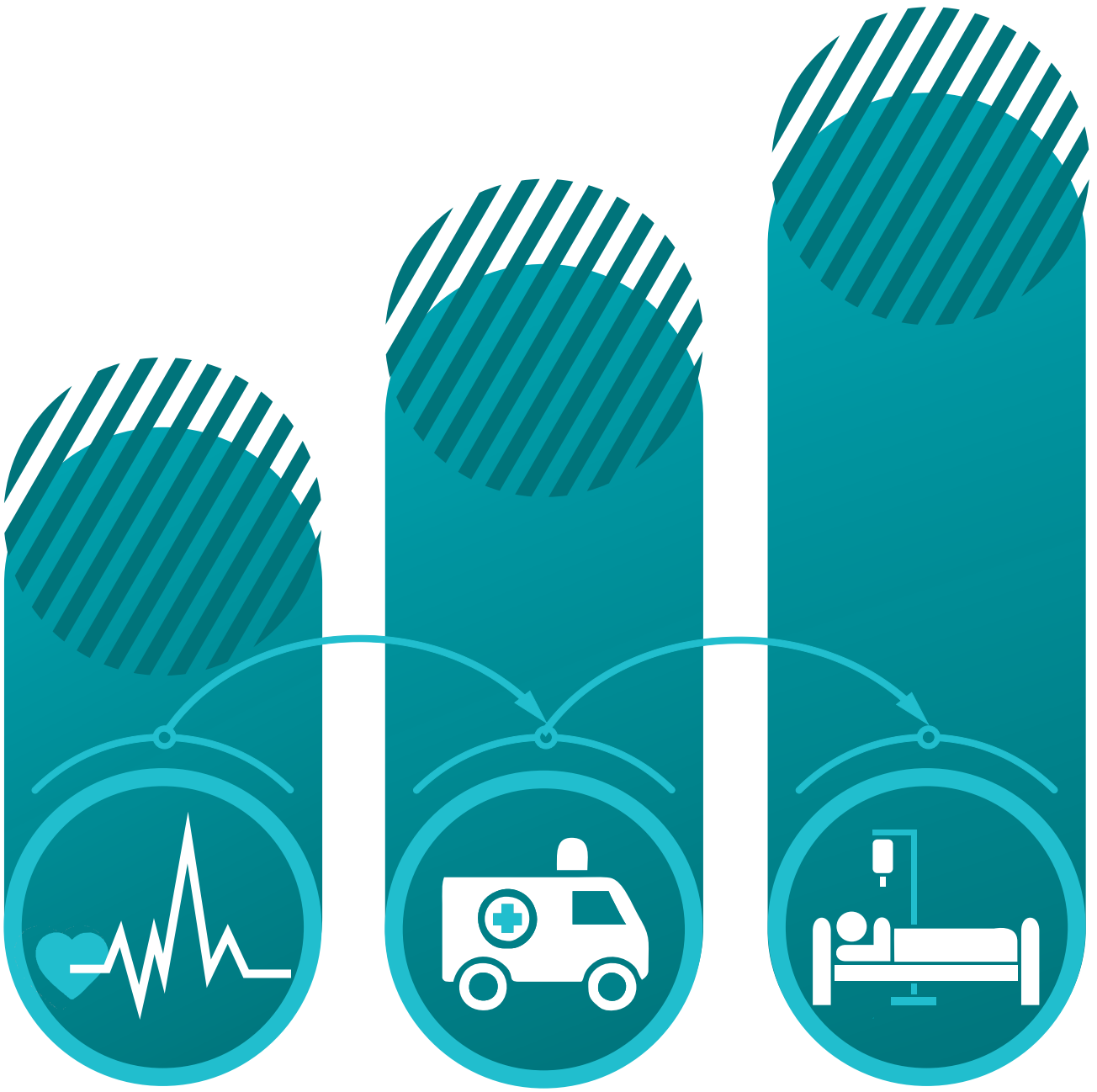
Analizy i raporty statystyczne
Analysis and statistical reports

GUS



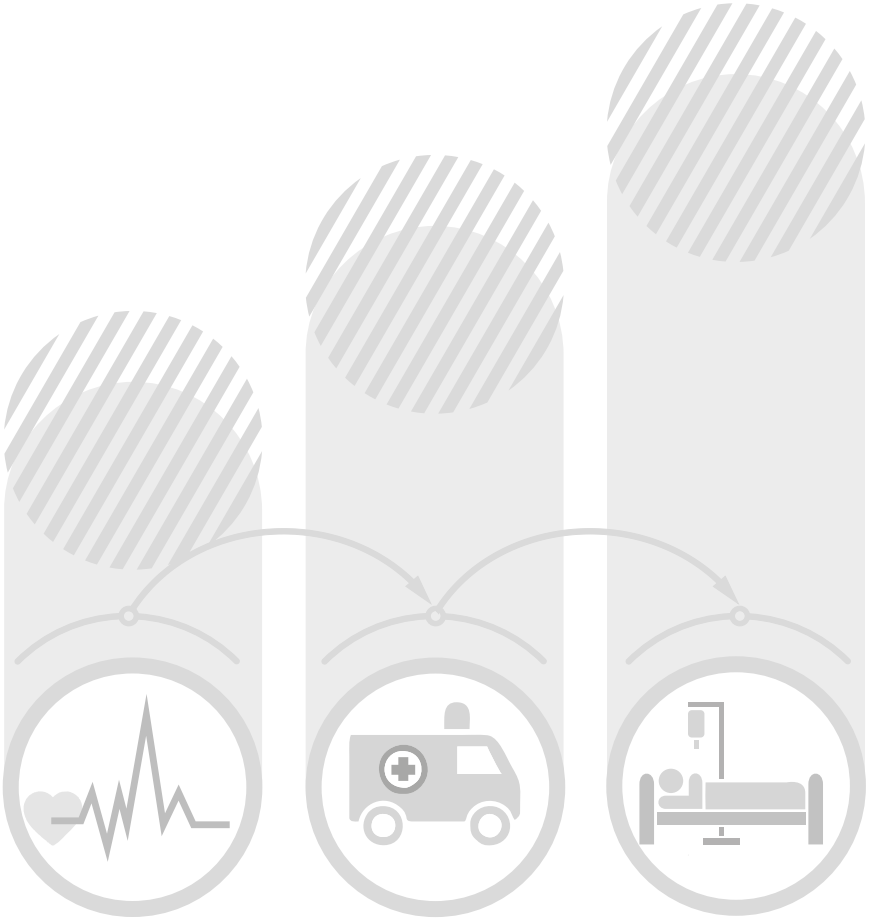
Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r.

Health and health care in 2024

Warszawa, Kraków 2025

Analizy i raporty statystyczne
Statistical analyses and reports

GUS



Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r.

Health and health care in 2024

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

Warszawa, Kraków 2025

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

Agnieszka Zgierska (rozdziały 1.1, 1.2, 1.3, 2.6, 2.7, 2.8, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2)
Agnieszka Szlubowska (rozdziały 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.3)

Zespół autorski
Editorial team

Wydział Statystyki Zdrowia
Health Statistics Division

Michał Koziński (rozdział 3.1), Krzysztof Nyczaj (rozdziały 2.6 i 4.1), Izabela Wilkińska (rozdziały 2.8, 4.2), Małgorzata Żyra (rozdział 2.7), Marzena Żytecka-Karolak (rozdziały 1.1, 1.2, 1.3)

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Centre for Health and Health Care Statistics

Magdalena Caban (rozdział 2.1), Sylwia Duda (rozdziały 2.4, 3.3, aneks tabelaryczny), Sylwia Furman (rozdział 2.3), Anna Jasiówka (rozdział 2.4), Joanna Jurek (rozdział 2.2), Ilona Kowal (rozdział 2.5), Łukasz Matoga (rozdział 2.2), Agata Sańka (rozdział 2.3), Michał Urbas (rozdział 2.2)

Ośrodek Statystyki Pomocy Społecznej
Centre for Social Assistance Statistics

Monika Bień (rozdział 2.4), Dominika Mazur (rozdział 2.4)

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, Małgorzata Garnuszek, Karolina Walaszczak

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Centre for Health and Health Care Statistics

Maria Penpeska

Skład i opracowanie graficzne
Typesetting and graphics

Andrzej Paluchowski, Beata Lipińska, Paweł Luty

ISSN 3071-9798

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

Przekazujemy Państwu kolejną edycję publikacji „Zdrowie i ochrona zdrowia", która prezentuje najnowsze dane i analizy dotyczące stanu zdrowia ludności oraz funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Opracowanie dostarcza rzetelnych informacji statystycznych, wspierających ocenę i monitorowanie zmian zachodzących w obszarze zdrowia publicznego.

W bieżącej edycji rozszerzono zakres analizy o nowe zagadnienia – uwzględniono w niej dane dotyczące lekarzy i pielęgniarek w krajach OECD oraz obywateli Ukrainy zatrudnionych w wybranych zawodach medycznych w Polsce. Dodatkowo przedstawiono informacje o korzystaniu ze świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez obywateli innych państw.

Naszą publikację adresujemy do przedstawicieli instytucji publicznych, środowisk naukowych oraz wszystkich osób zainteresowanych problematyką zdrowia i funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Mamy nadzieję, że będzie ona dla Państwa nie tylko praktycznym źródłem wiedzy o stanie zdrowia społeczeństwa, ale też inspiracją do dalszych analiz i badań w tym obszarze.

Zachęcamy do korzystania z innych opracowań dotyczących zdrowia dostępnych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego oraz baz danych, takich jak Dziedzinowe Bazy Wiedzy czy Bank Danych Lokalnych.

Korzystając z okazji serdecznie dziękujemy gestorom danych oraz instytucjom współpracującym za udostępnienie informacji niezbędnych do przygotowania niniejszej publikacji. Naszych Czytelników zachęcamy do przekazywania opinii i sugestii, które pomogą nam doskonalić kolejne edycje tego opracowania.

Dyrektor	Dyrektor Urzędu	Prezes
Departamentu Badań Społecznych i Rynku Pracy	Statystycznego w Krakowie	Głównego Urzędu Statystycznego
dr inż. Agnieszka Zgierska	Agnieszka Szlubowska	dr hab. Marek Cierpiał-Wolan

Warszawa, Kraków, grudzień 2025 r.

Preface

We are pleased to present to you the next edition of our annual publication 'Health and health care', which presents the latest data and analyses concerning the health of the population and the functioning of the health care system in Poland. The study provides reliable statistical information supporting the assessment and monitoring of the changes taking place in the area of public health.

In this edition, the scope of the analysis has been expanded to include topics concerning physicians and nurses in OECD countries and Ukrainian citizens employed in selected medical professions in Poland. In addition, the publication provides information on the use of hospital and ambulatory health care services by citizens of other countries.

Our publication is intended for public institutions, the academic community and all individuals interested in health issues and the functioning of the health care system in Poland. We hope it proves not only a practical source of knowledge about the state of public health, but also an inspiration for further analyses and research in this area.

We would also like to encourage you to explore other studies and databases of Statistics Poland, including the Knowledge Databases and the Local Data Bank.

We would like to take this opportunity to express our sincere thanks to the data managers and cooperating institutions for providing all the information necessary for preparing this publication. We would also appreciate any comments and suggestions, which would help us improve the future editions of the study.

Director Social Survey and Labour Market Department	Director Statistical Office in Krakow	President Statistics Poland
Agnieszka Agierska, Ph.D.	Agnieszka Szlubowska	Marek Cierpiał-Wolan, Assoc. Prof.

Warsaw, Kraków, December 2025

Spis treści
Contents

Przedmowa . . . 3
Preface . . . 4

Spis treści . . . 5
Contents . . . 5

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 . . . 30

CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ . . . 37
Part I. Results of surveys . . . 37

1. STAN ZDROWIA . . . 37
1. Health status . . . 37

1.1. Szczepienia i zachorowania na wybrane choroby zakaźne . . . 37
1.1.Vaccination and incidence of selected infectious diseases . . . 37

1.2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2022 r. . . . 48
1.2. Incidence of malignant neoplasms in 2022 . . . 48

1.3. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji w 2023 r. . . . 53
1.3. Patients treated in outpatient clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions in 2023 . . . 53

2. Opieka zdrowotna . . . 59
2. Health care . . . 59

2.1. Krwiodawstwo . . . 59
2.1. Blood donation . . . 59

2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna . . . 63
2.2. Inpatient health care . . . 63

2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna . . . 107
2.3. Outpatient health care . . . 107

2.4. Ratownictwo medyczne 117
2.4. Emergency medical services 117

2.5. Apteki 135
2.5. Pharmacies 135

2.6. Sprzedaż leków na receptę 140
2.6. Sale of prescription medicines 140

2.7. Kadra medyczna 152
2.7. Medical personnel 152

2.8. Służba medycyny pracy 181
2.8. Occupational medicine 181

3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej 185
3. Economic aspects of health care 185

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia 185
3.1. National Health Account 185

3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia 193
3.2. Public expenditure on health care 193

3.3. Satelitarny rachunek zdrowia 197
3.3. Satellite health account 197

4. Wybrane zagadnienia 203
4. Selected issues 203

4.1. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej 203
4.1. Measurement of access to public hospital services and outpatient care 203

4.2. Zasoby kadrowe w ochronie zdrowia krajów OECD: lekarze i pielęgniarki 218
4.2. Healthcare workforce in OECD countries: doctors and nurses 218

CZĘŚĆ II UWAGI METODOLOGICZNE 225
1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH 225
2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODOLOGICZNE 227
3. PODSTAWOWE DEFINICJE 237

PART II. METHODOLOGICAL NOTES 247
1. SOURCES OF STATISTICAL DATA 247
2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS 249
3. BASIC DEFINITIONS 259

Spis tablic
List of tables

Tablica 1.1. Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży wg wieku (w %) 38
Table 1.1. Vaccination of children and youth (in %) 38

Tablica 1.2. Zachorowania i zapadalność na gruźlicę w 2024 r. 46
Table 1.2. Incidence of tuberculosis in 2024 46

Tablica 1.3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe wg ich umiejscowienia na 100 tys. ludności 48
Table 1.3. Malignant neoplasms incidence by their location per 100 thousand population 48

Tablica 1.4. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy 57
Table 1.4. Mental and behavioral disorders and addictions – in details 57

Tablica 2.1. Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi 62
Table 2.1. Blood donors, collected blood and prepared blood components 62

Tablica 2.2. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej 88
Table 2.2. Inpatient health care facilities 88

Tablica 2.3. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego 92
Table 2.3. Dynamics of health resort beds in health resort facilities 92

Tablica 2.4. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym 93
Table 2.4. Dynamics of health resort patients (inpatient and outpatients) 93

Tablica 2.5. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym 94
Table 2.5. Dynamics of health resort Polish and foreign inpatients 94

Tablica 2.6. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu, na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2024 r. 105
Table 2.6. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2024 105

Tablica 2.7. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego 106
Table 2.7. Health resort facilities 106

Tablica 2.8. Porady ambulatoryjne wg wieku pacjentów oraz populacja w 2024 r. 112
Table 2.8. Outpatients consultations by age of patients and population in 2024 112

Tablica 2.9. Podmioty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz udzielone porady 116
Table 2.9. Providers of outpatient health care units and consultations 116

Tablica 2.10. Ratownictwo medyczne i pomoc doraźna 130
Table 2.10. Emergency medical services and first aid 130

Tablica 2.11. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej wg województw w 2024 r. 131
Table 2.11. Events involving fire brigades by voivodships in 2024 131

Tablica 2.12. Wypadki tonięcia wg województw w 2024 r. 135
Table 2.12. Drowning incidents by voivodships in 2024 135

Tablica 2.13. Apteki ogólnodostępne i punkty apteczne 140
Table 2.13. Generally available pharmacies and pharmaceutical outlets 140

Tablica 2.14. Sprzedaż leków na receptę 143
Table 2.14. Sales of prescription medicines 143

Tablica 2.15. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego 153
Table 2.15. Persons entitled to practice medical profession 153

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 161
Table 2.18. Selected specialisations of doctors working directly with the patient 161

Tablica 2.19. Wybrane specjalizacje lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem 164
Table 2.19. Selected specialisations of dentists working directly with the patient 164

Tablica 3.1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB 186
Table 3.1. Current expenditure on health care and its share in GDP 186

Tablica 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD 191
Table 3.2. Current expenditure on health care in OECD countries 191

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 193
Table 3.3. Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year Na and N–2, according to the Act 193

Tablica 3.4. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy 194
Table 3.4. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act 194

Tablica 3.5. Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej w 2021 r. 199
Table 3.5. Production account and generation of income account for health care providers in 2021 199

Tablica 3.6. Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia w 2021 r. 202
Table 3.6. Supply and use of health care goods and services in 2021 202

Tablica 3.7. Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia w 2021 r. 202
Table 3.7. Investments outlays in health care in 2021 202

Spis wykresów
List of charts

Wykres 1.1. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby na 100 tys. ludności 40
Chart 1.1. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population 40

Wykres 1.2. Zapadalność na różyczkę, świnkę i szkarlatynę na 100 tys. ludności 41
Chart 1.2. Incidence of rubella, mumps and scarlet fever per 100 thousand population 41

Wykres 1.3. Zapadalność na zapalenia jelit i zatrucia pokarmowe na 100 tys. ludności 42
Chart 1.3. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population 42

Wykres 1.4. Zapadalność na zapalenie mózgu i opon mózgowych na 100 tys. ludności 43
Chart 1.4. Incidence of encephalitis and meningitis per 100 thousand population 43

Wykres 1.5. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności 45
Chart 1.5. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population 45

Wykres 1.6. Zapadalność na boreliozę z Lyme na 100 tys. ludności 45
Chart 1.6. Incidence of Lyme borreliosis per 100 thousand population 45

Wykres 1.7. Zachorowania na gruźlicę wg płci i grup wieku w 2024 r. 47
Chart 1.7. Cases of tuberculosis by sex and age groups in 2024 47

Wykres 1.8. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg płci i umiejscowienia nowotworu w 2022 r. 51
Chart 1.8. Structure of the incidence of malignant neoplasms by sex and location in 2022 51

Wykres 1.9. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg płci i grup wieku w 2022 r. 52
Chart 1.9. Incidence of malignant neoplasms by sex and age groups in 2022 52

Wykres 1.10. Leczeni na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania włącznie z uzależnieniami na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r. 53
Chart 1.10. Patients treated for mental and behavioral disorders including addictions per 100 thousand population by voivodships in 2023 53

Wykres 1.11. Pacjenci leczeni na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania według rozpoznań .. 54
Chart 1.11. Patients treated for mental disorders and behavioral disorders by diagnostic groups in ... 54

Wykres 1.12. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania na 100 tys. ludności 55
Chart 1.12. Patients treated for mental and behavioral disorders per 100 thousand population 55

Wykres 1.13. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu na 100 tys. ludności 55
Chart 1.13. Disorders caused by alcohol use per 100 thousand population 55

Wykres 1.14. Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych na 100 tys. ludności 56
Chart 1.14. Mental disorders caused by the use of psychoactive substances per 100 thousand population 56

Wykres 1.15. Leczeni na zaburzenia nerwicowe, odżywiania i zespoły behawioralne na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r. 58
Chart 1.15. Patients treated for neurotic disorders including eating and behavioral syndromes per 100 thousand population by voivodships in 2023 58

Wykres 2.1. Krwiodawcy wg płci i wieku w 2024 r. . . . 60
Chart 2.1. Blood donors by sex and age in 2024 . . . 60

Wykres 2.2. Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych wg województw . . . 65
Chart 2.2. Inpatients in general hospitals by voivodships . . . 65

Wykres 2.3. Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw . . . 66
Chart 2.3. Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodship . . . 66

Wykres 2.4. Pacjenci leczeni dziennie w stacjonarnych i dziennych szpitalach ogólnych wg województw . . . 67
Chart 2.4. Day care patients in general hospitals including day care hospitals by voivodships . . . 67

Wykres 2.5. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych . . . 69
Chart 2.5. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals . . . 69

Wykres 2.6. Pacjenci leczeni stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych . . . 70
Chart 2.6. Inpatients in hospital wards of general hospitals . . . 70

Wykres 2.7. Łóżka i leczeni na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2024 r. . . . 72
Chart 2.7. Beds and inpatients per one bed in hospital wards of general hospitals in 2024 . . . 72

Wykres 2.8. Średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych . . . 73
Chart 2.8. Average patient stay in hospital wards . . . 73

Wykres 2.9. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalach ogólnych wg województw . . . 74
Chart 2.9. Average patient stay in hospital wards by voivodships . . . 74

Wykres 2.10. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych wg województw . . . 76
Chart 2.10. Occupancy rate in general hospitals by voivodships . . . 76

Wykres 2.11. Łóżka i pacjenci zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2024 r. . . . 77
Chart 2.11. Beds and inpatients of psychiatric facilities in 2024 . . . 77

Wykres 2.12. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno–paliatywnej wg wieku w 2024 r. . . . 80
Chart 2.12. Patients in long term care facilities including hospices and palliative wards by age in 2024 . . . 80

Wykres 2.13. Pacjenci w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej i hospicyjno–paliatywnej wg płci i wieku w 2024 r. . . . 80
Chart 2.13. Patients in long term care facilities including hospices and palliative wards by sex and age in 2024 . . . 80

Wykres 2.14. Pacjenci i łóżka w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej wg rodzaju zakładu w 2024 r. . . . 81
Chart 2.14. Inpatient and beds in long term care facilities by type of the facility in 2024 . . . 81

Wykres 2.15. Łóżka w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych . . . 83
Chart 2.15. Beds in chronic medical care homes and nursing homes . . . 83

Wykres 2.16. Pacjenci w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych . . . 84
Chart 2.16. Inpatients in chronic medical care homes and nursing homes . . . 84

Wykres 2.17. Łóżka i pacjenci stacjonarni w zakładach opieki hospicyjno–paliatywnej . . . 85
Chart 2.17. Beds and inpatients in hospices and palliative wards . . . 85

Wykres 2.18. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej ... 87
Chart 2.18. Average length of stay in inpatient health care facilities ... 87

Wykres 2.19. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego ... 91
Chart 2.19. Health resort facilities ... 91

Wykres 2.20. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu ... 91
Chart 2.20. Beds in health resort facilities by type of facility ... 91

Wykres 2.21. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego ... 93
Chart 2.21. Patients in health resort facilities ... 93

Wykres 2.22. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego ... 94
Chart 2.22. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities ... 94

Wykres 2.23. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego wg płci ... 94
Chart 2.23. Patients of health resort facilities by sex ... 94

Wykres 2.24. Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku wg wieku w 2024 r. ... 96
Chart 2.24. Average length of stay of inpatient in health resort facilities by age in 2024 ... 96

Wykres 2.25. Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg sposobu finansowania pobytu w 2024 r. ... 97
Chart 2.25. Inpatients in health resort facilities by type of financing in 2024 ... 97

Wykres 2.26. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego ... 98
Chart 2.26. Self–pay inpatients in health resort facilities ... 98

Wykres 2.27. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu w 2024 r. ... 98
Chart 2.27. Health resort treatments in health resort facilities by type of facility in 2024 ... 98

Wykres 2.28. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zabiegu w 2024 r. ... 99
Chart 2.28. Health resort treatments in health resort facilities by type of therapy in 2024 ... 99

Wykres 2.29. Stopień przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych 100
Chart 2.29. Degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons ... 100

Wykres 2.30. Stopień przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych ... 100
Chart 2.30. Degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons ... 100

Wykres 2.31. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych wg województw ... 101
Chart 2.31. Beds in health resort sanatoria by voivodships ... 101

Wykres 2.32. Średni czas pobytu w sanatorium wg wieku w 2024 r. ... 102
Chart 2.32. Average length of stay in sanatoria by age in 2024 ... 102

Wykres 2.33. Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych wg województw ... 103
Chart 2.33. Beds in health resort hospitals by voivodships ... 103

Wykres 2.34. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym wg wieku w 2024 r. ... 104
Chart 2.34. Average length of stay of inpatiens in health resort hospitals by age in 2024 ... 104

Wykres 2.35. Przychodnie wg charakteru miejscowości ... 107
Chart 2.35. Outpatient departments by class of locality ... 107

Wykres 2.36. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych wg charakteru miejscowości 108
Chart 2.36. Medical and dental practices providing health services funded by public sources by type of locality 108

Wykres 2.37. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych w 2024 r. 108
Chart 2.37. Medical and dental practices providing health services funded by public sources in 2024 108

Wykres 2.38. Porady ambulatoryjne w 2024 r. 110
Chart 2.38. Outpatient health care consultations in 2024 110

Wykres 2.39. Przychodnie i udzielone w nich porady 110
Chart 2.39. Outpatient departments and provided consultations 110

Wykres 2.40. Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady 111
Chart 2.40. Medical practices and provided consultations 111

Wykres 2.41. Specjalistyczne porady lekarskie wg rodzaju poradni w 2024 r. 113
Chart 2.41. Specialized doctors consultations by type of clinic in 2024 113

Wykres 2.42. Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad i województw w 2024 r. 115
Chart 2.42. Consultations in outpatient health care by type of consultations and voivodships in 2024 115

Wykres 2.43. Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad w 2024 r. 116
Chart 2.43. Teleconsultations in outpatient heath care by type of consultations in 2024 116

Wykres 2.44. Skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego[a] wg głównego miejsca pracy 120
Chart 2.44. The medical staff in the emergency rescue teams[a] in main workplace 120

Wykres 2.45. Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsca zdarzenia w 2024 r. 121
Chart 2.45. Calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place in 2024 121

Wykres 2.46. Miejsca zdarzenia, w których zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wg płci pacjentów w 2024 r. 122
Chart 2.46. Occurrence places where emergency medical teams provided health care benefits by sex of patients in 2024 122

Wykres 2.47. Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia i województw w 2024 r. 123
Chart 2.47. Calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place and voivodships in 2024 123

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 2024 r. 127
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 2024 127

Wykres 2.49. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg zakresu świadczeń w 2024 r. 128
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 2024 128

Wykres 2.50. Miejscowe zagrożenia wg ich rodzaju w 2024 r. 131
Chart 2.50. Local threats by type in 2024 131

Wykres 2.51. Wyprawy, akcje i interwencje GOPR w 2024 r. 132
Chart 2.51. GOPR expeditions, actions and interventions in 2024 132

Wykres 2.52. Ratowani przez TOPR w 2024 r. 133
Chart 2.52. TOPR rescuees in 2024 133

Wykres 2.53. Przyczyny zdarzeń podczas uprawiania turystyki i alpinizmu w 2024 r. 133
Chart 2.53. Causes of incidents during hiking and mountaineering in 2024 133

Wykres 2.54. Akcje ratownicze wobec osób tonących wg miejsca udzielonej pomocy w 2024 r. 134
Chart 2.54. Rescue operations to save drowning people by place of rescue in 2024 134

Wykres 2.55. Ofiary utonięć wg wieku w 2024 r. 134
Chart 2.55. Victims of drowning by age in 2024 134

Wykres 2.56. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny 136
Chart 2.56. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet 136

Wykres 2.57. Farmaceuci i technicy farmaceutyczni pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg wieku w 2024 r. 138
Chart 2.57. Pharmacists and pharmaceutical technicians employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by age in 2024 138

Wykres 2.58. Farmaceuci i technicy farmaceutyczni pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg liczby miejsc pracy w 2024 r. 139
Chart 2.58. Pharmacists and pharmaceutical technicians employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by workplace in 2024 139

Wykres 2.59. Wartość refundacji oraz dopłaty do leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca Polski 143
Chart 2.59. Medicine reimbursement value and value of patients' subsidies to medicines per capita Poland 143

Wykres 2.60. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2024 r. 144
Chart 2.60. Prescription medicines sales value per capita voivodship in 2024 144

Wykres 2.61. Udział sprzedaży leków na receptę wg grup Klasyfikacji Anatonomiczno-Terapeutyczno-Chemicznej (ATC) w 2024 r. 149
Chart 2.61. Share in sale of prescription medicines within anatomical groups (ATC) in 2024 149

Wykres 2.62. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej oraz fizjoterapeuty 154
Chart 2.62. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife and physiotherapist 154

Wykres 2.63. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem 157
Chart 2.63. Persons working directly with patien 157

Wykres 2.64. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce 158
Chart 2.64. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland 158

Wykres 2.65. Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu wg wieku 158
Chart 2.65. Doctors entitled to perform profession by age 158

Wykres 2.66. Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku 159
Chart 2.66. Structure of doctors working directly with patient by gender and age 159

Wykres 2.67. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności 163
Chart 2.67. Selected specialisations of practicing doctors (with specialization in the II degree and specialist title) per 100 thousand of the population 163

Wykres 2.68. Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu wg wieku w 2024 r. 165
Chart 2.68. Dentists entitled to perform profession by age in 2024 165

Wykres 2.69. Struktura lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku 167
Chart 2.69. Structure of practicing dentists by gender and age 167

Wykres 2.70. Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu wg wieku 168
Chart 2.70. Nurses entitled to perform profession by age 168

Wykres 2.71. Struktura pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku 170
Chart 2.71. The structure of nurses working directly with the patient by gender and age groups 170

Wykres 2.72. Położne posiadające prawo wykonywania zawodu wg wieku 171
Chart 2.72. Midwives entitled to perform profession by age 171

Wykres 2.73. Struktura położnych (kobiet) pracujących bezpośrednio z pacjentem wg wieku 173
Chart 2.73. Structure of midwives (women) working directly with the patient by age 173

Wykres 2.74. Struktura fizjoterapeutów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku 174
Chart 2.74. Structure of physiotherapists working directly with the patient by sex and age 174

Wykres 2.75. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych wg województw 176
Chart 2.75. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships 176

Wykres 2.76. Diagności laboratoryjni wg województw 177
Chart 2.76. Laboratory diagnosticians by voivodships 177

Wykres 2.77. Liczba obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem w wybranych zawodach medycznych 178
Chart 2.77. Number of Ukrainian citizens practicing in selected medical professions 178

Wykres 2.78. Udział obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem w wybranych zawodach medycznych w liczbie uprawnionych do wykonywania tych zawodów 179
Chart 2.78. The share of Ukrainian citizens practicing in selected medical professions in the number of people entitled to practice these professions 179

Wykres 2.79. Struktura obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem w wybranych zawodach medycznych 180
Chart 2.79. Structure of Ukrainian citizens practicing in selected medical professions 180

Wykres 2.80. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2024 r. 181
Chart 2.80. Structure of occupational medicine service units in 2024 181

Wykres 2.81. Struktura lekarzy służby medycyny pracy wg kwalifikacji w 2024 r. 182
Chart 2.81. Structure of physicians of occupational health service by qualification in 2024 182

Wykres 2.82. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych 183
Chart 2.82. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination 183

Wykres 3.1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg systemów finansowania w 2023 r. 187
Chart 3.1. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2023 187

Wykres 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2023 r. 188
Chart 3.2. Current expenditure on health care according to functions in 2023 188

Wykres 3.3. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców usług zdrowotnych w 2023 r. 189
Chart 3.3. Current expenditure on health care according to providers in 2023 189

Wykres 3.4. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg przychodów systemów finansowania w 2023 r. 190
Chart 3.4. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2023 190

Wykres 3.5. Wydatki bieżące ujęte w Narodowym Rachunku Zdrowia 190
Chart 3.5. Current expenditure in National Health Account 190

Wykres 3.6. Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy w 2024 r. 196
Chart 3.6. Share in expenditure on health care by categories according to the provisions of the Act in 2024 196

Wykres 3.7. Nakłady na ochronę zdrowia w latach 2014–2024 197
Chart 3.7. Health care expenditure in 2014–2024 197

Wykres 3.8. Wartość dodana brutto wg świadczeniodawców opieki zdrowotnej w 2021 r. 198
Chart 3.8. Value added gross by health care providers in 2021 198

Wykres 3.9. Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2021 r. 200
Chart 3.9. The share of health care providers in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2021 200

Wykres 3.10. Wkład świadczeniodawców opieki zdrowotnej w wartość dodaną brutto dla gospodarki narodowej na tle wybranych sekcji PKD w 2021 r. 201
Chart 3.10. Contribution of health care providers to the value added gross for the national economy against the background of selected PKD sections in 2021 201

Wykres 4.1. Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, na terenie powiatu właściwego dla miejsca zamieszkania oraz na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla miejsca zamieszkania 212
Chart 4.1. Number of patients who used hospital services in wards typical of the first reference level in the poviat corresponding to their place of residence and in poviats other than the one corresponding to their place of residence 212

Wykres 4.2. Lekarze praktykujący na 1 000 mieszkańców w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok) 219
Chart 4.2. Practising doctors per 1 000 population, 2013 and 2023 (or nearest year) 219

Wykres 4.3. Odsetek lekarzy w wieku 55 lat i starszych w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok) 220
Chart 4.3. Share of doctors aged 55 and older, 2013 and 2023 (or nearest year) 220

Wykres 4.4. Odsetek lekarzy płci żeńskiej w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok) 221
Chart 4.4. Share of female doctors, 2013 and 2023 (or nearest year) 221

Wykres 4.5. Odsetek różnych kategorii lekarzy w 2023 r. (lub najbliższy rok) 222
Chart 4.5. Share of different categories of doctors, 2023 (or nearest year) 222

Wykres 4.6. Pielęgniarki praktykujące na 1 000 mieszkańców w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok) .. 223
Chart 4.6. Practising nurses per 1 000 population, 2013 and 2023 (or nearest year) 223

Wykres 4.7. Wskaźnik liczby pielęgniarek na jednego lekarza w 2023 r. (lub najbliższy rok) 224
Chart 4.7. Ratio of nurses per doctor, 2023 (or nearest year) 224

Spis map
List of maps

Mapa 1.1. Zapadalność na na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności wg województw w 2024 r. ... 44
Map 1.1. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population by voivodships w 2024 44

Mapa 1.2. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg płci i województw w 2022 r. ... 50
Map 1.2. New cases of malignant neoplasms per 100 thousand population by sex and voivodships in 2022 ... 50

Mapa 2.1. Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2024 r. ... 59
Map 2.1. Blood Donation Centres and collection sites in 2024 ... 59

Mapa 2.2. Krwiodawcy wg województw w 2024 r. ... 61
Map 2.2. Blood donors by voivodships in 2024 ... 61

Mapa 2.3. Szpitale ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności wg województw w 2024 r. ... 64
Map 2.3. General hospitals per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2024 ... 64

Mapa 2.4. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2024 r. ... 82
Map 2.4. Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2024 ... 82

Mapa 2.5. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2024 r. ... 82
Map 2.5. Inpatients in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2024 82

Mapa 2.6. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2024 r. ... 86
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 2024 ... 86

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 2024 r. ... 86
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 2024 ... 86

Mapa 2.8. Uzdrowiska w Polsce w 2024 r. ... 90
Map 2.8. Health resort areas in Poland in 2024 ... 90

Mapa 2.9. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2024 r. ... 92
Map 2.9. Beds in health resort facilities by voivodships in 2024 ... 92

Mapa 2.10. Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2024 r. ... 95
Map 2.10. Inpatients in health resort facilities by voivodships in 2024 ... 95

Mapa 2.11. Przychodnie i praktyki lekarskie wg województw w 2024 r. ... 109
Map 2.11. Outpatient departments and medical practices by voivodships in 2024 ... 109

Mapa 2.12. Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca wg województw w 2024 r. . 112
Map 2.12. Consultations in outpatient health care per capita by voivodships in 2024 ... 112

Mapa 2.13. Porady podstawowej opieki zdrowotnej na 1 mieszkańca wg powiatów w 2024 r. ... 114
Map 2.13. Consultations in primary health care per capita by poviats in 2024 ... 114

Mapa 2.14. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności wg województw w 2024 r. 119
Map 2.14. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2024 119

Mapa 2.15. Zespoły ratownictwa medycznego i osoby, którym udzielono pomocy medycznej w miejscu zdarzenia na 1 tys. ludności wg województw w 2024 r. 121
Map 2.15. Emergency rescue teams and persons who received health care benefits in the place of occurrence per 1 thousand population by voivodships in 2024 121

Mapa 2.16. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia wg województw w 2024 r. 124
Map 2.16. Median time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence place by voivodships in 2024 124

Mapa 2.17. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz wyjazdy, w których czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego przekroczył ustawowe normy wg województw w 2024 r. 125
Map 2.17. 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 by voivodships in 2024 125

Mapa 2.18. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2024 r. 127
Map 2.18. Hospital emergency wards and admission rooms by voivodships in 2024 127

Mapa 2.19. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć na 1 tys. ludności wg województw w 2024 r. 129
Map 2.19. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms per 1 thousand population by voivodships in 2024 129

Mapa 2.20. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny wg powiatów w 2024 r. 137
Map 2.20. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2024 137

Mapa 2.21. Farmaceuci i technicy farmaceutyczni pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg województw w 2024 r. 139
Map 2.21. Pharmacists and pharmaceutical technicians employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships in 2024 139

Mapa 2.22. Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2024 r. 141
Map 2.22. Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2024 141

Mapa 2.23. Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r. 142
Map 2.23. Number of electronic prescriptions per capita poviat in 2024 142

Mapa 2.24. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r. 145
Map 2.24. Medicine sale value per capita poviat in 2024 145

Mapa 2.25. Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r. 146
Map 2.25. Medicine reimbursement value per capita poviat in 2024 146

Mapa 2.26. Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r. 147
Map 2.26. Value of patients' subsidies to medicines per capita poviat in 2024 147

Mapa 2.27. Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2024 r. 148
Map 2.27. Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2024 148

Mapa 2.28. Wartość sprzedaży leków związanych z układem sercowo-naczyniowym, wydanych na receptę, w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r. 150
Map 2.28. Sales value of prescription medicines related to the cardiovascular system per capita poviat in 2024 150

Mapa 2.29. Wartość sprzedaży leków związanych z przewodem pokarmowym i metabolizmem, wydanych na receptę, w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r. 151
Map 2.29. Sales value of prescription medicines related to the alimentary tract and metabolism system per capita in poviat in 2024 151

Mapa 2.30. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw 160
Map 2.30. Practicing doctors per 10 thousand of the population by voivodships 160

Mapa 2.31. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw 166
Map 2.31. Practicing dentists per 10 thousand of the population by voivodships 166

Mapa 2.32. Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw 169
Map 2.32. Nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships 169

Mapa 2.33. Położne pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wg województw 172
Map 2.33. Midwives working directly with patient per 10 thousand females by voivodships 172

Mapa 2.34. Fizjoterapeuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw 175
Map 2.34. Physiotherapists working directly with patient per 10 thousand population by voivodships 175

Mapa 4.1. Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w 2024 r. 205
Map 4.1. Number of poviat residents who benefited from hospital services in wards typical of the first reference level, regardless of the place where the service was provided, per 1,000 population in 2024 205

Mapa 4.2. Różnica między 2024 r. a 2023 r. w liczbie mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, w przeliczeniu na 1 tys. ludności, niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia 206
Map 4.2. Difference between 2024 and 2023 in the number of poviat residents per 1,000 population who used hospital services in wards typical of the first reference level, regardless of the place where the service was provided 206

Mapa 4.3. Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, udzielonych na terenie powiatu właściwego dla miejsca zamieszkania, w przeliczeniu na 1 tys. ludności w 2024 r. 207
Map 4.3. Number of poviat residents who used hospital services in wards typical of the first reference level, provided within the poviat corresponding to their place of residence, per 1,000 population in 2024 207

Mapa 4.4. Liczba mieszkańców powiatu, którzy w 2024 r. skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, udzielonych na terenie innego powiatu niż powiat właściwy dla ich miejsca zamieszkania, w przeliczeniu na 1 tys. ludności 208
Map 4.4. Number of poviat residents who, in 2024, used hospital services in wards typical of the first reference level, provided in a poviat other than the one corresponding to their place of residence, per 1,000 population 208

Mapa 4.5. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy w 2024 r. skorzystali ze świadczeń szpitalnych w oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego 209
Map 4.5. Percentage of patients – residents of a given poviat – who received hospital services in wards typical of the first reference level in poviats other than the one corresponding to their place of residence, in the total number of patients – residents of that poviat – who used hospital services in wards typical of the first reference level in 2024 209

Mapa 4.6. Różnica między 2024 r. a 2023 r. w odsetku pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla ich miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców tego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego 210
Map 4.6. Difference between 2024 and 2023 in the percentage of patients – residents of a given poviat – who received hospital services in wards typical of the first reference level in poviats other than the one corresponding to their place of residence, in the total number of patients – residents of that poviat – who used hospital services in wards typical of the first reference level 210

Mapa 4.7. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy w 2024 r. korzystali z ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej poza powiatem właściwym dla ich miejsca zamieszkania 211
Map 4.7. Percentage of patients – residents of a given poviat – who in 2024 used outpatient specialist health care services outside the poviat corresponding to their place of residence 211

Mapa 4.8. Zmiana w korzystaniu przez mieszkańców powiatów z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia, w 2024 r. w porównaniu z 2023 r. 213
Map 4.8. Change in the use of outpatient specialist care by poviat residents, regardless of the place where the service was provided, in 2024 compared with 2023 213

Mapa 4.9. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy w 2024 r. korzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, w stosunku do ogólnej liczby pacjentów hospitalizowanych na takich oddziałach na terenie danego powiatu 215
Map 4.9. Percentage of patients – Ukrainian citizens – who in 2024 used hospital services in wards typical of the first reference level, in relation to the total number of patients hospitalized in such wards in a given poviat 215

Mapa 4.10. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy w 2024 r. uzyskali świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie danego powiatu, w ogólnej liczbie pacjentów objętych taką opieką na terenie tego powiatu 216
Map 4.10. Percentage of patients who are Ukrainian citizens and who in 2024 received outpatient specialist care services in a given poviat, in the total number of patients covered by such care in that poviat 216

Mapa 4.11. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy w 2024 r. skorzystali z podstawowej opieki zdrowotnej, w ogólnej liczbie pacjentów objętych podstawową opieką zdrowotną na terenie danego powiatu 217
Map 4.11. Percentage of patients who are Ukrainian citizens and who in 2024 used primary health care, in the total number of patients covered by primary health care in a given poviat 217

Objaśnienia znaków umownych
Symbols

Symbol Symbol		Opis Description
Kreska	(–)	zjawisko nie wystąpiło magnitude zero
Kropka	(.)	brak informacji, konieczność zachowania tajemnicy statystycznej lub że wypełnienie pozycji jest niemożliwe albo niecelowe data not available, classified data (statistical confidentiality) or providing data impossible or purposeless
"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
	(0,0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,05 magnitude not zero, but less than 0.05 of a unit
Znak	(*)	oznacza, że dane zostały zmienione w stosunku do wcześniej opublikowanych revised data

Ważniejsze skróty
Main abbreviations

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
AOS	Ambulatoryjna Specjalistyczna Opieka Zdrowotna Outpatient specialist health care
CU	Centrum urazowe Trauma center
CeZ	Centrum e-Zdrowia e-Health Centre
Eurostat	Eurostat (Urząd Statystyczny Unii Europejskiej) Eurostat (Statistical Office of the European Union)
GIF	Główny Inspektorat Farmaceutyczny Chief Pharmaceutical Inspectorate
GUS	Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland
HEMS	Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego Helicopter Emergency Medical Service
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

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
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
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Ministry of Family, Labour 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 People
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
SIM	System Informacji Medycznej Medical Information System
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 zdrowia[1]

W 2024 r., w porównaniu do 2023 r., zarejestrowano w Polsce wzrost liczby zachorowań na choroby zakaźne m.in. takie jak, kolejno: krztusiec, borelioza z Lyme, szkarlatyna, odra, wirusowe zapalenie wątroby wszystkich typów (A,B,C), wirusowe zapalenie opon mózgowych, wirusowe zapalenie mózgu, rotawirusy i biegunki u dzieci do lat 2. Także zakażenia inwazyjne wywołane przez bakterie Streptococcus pneumoniae oraz Haemophilus influenzae wystąpiły w większej liczbie niż przed rokiem.

W 2024 r. odnotowano ponad trzydziestokrotnie więcej zachorowań na krztusiec – 32,8 tys. zachorowań, o 31,8 tys. przypadków więcej niż przed rokiem. Wskaźnik zapadalności wyniósł 87,2 przypadku na 100 tys. ludności (w 2023 r. było to 2,4).

Liczba zachorowań na boreliozę z Lyme, chorobę bakteryjną przenoszoną na człowieka przez kleszcze, była kolejny, trzeci rok z rzędu wyższa – wyniosła 29,9 tys. przypadków, czyli o 18,1% zachorowań więcej niż w roku poprzednim (tj. o 4,6 tys. przypadków).

Trzeci rok z rzędu zarejestrowano wzrost zachorowań na szkarlatynę – 48,5 tys. przypadków, o 8,3% więcej (tj. o 3,7 tys. przypadków) niż przed rokiem. Oznacza to 129,1 przypadku na 100 tys. ludności kraju i wzrost wskaźnika zapadalności o 10,3 w porównaniu do roku poprzedniego.

W 2024 r. odnotowano blisko 8-krotnie więcej zachorowań na odrę – 272 przypadki, co oznacza zapadalność 0,72 na 100 tys. ludności kraju (w 2023 r. – 0,09). W latach ubiegłych ostatni wysoki poziom zachorowań był notowany w 2019 r. (1 502 przypadki).

Liczba zarejestrowanych nowych przypadków wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów A, B i C zwiększyła się w porównaniu do 2023 r.

Podobnie jak przed rokiem spośród nowo rejestrowanych zachorowań, odnotowano najwięcej przypadków WZW typu C – 3 565 zachorowań, o 298 przypadków więcej niż w 2023 r. WZW typu B zarejestrowano u 3 545 osób, o 403 przypadki więcej niż w roku poprzednim, a WZW typu A (tzw. choroba brudnych rąk) zostało zdiagnozowane u 318 osób, o 112 zachorowań więcej.

Zarejestrowano 2,6 tys. zachorowań na zapalenie mózgu i opon mózgowych, z czego blisko ¾ przypadków stanowiły zachorowania o podłożu wirusowym – 1,9 tys. zachorowań, o 362 przypadki więcej niż w roku poprzednim, a nieco ponad ¼ stanowiły zapalenia wywołane bakteryjnie – 678 zachorowań, o 2 przypadki mniej niż przed rokiem.

Odnotowano także znaczny wzrost, względem poprzedniego roku, zachorowań na choroby zakaźne układu pokarmowego, takie jak m. in. zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy – 13,9 tys. zachorowań (ponad 2-krotny wzrost), czy biegunki u dzieci do lat dwóch o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej – 25,0 tys. zachorowań, o 20,2% więcej niż w 2023 r.

W przypadku zakażeń inwazyjnych, podlegających nadzorowi epidemiologicznemu z uwagi na częste występowanie u małych dzieci i duże ryzyko ciężkiego przebiegu choroby, zarejestrowano najwięcej przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej, powodowanych bakterią Streptococcus pneumoniae – 3,5 tys. zachorowań, o 18,5% więcej niż przed rokiem, następnie Haemophilus influenzae – 379 zachorowań, o 43,0% więcej a w przypadku Neisseira meningitidis, powodującej inwazyjną chorobę meningokokową – 153 przypadki zachorowań w kraju, o 1 przypadek więcej niż w 2023 r.

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).

Mniejszą niż przed rokiem liczbę zachorowań odnotowano w przypadku różyczki, świnki czy tężca, chorób podlegających obowiązkowym szczepieniom, a także w przypadku salmonelloz, czerwonki bakteryjnej, zakażeń jelitowych wywołanych Clostridioides difficile[2] oraz gruźlicy i chorób wenerycznych takich jak kiła i rzeżączka.

W 2024 r. w kraju odnotowano 8 przypadków tężca, o 5 przypadków mniej niż przed rokiem (zapadalność na 100 tys. ludności – 0,02), w przypadku świnki zarejestrowano – 931 zachorowań, o 35 przypadków mniej i różyczki – 193 zachorowania, o 50 zachorowań mniej.

W 2024 r. odnotowano znacznie niższy poziom zachorowań na salmonellozy – 9,4 tys. zakażeń, blisko o 1 tys. przypadków mniej niż przed rokiem. Zapadalność wyniosła 24,9 zachorowania na 100 tys. ludności kraju, o 2,5 mniej niż rok wcześniej. Zarejestrowano także mniej zachorowań na zapalenia jelit wywołane przez Clostridioides difficile – 20,7 tys. przypadków, o 0,6 tys. przypadków mniej niż przed rokiem.

Spośród rzadkich chorób przewodu pokarmowego, notowanych w niewielkich ilościach w kraju, zarejestrowano 36 przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną, o 14 zachorowań mniej niż przed rokiem.

W 2024 r. zarejestrowano 4 236 zachorowań na gruźlicę[3] płucną i pozapłucną, o 200 przypadków mniej niż przed rokiem, z czego 96,6% (4 093) zachorowań stanowiła gruźlica płuc.

Z powodu kiły i rzeżączki, w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych leczonych było 3 023 osób[4], o 9,5% tj. o 319 osób mniej niż w 2023 r.

W 2022 r. odnotowano w kraju 175,1 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe[5], o 5,1% więcej w porównaniu do 2021 r. Struktura zachorowań ze względu na umiejscowienie nowotworu, rozpatrywana ogółem dla obu płci łącznie, była zbliżona do struktury zachorowań w 2021 r. Trzy rodzaje umiejscowień zmian nowotworowych: narządy płciowe (35,3 tys. przypadków zachorowań), narządy trawienne (33,2 tys. zachorowań) i narządy oddechowe i klatki piersiowej (23,1 tys. zachorowań) odpowiadały za ponad połowę (52,3%) nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w kraju.

W 2023 r. w systemie ambulatoryjnym w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej leczonych było łącznie 2 117,6 tys. osób[6], o 8,3% więcej niż w 2022 r.

Struktura rozpoznań, spośród podstawowych trzech dużych grup wyróżnianych w opiece psychiatrycznej (zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, grupy zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz grupy zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych) była zbliżona jak przed rokiem.

Największy udział stanowili leczeni z rozpoznaniami zaliczanymi do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 86,6% ogółu leczonych pacjentów (1 834,4 tys. osób, o 7,0% więcej niż w 2022 r.), spośród których 40,8% stanowili pacjenci leczeni z powodu zaburzeń nerwicowych (748,5 tys. osób, o 8,2% więcej niż rok wcześniej).

2 Równoznaczna nazwa to Clostridium difficile.
3 Wszystkie przypadki gruźlicy, nowe i wznowy, potwierdzone i niepotwierdzone bakteriologicznie.
4 Pacjenci nowo zarejestrowani oraz ogółem objęci opieką w roku sprawozdawczym.
5 Dane nie obejmują grupy nowotworów in situ (D00-D09) klasyfikacji ICD-10; dotyczą nowotworów złośliwych (C00-C97).
6 Pacjenci zarejestrowani w poradni/gabinecie po raz pierwszy w roku sprawozdawczym oraz zarejestrowani w latach poprzednich, ale leczeni w danym roku sprawozdawczym. Pacjenci są liczeni według rozpoznania zasadniczego.

Krwiodawstwo

W 2024 r. funkcjonowały 23 Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (w tym 2 resortowe) oraz 133 oddziały terenowe (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 651,4 tys. osób. W 2024 r. pobrano 1 548,4 tys. donacji krwi i jej składników. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 388,2 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 624,7 tys. litrów. Wśród dawców 80,6% 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 173,4 krwiodawców. Największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie podlaskim – 262,8[7].

Stacjonarna opieka zdrowotna

Leczenie szpitalne jest formą opieki zdrowotnej, na którą pacjent decyduje się, gdy inne możliwe rodzaje opieki medycznej nie są wystarczające dla zachowania zdrowia na pożądanym poziomie. Jest to więc najbardziej złożona forma opieki stacjonarnej, której celem jest zdiagnozowanie pacjenta, podjęcie działań ratujących zdrowie lub życie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Na terenie kraju funkcjonowało 888 stacjonarnych szpitali ogólnych dysponujących 159,9 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,4 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 42,6 łóżka na 10 tys. mieszkańców, co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 234 mieszkańców (o 1 więcej niż w 2023 r.). Hospitalizowanych było prawie 7 574,8 tys. pacjentów (o 5,8% więcej niż w roku poprzednim), a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 5 028,6 tys. pacjentów, o 17,6% więcej niż w 2023 r.

Stacjonarna opieka długoterminowa jest sprawowana nad pacjentem zdiagnozowanym, o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu, który wymaga pomocy w wykonywaniu czynności życia codziennego i stałej opieki pielęgniarskiej. Opieka ta jest świadczona w zakładach opiekuńczo–leczniczych oraz pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W 2024 r. odnotowano 618 zakładów tego typu, o 6 mniej niż w 2023 r. Baza łóżkowa wyniosła 39,3 tys., o 0,7% łóżek więcej niż przed rokiem. Opieką stacjonarną objęto ponad 66,5 tys. osób (o 0,9% mniej), przy czym 12,6% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej.

Hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej to zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej, w których podejmowane są działania mające na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia pacjenta. W 2024 r. odnotowano 142 hospicja i 94 oddziały opieki paliatywno–hospicyjnej działające niezależnie poza strukturą szpitala lub funkcjonujące w strukturze szpitali ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały 5,2 tys. łóżek i zapewniły opiekę 51,5 tys. pacjentów (o 7,3% więcej niż przed rokiem).

Odmienną formę opieki zdrowotnej stanowi lecznictwo psychiatryczne. Do stacjonarnych zakładów opieki psychiatrycznej zalicza się: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (łącznie z MONAR), krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej oraz zakłady opiekuńczo–lecznicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze typu psychiatrycznego. W 2024 r. na terenie kraju funkcjonowały 64 szpitale psychiatryczne, dysponujące 17,3 tys. łóżek (o 0,2% więcej niż w końcu 2023 r.). Przebywało w nich 196,9 tys. pacjentów, o 2,4% więcej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowały 94 placówki opieki całodobowej przeznaczone dla osób uzależnionych, z czego 32 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego i 62 ośrodki rehabilitacyjne dla narkomanów (także MONAR). Dysponowały one łącznie prawie 4,3 tys. łóżek i skorzystało z nich 36,1 tys. osób uzależnionych (o 3,6% więcej niż w 2023 r.).

Elementem systemu ochrony zdrowia cieszącym się dużą popularnością jest lecznictwo uzdrowiskowe, stanowiące często kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, albo mające na celu ogólną poprawę stanu zdrowia pacjenta. Na koniec roku 2024 szpitale i sanatoria uzdrowiskowe dysponowały 46,1 tys. łóżek (o 449 łóżek więcej niż w 2023 r.). Z leczenia stacjonarnego skorzystało 798,9 tys. osób (o

7 W przekroju terytorialnym bez danych MON i MSWiA.

2,5% mniej niż przed rokiem), natomiast w trybie ambulatoryjnym przyjęto 85,3 tys. osób (o 0,9% więcej niż rok wcześniej). Około 83,5% łóżek znajdowało się w sanatoriach, które przyjęły 86,1% ogółu kuracjuszy przebywających w uzdrowiskach.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

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

W 2024 r. funkcjonowało 24,2 tys. przychodni (o 765 więcej niż w roku poprzednim). W przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych nadal występuje tendencja spadkowa. Odnotowano 3,0 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 4,2% mniej niż w 2023 r.), przy czym 2,5 tys. (82,5%) z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (o 3,1% mniej niż w poprzednim roku).

W 2024 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 365 mln porad[8] (o ponad 13 mln więcej niż w roku poprzednim).

W strukturze porad największą część (51,9%) stanowiły porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, 38,2% dotyczyło opieki specjalistycznej, a 9,9% porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 86,3% wszystkich porad ambulatoryjnych, z czego 46,9% dotyczyło opieki podstawowej, 43,0% – specjalistycznej, a 10,0% stanowiły porady stomatologiczne. Na obszarach wiejskich struktura porad ambulatoryjnych wyniosła odpowiednio: 82,8%, 8,0% i 9,2%.

Ratownictwo medyczne

W 2024 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowały 1 664 zespoły ratownictwa medycznego (o 47 więcej niż przed rokiem) oraz 21 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Zrealizowały one ponad 3,1 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia (o 359,8 tys. więcej niż w 2023 r.).

Na 1 000 ludności przypadały 84 osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej (74 osoby w 2023 r.). W porównaniu z rokiem poprzednim nie zmieniła się znacząco struktura wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Ponad połowę (50,5%) osób, które wymagały pomocy medycznej stanowiły osoby w wieku 65 lat lub więcej. Pomocy medycznej udzielano tak samo często mężczyznom (49,9%), jak i kobietom (50,1%).

W roku 2024 lotnicze zespoły ratownictwa medycznego wykonały 8 406 lotów. Śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego najczęściej wzywane były do wypadków komunikacyjnych i pomocy ich ofiarom, udarów mózgu oraz nagłego zatrzymania krążenia.

W ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pomocy medycznej udzielało również 250 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 4 więcej niż przed rokiem). Ponadto, z systemem współpracowało 151 izb przyjęć (o 4 mniej niż w 2023 r.), 17 centrów urazowych oraz 11 centrów urazowych dla dzieci.

8 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.

Apteki

W 2024 r. na terenie Polski funkcjonowało 11 229 aptek ogólnodostępnych (o 244 mniej niż w 2023 r.) i 1 067 punktów aptecznych (o 24 mniej niż rok wcześniej). Na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało 3,3 tys. osób, w tym 2,4 tys. osób w miastach. Liczba ludności przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny na wsi wyniosła 5,4 tys. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu prowadziło 236 aptek ogólnodostępnych.

