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz przez lekarzy dentystów. Badanie na formularzu ZD-3 obejmuje również informacje na temat nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Do 30 września 2017 r. porady wykazywane były w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Od 1 października 2017 r. zostały wyodrębnione w oddzielnym dziale „Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna” i obejmują porady łącznie z udzielonymi w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad. Porady udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej prezentowane są łącznie z poradami w podstawowej opiece zdrowotnej.

Sprawozdaniem o symbolu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą¹³⁹ punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych sprawozdaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestru aptek prowadzonego przez wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne (według stanu na 31 grudnia 2023 r.).

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, deklarowane przez jednostki objęte sprawozdaniami o symbolach ZD-2, ZD-3, ZD-5, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu¹⁴⁰ Ministra Infrastruktury.

¹³⁹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 686).

¹⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 1225).

Dane na temat kadry medycznej pochodzą z Ministerstwa Zdrowia (w tym dane z Ministerstwa Obrony Narodowej), Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz GUS. Dane o kadrze pracującej bezpośrednio z pacjentem dotyczą osób pracujących w placówkach opieki zdrowotnej, a także w żłobkach, klubach dziecięcych i domach pomocy społecznej, gdzie świadczona praca uznawana jest jako wykonywanie zawodu medycznego, bez względu na formę zatrudnienia (samozatrudnienie, umowa o pracę, umowa cywilno–prawna). Każdy pracownik jest liczony tylko raz, w głównym miejscu pracy.

Ze względu na niepełną realizację obowiązku statystycznego przez podmioty lecznicze, szczególnie praktyki zawodowe, dane dotyczące osób pracujących z pacjentem otrzymane w wyniku badań opartych o sprawozdawczość mogą być niższe niż stan faktyczny. Dlatego, w wyniku przeprowadzonych prac metodologicznych, dane dotyczące lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych od roku 2019 oraz dane dotyczące fizjoterapeutów za lata 2022 i 2023 zostały oszacowane w oparciu o źródła administracyjne, w tym rejestry. Dane te są nieporównywalne z danymi za lata wcześniejsze.

W pracach nad algorytmem, służącym do oszacowania liczby lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów wykorzystano następujące źródła administracyjne:

- Wykaz ZUS płatników składek,
- Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- Rejestry praktyk lekarskich,
- Rejestry praktyk pielęgniarek i położnych,
- Rejestry praktyk fizjoterapeutów,
- Wykaz podmiotów, z którymi NFZ podpisał umowę na świadczenie usług medycznych,
- Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych,
- Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów,
- Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów,
- Zbiór PESEL,
- Centralny Wykaz Ubezpieczonych.

W pracach wykorzystano także zbiory opracowane w GUS na potrzeby innych badań statystycznych, np. zbiór BJS (Baza Jednostek Statystycznych), co pozwoliło na uniknięcie powielania części prac.

Algorytm dla poszczególnych grup pracowników medycznych został opracowany w oparciu o pozyskane dane administracyjne i składał się z kilku opisanych poniżej kroków:

A. Określenie populacji osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza–dentysty, pielęgniarki oraz położnej, zamieszkałych w Polsce

Na podstawie zbiorów NIL, NIPiP i KIF oraz PESEL i Centralny Wykaz Ubezpieczonych ustalono faktyczne przebywanie tych osób na terenie kraju. Z wykazu osób posiadających prawo wykonywania zawodu usunięte zostały osoby zmarłe, oraz osoby nie mieszkające w Polsce w dniu 31 grudnia 2023 r.

W ten sposób otrzymano populację osób posiadających prawo wykonywania zawodu (PWZ) zamieszkałych w Polsce z numerem prawa wykonywania zawodu, który uzupełniono o dane demograficzne (wiek, płeć) oraz adres zamieszkania.

B. Określenie populacji osób pracujących z pacjentem z grupy opisanej w punkcie A

Przyjęto założenie, że osoba pracująca z pacjentem to osoba wykazana jako pracująca w przynajmniej jednym ze źródeł: RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą), NFZ (wykaz podmiotów mających podpisany kontrakt z NFZ), BJS (podmioty z Bazy Jednostek Statystycznych, działające według PKD w sekcji Q Opieka zdrowotna i pomoc społeczna) lub aktywnej praktyce (indywidualnej lub grupowej).

W celu uzyskania populacji osób pracujących z pacjentem, dla każdego z wymienionych powyżej podmiotów uznanych za świadczących opiekę zdrowotną pacjentom:

- zweryfikowano występowanie podmiotów w zbiorze płatników składek ZUS (klucz łączenia: REGON/NIP);
- następnie spośród osób, za które podmioty te opłacają składki, wybrano osoby pracujące (status pracy ustalano na podstawie kodów tytułu ubezpieczenia).

C. Wyznaczenie głównego miejsca pracy dla osób pracujących z pacjentem

Dla osób pracujących z pacjentem, na podstawie zbiorów płatników składek ZUS, wyznaczono ich główne miejsce pracy przyjmując następujące kryteria stosowane kolejno:

- w przypadku, gdy osoba pracuje w jednym miejscu, jest to jej główne miejsce pracy;
- w przypadku, gdy osoba pracuje w więcej niż jednym miejscu pracy, za główne miejsce pracy uważa się to, w którym wymiar czasu pracy jest największy;
- kolejnym kryterium wyboru głównego miejsca pracy były: podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne, a w razie niemożności jej wykorzystania – podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- w przypadku, gdy powyższe, kolejno stosowane kryteria nie pozwalają na dokonanie jednoznacznego wyboru, za główne miejsce pracy uważa się to, w którym pracujący w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty lub pielęgniarki, położnej lub fizjoterapeuty jest zatrudniony na umowę o pracę (tj. gdzie pierwsze cztery cyfry kodu tytułu ubezpieczenia to 01 10);
- w pozostałych przypadkach, główne miejsce pracy ustalone jest losowo.

Prezentowane w aneksie tabelarycznym dane przekazywane do organizacji międzynarodowych (Tabl. 9), dotyczą łącznej liczby łóżek w szpitalnictwie (HP.1) oraz w szeroko rozumianej opiece długoterminowej (HP.2). Zostały opracowane zgodnie z wymaganiami OECD/Eurostat.

Do łóżek szpitalnych (HP.1) zaliczono łóżka w szpitalach ogólnych (HP.1.1), psychiatrycznych (HP.1.2), specjalistycznych (HP.1.3), w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach i stacjonarnych zakładach leczniczych. Ujęte są także łóżka w szpitalach zakładów karnych. Uwzględniono tu wszystkie łóżka dostępne dla pacjenta, stale utrzymywane i obsługiwane przez personel medyczny. Od 2008 r. liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łózkami i inkubatorami dla noworodków (oddziały neonatologiczne) w związku ze zmianą metodologii liczenia łóżek wprowadzoną przez resort zdrowia.

Do łóżek opieki długoterminowej (HP.2) zaliczono łóżka dla osób wymagających trwałej opieki leczniczej i pielęgnacyjnej na skutek chronicznego upośledzenia oraz ograniczonej samodzielności w życiu codziennym. Są to łóżka znajdujące się w zakładach zapewniających opiekę długoterminową w połączeniu z pielęgnacją, nadzorem oraz innymi rodzajami opieki. Opieka ta może stanowić połączenie świadczeń socjalnych oraz usług zdrowotnych. Do tej kategorii zaliczono łóżka w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych typu ogólnego, hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej, a w zakresie domów pomocy społecznej oddziały dla osób: przewlekłe somatycznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Dane nie obejmują łóżek w zakładach o profilu psychiatrycznym.

Dane o liczbie poszczególnych typów placówek opieki stacjonarnej, w odniesieniu do sposobu rejestracji tych zakładów w RPWDL, dotyczą zakładów leczniczych podmiotów leczniczych, czasami grup zakładów leczniczych lub oddziałów, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność określonego rodzaju.

Liczba szpitali dotyczy zakładów leczniczych albo wydzielonych jednostek organizacyjnych zakładów leczniczych (filii), w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Zakłady lecznicze podmiotów leczniczych udzielające wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne) nie zostały uwzględnione w liczbie szpitali.

Liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łózkami dla noworodków i inkubatorami. Do liczby łóżek nie są wliczane miejsca dzienne.

Dane o oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych prezentowane są dla 35 grup rodzajów oddziałów, opracowywanych Ministerstwo Zdrowia, w oparciu o część VIII kodu resortowego, charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego¹⁴¹.

Dane o oddziałach szpitalnych dotyczą oddziałów zarejestrowanych w RPWDL i wykazywanych w strukturze organizacyjnej szpitali (do 2021 r. obejmowały te oddziały, na których przebywali pacjenci leczenia stacjonarnie lub w trybie dziennym).

Liczba osób w szpitalach bez ruchu międzyoddziałowego jest to liczba osób hospitalizowanych zarejestrowanych w księdze głównej szpitala. Osoba przebywająca w szpitalu kilkakrotnie w ciągu roku, bądź osoba przebywająca w kilku szpitalach w ciągu roku, liczona jest za każdym razem niezależnie.

Dane o wykorzystaniu sprzętu medycznego dotyczą urządzeń będących własnością szpitali ogólnych oraz jednostek udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ) oraz wszystkich wykonanych na tym sprzęcie badań lub zabiegów.

Sprawozdaniem o symbolu ZD–2 objęte są zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej¹⁴² oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych¹⁴³.

Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, objęte sprawozdaniem o symbolu ZD–2, to placówki wpisane do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z wykorzystaniem kodu specjalności typowego dla zakładów rehabilitacji leczniczej (7400), które zarejestrowały łóżka i prowadzą działalność stacjonarną i/lub w trybie ambulatoryjnym.

Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zgodnie z ustawą¹⁴⁴ są:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, wchodzące w skład podmiotu leczniczego, będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z systemem współpracują centra urazowe, centra urazowe dla dzieci oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

W przekrojach terytorialnych dane o pacjentach prezentowane są zgodnie z miejscem udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nie miejscem zamieszkania pacjenta.