Na koniec 2024 r. w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 26,2 tys. farmaceutów oraz 29,8 tys. techników farmaceutycznych. Najwięcej farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych było w wieku 35–44 lat (30,2%), podobnie jak w przypadku techników farmaceutycznych (42,2%).

Sprzedaż leków na receptę

W 2024 r. wystawiono 513,4 mln recept (o 18,3 mln więcej niż przed rokiem), z czego 97,4% elektronicznych (w 2023 r. odsetek recept elektronicznych w ogólnej liczbie recept wynosił 96,6%). W 2024 r. odsetek wystawionych recept elektronicznych w poszczególnych województwach różnił się o nie więcej niż 1,5 p. proc. Największy odsetek elektronicznych recept wystąpił, podobnie jak w roku 2023, w województwie pomorskim (98,2%), a najniższy w województwie świętokrzyskim (96,7%).

W 2024 r. wartość sprzedanych leków na receptę w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski wyniosła 787 zł (o 94 zł więcej niż w 2023 r.), z czego dopłata przez pacjenta wyniosła 434 zł (o 21 zł więcej niż w 2023 r.), a refundacja z Narodowego Funduszu Zdrowia wyniosła 353 zł (o 73 zł więcej niż w 2023 r.). Największy udział w wartości sprzedanych leków w 2024 r. miały leki związane z przewodem pokarmowym i metabolizmem (21,4%), układem sercowo-naczyniowym (18,8%) oraz ośrodkowym układem nerwowym (13,1 %). W 2024 r. trzy największe grupy anatomiczne – leki stosowane w zaburzeniach przewodu pokarmowego i metabolizmu, leki kardiologiczne oraz leki działające na ośrodkowy układ nerwowy – odpowiadały łącznie za ponad połowę (ok. 53%) wartości sprzedaży leków na receptę. Po uwzględnieniu jeszcze leków stosowanych w chorobach układu oddechowego oraz preparatów wpływających na krew i układ krwiotwórczy udział pięciu największych grup przekraczał 70% wartości rynku leków na receptę.

Kadra medyczna

W 2024 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 2024 r. zarejestrowano w grupie fizjoterapeutów (wzrost o 4,5%).

Zwiększyła się również liczba osób pracujących z pacjentem we wspomnianych wyżej podstawowych grupach zawodów medycznych, z wyjątkiem diagnostów laboratoryjnych, gdzie odnotowano spadek. Największy wzrost, w porównaniu do poprzedniego roku, zaobserwowano w grupie fizjoterapeutów (o 5,0%).

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. Wśród osób pracujących z pacjentem dominacja kobiet widoczna jest przede wszystkim w zawodach położnej (99,8%) i pielęgniarki (96,2%), ale także w zawodzie farmaceuty (82,9%). Wśród lekarzy dentystów odsetek kobiet wyniósł w 2024 r. 73,8%, a wśród fizjoterapeutów – 72,1%. Najniższy odsetek kobiet w ogólnej liczbie osób pracujących z pacjentem odnotowano w zawodzie lekarza, chociaż i w tej grupie kobiety stanowiły większość – 59,1%.

W 2024 r. zwiększyła się liczba specjalistów w większości specjalizacji uznanych za priorytetowe – od 0,2% w dziedzinie neurologii dziecięcej do 5,8% w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Zaobserwowano jednak spadek liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach: geriatrii, radioterapii onkologicznej, chorób zakaźnych, neonatologii oraz chorób wewnętrznych.

Służba medycyny pracy

W 2024 r. zarejestrowano 5 401 jednostek podstawowych służby medycyny pracy (SMP), w tym prowadzone w ramach: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego (2 632), indywidualnych praktyk lekarskich (2 190), samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (558) oraz grupowych praktyk lekarskich (21). W porównaniu z poprzednimi latami struktura jednostek podstawowych SMP nie zmieniła się istotnie.

Liczba lekarzy posiadających uprawnienia, którzy rozpoczynając działalność profilaktyczną dopełnili obowiązku zarejestrowania się we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, wynosiła 5516.

Orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie 5,08 mln badań lekarskich w tym: ponad 2,11 mln badań wstępnych, ponad 2,44 mln badań okresowych oraz ponad 523 tys. badań kontrolnych.

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 2023 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 243,8 mld zł, co stanowiło 7,1% PKB. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (HC.1 – 59,6%). Natomiast wstępne szacunki za 2024 r. wyniosły 293,6 mld zł, co stanowiło 8,0% 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 2024 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 193,3 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich wykonanie wyniosło 210,6 mld zł (w tym 0,3 mld zł z Funduszu Przeciwdziałania COVID–19 i 0,8 mld zł z Funduszu Pomocy przekazanych NFZ), co stanowiło 6,85% PKB (z roku N–2[9]). Warto zauważyć, że środki te w roku 2024 były o około 25,8 mld zł wyższe (o 14,0%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2023 r.

9 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 2023 r. punktem odniesienia jest PKB za 2021 r., a dla 2024 r. – z roku 2022.

Satelitarny rachunek zdrowia

Satelitarny rachunek zdrowia[10] pozwala ocenić udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP[11] w gospodarce narodowej. W 2021 r. wartość produkcji globalnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 225 354,1 mln zł i w porównaniu z 2020 r. wzrosła o 28,1%. Wartość zużycia pośredniego dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 85 364,4 mln zł, natomiast wartość dodana brutto 139 989,7 mln zł (odpowiednio wzrost o 22,1% i 32,2% w stosunku do roku poprzedniego). Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tworzeniu produkcji globalnej brutto dla gospodarki narodowej wyniósł 4,2%, natomiast w generowaniu wartości dodanej brutto – 6,1%.

Szacunki satelitarnego rachunku zdrowia dostarczają również informacji dotyczących podaży i wykorzystania dóbr i usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz nakładów inwestycyjnych. W 2021 r. produkcja globalna dóbr i usług w ochronie zdrowia HC osiągnęła wartość 245 457,3 mln zł, o 28,5% więcej niż w roku poprzednim. Spożycie ogółem wyniosło 171 449,6 mln zł, z czego 72,4% dotyczyło instytucji rządowych i samorządowych. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wartość spożycia wyniosła 4 513 zł (w 2020 r. – 4 020 zł). Wydatki poniesione w gospodarce narodowej przez inwestorów na budowę, zakup lub ulepszenie środków trwałych przeznaczonych dla potrzeb ochrony zdrowia w 2021 r. wyniosły 9 307,3 mln zł (tj. spadek o 1,7% w porównaniu z 2020 r.).

10 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.

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

Synthesis

State of health[12]

In 2024, compared to 2023, an increase in the number of cases of infectious diseases such as: whooping cough, Lyme disease, scarlet fever, measles, viral hepatitis of all types (A, B, C), viral meningitis, viral encephalitis, rotaviruses and diarrhea in children under 2 years of age. Invasive infections caused by Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae also occurred in greater numbers than in the previous year.

In 2024, over thirty times more cases of whooping cough were recorded – 32.8 thousand cases, which is 31.8 thousand more than the previous year. The incidence rate was 87.2 cases per 100 thousand population (compared to 2.4 in 2023).

The number of cases of Lyme borreliosis, a bacterial disease transmitted to humans by ticks, was higher for another year in a row – 29.9 thousand of cases, 18.1% more cases than in 2023 (i.e., 4.6 thousand).

For the third year in a row, an increase in scarlet fever cases was recorded 48.5 thousand, an increase of 8.3% (i.e., by 3.7 thousand cases) compared to the previous year. It means 129.1 cases per 100 thousand population in the country and an increase in the incidence rate of 10.3.

In 2024, Poland recorded nearly 8 times more cases of measles – 272 cases, which means an incidence of 0.72 per 100 thousand population.

The number of registered new cases of viral hepatitis of all types A, B, and C increased compared to 2023. As in the previous year, among the newly registered cases, the highest number was of hepatitis C – 3 565 cases, an increase of 298 cases compared to 2023. Hepatitis B was registered in 3 545 individuals, an increase of 403 cases compared to the previous year, and hepatitis A (so-called dirty hands disease) was diagnosed in 318 individuals, an increase of 112 cases.

In 2024, 2.6 thousand cases of encephalitis and meningitis were reported, of which nearly ¾ were viral – 1.9 thousand cases, an increase of 362 cases compared to the previous year, while just over ¼ were bacterial infections – 678 cases, 2 cases fewer than the previous year.

There was also a significant increase in the number of cases of infectious diseases of the gastrointestinal tract, such as rotavirus-induced enteritis – 13.9 thousand cases (more than a doubling), and diarrheas in children under two years old of – 25.0 thousand cases, which is 20.2% more than in 2023.

In the case of invasive infections, subject to epidemiological surveillance due to their frequent occurrence in young children and high risk of severe disease, the highest number of cases of invasive pneumococcal disease, caused by the Streptococcus pneumoniae bacterium, was recorded – 3.5 thousand cases, an 18.5% increase compared to the previous year, followed by Haemophilus influenzae with 379 cases, a 43.0% increase, and Neisseira meningitidis, the cause of invasive meningococcal disease, with 153 cases in the country, one case more than in 2023.

A lower number of cases compared to the previous year was recorded for rubella, mumps, and tetanus, diseases covered by mandatory vaccinations, as well as diseases such as salmonellosis, shigellosis, intestinal infections caused by Clostridioides difficile[13], tuberculosis, and sexually transmitted diseases such as syphilis and gonorrhea.

12 Data sources: The National Institute of Public Health NIH – National Research Institute, The Maria Sklodowska–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.

13 The equivalent term is Clostridium difficile.

In 2024, the country recorded 8 cases of tetanus, 5 cases fewer than the previous year (incidence per 100 thousand population – 0.02); for mumps – 931 cases were registered, 35 cases fewer, and for rubella – 193 cases, 50 cases fewer.

In 2024, a significantly lower level of salmonellosis cases was recorded – 9.4 thousand infections, nearly 1 thousand cases fewer than the previous year. The incidence was 24.9 cases per 100 thousand population, 2.5 cases fewer.

Fewer cases of Clostridioides difficile-related intestinal inflammation were also recorded – 20.7 thousand cases, 0,6 thousand cases fewer than the previous year.

Among rare gastrointestinal diseases, reported in small numbers in the country, 36 cases of bacterial dysentery were recorded, which was 14 cases fewer than the previous year.

In 2024, 4 236 cases of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis[14] were registered, 200 cases fewer than the previous year, of which 96.6% (4 093) were pulmonary tuberculosis.

Due to syphilis and gonorrhea, 3 023 thousand people[15] were treated in dermatology and venereology clinics, 9.5%, i.e., 319 fewer people than in 2023.

In 2022, the country recorded 175.1 thousand new cases of malignant neoplasms[16], an increase of 5.1% compared to 2021. The structure of cases by tumor location, considered overall for both sexes combined, was similar to the structure of cases in 2021. Three types of tumor locations: reproductive organs (35.3 thousand cases), digestive organs (33.2 thousand cases), and respiratory organs and chest (23.1 thousand cases) accounted for over half (52.3%) of the new malignant tumor cases in the country.

In 2023, a total of 2 117.6 thousand people[17] were provided with outpatient psychiatric care, which is 8.3% people more than in 2022. The structure of diagnoses, among the three main groups of diagnoses distinguished in psychiatric care (mental and behavioral disorders, disorders caused by alcohol use, and disorders caused by the use of psychoactive substances), was similar to that of the previous year. The largest share consisted of patients treated for diagnoses classified in the group of mental and behavioral disorders – 86.6% of all treated patients (1834.4 thousand people, an increase of 7.0% compared to 2022), of whom 40.8% were patients treated for neurotic disorders (748.5 thousand people, an increase of 8.2% compared to the previous year).

Blood donation

In 2024, there were 23 regional blood donation centers (including 2 departmental) and 133 local collection sites (including 7 under the responsibility of the Ministry of National Defense). The group of blood donors numbered 651.4 thousand people. In 2024, 1,548.4 thousand donations of blood and its components were collected. Blood donors donated a total of 1,388.2 thousand whole blood donation, i.e. approximately 624.7 thousand liters. Among the donors, 80.6% 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 173.4 blood donors per 10 thousand of population. The largest number of blood donors per 10 thousand citizens was in Podlaskie Voivodship – 262.8[18].

14 Data include all cases of tuberculosis, new and relapses, bacteriologically confirmed and unconfirmed.
15 Newly registered patients as well as all patients under care in the reporting year.
16 The data do not include the group of neoplasms in situ (D00-D09) of the ICD-10 classification; data concern malignant neoplasms (C00-C97).
17 Patients registered at the clinic/office for the first time in the reporting year, as well as those registered in previous years but treated in the given reporting year. Patients are counted according to the primary diagnosis.
18 At the territorial level excluding data of the Ministry of National Defence and the Ministry of Interior and Administration.

Stationary health care

Hospital treatment is a form of the health care that the patient decides on when other possible types of medical care are not sufficient to maintain health at the desired level. Therefore, it is the most complex form of inpatient care, the purpose of which is to diagnose a patient, undertake health or life–saving measures and implement appropriate treatment. In the country there were 888 inpatient, publicly accessible general hospitals with 159.9 thousand beds. In relation to the number of citizens, it was 2.4 hospitals per 100,000 inhabitants and 42.6 beds per 10,000 inhabitants, which means that on average it was 234 inhabitants per bed (1 more than in 2023). 7,574.8 thousand patients were hospitalized (5.8% more than in the previous year) and 5,028.6 thousand patients were treated in daycare mode in inpatient hospitals and so–called day care hospitals (17.6% more than in 2023).

Residential long-term care is provided to a diagnosed patient with a stable health condition and fixed treatment, who requires assistance in performing activities of daily living and constant nursing care.

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 2024, there were 618 facilities of this type, 6 less than in 2023. The bed base amounted to 39.3 thousand of beds, 0.7% more than in the previous year. Inpatient care was provided to 66.5 thousand persons (0.9% less) of which 12.6% were psychiatric care patients.

Inpatient hospices and palliative care units are types of inpatient health care facilities consisting in taking measures to alleviate pain and suffering at the end of the patient's life. There were 142 hospices and 94 palliative and hospice care wards operating independently, outside the hospital structure, or within the structure of general hospitals. In total, these facilities had offered 5.2 thousand beds and provided care for 51.5 thousand patients (7.3% more than in previous year).

A different form of the heath 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 2024, there were 64 psychiatric hospitals in the country with 17.3 thousand beds (0.2% more than at the end of 2023) that was used by 196.9 thousand patients (2.4% more than in the previous year). Moreover, there were 94 round-the-clock centers for addicted people, including 32 alcohol detoxification centers and 62 addiction recovery centers (a.o. MONAR centers). They had offered 4.3 thousand beds which were used by 36.1 thousand patients (3.6% more than in 2023).

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 2024 health resort hospitals and sanatoriums had offered 46.1 thousand beds (449 beds more than in 2023) which were used by 798.9 thousand people (2.5% less). In ambulatory mode 85.3 thousand outpatients were serviced (0.9% more than in the previous year). About 83.5% of beds were located in sanatoriums, and nearly 86.1% of total number of health resorts patients were staying in sanatoriums.

Ambulatory health care

Primary health care and specialist health care constitute an important level in the health care system. The effectiveness of the entire patient treatment process and the efficiency of the medical care system depend largely on their condition and proficiency.

In 2024, 24.2 thousand outpatient departments were recorded (by 765 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. 3.0 thousand medical and dental practices providing services financed from public funds were recorded (almost 4.2% less than in 2023), of with 2.5 thousand (82.5%) dental practices (3.1% less than in the previous year).

In 2024, above 365 million consultations[19] were provided in ambulatory health care (above 13 million more than the previous year).

In the structure of medical consultations, the main part of the consultations was given by primary health care (51.9%), 38.2% concerned specialist health care and 9.9% were given by dentists. Consultations given in urban areas accounted for 86.3% of all outpatient consultations, of which 46.9% concerned primary health care, 43.0% specialist outpatient care, and 10.0% of consultations was given by dentists. The structure of consultations given in facilities located in rural areas was: 82.8% for primary care, 8.0% for ambulatory specialized care, and 9.2% for dental consultations.

Emergency Medical Services

In 2024 the State Emergency Medical Services System covered functioning of the 1,664 of emergency rescue teams (47 more than in previous year) and 21 medical air rescue teams. There were over 3.1 million of calls of the emergency rescue teams (including medical air rescue teams) during which the emergency medical activities were provided (359.8 thousand more than in 2023).

Per 1 000 population there were 84 persons to whom the emergency rescue teams provided medical treatment (compared to 74 persons in 2023). 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 (50.5%) who required medical treatment were persons aged 65 and more. Medical assistance was provided equally often to men (49.9%) and women (50.1%).

In 2024, air medical rescue teams performed 8,406 flights. Helicopters of medical air rescue were called mostly to traffic accidents, and provided medical treatment to traffic accidents victims, strokes and sudden cardiac arrests.

The emergency medical treatment was also offered by 250 hospital emergency wards (4 more than in previous year). The cooperating units role was played by 151 admission rooms (4 less than in 2023), 17 trauma centers and 11 children trauma centers.

Pharmacies

In 2024, there were 11,229 generally available pharmacies (244 less than in 2023) and 1,067 pharmaceutical outlets (24 less than a year earlier). There were 3.3 thousand citizens per one generally available pharmacy, including 2.4 thousand people in urban areas. The number of population per general available pharmacy and pharmaceutical outlets in rural areas amounted to 5.4 thousand. There were 236 generally available pharmacies which were selling medicinal products via the Internet.

At the end of 2024, a total of 26.2 thousand pharmacists and 29.8 thousand pharmaceutical technicians were employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets. The majority of pharmacists working in pharmacies and pharmaceutical outlets were aged 35–44 (30.2%), similar to the number of pharmaceutical technicians (42.2%).

19 Including consultations provided in outpatients departaments of the Ministry of National Defence and the Ministry of Interior and Administration, without medical practices providing health services exclusively funded by private sources. Also including consultations provided in admission rooms in general hospitals.

Sale of prescription medicines

In 2024, 513.4 million prescriptions were issued (18.3 million more than the previous year), of which 97.4% were electronic (in 2023, the share of electronic prescriptions in the total number of prescriptions was 96.6%). In 2024, the share of electronic prescriptions issued in individual voivodeships (provinces) varied by no more than 1.5 percentage points. The highest share of electronic prescriptions, as in 2023, was recorded in the Pomeranian Voivodeship (98.2%), while the lowest was in the Świętokrzyskie Voivodeship (96.7%).

In 2024, the value of prescription medicines sold per capita in Poland amounted to PLN 787 (PLN 94 more than in 2023), of which the patient's co-payment was PLN 434 (PLN 21 more than in 2023), and the reimbursement from the National Health Fund amounted to PLN 353 (PLN 73 more than in 2023). The largest share of the value of medicines sold in 2024 was for drugs related to the digestive system and metabolism (21.4%), the cardiovascular system (18.8%), and the central nervous system (13.1%). In 2024, the three largest anatomical groups—drugs used for disorders of the digestive system and metabolism, cardiological drugs, and drugs affecting the central nervous system—accounted for over half (approximately 53%) of the value of prescription medicine sales. Including medicines for respiratory system diseases and products affecting blood and the hematopoietic system, the five largest groups accounted for over 70% of the prescription drug market value.

Medical Personnel

In 2024, 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 2024 have been reported in the group of physiotherapists (increase by 4.5%).

The number of people working with patients in the above-mentioned basic groups of medical professions has also increased with the exception of laboratory diagnosticians, where a decrease was noted. The largest increase, compared to the previous year, was observed in the group of physiotherapists (by 5.0%).

Both in the group of people licensed to practice a profession, and in the group of practicing doctors, dentists, pharmacists, nurses, midwives and physiotherapists the feminization of medical professions has been observed for years. Among people working with the patient women dominate mainly in the professions of midwife (99.8%) and nurse (96,2%), but also in the group of pharmacists (82,9%). Among dentists, the percentage of women in 2024 was 73,8% and among physiotherapists – 72,1%. The lowest prevalence of women was recorded in the profession of doctor, although in this group women also constituted the majority – 59,1%.

In 2024, the number of specialists in most specializations considered priority increased – from 0.2% in the field of pediatric neurology to 5.8% in the field of child and adolescent psychiatry. However, a decrease was observed in the number of specialists in the field of geriatrics, radiation oncology, infectious diseases, neonatology, and internal medicine.

Occupational medicine

In 2024, 5401 basic occupational medicine units (SMP) were registered, including those run within: enterprises of a healthcare entity (2632), individual medical practices (2190), independent public health care facilities (spzoz) (558) and group medical practices (21). Compared to previous years, the structure of SMP basic units has not changed significantly.

The number of licensed physicians who, upon commencing preventive work, fulfilled the obligation to register with the appropriate provincial occupational medicine center was 5,516.

The number of medical certifications performed for the purposes of the Labor Code amounted to 5.08 million, including over 2.11 million pre-employment examinations, over 2.44 million periodic examinations, and over 523,000 control examinations.

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 final data of the National Health Account for 2023, current expenditure on health care amounted to PLN 243.8 billion, final data of the which was 7.1% of GDP. The functional structure of expenditure has not changed significantly. The largest part was expenditure on medical services (HC.1 – 59.6%). On the other hand, the preliminary estimates for 2024 amounted to PLN 293.6 billion, which represented 8.0% 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 2024 and the initial plan of the National Health Fund, funds amounting to PLN 193.3 billion were planned for this year, which in the course of the year were increased and their implementation amounted to PLN 210.6 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 represented 6.85 % of GDP (from the year N-2)[20]. It should be emphasised that in 2024 these funds were about PLN 25.8 billion higher (by 14%) than the expenditures allocated to health care in 2023.

Satellite health account

Satellite health account[21] allows to assess the share of health care providers HP[22] in the national economy. In 2021, the gross output for health care providers amounted to PLN 225,354.1 million and increased by 28.1% compared to 2020. The intermediate consumption for health care providers amounted to PLN 85,364.4 million, while the value added gross was PLN 139,989.7 million (respectively an increase of 22.1% and 32.2% compared to the previous year). The share of health care providers in generating gross output for the national economy was 4.2%, and in generating value added gross – 6.1%.

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 2021, the gross output of health care goods and services HC amounted to PLN 245,457.3 million, 28.5% more than in the previous year. Final consumption expenditure amounted to PLN 171,449.6 million, of which 72.4% by general government. The value of consumption per

20 The letter N denotes the current year, and N-2 denotes the year two years earlier. Pursuant to Article 131c(2) of the Act on Health Services Financed from Public Funds, the reference point for expenditure in 2023 is the GDP for 2021, and for 2024 – the GDP for 2022.

21 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.

22 Providers of goods and services in health care according to the ICHA (International Classification for Health Accounts).

capita amounted to PLN 4,513 (in 2020 – PLN 4,020). 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 2021 amounted to PLN 9,307.3 million (i.e. a decrease of 1.7% compared to 2020).

CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ
Part I. Results of surveys

1. Stan zdrowia
1. Health status

Dane charakteryzujące stan zdrowia ludności Polski pochodzą z badań prowadzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, realizowanych w ramach Programu badań statystycznych statystyki publicznej. Obejmują informacje o poziomie 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
1.1. Vaccination and incidence of selected infectious diseases

Dzięki obowiązkowym i bezpłatnym szczepieniom, realizowanym w ramach Programu Szczepień Ochronnych, powszechnie znanego jako kalendarz szczepień, od wielu lat nie odnotowuje się przypadków zachorowań na niektóre choroby objęte tym programem lub ich występowanie jest sporadyczne. Przykładem jest eliminacja zachorowań na ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis znane również jako choroba Heinego-Medina) wywoływane przez wirusa polio. W 2024 r., podobnie jak w roku poprzednim, w Polsce zarejestrowano jeden przypadek zachorowania na błonicę. W przypadku innych chorób zakaźnych, prezentowanych w tej publikacji i objętych szczepieniami, wysoki odsetek dzieci zaszczepionych nadal skutecznie chronił przed epidemicznymi wzrostami zachorowań.

Do obowiązkowych szczepień dzieci i młodzieży, objętych kalendarzem szczepień, zaliczamy szczepienia przeciwko: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW typu B), błonicy, krztuścowi, tężcowi, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis), odrze, śwince, różyczce, inwazyjnym zakażeniom Streptococcus pneumoniae, inwazyjnym zakażeniom Haemophilus influenzae typu b, zakażeniom wywołanym przez rotawirusy[23].

W 2024 r. nie dla wszystkich szczepień, objętych kalendarzem szczepień, odnotowano wzrost odsetka dzieci zaszczepionych[24] (Tablica 1.1). Dla większości szczepień, wykonanych u młodszych dzieci w 2 roku życia dziecka, odnotowano niewielkie spadki zaszczepionych dzieci, a największy spadek wystąpił dla szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B u dzieci w 3 roku życia – o 0,9 p. proc. mniej niż w 2023 r. Odsetek zaszczepionych wyniósł w 2024 r. 94,3%. W przypadku pozostałych szczepień wykonanych u dzieci w 3 roku życia odnotowano wzrost odsetka zaszczepionych, największy dla szczepienia przeciw inwazyjnym zakażeniom Haemopfilus influenzae typu b – o 0,6 p. proc. więcej niż rok wcześniej. Odsetek zaszczepionych wyniósł w 2024 r. 86,5% dzieci. Także lepiej wyglądała sytuacja dzieci w 7 roku życia, dla których odnotowano wzrost odsetka dzieci zaszczepionych dawką przypominającą szczepionek przeciw krztuścowi, błonicy, tężcowi, a także przeciwko nagminnemu porażeniu dziecięcemu (o 1,8 p. proc. więcej). Także w przypadku dzieci i młodzieży w 11 roku życia (szczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce) i w 15 roku życia (szczepienia przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi) odnotowano wzrost odsetka zaszczepionych. Dawkę przypominającą szczepionki przeciw odrze, śwince i różyczce otrzymało 92,7% dzieci w 11 roku życia i był to największy wzrost w porównaniu do poprzedniego roku (o 4,6 p. proc. więcej), a w przypadku błonicy, tężca i krztuśca dawkę przypominającą otrzymało 86,7% młodych ludzi w 15-stym roku życia i było to wzrost o 1,1 p. proc. Natomiast szczepienia na różyczkę, podawane dziewczętom w 14-stym roku

23 Choroby wymienione w załączniku do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 października 2023 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2024 (Dz. Urz. Ministra Zdrowia 2023, poz. 100).
24 Dotyczy dzieci i młodzieży w danej grupie wieku posiadających karty uodpornienia.

życia, kolejny rok z rzędu wskazują na dalszy spadek odsetka zaszczepionych dziewcząt – 93,4%, wobec 94,0% w 2023 r.

Bardzo ważnym szczepieniem wykonywanym w pierwszych godzinach życia dziecka jest szczepionka przeciw gruźlicy, którą w 2024 r. wykonano u 91,5% noworodków[25] (230,3 tys. dzieci) i był to wyższy odsetek dzieci zaszczepionych niż w roku poprzednim (wzrost o 0,6 p. proc. względem 2023 r.).

Tablica 1.1. Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży wg wieku (w %)
Table 1.1. Vaccination of children and youth (in %)

Szczepienia wykonane przeciw	2022	2023	2024
	odsetek zaszczepionych posiadających karty uodpornienia w % children and youth with the immunization card in a given age group		
Gruźlicy — noworodki zaszczepione szczepionką BCG[a] (w ciągu roku)	90,1	90,9	91,5
BCG — newborns (during the year)			
Błonicy/tężcowi — w roku życia:			
Diphtheria/tetanus — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne	94,3	94,5	94,3
primary vaccination			
3 — szczepienie podstawowe (pełne)	84,9	86,0	86,4
basic vaccination (full)			
7 — szczepienie przypominające I	80,7	81,3	83,0
booster dose I			
15 — szczepienie przypominające II	85,8	85,6	86,7
booster dose II			
20 — szczepienie przypominające III	76,3	77,1	76,8
booster dose III			
Krztuścowi — w roku życia:			
Whooping cough — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne	94,3	94,5	94,2
primary vaccination			
3 — szczepienie podstawowe (pełne)	85,0	86,0	86,4
basic vaccination (full)			
7 — szczepienie przypominające I	80,7	81,2	83,0
booster vaccination dose I			
15 — szczepienie przypominające II	85,7	85,6	86,7
booster dose II			
Odrze/śwince/różyczce — w roku życia:			
Measles/mumps/rubella — at the age of:			
3 — szczepienie podstawowe	90,9	91,8	91,7
basic vaccination			
11 — szczepienie przypominające	86,1	88,2	92,7
booster vaccination			

a Udział dzieci zaszczepionych w ciągu roku w ogólnej liczbie zarejestrowanych urodzeń żywych.

25 Odsetek jest podawany w odniesieniu do urodzeń żywych.

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	2022	2023	2024
	odsetek zaszczepionych posiadających karty uodpornienia w % children and youth with the immunization card in a given age group		
Nagminnemu porażeniu dziecięcemu — w roku życia:			
Polio — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne	94,1	94,4	94,3
primary vaccination			
3 — szczepienie podstawowe (pełne)	84,9	86,0	86,5
basic vaccination (full)			
7 — szczepienie przypominające	80,7	81,2	83,0
booster vaccination			
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B — w roku życia:			
Hepatitis type B — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne	97,3	97,4	97,0
primary vaccination			
3 — szczepienie podstawowe (pełne)	95,0	95,2	94,3
basic vaccination (full)			
Zakażeniom wywołanym przez Haemophilus influenzae typu B — w roku życia:			
Haemophilus influenzae type B — at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne	94,2	94,3	94,2
primary vaccination			
3 — szczepienie podstawowe (pełne)	85,0	85,9	86,5
basic vaccination (full)			
Zakażeniom wywołanym przez Streptococcus pneumoniae — w roku życia:			
Streptococcus pneumoniae at the age of:			
2 — szczepienie pierwotne	94,3	94,7	94,2
primary vaccination			
3 — szczepienie podstawowe (pełne)	88,4	89,0	89,0
basic vaccination (full)			
Różyczce — dziewczęta w 14 roku życia	95,0	94,0	93,4
Rubella vaccinations — girls aged 14			

Uwaga. W 2024 r. w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących szczepienia karty uodpornienia posiadało: 97,7% ogółu dzieci w 2 roku życia, 97,5% – w 3 roku życia, 98,5% – w 7 roku życia, 96,4% – w 11 roku życia, 94,9% – ogółu młodzieży w 15 roku życia, 92,1% – w 20 roku życia oraz 94,6% – ogółu dziewcząt w 14 roku życia (różyczka).

Źródło: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB.

N o t e. In 2024, 97.7% of all children under 2-years of age, 97.5% — of 3-years of age, 98.5% — of 7-years of age, 96.4% — of 11-years of age, 94.9% — of 15-years of age, 92.1% — of 20-years of age and 94.6% — of girls 14-years of age (rubella) owned immunization cards in health care facilities carrying out vaccinations.

S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

W 2024 r. w Polsce odnotowano 8 zachorowań na tężec, o 5 przypadków mniej niż rok wcześniej (zapadalność na 100 tys. ludności – 0,02) oraz 272 zachorowania na odrę (zapadalność na 100 tys. ludności – 0,72) i było to blisko 8-krotnie więcej niż w roku poprzednim. Najwięcej zachorowań na odrę zarejestrowano w województwie mazowieckim (111) i dolnośląskim (79), a najmniej (po 1 przypadku) w województwie

warmińsko-mazurskim i kujawsko-pomorskim. W dwóch województwach zachorowań na odrę nie zanotowano (świętokrzyskie i podlaskie).

W 2024 r. na terenie kraju wystąpiło 32 765 zachorowań na krztusiec (87,2 przypadku na 100 tys. ludności) i było to ponad trzydziestokrotnie więcej w porównaniu do 2023 r. (922 przypadki). Najwyższa zapadalność na 100 tys. ludności, podobnie jak rok wcześniej, wystąpiła w województwie łódzkim (153,2), a najniższa w świętokrzyskim (35,6). Natomiast największą liczbę zachorowań – 7 093 przypadki zarejestrowano w województwie mazowieckim (zapadalność – 128,7), największym województwie pod względem liczby mieszkańców.

W 2024 r. odnotowano wzrost liczby nowo zarejestrowanych przypadków wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typów A, B i C w porównaniu z 2023 r.

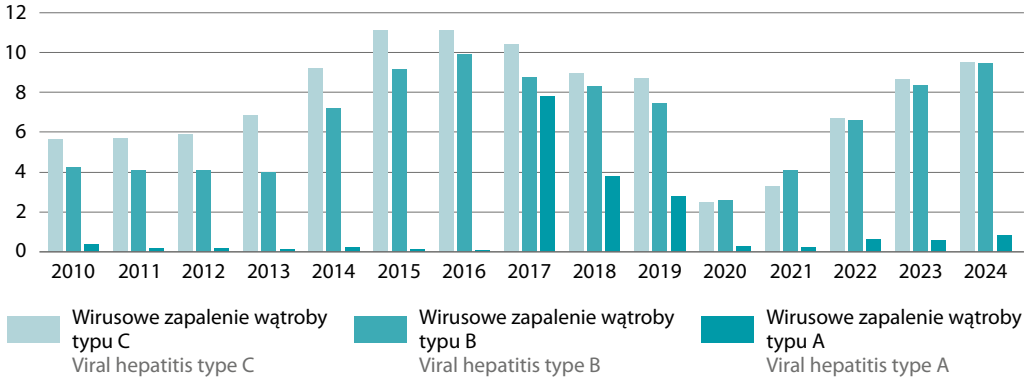
Podobnie jak rok wcześniej najwięcej nowych zachorowań odnotowano dla WZW typu C – 3 565 przypadków. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności wynosił 9,5 przypadku (o 0,8 przypadku więcej niż w 2023 r.). Podobnie jak rok wcześniej wskaźnik był najwyższy w województwie zachodniopomorskim (15,6), a najniższy w świętokrzyskim (3,1).

Odnotowano 3 545 zachorowania na WZW typu B, co oznacza 9,4 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 1,1 względem poprzedniego roku). Wskaźnik zapadalności był najwyższy w województwie pomorskim (16,8 przypadku na 100 tys. ludności), a najniższy w świętokrzyskim (2,0).

W odniesieniu do WZW typu A zarejestrowano 318 zachorowań, tj. 0,85 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 0,30 względem roku poprzedniego). Najwyższy wskaźnik zarejestrowano w województwie pomorskim (1,7 zachorowania na 100 tys. ludności województwa), a najniższy w województwie łódzkim (0,2).

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 m.in. takich jak: obowiązek izolacji, noszenie maseczek czy 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



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB.
S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

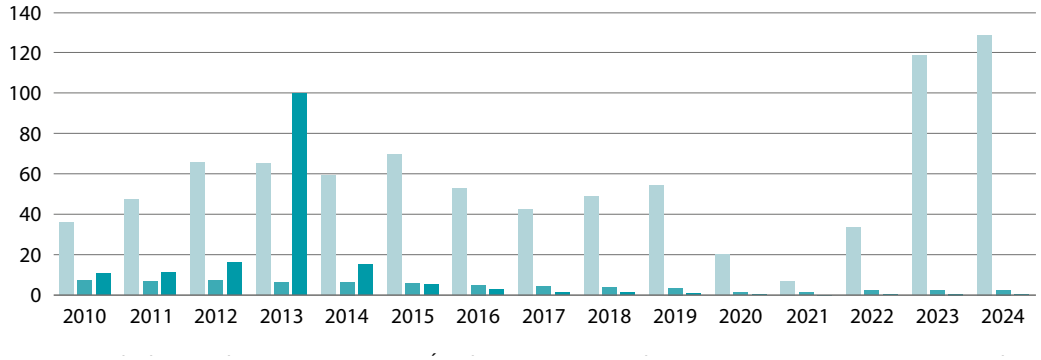
W 2024 r. w skali kraju odnotowano spadek liczby zachorowań na różyczkę – odnotowano 193 przypadki (o 50 mniej niż w roku poprzednim). Wskaźnik zapadalności wyniósł 0,51 przypadku na 100 tys. ludności (spadek o 0,13). Najwyższy wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności, występował w województwie łódzkim (1,19), a najniższy w województwie świętokrzyskim (0,09). W województwie lubuskim choroba ta w ogóle nie wystąpiła.

W przypadku świnki (nagminne zapalenie przyusznic) w 2024 r. zarejestrowano nieco mniejszą niż rok wcześniej liczbę zachorowań – 931 przypadków (w 2023 r. – 966 zachorowania). Wskaźnik zapadalności na tę chorobę wynosił 2,48 przypadku na 100 tys. ludności kraju i był najwyższy w województwie śląskim (3,69), a najniższy w województwach opolskim i warmińsko-mazurskim (po 0,96).

W przypadku szkarlatyny zaobserwowano dalszy wzrost liczby zachorowań na tę chorobę – 48,5 tys. przypadków (o 3,7 tys. przypadków więcej niż rok wcześniej), co oznacza 129,1 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 10,3 w porównaniu do 2023 r.). Podobnie jak rok wcześniej wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy w województwie pomorskim (186,1), a najniższy w województwie warmińsko-mazurskim (65,0).

Analiza występowania trzech wyżej opisanych chorób w dłuższym czasie uwidacznia cykliczność występowania szkarlatyny, z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach 2020 i 2021, oraz trwającym od trzech lat wyraźnym wzrostem. W przypadku świnki i różyczki, chorób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym, widoczna jest tendencja spadkowa ich występowania, z prawie całkowitym ich zanikiem (głównie różyczki) w latach pandemii COVID-19.

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



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB.
S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

W 2024 r. zarejestrowano ponad dwukrotny wzrost względem poprzedniego roku liczby rozpoznań zapalenia jelit powodowanego przez rotawirusy – 13,9 tys. zachorowań. Oznacza to zapadalność 36,9 przypadku na 100 tys. mieszkańców, o blisko 21 zachorowań więcej niż w 2023 r. Zapadalność była największa u osób mieszkających w województwie lubelskim (60,6 przypadku na 100 tys. ludności), a najmniejsza, podobnie jak rok wcześniej, w województwie lubuskim (13,8).

W 2024 r. zapalenie jelit wywołane przez bakterię Clostridioides difficile[26], odpowiedzialną za infekcje jelitowe, głównie po długotrwałej antybiotykoterapii, rozpoznano u 20,7 tys. osób (tj. 55,1 przypadków na 100 tys. ludności) i był to wskaźnik zapadalności nieco niższy niż rok wcześniej (o 1,3 mniej), ale nadal dużo wyższy (o 25,6) w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności, podobnie jak rok wcześniej, był najwyższy w województwie łódzkim (94,5), a najniższy w lubuskim (28,1).

W 2024 r. poziom zachorowań na salmonellozy, w skali kraju, był niższy niż w roku poprzednim. Zarejestrowano 9,4 tys. zakażeń, o blisko 1,0 tys. mniej niż rok wcześniej. Oznacza to 24,9 przypadków na 100 tys. ludności, o 2,5 zachorowania mniej niż w 2023 r. W 2024 r. najwyższy wskaźnik zapadalności na salmonellozy na 100 tys. ludności odnotowano w województwie zachodniopomorskim (40,5), które w 2023 r. cechowało się najniższą wartością tego wskaźnika (12,2). Najniższą zapadalność w 2024 r. zarejestrowano w województwie wielkopolskim (15,3).

W przypadku innych bakteryjnych zatruć pokarmowych odnotowano zbliżoną, ale nieco niższą jak rok wcześniej liczbę zachorowań – 228 przypadków, tj. 0,61 przypadku na 100 tys. ludności (spadek wskaź-

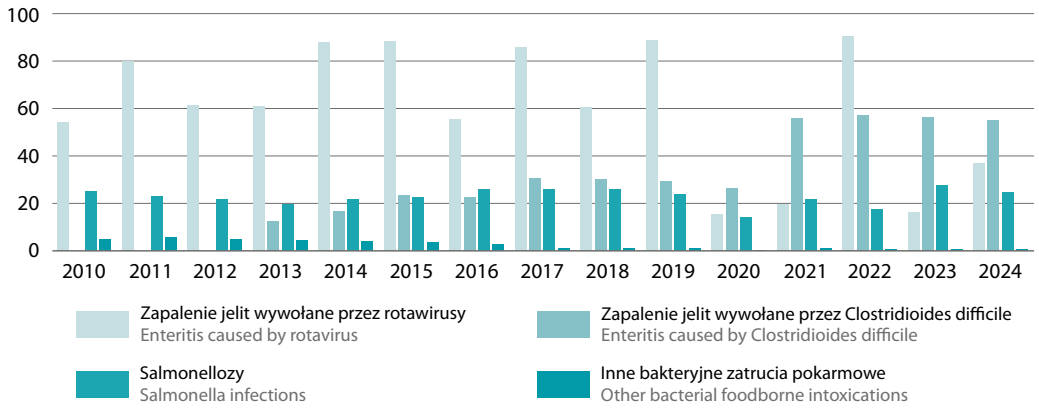
26 Równoznaczna nazwa – Clostridium difficile.

nika o 0,15). Najwyższy wskaźnik zachorowalności na 100 tys. ludności zarejestrowano w województwie pomorskim (1,57), natomiast najniższy w małopolskim (0,15).

W 2024 r. spośród rzadkich chorób przewodu pokarmowego na terenie kraju zarejestrowano 36 przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną (o 14 mniej niż w roku poprzednim). Oznacza to 0,10 przypadku na 100 tys. ludności kraju (w 2023 r. wskaźnik wynosił 0,13). Niemal połowę zachorowań odnotowano w województwie mazowieckim (16 przypadków), dla którego wskaźnik zapadalności na 100 tys. mieszkańców był najwyższy i wyniósł 0,29 przypadku. W sześciu województwach – kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim w 2024 r. nie odnotowano żadnego przypadku czerwonki.

Analiza występowania zakażeń jelit oraz innych zatruć 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 Clostridioides difficile, dla którego dane dostępne są od 2013 r., do 2019 r. obserwowana jest tendencja wzrostowa zapadalności, z widocznym spadkiem w pierwszym roku pandemii COVID-19 i dużo wyższym, utrzymującym się poziomem w latach 2021-2024. W 2024 r. spośród omawianej grupy chorób największy wzrost zachorowań, w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano dla zakażeń rotawirusami, a największy spadek zachorowań dotyczył salmonelloz.

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



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB.
S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

W 2024 r. zarejestrowano w skali kraju 25,0 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch, o 1/5 zachorowań więcej niż rok wcześniej, ale o 47,6% zachorowań mniej niż w 2019 r. Wskaźnik zachorowalności na 100 tys. dzieci do lat dwóch wynosił 4 573 zachorowania (o 1 147 przypadków więcej niż w roku poprzednim i o 1 653 mniej w porównaniu do 2019 r.). Był on najwyższy, podobnie jak w roku poprzednim, w województwie pomorskim (7 037 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku), a najniższy w województwie śląskim (3 095).

W 2024 r. w skali kraju odnotowano większą liczbę zachorowań na choroby mózgu i opon mózgowych pochodzenia wirusowego, niż w roku poprzednim.

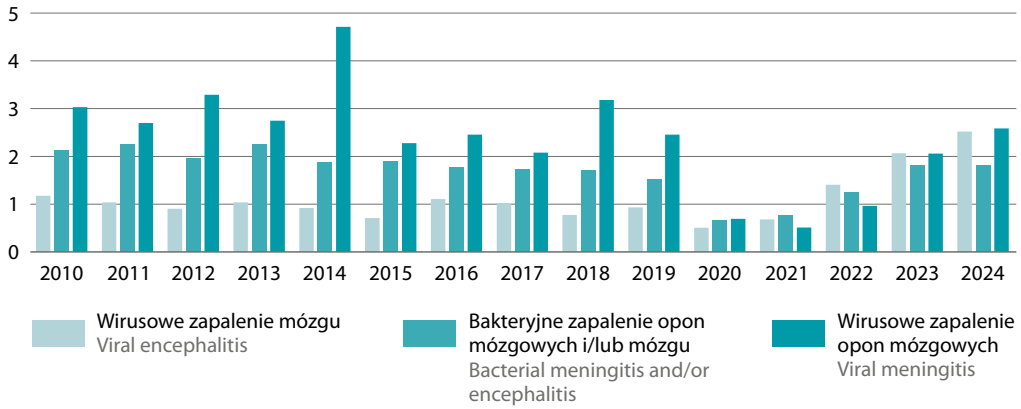
W przypadku wirusowego zapalenia mózgu zarejestrowano 946 zachorowań, tj. 2,5 przypadku na 100 tys. ludności i był to wzrost zapadalności o 0,5 w porównaniu do 2023 r. Odnotowano także więcej niż rok wcześniej zachorowań na wirusowe zapalenie opon mózgowych – 970 przypadków (tj. 2,6 przypadku na 100 tys. ludności kraju, wzrost o 0,5 w porównaniu do 2023 r.).

Największe skupiska wirusowego zapalenia mózgu na terenie kraju (razem 45,0% przypadków) zanotowano w dwóch województwach – podlaskim (215) i mazowieckim (211). Natomiast w przypadku wirusowego zapalenia opon mózgowych 25,5% przypadków zarejestrowano w województwach – małopolskim (137) i podlaskim (110).

Najwyższe wskaźniki zapadalności na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwie podlaskim – 18,9 przypadku dla wirusowego zapalenia mózgu (podobnie jak rok wcześniej) i – 9,7 w przypadku wirusowego zapalenia opon mózgowych (spadek o 1,2). Natomiast najniższą zapadalność na wirusowe zapalenie mózgu odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (zapadalność 0,3), a w przypadku wirusowego zapalenia opon mózgowych w województwie łódzkim (zapadalność 1,6).

W 2024 r. na terenie kraju zarejestrowano zbliżoną jak rok wcześniej liczbę zapaleń mózgu lub opon mózgowych o podłożu bakteryjnym – 678 zachorowań, tj. 1,8 przypadku na 100 tys. ludności (bez zmiany względem 2023 r.). Zapadalność na 100 tys. ludności poszczególnych województw była najwyższa w województwie pomorskim i warmińsko-mazurskim (po 2,3 przypadku), a najniższa w województwie dolnośląskim (1,1).

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



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB.
S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

Analiza występowania zapalenia mózgu i opon mózgowych w dłuższym czasie przejawia cykliczność notowania tych chorób, z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach 2020 i 2021, a w kolejnych latach 2022-2024 widoczną tendencją wzrostową ich występowania.

W Polsce w 2024 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 3,5 tys. osób i było to o 18,5% więcej niż rok wcześniej i blisko dwukrotnie więcej w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 9,3 (wzrost o 1,5 w porównaniu do 2023 r. i o 5,3 w porównaniu do 2019 r.) i był najwyższy w województwie zachodniopomorskim (16,1), a najniższy w województwie dolnośląskim (5,7).

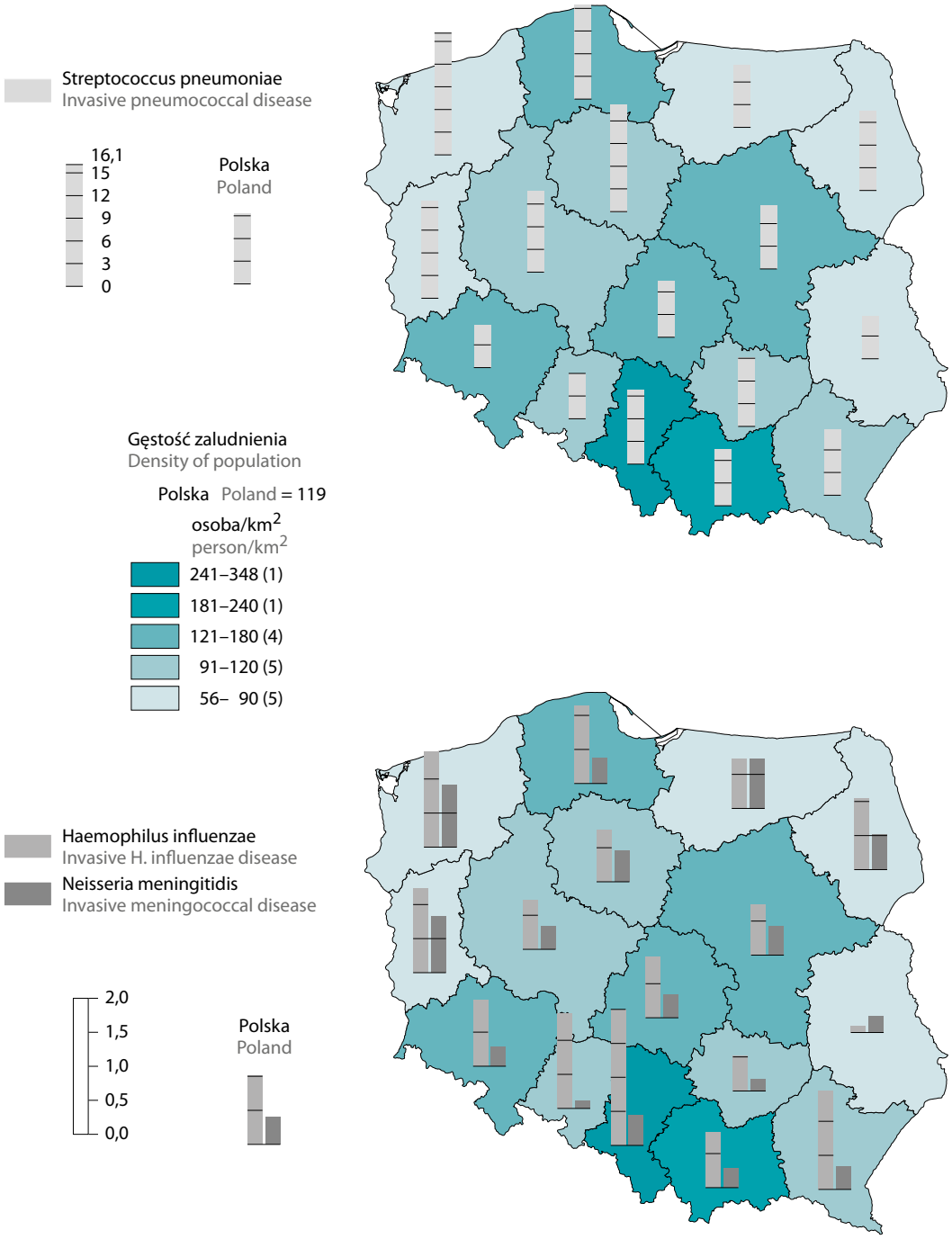
W przypadku inwazyjnych zakażeń spowodowanych bakterią Haemophilus Influenzae, wywołującą głównie zakażenia układu oddechowego i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, odnotowano na terenie kraju łącznie 379 przypadków zachorowań i było to o 43,0% więcej niż w 2023 r. i o 272% więcej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 1,01 przypadku i był najwyższy w województwie śląskim (2,00), a najniższy w województwie lubelskim (0,10).

W przypadku inwazyjnych zakażeń bakterią Neisseria meningitidis (inwazyjna choroba meningokokowa) zdiagnozowano 153 przypadki zachorowań w kraju, o 1 przypadek mniej niż w 2023 r., i o 20,7% przypadków mniej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 0,41 przypadku i był najwyższy, podobnie jak rok wcześniej, w województwie zachodniopomorskim (0,92), a najniższy w województwie opolskim (0,11).

W przypadku ostrych chorób inwazyjnych najwięcej zachorowań (w liczbach bezwzględnych) zarejestrowano w najliczniej zamieszkiwanych województwach – województwie mazowieckim (Streptococcus

pneumoniae – 460 przypadków i Neisseria meningitidis – 24 przypadki) oraz w województwie śląskim (Haemophilus Influenzae – 86 przypadków).

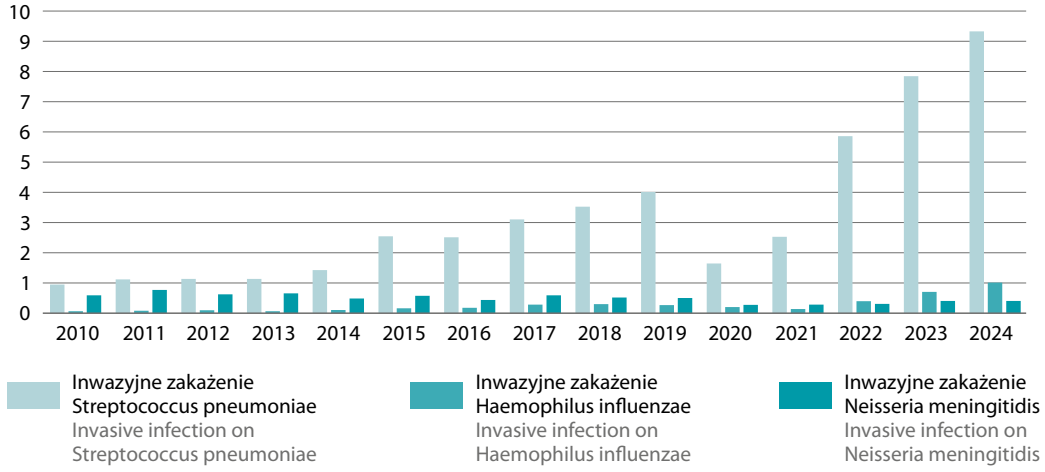
Mapa 1.1. Zapadalność na na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności wg województw w 2024 r.
Map 1.1. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population by voivodships w 2024



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB.
S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

Analiza zapadalności na zakażenia inwazyjne w dłuższym czasie, uwidacznia do 2019 r. wyraźny, rosnący trend zachorowalności, w szczególności z powodu inwazyjnych zakażeń wywołanych bakterią pneumokokową, z wyraźnie mniejszą zapadalnością w latach 2020 i 2021 z uwagi na zaostrzenie wymogów sanitarnych, i ponownym dużym, postępującym wzrostem w latach 2022-2024.

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

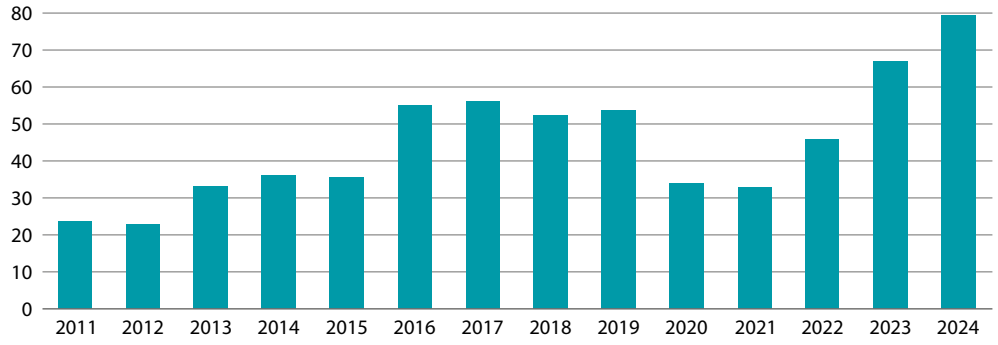


Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB.
S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

W 2024 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 większości województw. Na terenie kraju odnotowano 29,9 tys. przypadków tej choroby, o 18,1% zachorowań więcej niż w 2023 r. i o 44,7% więcej w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. mieszkańców wyniósł 79,5 przypadku (wzrost o 12,4 przypadku na 100 tys. ludności) i był najwyższy w województwie podlaskim (134,2) i małopolskim (132,0), a najniższy w województwach kujawsko-pomorskim (45,5) i wielkopolskim (49,0).

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

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



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH — PIB.
S o u r c e: data of the National Institute of Public Health NIH — National Research Institute.

W 2024 r. zarejestrowano 4 236 zachorowań na gruźlicę wszystkich postaci (płucną i pozapłucną) i było to o 4,5% (200 przypadków) mniej niż rok wcześniej i o 20,4% (o 1 085 przypadków) mniej w porównaniu do 2019 r. Nowe zachorowania stanowiły 88,2% (3 737 przypadków), a tzw. wznowy 11,8% (499 przypadków). Zachorowania na gruźlicę wszystkich postaci, potwierdzone bakteriologicznie, stanowiły 82,2% (3 484 przypadków).

Najczęstszą postacią gruźlicy jest gruźlica płuc, która w 2024 r. stanowiła 96,6% przypadków – 4 093 zachorowań (o 172 przypadków mniej niż rok wcześniej). Zmiany gruźlicze występujące w innych narządach ciała (gruźlica pozapłucna) odnotowano u 143 osób (o 28 przypadków mniej niż w 2023 r.) i stanowiło to 3,4% zachorowań na gruźlicę ogółem.

Wskaźnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci na 100 tys. ludności kraju wynosił 11,3 i był niższy o 0,5 przypadku w porównaniu do poprzedniego roku. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwie śląskim (16,7), a najniższą w wielkopolskim (5,9).