Od października 2017 r. w całej Polsce funkcjonuje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM). Jest to system teleinformatyczny, który umożliwia przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112 i 999), rejestrowanie zdarzeń medycznych oraz dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego. Dzięki systemowi możliwe jest geograficzne wskazanie miejsca zdarzenia oraz lokalizacji zespołów ratownictwa medycznego. System SWD PRM funkcjonuje przez całą dobę we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego, miejscach stacjonowania ZRM, dyspozytorniach medycznych oraz na stanowiskach wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Za utrzymanie oraz obsługę systemu na terenie kraju odpowiada minister właściwy do spraw zdrowia przez powierzenie zadań administratora systemu Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu, natomiast na terenie województwa – wojewoda. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM

¹⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 173).

¹⁴² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 799).

¹⁴³ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1420).

¹⁴⁴ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm.).

jest finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz części, których dysponentami są właściwi wojewodowie. Rezultatem wprowadzenia SWD PRM jest elektroniczne przekazywanie zleceń wyjazdów, czy też elektroniczne wypełnianie dokumentacji medycznej. System umożliwia m.in. generowanie wieloprzekrojowych statystyk i analiz dotyczących czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Rok 2023 był kolejnym rokiem, w którym dokumentacja statystyczna prowadzona była w postaci elektronicznej, co przełożyło się na przekazywanie bardziej precyzyjnych danych w tym zakresie.

Dane o krwiodawstwie, pozyskane z Narodowego Centrum Krwi (NCK), dotyczące krwiodawstwa realizowanego w ośrodkach regionalnych i terenowych stacjach działających w ramach NCK, prezentowane są w przekroju wojewódzkim. Dane pozyskane z Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz z Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSWiA dostępne są tylko na poziomie kraju.

System rachunków zdrowia jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Narodowe Rachunki Zdrowia (NRZ) umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy wydatków.

Rachunek zestawiany jest rokrocznie za rok T-2¹⁴⁵ według międzynarodowej klasyfikacji wydatków ICHA (International Classification for Health Accounts) i ujmowany w czterech tablicach (HCxHF, HPxHF, HCxHP i HFxFS), które są przekazywane, łącznie z uwagami metodologicznymi, do OECD, Eurostatu i WHO.

Wydatki poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia są prezentowane w trzech podstawowych przekrojach: HF (systemów finansowania), HC (funkcji ochrony zdrowia) i HP (świadczeniodawców). Dodatkowa tablica dotyczy przekroju HFxFS i zawiera informacje na temat powiązania systemów finansowania z rodzajami przychodów do nich trafiających.

Dane od roku 2013, w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania, sporządzane są według metodologii SHA 2011¹⁴⁶. Ze względu na wyżej wspomnianą zmianę metodologii, wyniki NRZ za lata 2013–2022 nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach. Można analizować jedynie wybrane agregaty, na wysokim poziomie ogólności, rachunku opracowanego według SHA 2011 w odniesieniu do SHA 1.0.

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia są corocznie uzupełniane o wstępne szacunki dotyczące systemów finansowania za rok T-1¹⁴⁷.

Źródłem informacji do NRZ w zakresie wydatków publicznych (HF.1), na które składają się systemy rządowe, systemy obowiązkowych – składkowych ubezpieczeń, są m.in. systemy administracyjne instytucji, które gromadzą dane o wydatkach na ochronę zdrowia, tj. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wykorzystywane są również wyniki innych badań realizowanych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej i dostępne źródła informacji, służące głównie do oszacowania wydatków prywatnych.

Szacunkowe porównanie potencjalnych przeliczeń agregatów pomiędzy metodologiami SHA 1.0 i SHA 2011

SHA 1.0	SHA 2011
HF1	HF1
HF2	HF2
	HF3

¹⁴⁵ T oznacza rok bieżący.

¹⁴⁶ Rozporządzenie Komisji (UE) 2021/1901 z dnia 29 października 2021 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady.

¹⁴⁷ j.w.

Systemy finansowania opieki zdrowotnej (ICHA-HF)

Kod ICHA	Systemy finansowania
HF.1	Systemy rządowe i systemy obowiązkowych, składkowych ubezpieczeń zdrowotnych
HF.1.1	Systemy rządowe i samorządowe
HF.1.2	Systemy obowiązkowych, składkowych ubezpieczeń zdrowotnych
HF.2	Systemy dobrowolnych płatności za świadczenia zdrowotne
HF.3	System bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych
HF.4	Zagraniczne systemy finansowania (reszta świata)

Funkcje ochrony zdrowia (ICHA-HC)

Kod ICHA	Funkcje ochrony zdrowia
HC.1	Usługi lecznicze
HC.2	Opieka rehabilitacyjna
HC.3	Opieka długoterminowa (zdrowotna)
HC.4	Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia (nieokreślone według funkcji)
HC.5	Produkty medyczne (nieokreślone według funkcji)
HC.5.1	Leki i materiały medyczne niebędące dobrami trwałego użytku (nieokreślone według funkcji)
HC.5.2	Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku (nieokreślone według funkcji)
HC.6	Profilaktyka zdrowotna
HC.7	Zarządzanie, administrowanie i finanse systemu ochrony zdrowia

Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP)

Kod ICHA	Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia
HP.1	Szpitala
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej
HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
HP.4	Świadczeniodawcy usług pomocniczych
HP.5	Sprzedawcy i inni dostawcy dóbr medycznych
HP.6	Świadczeniodawcy profilaktycznej opieki zdrowotnej
HP.7	Dostawcy usług w zakresie administracji systemu ochrony zdrowia i jej finansowania
HP.8	Pozostałe jednostki gospodarcze
HP.9	Zagranica

Przychody systemów finansowania (ICHA-FS)

Kod ICHA	Przychody systemów finansowania
FS.1	Transfery z krajowych przychodów instytucji rządowych i samorządowych
FS.2	Transfery z zagranicznych źródeł dystrybuowane przez rząd
FS.3	Składki na ubezpieczenia społeczne
FS.4	Obowiązkowe przedpłaty (inne niż wykazane w FS.3)
FS.5	Dobrowolne przedpłaty
FS.6	Inne przychody krajowe n.e.c
FS.7	Bezpośrednie transfery z zagranicy

Płatnicy (ICHA-FA) – dodatkowy przekrój służący do pozyskiwania danych przez GUS

Kod ICHA	Płatnicy w ochronie zdrowia
FA.1	Instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z funduszami ubezpieczeń społecznych)
FA.1.1	Instytucje rządowe na szczeblu centralnym
FA.1.2	Fundusze ubezpieczeń społecznych
FA.1.9	Wszystkie inne jednostki rządowe
FA.2	Ubezpieczenia prywatne
FA.3	Przedsiębiorstwa (inne niż ubezpieczeniowe)
FA.4	Instytucje niekomercyjne
FA.5	Gospodarstwa domowe
FA.6	Zagranica

Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują, często podlegają złożonym zmianom organizacyjnym, zmieniają się również systemy finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje zespół ekspertów złożony z przedstawicieli: Eurostatu, OECD i WHO – IHAT (International Health Account Team). W związku z tym, corocznie, jeśli zachodzi taka potrzeba, kraje dokonują zmian we wcześniej opracowanych rachunkach, w celu doprowadzenia danych do jak najlepszej, międzynarodowej porównywalności.

Metodologia wyliczania nakładów na ochronę zdrowia przez Ministerstwo Zdrowia określona jest ściśle w art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴⁸ i nie jest powiązana z metodologią SHA 2011, według której opracowywany jest Narodowy Rachunek Zdrowia.

Zgodnie z przepisami ustawy, na finansowanie ochrony zdrowia przeznacza się corocznie środki w wysokości nie niższej niż 7% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2026, nie może być niższa niż:

- 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.

¹⁴⁸ Tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.

- 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.
- 5) 5,75% produktu krajowego brutto w 2022 r.
- 6) 6,00% produktu krajowego brutto w 2023 r.
- 7) 6,20% produktu krajowego brutto w 2024 r.
- 8) 6,50% produktu krajowego brutto w 2025 r.
- 9) 6,80% produktu krajowego brutto w 2026 r.

Powyższe limity, zgodnie z ust. 4 art. 131c przywołanej powyżej ustawy, są uwzględniane przez Radę Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym.

Punkt odniesienia wartości produktu krajowego brutto jest wskazany w art. 131c ust. 2 ustawy, zgodnie z którym wartość produktu krajowego brutto jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto¹⁴⁹, według stanu na dzień 31 sierpnia. Przedmiotowe obwieszczenie wydawane jest do 15 maja danego roku za rok poprzedni. Tym samym, przy planowaniu nakładów na ochronę zdrowia na rok następny, zgodnie z ustawą, Rada Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym uwzględnia tę wartość PKB, która jest dostępna dla roku N–2 w stosunku do roku N, którego dotyczy ustawa budżetowa. Dodatkowo, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa również ścisły katalog wydatków lub kosztów, które wlicza się do nakładów na ochronę zdrowia.

Katalog ten obejmuje m.in.:

- 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa;
- 3) koszty Narodowego Funduszu Zdrowia ujęte w planie finansowym Funduszu, z wyłączeniem środków z Funduszu Medycznego przekazywanych do Funduszu;
- 4) odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9, ujęty w planie finansowym Funduszu;
- 5) koszty Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych ujęte w planie finansowym tego Funduszu;
- 6) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych;
- 7) odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵⁰ – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

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 pacjenta¹⁵¹.

¹⁴⁹ Tekst jednolity Dz.U. z 2021 r. poz. 151

¹⁵⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz.146 z późn. zm.).

¹⁵¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz.799).

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych¹⁵² są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologicznych i położniczych,
- stomatologicznych,
- wenerologicznych,
- onkologicznych,
- psychiatrycznych,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- dla weteranów poszkodowanych, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach:

1. Świadczeniobiorców objętych zakresem przepisów przejściowych z art. 17 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wpisani na listy oczekujących w zakresie świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa przed końcem 2014 r.),
2. Świadczeniobiorców mających prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wynika z zapisów art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ww. ustawy, stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32 Świadczeniobiorca, u którego:
 - w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy,
 - lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy – ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58 ww. ustawy.

Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez poradnie i przychodnie specjalistyczne lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie.

Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne¹⁵³.

Choroba zakaźna – choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

Donacja – pobranie krwi lub jej składnika do celów klinicznych, diagnostycznych, produkcyjnych.

Dysponent jednostki – podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹⁵⁴.

¹⁵² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

¹⁵³ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 686).

¹⁵⁴ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm.).

Dyspozytornia medyczna – komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, utworzona w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych¹⁵⁵.

Gruźlica płuc i gruźlica pozapłucna – gruźlica płuc oznacza chorobę mięszu płucnego, krtani lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego. Choroba zajmująca inne miejsca ciała, włączając izolowaną gruźlicę opłucnej lub izolowaną gruźlicę węzłów chłonnych śródpiersia i wnęk, jest gruźlicą pozapłucną.

Hospicjum – zakład leczniczy podmiotu leczniczego lub jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, sprawująca wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami tych pacjentów.

Hospitalizacja – całodobowe udzielanie świadczeń w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno–terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia pacjenta do chwili jego wypisu albo zgonu (czas liczony od chwili wpisu do księgi głównej do chwili wypisu).

Jednostka krwi pełnej – w przybliżeniu 450 ml (jeden litr krwi pełnej w przybliżeniu równa się 2,22 jednostki).

Jednostka świeżo mrożonego osocza – w przybliżeniu 200 ml (jeden litr osocza równa się 5 jednostkom).

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi – instytut naukowo-badawczy, Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecnictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecnictwa, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecnictwa utworzone przez Ministra właściwego ds. wewnętrznych. Do ich zadań należy m.in. pobieranie, preparatyka oraz wydawanie krwi i jej składników do podmiotów leczniczych, a także realizacja zaopatrzenia w produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia, desmopresynę i inne produkty lecznicze¹⁵⁶.

Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy – podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami), stanowiące podstawowe jednostki służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny. Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy określa art. 2 pkt 2 ust. 1 ustawy¹⁵⁷.

Krwiodawstwo są to działania mające na celu dobrowolne (honorowe) i nieodpłatne pozyskiwania krwi i jej składników w celu jej przetoczenia lub przetworzenia w krwiopochodne produkty lecznicze. Krwiodawstwo swoim zakresem obejmuje działania promocyjne, pobranie oraz preparatykę krwi, a także jej wydawanie.

Kuracjusz – osoba korzystająca z usług leczniczych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego na zasadzie skierowania lub na podstawie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku.

Lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych (surowce lecznicze, właściwości lecznicze klimatu) oraz towarzyszących zabiegów z zakresu fizjoterapii.

Leczeni z ruchem międzyoddziałowym – liczba pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Pacjent przebywający na kilku oddziałach w trakcie jednego pobytu w szpitalu na każdym oddziale liczony jest niezależnie.

¹⁵⁵ Ibidem

¹⁵⁶ Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 281 z późn. zm.).

¹⁵⁷ Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 437).

Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego – liczba pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala.

Lekarz – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych¹⁵⁸.

Lekarz dentysta (do 31 maja 2004 r. lekarz stomatolog) – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentysty i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń określonych w definicji lekarza (p. 13), w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych¹⁵⁹.

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy¹⁶⁰ i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem¹⁶¹.

Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się z co najmniej trzech osób, w tym z co najmniej jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2022 r. – Prawo lotnicze¹⁶².

Łóżko – łóżko umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zaopatrzone w pościel, zajęte przez pacjenta lub przygotowane na jego przyjęcie. Do łóżek nie wlicza się łóżek/miejsc pobytu dziennego, łóżek (leżanek) wchodzących w skład wyposażenia stanowiska diagnostycznego, porodowego, dializacyjnego itp. oraz łóżek pomocniczych na których pacjent przebywa chwilowo np. wybudzeniowych, zalicza się (od 2008 r.) łóżka i inkubatory dla noworodków.

Medycyna pracy – teoretyczna i praktyczna dziedzina medycyny, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy i sposobów wykonywania pracy na stan zdrowia pracujących, oraz minimalizowanie negatywnych skutków zdrowotnych pracy poprzez odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy¹⁶³ pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki¹⁶⁴.

Opieka paliatywna i hospicyjna – wszechstronna i całościowa forma opieki sprawowana nad pacjentem chorym na nieuleczalną chorobę oraz jego rodziną, mająca na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania służą zapobieganiu cierpienia, niesieniu ulgi, leczeniu bólu i innych objawów somatycznych oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów, wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta.

Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

¹⁵⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1287).

¹⁵⁹ Ibidem.

¹⁶⁰ Ibidem.

¹⁶¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2023 r. poz. 975).

¹⁶² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm).

¹⁶³ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 1465).

¹⁶⁴ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm).

Osobodni – łączna liczba dni pobytu osób leczonych w zakładzie w ciągu okresu sprawozdawczego. Dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Ośrodek leczenia odwykowego – zakład leczniczy prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, zarówno w trybie całodobowym jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od alkoholu.

Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (razem z MONAR) – zakład leczniczy podmiotu leczniczego prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, działający zarówno w trybie całodobowym, jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych niż alkohol.

Pacjent stacjonarny – osoba formalnie przyjęta na leczenie lub pod opiekę, do szpitala lub innego stacjonarnego zakładu leczniczego, pozostająca w nim na minimum jedną noc lub dłużej niż 24 godziny.

Pielęgniarka – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia¹⁶⁵.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹⁶⁶.

Położna – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciążącą, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem.

Pracujący bezpośrednio z pacjentem (wykonujący działalność leczniczą) – osoby wykonujące działalność leczniczą, dla których głównym miejscem pracy jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego/zakład leczniczy lub praktyka zawodowa, apteka szpitalna lub ogólnodostępna, punkt apteczny, stacjonarny zakład pomocy społecznej lub żłobek. Do grupy pracujących bezpośrednio z pacjentem zalicza się osoby wykonujące zawody medyczne w domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie zalicza się natomiast osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji rządowej lub samorządowej oraz resortu sprawiedliwości, a także osób pracujących w ZUS, KRUS oraz w firmach farmaceutycznych, nawet jeśli praca przez niewykonywana wymaga wykształcenia medycznego.

Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek lub położnych – forma wykonywania zawodu w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁶⁷.

Przeciętne wykorzystanie łóżek w roku (w %) – iloraz osobodni pobytu pacjentów i średniej liczby łóżek w roku wyrażony w dniach i przeliczony na udział procentowy tych dni w roku.

$$W = \frac{\text{osobodni pobytu pacjentów w roku}}{\text{średnia liczba łóżek w roku} \times 365 \text{ dni}} \times 100\%$$

Wielkości użyte do wyliczenia oznaczają:

- średnia liczba łóżek w roku (przeciętna miesięczna liczba łóżek w roku) – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy w roku podzielona przez 12;

¹⁶⁵ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 814).

¹⁶⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

¹⁶⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 799).

- osobodni pobytu pacjentów w roku – łączna liczba dni pobytu wszystkich pacjentów w zakładzie leczniczym w ciągu okresu sprawozdawczego (rok), dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Wskaźnik może być wyrażony jako udział procentowy wykorzystanej bazy łóżkowej w roku oraz w wersji uproszczonej, wyrażony w dniach w roku.

Przeciętny pobyt chorego na oddziale (w dniach) – iloraz osobodni i liczby leczonych na oddziale.

Przychodnia – zakład leczniczy podmiotu leczniczego, w którym udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy¹⁶⁸ mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów.

Rejestr praktyk lekarskich prowadzony jest przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Przed rozpoczęciem działalności lekarz i lekarz dentyś musi uzyskać m.in. wpis do ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku praktyki specjalistycznej, posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń medycznych. Organ prowadzący rejestr dokonuje wykreślenia z rejestru, jeżeli lekarz złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania działalności objętej wpisem. Rejestr ten stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum e-Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Rejestr praktyk pielęgniarek i położnych prowadzony jest przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Rejestr stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum e-Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Szczepienie ochronne – podanie szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie.

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).

Szpital psychiatryczny – zakład leczniczy podmiotu leczniczego wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, prowadzący przynajmniej jeden oddział całodobowej opieki psychiatrycznej.

Stacjonarny zakład rehabilitacji leczniczej – zakład leczniczy/jednostka organizacyjna zakładu leczniczego/komórka zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą polegającą w szczególności na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Średni czas pobytu w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej (w dniach) – jest to iloraz osobodni (łączna liczba dni pobytu osób leczonych w ciągu roku w danym rodzaju zakładu) i łącznej liczby osób leczonych w ciągu tego okresu.

¹⁶⁸ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 686).

Świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szpitale dzielimy na: szpitale ogólne, szpitale psychiatryczne, szpitale uzdrowiskowe.

Szpitalny oddział ratunkowy – komórka organizacyjna szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiąca jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹⁶⁹. Oddział szpitalny udzielający świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zarówno przetransportowanych m.in. przez zespoły ratownictwa medycznego, jak i zgłaszających się samodzielnie. Szpitalny oddział ratunkowy organizuje się w szpitalach, w których znajduje się co najmniej: oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chirurgii dziecięcej – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, oddział chorób wewnętrznych, oddział pediatrii – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci – w przypadku szpitalu udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, pracownia diagnostyki obrazowej, miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej¹⁷⁰.

Średnia liczba łóżek – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy podzielona przez 12, tj. liczbę miesięcy w roku.

Świadczenie zdrowotne jest to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciążarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno–hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z ustawą.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady lecznicze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez praktyki zawodowe.

Teleporada – to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.

¹⁶⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm).

¹⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 336).

Uzdrowisko – to wydzielony obszar, któremu w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych został nadany status uzdrowiska i na terenie którego jest prowadzone lecnictwo uzdrowiskowe. Status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
- 2) posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie;
- 3) na jego obszarze znajdują się zakłady lecnictwa uzdrowiskowego i urzędnictwa lecnictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecnictwa uzdrowiskowego;
- 4) spełnia określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska;
- 5) posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami.