Tablica 1.2. Zachorowania i zapadalność na gruźlicę w 2024 r.
Table 1.2. Incidence of tuberculosis in 2024

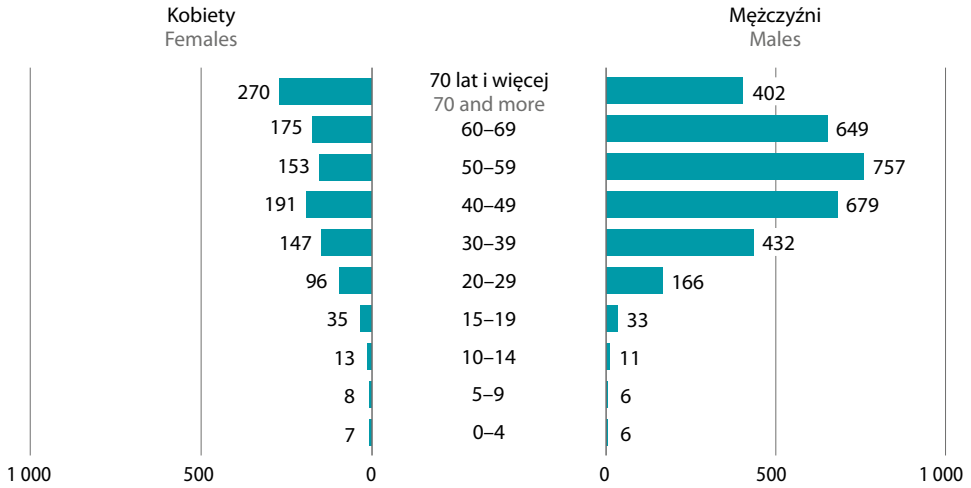
Wyszczególnienie Specification	Ogółem Total	z tego of which		Ogółem Total	z tego of which	
		nowe zachorowania new cases	wznowy relapses		nowe zachorowania new cases	wznowy relapses
	przypadki cases			przypadki na 100 tys. ludności cases per 100 thousand population		
Ogółem Total						
potwierdzona bakteriologicznie i niepotwierdzona bakteriologicznie bacteriologically conformed and bacteriologically non confirmed	4 236	3 737	499	11,3	9,9	1,3
potwierdzona bakteriologicznie bacteriologically confirmed	3 484	3 097	387	9,3	8,2	1,0
niepotwierdzona bakteriologicznie bacteriologically non confirmed	752	640	112	2,0	1,0	0,3
Gruźlica płuc Pulmonary tuberculosis						
potwierdzona bakteriologicznie i niepotwierdzona bakteriologicznie bacteriologically conformed and bacteriologically non confirmed	4 093	3 600	493	10,9	9,6	1,3
potwierdzona bakteriologicznie bacteriologically confirmed	3 391	3 008	383	9,0	8,0	1,0
niepotwierdzona bakteriologicznie bacteriologically non confirmed	702	592	110	1,9	1,6	0,3
Gruźlica pozapłucna Extrapulmonary tuberculosis						
potwierdzona bakteriologicznie i niepotwierdzona bakteriologicznie bacteriologically conformed and bacteriologically non confirmed	143	137	6	0,4	0,4	0,0
potwierdzona bakteriologicznie bacteriologically confirmed	93	89	4	0,2	0,2	0,0
niepotwierdzona bakteriologicznie bacteriologically non confirmed	50	48	2	0,1	0,1	0,0

Ź r ó d ł o: dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.
S o u r c e: data of the Tuberculosis and Lung Diseases Institute.

W 2024 r. analiza przypadków zachorowań na gruźlicę według płci wskazuje na wyraźną przewagę występowania zachorowań u mężczyzn (3 141 przypadki) niż u kobiet (1 095). Wskaźnik zapadalności dla mężczyzn wynosił 17,3 przypadków na 100 tys. mężczyzn, i był blisko 3-krotnie wyższy niż ten sam wskaźnik u kobiet – 5,6 przypadku na 100 tys. kobiet.

Analiza grup wieku według płci wskazuje, że najwięcej przypadków zachorowań na gruźlicę w 2024 r. zanotowano u mężczyzn w grupie wieku 50-59 lat (757 osób, wskaźnik zapadalności – 32,9 przypadku na 100 tys. mężczyzn w tym wieku), a dla kobiet w grupie wieku 40-49 lat (191 osób, wskaźnik zapadalności – 6,3 przypadku na 100 tys. kobiet w tym wieku). Zapadalność w starszej grupie wieku, 70 lat i więcej, wyniosła dla mężczyzn – 20,6 przypadku na 100 tys. mężczyzn w tym wieku, a dla kobiet odpowiednio – 8,5 przypadku na 100 tys. kobiet.

Wykres 1.7. Zachorowania na gruźlicę wg płci i grup wieku w 2024 r.
Chart 1.7. Cases of tuberculosis by sex and age groups in 2024



Ź r ó d ł o: dane Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.
S o u r c e: data of the Tuberculosis and Lung Diseases Institute.

Wśród chorób zakaźnych stałą, odrębną obserwacją epidemiologiczną objęte są choroby weneryczne, czyli choroby przenoszone drogą płciową[27].

W 2024 r. z powodu kiły i rzeżączki, w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych leczonych było 3,0 tys. osób, o 9,5%, tj. 319 osób mniej niż w 2023 r. W przeliczeniu na ludność kraju było to 8,0 przypadku na 100 tys. ludności (spadek o 0,8 w stosunku do poprzedniego roku). Z powodu kiły leczonych było 2,5 tys. osób, z czego 81,2% stanowili mężczyźni. Z powodu rzeżączki leczonych było 0,5 tys. osób (mężczyźni stanowili 91,4% przypadków). Podobnie jak rok wcześniej najwięcej osób leczonych na choroby weneryczne (kiłę i rzeżączkę) i jednocześnie najwyższy wskaźnik zapadalności odnotowano w województwie mazowieckim (955 osób, tj. 17,3 przypadku na 100 tys. ludności, spadek wskaźnika o 5,6). Najniższy wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności zarejestrowano w województwie świętokrzyskim (1,7, wzrost o 0,3).

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

1.2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2022 r.[28]
1.2. Incidence of malignant neoplasms in 2022

W 2022 r. odnotowano w kraju 175,1 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe i było to o 5,1%, tj. o 8,6 tys. zachorowań więcej w porównaniu do 2021 r. i o tyle samo więcej w porównaniu do 2019 r. (o 5,1% więcej, tj. o 8,5 tys. zachorowań). Wskaźnik zachorowalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 463,0 przypadki, o 24,6 przypadku więcej niż w 2021 r. i o 28,9 więcej niż w 2019 r.

Struktura umiejscowień nowotworów, rozpatrywana według układów narządowych, była zbliżona do struktury zachorowań w latach poprzednich. Największy odsetek, zarejestrowanych nowych zachorowań w skali kraju, stanowiły nowotwory narządów płciowych – 20,2% (35,3 tys. przypadków, o 3,3 tys. więcej niż w 2021 r.), w dalszej kolejności były nowotwory narządów trawiennych – 19,0% (33,2 tys. zachorowań, o 1,8 tys. więcej) i nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej –13,2% (23,1 tys. zachorowań, o 0,1 tys. mniej). Te trzy lokalizacje zmian nowotworowych odpowiadały za ponad połowę (55,0%) nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w kraju. Kolejną liczną grupę stanowiły nowotwory piersi – 12,4% (21,7 tys., o 0,5 tys. więcej), a następnie nowotwory złośliwe skóry, takie jak czerniak i inne nowotwory – 11,3% (19,7 tys., o 2,1 tys. więcej). Najmniejszy odsetek, podobnie jak rok wcześniej, stanowiły kolejno: nowotwory kości i chrząstki stawowej – 0,3% (0,5 tys. przypadków), międzybłonka i tkanek miękkich – 1,0% (1,7 tys. przypadków) oraz nowotwory klasyfikowane, jako niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu – 1,7% (2,9 tys. zachorowań).

W 2022 r. wskaźniki zachorowalności (zapadalności) na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności Polski dla najczęściej notowanych rodzajów umiejscowień wyniosły kolejno: dla narządów płciowych – 93,4 zachorowania na 100 tys. ludności (o 9,0 przypadku więcej niż w 2021 r. i o 9,9 więcej niż w 2019 r. przed pandemią COVID-19), nowotworów złośliwych narządów trawiennych – 87,9 (o 5,1 więcej niż w roku wcześniejszym i o 3,3 więcej niż w 2019 r.), narządów oddechowych i klatki piersiowej – 61,0 (o 0,1 mniej w porównaniu do 2021 r. i o 3,6 mniej w stosunku do 2019 r.), piersi – 57,4 (o 1,5 więcej niż w 2021 r. i o 5,9 więcej niż w 2019 r.), a w przypadku czerniaka i innych nowotworów skóry – 52,2 (o 5,8 przypadków więcej niż w 2021 r. i o 5,4 więcej niż w 2019 r.).

Tablica 1.3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe wg ich umiejscowienia na 100 tys. ludności
Table 1.3. Malignant neoplasms incidence by their location per 100 thousand population

Umiejscowienie nowotworu Location of neoplasm	2019	2021	2022	Zmiana Difference 2019–2022	Zmiana Difference 2021–2022
Narządy płciowe Genital organs	83,5	84,4	93,4	9,9	9,0
Narządy trawienne Digestive organs	84,5	82,8	87,9	3,4	5,1
Narządy oddechowe i klatki piersiowej Respiratory and intra thoracic organs	64,6	61,1	61,0	-3,6	-0,1
Pierś /sutek Breast	51,5	55,9	57,4	5,9	1,5
Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry Melanoma and other malignant neoplasms of skin	46,8	46,4	52,2	5,4	5,8

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

Tablica 1.3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe wg ich umiejscowienia na 100 tys. ludności (dok.)
Table 1.3. Malignant neoplasms incidence by their location per 100 thousand population (cont.)

Umiejscowienie nowotworu Location of neoplasm	2019	2021	2022	Zmiana Difference 2019–2022	Zmiana Difference 2021–2022
Układ moczowy Urinary tract	34,0	33,2	34,1	0,1	0,9
Tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i tkanka pokrewna Lymphoid hematopoietic and related tissue	24,6	26,8	28,6	4,0	1,8
Tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego Thyroid and other endocrine glands	11,6	13,1	14,0	2,4	0,9
Warga, jama ustna i gardło itp. Oralcavity and pharynx	11,3	11,9	12,0	0,7	0,0
Oko, mózg, inne części centralnego układu nerwowego Eye, brain, other parts of central nervous system	8,4	8,6	9,0	0,6	0,4
Niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu Illdefined, secondary and unspecified sites	8,4	8,5	7,9	-0,5	-0,7
Międzybłonek i tkanki miękkie Mesothelial and soft tissue	4,0	4,7	4,4	0,4	-0,2
Kości i chrząstka stawowa Bones and articular cartilage	0,8	1,1	1,2	0,4	0,1

Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — PIB.
S o u r c e: data of the National Oncology Institute of Maria Skłodowska-Curie — National Research Institute

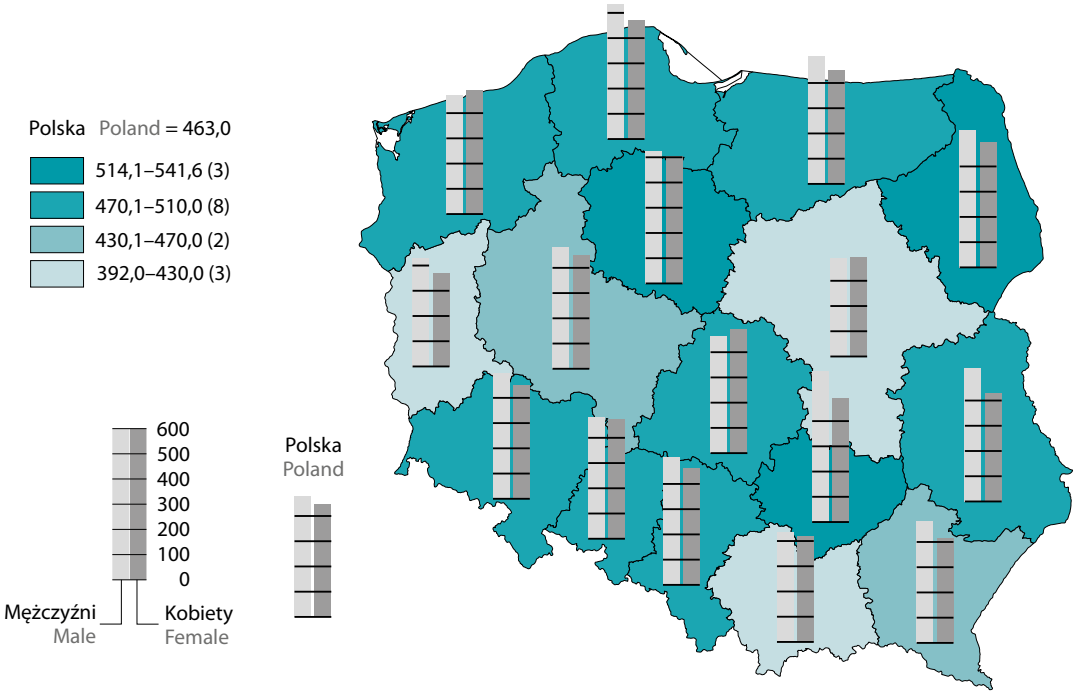
Wyniki analizy zróżnicowania terytorialnego wskaźnika zapadalności na najczęściej notowane w skali kraju nowotwory złośliwe narządów płciowych wskazują, że podobnie jak w roku poprzednim, najwyższy wskaźnik na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwie świętokrzyskim – 118,3, o 6,9 więcej niż w 2021 r., a najniższy w mazowieckim – 74,4 (wzrost o 9,0).

W przypadku drugiej, najliczniej rejestrowanej grupy - nowotworów narządów trawiennych, podobnie jak rok wcześniej, najwyższą zapadalność na 100 tys. ludności przejawiali mieszkańcy województwa śląskiego (99,1, spadek o 1,7 w porównaniu do 2021 r.), a najniższą mieszkańcy województwa mazowieckiego (71,2, wzrost o 2,4).

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, podobnie jak rok wcześniej, u mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego (88,6, wzrost o 3,9), a najniższy wskaźnik odnotowano dla województwa małopolskiego (43,7, spadek o 2,7, a rok wcześniej dla województwa podkarpackiego).

Spośród 175,1 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe 50,1% przypadków (87,7 tys. zachorowań, o 4,9 tys. więcej) odnotowano u mężczyzn (u kobiet – 87,5 tys. zachorowań, o 3,7 tys. więcej). Wskaźnik zapadalności na 100 tys. mężczyzn wynosił 479,5 przypadku na 100 tys. mężczyzn (wzrost o 28,8), a dla kobiet – 447,6 przypadku na 100 tys. kobiet (wzrost o 20,6).

Mapa 1.2. Zachorowalność na nowotwory złośliwe[a] na 100 tys. ludności wg płci i województw w 2022 r.
Map 1.2. New cases of malignant neoplasms[a] per 100 thousand population by sex and voivodships in 2022



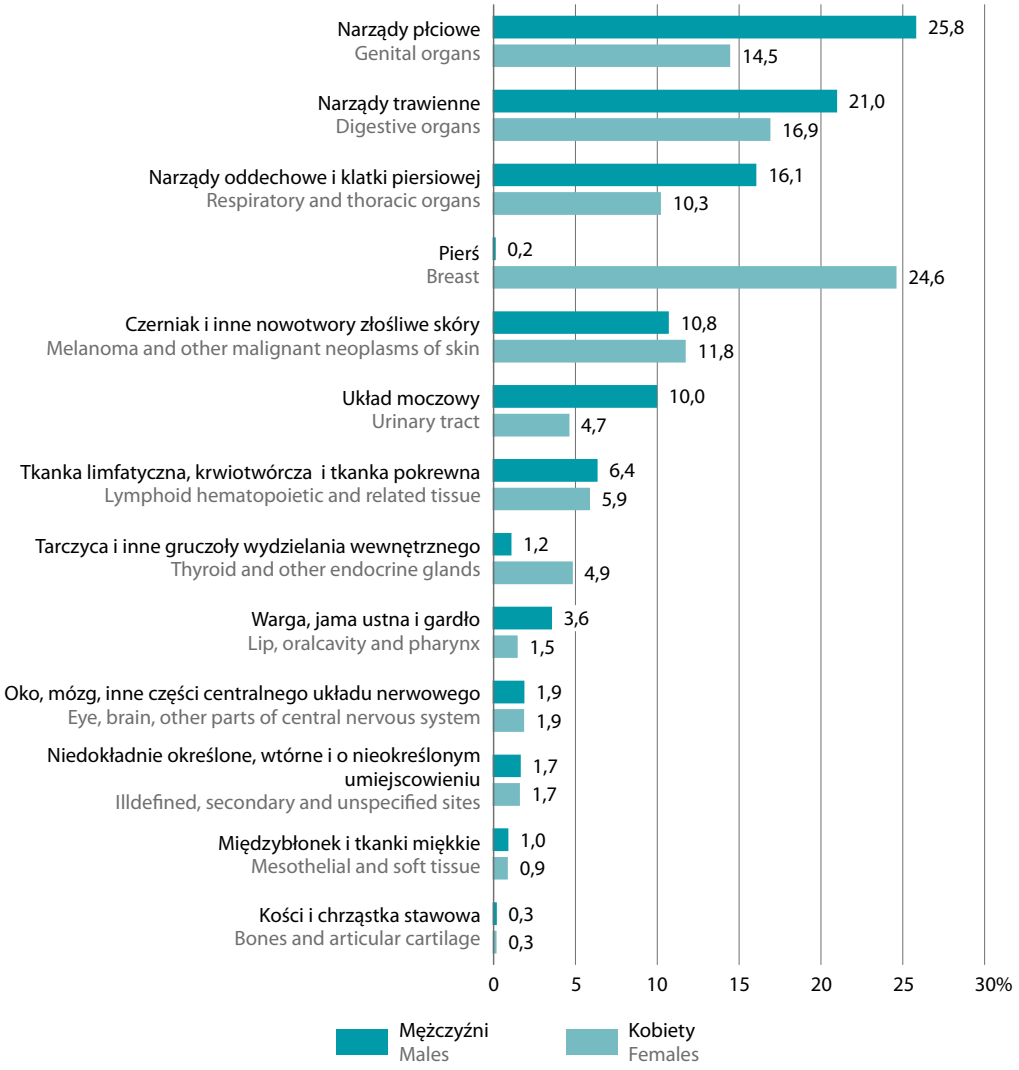
a Dane nie obejmują nowotworów in situ (D00-D09) klasyfikacji ICD 10.
a The data does not include neoplasms in situ (D00-D09) of the ICD 10 classification.

Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — PIB.
S o u r c e: data of the National Oncology Institute of Maria Skłodowska-Curie — National Research Institute

W 2022 r. dominującym nowotworem złośliwym diagnozowanym wśród kobiet w Polsce był, podobnie jak w roku poprzednim, nowotwór złośliwy piersi. Był on diagnozowany prawie u co czwartej kobiety (24,6% rozpoznań) spośród ogółem nowych zachorowań (21,6 tys. przypadków, o 475 przypadków więcej niż w 2021 r.). Kolejną liczną grupę stanowiły nowotwory złośliwe narządów trawiennych stanowiły kolejną liczną grupę – 16,9% (14,8 tys., o 1,1 tys. przypadków więcej), narządów płciowych – 14,5% (12,7 tys., podobnie jak rok wcześniej), czerniak i nowotwory złośliwe skóry – 11,8% (10,3 tys., o 1,2 tys. więcej) i nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej –10,3% (9,0 tys., o 0,2 tys. więcej niż w 2021 r.).

W przypadku mężczyzn największy odsetek nowotworów złośliwych stanowiły złośliwe nowotwory narządów płciowych – 25,8% (22,6 tys., o 3,2 tys. więcej), w dalszej kolejności nowotwory narządów trawiennych – 21,0% (18,4 tys., o 0,7 tys. przypadków więcej), nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 16,1% (14,1 tys., o 0,3 tys. przypadków mniej niż w 2021 r.), czerniak i nowotwory skóry – 10,8% (9,4 tys. o 0,9 tys. więcej) i nowotwory złośliwe układu moczowego – 10,0% (8,8 tys., o 0,1 tys. przypadków więcej niż w 2021 r.).

Wykres 1.8. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg płci i umiejscowienia nowotworu w 2022 r. (w %)
Chart 1.8. Structure of the incidence of malignant neoplasms by sex and location in 2022 (in %)



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — PIB.
S o u r c e: data of the National Oncology Institute of Maria Skłodowska-Curie — National Research Institute

W 2022 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. Ponad 3/4 (75,1%) ogółem nowo zarejestrowanych przypadków nowotworów złośliwych występowało u osób powyżej 60 roku życia, a osoby w wieku 60-69 lat stanowiły około 1/3 (31,2%) wszystkich nowo rejestrowanych zachorowań.

U dzieci i młodzieży poniżej 20 roku życia (0-19 lat) zdiagnozowano 1,2 tys. nowotworów, co stanowiło 0,7% ogółu zarejestrowanych nowych zachorowań na nowotwór złośliwy. Najczęściej rejestrowane były nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej i krwiotwórczej oraz tkanek pokrewnych, stanowiące 40,2% ogółu zachorowań w tej grupie wieku (0,5 tys. osób).

W grupie wieku 20-39 lat zdiagnozowano 7,4 tys. nowych przypadków zachorowań. Podobnie jak rok wcześniej, najczęściej diagnozowane były nowotwory złośliwe narządów płciowych – 20,5% zachorowań (1,5 tys. przypadków) oraz nowotwory tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego – 19,2% (1,4 tys. zachorowań). Znaczny odsetek stanowiły nowotwory złośliwe piersi – 15,9% (1,2 tys. zachorowań, z czego 1,1 tys. u kobiet w wieku 30-39 lat).

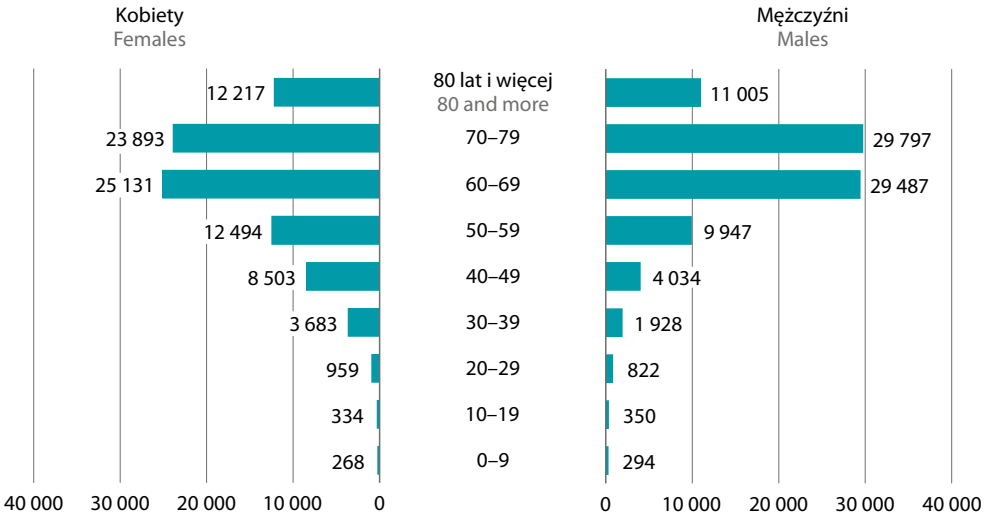
Wśród czterdziestolatków (40–49 lat) zdecydowanie najliczniej rejestrowane były nowotwory piersi, które stanowiły – 27,5% przypadków ogółem w populacji, a 40,5% u kobiet (3,4 tys. zachorowań) w tym wieku. Podobnie było w grupie 50–59 latków, gdzie najwyższy odsetek diagnoz dotyczył nowotworu piersi (19,1% w ogółem populacji i 34,1% u kobiet (4,3 tys. przypadków).

W grupie wieku 60–69 lat odnotowano blisko 1/3 wszystkich zachorowań, tj. 54,6 tys. przypadków (31,2% ogółem zachorowań). Najliczniejsze były nowotwory narządów płciowych – 22,8% (12,4 tys. zachorowań, z czego 8,4 tys. u mężczyzn), nowotwory złośliwe narządów trawiennych – 19,1% (10,4 tys., z czego 6,1 tys. u mężczyzn) i nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 16,7% (9,1 tys., z czego 5,6 tys. u mężczyzn).

W starszych grupach wieku, 70-79 lat oraz 80 lat i więcej, zarejestrowano łącznie 76,9 tys. zachorowań (43,9% ogółem nowotworów złośliwych), z czego 69,8%, tj. 53,7 tys. przypadków, u seniorów w wieku 70-79 lat. U osób w wieku 70 lat i więcej było najwięcej nowotworów złośliwych zajmujących narządy trawienne – 21,4% ogółu nowotworów (16,5 tys. zachorowań) i narządy płciowe – 19,9% (15,3 tys.). W dalszej kolejności był czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry – 14,8% (11,4 tys.) oraz nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 14,4% (11,1 tys.).

Analiza zachorowalności na nowotwory złośliwe według płci wskazuje, że u osób w wieku 0-59 lat odnotowano 43,6 tys. nowych zachorowań, z czego 60,2% przypadków u kobiet, a 39,8% u mężczyzn, natomiast u osób w wieku 60 lat i więcej, łącznie zarejestrowano 131,5 tys. zachorowań, przy czym więcej nowotworów złośliwych było u mężczyzn (53,4%) niż u kobiet (46,6%).

Wykres 1.9. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg płci i grup wieku w 2022 r.
Chart 1.9. Incidence of malignant neoplasms by sex and age groups in 2022



Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie — PIB.
S o u r c e: data of the National Oncology Institute of Maria Skłodowska-Curie — National Research Institute

1.3. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji w 2023 r.[29]

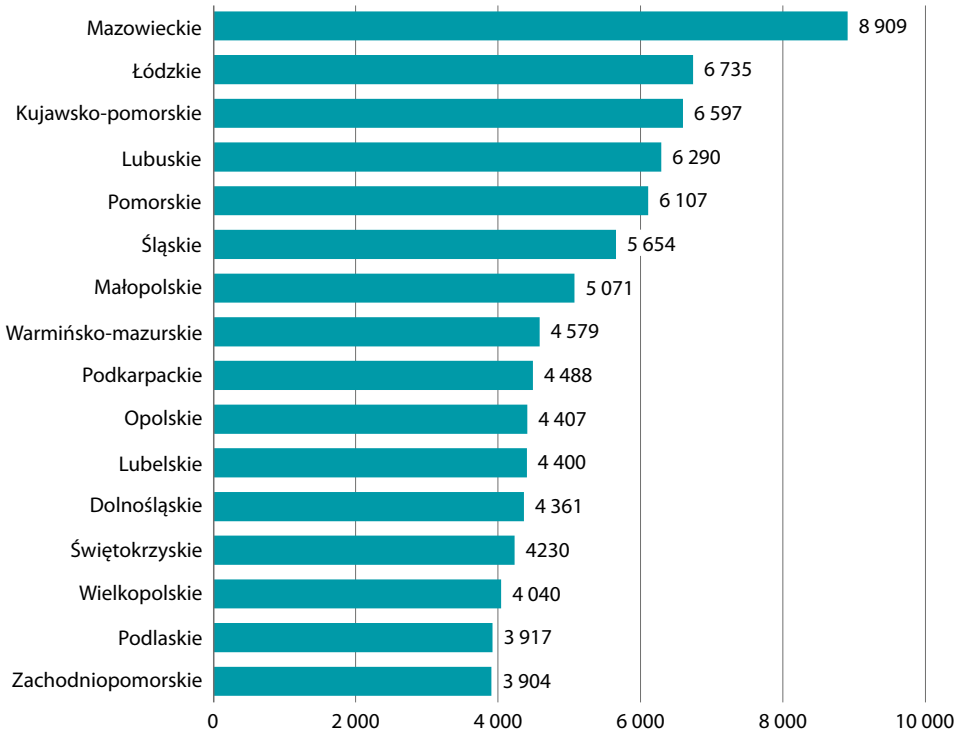
1.3. Patients treated in outpatient clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions in 2023[29]

W 2023 r. w systemie ambulatoryjnym w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej leczonych było łącznie 2 117,6 tys. osób[30], o 8,3% osób więcej niż w 2022 r. i o 24,0% więcej niż w 2019 r.

W ujęciu wojewódzkim z tej formy opieki medycznej skorzystało, podobnie jak rok wcześniej, 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 (2,0%) i podlaskim (2,1%).

Wykres 1.10. Leczeni na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania włącznie z uzależnieniami na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r.

Chart 1.10. Patients treated for mental and behavioral disorders including addictions per 100 thousand population by voivodships in 2023



Ź r ó d ł o: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
S o u r c e: data of the Institute of Psychiatry and Neurology.

W przeliczeniu na 100 tys. ludności Polski wskaźnik pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych wynosił 5 617 osób na 100 tys. ludności i był wyższy o 448 osób niż w 2022 r., oraz wyższy o 1 168 osób w porównaniu do 2019 r., przed pandemią COVID-19. W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik, podobnie jak w 2022 r., odnotowano w województwie mazowieckim – 8 909 (więcej o 687 osób w porównaniu do poprzedniego roku), a najniższy w województwie zachodniopomorskim – 3 904 (więcej o 40

29 Zestawienia eksperckie opracowywane przez Instytut Psychiatrii I Neurologii są dostępne z rocznym opóźnieniem i wynika to z planu prac Instytutu.
30 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.

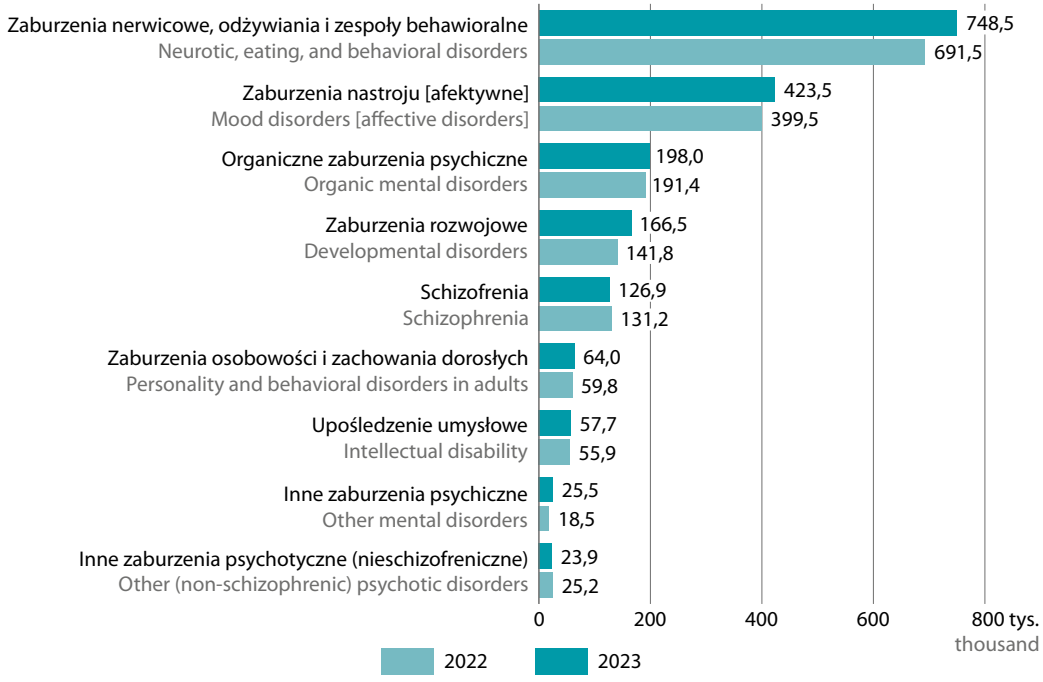
osób). Największy wzrost wskaźnika w porównaniu do 2022 r., – o 772 osoby, odnotowano w województwie wielkopolskim i wyniósł on 4 040 osób na 100 tys. ludności. Największy spadek dotyczył województwa świętokrzyskiego (wskaźnik – 4 230, o 134 osoby mniej).

Struktura podstawowych trzech dużych grup rozpoznań chorób psychicznych (zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu oraz zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych) nie wykazała istotnych zmian względem poprzedniego roku.

Największy udział stanowiły rozpoznania zaliczane do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 86,6% ogółu leczonych pacjentów w poradniach psychiatrycznych (tj. 1 834,4 tys. osób, o 7,0% więcej niż w 2022 r., i o 23,6% 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.

Najliczniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby z zaburzeniami nerwicowymi[31] – 748,5 tys. osób o 8,2%, tj. 57,0 tys. osób więcej niż w 2022 r. Znaczny wzrost leczonych pacjentów, odnotowano także w zakresie rozpoznań zaburzeń nastroju – 423,5 tys. przypadków (o 6,0%, tj. 24,0 tys. więcej) oraz zaburzeń rozwojowych – 166,5 tys. pacjentów (o 17,4%, tj. 24,7 tys. więcej niż rok wcześniej).

Wykres 1.11. Pacjenci leczeni na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania według rozpoznań
Chart 1.11. Patients treated for mental disorders and behavioral disorders by diagnostic groups in



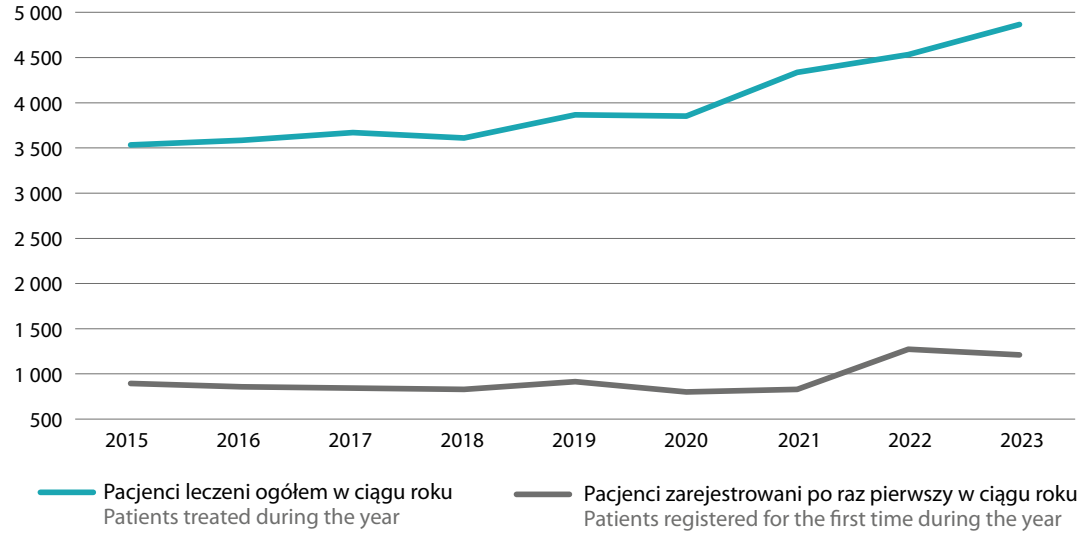
Ź r ó d ł o: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
S o u r c e: data of the Institute of Psychiatry and Neurology.

Dla grupy osób z rozpoznaniami z zakresu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wskaźnik liczby leczonych na poziomie kraju wynosił – 4 866 przypadków na 100 tys. ludności i był o 333 osoby wyższy niż w 2022 r. i o 1 000 przypadków wyższy niż w 2019 r. W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik na 100 tys. ludności, podobnie jak w roku poprzednim, zanotowano w województwie mazowieckim (7 928 pacjentów na 100 tys. ludności, wzrost o 628), a najniższy w zachodniopomorskim (3 289, wzrost o 70).

31 Łącznie z zespołami behawioralnymi i zaburzeniami odżywiania.

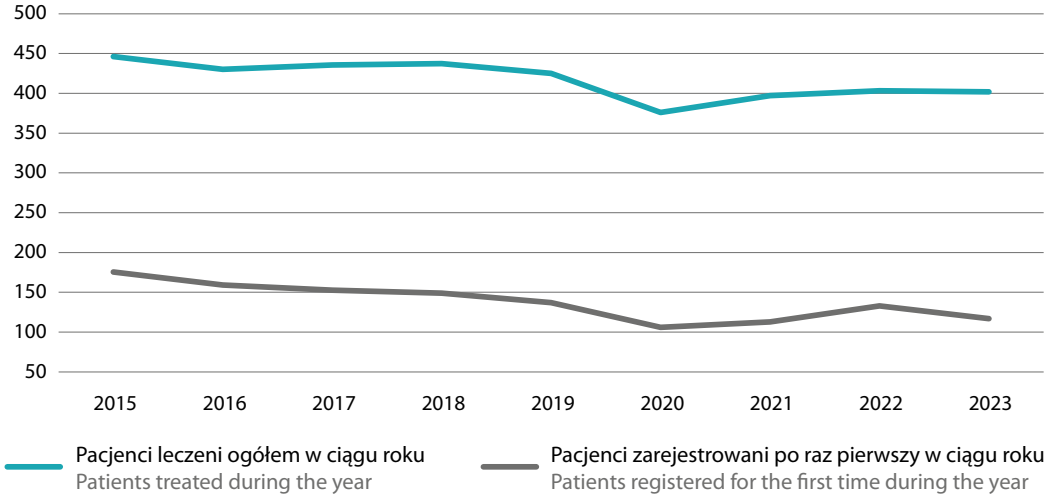
W dłuższym horyzoncie czasowym obserwowanym na poziomie kraju, od 2019 r. widoczna jest tendencja wzrostowa liczby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, a dla lat 2021 i 2022 r. także liczba pacjentów rejestrowanych po raz pierwszy utrzymywała się na wyższym poziomie.

Wykres 1.12. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania na 100 tys. ludności
Chart 1.12. Patients treated for mental and behavioral disorders per 100 thousand population



Ź r ó d ł o: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
S o u r c e: data of the Institute of Psychiatry and Neurology.

Wykres 1.13. Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu na 100 tys. ludności
Chart 1.13. Disorders caused by alcohol use per 100 thousand population



Ź r ó d ł o: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
S o u r c e: data of the Institute of Psychiatry and Neurology.

Drugą grupę pacjentów stanowią osoby uzależnienione od alkoholu – 7,2% ogółu leczonych (tj. 151,5 tys. osób, o 0,6% mniej niż w roku poprzednim i o 7,1% mniej niż w 2019 r.). Do grupy tej należy: zespół uzależnienia, ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zespół abstynencyjny i zaburzenia psychotyczne (bez majaczenia).

Dla grupy uzależnień od alkoholu i związanych z tym zaburzeń, wskaźnik leczonych na 100 tys. ludności kraju wynosił 402 osoby i był o 1 osobę niższy niż w 2022 r., a o 23 osoby niższy niż w 2019 r. Najwyższy

wskaźnik na 100 tys. ludności odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (550, wzrost o 39), a najniższy w dolnośląskim (258, spadek o 6).

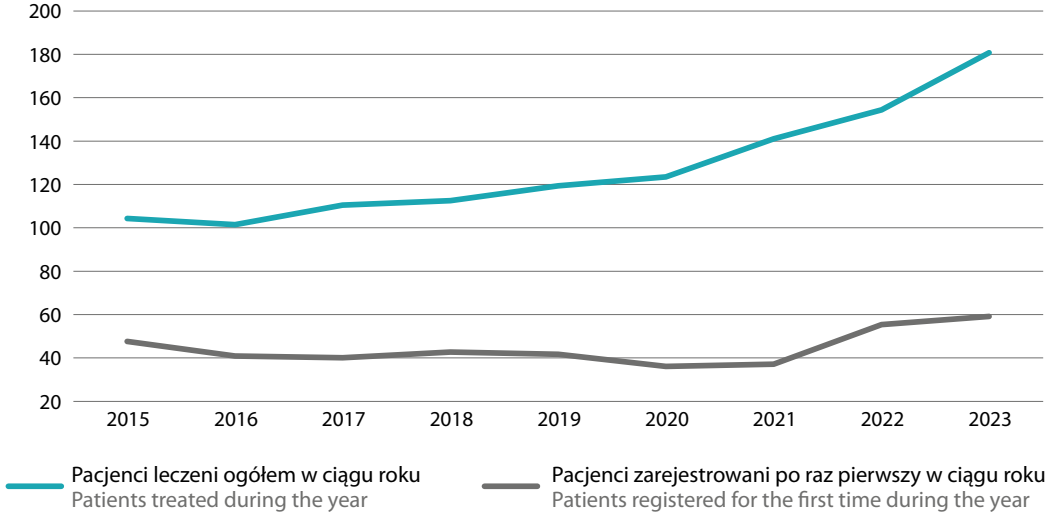
W dłuższym horyzoncie czasowym obserwowanym na poziomie kraju, widoczna jest od 2015 r. tendencja malejąca ogółem pacjentów leczonych z powodu używania alkoholu, jak i pacjentów rejestrowanych po raz pierwszy.

Trzecią, wyróżnianą w leczeniu psychiatrycznym grupą chorób, są zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych[32]. Zaburzenia te zostały zdiagnozowane u 3,2% ogółu leczonych psychiatrycznie (tj. 68,2 tys. osób, o 16,7% więcej niż w 2022 r. i o 48,7% więcej niż w 2019 r.).

Należą tu zespoły uzależnienia i zespoły abstynencyjne, ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zaburzenia psychotyczne. Dla tej grupy chorób wskaźnik leczonych na 100 tys. ludności Polski wynosił 181 osób i był o 26 osób wyższy niż w 2022 r. i o 61 osób wyższy niż w 2019 r. Najwyższy wskaźnik pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano, podobnie jak rok wcześniej, w województwie lubuskim (314, wzrost o 41), a najniższy w województwie podkarpackim (67, wzrost o 17).

Dla grupy zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych, obserwowana jest od 2016 r. tendencja wzrostowa ogólnej liczby leczonych pacjentów, a także dla ostatnich dwóch lat (2022 r. i 2023 r.) widoczny jest wzrost liczby osób rejestrowanych po raz pierwszy.

Wykres 1.14. Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych na 100 tys. ludności
Chart 1.14. Mental disorders caused by the use of psychoactive substances per 100 thousand population



Ź r ó d ł o: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
S o u r c e: data of the Institute of Psychiatry and Neurology.

W 2023 r., spośród wszystkich rodzajów zaburzeń, rozpoznanych w placówkach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi - 748,5 tys. osób, o 8,2% pacjentów więcej niż w 2022 r. i o 40,6% przypadków więcej w porównaniu do 2019 r. W przeliczeniu na 100 tys. ludności kraju było to 1 986 pacjentów, (o 158 przypadków więcej niż w 2022 r. i o 599 więcej w porównaniu do 2019 r.).

W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik zaburzeń nerwicowych na 100 tys. ludności zarejestrowano, podobnie jak rok wcześniej, w województwie mazowieckim (3 388, wzrost o 245 przypadków), a najniższy w województwie podkarpackim (1 278, wzrost o 117).

32 Dane obejmują: opiaty, kanabinole, leki uspokajające i nasenne, kokainę, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki i inne.

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	2022	2023		
	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 %)
Ogółem Total	**1 955 271**	**2 117 564**	**100,0%**	**.**
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Mental and behavioral disorders				
Razem Total w tym of which	**1 714 808**	**1 834 427**	**86,6%**	**100,0%**
zaburzenia nerwicowe[a] neurotic disorders[a]	691 500	748 519	35,3%	40,8%
zaburzenia nastroju (afektywne) affective disorders	399 479	423 473	20,0%	23,1%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi organic mental disorders including symptomatic syndromes	191 369	198 046	9,4%	10,8%
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (dok.) Mental and behavioral disorders (cont.)				
schizofrenia schizophrenia	131 240	126 912	6,0%	6,9%
zaburzenia rozwojowe developmental disorders	141 803	166 478	7,9%	9,1%
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu Alcohol abuse disorders				
Razem Total w tym of which	**152 481**	**151 545**	**7,2%**	**100,0%**
zespół uzależnienia addiction syndrome	130 050	129 529	6,1%	85,5%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and alcohol related harm	14 961	14 065	0,7%	9,3%
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych[b] Mental disorders caused by the use of psychoactive substances[b]				
Razem Total w tym of which	**58 384**	**68 151**	**3,2%**	**100,0%**
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny addiction syndrome and abstinence syndrome	45 389	52 114	2,5%	76,5%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and psychoactive substances related harm	7 976	11 311	0,5%	16,6%
zaburzenia psychotyczne psychotic disorders	1 417	1 699	0,1%	2,5%

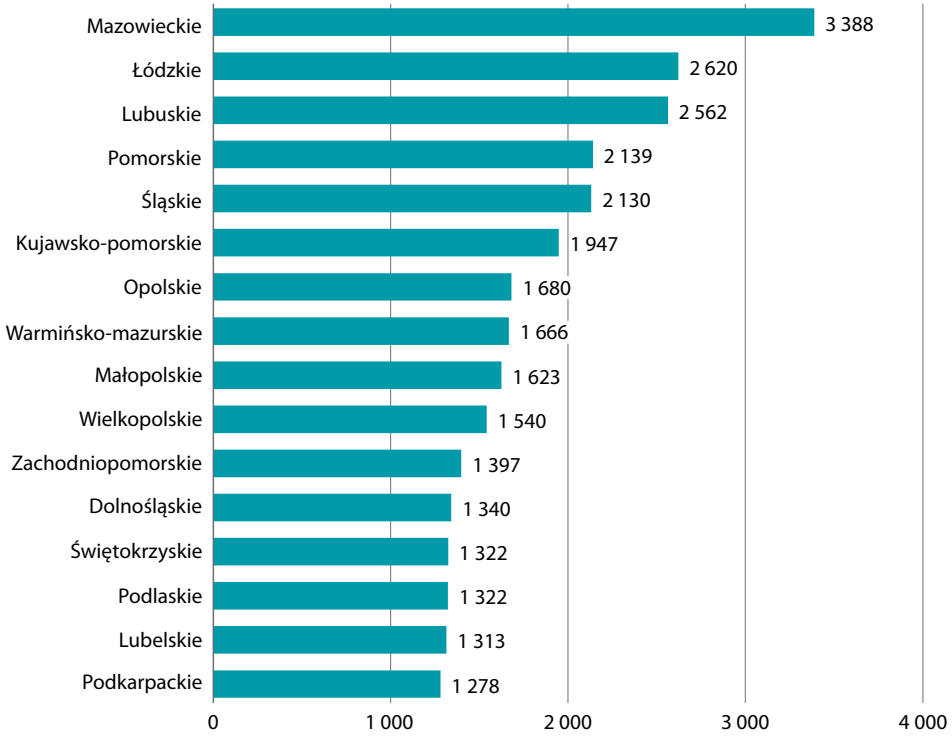
Tablica 1.4. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy (dok.)
Table 1.4. Mental and behavioral disorders and addictions – in details (cont.)

Wyszczególnienie Specification	2022	2023		
	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 %)
	Używanie tytoniu Smoking			
Razem Total	**1 510**	**1 683**	**0,1%**	**100,0%**

a. Dane obejmują: zaburzenia nerwicowe (96,0% pacjentów), zespoły behawioralne (2,6%) i zaburzenia odżywiania (1,4%). b. Dane obejmują: opiaty, kanabinole, leki uspokajające i nasenne, kokainę, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki i inne.
a Data include: neurotic disorders (96.0% of patients), behavioral syndromes (2.6%), and eating disorders (1.4%). b Data include: opiates, cannabinoids, sedative and hypnotic medicines, cocaine, other stimulants and hallucinogens, volatile solvents, and other substances.

Ź r ó d ł o: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
S o u r c e: data of the Institute of Psychiatry and Neurology.

Wykres 1.15. Leczeni na zaburzenia nerwicowe, odżywiania i zespoły behawioralne na 100 tys. ludności wg województw w 2023 r.
Chart 1.15. Patients treated for neurotic disorders including eating and behavioral syndromes per 100 thousand population by voivodships in 2023



Ź r ó d ł o: dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
S o u r c e: data of the Institute of Psychiatry and Neurology.

2. Opieka zdrowotna
2. Health care

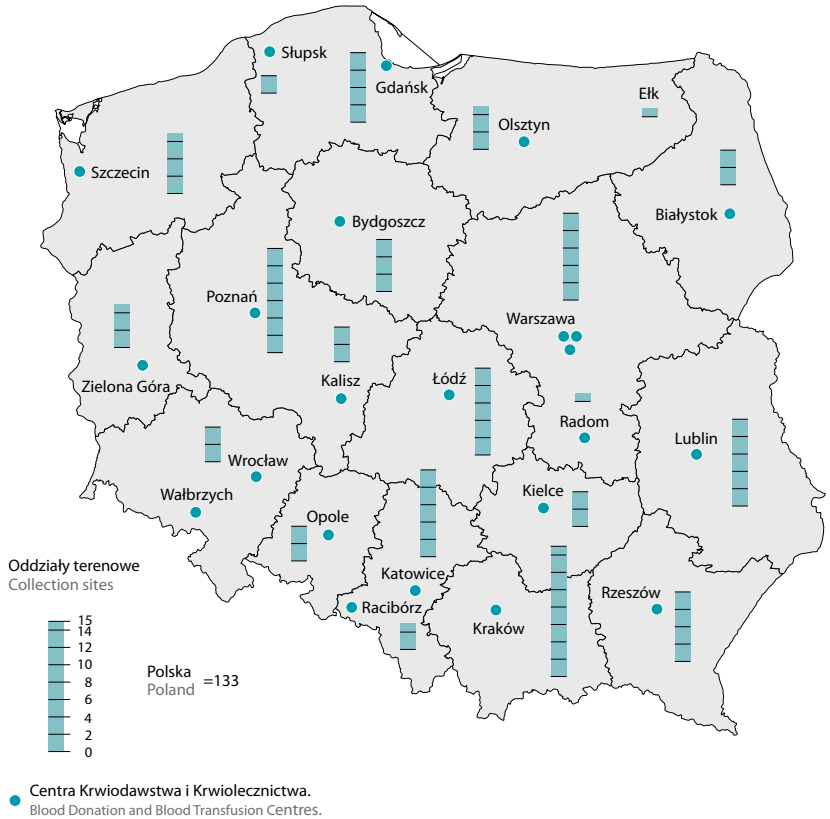
2.1. Krwiodawstwo
2.1. Blood donation

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 chemioterapii[33].

W 2024 r. funkcjonowały 23 Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (w tym 21 regionalnych i 2 resortowe – po jednym w gestii MON oraz MSWiA) oraz 133 oddziały terenowe (w tym 7 w gestii MON). Liczba centrów w stosunku do roku poprzedniego nie uległa zmianie, natomiast o dwa zmniejszyła się liczba oddziałów terenowych.

Mapa 2.1. Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.1. Blood Donation Centres and collection sites in 2024 As of 31 December

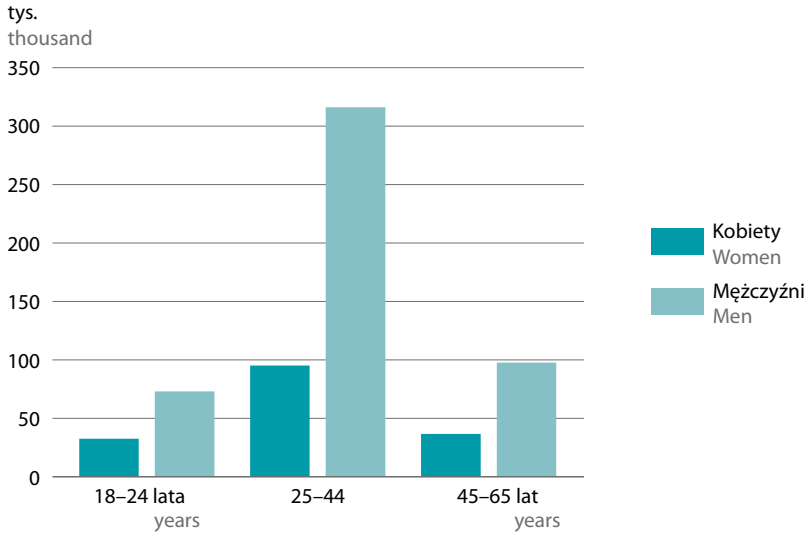


Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
Source: The National Blood Centre.

33 Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

W 2024 r. zbiorowość krwiodawców[34] liczyła 651,4 tys. osób, co stanowi wzrost o 11,2 tys. osób w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1388,2 tys. donacji krwi pełnej (ok. 624,7 tys. litrów), czyli o 30,3 tys. więcej donacji niż przed rokiem. Wśród dawców 80,6% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni[35] (80,2% w roku 2023). Średnia liczba pobrań przypadająca na krwiodawcę w 2024 r. wyniosła 2,4 – o 0,1 więcej niż w roku poprzednim. Średnio w kraju na 10 tys. ludności przypadało ponad 173 krwiodawców.

Wykres 2.1. Krwiodawcy wg płci i wieku w 2024 r.
Chart 2.1. Blood donors by sex and age in 2024



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

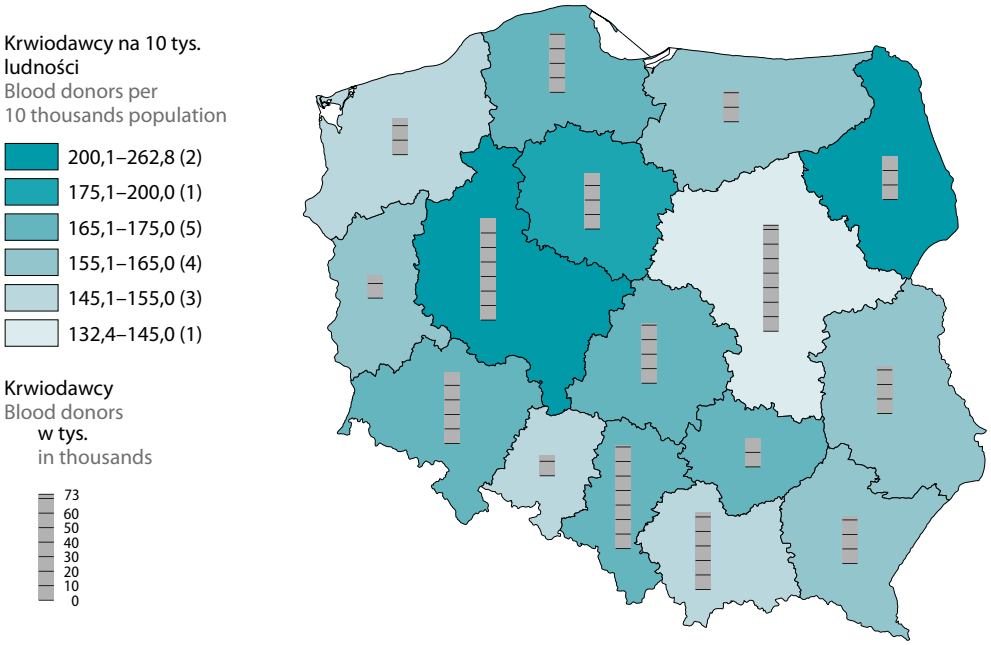
Krew i jej składniki mogą oddawać osoby pomiędzy 18 a 65 rokiem życia, które ważą co najmniej 50 kilogramów. Stan zdrowia krwiodawcy powinien odpowiadać niezbędnym wymaganiom zdrowotnym, aby pobranie krwi nie wywołało ewentualnych ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy[36]. Wśród krwiodawców przeważały osoby w wieku od 25 do 44 lat (63,1%). Osoby w wieku od 18 do 24 lat stanowiły 16,2% wszystkich krwiodawców, a osoby w wieku od 45 do 65 lat – 20,6%.

34 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.

35 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.

36 Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

Mapa 2.2. Krwiodawcy wg województw w 2024 r.
Map 2.2. Blood donors by voivodships in 2024



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 w 2024 r. zwiększyły się. Największy wzrost krwiodawców w stosunku do 2023 r. (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)[37] odnotowano w RCKiK w województwie lubuskim (o 6,5%), natomiast największy spadek liczby krwiodawców wystąpił w RCKiK zlokalizowanych w województwie opolskim (o 2,0%).

Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pełnej pobrano w województwie śląskim (172,1 tys. donacji). W trzech największych pod względem liczby mieszkańców województwach: mazowieckim, śląskim i wielkopolskim zarejestrowanych było łącznie 214,3 tys. krwiodawców, którzy oddali 468,5 tys. donacji krwi pełnej.

Największy wzrost liczby donacji krwi pełnej w stosunku do 2023 r. zaobserwowano w RCKiK w województwie śląskim (o 6,8%), a najmniejszy wystąpił w RCKiK w województwie pomorskim (o 1,3%). W 2024 r. zanotowano spadek liczby oddanej krwi pełnej w RCKiK zlokalizowanych w województwach: dolnośląskim, wielkopolskim, opolskim i podlaskim (odpowiednio o: 7,1%, 3,6%, 1,3% i 0,7%).

Tak samo jak przed rokiem, największa liczba krwiodawców na 10 tys. mieszkańców w 2024 r. wystąpiła w województwie podlaskim (262,8), natomiast najmniejszą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie mazowieckim (132,4). Poza województwem podlaskim, więcej niż 200 krwiodawców na 10 tys. mieszkańców zarejestrowano tylko w województwie wielkopolskim.

37 W centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 23,8 tys. krwiodawców i pozyskano 42,6 tys. donacji krwi pełnej, co stanowiło odpowiednio 3,7% krwiodawców ogółem i 3,1% donacji krwi pełnej w kraju.

W 2024 r. pobrano 1 548,4 tys. donacji krwi i jej składników[38], (47,0 tys. więcej niż w roku poprzednim), w tym 95,6 tys. donacji stanowiło pobrane osocze (o 0,8 tys. mniej niż rok wcześniej). W porównaniu z 2023 r. liczba wyprodukowanych jednostek osocza świeżo mrożonego (FFP) wzrosła o 41,4 tys. i wyniosła 1 692,0 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 population
			koncentrat krwinek czerwonych (KKCz) red blood cell concentrates (RBCC)	osocze świeżo mrożone (FFP) fresh frozen plasma (FFP)	
	w tysiącach in thousands				
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
2024	**651,4**	**1 388,2**	**1 369,4**	**1 692,0**	**173,4**

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

38 Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferezy, leukaferezy 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–lecznicze 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.