Wypisani pacjenci – pacjenci, którzy opuścili zakład leczniczy (np. szpital) po przebytych leczeniu w trybie stacjonarnym. W liczbie tej nie uwzględnia się osób zmarłych.

Zabiegi lecznicze i przyrodolecznictwo wykonywane w uzdrowiskach:

elektrolecnictwo – polega na zastosowaniu różnego rodzaju prądów leczniczych; zalicza się tu zabiegi m.in. takie jak: galwanizacja, jonoforeza, prądy interferencyjne, prądy diadynamiczne;

inhalacje, wziewanie – wprowadzenie leków lub składników naturalnych do układu oddechowego (górnych dróg oddechowych i drzewa oskrzelowego), dzięki zastosowaniu urządzeń wytwarzających aerozole o różnym stopniu rozproszenia; wziewania mogą być indywidualne lub zbiorowe;

kąpiele mineralne – są to kąpiele w wannach lub w basenach napełnionych wodą leczniczą, z równoczesnymi ćwiczeniami fizycznymi; do ich przygotowania wykorzystuje się przede wszystkim różnego typu solanki;

kąpiele CO² – są to kąpiele wannowe (dwutlenek węgla jest rozpuszczany w wodzie) albo stosowany w formie gazowej w kąpielach suchych;

kinezyterapia – leczenie ruchem, gimnastyka lecznicza; dzieli się na miejscową i ogólną; kinezyterapia miejscowa – dotyczy bezpośrednio narządu zmienionego chorobowo, natomiast kinezyterapia ogólna obejmuje ćwiczenia części ciała nie objętych chorobą;

krioterapia – polega na poddaniu całego ciała (lub miejscowo) działaniu bardzo niskich temperatur;

światłolecznictwo – metoda leczenia światłem, np. lampy emitujące głównie promienie podczerwone (sollux), nadfioletowe (lampa kwarcowa) lub skojarzone światło obu typów promieniowania;

wodolecznictwo, hydroterapia – metody leczenia bodźcowego przez zewnętrzne stosowanie wody zimnej, chłodnej lub ciepłej (kąpiele lecznicze, półkąpiele, natryski, bicz wodne, okłady);

zabiegi borowinowe – polegają na zastosowaniu rozdrobnionego torfu i peloidów torfowych będących naturalnymi substancjami mineralnymi (kąpiele borowinowe, zawijania, okłady);

zabiegi parafinowe – zawijania parafinowe, pędzlowania, okłady lub bezpośrednie kąpiele kończyn (tak zwane „rękawice” lub „skarpety”), a także maseczki.

Zakład lecnictwa uzdrowiskowego – zakład leczniczy albo jednostka lub komórka organizacyjna zakładu leczniczego, w której podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecnictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą¹⁷¹ zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecnicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Zakład opiekuńczo–lecniczy – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, 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.

Zakład pielęgnacyjno–opiekuńczy – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia te mogą polegać w szczególności na udzielaniu 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.

Zakażenie – wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego nienależnie od tego, czy wywołuje chorobę. Dotyczy to bakterii, wirusów i grzybów, natomiast w przypadku pasożytów używane jest określenie zarażenie.

Zachorowalność (zapadalność) – częstość występowania chorób, stanowiąca iloraz nowych zachorowań, które pojawiły się w określonym przedziale czasowym w określonej populacji w stosunku do liczebności tej populacji.

Zespoły ratownictwa medycznego – jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. W skład każdego z typów wyżej wymienionych zespołów wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami¹⁷².

¹⁷¹ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1420).

¹⁷² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm.).

PART II. METHODOLOGICAL NOTES

1. SOURCES OF STATISTICAL DATA

The main source of information presented in the publication are the results of statistical surveys carried out in accordance with the programme of statistical surveys of official statistics, both by the President of Statistics Poland and, as part of departmental statistics, by the Minister responsible for health and the Minister responsible for internal affairs and administration.¹⁷³ Complementary sources are administrative data and aggregated studies obtained from institutions operating in the field of health care.

The following entities are surveyed through the regular reports: health resort facilities, sanatoria (questionnaire ZD-2), outpatient health care units (questionnaire ZD-3), emergency medical service and first aid units (questionnaire ZD-4) as well as pharmacies and pharmaceutical outlets (questionnaire ZD-5). Data on graduates of medical schools comes from Integrated Information System on Science and Higher Education POL-on, administered by the Ministry of Science and Higher Education.

The research covers medical establishments or organizational units of medical establishments of entities performing medical activities operating in the country, regardless of the form of financing and the organisational subordination of the entity providing these services (i.e. the Ministry of Health, the Ministry of National Defence, local self-government entities – voivodships, poviats or gminas, as well as community organizations, churches, religious associations) and medical practices providing services financed from public funds..

As part of the report on therapeutic activity of health resort facilities, inpatient rehabilitation facilities (ZD-2 questionnaire) information on number of establishments, beds, as well as stationary and outpatient patients by sex and age are obtained. In the field of patients treated inpatiently, data are collected on the number of people co-financed by the National Health Fund, Social Insurance Institution and Agricultural Social Insurance Fund, full-fee patients (including foreigners), as well as persons who received funding from State Fund for the Rehabilitation of the Disabled for rehabilitation stays organized in the examined facilities. Data on the number and types of natural healing services performed in health resort facilities are also obtained.

In the report on outpatient health care (ZD-3 questionnaire), information about the number of out – patients' departments, medical practices and consultations and teleconsultations given by doctors and dentists in out – patients' clinics and also in the framework of the medical practices are collected. Reporting includes primary and specialized outpatient health care, both in urban and rural areas. Data on the number of consultations are collected taking into account gender and age of the patients.

In the report on first aid and emergency medical services (ZD-4 questionnaire) there are collected, among others, data on the number of units of emergency medical services included in the plans of voivodes of the State Emergency Medical Services Systems' (emergency rescue teams, medical air rescue teams, hospital emergency wards), data on emergency medical activities provided by emergency rescue teams (number of calls of the emergency rescue teams, type of occurrence places, number of persons who received health care benefits in the place of occurrence). The survey includes also data on health care benefits provided in admission rooms/hospital emergency wards under the outpatient treatment as well as inpatient activity of: hospital emergency wards, trauma centres, trauma centres for children, organizational units of a hospital, specialized in providing emergency medical services. The objective scope of the survey includes also information on medical staff working in selected emergency units (among others: emergency rescue teams, medical air rescue teams, medical dispatch centres).

¹⁷³ Units for which the forming body is the Minister of National Defence are subject to reporting by the Central Statistical Office and the Ministry of Health, respectively.

Report on pharmacy and pharmaceutical outlet (ZD-5 questionnaire) is designed to collect information on pharmacies (generally available pharmacies and dispensaries) and pharmaceutical outlets. The subject of the study is the type of facility the scope of services rendered (online sales, on-call duties,, facilities for the disabled), as well as on the persons employed (pharmacists, pharmacy technicians, and other personnel).

The data on vaccinations included in the publication come from the reporting of the Ministry of Health. The source of information is statistical report MZ-54 - the annual report on vaccinations (data from the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute).

The data on the disease included in the publication come from departmental reporting and registers of the Ministry of Health. The source of information are annual statistical reports, such as: MZ-14 – annual report on patients treated in a dermatological/venereological clinic (data from the e-Health Centre), MZ-15 – report on the activities of an outpatient treatment unit for people with mental disorders, alcohol addiction and other psychoactive substance addiction (data from the Institute of Psychiatry and Neurology), MZ-56 – biweekly, quarterly, annual report on the incidence of infectious diseases, infections and poisonings (the National Institute of Public Health, National Institute of Hygiene – National Research Institute), as well as data from the National Cancer Registry (data from the Maria Skłodowska-Curie National Institute of Oncology — National Research Institute) and data from the National Tuberculosis Registry (data from the Institute of Tuberculosis and Lung Diseases).

The data on medical personnel (excluding doctors, dentists, nurses, midwives and physiotherapists), hospitals, long-term health care facilities, health resort facilities, psychiatric facilities and blood donation, presented herein, come from the reports of the Ministry of Health and the Ministry of Interior and Administration. The following annual statistical reports serve as the source of information in this scope: MZ-29, MSWiA-43 (hospital care), MZ-29 and MSWiA-43 (long-term health care), MSWiA-45 (health resort treatment), MZ-88, MZ-88A, MZ-89, MSWiA-29 and MSWiA-30 (inter alia medical personnel working with patients and employed within the government and local self-government administration, the National Health Fund personnel, persons employed in higher education institutions training medical staff), and MZ-42, MSWiA-44 and MSWiA-46 (blood donation). The number of doctors, dentists, nurses and midwives since 2019 as well as physiotherapists by 2022 and 2023 is based on administrative sources (including registers). the list of Social Insurance Institution contribution payers, the Register of Entities Performing Medicinal Activities (RPWDL) and registers of medical practices, nurses and midwives and physiotherapists kept by the e-Health Center, the list of entities with which the National Health Fund has signed a contract for the provision of medical services, the Central Register of Nurses and Midwives, the Central Register of Doctors and Dentists, the National Register of Physiotherapists, and PESEL and the Central Register of Insured Persons. The source of data on the activities of diagnostic laboratories is the ministry reporting of the Ministry of Health and the Ministry of the Interior and Administration: annual statistical reports with the symbols MZ-11 and MSWiA-32 (outpatient care) and MZ-29 and MSWiA-43 (hospital care).

The source of data on activity of psychiatric inpatient facilities is the Ministry of Health and the Ministry of Interior and Administration: annual statistical reports MZ-30 and MSWiA-43.

The data on blood donation is provided by the National Blood Centre and covers the statistics delivered by the Regional Blood Donation and Blood Transfusion Centres, the Military Blood Donation and Blood Transfusion Centres, and the Blood Donation and Blood Transfusion Centre as set up by the Minister of the Interior and Administration.

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution, Agricultural Social Insurance Fund, Ministry of Family, Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and Administration, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, the State Fund for the Rehabilitation of Disabled Persons, the annual report on execution of the plans of the State budget expenses (Rb-28) and also annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments (Rb-28S), reports on the activities of NGOs (SOF-1) and annual report of doctor conducting preventive examinations of employees (MZ-35A). The estimates also use research results conducted on the basis of statistical reports: SP Annual

survey of enterprises and SP-3 Report on the economic activities of enterprises. The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of Households budgets survey as well as module survey *Health care in households in 2020*.

The main sources of data for estimates of the satellite health account are the research results conducted on the basis of statistical reports: Annual survey of enterprises (SP), Report on the economic activities of enterprises (SP-3), Report on the activities of shops, pharmacies and gas stations (H-01a), Annual report on finances of entities performing medical activities in the public sector (MZ-03), Report on the status and movement of fixed assets (F-03), Municipal statistics - Fixed assets (SG-01 part 4), Report on the activities of foundations, associations and other social organizations (SOF -1) and information systems of the Ministry of National Defence and the Ministry of the Interior and Administration regarding the profit and loss account of independent public health care facilities, the information system of the Ministry of Finance regarding the reporting of public finance sector entities (on the basis of Rb reports), reports on the implementation of the state budget in the field of health care or financial reports of entities of the general government sector. The estimations also used detailed data calculated for the purposes of national accounts and the National Health Account.

2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data presented in the publication – unless otherwise stated – include not only health care units subordinated to the Ministry of Health but also health care units subordinated to the Ministry of National Defence, the Ministry of the Interior and Administration; however, data presented in this publication still do not include information on prison health care (exception Table 9 and tabular annex).

The numbers describing the health care system resources are given as of 31 December, while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year. When computing per capita data (1,000 and 10,000 population, etc.) as of the end of a year (e.g., beds in hospitals, fixed assets), the population as of 31 December was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g. people cured) – as of 30 June.

Relative numbers (indices, percentages) are, as a rule, calculated on the basis of absolute data expressed with higher precision, than that presented in the tables. Minor discrepancies in adding up the data on the “total” (in the analytical section and in annex table) result from automatic rounding.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in the Act on Health Care Activities¹⁷⁴.

Medical entities, in accordance with the Act include:

- entrepreneurs within the meaning of the Act on entrepreneurs,
- independent public health care providers,
- budget units comprising in their organizational structure out-patient clinics, out-patient clinics with infirmaries or primary care physician, a primary care nurse or a midwife of primary care in the organisational structure,
- research institutes,
- foundations and associations which statutory purpose is to perform tasks in the field of health care and which statute allows health care activities,
- churches, church legal persons and religious associations – to the extent to which these entities perform health care activities,
- military units,

– to the extent that they carry out medical activities.

¹⁷⁴ The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2024 item 799).

In turn, the professional practices include:

- professional practice performed by doctors and dentists,
- professional practice performed by nurses.

In addition, the Act on Health Care Activities introduced changes in the classification of medical entities. Legislators resigned to use the International Classification of Health Care Providers (HP) instead they used the three types of activities:

- in-patient round-the-clock health care services – hospital (hospital);
- in-patient round-the-clock health care services – other than hospital (e.g. chronic medical care homes, nursing homes, rehabilitation facilities, hospices);
- out-patient health services – (e.g. out-patient departments, clinics, health centers, diagnostic laboratories, diagnostic facilities).

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered¹⁷⁵ in the Register of Entities providing health care. The register number, in the register of the entity providing health care, part II, III, IV,V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine/dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

The frame to statistical surveys, conducted on the basis of ZD-2 and ZD-3 reports was created using data from information systems of NHF containing data of health care providers providing services financed from public funds, and in the questionnaire ZD-4 – data from Ministry of Health information systems in the scope of emergency medical services.

The percentages of children and adolescents vaccinated are given for specific age groups and for children and adolescents with immunization cards.

The Protective Vaccination Program (PSO) for 2023 is specified in the annex to the announcement of the Chief Sanitary Inspector of 29 September 2023 (item 87) announced on the basis of art. 17 paragraph 11 of the Act of 5 December 2008 on the prevention and control of infections and infectious diseases in humans (Journal of Laws of 2023, items 1284, 909 and 1938). The program specifies mandatory vaccinations for children and adolescents by age (vaccination calendar), mandatory vaccinations for people particularly exposed to infection due to clinical or epidemiological reasons, and mandatory post-exposure vaccinations. It also contains information on recommended vaccinations and the principles of conducting and organizing vaccinations.

Data on diseases (infectious diseases, cancer, mental disorders and addictions) are presented on the basis of the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems.

Data on the incidence of infectious diseases are updated according to the state of knowledge on 30 August 2023 and may differ from the data presented in previous editions of the publication (does not apply to data on venereal diseases and tuberculosis).

Data on infectious diseases are presented based on the Act of 5 December 2008 on preventing and combating infections and infectious diseases in humans (Journal of Laws 2024, item 924).

Data on malignant neoplasms are presented by groups of their location based on the ICD-10 classification. They include C00-C97 group of ICD-10 classification and do not include the preinvasive in situ D00-D09 group. The data concerns neoplasms cases registered for the first time in the reporting year.

Data on tuberculosis include new cases and relapses, and concern bacteriologically confirmed and unconfirmed cases.

¹⁷⁵ As of 31 December 2023.

Pulmonary tuberculosis means a disease of the lung parenchyma, larynx or tracheobronchial tree. Disease affecting other parts of the body, including isolated pleural tuberculosis or isolated tuberculosis of the mediastinal and hilar lymph nodes, is extrapulmonary tuberculosis.

A patient with pulmonary tuberculosis and extrapulmonary tuberculosis at the same time is classified as a case of pulmonary tuberculosis.

Data on syphilis and gonorrhea concern patients newly registered in dermatological and venereological clinics and the total number of people treated in the reporting year.

Data on mental illnesses concern people registered in the clinic for the first time in the reporting year and those transferred from previous years but treated in a given year. Patients are registered once, according to the main diagnosis.

Presented in the publication data on out-patient health care also include doctors and dental practices (individual, individual specialized and group) which signed a contract with the National Health Fund for the provision of health care services under the public funds.

The survey on the out-patient health care, carried out through ZD-3 questionnaire, does not cover doctor and dental practices operating exclusively within non-public funds.

The results of a study presented by the term out-patient departments should be understood also: health centers, clinics, ambulatory departments, infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories.

The ambulatory health care includes consultations and teleconsultations provided by physicians and dentists: – provided within the primary health care include consultations provided by GP (General Practitioners) and by primary care physician, – treated as specialist include consultations provided by physicians specialized in a given area of medicine and by dentists. The ZD-3 report also includes information on holiday and nighttime medical services. By 30/09/2017 advice was reported in Primary Health Care (POZ), and from 01/10/2017 were separated in a section “holiday and nighttime medical services” and include advice including those provided under sub-contract with the hospital to perform these tips. Advice provided as part of night and holiday health care is presented together with advice in primary health care.

The ZD-5 report covers three types of establishments: generally available pharmacies, pharmaceutical outlets, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence and the Minister of Justice. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Pharmaceutical outlets established after the Act¹⁷⁶ came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

Information kept by the provincial pharmaceutical inspectorates – specifically the records of pharmacies – was used to create a list of pharmacies and pharmaceutical outlets surveyed in ZD-5 report (as at 31 December 2023).

The various types of facilities for the disabled, mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 reports should have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation¹⁷⁷.

Data on the medical personnel come from the Ministry of Health (including data from Ministry of National Defence), Ministry of the Interior and Administration and the Statistics Poland. Data on the medical staff working directly with the patient include those working in units in the health care sector and also in nurseries, children's clubs and social welfare facilities, when the provided work is recognized as the medical practicing profession, regardless of the form of employment (self-employed, employment contract or civil legal contract). Each person should be counted only once, in the main workplace.

¹⁷⁶ Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2024 item 686).

¹⁷⁷ The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (uniform text Journal of Laws 2022 item 1225).

Due to the incomplete implementation of the statistical obligation by medical entities, especially professional practices, the data on people working with the patient obtained as a result of reporting-based research may be lower than the actual state. Therefore, as a result of the methodological work carried out, data on doctors, dentists, nurses and midwives from 2019 and data on physiotherapists for 2022-2023 were estimated based solely on administrative sources. These data are incomparable with the data for previous years.

The following administrative sources were used in the work on the algorithm used to estimate the number of doctors, dentists, nurses and midwives as well as physiotherapists:

- List of Social Insurance Institution contributors,
- Register of entities performing medical activities,
- Registers of medical practices,
- Registers of nurse and midwifery practices,
- Registers of physiotherapists' practices,
- List of entities with which the National Health Fund has signed a contract for the provision of medical services,
- Central Register of Nurses and Midwives,
- Central Register of Doctors and Dentists,
- National Register of Physiotherapists,
- PESEL file,
- Central list of insured persons.

The works also used data files developed at Statistics Poland for the purposes of other statistical surveys, e.g. Base of Statistical Units, which allowed to avoid duplication of part of the work.

The algorithm for individual groups of medical professionals was developed on the basis of the obtained administrative data and consisted of several steps described below:

A. Determination of the population of persons licensed to practice the profession of doctor, dentist, nurse and midwife, as well as physiotherapists, residing in Poland

On the basis of the collections of the Polish Chamber of Physicians and Dentists, the and General Chamber of Nurses and Midwives, as well as, the Polish Chamber of Physiotherapists, PESEL file and Central list of insured persons the actual residence of these persons in the country was established. Persons who left the country persons with a foreign address, or persons not included in the Central list of insured persons have been removed.

In this way, the population of persons with the right to exercise the profession (PWZ) residing in Poland with a unique identifier (UNS — a unique statistical number) and the number of the right to exercise the profession, which was supplemented with demographic data (age, gender) and address of residence, was obtained.

B. Determination of the population of people working with a patient (practising) in the group described in section A

It is assumed that a person working with a patient is a person shown to be working in at least one of the sources: Register Of Entities Providing Health Care, the National Health Fund (list of entities having a contract with the National Health Fund), BJS (entities from the Statistical Units Base, operating according to PKD in section Q Healthcare and social assistance) or active practice (individual or group).