Szpitale ogólne[39]

Zgodnie z deklaracją podmiotów leczniczych[40], w Polsce w końcu 2024 r. funkcjonowało 888 stacjonarnych szpitali ogólnych, o 6 mniej niż przed rokiem, oraz 248 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia), o 3 więcej niż w 2023 r. Dysponowały one łącznie 160,4 tys. łóżek[41] oraz 6,7 tys. miejsc dziennych. Było to odpowiednio o 0,8% (1 295 łóżek) mniej i o 9,1% (557 miejsc) więcej niż w roku poprzednim. W szpitalach dziennych znajdowało się 499 łóżek (0,3% łóżek w szpitalach) oraz 1 130 miejsc (16,9% miejsc dziennych w szpitalach).

Największą liczbą szpitali ogólnych w 2024 r. charakteryzowało się województwo śląskie (190 placówek, w tym 47 szpitali dziennych), a najmniejszą – województwo lubuskie (32 placówki, w tym 8 szpitali dziennych). Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców, uwzględniający szpitale jednego dnia, wyniósł średnio dla Polski 3,0 (tyle samo co przed rokiem) i był największy w województwie śląskim (4,4), a najmniejszy w pomorskim (1,9). Uwzględniając tylko szpitale stacjonarne (ogólne) wskaźnik ten na poziomie kraju wyniósł 2,4 (podobnie jak w poprzednim roku). Największy był w województwie śląskim (3,3), a najmniejszy w pomorskim (1,6).

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

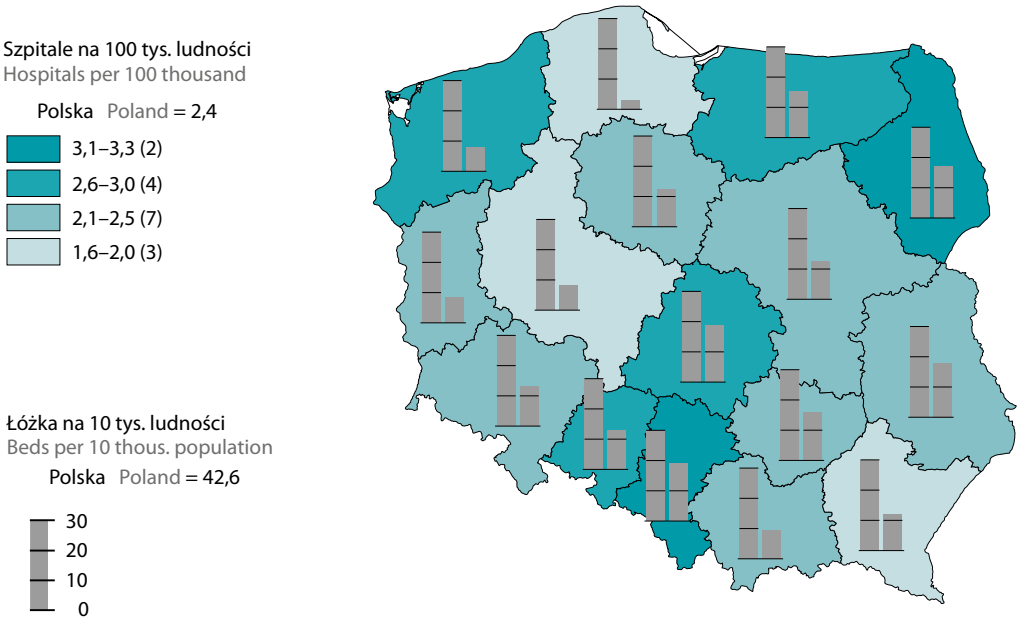
W 2024 r. wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności kraju wyniósł 42,6 łóżka, o 0,2 mniej niż w 2023 r. Na jedno łóżko przypadało przeciętnie 234 mieszkańców, o 1 osobę więcej niż w roku poprzednim. Wartość wskaźnika liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności była niższa od ogólnopolskiej w siedmiu województwach: śląskim (204), łódzkim (207), lubelskim (209), podlaskim (214), świętokrzyskim (218), warmińsko-mazurskim (220) i dolnośląskim (232). W porównaniu z 2023 r., największy spadek wartości tego wskaźnika wystąpił w województwie świętokrzyskim (mniej o 5,7), natomiast największy wzrost – w województwie dolnośląskim (więcej o 11,3). Ogólny wzrost liczby łóżek odnotowano w sześciu województwach: wielkopolskim (13,5 tys. łóżek, o 202 więcej niż w 2023 r.), świętokrzyskim (5,3 tys. łóżek, o 89 więcej), kujawsko-pomorskim (8,4 tys. łóżek, o 19 więcej), małopolskim (13,4 tys. łóżek, o 13 więcej), mazowieckim (23,2 tys. łóżek, o 10 więcej) i pomorskim (7,8 tys. łóżek, o 9 więcej). Największy spadek wystąpił w województwie dolnośląskim – 12,4 tys. łóżek, o 684 mniej niż w 2023 r.

Ponad 1/4 (27,7%) łóżek w szpitalach ogólnych znajdowała się w dwóch województwach dominujących pod względem liczby ludności: mazowieckim (23,2 tys. łóżek) i śląskim (21,0 tys. łóżek). Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały szpitale zlokalizowane w województwie lubuskim (3,7 tys. łóżek).

39 Analiza dotyczy szpitali ogólnodostępnych i nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych i aresztach śledczych, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.
40 Od 2019 r. podmioty lecznicze deklarują charakter działalności szpitala (szpital stacjonarny/dzienny) w sprawozdaniu MZ–29 o działalności szpitala ogólnego.
41 Stan w dniu 31 grudnia.

Mapa 2.3. Szpitale ogólne[a] na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności wg województw w 2024 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.3. General hospitals[a] per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2024
As of 31 December



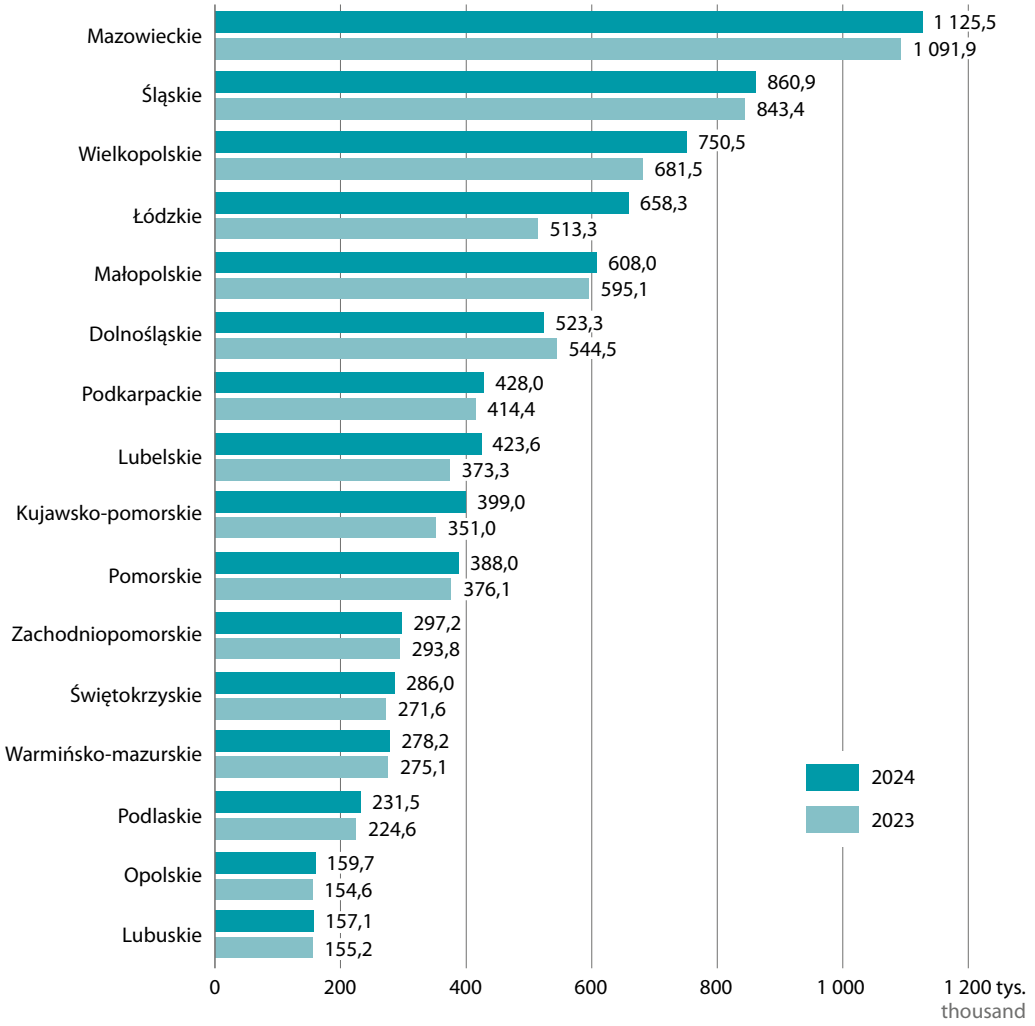
a Nie dotyczy szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia).
a Excluding day care hospitals (i.e. one day hospitals).

W 2024 r. w szpitalach ogólnych leczyło się stacjonarnie 7 574,8 tys. pacjentów[42], o 5,8% (415,3 tys. osób) więcej niż w roku 2023. Na 10 tys. ludności przypadało 2 017 hospitalizacji, o 118 więcej w porównaniu z 2023 r. Największą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie łódzkim (2 797), a najmniejszą – lubuskim (1 616). W stosunku do roku poprzedniego liczba hospitalizowanych na 10 tys. ludności zwiększyła się w 15 województwach. Największy wzrost odnotowano w województwie łódzkim (więcej o 632). Wzrost o co najmniej 100 hospitalizacji odnotowano jeszcze w czterech województwach: lubelskim (264), kujawsko-pomorskim (251), wielkopolskim (201) i świętokrzyskim (144). Spadek wartości tego wskaźnika zarejestrowano tylko w województwie dolnośląskim (mniej o 69).

Podobnie jak w latach poprzednich, największy odsetek pacjentów odnotowano w województwie mazowieckim – 14,9% ogółu leczonych w szpitalach ogólnych w kraju. W województwie śląskim leczyło się 11,4% pacjentów, a w wielkopolskim – 9,9% pacjentów. Najmniej osób przebywało na leczeniu stacjonarnym w województwach: lubuskim i opolskim – po 2,1% ogółu hospitalizacji w kraju.

42 Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala (tzw. leczeni bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i przyjęci do szpitala (hospitalizowani). Ten sam pacjent przebywający w kilku szpitalach w ciągu roku, bądź przebywający kilka razy w tym samym szpitalu w ciągu roku, liczony jest za każdy razem niezależnie.

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

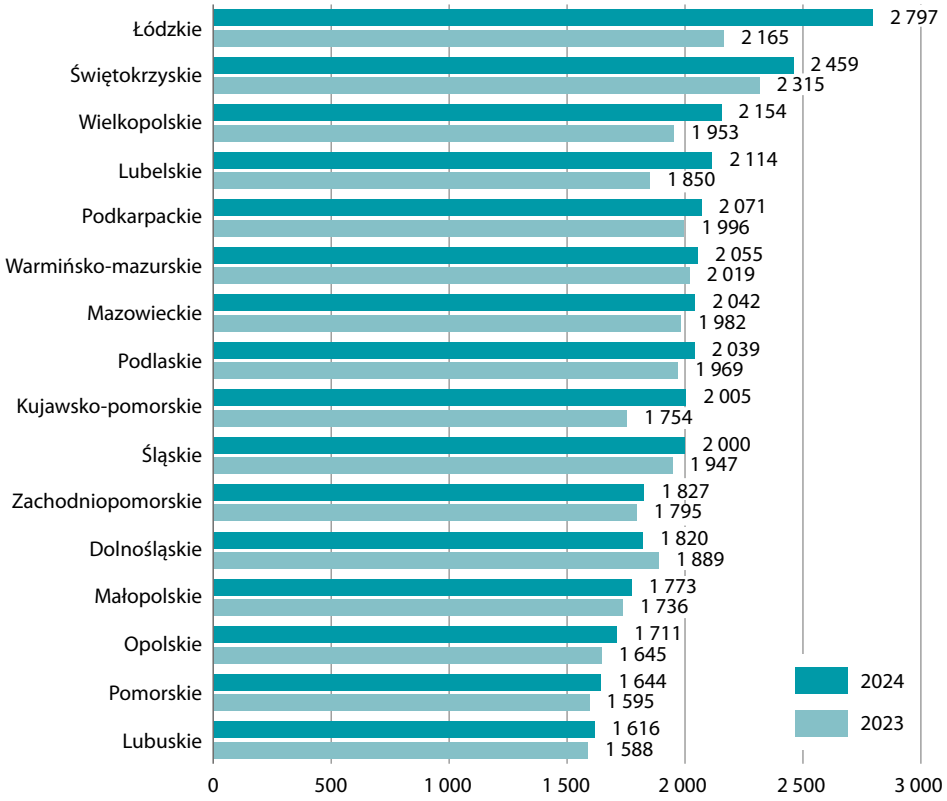


a Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).
a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

Odsetek dzieci i młodzieży w wieku do lat 18 leczonych w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych w 2024 r. wyniósł 16,0% (1 210,5 tys. osób, o 4,5% więcej niż w 2023 r.). W województwach: pomorskim (19,5%) i warmińsko-mazurskim (19,4%) blisko 1/5 hospitalizacji dotyczyła ludzi młodych (w wieku do lat 18), podczas gdy w województwach: opolskim (9,2%) i świętokrzyskim (11,1%) około 1/10 leczonych stacjonarnie stanowiły osoby, które nie ukończyły 18 lat.

W większości województw zwiększyła się liczba hospitalizowanych dzieci i młodzieży w porównaniu z rokiem poprzednim. Największy wzrost liczby leczonych w tej grupie odnotowano w województwie łódzkim (więcej o 19,4%). Tylko w dwóch województwach: opolskim i podlaskim odnotowano spadek liczby hospitalizacji młodszych pacjentów, który wyniósł odpowiednio 6,9% i 4,4%. Najwięcej hospitalizacji osób w wieku do 18 lat (209,7 tys.) zarejestrowano w szpitalach województwa mazowieckiego. Stanowiło to 17,3% 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

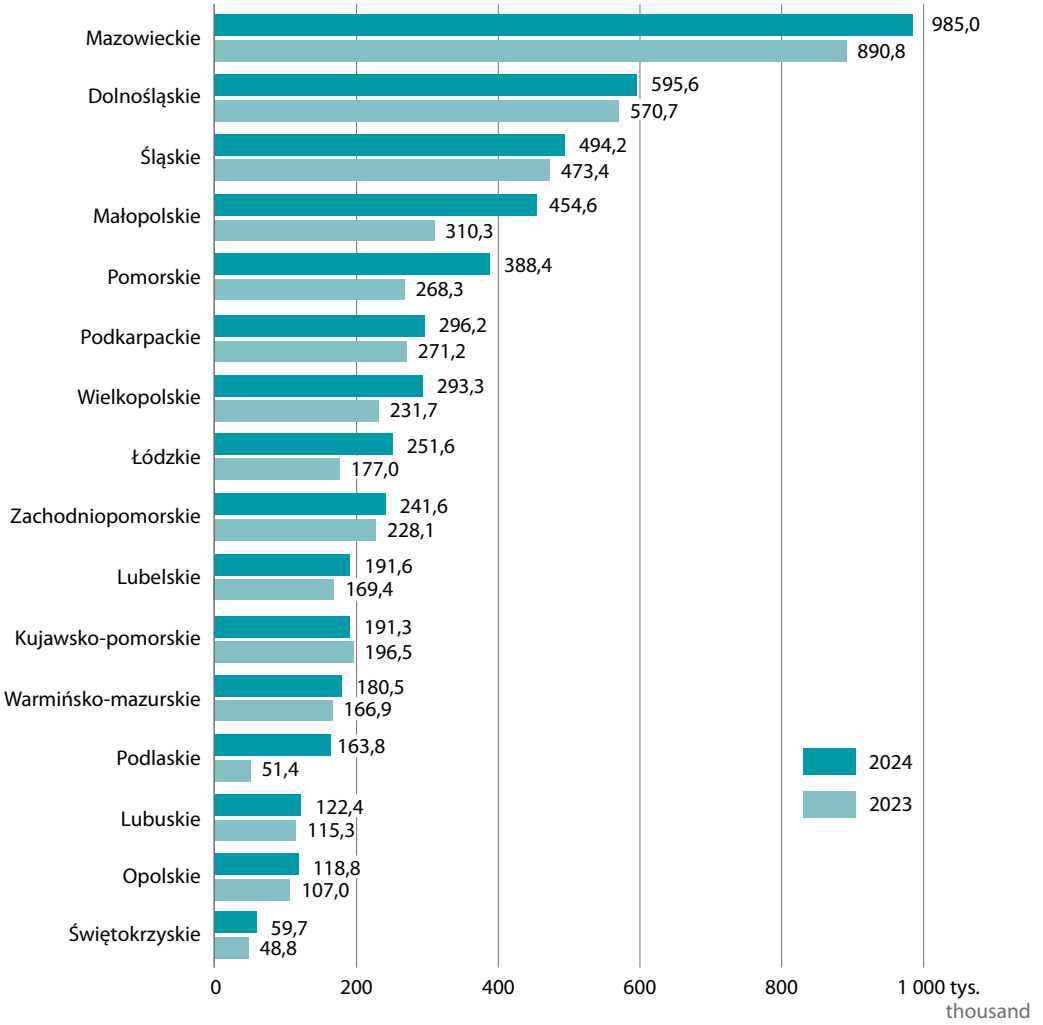


a Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).
a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

W 2024 r. w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach ogólnych stacjonarnych i dziennych, leczonych było łącznie 5 028,6 tys. osób, o 17,6% więcej niż w 2023 r. Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach stacjonarnych stanowili 95,1%, natomiast leczeni w szpitalach dziennych (tzw. szpitalach jednego dnia) – 4,9%. Na 10 tys. ludności przypadało 1 339 osób (o 4 osoby więcej niż przed rokiem), którym udzielono świadczeń medycznych w szpitalach ogólnych w trybie dziennym. Najwięcej pacjentów leczonych w trybie dziennym na 10 tys. ludności odnotowano w województwie dolnośląskim – 2 072 osoby, a najmniej w świętokrzyskim – 513 osób.

W stosunku do roku poprzedniego, liczba pacjentów leczonych w trybie dziennym w szpitalach ogólnych zmniejszyła się jedynie w województwie kujawsko-pomorskim (mniej o 5,2 tys. osób, tj. o 2,7%). Największy wzrost odnotowano w województwie małopolskim – więcej o 144,3 tys. osób (tj. o 46,5%), natomiast najmniejszy w województwie lubuskim – o 7,2 tys. osób (6,2%). W grupie województw, w których w ciągu roku nastąpił wzrost liczby leczonych dziennie o co najmniej 50 tys. osób znalazło się jeszcze pięć województw: pomorskie – więcej o 120,1 tys. osób (tj. o 44,8%), podlaskie – o 112,3 tys. (218,4%), mazowieckie – o 94,2 tys. (10,6%), łódzkie – o 74,6 tys. (42,1%) oraz wielkopolskie – o 61,6 tys. (26,6%).

Wykres 2.4. Pacjenci leczeni 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 2024 r. w szpitalach ogólnych przyjęto 247,3 tys. porodów (o 7,5% mniej niż rok wcześniej), z czego 50,5% stanowiły porody fizjologiczne, 47,6% – cesarskie cięcia, a 1,9% – inne porody, w tym kleszczowe i przy użyciu próżnociągu. Prawie połowa (48,1%) porodów odbyła się w szpitalach zlokalizowanych na terenie czterech województw: mazowieckiego (42,7 tys. porodów), małopolskiego (26,7 tys.), śląskiego (25,4 tys.) i wielkopolskiego (24,1 tys.). Wskaźnik liczby porodów w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wyniósł 65,8 i był niższy (o 5,2) niż przed rokiem. Największą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie małopolskim (78,0), a najmniejszą w województwach opolskim i świętokrzyskim (po 54,5).

W 2024 r. urodziło się 247,3 tys. dzieci i było to o 7,8% (ponad 20,9 tys.) mniej niż w 2023 r. Spadek liczby dzieci urodzonych w szpitalach ogólnych dotyczył wszystkich województw i wahał się od 4,6% w przypadku województwa warmińsko-mazurskiego (gdzie przyszło na świat prawie 8,1 tys. noworodków) do 12,2% w przypadku województwa opolskiego (urodziło się tu 5,1 tys. dzieci). Najwięcej dzieci[43] (42,7 tys.) urodziło się w województwie mazowieckim, o 6,8% (3,1 tys.) mniej niż w porównaniu z 2023 r. Duże spadki liczby noworodków w wartościach bezwzględnych odnotowano też w województwach: śląskim (mniej o 2,3 tys.), wielkopolskim (1,8 tys.), a także dolnośląskim, łódzkim i pomorskim (po ok. 1,7 tys.).

43 Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dób życia i bez dzieci martwo urodzonych.

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 2024 r. w szpitalach znajdowało się 159,9 tys. łóżek, o 0,8% (1 329 łóżek) mniej niż w roku poprzednim. Najwięcej łóżek – 34,9 tys. (21,9% łóżek w szpitalach ogólnych) przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego[44]. Ponad połowa tych łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (19,1 tys. łóżek), z czego 1,4 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 2,0 tys. i 1,2 tys.) oraz chirurgii szczękowo–twarzowej (422 łóżka). Około 4,1% wszystkich łóżek chirurgicznych przeznaczonych było na leczenie najmłodszych pacjentów w wieku do lat 18[45].

Poza omówioną grupą oddziałów o specjalności chirurgicznej, oddziałami dysponującymi znaczną liczbą łóżek były oddziały: rehabilitacyjne (12,0% łóżek w szpitalach ogólnych), chorób wewnętrznych (12,0%), ginekologiczno–położnicze (8,2%), kardiologiczne (5,4%), neurologiczne (4,6%), neonatologiczne (4,3%), pediatryczne (4,2%), gruźlicy i chorób płuc (3,8%), onkologiczne (3,3%) oraz psychiatryczne (3,3%).

Oddziałami, na których odnotowano największy wzrost liczby łóżek w porównaniu z 2023 r. (kierując się wielkością bezwzględną) były oddziały rehabilitacyjne – o 323 (więcej o 1,7% łóżek), chirurgiczne ogólne – o 112 (0,6%) i ratunkowe – o 103 (5,4%). Także na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej, na których liczba łóżek systematycznie rośnie, w 2024 r. odnotowano 1 112 łóżka, o 155 (16,2%) więcej niż przed rokiem.

Największy spadek liczby łóżek dotyczył oddziałów ginekologiczno-położniczych, na których ich liczba zmniejszyła się o 585 (mniej o 4,3%). Ponadto, mniejszą liczbę łóżek odnotowano na oddziałach: neonatologicznych – o 363 (mniej o 5,0% łóżek), kardiologicznych – o 249 (2,8%), psychiatrycznych – o 138 (2,5%) i otorynolaryngologicznych – o 109 (3,7%). Spadek liczby łóżek o co najmniej 90 dotyczył również oddziałów: onkologicznych – o 98 (1,8%), pediatrycznych – o 98 (1,4%), neurologicznych – o 97 (1,3%), chorób wewnętrznych – o 95 (0,5%) oraz gruźlicy i chorób płuc – o 90 (1,5%).

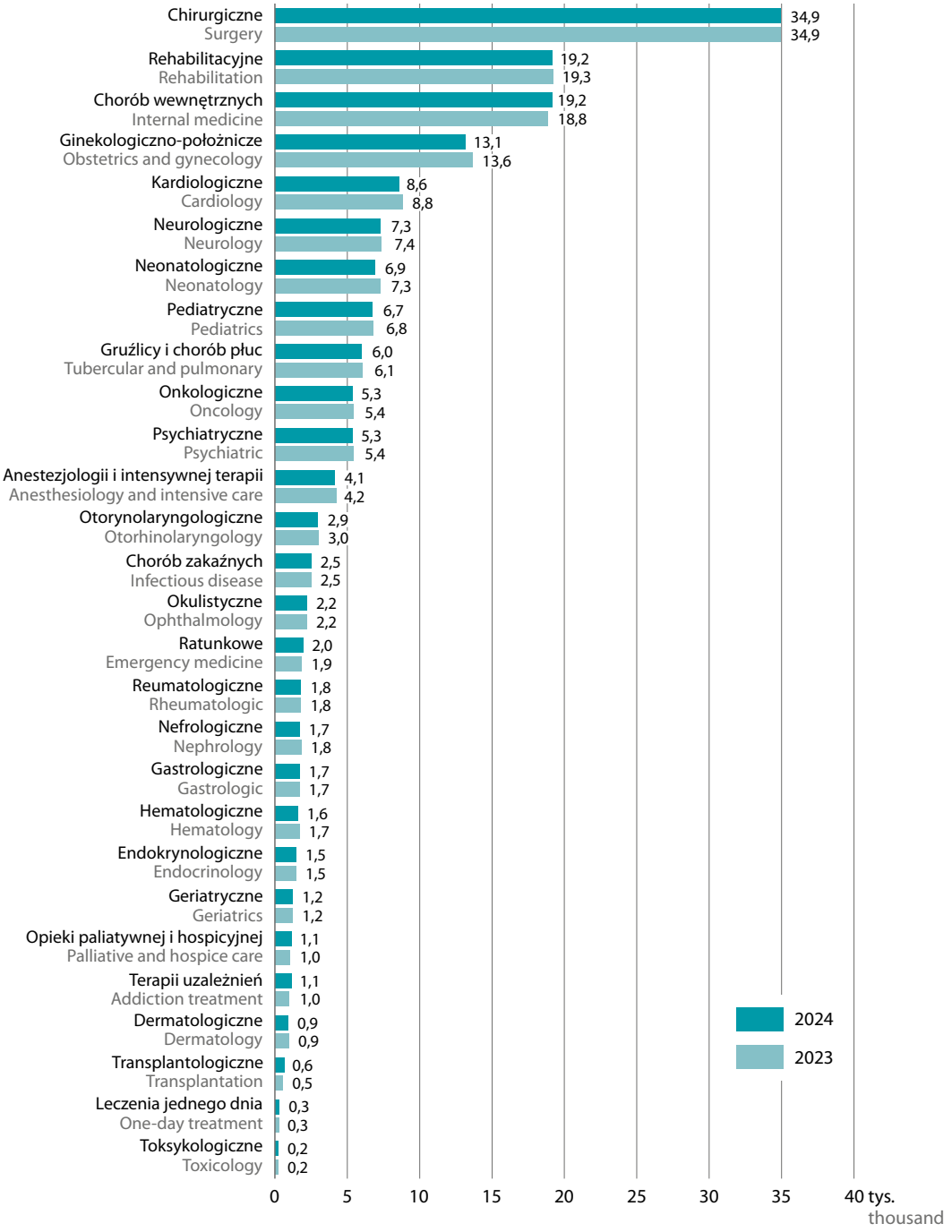
W 2024 r. na oddziałach w szpitalach ogólnych, z uwzględnieniem ruchu chorych (pomiędzy oddziałami), przebywało łącznie 8 281,6 tys. pacjentów[46], o 7,1% więcej niż w 2023 r. Podobnie jak w latach poprzednich najliczniejszą grupę, bo ponad 1/4 ogółu leczonych, stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych (2 160,3 tys. osób), z czego niemal połowa (49,6%) przypadków – osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1 072,3 tys. osób, o 3,4% więcej niż w roku poprzednim). Średnio co czwarty pacjent oddziałów chirurgicznych (24,7%) skorzystał ze świadczeń z zakresu chirurgii urazowo–ortopedycznej (532,9 tys. osób, o 2,5% więcej niż w 2023 r.), a prawie co ósmy – urologii (256,0 tys. osób, o 2,7% więcej). Natomiast na oddziałach chirurgicznych przeznaczonych na leczenie najmłodszych pacjentów (w wieku do lat 18) przebywało 117,1 tys. osób, o 0,9% więcej niż rok wcześniej.

Liczną grupę leczonych w szpitalach ogólnych stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno–położniczych (10,6% ogółu leczonych) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (10,0%). Mniejszy odsetek stanowili pacjenci na oddziałach: kardiologicznych (7,2%), pediatrycznych (5,2%), onkologicznych (4,8%), neurologicznych (3,8%), neonatologicznych (3,2%) oraz gruźlicy i chorób płuc (3,2%).

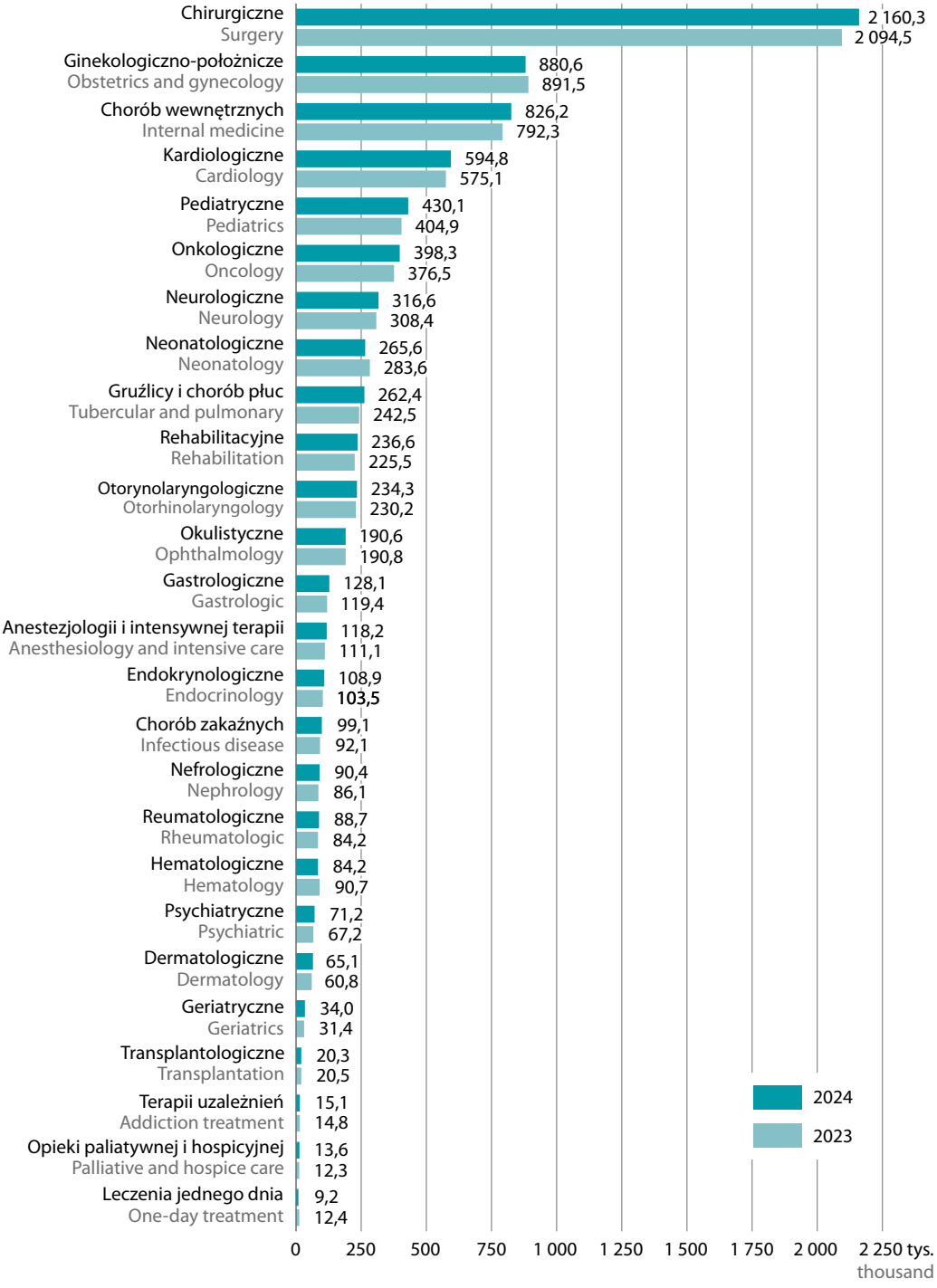
44 Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo–ortopedyczną, szczękowo-twarzową, neurochirurgię, kardiochirurgię, urologię oraz inne o charakterze chirurgicznym (m.in. oddziały wieloprofilowe zabiegowe).
45 Łącznie z łóżkami dla dzieci znajdującymi się na oddziałach chirurgicznych dla dorosłych odsetek ten wyniósł 4,7%.
46 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 hospital wards of general hospitals



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

W 2024 r. niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych przebywało więcej pacjentów niż rok wcześniej. Największy wzrost liczby pacjentów w wartościach bezwzględnych odnotowano na oddziałach chirurgicznych – o 65,8 tys. (więcej o 3,1% osób). Wzrost liczby leczonych o co najmniej 20 tys. osób odnotowano także na oddziałach: chorób wewnętrznych – o 34,0 tys. (4,3%), pediatrycznych – o 25,2 tys. (6,2%) i onkologicznych – o 21,7 tys. (5,8%). W ujęciu procentowym największy wzrost liczby pacjentów, w porównaniu z poprzednim rokiem, odnotowano na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej – o 10,6% (więcej o 1,3 tys. osób), a następnie: gruźlicy i chorób płuc – o 8,2% (19,8 tys.), geriatrycznych – o 8,1% (2,5 tys.), chorób zakaźnych – o 7,7% (7,0 tys.), gastrologicznych – o 7,3% (8,7 tys.), dermatologicznych – 7,0% (4,2 tys.), anestezjologicznych i intensywnej terapii – o 6,5% (7,2 tys.) oraz neurochirurgicznych – 6,4% (6,3 tys.). Mniej pacjentów niż przed rokiem przebywało na siedmiu rodzajach oddziałów: leczenia jednego dnia – o 25,5% (mniej o 3,2 tys. osób), hematologicznych – o 7,2% (6,5 tys.), neonatologicznych – o 6,4% (18,0 tys.), toksykologicznych – o 6,2% (0,6 tys.), transplantologicznych – o 1,3% (0,3 tys.), ginekologiczno-położniczych – o 1,2% (10,9 tys.) oraz okulistycznych – o 0,1% (0,2 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 2024 r. wyniosła 8,5% (o 1,1 p. proc. więcej niż w roku poprzednim). Ruch chorych powyżej 10,0% odnotowano w pięciu województwach: opolskim (13,8%), dolnośląskim (13,7%), lubuskim (11,6%), podlaskim (11,5%) i wielkopolskim (11,3%). Natomiast ruch chorych poniżej 6,0% wystąpił wyłącznie w województwie podkarpackim (4,2%).

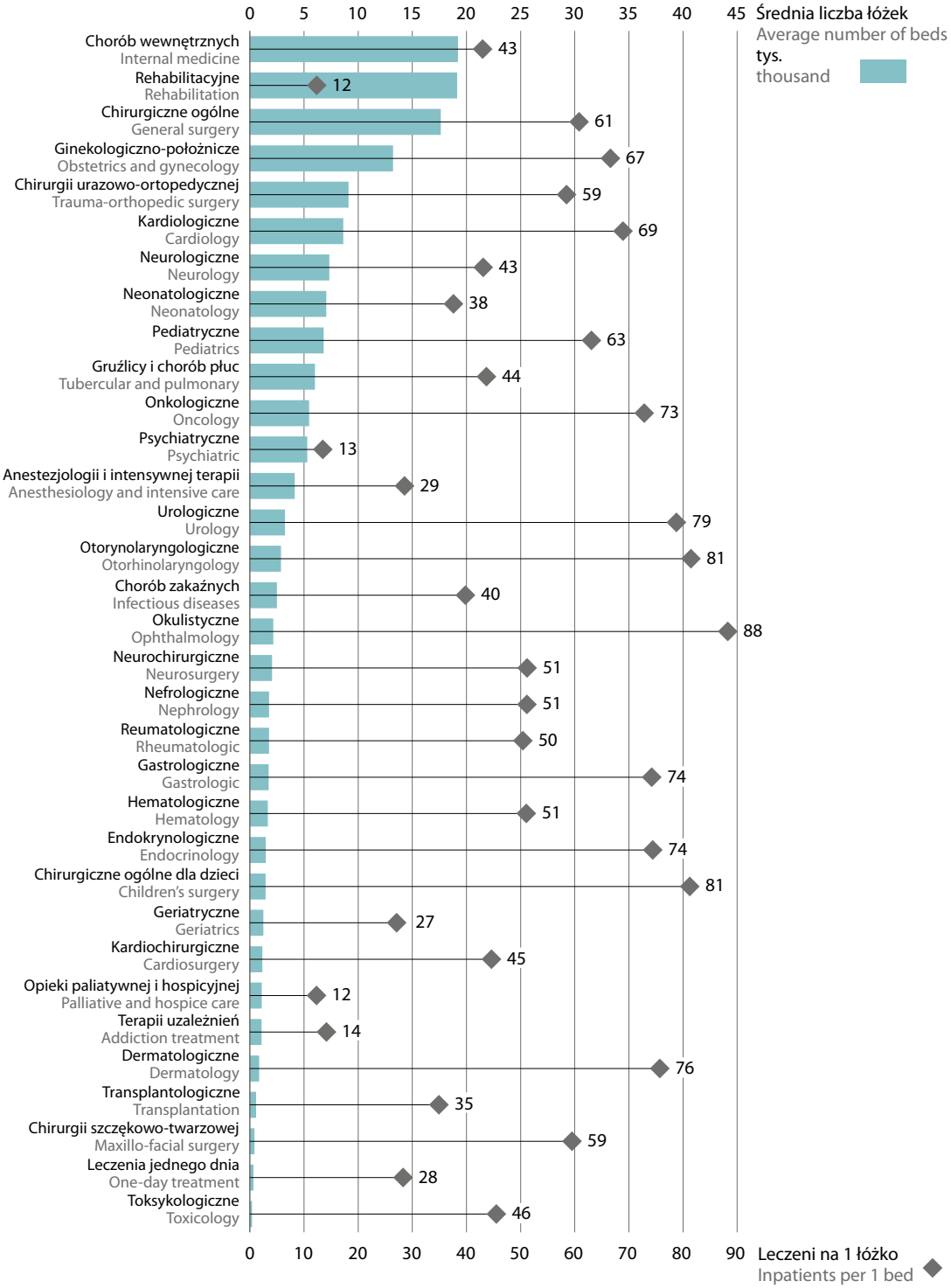
Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych jest tzw. wskaźnik przelotowości[47] oraz średni czas pobytu pacjenta na oddziale[48].

Wskaźnik przelotowości dla wszystkich oddziałów szpitalnych w kraju wyniósł 51,5 pacjenta na jedno łóżko i był wyższy o 3,6 w porównaniu z 2023 r. Podobnie jak w latach poprzednich, najwięcej pacjentów przypadających na jedno łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych (88 pacjentów, czyli o 2 osoby więcej niż przed rokiem). Więcej niż 70 pacjentów na jedno łóżko przypadało również na oddziałach: otorynolaryngologicznych (81, o 4 więcej), chirurgicznych ogólnych dla dzieci (81, o 4 więcej), urologicznych (79, o 2 więcej), dermatologicznych (76, o 8 więcej), endokrynologicznych (74, o 3 więcej), gastrologicznych (74, o 2 więcej) i onkologicznych (73, o 3 więcej). Natomiast najmniej pacjentów na jedno łóżko szpitalne było na oddziałach rehabilitacyjnych (12 pacjentów, czyli tyle samo co w ubiegłym roku) oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (12, o 1 mniej niż w 2023 r.). Mniej niż 30 leczonych na jedno łóżko odnotowano również na oddziałach: psychiatrycznych (13, o 1 więcej), terapii uzależnień (14, tyle samo co przed rokiem), geriatrycznych (27, o 1 więcej), leczenia jednego dnia (28, o 15 mniej) oraz anestezjologii i intensywnej terapii (29, o 2 więcej). W 2024 r. wskaźnik przelotowości wzrósł niemal na wszystkich rodzajach oddziałów szpitalnych, ale w największym stopniu na oddziałach dermatologicznych – 76 pacjentów, czyli o 8 osób więcej niż w poprzednim roku. Mniejszy niż przed rokiem był na czterech rodzajach oddziałów. Oprócz wspomnianych oddziałów leczenia jednego dnia oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, były to oddziały hematologiczne (51 pacjentów, czyli o 3 osoby mniej niż w 2023 r.) i transplantologiczne (35, o 2 mniej).

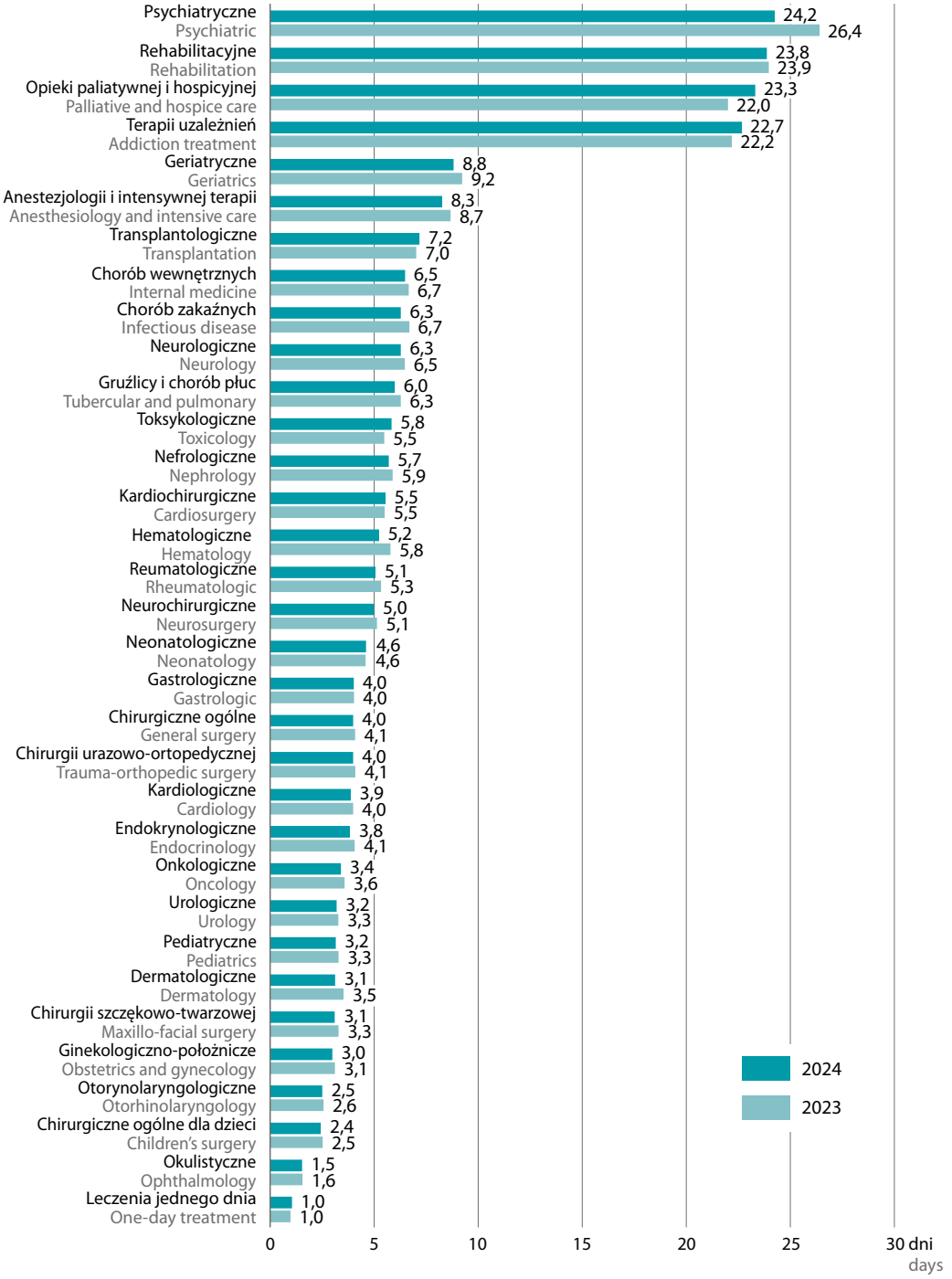
W 2024 r. średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym wyniósł 4,9 dnia i nie zmienił się istotnie (był o 0,2 dnia krótszy) w porównaniu z 2023 r. W zależności od rodzaju oddziału średni pobyt na poszczególnych rodzajach oddziałów wahał się od 1,0 dnia na oddziałach leczenia jednego dnia do 24,2 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 1,3 dnia), terapii uzależnień (0,5) i hematologicznych (0,3), natomiast skrócił się na oddziałach: psychiatrycznych (krótszy o 2,2 dnia), toksykologicznych (0,6), a także anestezjologicznych i intensywnej terapii (0,4), chorób zakaźnych (0,4), dermatologicznych (0,4) i geriatrycznych (0,4).

47 Wskaźnik przelotowości na oddziale jest to iloraz liczby leczonych i średniej liczby łóżek w roku na oddziale.
48 Średni czas pobytu pacjenta na oddziale jest to iloraz osobodni pobytu i liczby leczonych na oddziale.

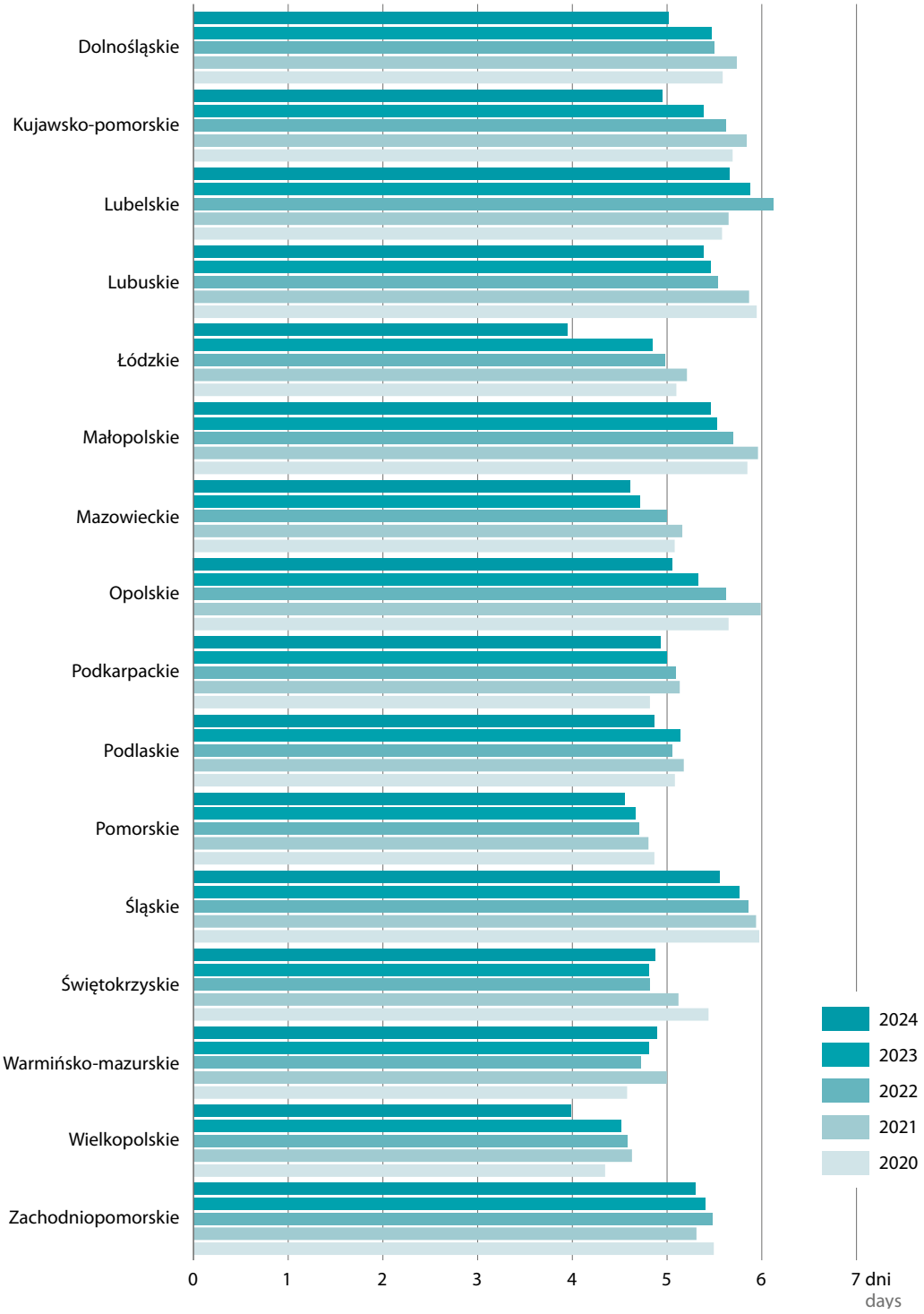
Wykres 2.7. Łóżka i leczeni na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2024 r.
Chart 2.7. Beds and inpatients per one bed in hospital wards of general hospitals in 2024



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 voivodships



Najdłuższy średni czas pobytu w szpitalach ogólnych w 2024 r. odnotowano w województwie lubelskim (5,7 dnia). Pobyty trwające średnio więcej niż 5 dni wystąpiły również w województwach: śląskim (5,6), małopolskim (5,5), lubuskim (5,4), zachodniopomorskim (5,3) i opolskim (5,1). Najkrótszy średni czas pobytu pacjenta odnotowano w szpitalach w województwie łódzkim (3,9 dnia). Niską wartość tego wskaźnika odnotowano również w województwach: wielkopolskim (4,0), pomorskim (4,6) i mazowieckim (4,6). Średni czas pobytu pacjenta w większości województw był zbliżony do tego sprzed roku, przy czym w największym stopniu uległ on skróceniu w województwie łódzkim (o 0,9 dnia), a wydłużeniu – tylko w świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (o 0,1 dnia).

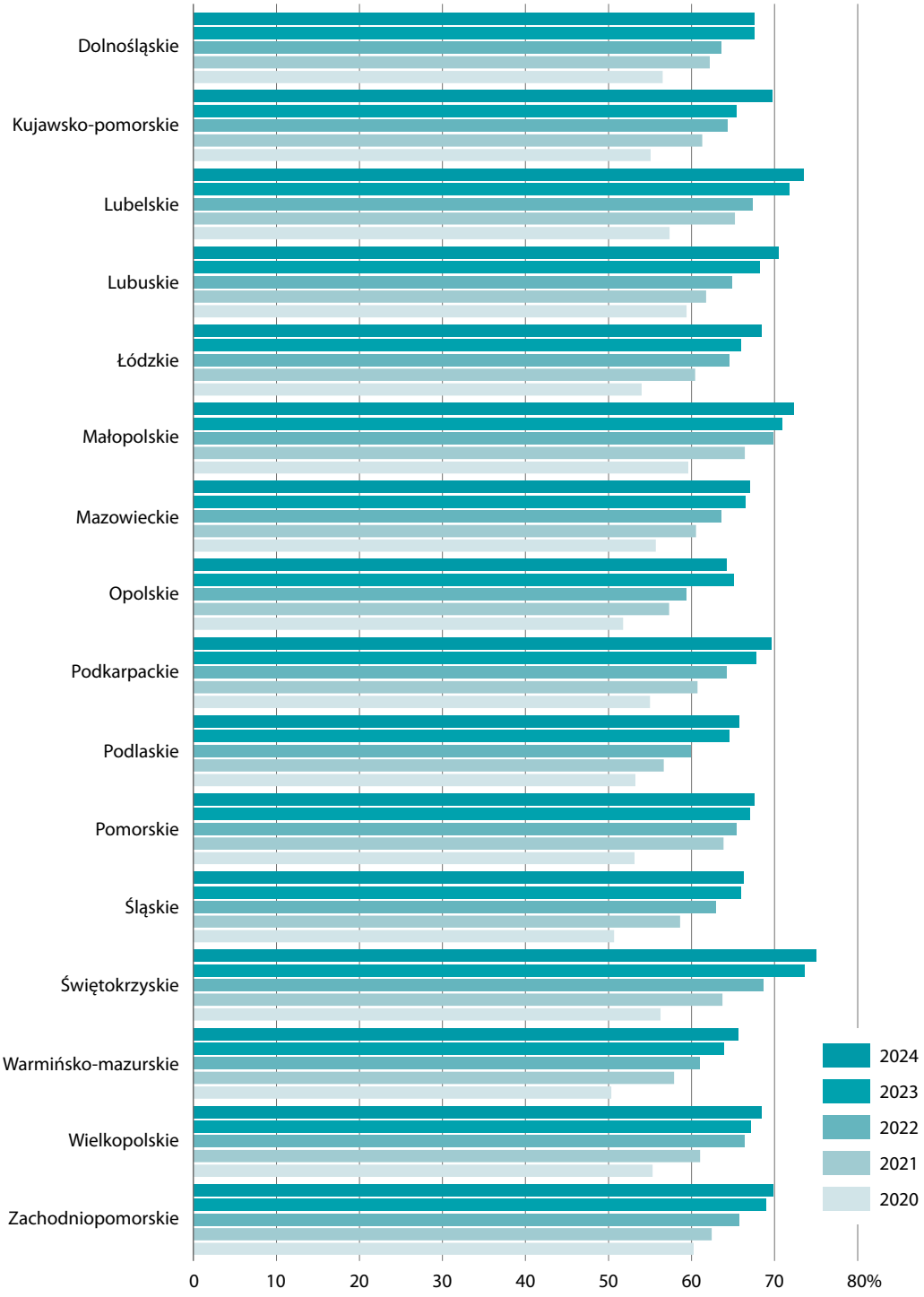
Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów szpitalnych jest przeciętne wykorzystanie[49] łóżek w ciągu roku. W 2024 r. wskaźnik ten dla szpitali ogólnych w kraju wyniósł 68,6%[50] i był o 1,2 p. proc. wyższy niż w 2023 r. W porównaniu z rokiem poprzednim wzrost wykorzystania łóżek szpitalnych wystąpił w 14 województwach, przy czym największy odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (więcej o 4,3 p. proc.). Spadek wykorzystania łóżek wystąpił tylko w województwie opolskim (o 0,8 p proc.), natomiast w województwie dolnośląskim wartość tego wskaźnika była podobna do tej sprzed roku. Najwyższą wartość wskaźnika wykorzystania łóżek (75,0%) osiągnięto w województwie świętokrzyskim, a więcej niż 70% również w lubelskim (73,5%), małopolskim (72,2%) i lubuskim (70,4%). Z kolei najniższa jego wartość (64,2%) wystąpiła w województwie opolskim. Ponadto wskaźnik mniejszy niż 66,0% odnotowano dla szpitali w warmińsko-mazurskim (65,7%) i podlaskim (65,8%).

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

Omawiane powyżej 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.

49 Wskaźnik wykorzystania łóżek na oddziale jest to iloraz osobodni pobytu leczonych na oddziale i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział procentowy dni w roku.
50 Odpowiada to 250 dniom (o 4 dni więcej niż w 2023 r.).

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

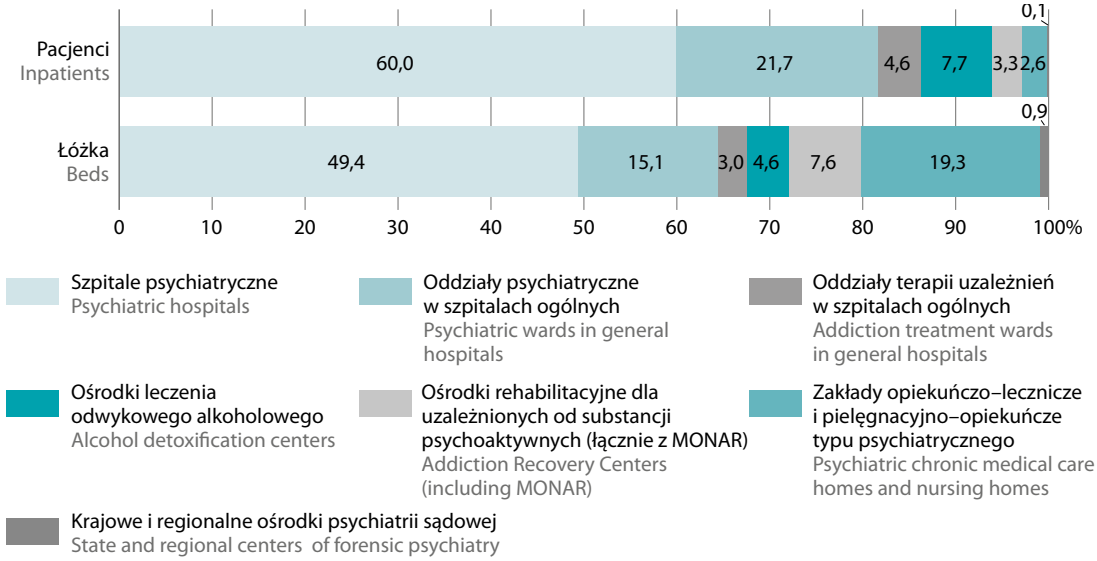


Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej[51]

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 2024 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną[52] przeznaczonych było łącznie 34,9 tys. łóżek (o 0,3% więcej niż w 2023 r.). Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według rodzaju realizowanej opieki nie zmieniła się znacząco. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek (67,5%) przypadało na psychiatryczną opiekę szpitalną (23,6 tys. łóżek, o 0,4% mniej niż w 2023 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 6,7 tys. łóżek. Placówki dla pacjentów uzależnionych, tj. ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego oraz ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (wraz z ośrodkami MONAR) dysponowały łącznie 4,3 tys. łóżek, natomiast krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej – 321 łóżkami.