In order to obtain a population of persons working with the patient, for each of the entities identified as providing health care to patients:

- verified the presence of entities in the collection of Social Insurance Institution contribution payers (linking key: REGON/NIP);
- then, from among the persons for whom these entities pay contributions, the persons working were selected (the employment status was determined on the basis of the insurance title codes).

C. Designation of the main workplace for people working with the patient

For people working with the patient, on the basis of the collections of Social Insurance Institution contribution payers, their main workplace was determined by adopting the following criteria applied in turn:

- where a person works in one place, it is his or her main place of work;
- where a person works in more than one place of work, the main place of work shall be the one where the working time is the highest;
- another criterion for selecting the main place of work was: the basis for the assessment of the pension contribution or, if it is impossible to use, the basis for the assessment of the health insurance contribution;
- where the above, successively applied criteria do not allow an unambiguous choice to be made, the main place of work shall be deemed to be the place where the working person in the profession of doctor or dentist or nurse or midwife is employed under an employment contract (i.e. where the first four digits of the insurance title code this 01 10);
- in other cases, the main place of work is determined randomly.

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations (and presented in the annex in Table 9) represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) in its wide scope of understanding. Data are elaborated in accordance with OECD/EUROSTAT requirements.

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) specialised hospitals (HP.1.3) and other inpatient entities i.e. health resort hospitals, sanatoria, inpatient rehabilitation facilities as well as prison hospitals. According to definitions of OECD/Eurostat – hospital beds are all hospital beds which are regularly maintained and staffed and immediately available for the care of admitted patients. Since 2008 beds for newborns and incubators are included in total hospitals beds due to the change of the methodology of counting beds in hospitals introduced by the Ministry of Health in 2008.

Long term care beds (HP.2), comprise available beds for people requiring ongoing health and nursing care due to chronic impairments and a reduced degree of independence in activities of daily living found in establishments primarily engaged in providing residential care combined with either nursing, supervision or other types of care as required by the residents. Data on beds in psychiatric type facilities are not included. The care provided can be a mix of health and social services. Beds in all types of nursing and residential care facilities (HP.2) dedicated to long term care are included (i.e. chronic medical care homes, nursing homes, hospices, social welfare facilities for chronically ill with somatic disorders, physically handicapped, mentally retarded including children and young mentally retarded).

The data on particular types of inpatient health care facilities, in relation to the method of registration of these establishments in the RPWDL, refer to facilities of the therapeutic entities or organizational units of such facilities or wards, in which the therapeutic entity performs a specific type of activity.

The number of hospitals refer to the health care units of therapeutic entities or organizational units of these health care units, in which the entity conducts medical activity in kind of stationary and twenty-four hours hospital services. Health care units of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.

The number of hospital beds includes beds and incubators for newborns (neonatology wards). The number of hospital beds excludes day-places.

Data on hospital wards are presented for 35 groups of wards elaborated by the Ministry of Health on the basis of the system of identification codes for health care facilities (part VIII)¹⁷⁸.

Data on hospital wards concerns wards registered in the register (RPWDL) and included in the organizational structure of hospitals (until 2021, they included wards which reported inpatient or day care activity).

Inpatients without a patient flow between hospital wards means inpatients entered in the main hospital register. A person who were admitted in hospital several times a year, or a person who stays in several hospitals during the year, each time was counted independently (number of patient's hospitalizations).

Data on the use of medical equipment concern devices owned by general hospitals and units providing outpatient health services as part of public funds (agreement with the National Health Fund) and all tests or treatments performed on this equipment.

Health resort treatment, covered by the ZD-2 report, operates on the basis of the the Law on Health Care Activities¹⁷⁹, as well as the Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas¹⁸⁰.

Stationary medical rehabilitation institutions, covered by the report with the symbol ZD-2, are institutions entered in the Register of Entities Performing Medical Activity using the specialty code typical of medical rehabilitation institutions (7400), which have registered beds and carry out stationary and/or outpatient activities.

According to the Act¹⁸¹ on the State Emergency Medical Services, the following units are classified within the system:

- hospital emergency wards,
- emergency rescue teams, including medical air rescue teams, which are part of independent public health care facilities or budgetary units or limited companies with at least 51% of shares of the State Treasury or local government unit,

with whom contracts for the provision of healthcare services were concluded.

Trauma centres, trauma centres for children and organizational units of hospitals specialized in providing emergency medical services cooperate with the State Emergency Medical Services System. These units are included in the plans of voivodes of the Emergency Medical Services System.

Data on patients in cross territorial location are presented according to the location of provided health care services regardless of a place of residence.

There is the Command Support System of the State Emergency Medical Services (SWD PRM) in Poland. It has operated throughout the country since October 2017. It is an IT system enabling the accepting emergency calls and event notifications from emergency numbers (112 and 999), recording medical events and dispatching emergency rescue teams (ZRM). The system enables presentation of the geographical location of occurrence places and positioning of ZRM. It operates 24 hours per day in all emergency rescue teams, places of ZRM positioning, medical dispatch centres and in the location of voivodship emergency medical coordinators. In the country, the system maintenance and service is provided by the minister of health and by the Medical air rescue which is the system administrator, while in the voivodship – by the voivode.

¹⁷⁸ Regulation of 17 May 2012 of the Minister of Health on the system of departmental identification codes and a detailed method of their issuing (uniform text Journal of Laws 2019 item 173).

¹⁷⁹ The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 20243 item 799).

¹⁸⁰ The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas (uniform text Journal of Laws of 2024 item 1420).

¹⁸¹ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2024, item 652 as amended).

The system is financed from the state budget from the part dedicated to Ministry of Health as well as voivods. Implementation of the Command Support System of the State Emergency Medical Services result in dispatching emergency rescue teams and filling medical documentation electronically. The system allows, among others, the generation of cross-sectional statistics and analysis on the time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence places. The year 2023 was next year in which statistical records was gathered in electronic form what result in providing more precise data in this scope.

Data on blood donation, delivered by the National Blood Center – NBC, provided by regional and local blood collection sites run by NBC are displayed for regions (voivodships). Data delivered by the Military Blood Donation and Blood Transfusion Centers as well as the Blood Donation and Blood Transfusion Center run by the Ministry of Interior and Administration are available only for Poland as total.

The System of Health Accounts is an international tool for the analysis of health care expenditures, which captures them in a comprehensive manner that ensures comparability across countries. The National Health Accounts (NHA) enable a systematic description of financial flows related to the consumption of health care goods and services. They aim to describe the health care system from an expenditure perspective.

The National Health Account is prepared annually for year T–2¹⁸². The account is compiled according to the International Classification for Health Accounts (ICHA) expenditure classification and captured in four tables (HCxHF, HPxHF, HCxHP and HFxFS), which are transmitted, together with methodological remarks, to the OECD, Eurostat and WHO.

Expenditure on health and health care is presented in three basic cross sections: HF (financing schemes), HC (health care functions), and HP (providers). An additional table relates to the HFxFS cross-section and provides information on the relationship between financing schemes and the types of revenues going to them.

For data since 20213 is disseminated¹⁸³ as regards statistics on health care expenditure and financing data are developed according to SHA 2011 methodology. Due to the above-mentioned change in methodology, the results of the NRZ for the years 2013-2022 should not be directly compared to the accounts published in previous years. Only selected aggregates, at a high level of generality, of the SHA 2011 account for SHA 1.0 can be analysed.

The results of the National Health Account are updated annually with preliminary estimates of funding patterns for the T–1 year.

The sources of information for the National Health Account on public expenditure (HF.1), which consists of government schemes and compulsory contributory health insurance schemes, which include administrative systems of institutions that collect data on health expenditure, i.e. the Ministry of Health, the National Health Fund, the Social Insurance Institution, the Agricultural Social Insurance Fund, the Ministry of Interior and Administration, the Ministry of National Defense, the Ministry of Justice, the Ministry of Family, Labour and Social Policy. The results of other surveys carried out under the program of surveys of public statistics and available sources of information, used mainly for estimating private expenditures, are also used.

The financing schemes (ICHA – HF)

ICHA code	Financing schemes
HF.1	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes
HF.1.1	Governmental schemes
HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes
HF.2	Voluntary health care payment schemes
HF.3	Household out-of-pocket payment
HF.4	Rest of the world financing schemes

¹⁸² T indicates the current year.

¹⁸³ Commission Regulation (EU) 2021/1901 of 29 October 2021 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council

Health care functions (ICHA-HC)

ICHA code	Health care functions
HC.1	Curative care
HC.2	Rehabilitative care
HC.3	Long-term care (health)
HC.4	Ancillary services (non specified by function)
HC.5	Medical goods (non specified by function)
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non durable goods (not specified by function)
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods (not specified by function)
HC.6	Preventive care
HC.7	Governance, and health system and financing administration

Health care providers (ICHA-HP)

ICHA code	Providers of health care
HP.1	Hospitals
HP.2	Residential long-term care facilities
HP.3	Providers of ambulatory health care
HP.4	Providers of ancillary services
HP.5	Retailers and other providers of medical goods
HP.6	Providers of preventive care
HP.7	Providers of health care system administration and financing
HP.8	Rest of the economy
HP.9	Rest of the world

Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS)

ICHA code	Revenues of health care financing schemes
FS.1	Transfers from government domestic revenue
FS.2	Transfers distributed by government from foreign origin
FS.3	Social insurance contributions
FS.4	Compulsory prepayment (other than FS.3)
FS.5	Voluntary prepayment
FS.6	Other domestic revenues n.e.c.
FS.7	Direct foreign transfers

Financing agents (ICHA-FA) – additional breakdown used for acquiring data by the Statistics Poland

ICHA code	Financing agents in health care
FA.1	General government
FA.1.1	Central government
FA.1.2	State/Regional/Local government
FA.1.9	All other general government units
FA.2	Insurance corporations
FA.3	Corporations (other than insurance corporations)
FA.4	Non-profit institutions serving households (NPISH)
FA.5	Households
FA.6	Rest of the world

It is important to keep in mind that health care systems all over the world are evolving, often undergoing complex organizational changes, and financing systems are also changing, which requires systematic ad-

justment of health accounts to these changes, which are supervised on an international scale by an expert team composed of representatives of: Eurostat, OECD and WHO – IHAT (International Health Account Team). Therefore, every year, if necessary, countries revise previously elaborated accounts in order to bring data to the best possible international comparability.

The methodology for calculating health care expenditures by the Ministry of Health is strictly defined in Article 131c of the Act on health care benefits financed from public funds of 27 August 2004¹⁸⁴ and is not related to the methodology of SHA 2011, according to which the National Health Account is developed.

Pursuant to the provisions of the Act, there shall be appropriated annually for the financing of health care an amount not less than 7% of the gross domestic product, provided that the amount of funds appropriated for the financing of health care from 2018 to 2026, shall not be less than:

- 1) 4.78% of gross domestic product in 2018
- 2) 4.86% of gross domestic product in 2019
- 3) 5.03% of gross domestic product in 2020
- 4) 5.30% of gross domestic product in 2021
- 5) 5.75% of gross domestic product in 2022
- 6) 6.00% of gross domestic product in 2023
- 7) 6.20% of gross domestic product in 2024
- 8) 6.50% of gross domestic product in 2025
- 9) 6.80% of gross domestic product in 2026.

These limits, in accordance with paragraph 4 of Article 131c of abovementioned Act, are taken into account by the Council of Ministers in draft budget laws or draft laws on budget provisions.

The reference point for the value of the gross domestic product is indicated in Article 131c(2) of the Act, according to which the value of the gross domestic product is determined on the basis of the value specified in the announcement of the President of Statistics Poland issued pursuant to Article 5 of the Act of 26 October 2000 on the method of calculating the value of the annual gross domestic product¹⁸⁵ as at 31 August. This announcement is issued by May 15 of a given year for the previous year. Thus, when planning outlays on health care for the following year, in accordance with the Act, the Council of Ministers, in draft budget laws or draft laws on budget provision, takes into account that value of GDP which is available for year N–2 in relation to year N to which the budget law refers. In addition, the Law on health care services financed from public funds, also defines a strict catalog of expenses or costs that are included in health care outlays.

The catalog includes among others:

- 1) budgetary expenditure in the part of the state budget at the disposal of the minister responsible for health matters;
- 2) budget expenditures in the “health care” section in other parts of the state budget;
- 3) costs of the National Health Fund included in the financial plan of the Fund, excluding resources from the Medical Fund transferred to the Fund;
- 4) the estreat for the Agency for Health Technology Assessment and Tarification, referred to in Art. 31t sections 5–9, included in the financial plan of the Fund;
- 5) costs of the Medical Studies Loan Fund included in the financial plan of the Fund;
- 6) costs included in the financial plan of the Gambling Problem Solving Fund, referred to in Article 88 of the Gambling Act of 19 November 2009;
- 7) the estreat for the Medical Research Agency referred to in Art. 97 par. 3e, included in the Fund’s financial plan.

¹⁸⁴ uniform text Journal of Laws 2024, item 146 as amended

¹⁸⁵ uniform text Journal of Laws 2021, item 151

3. BASIC DEFINITIONS

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act¹⁸⁶.

Addiction recovery center – a medical facility of medical entity conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24-hour basis, as well as on a day and/or hostel basis, where most people are treated for addiction to psychoactive substances other than alcohol.

Average number of beds – the total number of beds as of the end of each month, divided by 12, i.e. by the total number of months in the year.

Average patient stay (in days) – the number of bed-days divided by the number of patients in the year.

Bed-days – total number of days of patient stay in a facility (beds effectively occupied) within the reporting period. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility.

Biological disability – respondent's subjective assessment of limitations in performing daily activities (severe or not very severe) lasting at least 6 months¹⁸⁷.

Blood donation – a campaign of voluntary bodies/grassroots initiative aimed at the voluntary acquisition of blood from people in good health, either for the benefit of people requiring blood transfusion (e.g. during surgical treatment), or for use in the manufacture of blood derivative products.

The principles related to the collection of blood, the separation of its elements, its storing and marketing, as well as the issues related to the organisation of the public blood services, are regulated under the Act on Public Blood Service.

Chronic medical care home – health care unit or an organizational unit of the health care entity in which a health care entity is engaged in medical activities of kind of stationary and 24-hour health care services other than hospital. The services may rely in particular on providing 24-hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents and medical materials, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care and personal care at home.

Detoxification center – a medical facility conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24-hour as well as on a day and/or hostel basis, where most people are treated for alcohol addiction.

Disability by statistical criterion – includes people who are biologically disabled, but only severely disabled, as well as people who are legally disabled (with a disability certificate).

Discharged patients – patients who left the treatment facility (e.g. hospital) after inpatient treatment. This number does not include deceased patients.

A dentist (up to 31 May 2004 – a stomatologist) – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a dentist, which consists of providing services in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area¹⁸⁸.

¹⁸⁶ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2024, item 652 as amended).

¹⁸⁷ As above

¹⁸⁸ As above.

Doctor specialist, dentist – a doctor (dentist) holding grade II specialization or title of a specialist in the relevant field of medicine in accordance with Art. 16 par. 2 of the Act¹⁸⁹, and the regulation¹⁹⁰.

Donation – collection of blood or blood components for clinical, diagnostic or manufacturing purposes.

Emergency rescue teams – pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services, are units that undertake emergency medical services in non-hospital conditions. They are divided into:

– specialist teams, consisting of at least three people holding licences to perform emergency medical services, including a physician of emergency medical services and a nurse of emergency medical services or emergency medical technician;

– basic teams, consisting of at least two people holding licences to perform emergency medical services, including a nurse of emergency medical services or emergency medical technician;

The emergency rescue teams shall be equipped with a means of sanitary transport fulfilling technical and quality features specified in the Polish Standards transposing the European harmonized standards. Both teams also include a driver, in the event that no member of such a team fulfils the conditions referred to the Article 106, paragraph 1 of the Act on vehicle drivers¹⁹¹.

Health care services are measures to maintain, save, restore and improve health and other medical interventions resulting from the treatment process and under separate provisions governing the rules of their exercise. These services include:

- doctor's examination and consultation,
- treatment,
- psychological examination and therapy,
- medical rehabilitation,
- care for women during pregnancy, childbirth and puerperium as well as for the foetus and the newborn child,
- care for healthy children,
- diagnostic tests including medical analytics,
- nursing services,
- care for the disabled,
- palliative and hospice care,
- adjudication and evaluation of health status,
- prevention of injuries and diseases through preventive measures and vaccination,
- technical activities in the field of prosthetics and orthodontics,
- activities in the field of orthopedic supplies and resources accordance with the law.

Health care services may be rendered by health care facilities, by natural persons performing medical professions, or by a group practice of doctors, nurses and midwives.

Health resort facilities – a health care facility or organizational unit cell performing medical activities as outpatient or stationary round-the-clock health benefits under the provisions of medical activity. Health resort facilities operates in the area of the health resort (spa), has been created in order to provide health benefits in the field of health resort treatment or rehabilitation. According to the Law¹⁹² health resort

¹⁸⁹ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, (uniform text Journal of Laws 2024 item 1287).

¹⁹⁰ Regulation of the Minister of Health of 4 May 2023 on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws 2023 item 975).

¹⁹¹ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2024, item 652 as amended).

¹⁹² The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas (uniform text Journal of Laws 2024 item 1420).

facilities are health resort hospitals (also for children) and health resort sanatoriums (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres as well as health resort sanatoriums in equipped underground mining.

Hospice – health care institution providing multidisciplinary medical, psychological and social care over ill persons, in terminal stage of illness (mainly due to cancer), as well as care over the families of these ill persons.

Hospital – a health care unit of the therapeutic entities or organizational units of health care unit in which an entity conducts medical activity in kind of hospital services. Health care unit of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.

Hospital bed – bed permanently located in wards, fully equipped, and occupied, or ready to be occupied, by patient.

Hospital emergency ward – is an organizational unit of a hospital as defined in the regulations on medical activity, being a unit of the State Emergency Medical Services, providing health care to persons who is in health threatening conditions¹⁹³. Hospital emergency ward provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the persons in health threatening conditions who are transported to hospital by emergency rescue teams or individually. A hospital emergency ward can be established in hospitals which have at least: a general surgery ward with a trauma section, a paediatric surgery ward – for hospitals providing health care services for children, an internal medicine ward, a paediatrics ward – for hospitals providing health care services for children, an anesthesiology and intensive therapy ward, a paediatric anesthesiology and intensive therapy ward – for hospitals providing health care for children, a diagnostic imaging laboratory, night and holiday health care place¹⁹⁴.

Hospital services – is carried out round the clock comprehensive health benefits involving the diagnosis, treatment, care and rehabilitation, which can't be implemented under other fixed and twenty-four hour ambulatory health care services or health services, hospital services are the benefits provided with the intention of terminating their provision in period not exceeding 24 hours. Hospitals are divided into: general hospitals, psychiatric hospitals, hospitals health resort.

Medical air rescue team consists of at least three people, including at least one professional pilot, one physician of emergency medical services and one emergency medical technician or a nurse of emergency medical services. Medical air rescue team shall be equipped with a means of sanitary transport fulfilling technical and quality features specified in the Polish Standards transposing the European harmonized standards and conditions referred to the Air Law¹⁹⁵.

Inpatient – a person formally admitted for treatment or care, to a hospital or other inpatient treatment facility, and who remains there for a minimum of one night or more than 24 hours.

Inpatient medical rehabilitation facility – a medical facility/organizational unit of a medical facility/cell of a medical facility in which a medical entity carries out therapeutic activity consisting in particular in improvement activities that serve to preserve, restore and improve health.

A midwife – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope of nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services, connected with care over a pregnant woman, a childbearing woman, a woman lying-in and an infant.

¹⁹³ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2024, item 652 as amended).

¹⁹⁴ Regulation of the Minister of Health of 27 June 2019 on the hospital emergency department (uniform text Journal of Laws 2024, item 336).