Wykres 2.11. Łóżka i pacjenci zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2024 r.
Chart 2.11. Beds and inpatients of psychiatric facilities in 2024



Na koniec 2024 r. na terenie kraju funkcjonowały 64 szpitale psychiatryczne (o 2 więcej niż przed rokiem), dysponujące prawie 17,3 tys. łóżek (o 0,2% więcej niż w końcu 2023 r.). Liczba łóżek w tego rodzaju placówkach w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 46,0 (o 0,2 więcej niż w roku poprzednim) i wahała się od 10,4 w województwie zachodniopomorskim do 93,9 w województwie lubuskim. Z leczenia stacjonarnego w szpitalach psychiatrycznych skorzystało 196,9 tys. pacjentów, o 2,4% (o 4,5 tys. osób) więcej niż w 2023 r.

Podobnie jak przed rokiem najwięcej łóżek przeznaczonych na psychiatryczne leczenie szpitalne znajdowało się w województwie mazowieckim – 2,7 tys. łóżek. W województwie śląskim szpitale psychiatryczne dysponowały 1,8 tys. łóżek, a w wielkopolskim i dolnośląskim – po ok. 1,4 tys. łóżek. W szpitalach tych czterech województw przebywało łącznie 44,3% ogółu pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psy-

51 Opracowanie GUS na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
52 Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i terapii uzależnień w szpitalach ogólnych.

chiatrycznych w kraju (87,3 tys. osób). Najmniejszą liczbą leczonych charakteryzowało się województwo zachodniopomorskie, w którym odnotowano tylko 2,1 tys. osób.

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 158 oddziałach psychiatrycznych i 49 oddziałach terapii uzależnień. W oddziałach tych było dostępnych łącznie 6,3 tys. łóżek (o 1,8%, czyli o 118 łóżek mniej niż w 2023 r.), z których skorzystało niemal 86,3 tys. pacjentów (o 5,3%, czyli o prawie 4,4 tys. osób więcej niż w roku poprzednim), przy czym pacjenci oddziałów psychiatrycznych stanowili zdecydowaną większość (82,5%) leczonych na tych dwóch rodzajach oddziałów szpitalnych.

Średni czas pobytu chorego w szpitalach psychiatrycznych w kraju zmniejszył się i wyniósł 29,6 dnia (o 1,3 dnia mniej w porównaniu z 2023 r.), a w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był, podobnie jak w latach ubiegłych, nieco krótszy i wyniósł 24,2 dnia (o 2,2 dnia mniej niż w roku poprzednim). Na oddziałach terapii uzależnień, gdzie pobyty są krótsze, hospitalizacje trwały średnio 22,7 dnia (o 0,5 dnia więcej niż w 2023 r.). Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych poszczególnych województw była zróżnicowana. Najdłuższy średni pobyt odnotowano w województwie śląskim (38,9 dnia), a najkrótszy w opolskim (19,6 dnia).

Kolejnym rodzajem placówek całodobowej opieki psychiatrycznej są ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych i ośrodki MONAR[53]. W 2024 r. funkcjonowały 62 takie ośrodki (o 8 więcej niż w 2023 r.) i dysponowały one łącznie prawie 2,7 tys. łóżek (o 6,6% więcej niż w roku poprzednim). Skorzystało z nich ponad 10,7 tys. osób uzależnionych (o 11,3% więcej niż w 2023 r.). W placówkach zlokalizowanych na terenie czterech województw przebywało[54] 51,3% rehabilitowanych – w dolnośląskim (1 593 osoby), mazowieckim (1 538), lubuskim (1 279) i łódzkim (1 092). Średni pobyt podopiecznych wyniósł 77,4 dnia i był o 3,8 dnia krótszy niż w 2023 r. W porównaniu z rokiem poprzednim dłuższe pobyty zostały odnotowane w siedmiu województwach, z wyjątkiem: małopolskiego (średni czas pobytu pacjentów był krótszy o 63,4 dnia), pomorskiego (52,5), zachodniopomorskiego (41,5), świętokrzyskiego (39,3), wielkopolskiego (37,3), dolnośląskiego (25,6), lubuskiego (24,6) i opolskiego (10,9).

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w 2024 r. na terenie kraju funkcjonowały 32 (o 2 mniej niż w 2023 r.) ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego. Dysponowały one 1,6 tys. łóżek (o 7,1% mniej niż przed rokiem), a skorzystało z nich prawie 25,4 tys. osób, tj. o 0,7% więcej niż w roku poprzednim. Powyżej 1 tys. pacjentów zostało zarejestrowanych w siedmiu województwach: dolnośląskim, łódzkim, opolskim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim. Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 19,3 dnia (o 1,6 dnia mniej niż w 2023 r.). W porównaniu z oddziałami terapii uzależnień, znajdującymi się w szpitalach ogólnych, pobyt w tych ośrodkach był krótszy o 3,4 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 2024 r. na terenie kraju odnotowano 5 tego typu zakładów, dysponujących łącznie 321 łóżkami. Przebywało w nich 457 osób (o 21 osób więcej niż w roku poprzednim), a średni czas ich pobytu wyniósł 212,7 dnia i był o 4 dni krótszy niż w 2023 r.

Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej są placówkami cechującymi się bardzo wysokimi wartościami wskaźnika przeciętnego wykorzystania łóżek w ciągu roku. W 2024 r. wskaźnik ten dla szpitali psychiatrycznych w Polsce wyniósł 92,4% (337,2 dnia). Wartość powyżej średniej krajowej została odnotowana w dziewięciu województwach (kujawsko-pomorskim, lubelskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim), natomiast wskaźnik poniżej 90% wystąpił tylko w czterech województwach (świętokrzyskim – 88,2%, lubuskim – 84,0%, łódzkim – 86,3% i dolnośląskim – 89,6%). W przypadku ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym ośrodków MONAR, przeciętne wykorzystanie łóżek wyniosło 87,4% (319,1 dnia),

53 Od 2020 r. dane o ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ośrodkach MONAR są prezentowane łączne.
54 Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

przy czym wartość powyżej 90% odnotowano w pięciu województwach: dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim. W ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego wskaźniki wykorzystania łóżek są niższe i w 2024 r. dla tego typu placówek ogółem wyniósł 84,7% (309,1 dnia). Wskaźniki powyżej 90% charakteryzowały cztery województwa: opolskie, pomorskie, śląskie i zachodniopomorskie. Dla krajowych i regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek w roku wyniósł 83,0% (302,8 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–leczniczych oraz pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo–leczniczych 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 2024 r. na terenie kraju funkcjonowało 618 zakładów typu leczniczo–pielęgnacyjnego[55] (o 1,0% mniej niż w 2023 r.) i 236 stacjonarnych placówek świadczących usługi hospicyjno–paliatywne (o 3,5% więcej niż w roku poprzednim)[56]. Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno–paliatywnej dysponowały (łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych) 44,4 tys. łóżek i było to o 1,6% więcej niż w 2023 r. Zapewniły one opiekę w warunkach stacjonarnych prawie 118,0 tys. osób (o 2,5% więcej niż w roku poprzednim).

Według stanu w dniu 31 grudnia 2024 r. osoby w wieku 65 lat lub więcej przebywające w tego typu placówkach stanowiły 82,0% pacjentów (32,3 tys. osób) i było ich o 2,0% więcej niż analogicznym okresie 2023 r. W omawianej grupie wieku największy wzrost dotyczył pacjentów w wieku 75–79 lat – o 2,1% (115 osób) więcej niż rok wcześniej. W przypadku pozostałych grup wieku również odnotowano większą niż przed rokiem liczbę podopiecznych: w wieku 80 lat lub więcej – o 2,0% (367 osób) więcej, natomiast w wieku 65–74 lat – o 1,7% (136 osób) więcej.

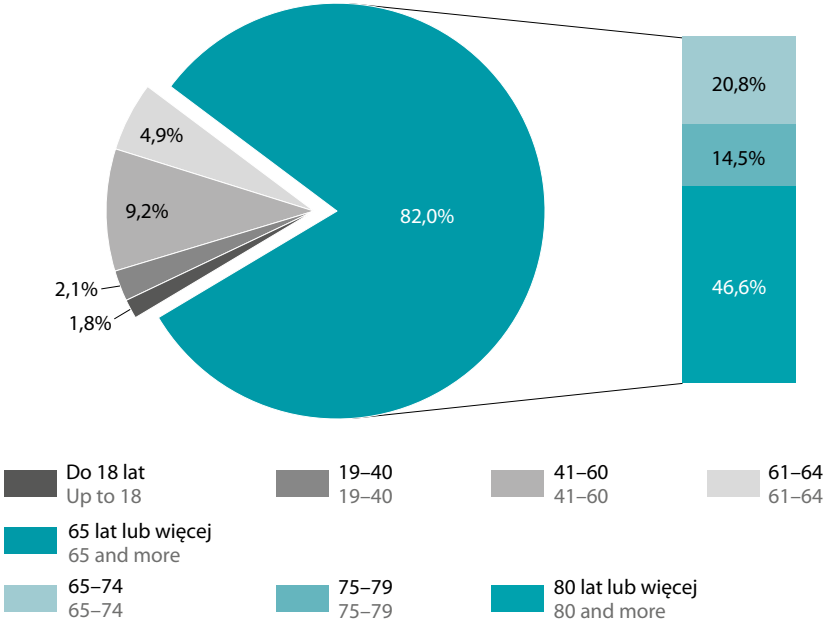
Podobnie jak w roku poprzednim, na koniec 2024 r. przebywało w tych zakładach blisko dwa razy więcej kobiet (25,9 tys.) niż mężczyzn (13,5 tys.), przy czym udział płci pacjentów był różny w zależności od grupy wiekowej. W przypadku osób w wieku 65–79 lat, liczba kobiet i mężczyzn nie różniła się tak znacznie (na jednego mężczyznę przypadało 1,3 kobiety) jak w najstarszej grupie (80 lat lub więcej), gdzie na jednego mężczyznę przypadało 4,6 kobiety. W niższych grupach wieku, poniżej 65. roku życia, przeważali mężczyźni stanowiący 60,7% ogółu pacjentów (4,3 tys. osób).

55 Pod tym pojęciem należy rozumieć zakłady opiekuńczo–lecznicze oraz pielęgnacyjno–opiekuńcze o profilu ogólnym, a także zakłady opiekuńczo–lecznicze 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 wg wieku w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia

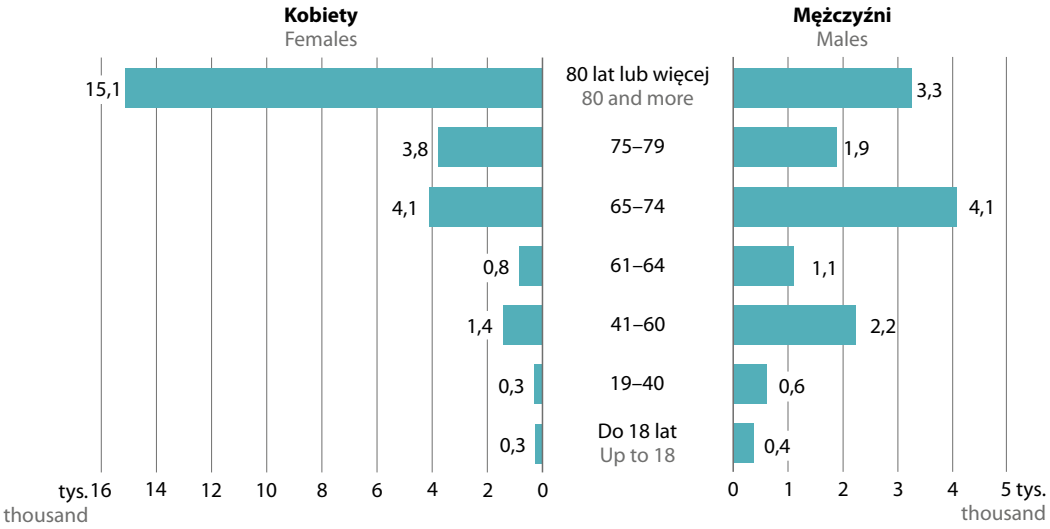
Chart 2.12. Patients in long term care facilities[a] including hospices and palliative wards by age in 2024 As of 31 December



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 wieku w 2024 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 in 2024 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.

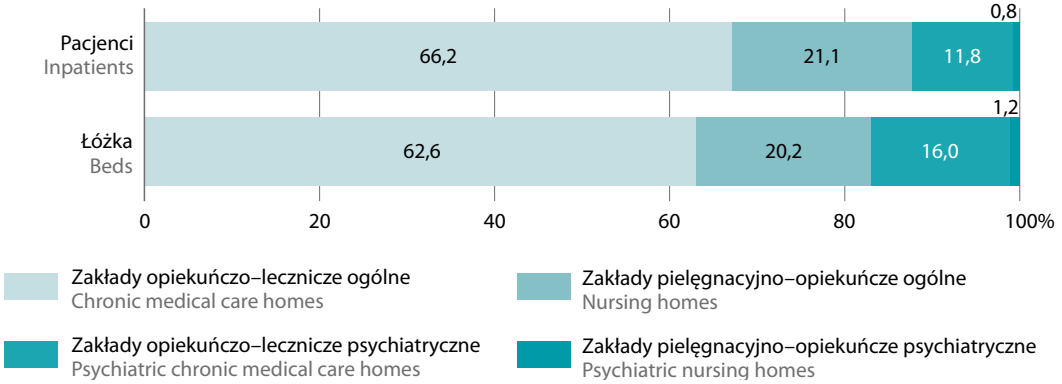
Na koniec 2024 r. baza łóżkowa zakładów opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wyniosła 39,3 tys., o 0,7% łóżek więcej niż w 2023 r. Wzrost liczby łóżek odnotowano zarówno w zakładach o charakterze ogólnym (32,5 tys., tj. o 0,4% łóżek więcej niż w 2023 r.), jak i w placówkach przeznaczonych na długoterminową opiekę psychiatryczną (6,7 tys., tj. o 2,2% łóżek więcej niż przed rokiem). Łącznie w zakładach opieki długoterminowej przebywało 66,5 tys. osób, o 0,9% mniej niż w 2023 r., przy czym 12,6% stanowili pacjenci długoterminowej opieki psychiatrycznej (8,4 tys. osób, o 2,3% więcej niż przed rokiem).

Z długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej skorzystało podobnie jak w 2023 r. blisko 18 osób na 10 tys. ludności, przy czym wartość tego wskaźnika wahała się w poszczególnych województwach od 11 osób w wielkopolskim do 23 osób w podkarpackim i lubelskim. W porównaniu z 2023 r. największy wzrost wartości wskaźnika pacjentów (dla obu typów zakładów łącznie) na 10 tys. ludności wystąpił w województwie kujawsko-pomorskim (z 18,1 do 20,0), natomiast największy spadek odnotowano w województwie pomorskim (z 14,7 do 13,1).

W końcu 2024 r. na 10 tys. ludności przypadało ponad 10 łóżek w zakładach stacjonarnych typu leczniczo–pielęgnacyjnego. Największą wartość tego wskaźnika zarejestrowano w województwie dolnośląskim (14,5 łóżek), a najmniejszą – w województwie wielkopolskim – 5,4 łóżek). W stosunku do 2023 r. wartość wskaźnika liczby łóżek (dla obu typów zakładów łącznie) na 10 tys. ludności zwiększyła się we wszystkich województwach. Wzrost wskaźnika nastąpił w 11 województwach, największy odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (z 10,0 do 10,6). Spadki wskaźnika miały miejsce w 5 województwach, a największy w województwie zachodniopomorskim (z 7,5 do 6,9)..

Wykres 2.14. Pacjenci i łóżka w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej wg rodzaju zakładu w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.14. Inpatient and beds in long term care facilities by type of the facility in 2024
As of 31 December



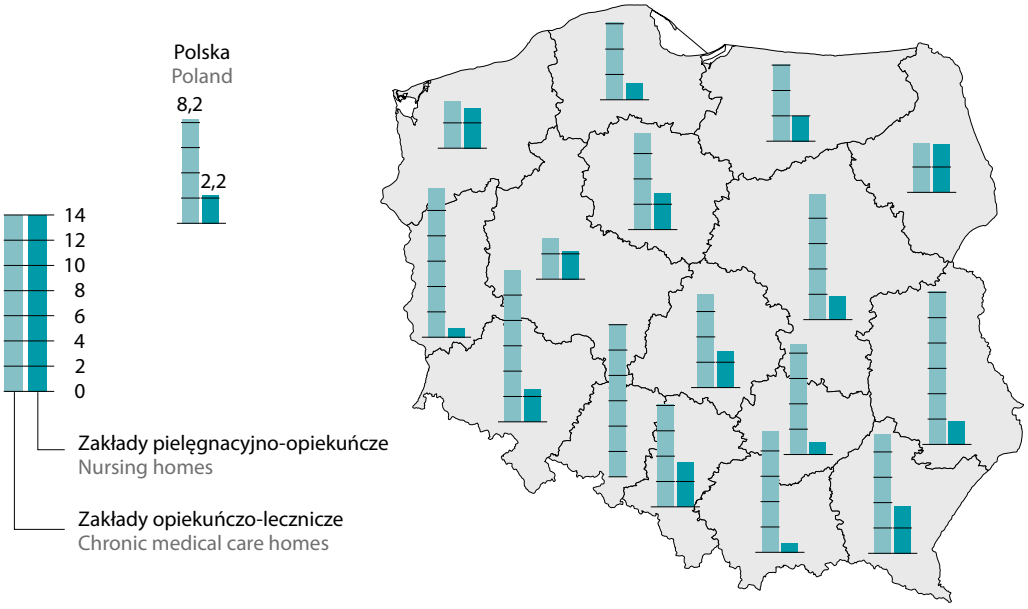
Stacjonarne zakłady opiekuńczo–lecznicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki przeciętnego wykorzystania łóżek w ciągu roku. W 2024 r. dla zakładów opiekuńczo–leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł 90,7% (331,0 dnia, tj. o 4,6 dnia więcej niż rok wcześniej), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno–opiekuńczych typu ogólnego – 93,2% (340,1 dnia, tj. o 5,8 dnia więcej niż w 2023 r.).

W zakładach typu psychiatrycznego wskaźniki wykorzystania łóżek są z reguły wyższe niż w zakładach typu ogólnego. W psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–leczniczych wskaźnik przeciętnego wykorzystania wyniósł 97,8% (356,9 dnia, tj. o 5,1 dnia więcej niż przed rokiem), a w placówkach psychiatrycznych pielęgnacyjno–opiekuńczych – 97,9% (357,4 dni, tj. o 7,7 dnia więcej niż w 2023 r.).

W 2024 r. liczba pacjentów korzystających z tych instytucjonalnych form opieki długoterminowej była o 0,9% mniejsza (o 609 osób) niż w roku 2023 r.

Mapa 2.4. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia

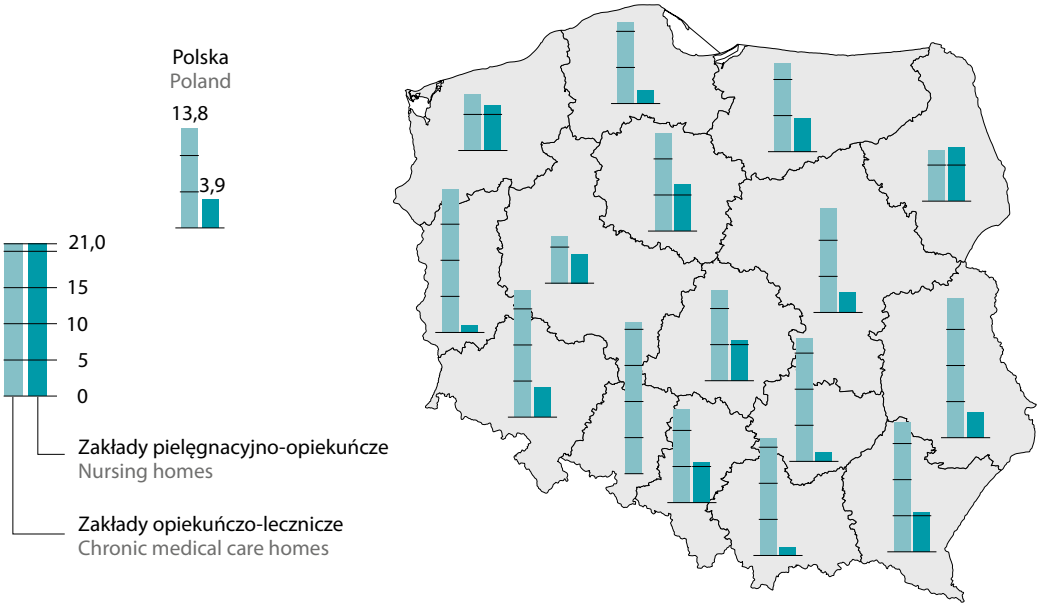
Map 2.4. Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2024
As of 31 December



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 2024 r.

Map 2.5. Inpatients in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2024



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

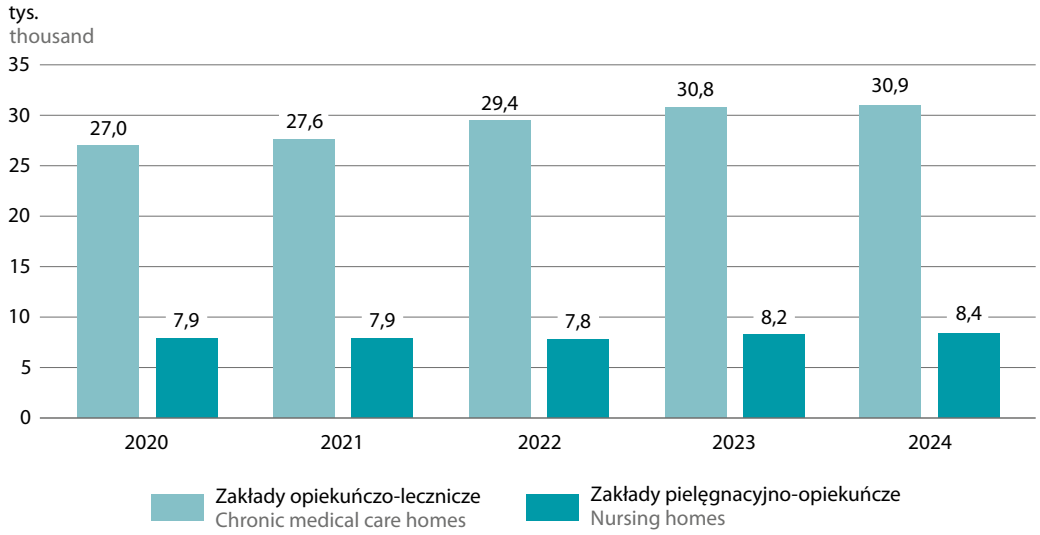
W 2024 r. odnotowano 390 zakładów opiekuńczo–leczniczych o profilu ogólnym (o 6 mniej niż w 2023 r.), które dysponowały podobną liczbą łóżek jak w roku ubiegłym. Z opieki skorzystało 44,1 tys. osób (o 2,3% mniej niż w 2023 r.). Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 182,0 dnia i w porównaniu do 2023 r. był o 7,6 dnia dłuższy.

W zakładach pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym (157 placówek, o 1 mniej niż w 2023 r.) baza łóżkowa zwiększyła się w stosunku do stanu w 2023 r. (7,9 tys. łóżek, tj. o 1,7% więcej niż przed rokiem), a wraz z nią zwiększyła się również liczba leczonych, która wynosiła 14,1 tys. osób (o 1,8% więcej niż w roku poprzednim). Średni pobyt pacjenta trwał około 133,7 dnia i był o 50,3 dnia krótszy niż w 2023 r.

W 2024 r. liczba placówek opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych typu psychiatrycznego, w porównaniu do poprzedniego roku, zwiększyła się (71 placówek, tj. o 1 więcej niż rok wcześniej). Dysponowały one 6,7 tys. łóżek (o 2,2% więcej) i w placówkach tych leczonych było w ciągu roku 8,4 tys. pacjentów (o 2,3% więcej). Średni czas pobytu pacjenta wydłużył się w stosunku do tego sprzed roku i w zakładach opiekuńczo–leczniczych wyniósł 285,0 dni (o 4 dni dłuższy), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno–opiekuńczych – 292,4 dnia (o 4,6 dnia dłuższy).

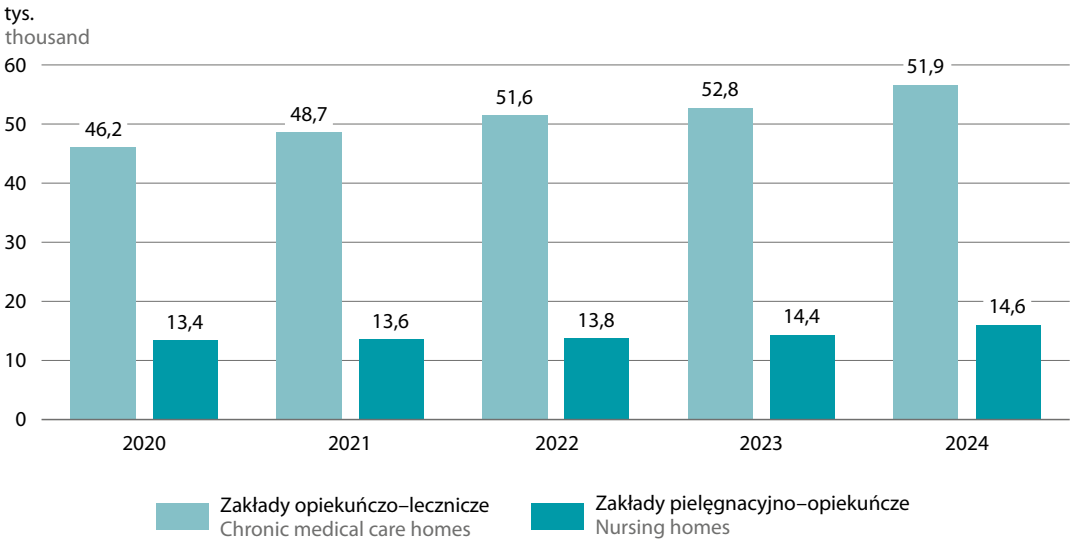
Wykres 2.15. Łóżka w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych[a]
Stan w dniu 31 grudnia

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



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

Wykres 2.16. Pacjenci w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych[a]
Chart 2.16. Inpatients in chronic medical care homes and nursing homes[a]



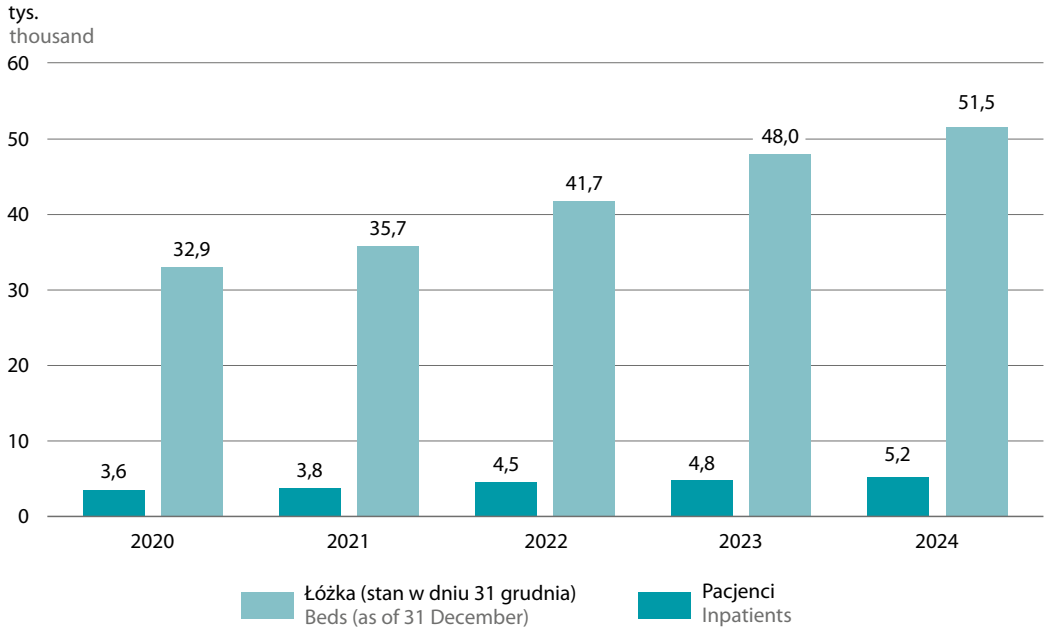
a Łącznie z zakładami opiekuńczo–leczniczymi i pielęgnacyjno–opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

W 2024 r. opieka hospicyjno–paliatywna była realizowana w 142 hospicjach stacjonarnych (o 4 więcej niż w 2023 r.), 38 oddziałach opieki paliatywnej (o 2 mniej niż w roku poprzednim) oraz na 56 oddziałach paliatywnych i hospicyjnych działających w szpitalach ogólnych (o 6 więcej niż w roku poprzednim). Łącznie placówki te dysponowały 5,2 tys. łóżek, o 8,9% więcej niż w 2023 r. Najwięcej łóżek znajdowało się w hospicjach[57] – 3,3 tys., co stanowiło blisko 2/3 (63,0%) bazy łóżkowej dostępnej dla pacjentów w tego rodzaju placówkach.

Zakłady opieki hospicyjno–paliatywnej udzieliły pomocy ponad 51,5 tys. pacjentów (o 7,3% więcej niż w 2023 r.), przy czym ponad połowa z nich – 54,4% (tj. 28,0 tys. osób, o 3,9% więcej) przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali podopieczni skorzystali z oddziałów opieki paliatywnej działających poza strukturą szpitali (19,2% pacjentów) lub z oddziałów funkcjonujących w ramach szpitali ogólnych (26,4% ogółu korzystających z tej formy opieki).

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



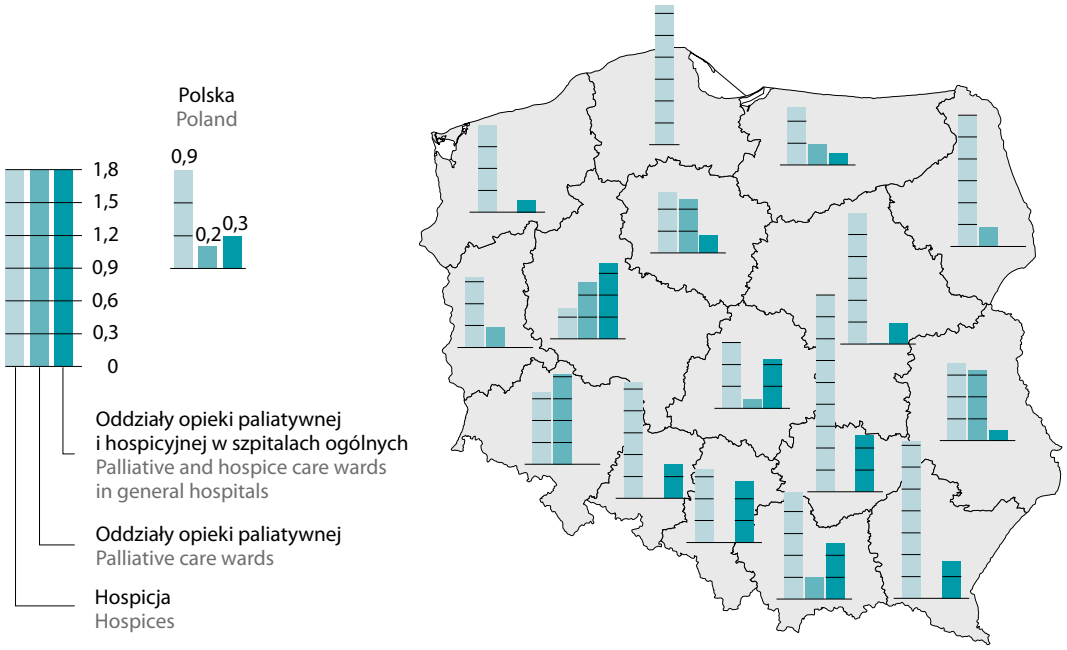
W 2024 r. średni pobyt pacjenta w hospicjach był zbliżony do tego sprzed roku i trwał 35,4 dnia (o 0,3 dnia mniej niż w 2023 r.). W oddziałach paliatywnych, w których pobyty zwykle są krótsze niż w hospicjach, średni pobyt pacjenta w oddziałach działających poza strukturą szpitali trwał 23,5 dnia (o 0,3 dnia mniej niż w poprzednim roku), a na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych – 23,3 dnia (o 1,3 dnia więcej).

Z opieki hospicyjno–paliatywnej, realizowanej w systemie stacjonarnym w wymienionych trzech typach placówek, w 2024 r. skorzystało średnio prawie 14 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: małopolskim, wielkopolskim i podkarpackim (po 16 osób). Najniższą wartość tego wskaźnika (do 9 osób na 10 tys. ludności) odnotowano natomiast w województwie zachodniopomorskim (8 osób) i warmińsko-mazurskim (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 2024 r. tego typu opieką objęto łącznie 6,6 tys. osób, o 5,8% mniej niż w 2023 r. Większość pacjentów (94,2%) stanowiły osoby leczone w domu.

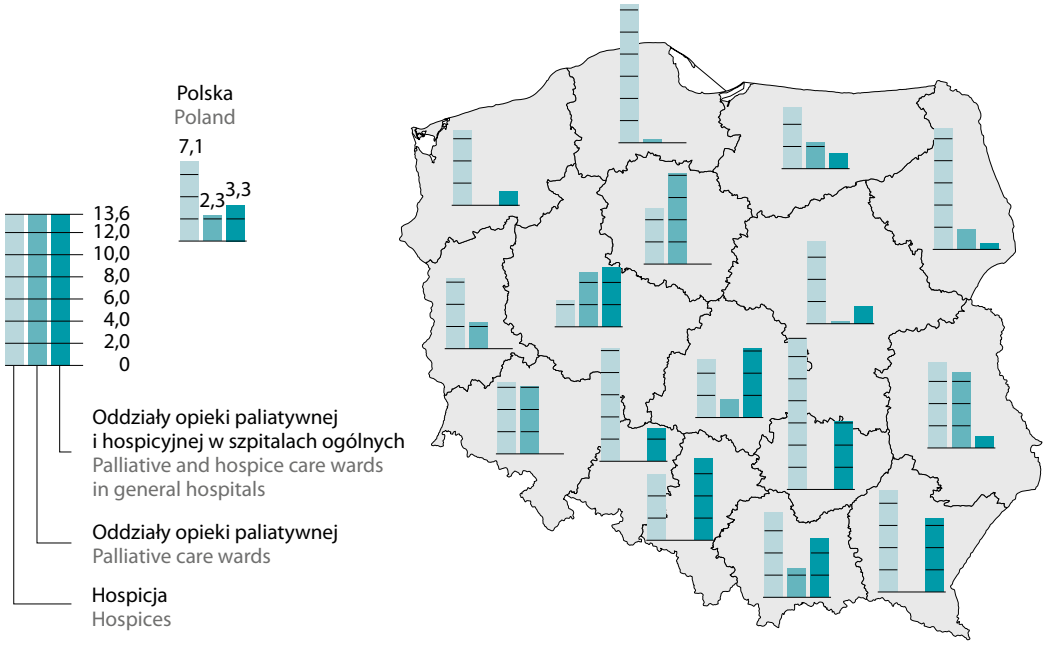
Mapa 2.6. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia

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 2024
As of 31 December

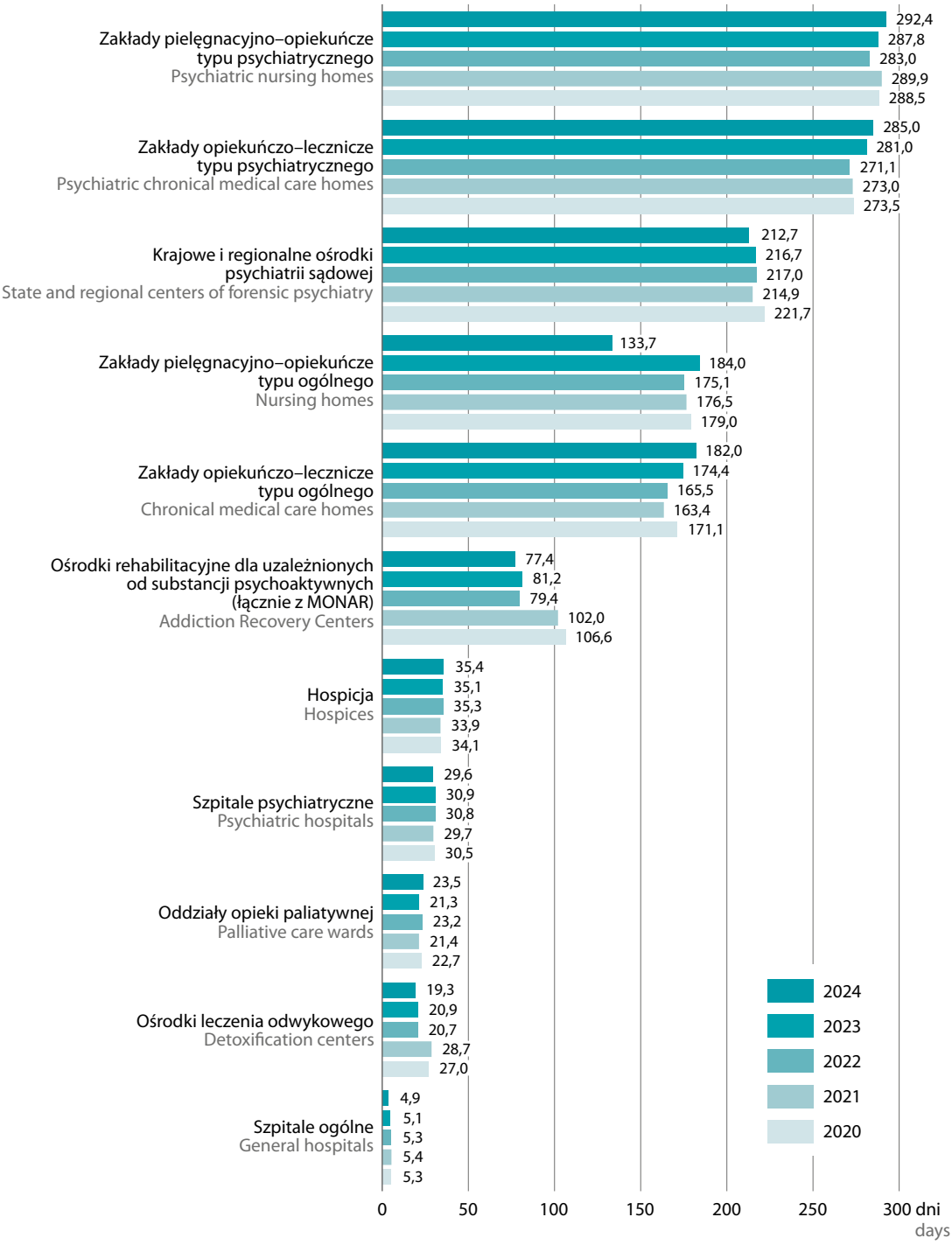


Mapa 2.7. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw w 2024 r.

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 2024



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 Facilites	Łóżka Beds	Leczeni w tysiącach Inpatients in thousand	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpatients in days
SZPITALE OGÓLNE GENERAL HOSPITALS				
2023	894	161 207	7 159,5	5,1
2024	**888**	**159 878**	**7 574,8**	**4,9**
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE TYPU OGÓLNEGO CHRONICAL MEDICAL CARE HOMES				
2023	396	24 587	45,1	174,4
2024	**390**	**24 588**	**44,1**	**182,0**
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE TYPU OGÓLNEGO NURSING HOMES				
2023	158	7 793	13,8	184
2024	**157**	**7 926**	**14,1**	**133,7**
HOSPICJA HOSPICES				
2023	138	3 088	27	35,1
2024	**142**	**3 270**	**28**	**35,4**
ODDZIAŁY OPIEKI PALIATYWNEJ PALLIATIVE CARE WARDS				
2023	40	716	8,7	23,8
2024	**38**	**805**	**9,9**	**23,5**
SZPITALE PSYCHIATRYCZNE PSYCHIATRIC HOSPITALS				
2023	62	17 228	192,3	30,9
2024	**64**	**17 260**	**196,9**	**29,6**
KRAJOWE I REGIONALNE OŚRODKI PSYCHIATRII SĄDOWEJ STATE AND REGIONAL CENTERS OF FORENSIC PSYCHIATRY				
2023	5	309	0,4	216,7
2024	**5**	**321**	**0,4**	**212,7**
OŚRODKI LECZENIA ODWYKOWEGO ALKOHOLOWEGO ALCOHOL DETOXIFICATION CENTERS				
2023	34	1 729	25,2	20,9
2024	**32**	**1 606**	**25,4**	**19,3**
OŚRODKI REHABILITACYJNE DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ADDICTION RECOVERY CENTERS				
2023	54	2 500	9,6	81,2
2024	**62**	**2 665**	**10,7**	**77,4**
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE TYPU PSYCHIATRYCZNEGO PSYCHIATRIC CHRONICAL MEDICAL CARE HOMES				
2023	54	2 500	9,6	81,2
2024	**62**	**2 665**	**10,7**	**77,4**

Tablica 2.2. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej (dok.)
Table 2.2. Inpatient health care facilities (cont.)

LATA YEARS	Placówki Facilites	Łóżka Beds	Leczeni w tysiącach Inpatients in thousand	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpatients in days
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE TYPU PSYCHIATRYCZNEGO PSYCHIATRIC NURSING HOMES				
2023	6	440	0,5	287,8
2024	**6**	**453**	**0,5**	**292,4**

Lecznictwo uzdrowiskowe[58]

Zagrożenia zdrowia wynikające z postępu chorób cywilizacyjnych powodują zainteresowanie społeczeństwa metodami lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej. Duże znaczenie w tym kontekście mają także procesy demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa i wydłużeniem długości trwania życia, podobnie jak i upowszechnianie się prozdrowotnych stylów życia wyrażających troskę o zachowanie sprawności fizycznej i zdrowia psychicznego. Czynniki te w istotnym stopniu wpływają na działalność zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, które dostosowują swoją ofertę zabiegową do potrzeb i oczekiwań współczesnych kuracjuszy. Uzdrowiska są ważnym elementem rozwoju gospodarczego i turystycznego gmin i regionów (np. źródła dochodu, tworzenie miejsc pracy, obsługi hotelarskiej, infrastruktury komunalnej i rekreacyjnej). W sektorze lecznictwa uzdrowiskowego coraz istotniejsze znaczenie mają kuracjusze pełnopłatni, którzy w czasie pobytu leczniczego chętnie korzystają również z oferty turystycznej odwiedzanej miejscowości, przyczyniając się do rozwoju gospodarki regionu.

Lecznictwo uzdrowiskowe stanowi integralną część systemu ochrony zdrowia, będąc często kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Jest ono ukierunkowane na rehabilitację zdrowia w stanach pooperacyjnych lub chorób przewlekłych, wzmocnienie odporności i regenerację, a także podnoszenie ogólnego stanu zdrowia przez profilaktykę, czyli zapobieganie różnego rodzaju schorzeniom i niepełnosprawnościom. Lecznictwo uzdrowiskowe to zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu stacjonarnych lub ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonych w uzdrowiskach przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, obejmujące szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze oraz przychodnie uzdrowiskowe. Zakłady te w procesie leczniczym wykorzystują naturalne surowce lecznicze (np. wody mineralne, borowiny, solanki, wody siarczkowe, gazy lecznicze), właściwości klimatu i mikroklimatu oraz walory krajobrazowe regionu. Oprócz tego, w ramach kierunków leczniczych ustalonych dla danego uzdrowiska stosuje się różnorodne zabiegi fizjoterapeutyczne (np. hydroterapię, kinezyterapię, masaże lecznicze), które mają pomagać pacjentom szybciej wrócić do zdrowia i sprawności. Pobyty uzdrowiskowe trwają zazwyczaj od 2 do 3 tygodni i oprócz zabiegów leczniczych, usług bytowych (np. noclegów, wyżywienia, opieki lekarskiej), zapewniają kuracjuszom możliwość udziału w różnych aktywnościach o charakterze kulturowym, rozrywkowym i rekreacyjno-sportowym.

W Polsce na terenie 13 województw funkcjonuje 47 obszarów, którym nadano status uzdrowiska, oraz jedno sanatorium uzdrowiskowe w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych Kopalni Soli w Wieliczce. Uzdrowisk nie posiadają województwa: lubuskie, opolskie i wielkopolskie. Ze względu na położenie geograficzne uzdrowiska dzielone są na: nizinne – położone do 200 m n.p.m. (18 uzdrowisk), nadmorskie – położone w odległości nie większej niż 3 km od brzegu morza (6), podgórskie – położone od 200 do 400 m n.p.m. (15 uzdrowisk), górskie – położone od 400 do 800 m n.p.m. (8 uzdrowisk) oraz podziemne (jedno sanatorium utworzone w podziemnym wyrobisku górniczym). Każde z uzdrowisk posiada specyficzny klimat, surowce naturalne oraz indywidualny profil leczniczy, określający specjalizację w leczeniu i rehabilitacji konkretnych schorzeń.

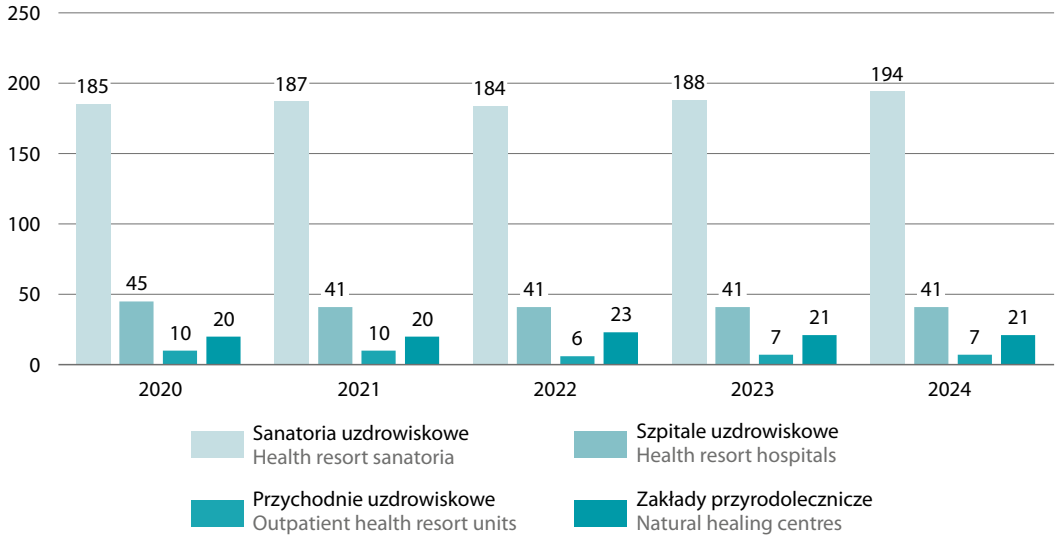
58 Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

Mapa 2.8. Uzdrowiska w Polsce w 2024 r.
Map 2.8. Health resort areas in Poland in 2024

Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne, co wynika z występowania naturalnych surowców leczniczych. Wyraźna koncentracja uzdrowisk i zakładów uzdrowiskowych jest w pięciu województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 54 zakłady), małopolskim (10 uzdrowisk – 43 zakłady i jedno sanatorium utworzone w podziemnym wyrobisku górniczym), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 41 zakładów), kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska – 37 zakładów) i podkarpackim (5 uzdrowisk – 28 zakładów).

W tych pięciu województwach w 2024 r. znajdowało się 77,2% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy czym najwięcej jest ich na terenie uzdrowisk Ciechocinek (28 zakładów) i Kołobrzeg (20 zakładów). Łącznie na terenie kraju odnotowano 263 zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (o 6 więcej niż na koniec 2023 r.).

Wykres 2.19. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 2.19. Health resort facilities
As of 31 December

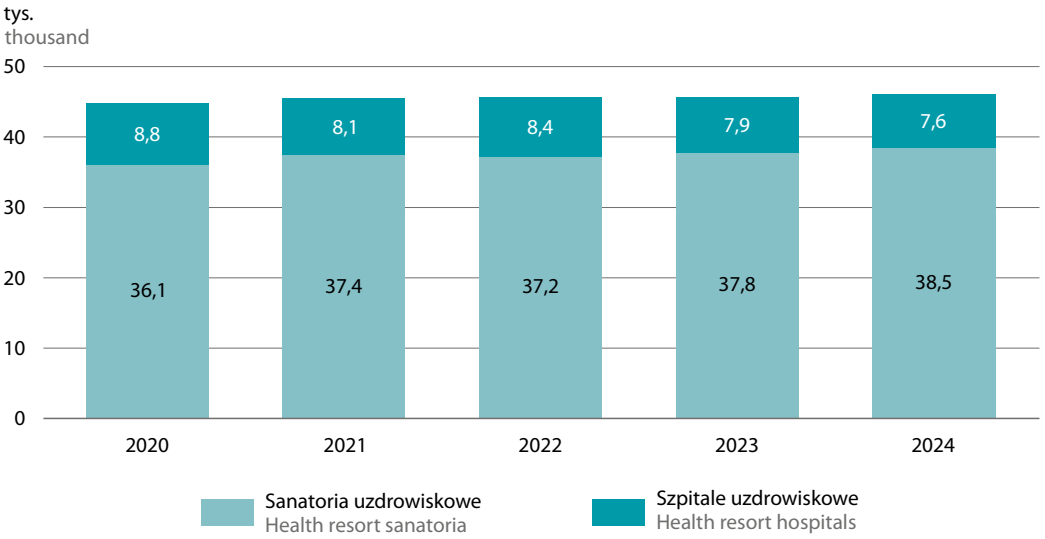


Przeważająca większość zakładów uzdrowiskowych (89,4%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym – sanatoria (194 placówki) i szpitale uzdrowiskowe (41). Zakłady działające w trybie ambulatoryjnym – przychodnie uzdrowiskowe (7) i zakłady przyrodolecznicze (21) – stanowiły 10,6% placówek.

W końcu 2024 r. szpitale i sanatoria uzdrowiskowe dysponowały łącznie 46,1 tys. łóżek, o 449 więcej niż w 2023 r.

Baza łóżkowa w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego przeznaczona jest dla pacjentów i kuracjuszy, którzy korzystają z leczenia stacjonarnego w danym uzdrowisku. Podobnie jak w latach poprzednich, 83,5% 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 facility
As of 31 December



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

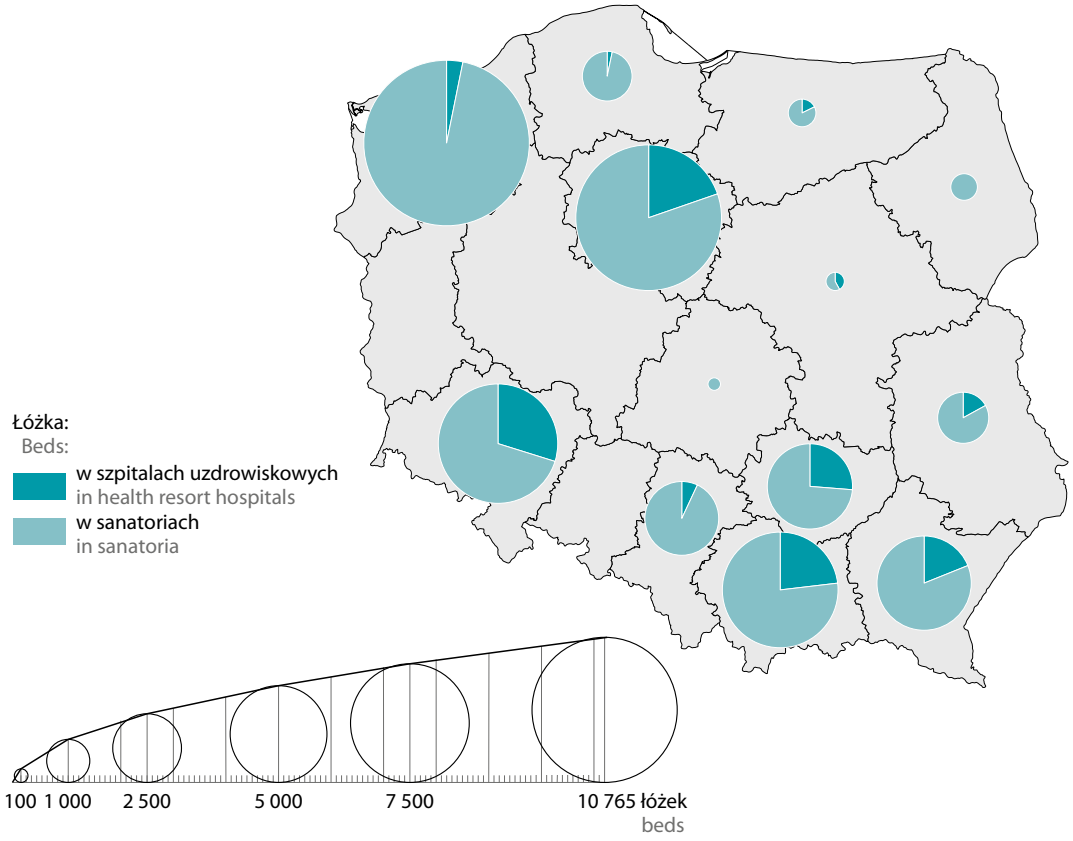
Table 2.3. Dynamics of health resort beds in health resort facilities
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022	2023	**2024**
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Łóżka ogółem Total beds	99,0	101,2	100,3	100,1	**101,0**
Szpitale uzdrowiskowe Heath resort hospitals	98,4	91,5	104,5	93,5	**96,9**
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	99,2	103,6	99,5	101,7	**101,8**

Około 69,1% łóżek uzdrowiskowych znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego (11,0 tys. łóżek, w tym 6,3 tys. na terenie uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko–pomorskiego (8,8 tys. łóżek, w tym 5,5 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskiego (6,2 tys. łóżek, w tym 3,7 tys. na terenie uzdrowisk: Długopole–Zdrój, Duszniki–Zdrój, Kudowa–Zdrój, Polanica–Zdrój i Lądek–Zdrój) oraz małopolskiego (5,9 tys. łóżek, w tym 3,5 tys. w uzdrowiskach: Krynica–Zdrój, Muszyna, Złockie, Piwniczna–Zdrój i Żegiestów–Zdrój).

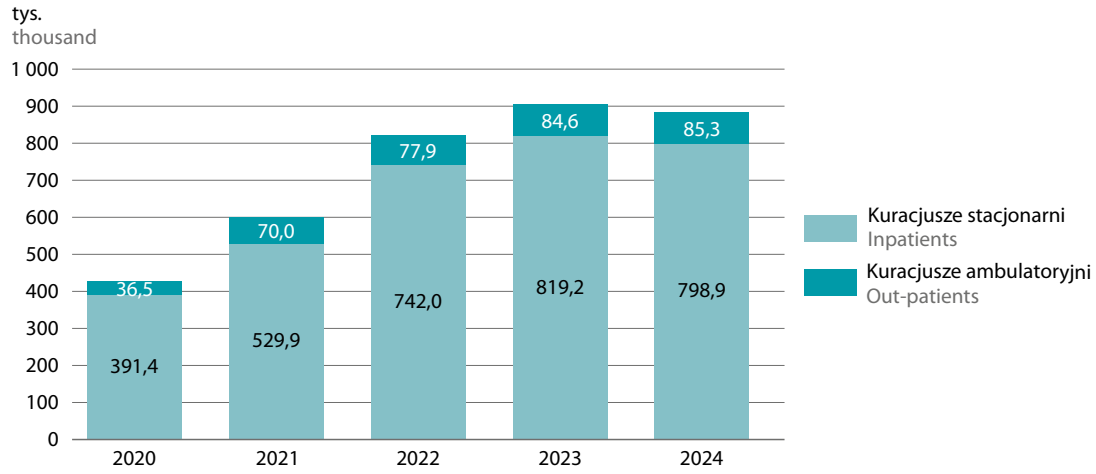
Mapa 2.9. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2024 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.9. Beds in health resort facilities by voivodships in 2024
As of 31 December



W 2024 r. z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 884,2 tys. osób, o 2,2% mniej niż w 2023 r. Większość (90,4%) stanowili kuracjusze stacjonarni – 798,9 tys. osób, o 2,5% mniej niż przed rokiem. Z leczenia ambulatoryjnego skorzystało natomiast 85,3 tys. kuracjuszy, o 0,9% więcej niż w roku poprzednim.