¹⁹⁵ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2024, item 652 as amended).

Natural healing services in health resort facilities and in inpatient rehabilitation facilities:

CO₂ baths – tube baths, in which carbon dioxide is dissolved in the water, or applied in a gaseous form in dry baths,

cryotherapy – a therapy consisting of the exposure of the whole body to extremely low temperatures for a short time,

electrotherapy – a therapy consisting of the application of various healing currents. This includes such -treatments as galvanisation, iontophoresis, interference currents, or diadynamic currents,

hydrotherapy – a stimulus treatment method consisting of the external application of cold, cool or hot water (healing baths, semi-baths, showers, water jets, compresses),

inhalations – the application of medicines and natural substances directly to the respiratory system (to the upper respiratory tract and to the bronchia), using specific devices which produce aerosols with various degrees of dispersion. The inhalations may be individual or organised in groups,

light therapy – a light-based treatment method using e.g. lamps, generating mainly infra-red light (sollux) or ultra-violet light (quartz lamps), or the combined light of both radiation types,

kinesiotherapy – a treatment method involving exercise, such as healing gymnastics, both local and general. Local kinesiotherapy refers directly to the compromised organ, while general kinesiotherapy consists of exercising the non-compromised parts of the body,

mineral baths – healing baths prepared in tubs or pools filled with healing water, with the addition of various types of brine, accompanied by simultaneous physical exercises,

mud baths – healing baths, which involve the application of crumbled peat and peloids, which are natural mineral substances,

paraffin wax treatment – paraffin packs, compresses or direct limb baths (so-called “gloves” or “socks”), and face masks.

Health resort facilities located on the area of a health resort include: health resort hospitals (also for children), health resort sanatoria (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres as well as sanatoria in underground mining excavations.

Medical dispatch center – an organizational unit of a voivodship office indicated in the voivodship plan of the State Emergency Medical Services, created to receive and handle emergency calls transmitted from emergency notification centers, to receive notifications about events and to perform tasks by medical dispatchers¹⁹⁶.

A nurse – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services¹⁹⁷.

Nursing home – health care unit or an organizational unit of the health care entity in which a health care entity is engaged in medical activities of kind of stationary and 24-hour health care services other than hospital. The services may rely in particular on providing 24-hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents needed for continuation of a treatment, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care.

¹⁹⁶ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2024, item 652 as amended).

¹⁹⁷ The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives (uniform text Journal of Laws of 2024 item 814).

The annual average occupancy rate (in days) – the number of bed–days divided by the average number of beds.

The annual average occupancy rate (in percent) – the number of bed–days divided by the average number of beds available and the results (in days) divided by 365 days and multiplied by 100

$$W = \frac{\text{annual inpatient bed-days}}{\text{average number of beds} \times 365} \times 100\%$$

The values used for the calculation mean:

annual inpatient bed–days – number of the days that inpatients spend in health facility during a year. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility

the average number of beds – number of beds in health facility as of the end of each month, divided by 12.

Occupational medicine – theoretical and practical field of medicine, which focuses on the examination of impact exerted by the work environment, and the way in which work is performed, on the health status of workers. Occupational medicine also focuses on the minimization of negative health effects of work through appropriate prevention activities. In accordance with the provisions of the Labour Code Act¹⁹⁸, employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

Occupational medicine service organizational units – entities, excluding nurses and midwives (as defined by the provisions of separate regulations), which deliver preventive occupational health care as a part of their curative activities. Such entities constitute basic occupational medicine service units and voivodship occupational medicine service centres. Occupational medicine service organizational units are defined in art. 2, paragraph 2 of the OMS Act¹⁹⁹.

Organisational units of public blood service – scientific research institutes, regional blood donation and blood healing centres, the Military Centre of Blood Donation and Blood Therapy, and the Blood Donation and Blood Therapy Centre established by relevant Minister of Interior. Their tasks include among others the collection, preparation and dispensing of blood and its components to medicinal entities, as well as the supply of blood products, recombinant coagulation factor concentrates, desmopressin and other medicinal products²⁰⁰.

Out–patient department – health centres, clinics, ambulatory departments and infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories which provide primary health care or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation.

Out–patient health care – according to the Act²⁰¹ – provision of health services by health care providers to patients not requiring treatment on a 24–hour or on a daytime basis.

Out–patient health services include the provision of primary health care, 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 residence²⁰².

Palliative and hospice care – a comprehensive and holistic form of care provided to patients with terminal illness and their families to improve the quality of life of patients and their loved ones coping with

¹⁹⁸ Labour Code Act of 26 June 1974 (uniform text Journal of Laws of 2023 item 1465).

¹⁹⁹ Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997 (uniform text Journal of Laws of 2022 item 437).

²⁰⁰ The Act of 22 August 1997 on Public Blood Service (uniform text Journal of Laws 2024 item 281 as amended).

²⁰¹ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2024 item 146 as amended).

²⁰² The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2024 item 799).

the daily problems associated with a progressive, often incurable disease. Activities undertaken serve to prevent suffering, provide relief, treat pain and other somatic symptoms and help with problem solving, along with support for the patient's family.

Patients in health resort facilities – persons benefiting from treatment services on the basis of patient referrals or on basis of medical certificate on the lack of contraindications for health resort treatment.

Pharmacy – an establishment within health care system, where pharmacists and other pharmaceutical personnel provide pharmaceutical services.

Pharmaceutical outlets – generally available points of retail turnover for medicinal products. Pharmacy points created after the date of entry into force of the Act may be located only in rural areas, if there is no generally available pharmacy²⁰³.

Professional registers – registers of persons with the right to perform medical profession: Central Register of Physicians of Poland, the Central Register of Nurses and Midwives, Pharmacists Register, a list of laboratory diagnosticians.

A physician – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a doctor, which consists of providing health services, and in particular of examining health state, diagnosing diseases and preventing them, treatment and rehabilitation of the sick, providing consultations, as well as issuing medical statements and opinions. The profession of doctor can be practised according to various legal forms²⁰⁴.

The place of occurrence – in accordance with the Act²⁰⁵ is the place of occurrence of immediate health threatening conditions and area of its impact.

Persons performing **medical professions** – are persons who hold the right, in accordance with separate provisions, to provide health services, as well as persons who hold relevant documents confirming professional qualifications to provide medical services in a specified scope, or in a given branch of medicine.

Primary health care – preventive, diagnostic, treatment, rehabilitation, and nursing services in the scope of general medicine, GP, and paediatrics, provided within the framework of outpatient health care²⁰⁶.

Professional practices of medical doctors, dentists, nurses or midwives – the form of practicing the profession in the framework of medical activities on the principles specified in the act and in separate regulations after entering the register of entities providing the health care²⁰⁷.

Psychiatric hospital – a medical institution of a medical entity conducting therapeutic activity in the type of hospital benefits, leading at least one department of 24-hour psychiatric care.

Register of medical practices is run by the Regional Medical Chamber appropriate to the place of practice. Prior to commencement of any activity, a doctor or a dentist is obliged to obtain the relevant entry into the register of economic activities, and, in the case of a specialist practice, to hold a specialist degree in the medical field corresponding to the type and scope of medical services performed. Authority keeping the register deletes the practice from the register if the doctor submits a statement on the cessation of the activity covered by the entry. The register is a part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the Act on Health Care Activities.

²⁰³ The Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2024 item 686).

²⁰⁴ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist (uniform text Journal of Laws of 2024 item 1287).

²⁰⁵ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2024, item 652 as amended).

²⁰⁶ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws of 2024 item 146).

²⁰⁷ The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2024 item 799).

The register of nurses and midwives practices is run by the by the Regional Medical Chamber of nurses and midwives appropriate to the place of practice. The register is part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the Act on Health Care Activities.

Specialised out-patient services financed from public funds²⁰⁸ are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

No referral is required:

– for services provided by:

- gynaecologists and obstetricians,
- dentists,
- venereologists,
- oncologists,
- psychiatrists,

– for the following groups of people:

- people suffering from tuberculosis,
- people infected with HIV,
- war and military invalids, veterans and victims of oppression,
- civilian blind victims of war,
- people addicted to alcohol, narcotics and psychotropic substances – in substance abuse treatment,
- authorized soldiers or workers – for the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country,
- veterans injured in the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country.

Health care services are provided without referral to a health insurance doctor in the following cases:

1. Beneficiaries falling within the scope of transitional provisions of art. 17 of the Act of 22 July 2014 amending the act on health care services financed from public funds and some other acts (entered into waiting lists in the scope of services provided by an ophthalmologist and dermatologist before the end of 2014),

2. Beneficiaries who have the right to oncological diagnosis based on the diagnostic and oncological treatment card results from the provisions of art. 32a paragraph 1 of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds with d. Beneficiary with whom the doctor referred to in art. 55 sec. 2a above of the Act, found suspicion of a malignant tumor, has the right to oncological diagnosis based on the diagnostic card and oncological treatment, without referral referred to in art. 32. A beneficiary who:

- as a result of oncological diagnosis a malignant tumor was found,
- a physician providing outpatient specialist services or hospital services has identified a malignant tumor – he has the right to oncological treatment based on a diagnostic and oncological treatment card, without referral, referred to in art. 57 par. 1 or art. 58 above Act.

Specialised out-patient services are provided by out-patient clinics and specialised out-patient departments or by specialised medical practices.

Teleconsultation – medical or psychological consultation provided remotely using a telephone connection or other ICT systems.

The unit of fresh frozen plasma – approximately 200 ml (one litre of plasma equals 5 units).

²⁰⁸ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2024 item 146).

The unit of whole blood – approximately 450 ml (one litre of whole blood approximately equals 2.22 units).

Working directly with the patient (performing health care activities) – persons whose main workplace is a public or non-public health care facility, a pharmacy, a pharmaceutical outlet, a stationary facility of social welfare or a practice. This group does not include persons for whom the main workplace is the National Health Fund, university or government entity or local government, the Ministry of Justice, as well as those working in the Social Insurance Institution, Agricultural Social Insurance Fund and in pharmaceutical companies, even if the work performed requires medical education. The methodology is consistent with international recommendations.