Wykres 2.21. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 2.21. Patients in health resort facilities

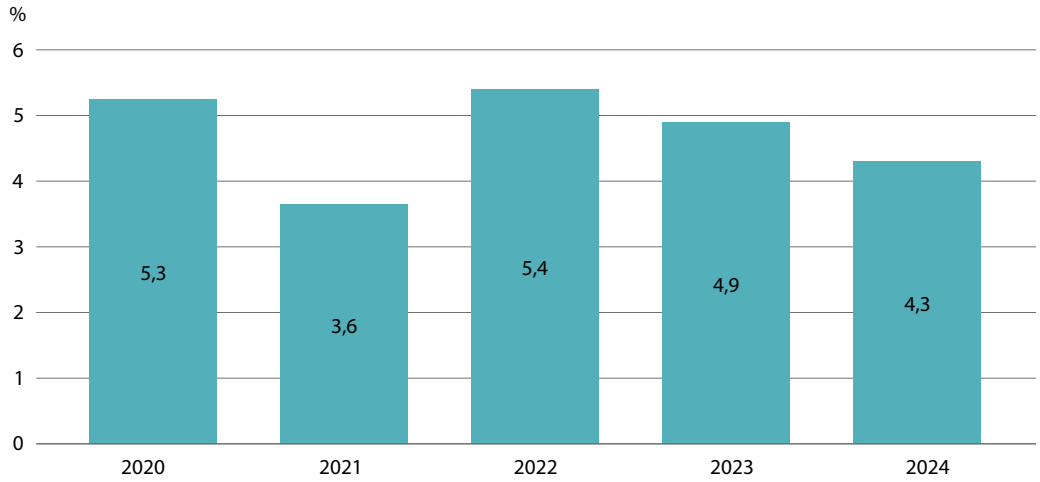


Tablica 2.4. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym
Table 2.4. Dynamics of health resort patients (inpatient and outpatients)

Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022	2023	**2024**
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Kuracjusze ogółem Total patients	49,9	140,2	136,7	110,2	**97,8**
Kuracjusze stacjonarni Inpatients	50,0	135,4	140,0	110,4	**97,5**
Kuracjusze ambulatoryjni Out-patients	48,1	191,7	111,2	108,5	**100,9**

Liczba polskich kuracjuszy leczonych stacjonarnie wyniosła 764,3 tys. osób, o 1,9% mniej niż w roku poprzednim, natomiast kuracjuszy zagranicznych – 34,7 tys. osób, o 13,7% mniej niż przed rokiem. Cudzoziemcy stanowili 4,3% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

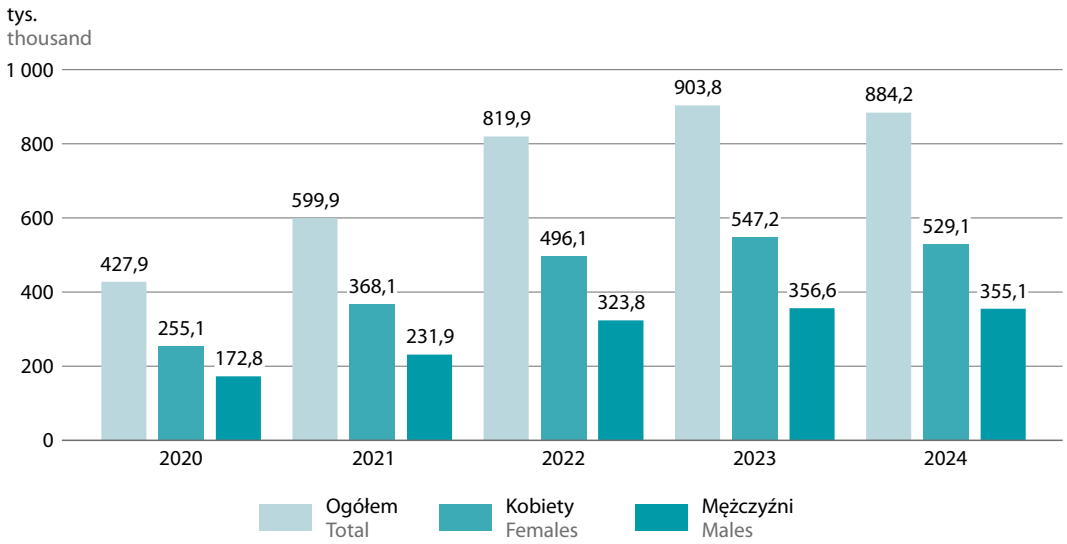
Wykres 2.22. **Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego**
Chart 2.22. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities



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	2020	2021	2022	2023	**2024**
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Kuracjusze polscy Poles	50,6	137,7	137,5	111,0	**98,1**
Cudzoziemcy Foreigners	41,3	93,8	207,1	100,6	**86,3**

Wykres 2.23. **Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego wg płci**
Chart 2.23. Patients of health resort facilities by sex



Z leczenia uzdrowiskowego[59] skorzystało 2,4% mieszkańców (849,6 tys. osób). Podobnie jak w latach poprzednich leczyło się więcej kobiet (59,7%) niż mężczyzn (40,3%). Szacuje się, że z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 2,6% kobiet oraz 1,9% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

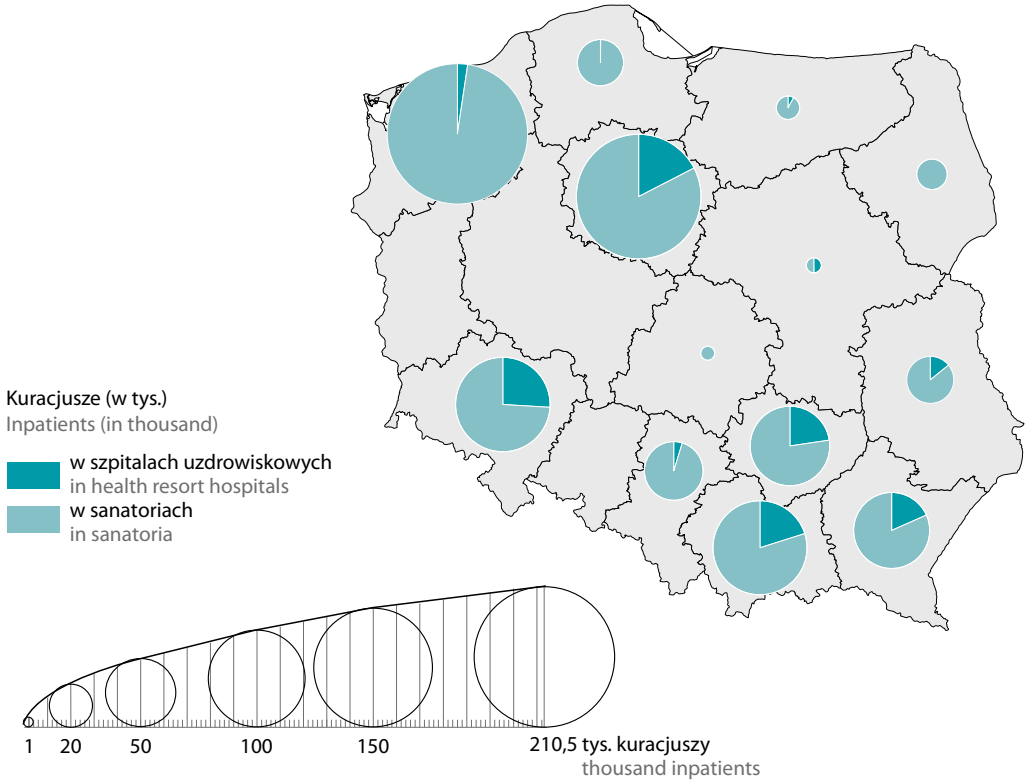
Polscy kuracjusze w wieku 65 lat lub więcej (477,3 tys. osób) stanowili 6,2% ogółu ludności w tym wieku, natomiast osoby młodsze, poniżej 65 roku życia (358,8 tys. osób) – 1,2% ogółu ludności w tym wieku.

Najwięcej kuracjuszy[60] przebywało w uzdrowiskach województwa zachodniopomorskiego (210,5 tys.). Kolejnymi województwami pod względem liczby leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach były: kujawsko–pomorskie (166,0 tys.), dolnośląskie (95,2 tys.), małopolskie (94,3 tys.), świętokrzyskie (67,7 tys.) i podkarpackie (61,6 tys.). W pozostałych województwach liczba kuracjuszy nie przekroczyła 40 tys. osób.

Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku, bez względu na wiek i obywatelstwo, wyniósł 16,0 dni i był o 0,1 dnia dłuższy niż w roku poprzednim.

Mapa 2.10. Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg województw w 2024 r.

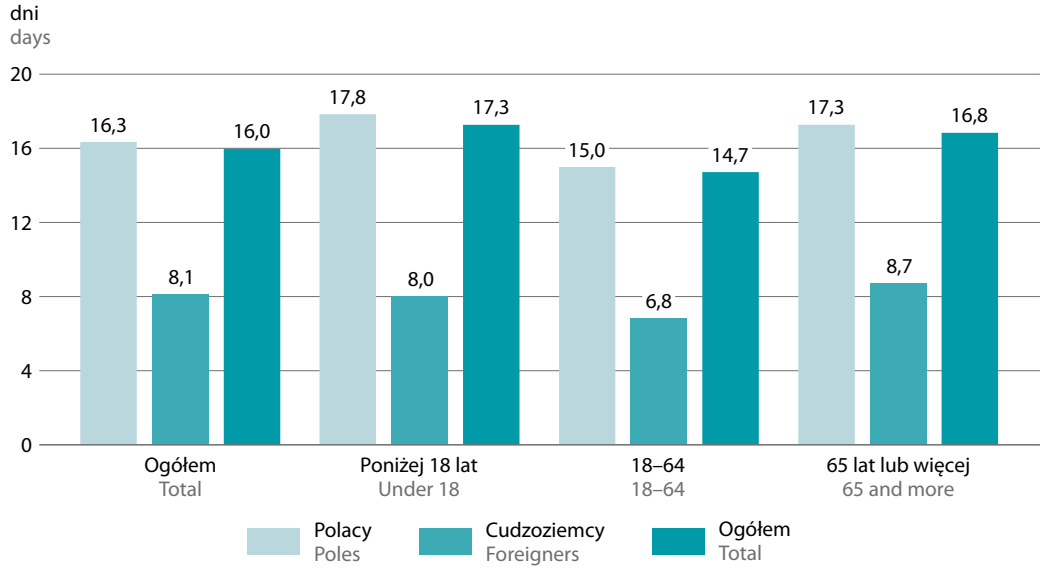
Map 2.10. Inpatients in health resort facilities by voivodships in 2024



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

60 Bez względu na obywatelstwo.

Wykres 2.24. Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku wg wieku w 2024 r.
Chart 2.24. Average length of stay of inpatient in health resort facilities by age in 2024



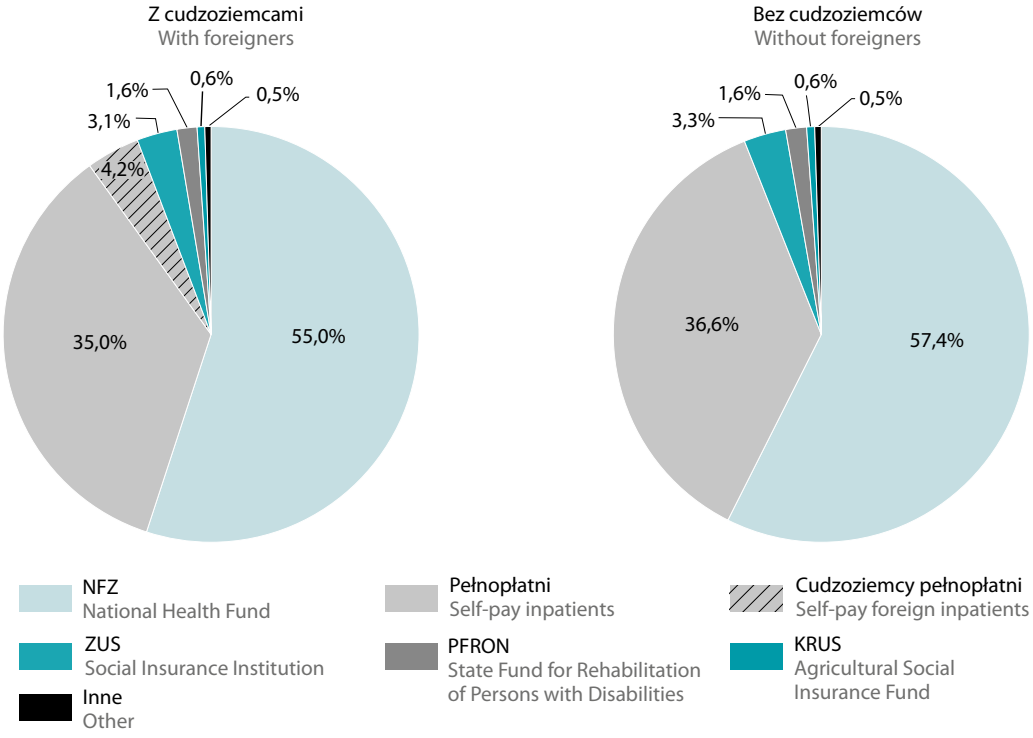
W 2024 r., podobnie jak w latach poprzednich, znaczna część polskich kuracjuszy przebywających w uzdrowisku skorzystała z różnych rodzajów dofinansowań. Były to świadczenia przyznawane na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej[61], o systemie ubezpieczeń społecznych[62], w tym o ubezpieczeniu społecznym rolników[63], a także w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej[64].

W 2024 r. ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinasowanych 458,7 tys. pobytów stacjonarnych, o 2,3% mniej niż w 2023 r. W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), dofinasowanie otrzymało 26,2 tys. osób (o 15,2% więcej niż w roku poprzednim), a ze środków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) skorzystało 5,0 tys. osób, o 35,5% mniej niż w 2023 r. Pobyty dla 4,0 tys. osób dofinansowały inne instytucje, o 20,8% więcej niż w roku poprzednim. NFZ pokrywa koszty leczenia i zabiegów, ale pacjent dopłaca za pobyt i transport. ZUS i KRUS oferują bezpłatne turnusy dla określonych grup.

61 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).
62 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).
63 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 poz. 90).
64 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 poz. 44).

Wykres 2.25. Kuracjusze leczeni stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg sposobu finansowania pobytu w 2024 r.

Chart 2.25. Inpatients in health resort facilities by type of financing in 2024

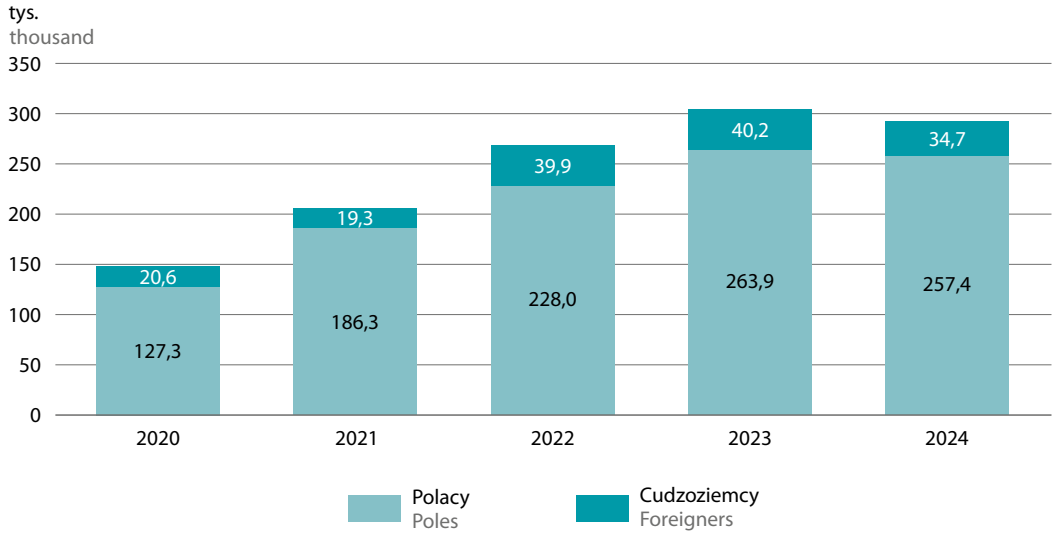


W odróżnieniu od typowych pobytów uzdrowiskowych, w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, organizuje się także turnusy rehabilitacyjne[65], które są częściowo lub całkowicie finansowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Ich celem jest rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych, przy jednoczesnej poprawie stanu ich zdrowia poprzez rehabilitację leczniczą. Turnusy rehabilitacyjne organizowane są dla grup osób o podobnych potrzebach rehabilitacyjnych. W 2024 r. w uzdrowiskach przebywało 13,0 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych PFRON i było ich o 10,8% więcej w porównaniu z rokiem poprzednim.

W 2024 r. w uzdrowiskach odnotowano 292,1 tys. stacjonarnych kuracjuszy pełnopłatnych, o 3,9% mniej niż w 2023 r. Polskich kuracjuszy pełnopłatnych było 257,4 tys., natomiast pełnopłatnych cudzoziemców – 34,7 tys., odpowiednio o 2,4% i 13,7% mniej niż w roku poprzednim.

65 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).

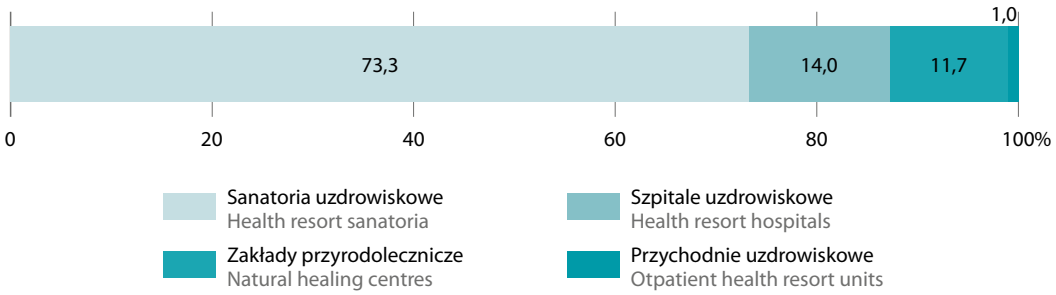
Wykres 2.26. **Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego**
Chart 2.26. Self–pay inpatients in health resort facilities



Podobnie jak w latach poprzednich, 94,8% kuracjuszy – cudzoziemców przebywało w uzdrowiskach dwóch granicznych województw zachodniej części Polski: zachodniopomorskim (25,1 tys. osób) i dolnośląskim (7,8 tys. osób). W województwie zachodniopomorskim większość korzystała z usług sanatoriów na terenie dwóch uzdrowisk – Kołobrzegu (14,8 tys. osób) oraz Świnoujścia (9,0 tys. osób) – łącznie stanowili oni 95,1% ogółu kuracjuszy zagranicznych w województwie zachodniopomorskim. W województwie dolnośląskim zagraniczni kuracjusze przebywali głównie na terenie uzdrowiska Świeradów–Zdrój (6,6 tys. osób), gdzie stanowili 84,8% ogółu kuracjuszy – cudzoziemców tego województwa.

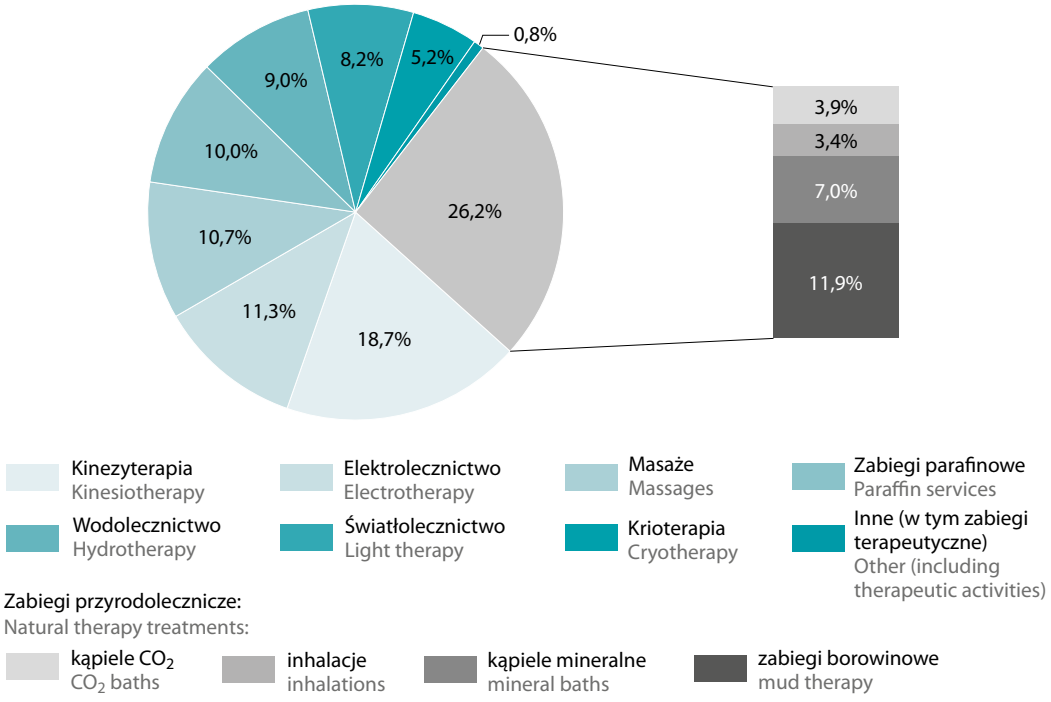
W 2024 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono łącznie 37,5 mln zabiegów (o 0,5 mln mniej niż w 2023 r.), z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Średnio wykonano 42,4 zabiegi na osobę.

Wykres 2.27. **Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu w 2024 r.**
Chart 2.27. Health resort treatments in health resort facilities by type of facility in 2024



W 2024 r. struktura wykonanych zabiegów była podobna jak w roku poprzednim. Zabiegi przyrodoleczniczne (9,8 mln) obejmujące: zabiegi borowinowe, kąpiele mineralne, kąpiele CO_2 oraz inhalacje, stanowiły łącznie 26,1% ogółu zabiegów (ponad 0,5 mln mniej niż w 2023 r.). Skorzystało z nich 692,6 tys. osób, o 5,9% mniej niż w roku poprzednim. Około 18,7% zabiegów leczniczych wykonanych w 2024 r. stanowiły zabiegi z zakresu kinezyterapii (7,0 mln).

Wykres 2.28. Zabiegi lecznicze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zabiegu w 2024 r.
Chart 2.28. Health resort treatments in health resort facilities by type of therapy in 2024

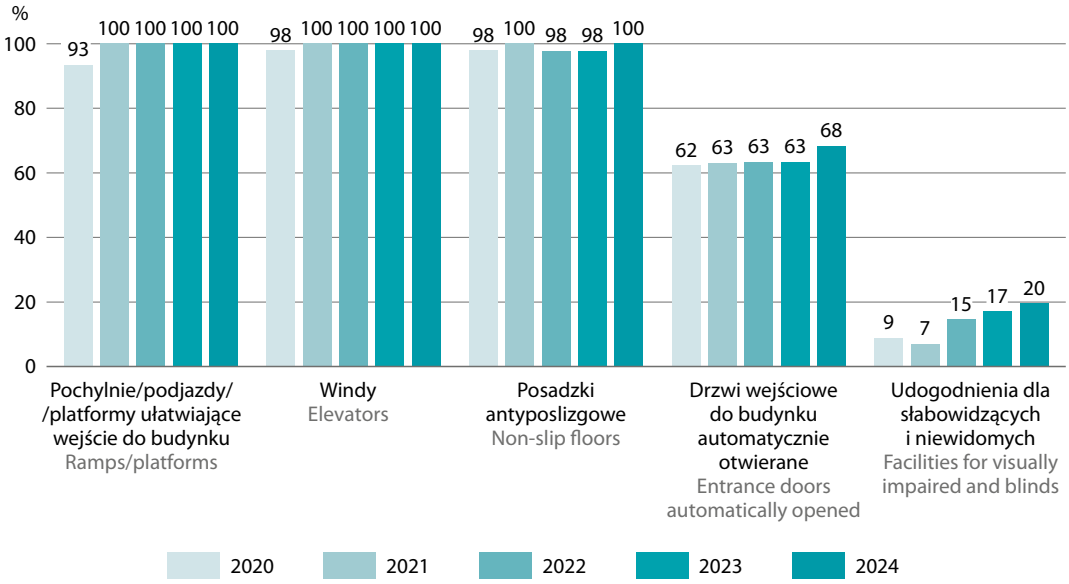


Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, usytuowane na terenach o wysokich walorach przyrodniczych, oferują nie tylko zabiegi oparte na wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych i właściwości klimatu (mikroklimatu), ale również szeroki zakres zajęć rehabilitacyjnych, które mają na celu poprawę kondycji fizycznej oraz wsparcie psychiczne i społeczne. Z tego względu są placówkami cieszącymi się popularnością wśród osób z niepełnosprawnościami, dla których problem dostosowania zakładu do różnych rodzajów dysfunkcji jest szczególnie ważny.

Z punktu widzenia pacjentów z niepełnosprawnościami istotne jest zapewnienie pełnego dostępu do leczenia, rehabilitacji i relaksu, co przekłada się na poprawę ich zdrowia, samodzielności i jakości życia.

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 pokojów z łazienkami przystosowanymi dla osób niepełnosprawnych.

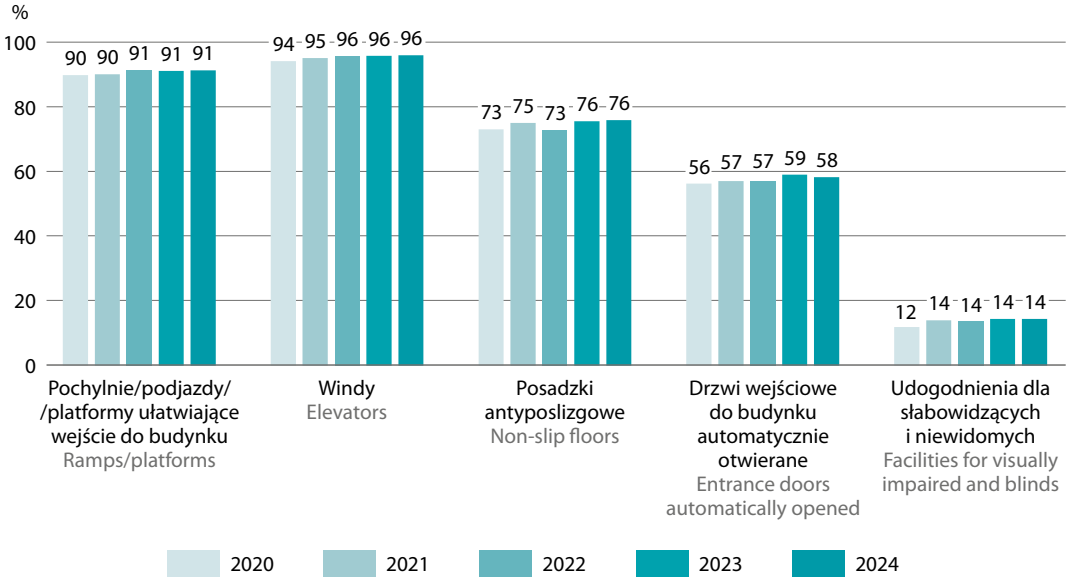
Wykres 2.29. Stopień przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych
Chart 2.29. Degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons



Spośród 194 sanatoriów 95,9% placówek wykazało obecność wind, a 87,1% – wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. 58,2% 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 19,5% i 14,4%, oraz słabosłyszących i niesłyszących – odpowiednio 12,2% szpitali i 10,8% 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



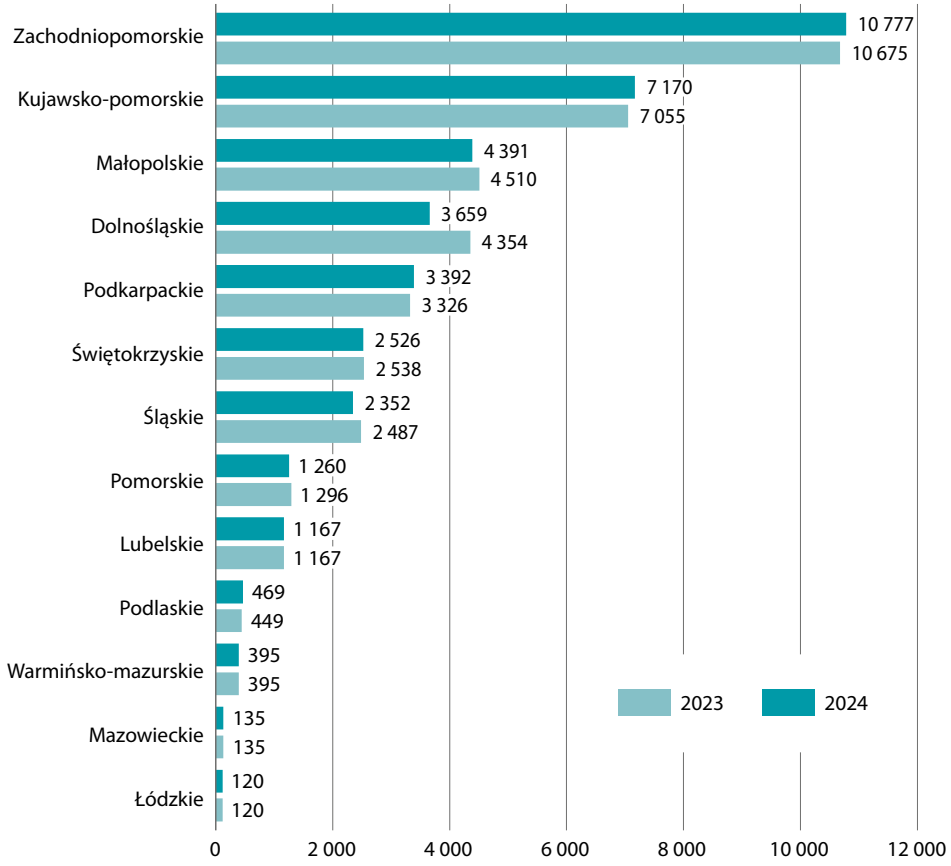
Najpopularniejszą formą opieki zdrowotnej lecznictwa uzdrowiskowego są pobyty w sanatoriach uzdrowiskowych. Sanatoria uzdrowiskowe skupiają się na kuracjuszach, którzy są w stanie samodzielnie

funkcjonować i korzystać z zabiegów. Na koniec 2024 r. funkcjonowały 194 sanatoria (o 6 więcej niż przed rokiem), dysponujące 38,5 tys. łóżek, o 1,8% więcej niż w 2023 r.

Najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwie zachodniopomorskim (10,7 tys.), kujawsko–pomorskim (7,1 tys.), małopolskim (4,5 tys.), dolnośląskim (4,4 tys.) i podkarpackim (3,3 tys.). Z bazy łóżkowej zlokalizowanej w tych pięciu województwach skorzystało 78,3% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach uzdrowiskowych.

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

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



W 2024 r. z leczenia w sanatoriach (w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym) skorzystało 716,3 tys. osób, o 1,3% mniej niż w 2023 r. Spośród ogółu leczonych 96,0% stanowili kuracjusze stacjonarni, z czego 57,9% to kobiety.

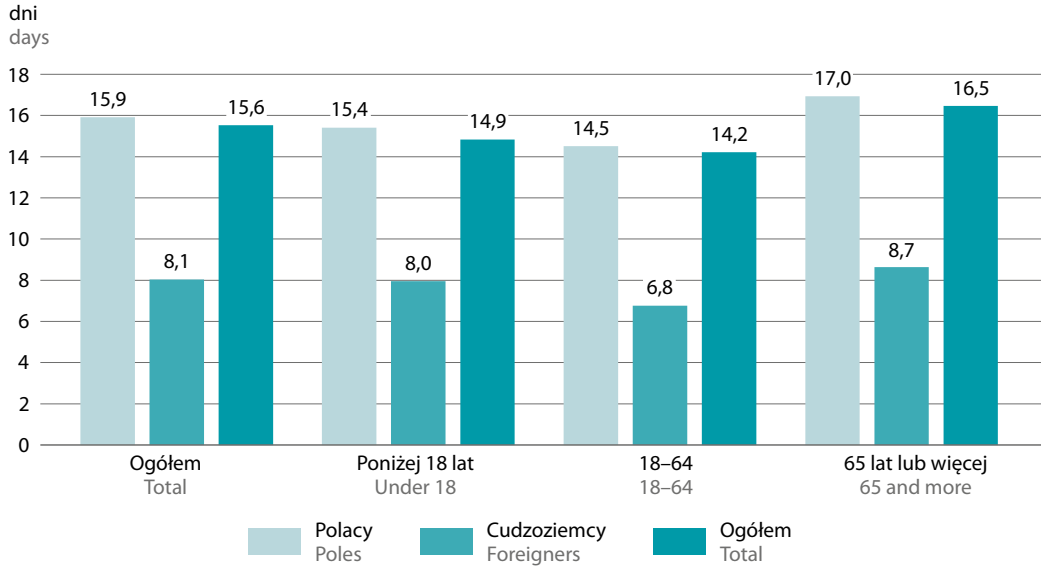
Z leczenia stacjonarnego w sanatoriach skorzystało 8,0 tys. dzieci i młodzieży do 18 lat (1,2% ogółu leczonych), o 11,5% mniej niż przed rokiem. Ponad połowę (58,1%) leczonych stanowiły osoby w wieku 65 lat lub więcej (399,9 tys., o 2,8% więcej niż w roku poprzednim).

Na leczeniu stacjonarnym w sanatoriach przebywało 653,8 tys. polskich kuracjuszy. Ponad połowa z nich (58,1%) skorzystała ze środków NFZ, 41,0% stanowili pacjenci pełnopłatni, a 6,1% to kuracjusze dofinansowani przez ZUS, KRUS, PFRON lub inne instytucje.

Podobnie jak przed rokiem, cudzoziemcy stanowili grupę 34,1 tys. osób (5,0% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach).

Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość, wynosił 15,6 dnia a w przypadku osób w wieku 65 lat lub więcej, pobyty były nieco dłuższe i trwały średnio 16,5 dnia.

Wykres 2.32. Średni czas pobytu w sanatorium wg wieku w 2024 r.
Chart 2.32. Average length of stay in sanatoria by age in 2024



Średni czas pobytu polskiego kuracjusza wyniósł 15,9 dnia, a w przypadku kuracjuszy powyżej 65 roku życia – 17,0 dnia. Pobyt kuracjusza cudzoziemca w sanatorium trwał średnio 8,1 dnia, a w grupie cudzoziemców seniorów wyniósł 8,7 dnia.

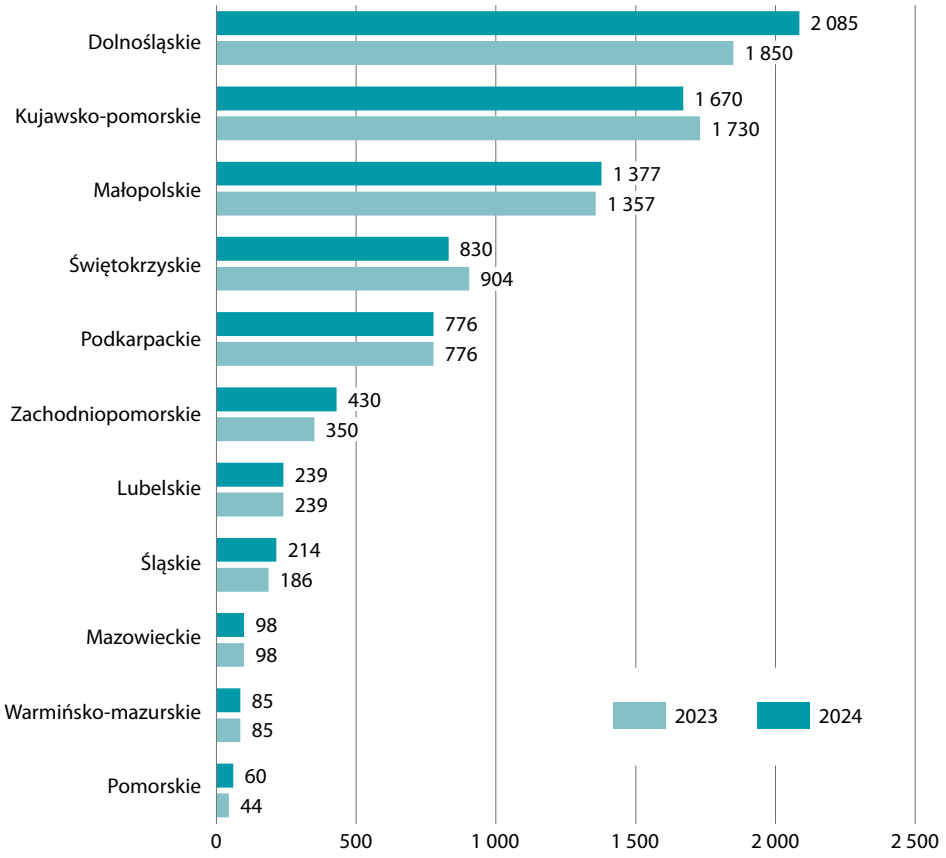
W sanatoriach przeprowadzono prawie 27,5 mln zabiegów. Stanowiło to, podobnie jak przed rokiem, około 73,3% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Szpitale uzdrowiskowe przeznaczone są dla pacjentów wymagających bardziej intensywnej opieki medycznej. Na koniec 2024 r. funkcjonowało 41 szpitali uzdrowiskowych (tyle samo co w 2023 r.), które zlokalizowane były w 11 województwach. Dysponowały one 7,6 tys. łóżek (o 3,1% mniej niż w rok wcześniej).

Najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w województwach: dolnośląskim (1,9 tys.), kujawsko-pomorskim (1,7 tys.) i małopolskim (1,4 tys.).

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

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



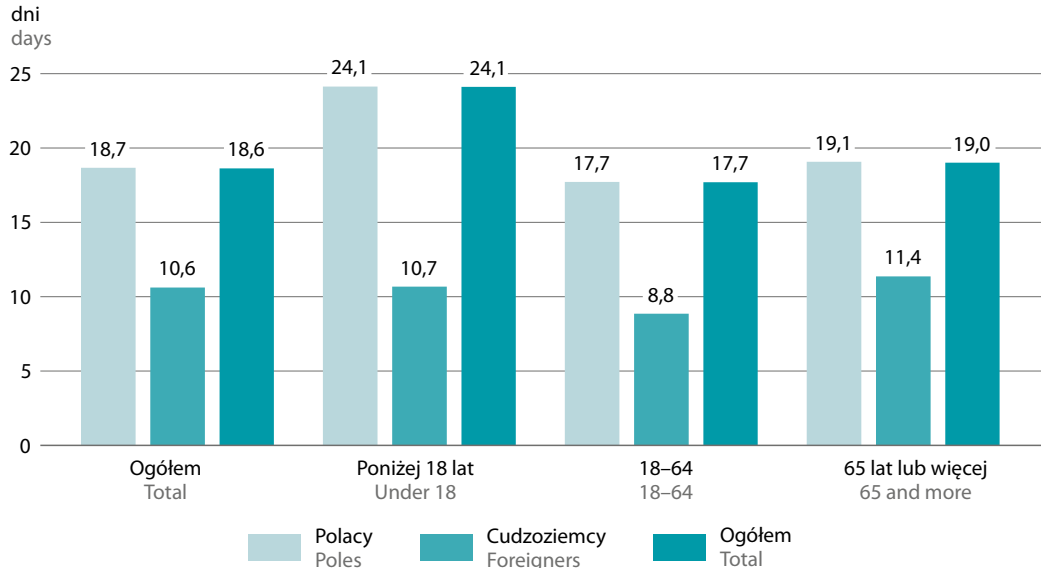
W 2024 r. w szpitalach uzdrowiskowych, w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, leczonych było łącznie 114,7 tys. pacjentów, o 10,3% mniej niż w roku poprzednim. Pacjenci stacjonarni byli grupą liczącą 111,0 tys. osób (96,8% ogółu leczonych w szpitalach uzdrowiskowych), z czego cudzoziemcy stanowili niewielki odsetek leczonych (0,5%). Pełnopłatnych pacjentów leczonych w szpitalach uzdrowiskowych było 23,9 tys.

W ramach środków NFZ z leczenia w szpitalach uzdrowiskowych skorzystało 79,1 tys. osób (o 14,0% mniej niż w 2023 r.), z ZUS 4,8 tys. osób, a inne instytucje dofinansowały pobyt 1,8 tys. pacjentom.

Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek i obywatelstwo, trwał 18,6 dnia i był taki sam jak w 2023 r. W przypadku dzieci i młodzieży do 18 lat, średni czas pobytu wyniósł 24,1 dnia i był o 3,6 dnia krótszy niż przed rokiem.

Kuracjusze przebywający w szpitalach uzdrowiskowych skorzystali z 5,2 mln zabiegów i było to o 9,1% mniej niż w 2023 r.

Wykres 2.34. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym wg wieku w 2024 r.
Chart 2.34. Average length of stay of inpatiens in health resort hospitals by age in 2024



Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej, leczenie uzdrowiskowe realizowane jest także w placówkach funkcjonujących wyłącznie w systemie ambulatoryjnym. Należą do nich przychodnie uzdrowiskowe, które mogą być samodzielnymi placówkami lub częściami sanatoriów czy szpitali uzdrowiskowych oraz zakłady przyrodolecznicze, realizujące zabiegi fizjoterapeutyczne z wykorzystaniem naturalnych surowców.

W 2024 r. funkcjonowało 7 przychodni uzdrowiskowych oraz 21 zakładów przyrodoleczniczych. Z zabiegów przeprowadzonych w tych placówkach skorzystało 53,2 tys. kuracjuszy, o 6,3% więcej niż przed rokiem. Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodoleczniczych przeprowadzono 4,8 mln zabiegów leczniczych. Stanowiły one 12,7% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (o 0,1 p. proc. więcej 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. Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej to placówki medyczne, w których pacjenci korzystając z całodobowej opieki medycznej i intensywnej rehabilitacji.

Na koniec 2024 r. odnotowano 49 stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej, o jeden zakład więcej niż w roku poprzednim. Dysponowały one 5,4 tys. łóżek (o 3,2% więcej niż w 2023 r.), z których skorzystało 78,1 tys. pacjentów stacjonarnych (o 20,3% więcej niż w 2023 r.). Podobnie jak w roku poprzednim najwięcej łóżek znajdowało się w zakładach na terenie województwa zachodniopomorskiego (2,3 tys. łóżek, o 10,9% więcej niż przed rokiem).

Największą grupę pacjentów stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej według płci stanowiły kobiety (57,6%), natomiast według grup wiekowych – osoby starsze w wieku 65 lat i więcej (48,4%). Pacjenci pełnopłatni (49,6 tys. osób) stanowili 63,6% korzystających z leczenia stacjonarnego (o 22,2% więcej niż w 2023 r.).

Odsetek obcokrajowców wśród leczonych stacjonarnie wynosił 6,5% (o 1,6 p. proc. więcej niż w 2023 r.). Zdecydowana większość (92,0%) z nich leczyła się w placówkach zlokalizowanych w województwie zachodniopomorskim (4,7 tys. osób).

Ponadto, w stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym leczyło się 72,9 tys. polskich pacjentów, o 18,2% więcej niż w 2023 r. Z różnych form dofinasowania skorzystało łącznie 28,4 tys. osób (39,0% pacjentów krajowych leczonych w systemie stacjonarnym), o 17,2% więcej niż w roku poprzednim. Dofinansowanie rehabilitacji leczniczej pochodziło przede wszystkim ze środków: KRUS – 8,9 tys. osób (12,2%), NFZ – 7,9 tys. osób (10,8%), PFRON – 5,2 tys. osób (7,1%) i ZUS – 5,0 tys. osób (6,8%). Inne instytucje dofinansowały leczenie 1,5 tys. osób (2,0%).

Wśród ogółu korzystających z różnych dofinasowań największy odsetek stanowiły kobiety (55,3%) oraz osoby w wieku 65 lat i więcej (29,2%).

Tablica 2.6. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu, na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.6. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2024
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		46126	
Dolnośląskie	p. kłodzki	3669	Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Lądek-Zdrój, Polanica-Zdrój
	p. lubański	824	Czerniawa-Zdrój, Świeradów-Zdrój
	p. wałbrzyski	880	Jedlina-Zdrój, Szczawno-Zdrój
	p. dzierżoniowski	–	Przerzeczyn-Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	831	Cieplice
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	5 476	Ciechocinek
	p. inowrocławski	2 079	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	3 455	Krynica-Zdrój, Złockie, Muszyna, Piwniczna-Zdrój, Żegiestów-Zdrój
	p. nowotarski	1 736	Rabka-Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	676	Wysowa-Zdrój, Wapienne
	p. wielicki	–	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)[a]
	p. m. Kraków	–	Swoszowice-Kraków[a]
Mazowieckie	p. piaseczyński	233	Konstancin-Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	695	Horyniec-Zdrój
	p. krośnieński	2 529	Iwonicz-Zdrój, Rymanów-Zdrój
	p. dębicki	–	Latoszyn
	p. leski	878	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	269	Augustów
	p. białostocki	180	Supraśl

Tablica 2.6. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu, na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2024 r. (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.6. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2024 (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
Pomorskie	p. słupski	635	Ustka
	p. m. Sopot	705	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	479	Goczałkowice-Zdrój
	p. cieszyński	2 194	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3 442	Busko-Zdrój, Solec-Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. kamieński	383	Kamień Pomorski
	p. kołobrzeski	6 318	Kołobrzeg
	p. sławieński	1 726	Dąbki
	p. świdwiński	918	Połczyn-Zdrój
	p. m. Świnoujście	1 680	Świnoujście

a. W 2024 r. uzdrowisko prowadziło działalność leczniczą wyłącznie w systemie ambulatoryjnym.

Tablica 2.7. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

Table 2.7. Health resort facilities

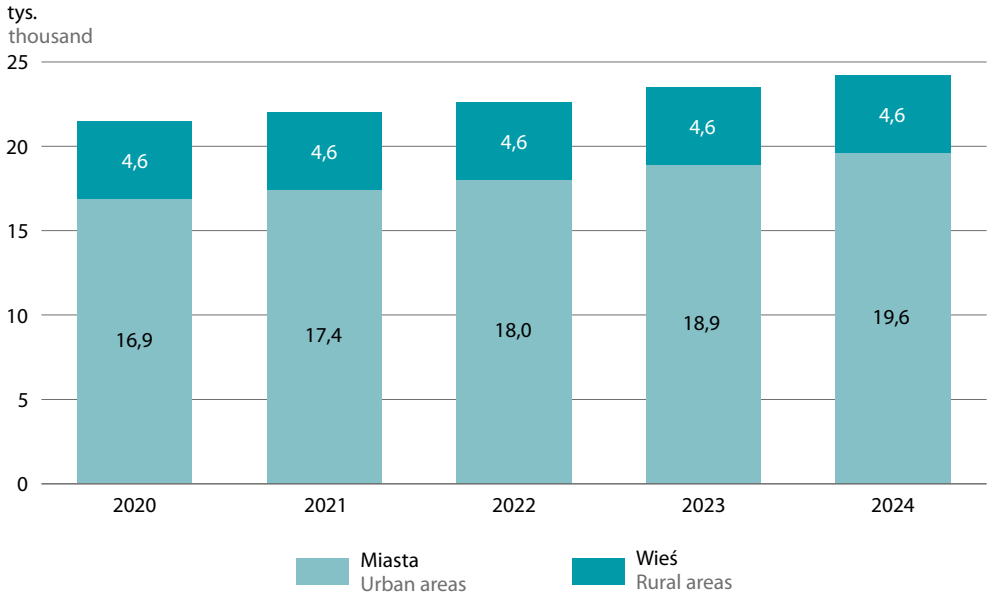
LATA YEARS	Placówki Facilites	Łóżka Beds	Kuracjusze leczeni stacjonarnie Inpatients	Kuracjusze leczeni ambulatoryjnie Outpatients	Zabiegi lecznicze Medical services	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpatients in days
		w tysiącach in thousands				
SZPITALE UZDROWISKOWE HEALTH RESORT HOSPITALS						
2023	41	7,9	121,4	6,5	5 763,2	18,6
2024	**41**	**7,6**	**111,0**	**3,7**	**5 241,4**	**18,6**
SANATORIA UZDROWISKOWE HEALTH RESORT SANATORIA						
2023	188	37,8	697,8	28,1	27 478,0	15,4
2024	**194**	**38,5**	**687,9**	**28,4**	**27 461,6**	**15,6**
PRZYCHODNIE UZDROWISKOWE OUTPATIENT HEALTH RESORT UNITS						
2023	7	–	–	15,3	408,5	–
2024	**7**	**–**	**–**	**14,6**	**374,9**	**–**
ZAKŁADY PRZYRODOLECZNICZE NATURAL HEALING CENTRES						
2023	21	–	–	34,7	4 365,8	–
2024	**21**	**–**	**–**	**38,5**	**4 391,1**	**–**

2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna
2.3. Outpatient health care

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2024 r. działalność prowadziło 27,3 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Funkcjonowało 24,2 tys. przychodni[66] oraz 0,5 tys. praktyk lekarskich i 2,5 tys. praktyk stomatologicznych realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. W miastach zlokalizowanych było 21,8 tys., a na wsi – 5,4 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Wykres 2.35. Przychodnie wg charakteru miejscowości
Chart 2.35. Outpatient departments by class of locality

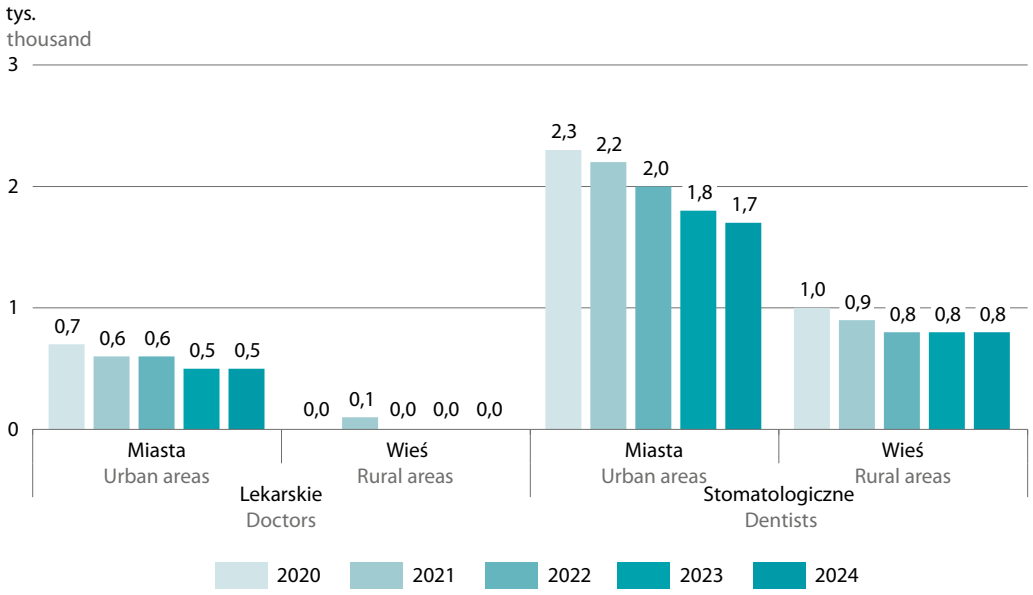


W 2024 r. zaobserwowano wzrost liczby przychodni (o 765 więcej niż w roku poprzednim). Natomiast w przypadku praktyk[67] lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych odnotowano spadek, podobnie jak w latach poprzednich.

66 Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.
67 Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

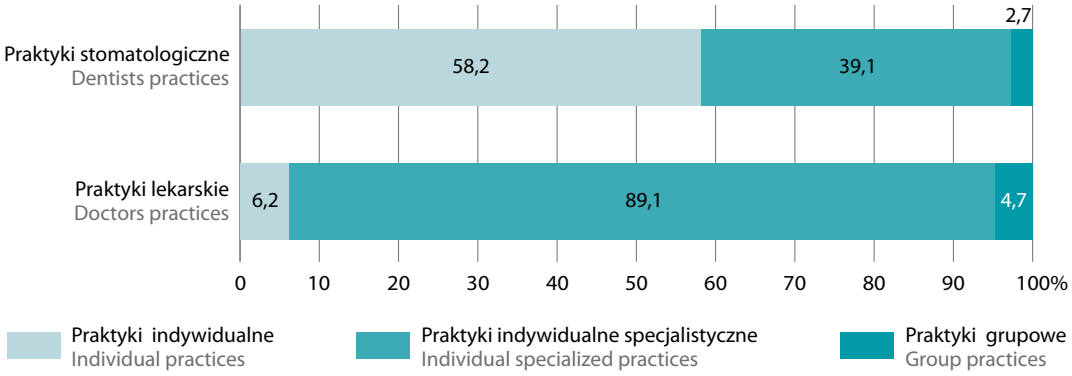
Wykres 2.36. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych wg charakteru miejscowości

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



Wykres 2.37. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych w 2024 r.

Chart 2.37. Medical and dental practices providing health services funded by public sources in 2024



W 2024 r. odnotowano 3,0 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o 4,2% mniej niż w poprzednim roku), przy czym 2,5 tys. (82,5%) z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (o 3,1% mniej niż w poprzednim roku).

Praktyki lekarskie i stomatologiczne zlokalizowane w miastach stanowiły 73,8% wszystkich praktyk tego typu w kraju. Aż 92,9% praktyk lekarskich znajdowało się w miastach, a w przypadku praktyk stomatologicznych było to 69,7%.

Podobnie jak w latach poprzednich, wśród praktyk lekarskich przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (89,1%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich wyniosły odpowiednio 6,2% i 4,7%.

Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,2%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich

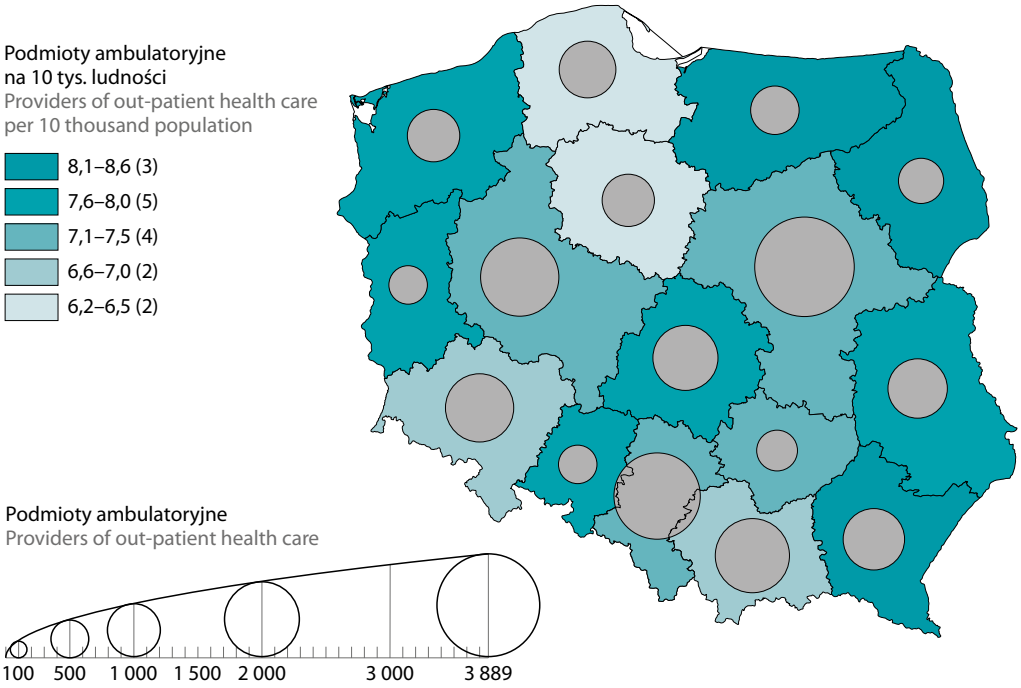
latach, nadal więcej występowała w miastach niż na wsi (odpowiednio 37,5% i 20,7% praktyk stomatologicznych).

W 2024 r. najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentystów zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,9 tys.), a najmniej odnotowano w województwach lubuskim i opolskim (po 0,7 tys.).

Z ogólnej liczby 3,0 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (11,4%) było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze lubuskiego, małopolskiego i łódzkiego (po 3,8%).

Najwięcej podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie podlaskim (8,6), a najmniej w województwie pomorskim (6,2).

Mapa 2.11. Przychodnie i praktyki lekarskie[a] wg województw w 2024 r.
Map 2.11. Outpatient departments and medical practices[a] by voivodships in 2024



a Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych.
a Medical and dental practices providing health services funded by public sources.

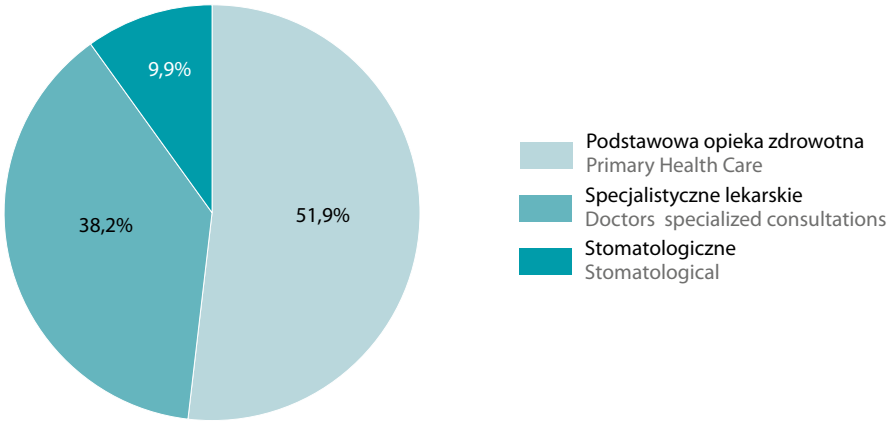
Porady ambulatoryjne

W ciągu 2024 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 365 mln porad[68], w tym ponad 360 mln w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych[69]. Było to o ponad 13,3 mln porad więcej niż w roku poprzednim.

68 Łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych (w 2024 r. – 4,9 mln).
69 Łącznie z placówkami podległymi resortom MON i MSWiA. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

W przychodniach oraz w ramach praktyk udzielono 187,0 mln porad w podstawowej opiece zdrowotnej[70] (wzrost o 3,2% w stosunku do 2023 r.), 137,8 mln w specjalistycznej opiece lekarskiej (wzrost o 5,0% w skali roku) oraz 35,8 mln w opiece stomatologicznej (wzrost o 2,6% w porównaniu z rokiem poprzednim).

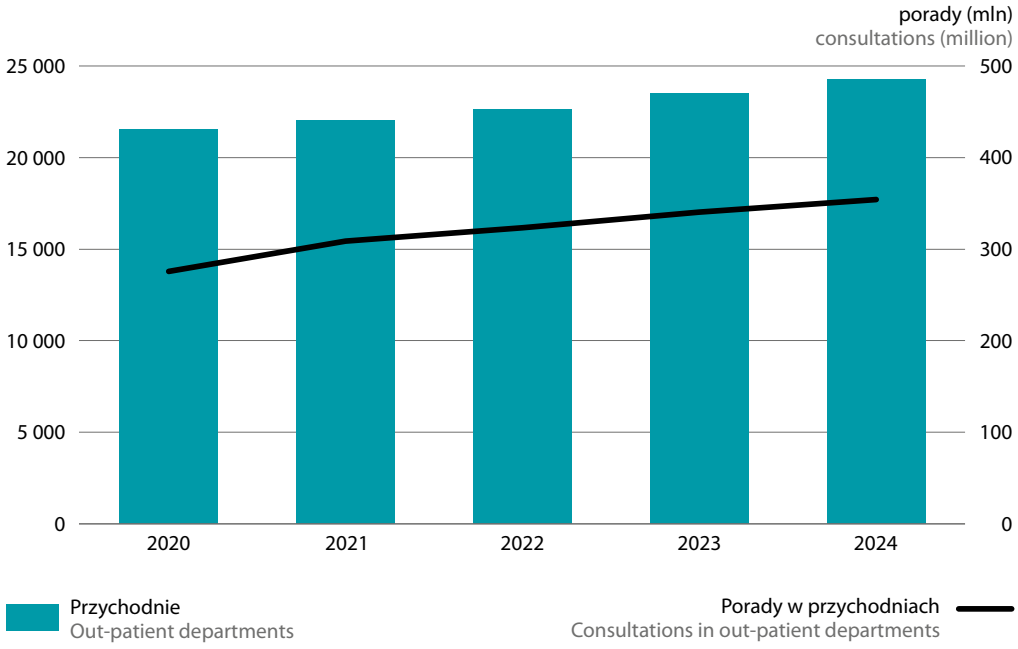
Wykres 2.38. Porady ambulatoryjne w 2024 r.
Chart 2.38. Outpatient health care consultations in 2024



W przychodniach w 2024 r. udzielono 353,9 mln porad, o 4,1% więcej niż w roku poprzednim. Wzrost odnotowano zarówno w miastach – o 4,4%, jak i na wsi – o 2,1%.

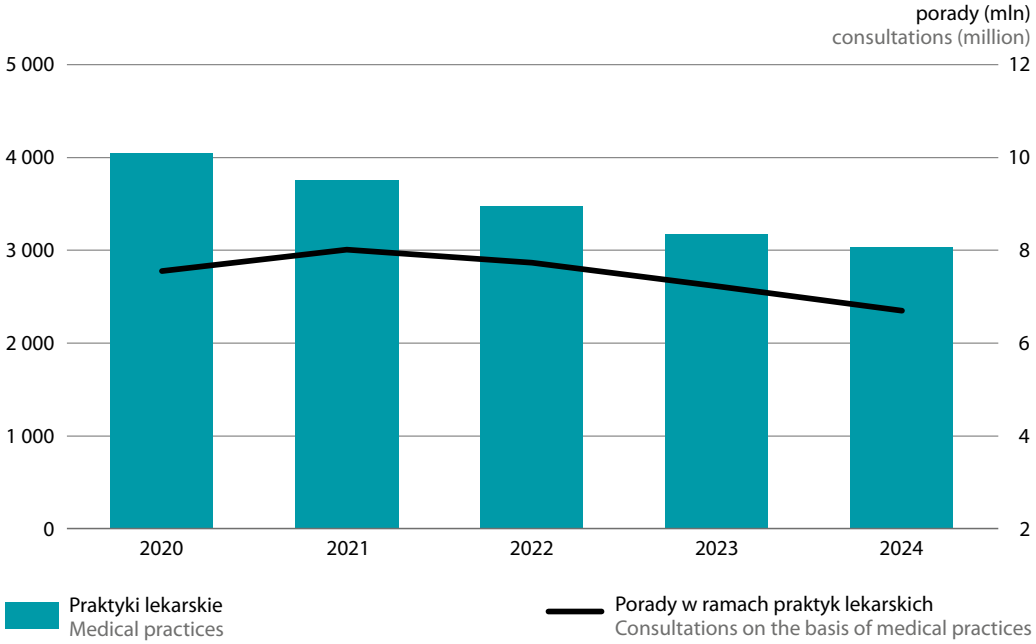
Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych zmniejszyła się o 7,7% w porównaniu z rokiem poprzednim, przy czym spadek porad dotyczył zarówno wsi, jak i miast (odpowiednio 8,2% i 7,6%).

Wykres 2.39. Przychodnie i udzielone w nich porady
Chart 2.39. Outpatient departments and provided consultations



70 Łącznie z poradami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (w 2024 r. – 5,8 mln).

Wykres 2.40. Praktyki lekarskie[a] i udzielone w nich porady
Chart 2.40. Medical practices[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 56,6% (w roku poprzednim 57,1%), dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat – 19,9% (w roku poprzednim 20,8%), a osobom w wieku 65 lat lub więcej – 36,0% (35,1% 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 55,5% (w roku poprzednim 55,7%), porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 18,7% (w roku poprzednim 19,0%), natomiast porady dla pacjentów w wieku 65 lat lub więcej – 35,4% (w roku poprzednim 34,5%).

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 12,7% porad w miastach (o 0,1 p. proc. mniej niż w 2023 r.) i 15,4% na wsi (o 0,2 p. proc. więcej niż w 2023 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 31,0% w miastach (w roku poprzednim 30,4%) i 26,5% na wsi (o 0,3 p. proc. więcej niż przed rokiem).

W 2024 r. kobietom udzielono 55,5% porad stomatologicznych w miastach (tak jak w roku poprzednim), natomiast na wsi – 54,2% (tak jak w roku poprzednim). Udział porad stomatologicznych dla dzieci i młodzieży poniżej 18 lat wyniósł 29,0% (w roku poprzednim 28,7%). W przypadku porad udzielonych w miastach odsetek ten wyniósł 28,5% (w roku poprzednim 28,1%), a na terenach wiejskich – 32,8% (32,6% rok wcześniej). Porady stomatologiczne udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej w miastach stanowiły 16,3% ogółu tych porad (tak jak w roku poprzednim), a na wsi – 15,5% (o 0,1 p. proc więcej niż w 2023 r.).

Tablica 2.8. **Porady ambulatoryjne wg wieku pacjentów oraz populacja w 2024 r.**
Table 2.8. Outpatients consultations by age of patients and population in 2024

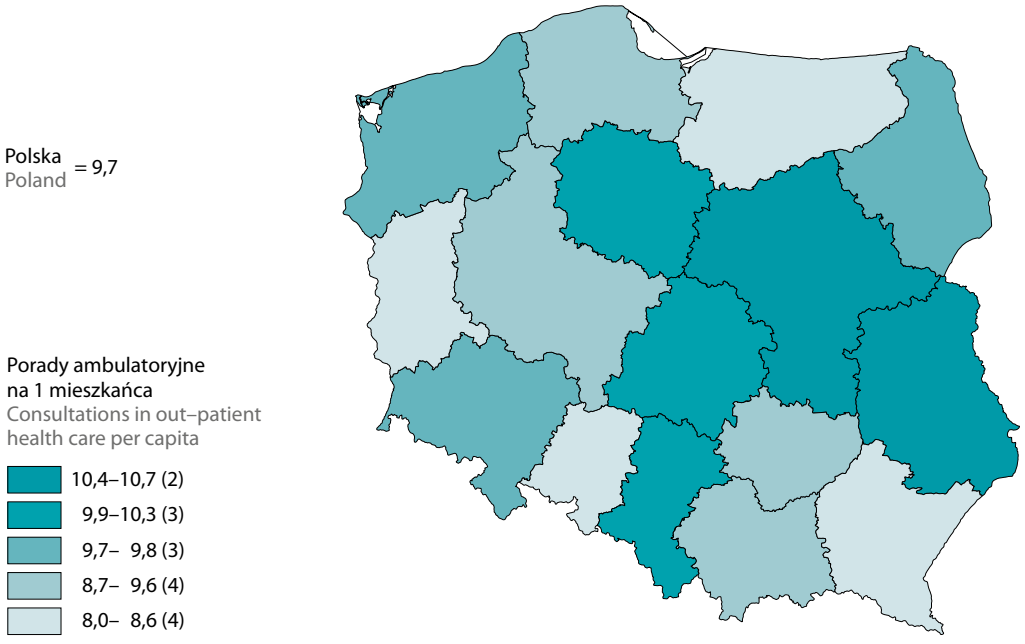
Wyszczególnienie Specification	Ludność (stan 30 czerwca) Population[a] (as of 30 June)	Porady Consultations		
		POZ primary health care	specjalistyczne lekarskie doctors specialized	stomatologiczne stomatological
Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0
0–17 lat	18,1	19,9	12,8	29,0
18–64	61,6	44,2	56,3	54,8
65 lat lub więcej and more	20,3	35,9	30,9	16,2

Udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat lub więcej w podstawowej opiece zdrowotnej był o 15,6 p. proc. większy niż udział tej grupy wiekowej w populacji, a dla porad specjalistycznych o 10,6 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.

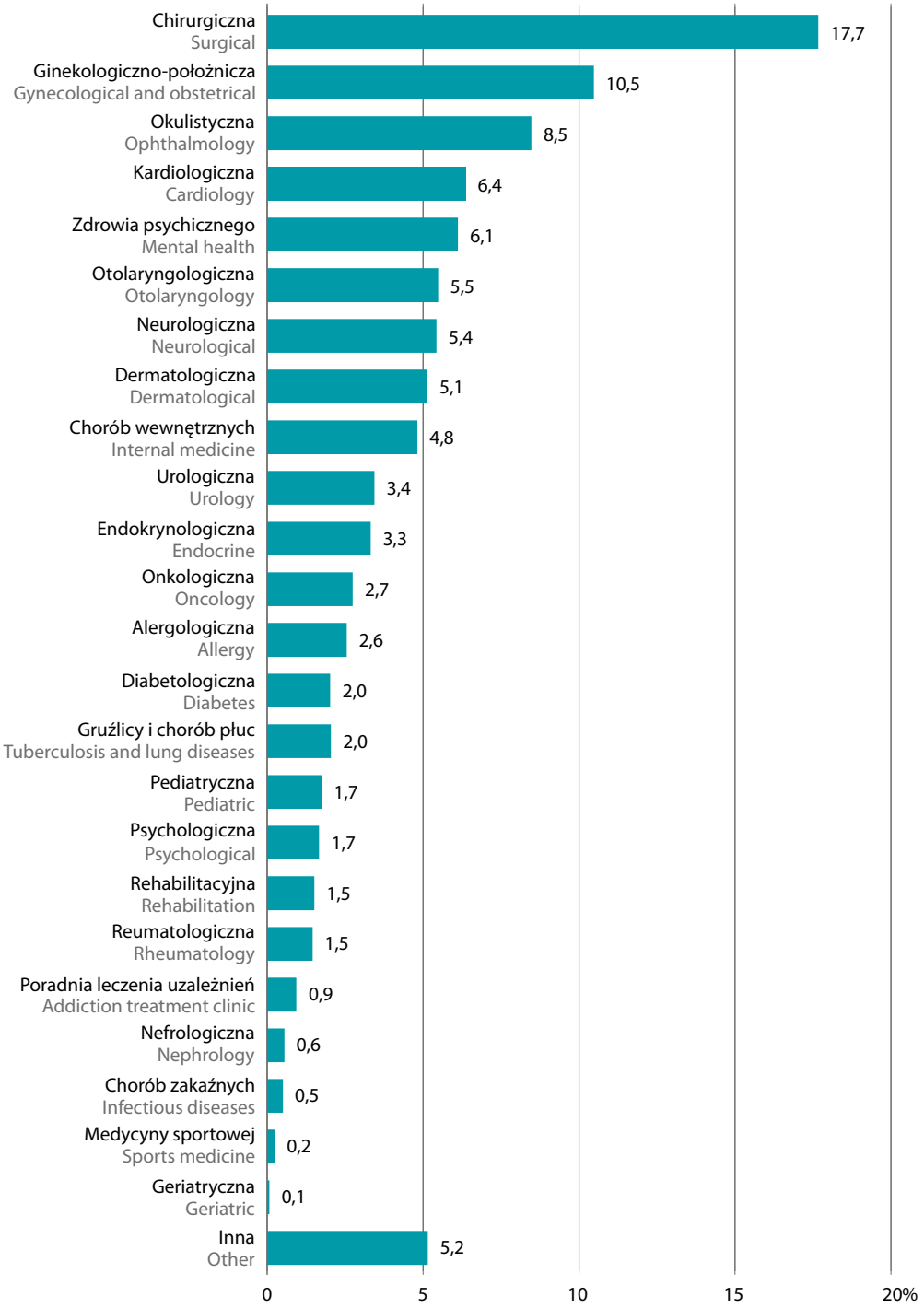
W specjalistycznej opiece lekarskiej najwięcej porad lekarskich udzielono w poradniach chirurgicznych (ponad 24 mln). Dużą liczbę porad (więcej niż 10 mln) odnotowano także w poradniach ginekologiczno-położniczych (14,4 mln) oraz okulistycznych (11,7 mln).

Mapa 2.12. **Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej[a] na 1 mieszkańca wg województw w 2024 r.**
Map 2.12. Consultations in outpatient health care[a] per capita by voivodships in 2024



a Porady lekarskie łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych.
a Medical consultations, including consultations from admission rooms in general hospitals.

Wykres 2.41. Specjalistyczne porady lekarskie wg rodzaju poradni w 2024 r.
Chart 2.41. Specialized doctors consultations by type of clinic in 2024

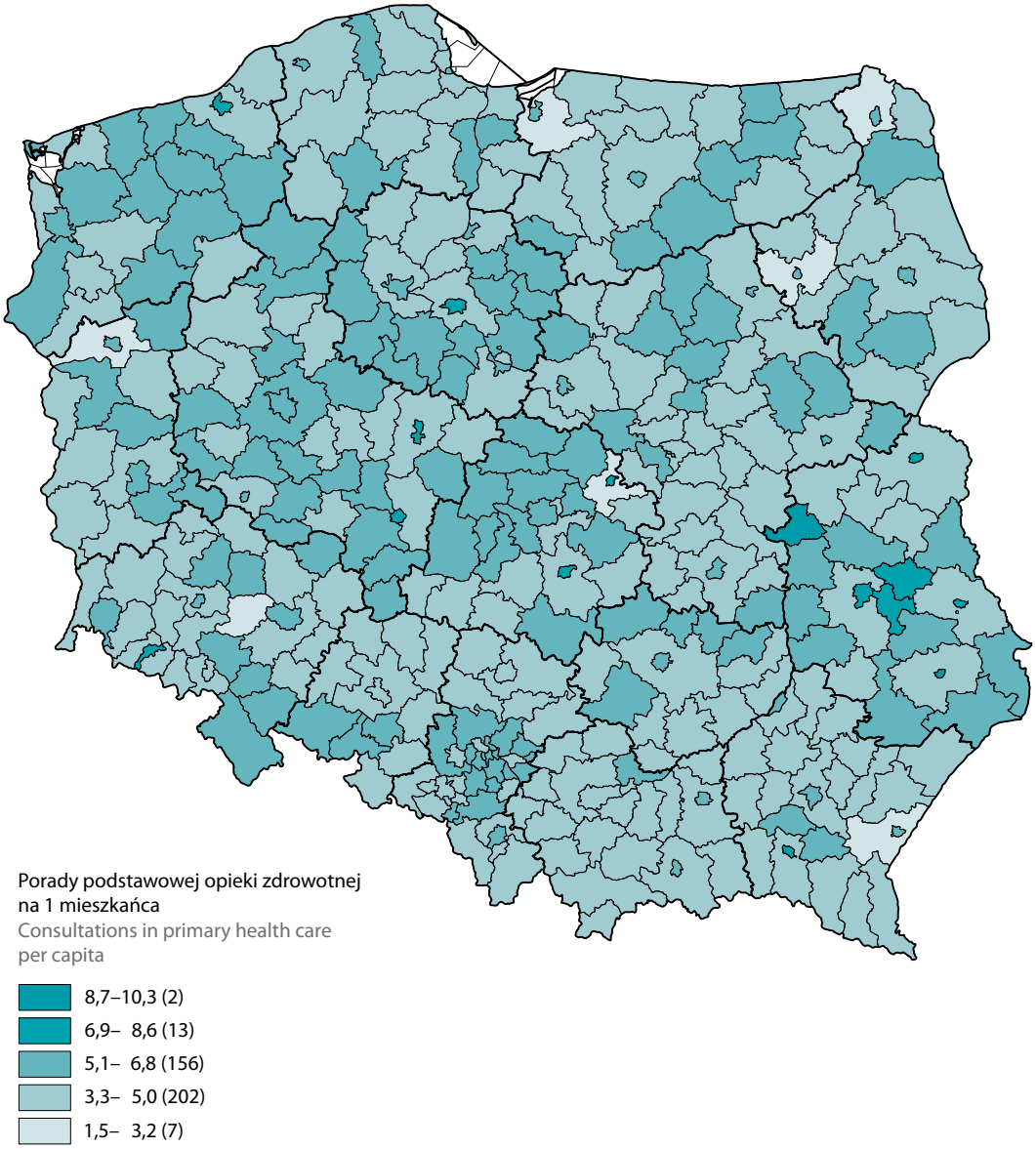


W omawianym roku średnia liczba porad ambulatoryjnych w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosła 9,7 (o 0,4 p. proc. więcej niż w 2023 r.).

Najwięcej porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielono w województwie mazowieckim (59,2 mln), a najmniej w województwie opolskim (7,5 mln).

Wskaźnik udzielonych porad przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach wyniósł od 8,0 w województwie opolskim do 10,7 w mazowieckim.

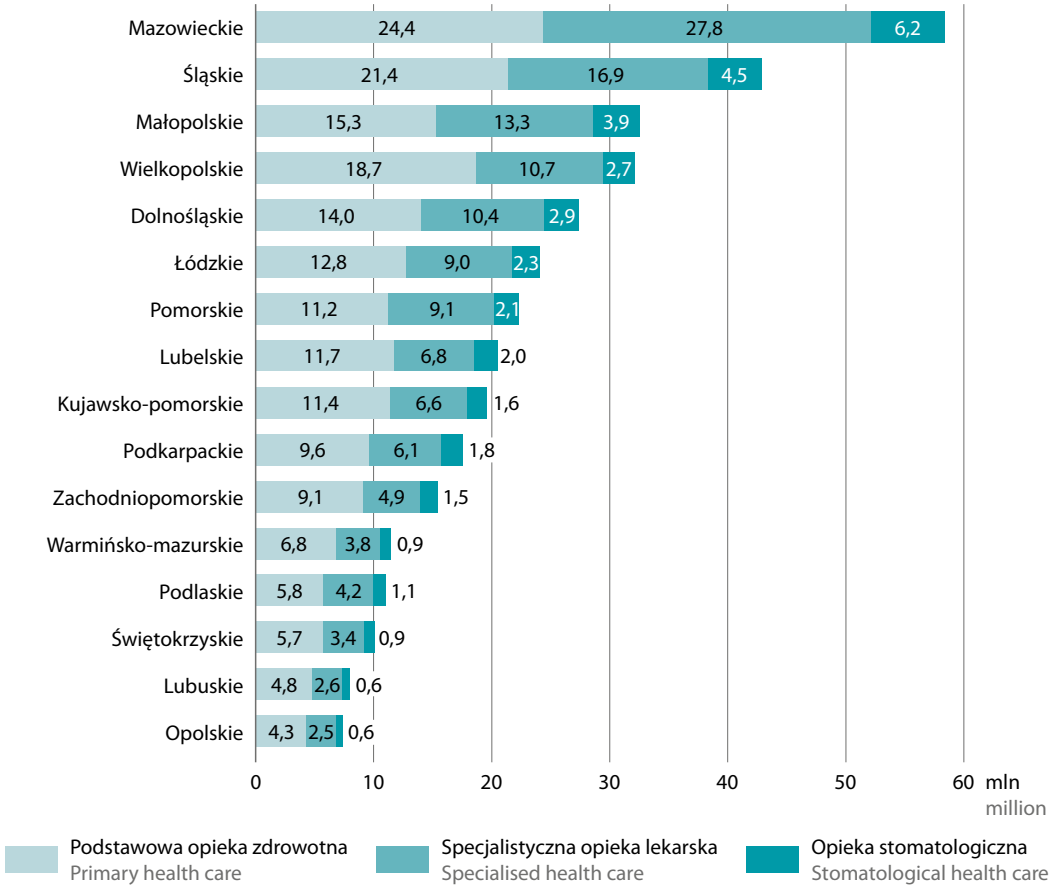
Mapa 2.13. Porady podstawowej opieki zdrowotnej na 1 mieszkańca wg powiatów w 2024 r.
Map 2.13. Consultations in primary health care per capita by poviats in 2024



Porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły w poszczególnych województwach od 41,7% (mazowieckie) do 59,9% (lubuskie) udzielonych porad lekarskich i stomatologicznych.

Dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat udzielono 19,9% porad podstawowej opieki zdrowotnej (o 0,5 p. proc. mniej niż w roku poprzednim). Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 16,4% do 23,3% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób w wieku 65 lat lub więcej odsetek ten wahał się od 33,5% w województwie małopolskim do 39,7% w świętokrzyskim.

Wykres 2.42. Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad i województw w 2024 r.
Chart 2.42. Consultations in outpatient health care by type of consultations and voivodships in 2024



W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 10,5% w województwie świętokrzyskim do 14,7% w mazowieckim. Porady udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 30,9% porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,2% (mazowieckie) do 37,8% (świętokrzyskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży kształtował się od 24,7% w województwie zachodniopomorskim do 37,2% w lubelskim. Porady udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 16,2% porad stomatologicznych. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 14,2% (małopolskie) do 20,5% (zachodniopomorskie).

Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielane są zarówno podczas osobistych wizyt pacjentów w gabinetach, jak i w formie teleporad[71], szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej u lekarza rodzinnego w przypadku leczenia dolegliwości niewymagających badań fizykalnych pacjenta. W 2024 r. w formie teleporad zrealizowano 16,1 mln (8,6%) porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w 2023 r. odpowiednio 17,1 mln i 9,5%). W opiece specjalistycznej udzielono 9,3 mln teleporad (6,8%). Spośród porad stomatologicznych 26,3 tys. (0,1%) świadczonych było w formie teleporady.

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

Wykres 2.43. Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad w 2024 r.
Chart 2.43. Teleconsultations in outpatient heath care by type of consultations in 2024

Teleporady stanowiły średnio 7,1% ogółu porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Najwyższy udział teleporad w odniesieniu do porad ambulatoryjnych zaobserwowano w województwie mazowieckim – 11,9%, natomiast najniższy w województwie podlaskim – 4,1%. Udział teleporad powyżej przeciętnej w kraju, oprócz województwa mazowieckiego, charakteryzował również województwo pomorskie.

Tablica 2.9. Podmioty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz udzielone porady
Table 2.9. Providers of outpatient health care units and consultations

LATA YEARS	Przychodnie Outpatient departaments	Praktyki Practices	Udzielone porady Consultations provided				
			ogółem[a] total[a]	lekarskie doctors			stomatologiczne stomatological
				razem[a] lekarskie total[a] doctors	w tym of which		
					w podstawowej opiece zdrowotnej[b] in primary health care[b]	w opiece specjalistycznej in specialized health care	
			w tysiącach in thousands				
OGÓŁEM TOTAL							
2023	23 460	3 174	352 233,6	317 322,3	181 123,8	131 219,4	34 911,3
2024	**24 225**	**3 040**	**365 507,5**	**329 697,7**	**186 953,4**	**137 795,4**	**35 809,8**
MIASTA URBAN AREAS							
2023	18 855	2 342	303 802,2	273 424,3	140 927,6	127 517,7	30 377,9
2024	**19 586**	**2 243**	**316 209,1**	**284 947,7**	**146 123,2**	**133 875,5**	**31 261,4**
WIEŚ RURAL AREAS							
2023	4 605	832	48 431,4	43 898,0	40 196,2	3 701,8	4 533,4
2024	**4 639**	**797**	**49 298,4**	**44 750,1**	**40 830,2**	**3 919,9**	**4 548,4**

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)[72] 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 systemu[73] 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 rejony operacyjne 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) oraz motocyklowe jednostki ratunkowe[74], 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. Zgodnie z nowelizacją ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2025 r. na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, ma przypadać nie mniej niż jeden specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego. Określono również kryteria tworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych – jeden SOR ma zabezpieczać obszar zamieszkiwany przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców, a dotarcie do niego ma zajmować zespołowi ratownictwa medycznego nie więcej niż 45 minut. 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)[75]. Jest to system teleinformatyczny, który umożliwia przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112 lub 999), rejestrowanie zdarzeń medycznych oraz dysponowanie zespołów 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

72 System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2025 poz. 91 z późn. zm.).
73 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2025 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. 2025 poz.1057).
74 Motocyklowe jednostki ratunkowe rozpoczną działalność w 2026 r.
75 System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2025 poz. 91 z późn. zm.).

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 oraz koncentracja dyspozytorni medycznych w duże wielostanowiskowe miejsca.

Na koniec 2024 r., podobnie jak i w roku poprzednim, funkcjonowały 23 dyspozytornie medyczne[76]. Docelowo w każdym województwie ma funkcjonować jedna dyspozytornia medyczna. Ponadto istnieje możliwość utworzenia dodatkowej dyspozytorni medycznej w województwach liczących powyżej 3 milionów mieszkańców (małopolskie i wielkopolskie) oraz dwóch dodatkowych w województwach liczących powyżej 4 milionów mieszkańców (mazowieckie i śląskie). Ma to na celu odciążenie pracą dyspozytorów w województwach o największej liczbie ludności oraz umożliwienie dyspozytorom pracy bliżej miejsca zamieszkania zamiast dojazdów do stolicy województwa. Wprowadzony został specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest Centrum Operacyjne Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (CO LPR). Dla zatrudnionych tam dyspozytorów medycznych pracodawcą jest Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, a nie wojewoda, jak to ma miejsce w przypadku pozostałych dyspozytorni medycznych. W Centrum Operacyjnym pracują również dyspozytorzy lotniczy, którzy odpowiedzialni są za koordynację zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

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

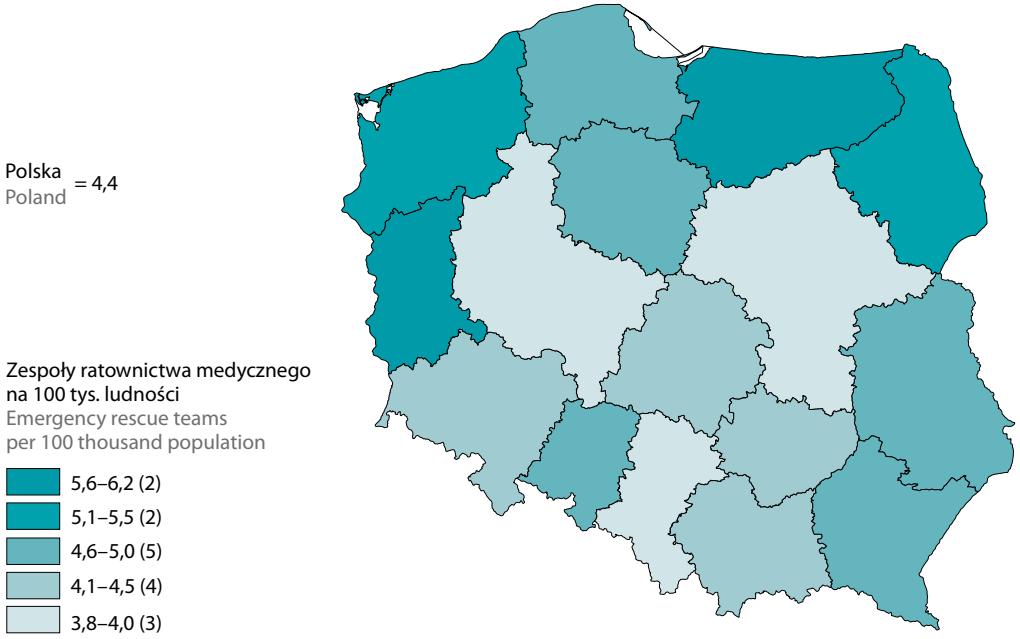
W warunkach pozaszpitalnych, pomoc medyczna osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest udzielana przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) oraz lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM). W ich skład wchodzą osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Według stanu prawnego obowiązującego w 2024 r., 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 2024 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowało 1 664 zespołów ratownictwa medycznego (o 47 więcej niż przed rokiem), z czego 1 416 (85,1%) podstawowych i 248 (14,9%) 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 21,7% w 2020 r. do 14,9% w 2024 r.) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (wzrost z 78,3% w 2020 r. do 85,1% w 2024 r.) oraz stałą liczbą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM (podstawowych i specjalistycznych) przypadająca na 100 tys. ludności. Najwyższą wartość wskaźnika w 2024 r. odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (6,2), natomiast najniższą w województwie wielkopolskim (3,8).

76 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).

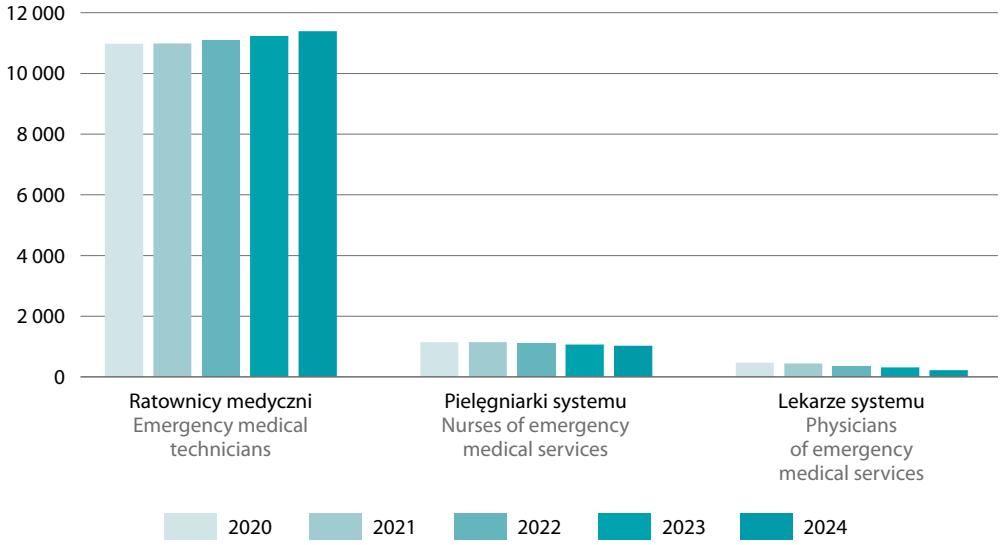
Mapa 2.14. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności wg województw w 2024 r.
Map 2.14. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2024



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego[77] wskazują, że w 2024 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego[78] stanowiło 11 385 ratowników medycznych, 1 025 pielęgniarek i 217 lekarzy systemu PRM. W 2024 r., podobnie jak w latach poprzednich, utrzymywała się tendencja spadkowa dotycząca liczby lekarzy i pielęgniarek systemu PRM. Liczba lekarzy systemu zmniejszyła się w porównaniu z 2023 r. o 30,9%, a liczba pielęgniarek systemu o 3,2%. W stosunku do poprzedniego roku liczba ratowników medycznych zwiększyła się o 1,4%.

77 Dane GUS – formularz ZD–4.
78 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 pracy
Chart 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

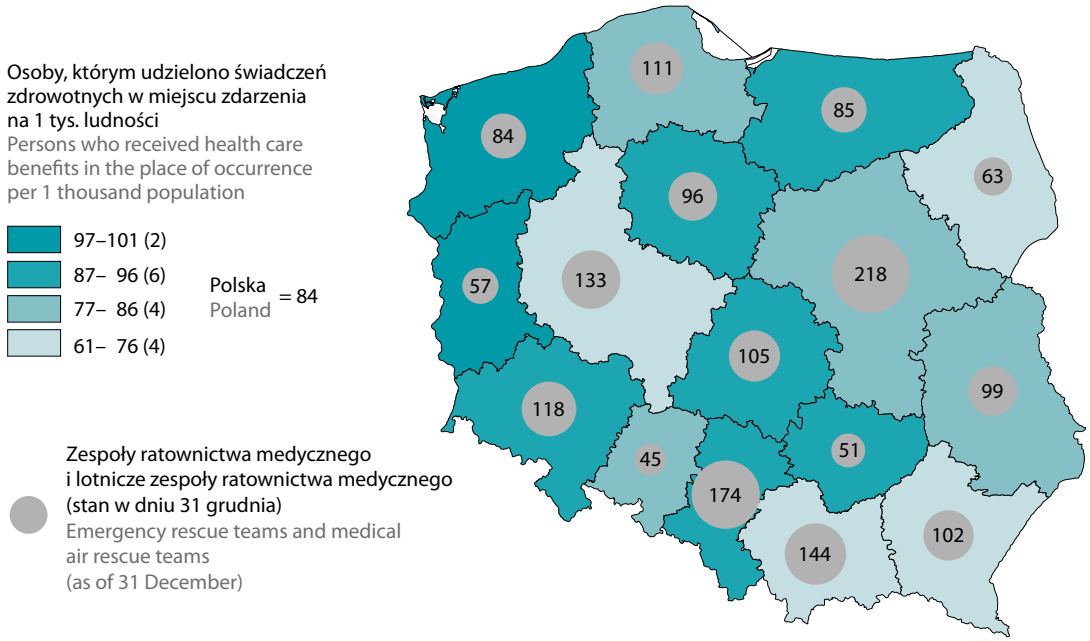
W 2024 r. zespoły ratownictwa medycznego, łącznie z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego, zrealizowały ponad 3,1 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia, czyli o 359,8 tys. więcej niż rok wcześniej.

W 2024 r. na 1 tys. ludności przypadały 84 osoby (o 10 osób więcej 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 województwie zachodniopomorskim – 101 osób, a najmniej w województwie wielkopolskim – 61 osób.

Zdecydowaną większość (76,7%) ogólnej liczby interwencji zespołów ratownictwa medycznego stanowiły wyjazdy/wyloty do domu pacjenta. W porównaniu z 2023 r. odsetek takich wyjazdów/wylotów zmniejszył się o 0,4 p. proc. Drugie co do liczby interwencji miejsce zdarzenia (17,0% wyjazdów/wylotów) to kategoria „inne", obejmująca wszystkie te miejsca zdarzenia, których nie można zakwalifikować do pozostałych kategorii. Ich udział w ogólnej liczbie interwencji w stosunku do roku poprzedniego zwiększył się o 0,2 p. proc. Interwencje do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły 3,3%, a w pracy – 2,2% (w obu przypadkach odnotowano wzrost o odpowiednio: 0,2 p. proc. i 0,1 p. proc.). Udział wyjazdów/wylotów do zdarzeń do szkoły zmniejszył się o 0,1 p. proc. do poziomu 0,8% w 2024 r.

Mapa 2.15. Zespoły ratownictwa medycznego[a] i osoby, którym udzielono pomocy medycznej w miejscu zdarzenia na 1 tys. ludności wg województw w 2024 r.

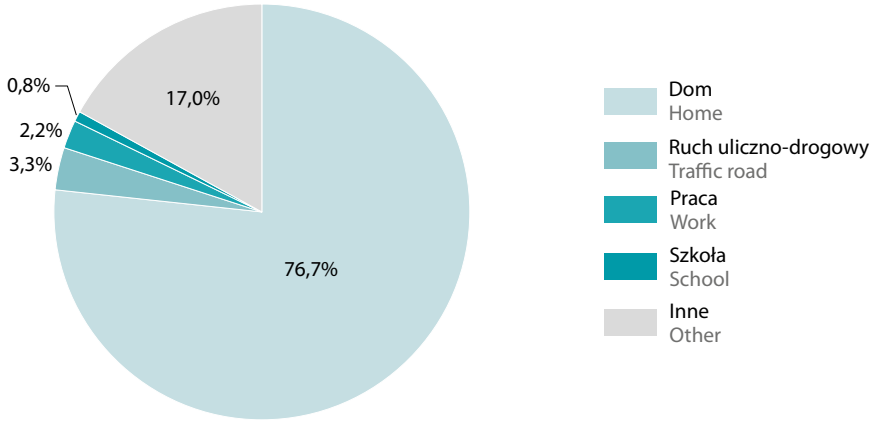
Map 2.15. Emergency rescue teams[a] and persons who received health care benefits in the place of occurrence per 1 thousand population by voivodships in 2024



a Łącznie z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego.
a Including medical air rescue teams.

Wykres 2.45. Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsca zdarzenia w 2024 r.

Chart 2.45. Calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place in 2024



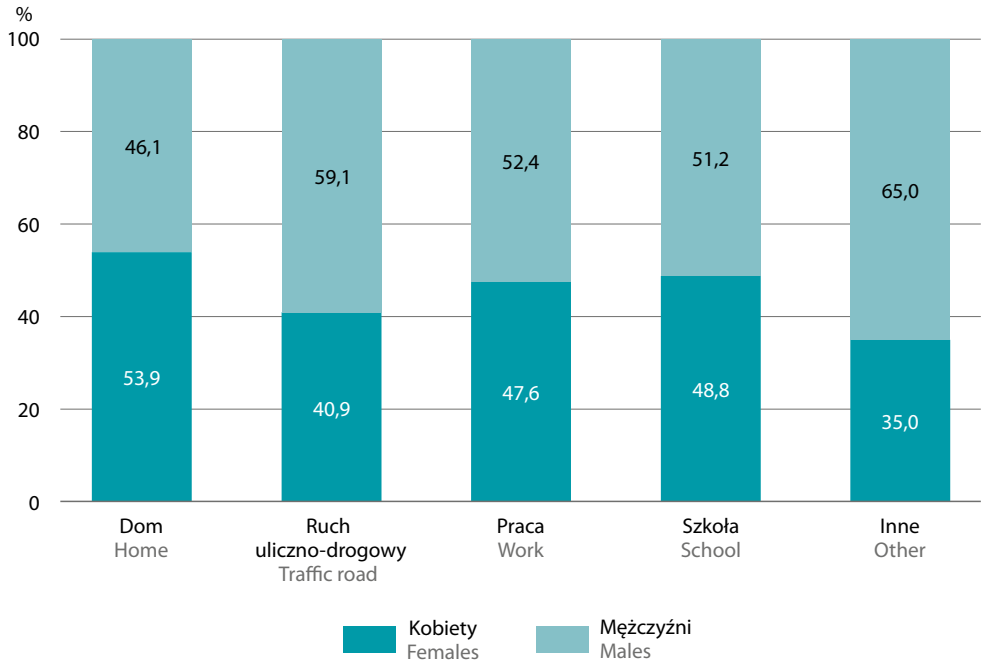
W trakcie jednego wyjazdu/wylotu pomoc mogła zostać udzielona więcej niż jednej osobie, dlatego liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trakcie wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa była nieznacznie większa niż liczba wyjazdów/wylotów i wyniosła niespełna 3,2 mln (o 365,8 tys. więcej niż w ubiegłym roku).

Struktura wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wyglądała następująco: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wyniósł 5,9%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 43,5%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej – 50,5% (w 2023 r. odsetki te wyniosły

odpowiednio: 6,1%, 43,8% i 50,1%). Pomocy medycznej udzielano prawie tak samo często mężczyznom (49,9%), jak i kobietom (50,1%). Udział procentowy mężczyzn wśród osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w 2024 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 53,9%.

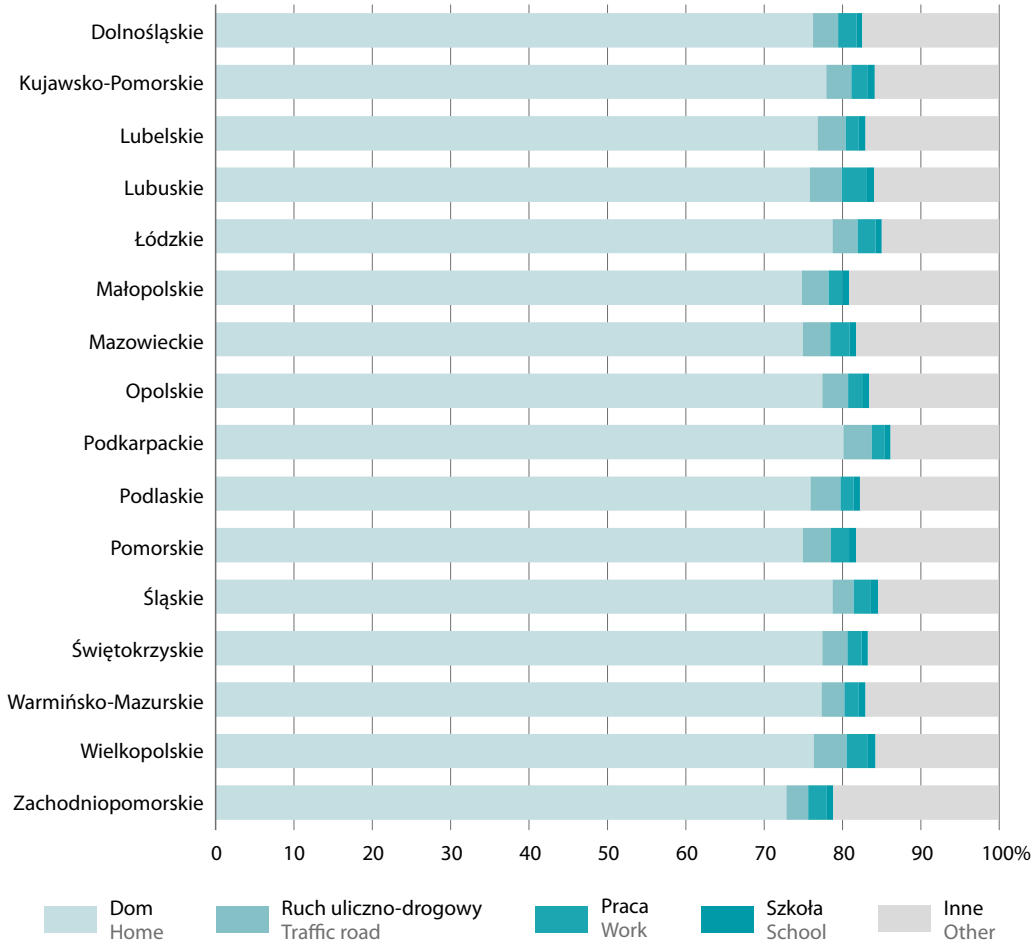
Wykres 2.46. Miejsca zdarzenia, w których zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wg płci pacjentów w 2024 r.

Chart 2.46. Occurrence places where emergency medical teams provided health care benefits by sex of patients in 2024



W każdym województwie liczba wyjazdów/wylotów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. Największy odsetek takich interwencji odnotowano w województwie podkarpackim (80,2%), a najmniejszy w województwie zachodniopomorskim (72,9%). 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 (3,2%), a najmniejszy w województwie podkarpackim (1,6%). W przypadku wyjazdów/wylotów do szkoły jako miejsca zdarzenia największy ich odsetek wystąpił w województwie wielkopolskim (1,0%), a najmniejszy w województwie dolnośląskim (0,7%). Interwencje do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2,7% (województwo śląskie) do 4,2% (województwo wielkopolskie) ogółu wyjazdów.

Wykres 2.47. **Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia i województw w 2024 r.**
Chart 2.47. Calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place and voivodships in 2024



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 ustawą[79] czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia mediany 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. 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.

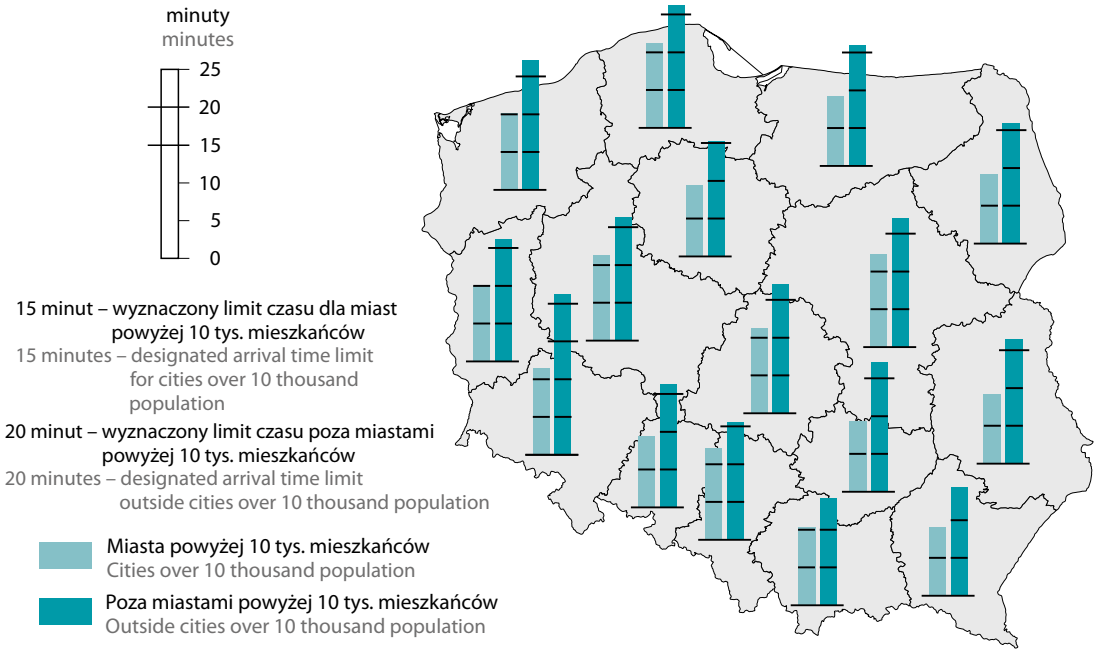
Z danych za 2024 r. przekazanych przez wojewodów wynika, że mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona we wszystkich województwach, przy czym wartość mediany poniżej 10 minut charakteryzowała siedem województw: podkarpackie (9 min. i 2 sek.), podlaskie (9 min. i 13 sek.), lubelskie (9 min. i 24 sek.), świętokrzyskie (9 min. i 29 sek.), warmińsko-mazurskie (9 min. i 32 sek.), kujawsko-pomorskie (9 min. i 40 sek.) oraz opolskie (9 min. i 48 sek.). Największą medianę czasu dotarcia w przypadku miast powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie mazowieckim – 12 min. i 20 sek. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców

79 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2025 poz. 91 z późn. zm.).

nie była przekroczona tylko w województwach małopolskim (14 min. i 11 sek.) oraz podkarpackim (14 min. i 30 sek.). Największą wartość mediany odnotowano w województwie dolnośląskim – 20 min. i 33 sek.

Mapa 2.16. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia wg województw w 2024 r.

Map 2.16. Median time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence place by voivodships in 2024



Źródło: dane z wykazów przekazywanych przez urzędy wojewódzkie zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej na 2024 r.

Source: data obtained from voivodships offices according to Programme of Statistical Surveys of Official Statistics for 2024.

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 niezagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu (59,2% ogółu wezwań w 2024 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 dolnośląskim (67,8%), a najmniejszy w podlaskim (49,6%).

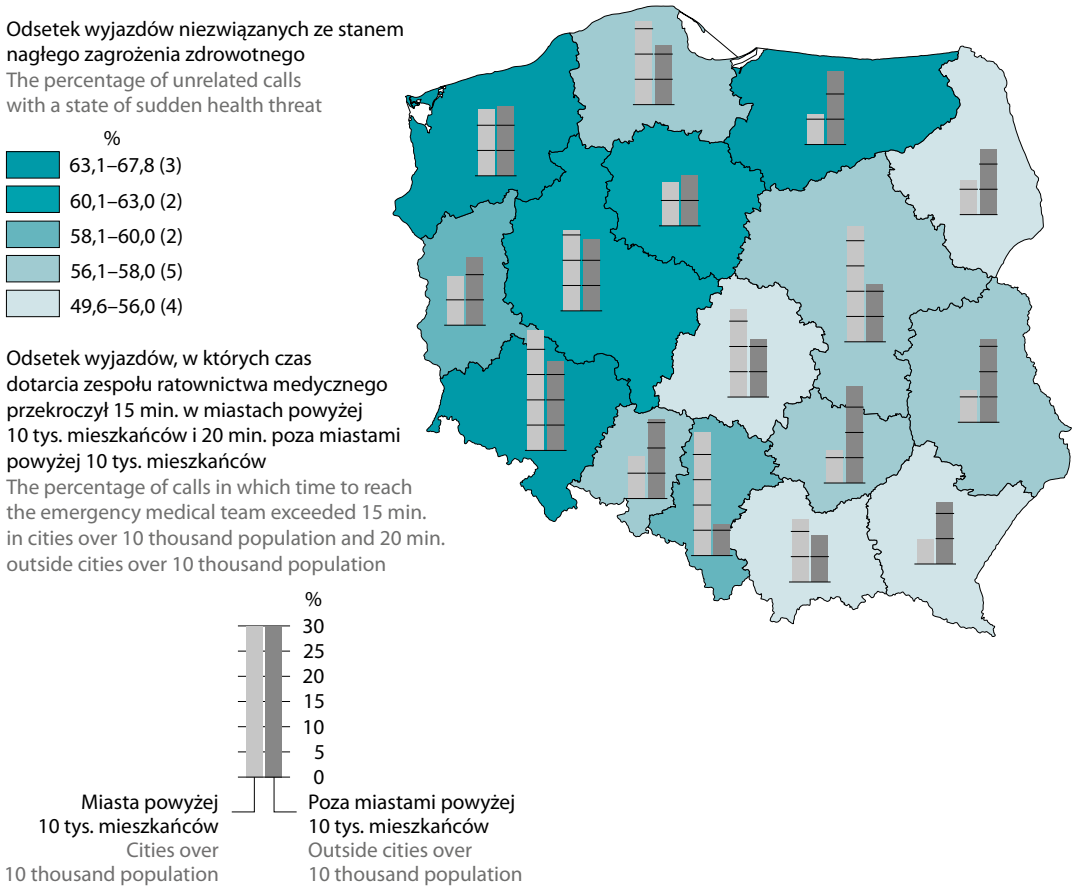
Począwszy od rozpoczęcia epidemii COVID-19 zaobserwować można blisko trzykrotny wzrost odsetka wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego. W 2019 r. odsetek takich wyjazdów wyniósł 20,9% ogółu wszystkich wyjazdów, w 2020 r. – 55,9%, podczas gdy w 2024 r. – 59,2% (rok wcześniej był o 0,5 p. proc. mniejszy).

Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w 2024 r. w województwie śląskim (24,4%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w województwie świętokrzyskim (19,1%). 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 4,9%. 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 6,2%.

Mapa 2.17. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz wyjazdy, w których czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego przekroczył ustawowe normy wg województw w 2024 r.

Map 2.17. 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 by voivodships in 2024



Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2024 r. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR), które obchodziło 25-lecie swojej działalności, posiadało 21 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS[80]) 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 dyżurowało 6 baz (Gdańsk, Kraków, Lublin,

80 HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

Poznań, Warszawa, Wrocław), a przez cztery ostatnie miesiące 2024 r. całodobowy dyżur pełniła także baza w Białymstoku. 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 górskimi 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 2024 r. lotnicze zespoły ratownictwa medycznego wykonały 8 406 lotów, podczas których świadczenia zdrowotnego udzielono 8 415 osobom (o 328 lotów i poszkodowanych więcej niż rok wcześniej). Pomocy medycznej częściej potrzebowali mężczyźni niż kobiety (odpowiednio: 66,9% i 33,1%). Śmigłowce LPR wylatywały do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym oraz do zdarzeń w miejscach określanych jako inne, które stanowiły największy odsetek spośród wszystkich wylotów (80,2%)[81].

W 2024 r., podobnie jak w poprzednich latach, śmigłowce LPR najczęściej wzywane były do: wypadków komunikacyjnych i pomocy ich ofiarom, udarów mózgu i nagłego zatrzymania krążenia. Ponadto w katalogu powodów wezwań znalazły się m.in. upadki z wysokości oraz oparzenia termiczne[82].

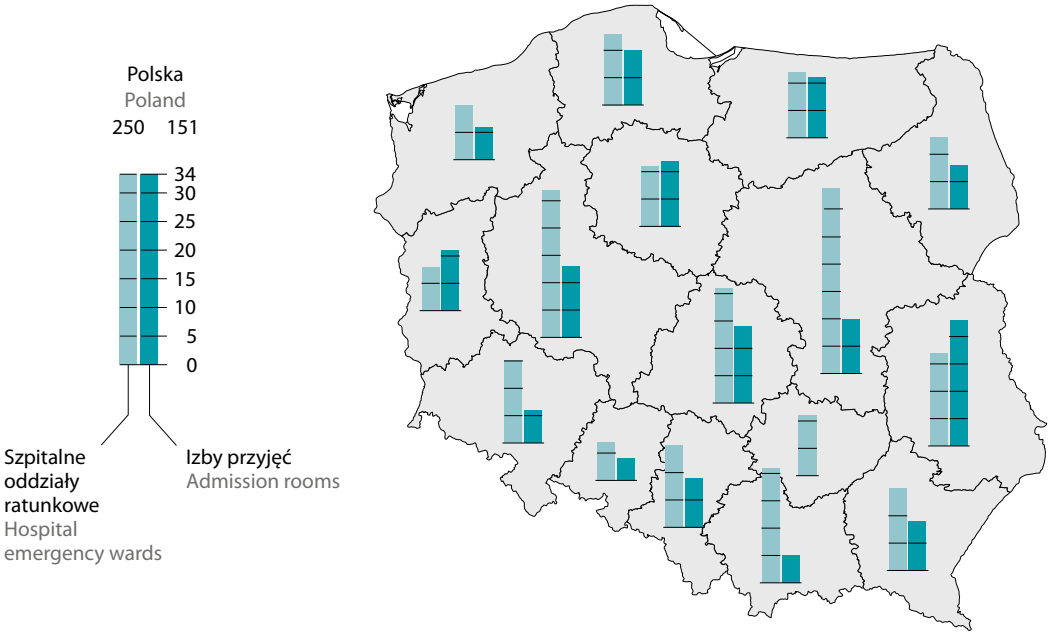
Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i izby przyjęć oraz centra urazowe (CU) i centra urazowe dla dzieci (CUD)

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia[83], 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 2024 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowało 250 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 4 więcej niż rok wcześniej). W SOR udzielane były świadczenia zdrowotne w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) i stacjonarnym. Ponadto z systemem PRM współpracowało 151 izb przyjęć (o 4 mniej niż w 2023 r.), w których udzielano świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

81 Dane GUS – formularz ZD-4.
82 Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.
83 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. 2025 poz. 1646).

Mapa 2.18. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2024 r.
Map 2.18. Hospital emergency wards and admission rooms by voivodships in 2024

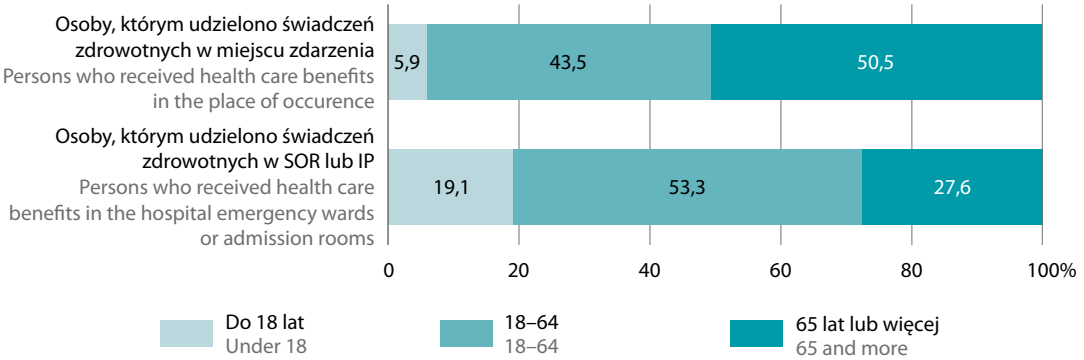


W roku 2024 w izbach przyjęć lub w SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym blisko 4,1 mln osób (o 114,8 tys. więcej niż rok wcześniej). Na SOR liczba leczonych w trybie stacjonarnym wyniosła ponad 2,3 mln osób (o 270,8 tys. więcej niż w roku poprzednim). Dzieci i młodzież do lat 18 stanowiły 19,1% ogólnej liczby leczonych w izbach przyjęć lub SOR, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 27,6%.

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.

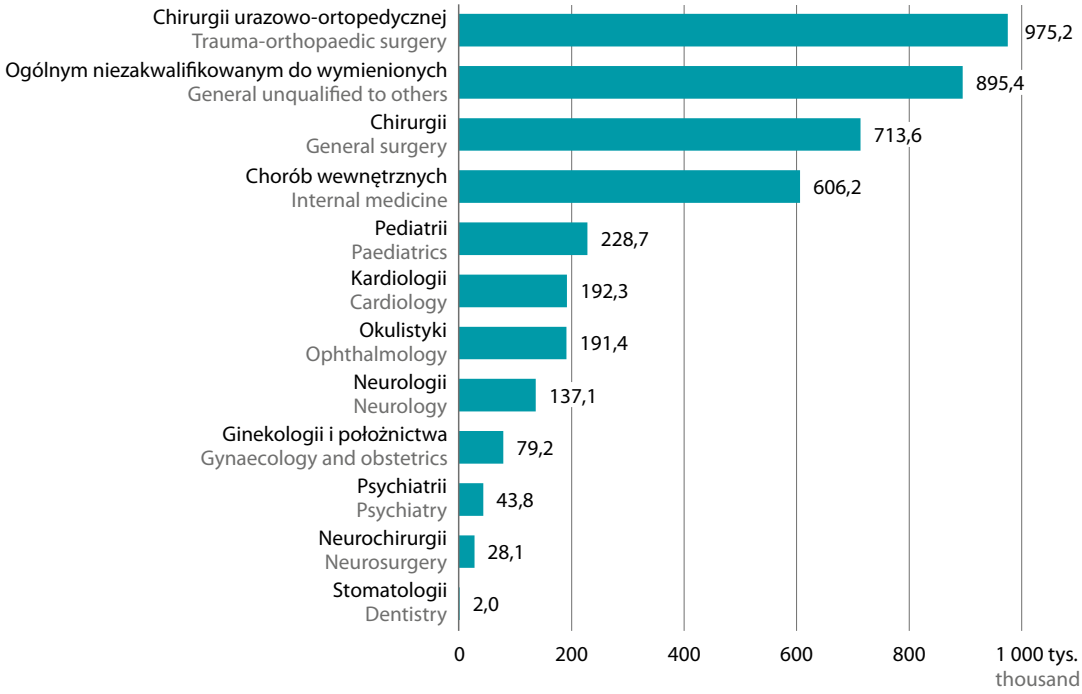
Pacjenci leczeni ambulatoryjnie najczęściej korzystali ze świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej (23,8% leczonych), ogólnym (21,9%) oraz chirurgii (17,4%).

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 2024 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 2024



Wykres 2.49. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg zakresu świadczeń w 2024 r.

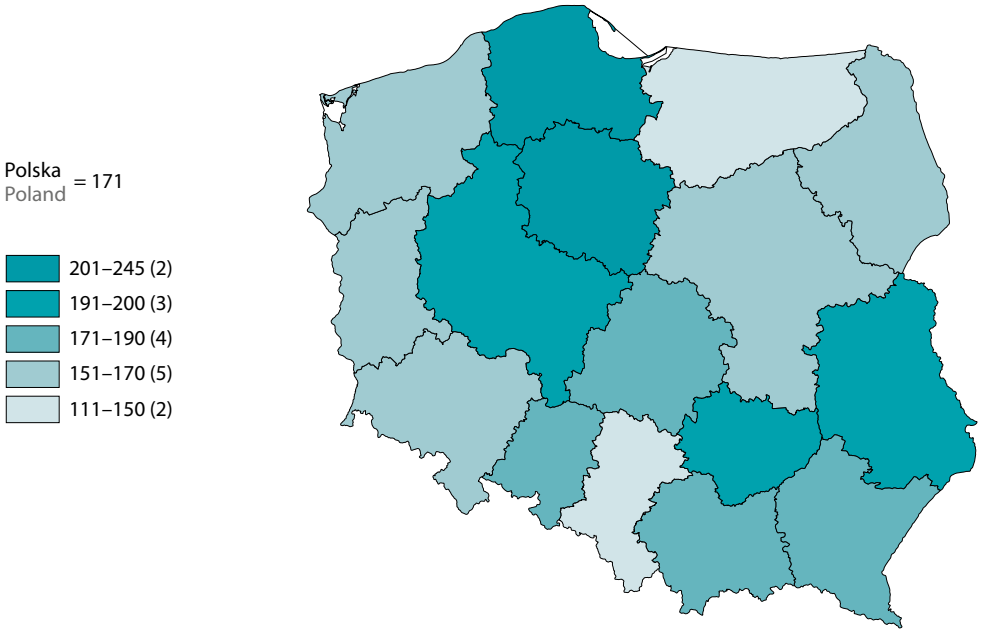
Chart 2.49. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms under the outpatient treatment by type of services in 2024



W 2024 r. na 1 tys. ludności przypadało 171 osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR lub izbach przyjęć (160 osób w roku poprzednim). Najwięcej osób, które skorzystały z pomocy w tego typu miejscach, w przeliczeniu na 1 tys. ludności odnotowano w województwie pomorskim – 245 osób, a najmniej w śląskim – 111 osób.

Mapa 2.19. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć na 1 tys. ludności wg województw w 2024 r.

Map 2.19. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms per 1 thousand population by voivodships in 2024



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 naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń.

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 ustawowymi[84] 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 2024 r., podobnie jak i w roku poprzednim, działało 17 centrów urazowych oraz 11 centrów urazowych dla dzieci. W centrach urazowych leczonych było niespełna 2,6 tys. pacjentów, z czego 38,7% stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, natomiast w centrach urazowych dla dzieci pod opieką było blisko 0,5 tys. pacjentów[85].

Tablica 2.10. Ratownictwo medyczne i pomoc doraźna
Table 2.10. Emergency medical services and first aid

Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022	2023	**2024**
Zespoły ratownictwa medycznego Emergency rescue teams	1 581	1 587	1 592	1 617	**1 664**
Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego Medical air rescue teams	21	21	21	21	**21**
Szpitalne oddziały ratunkowe Hospital emergency wards	239	241	244	246	**250**
Izby przyjęć Admission rooms	154	156	157	155	**151**
Ratownicy medyczni Emergency medical technicians	10 975	10 993	11 095	11 232	**11 385**
Wyjazdy na miejsce zdarzenia (w ciągu roku): Calls to the occurrence places (during the year):					
w tysiącach in thousands	2 758,8	3 058,3	3 070,1	2 780,3	**3 140,1**
na 1000 ludności per 1000 population	72,3	80,5	81,2	73,8	**83,6**

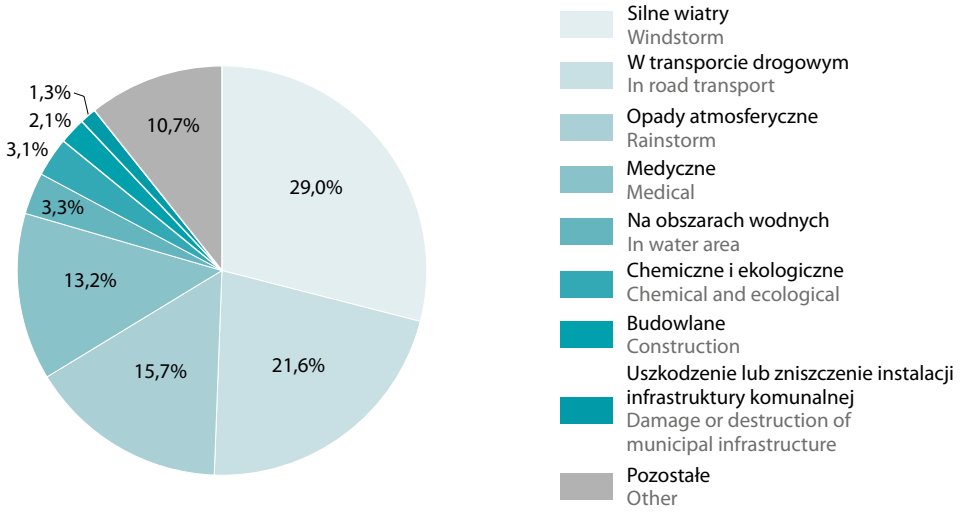
Jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

Jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne 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 2024 r. jednostki ochrony przeciwpożarowej podjęły 551,7 tys. interwencji na terenie całego kraju, co oznacza wzrost o 13,5% w porównaniu do 2023 r. Spośród nich 394,7 tys. interwencji zostało podjętych z powodu miejscowych zagrożeń, 103,6 tys. z powodu pożarów, a 53,4 tys. fałszywych alarmów. Wśród miejscowych zagrożeń najwięcej interwencji dotyczyło silnych wiatrów (82,3 tys.), a najmniej uszkodzeń lub zniszczeń instalacji infrastruktury komunalnej (3,8 tys.).

84 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz.U. 2025 poz. 91 z późn. zm.).
85 Dane GUS – formularz ZD-4.

Wykres 2.50. Miejscowe zagrożenia wg ich rodzaju w 2024 r.
Chart 2.50. Local threats by type in 2024



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

W wyniku pożarów i miejscowych zagrożeń śmierć poniosło 12,0 tys. osób, tj. o 8,9% więcej niż w 2023 r., a 58,2 tys. zostało rannych – więcej o 4,9%. Najwięcej zdarzeń wymagających interwencji jednostek ochrony przeciwpożarowej odnotowano w województwie śląskim (80,4 tys.), a najmniej w województwie podlaskim (13,3 tys.).

Tablica 2.11. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej wg województw w 2024 r.
Table 2.11. Events involving fire brigades by voivodships in 2024

Województwa Voivodships	Zdarzenia ogółem Total events	Pożary Fires	Miejscowe zagrożenia Local threats	Fałszywe alarmy False alarms
Polska Poland	**551 738**	**103 639**	**394 701**	**53 398**
Dolnośląskie	53 257	10 957	36 984	5 316
Kujawsko-pomorskie	28 621	5 223	20 757	2 641
Lubelskie	23 691	5 675	16 345	1 671
Lubuskie	15 311	3 476	10 316	1 519
Łódzkie	30 144	6 781	19 399	3 964
Małopolskie	49 437	6 849	38 138	4 450
Mazowieckie	78 215	17 321	50 385	10 509
Opolskie	16 790	2 641	12 752	1 397
Podkarpackie	27 007	5 078	20 777	1 152
Podlaskie	13 314	3 187	9 503	624
Pomorskie	30 701	5 467	22 852	2 382
Śląskie	80 429	10 197	63 264	6 968
Świętokrzyskie	16 197	3 697	11 476	1 024

Tablica 2.11. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej wg województw w 2024 r. (dok.)
Table 2.11. Events involving fire brigades by voivodships in 2024 (cont.)

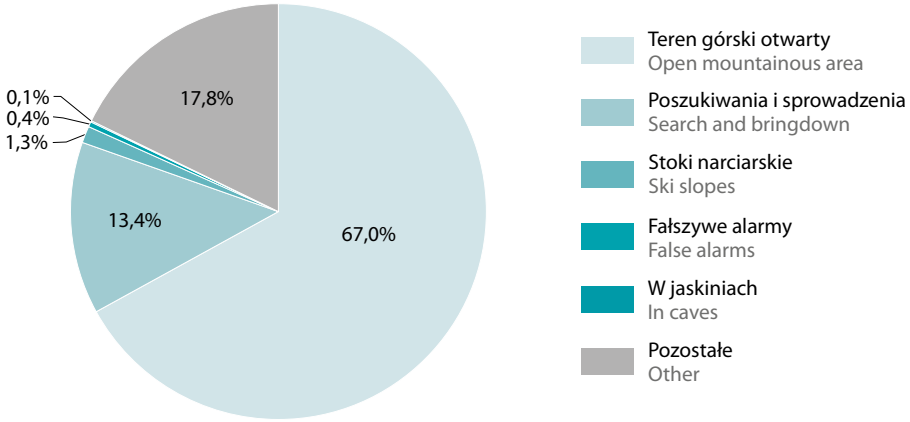
Województwa Voivodships	Zdarzenia ogółem Total events	Pożary Fires	Miejscowe zagrożenia Local threats	Fałszywe alarmy False alarms
Warmińsko-mazurskie	20 787	3 974	14 332	2 481
Wielkopolskie	45 801	7 688	33 172	4 941
Zachodniopomorskie	22 036	5 428	14 249	2 359

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

Do jednostek, które współpracują z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, 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 2024 r. ratownicy GOPR[86] wyruszyli na wyprawy, akcje i interwencje 2 775 razy (o 98 więcej niż w 2023 r.), w tym udzielili 28 teleinterwencji. Najwięcej działań podjęli na terenie górskim otwartym (1 860), a najmniej w jaskiniach (dwie). Nie odnotowano działań z powodu zejścia lawiny. Podczas 62 wypraw i akcji ratowniczych konieczne było użycie śmigłowca (o pięć mniej niż w 2023 r.), a 53 odbyły się z udziałem psów (o siedem więcej). Ratowników wezwano do 3 051 osób, w tym 181 obcokrajowców. Rannych zostało 1 795 osób (o 9,6% więcej niż w 2023 r.). Odnotowano 57 przypadków śmiertelnych (o 8,1% mniej). Nagle zachorowały 473 osoby (o 8,2% więcej). Z innego powodu pomocy ratowników potrzebowało 726 osób (o 5,7% mniej). Ogólna liczba ratowników GOPR wynosiła 1 733, w tym 142 ratowników etatowych, 852 ochotników, 132 kandydatów oraz 607 ratowników pozasłużbowych, urlopowanych lub niespełniających wszystkich wymogów na dzień 31 grudnia 2024 r. Wszyscy ratownicy przepracowali społecznie 346 330 godzin. Ratownicy etatowi przepracowali łącznie 284 144 godzin.

Wykres 2.51. Wyprawy, akcje i interwencje GOPR w 2024 r.
Chart 2.51. GOPR expeditions, actions and interventions in 2024



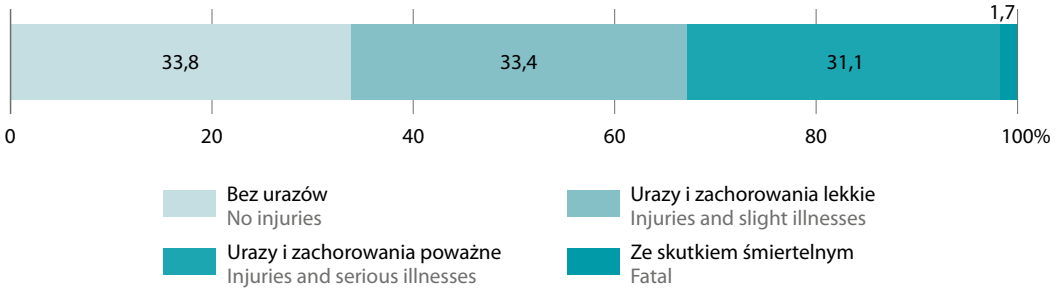
Źródło: dane GOPR.
Source: data GOPR.

Ratownicy TOPR[87] podjęli 1 157 wypraw, akcji i interwencji (o 264 więcej niż w 2023 r.), w tym 1 109 w Tatrach (o 262 więcej). Przeprowadzili 348 działań z użyciem śmigłowca (o 59 więcej niż w 2023 r.), a w trzech interwencjach zaangażowali psy (o cztery mniej). Najwięcej zdarzeń spowodowanych było upadkiem (499),

86 Źródło: dane GOPR za rok 2024.
87 Źródło: Zestawienie statystyczne działań TOPR w ramach Ratownictwa Górskiego w roku 2024.

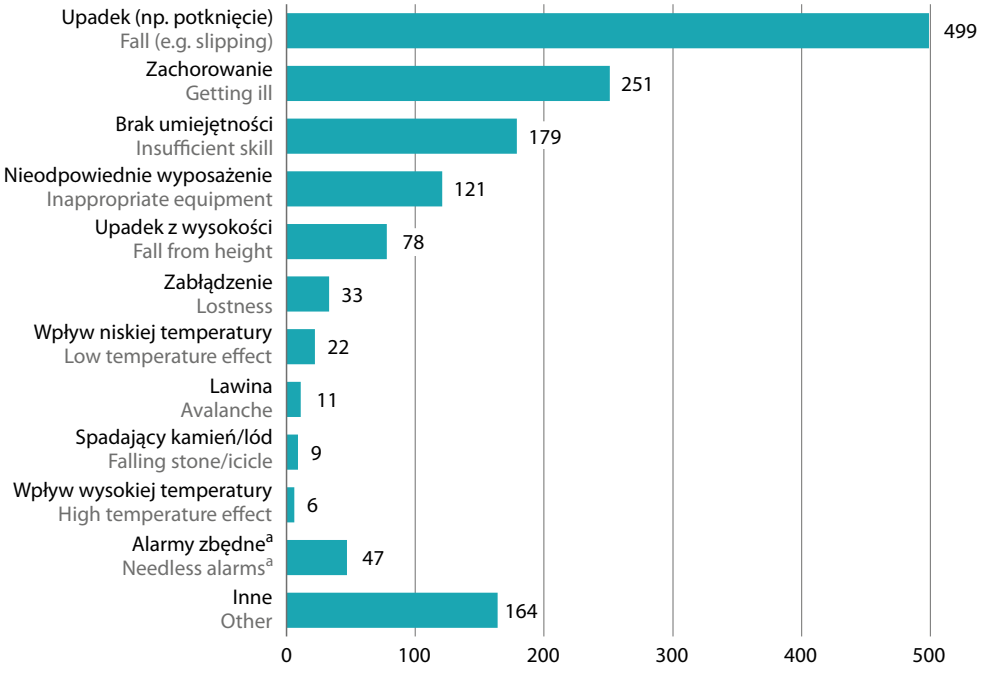
a najmniej wpływem wysokiej temperatury (sześć). Nie odnotowano zdarzeń spowodowanych rażeniem pioruna. Udzielono pomocy 1 383 osobom, w tym 153 obcokrajowcom. Najwięcej osób wymagających pomocy uprawiało turystykę pieszą (1 236), a najmniej alpinizm jaskiniowy (jedna osoba). Ratowano osoby bez urazów (468 – wzrost o 31,1% w porównaniu do 2023 r.), z powodu urazu lub zachorowania lekkiego (462 – wzrost o 55,0%) oraz z powodu urazu lub zachowania poważnego (430 – wzrost o 23,2%). Śmierć poniosły 23 osoby (wzrost o 27,8%). W działaniach wzięło udział 3 586 ratowników, w tym 1 006 ochotników. Biorąc udział w akcjach i wyprawach ratunkowych przepracowali oni łącznie 9 371 godzin, w tym 5 240 godzin społecznie.

Wykres 2.52. Ratowani przez TOPR w 2024 r.
Chart 2.52. TOPR rescuees in 2024



Źródło: dane TOPR.
Source: data TOPR.

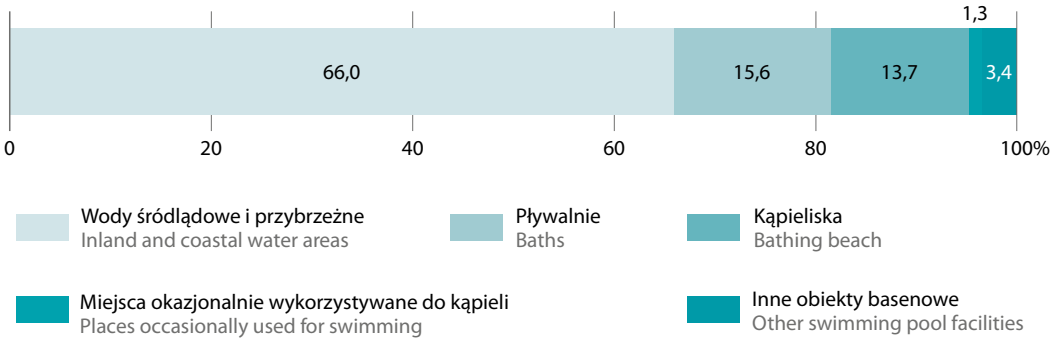
Wykres 2.53. Przyczyny zdarzeń podczas uprawiania turystyki i alpinizmu w 2024 r.
Chart 2.53. Causes of incidents during hiking and mountaineering in 2024



a Sytuacje, w których finalnie okazało się, że nie było wypadku.
a Situations in which it ultimately turned out that there was no accident.
Źródło: dane TOPR.
Source: data TOPR.

Ratownicy wodni przeprowadzili 1 903 akcje ratownicze wobec osób tonących (wzrost o 491 akcji w porównaniu z 2023 r.), najwięcej na obszarze wód śródlądowych i przybrzeżnych (1 256), a najmniej w miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli (25). Ratownicy uratowali 1 559 osób tonących.

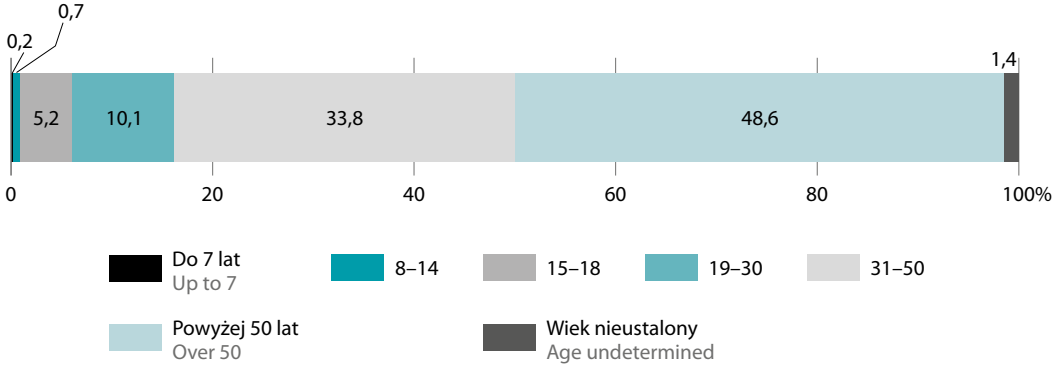
Wykres 2.54. Akcje ratownicze wobec osób tonących wg miejsca udzielonej pomocy w 2024 r.
Chart 2.54. Rescue operations to save drowning people by place of rescue in 2024



Źródło: dane Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
Source: data Ministry of the Interior and Administration.

W 2024 r. zgłoszono Policji 488 wypadków tonięcia (o 0,4% mniej niż w 2023 r.), w wyniku których śmierć poniosły 444 osoby (o 1,3% mniej), w tym 59 kobiet (o 18,0% więcej). Wśród ofiar utonięć największą grupę stanowiły osoby powyżej 50 roku życia (216 osób), a najmniejszą dzieci w wieku do 7 lat (jedna osoba).

Wykres 2.55. Ofiary utonięć wg wieku w 2024 r.
Chart 2.55. Victims of drowning by age in 2024



Źródło: dane Komendy Głównej Policji.
Source: data National Headquarters of Police.

Tablica 2.12. Wypadki tonięcia wg województw w 2024 r.
Table 2.12. Drowning incidents by voivodships in 2024

Województwa Voivodships	Wypadki tonięcia Drowning incidents	Ofiary utonięć Drowning victims	Osoby uratowane Survivors
Polska Poland	**488**	**444**	**66**
Dolnośląskie	30	31	–
Kujawsko-pomorskie	27	26	3
Lubelskie	34	32	2
Lubuskie	19	20	–
Łódzkie	21	21	–
Małopolskie	32	22	15
Mazowieckie	63	58	6
Opolskie	16	16	1
Podkarpackie	30	27	4
Podlaskie	18	13	7
Pomorskie	55	45	12
Śląskie	18	19	–
Świętokrzyskie	12	12	1
Warmińsko-mazurskie	61	57	6
Wielkopolskie	24	21	3
Zachodniopomorskie	28	24	6

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 wiejskich[88] 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.

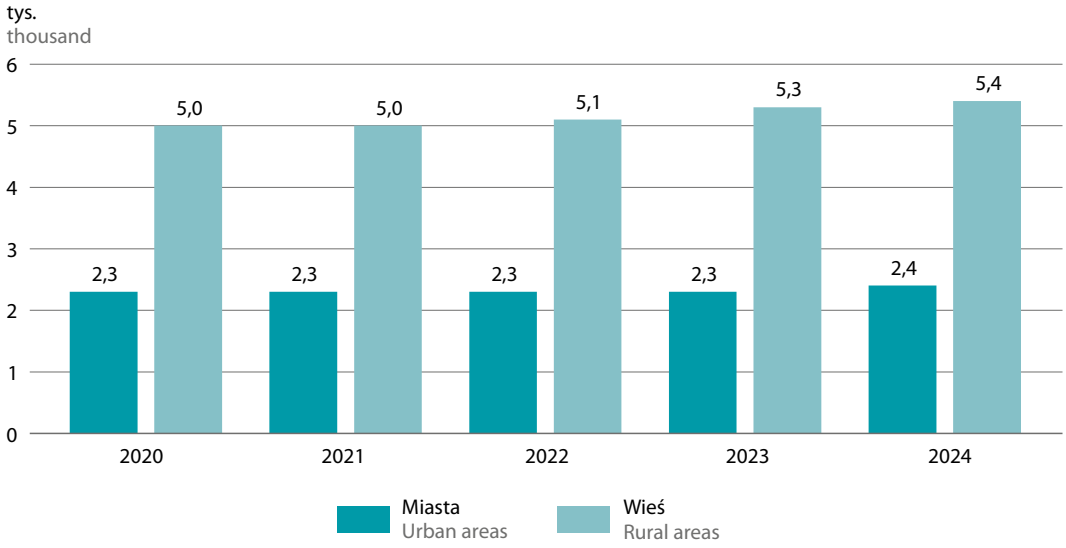
W 2024 r. na terenie Polski funkcjonowało 11 229 aptek ogólnodostępnych (o 244 mniej niż przed rokiem) i 1 067 punktów aptecznych (o 24 mniej niż rok wcześniej).

88 Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art. 70 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r., Dz. U. 2025 poz. 750) 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 2024 r. w miastach zlokalizowanych było 16 punktów aptecznych.

Na jedną aptekę ogólnodostępną w 2024 r. przypadało przeciętnie 3,3 tys. osób, przy czym 2,4 tys. w miastach. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od około 2,9 tys. w województwie lubelskim do około 3,7 tys. w województwie pomorskim. Na wsi liczba ludności przypadającej na jedną aptekę ogólnodostępną wyniosła około 8,5 tys. mieszkańców, natomiast na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny przeciętnie 5,4 tys. Zauważalna jest znacznie mniejsza liczba aptek ogólnodostępnych na obszarach wiejskich w porównaniu z miastami.

Wykres 2.56. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.56. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet
As of 31 December



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

W 2024 r. w 15 województwach było mniej aptek ogólnodostępnych w porównaniu z rokiem poprzednim. Największy spadek odnotowano w województwie śląskim (o 43). Więcej niż 20 aptek ubyło również w województwach dolnośląskim i mazowieckim (odpowiednio 35 i 25). Najmniejszy spadek wystąpił w województwie łódzkim i kujawsko-pomorskim (po 3).

Jedynie w województwie podlaskim liczba aptek była większa o jedną aptekę w porównaniu z rokiem poprzednim.

Punktów aptecznych ubyło w 10 województwach: łódzkim (6), kujawsko-pomorskim (5), lubuskim, podlaskim i zachodniopomorskim (po 3), dolnośląskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (po 2), małopolskim i mazowieckim (po 1). Wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano w województwach: podkarpackim (o 2), pomorskim i śląskim (o 1). W województwie lubelskim, opolskim i wielkopolskim liczba punktów aptecznych pozostała bez zmian.

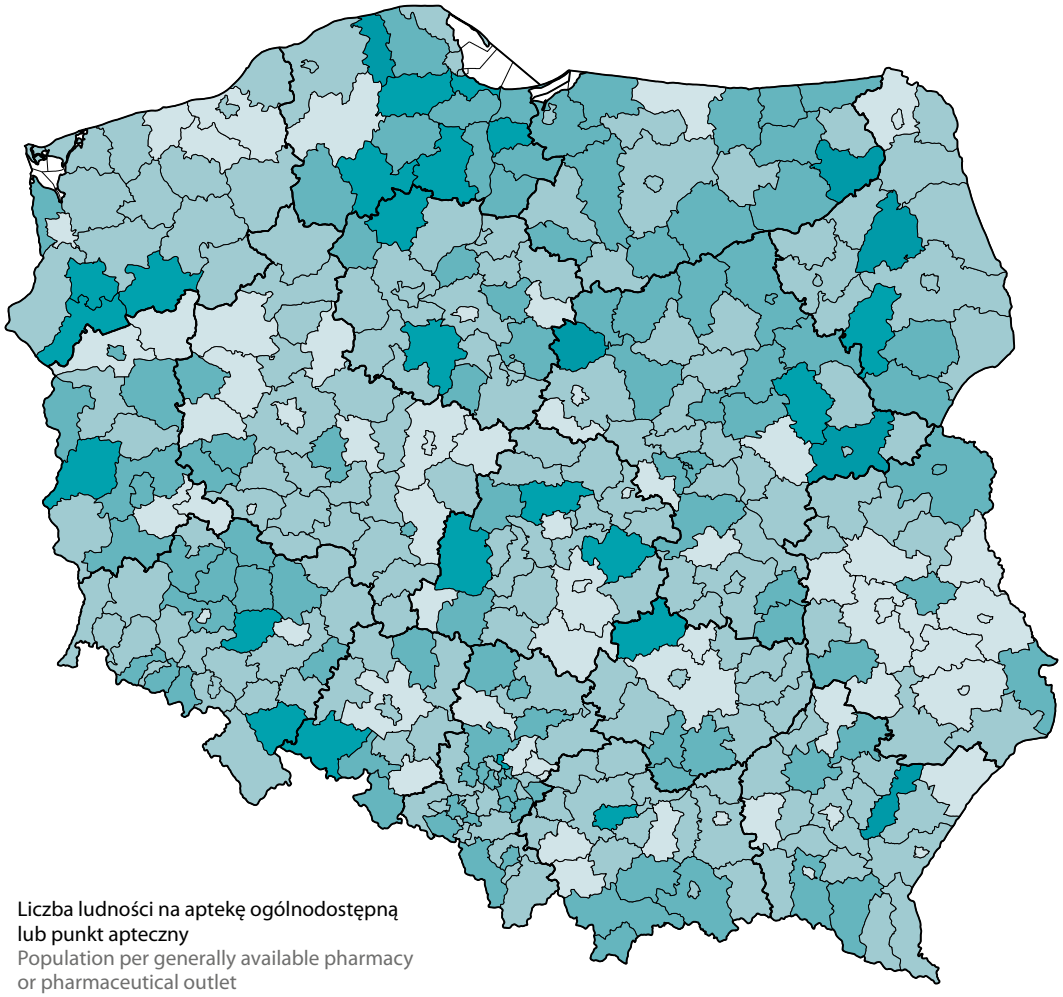
Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej[89] prowadziło 236 aptek (2,1%). W każdym województwie działały apteki ogólnodostępne prowadzące taką formę sprzedaży. Najwięcej z nich zlokalizowanych było w województwie mazowieckim (50), a najmniej w kujawsko-po-

89 Wysyłkowa sprzedaż produktów leczniczych prowadzona zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2025 poz. 750) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych (Dz. U. 2015 poz. 481).

morskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim (po 4). Ponad połowę (52,1%) aptek prowadzących sprzedaż wysyłkową stanowiły apteki z czterech województw: mazowieckiego, wielkopolskiego, łódzkiego i śląskiego. W przypadku punktów aptecznych sprzedaż wysyłkowa była realizowana tylko w 8 placówkach (0,7%), zlokalizowanych na terenie województw: łódzkiego (3 punkty), pomorskiego (2 punkty) i kujawsko-pomorskiego, podkarpackiego i wielkopolskiego (po 1 punkcie).

Mapa 2.20. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny wg powiatów w 2024 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.20. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2024
As of 31 December

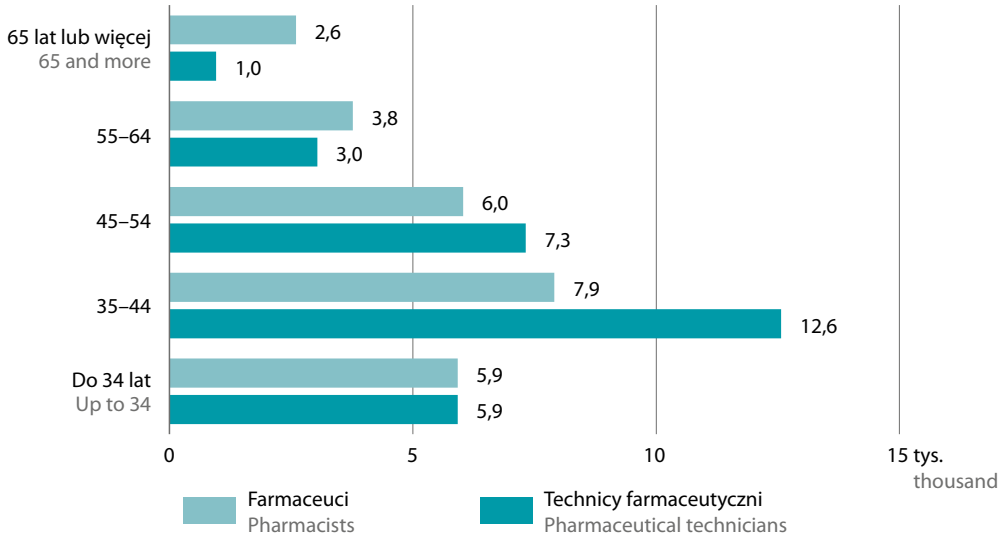


Według stanu w dniu 31 grudnia 2024 r. w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 26,2 tys. farmaceutów oraz 29,8 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w latach poprzednich, zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 83,0% wśród farmaceutów i 95,0% wśród techników farmaceutycznych). Na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 2,3 farmaceutów i 2,5 techników farmaceutycznych. Natomiast wskaźnik liczby techników farmaceutycznych na jeden punkt apteczny wyniósł 1,3. Farmaceutę zatrudniało zaledwie 7,4% punktów aptecznych.

W 2024 r. najwięcej farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych było w wieku 35–44 lat (30,2%), podobnie jak w przypadku techników farmaceutycznych (42,2%). Osoby w wieku 45–54 lat stanowiły 23,0% farmaceutów i 24,6% techników farmaceutycznych, natomiast w wieku 34 lat lub mniej – odpowiednio 22,6% i 19,9%. Najmniej liczną grupą były osoby w wieku 65 lat lub więcej (9,9% farmaceutów i 3,2% techników).

Wykres 2.57. Farmaceuci i technicy farmaceutyczni pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg wieku w 2024 r.
Stan w dniu 31 grudnia

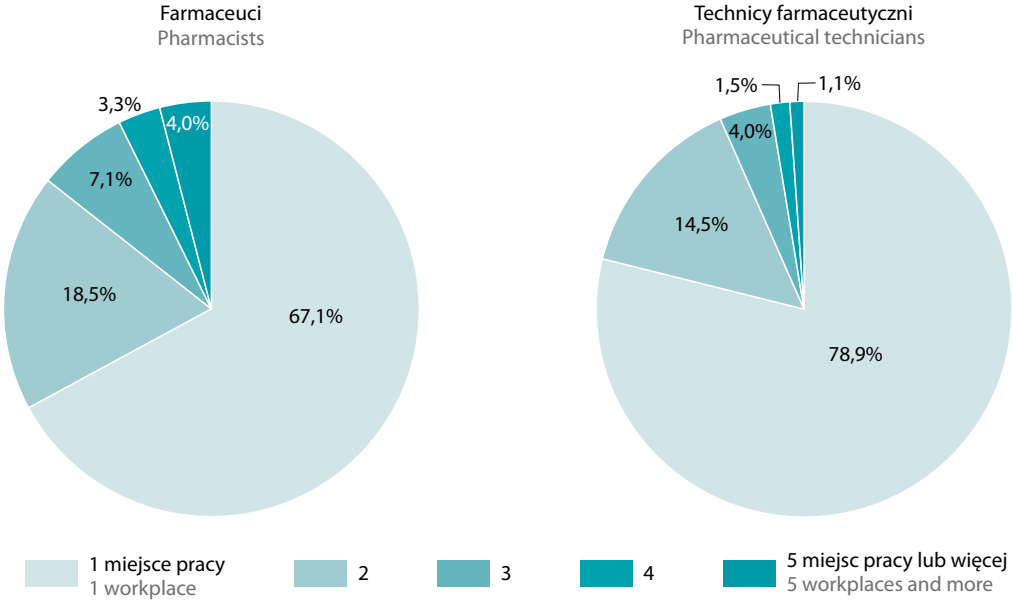
Chart 2.57. Pharmacists and pharmaceutical technicians employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by age in 2024
As of 31 December



W 2024 r. 67,1% farmaceutów i 78,9% techników farmaceutycznych pracowało w jednej placówce. Najwięcej farmaceutów pracujących w jednej placówce było w województwie lubelskim (73,4%), a techników farmaceutycznych – w podlaskim (86,1%). Natomiast najmniej osób pracujących w jednym miejscu pracy było w przypadku farmaceutów w województwie zachodniopomorskim (57,2%), a dla techników – w zachodniopomorskim (71,3%).

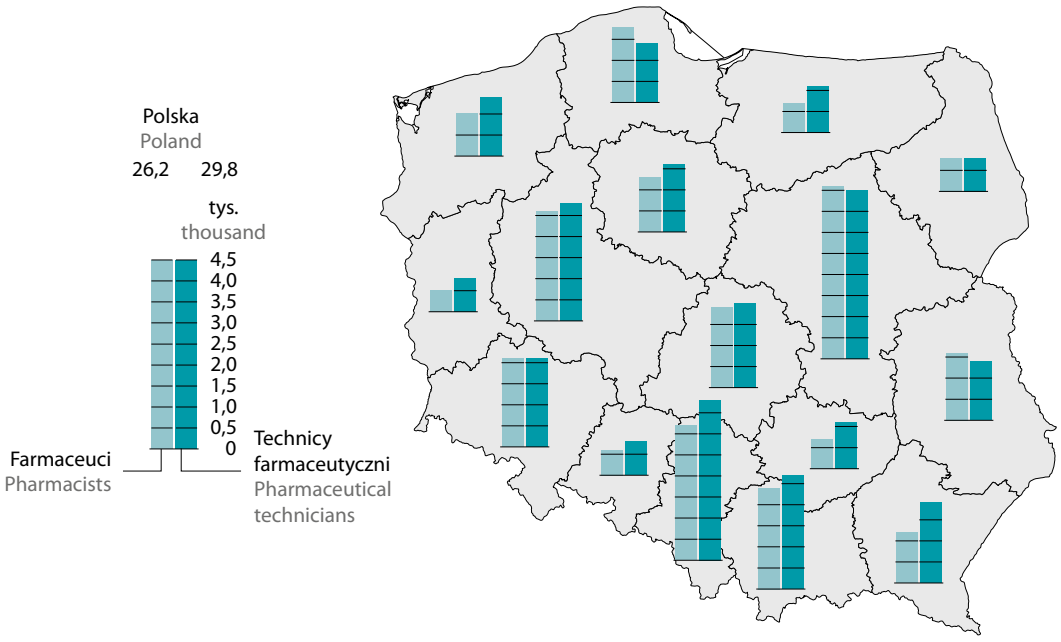
Wykres 2.58. Farmaceuci i technicy farmaceutyczni pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg liczby miejsc pracy w 2024 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.58. Pharmacists and pharmaceutical technicians employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by workplace in 2024
As of 31 December



Mapa 2.21. Farmaceuci i technicy farmaceutyczni pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg województw w 2024 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.21. Pharmacists and pharmaceutical technicians employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships in 2024
As of 31 December



Tablica 2.13. Apteki ogólnodostępne i punkty apteczne
Table 2.13. Generally available pharmacies and pharmaceutical outlets

LATA YEARS	Apteki Pharmacies	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets	Liczba ludności Number of population		Farmaceuci pracujący Masters of pharmacy employed	Technicy farmaceutyczni pracujący Pharmaceutical technicians employed
			na 1 aptekę per pharmacy	na 1 aptekę/ punkt apteczny per pharmacy / pharmaceutical outlet		
			OGÓŁEM TOTAL			
2023	11 473	1 091	3 280	2 996	25 831	31 829
2024	**11 229**	**1 067**	**3 339**	**3 049**	**26 230**	**29 811**
			MIASTA URBAN AREAS			
2023	9 657	20	2 317	2 312	22 628	27 747
2024	**9 437**	**16**	**2 360**	**2 356**	**23 165**	**25 891**
			WIEŚ RURAL ARES			
2023	1 816	1 071	8 403	5 286	3 203	4 082
2024	**1 792**	**1 051**	**8 489**	**5 351**	**3 065**	**3 920**

2.6. Sprzedaż leków na receptę
2.6. Sale of prescription medicines

Elektroniczna recepta jest jednym z największych udogodnień w ramach elektronicznej administracji w Polsce. System e-recept został uruchomiony na początku 2019 r., a od 8 stycznia 2020 r. ich wystawianie stało się obowiązkowe. Wszystkie dane dotyczące e-recept są gromadzone w centralnej bazie danych Systemu Informacji Medycznej, prowadzonym przez Centrum e-Zdrowia[90].

Mimo obowiązku wystawiania e-recept, lekarze w określonych sytuacjach przewidzianych ustawą[91] nadal mogą posługiwać się receptami papierowymi. Dotyczy to w szczególności przypadków, gdy:

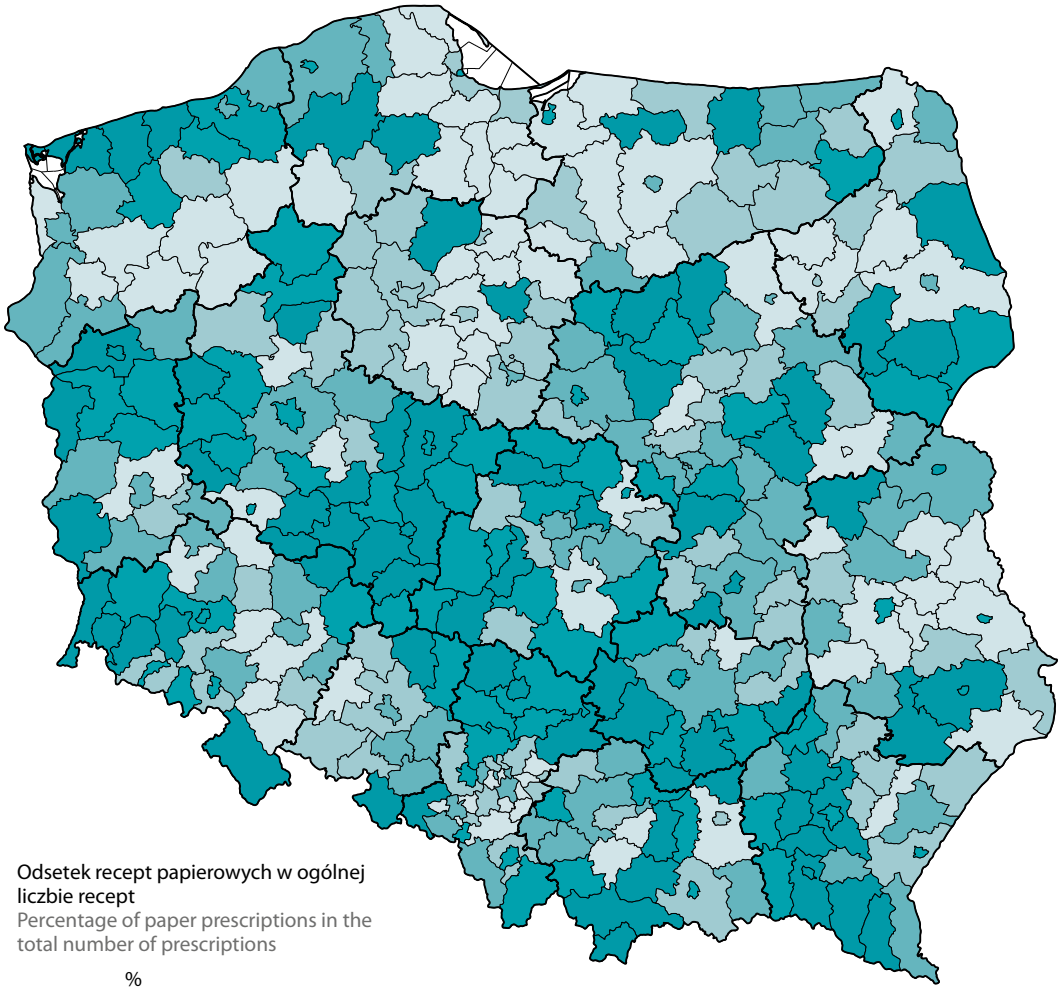
- braku dostępu do systemu teleinformatycznego,
- wystawiana jest recepta transgraniczna w określonych sytuacjach,
- recepta dotyczy osoby o nieustalonej tożsamości,
- receptę wystawia osoba uprawniona wykonująca zawód lekarza w Polsce tymczasowo lub okazjonalnie,
- chodzi o recepty „pro auctore" (dla siebie) lub „pro familiae" (dla członków rodziny)[92].

W 2024 r. wystawiono 513,4 mln recept (o 18,3 mln więcej niż przed rokiem), z czego 97,4% elektronicznych (w 2023 r. odsetek recept elektronicznych w ogólnej liczbie recept wynosił 96,6%). W 2024 r. odsetek wystawionych recept elektronicznych w poszczególnych województwach różnił się o nie więcej niż 1,5 p. proc. Największy odsetek elektronicznych recept wystąpił, podobnie jak w roku 2023, w województwie pomorskim (98,2%), a najniższy w województwie świętokrzyskim (96,7%).

[90] 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.
[91] Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. 2025 poz. 750).
[92] Recepta „pro auctore" – recepta wystawiona dla osoby wystawiającej. 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 przypadku powiatów, najwyższy odsetek elektronicznych recept zaobserwowano w powiatach: monieckim (99,5%) oraz siedleckim (99,4%) i grudziądzkim (99,2%), natomiast najniższy w powiatach: golubsko-dobrzyńskim (92,7%), ropczycko-sędziszowskim (93,1%) oraz włoszczowskim (93,1%). Udział recept papierowych w ogólnej liczbie recept wystawianych w aptekach był w 2024 r. bardzo niski – w połowie powiatów nie przekraczał ok. 2–3%, a jedynie w kilku jednostkach zbliżał się do 7%. W skali kraju oznacza to, że e-recepta stała się podstawową formą dokumentowania zleceń lekarskich. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wystawiono przeciętnie ok. 13–14 recept elektronicznych, przy czym w większości powiatów wskaźnik ten mieścił się w granicach 12–14 recept, a wyraźnie wyższe wartości obserwowano przede wszystkim w miastach na prawach powiatu.

Mapa 2.22. Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2024 r.
Map 2.22. Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2024

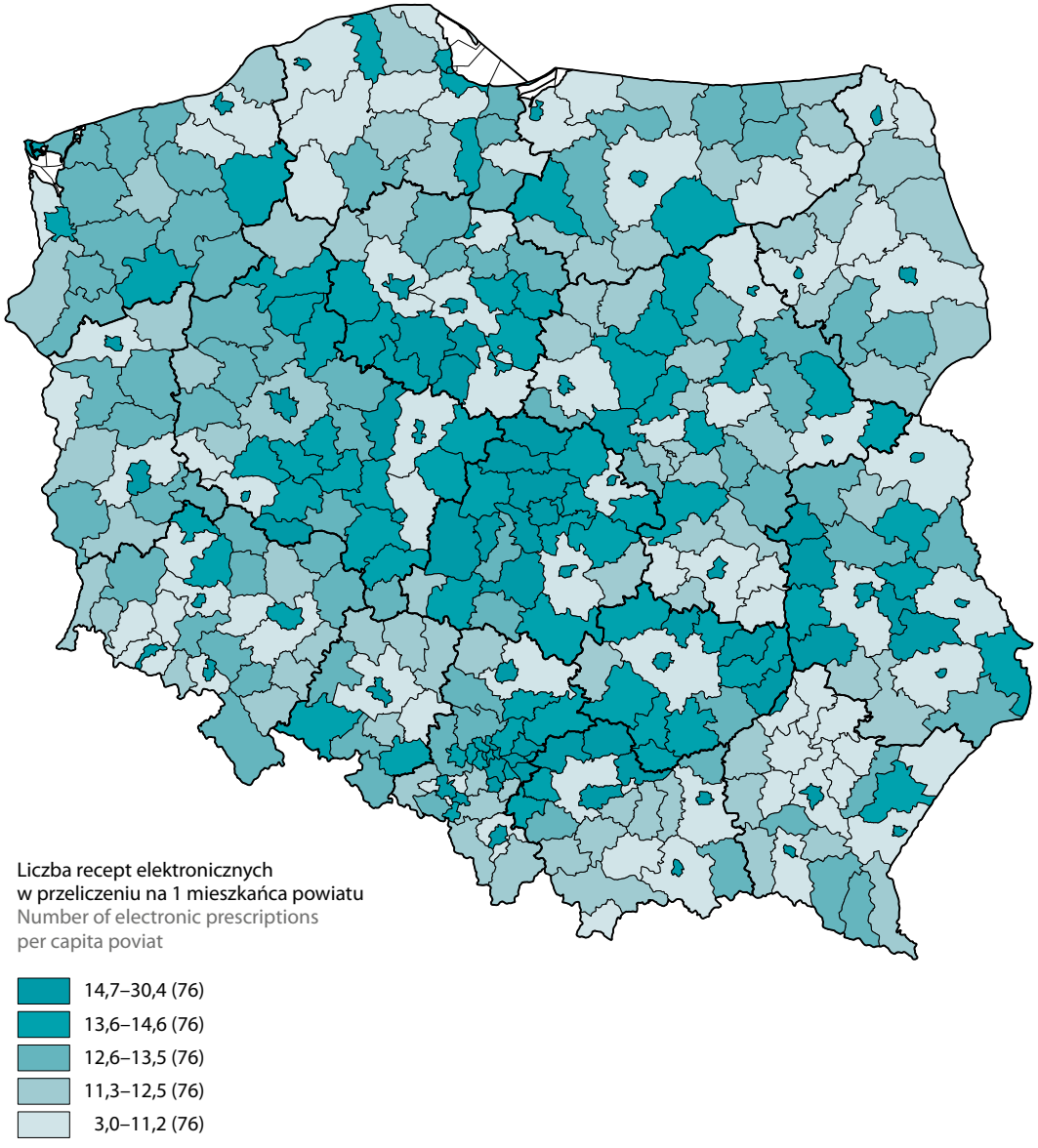


Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

W 2024 r. najmniej elektronicznych recept w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu wystawiono w powiatach: łomżyńskim (3,0), przemyskim (3,1), skierniewickim (3,7), suwalskim (3,8), siedleckim (3,8).

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 2.23. Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r.
Map 2.23. Number of electronic prescriptions per capita poviat in 2024



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

Według danych Ministerstwa Zdrowia w roku 2024 wartość sprzedaży wszystkich leków na receptę wyniosła 29,6 mld zł (o 3,5 mld zł więcej niż w 2023 r.), natomiast wartość refundacji – 13,3 mld zł (o 2,8 mld zł więcej niż w 2023 r.). Pacjenci z własnych środków wydali na leki na receptę 16,3 mld zł (o 0,7 mld zł wię-

cej niż w 2023 r.). W 2024 r. wartość refundacji stanowiła 44,8% wartości leków sprzedanych na receptę (w 2023 r. – 40,4%).

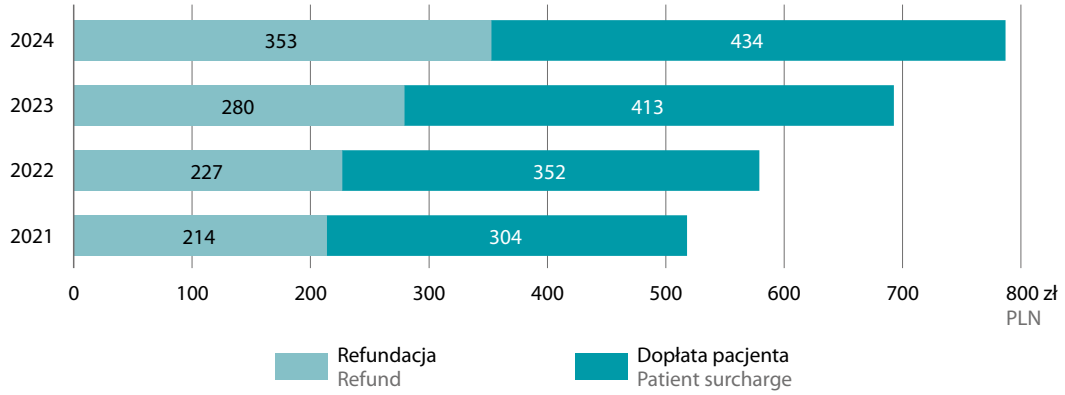
Tablica 2.14. Sprzedaż leków na receptę
Table 2.14. Sales of prescription medicines

Wyszczególnienie Specification	2023	2024
	w miliardach złotych in bilion PLN	
Wartość sprzedaży The value of sales	26,1	29,6
Wartość refundacji The value of refund	10,5	13,3
Wartość opłat pacjentów The value of patient charges	15,6	16,3

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

W 2024 r. wartość sprzedanych leków na receptę w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski wyniosła 787 zł (o 94 zł więcej niż w 2023 r.), z czego dopłata przez pacjenta wyniosła 434 zł (o 21 zł więcej niż w 2023 r.), a refundacja z Narodowego Funduszu Zdrowia wyniosła 353 zł (o 73 zł więcej niż w 2023 r.).

Wykres 2.59. Wartość refundacji oraz dopłaty do leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca Polski
Chart 2.59. Medicine reimbursement value and value of patients' subsidies to medicines per capita Poland

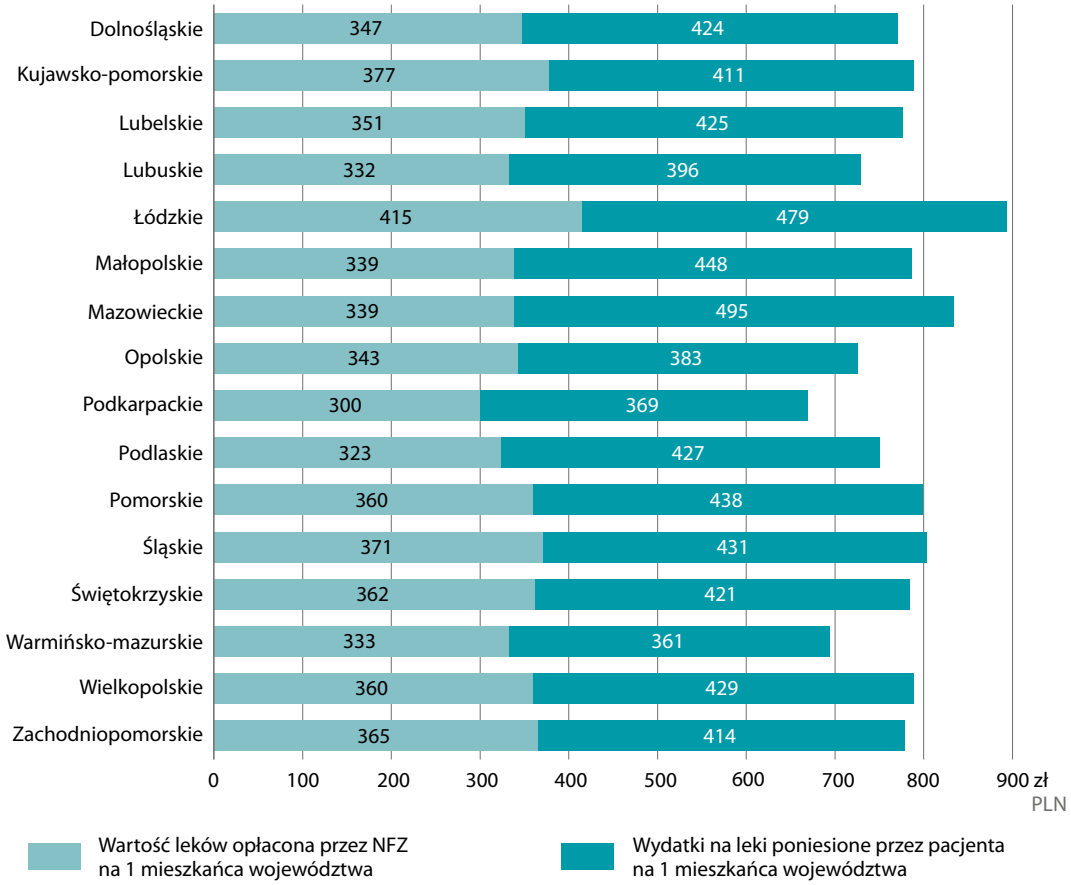


Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

W latach 2021–2024 wartość wydatków na leki na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca systematycznie rosła. Szybciej rosła wartość refundacji NFZ niż wydatki gospodarstw domowych, co przełożyło się na wzrost udziału finansowania publicznego w wartości sprzedanych leków. O ile na początku analizowanego okresu refundacja stanowiła nieco ponad dwie piąte wartości sprzedaży leków na receptę, o tyle w 2024 r. jej udział zbliżył się do 45%. Oznacza to stopniowe, choć nadal umiarkowane, przesuwanie ciężaru finansowania leków z budżetów gospodarstw domowych na środki publiczne. Najwyższą wartością dopłaty przez pacjenta w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa charakteryzowało się natomiast województwo mazowieckie (495 zł). W 2024 r., podobnie jak w roku poprzednim, najwyższą wartością sprzedaży leków na receptę oraz refundacji przez NFZ do leków w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa charakteryzowało się województwo łódzkie. Wartości te wyniosły odpowiednio: 894 zł (sprzedaż leków), 415 zł (refundacja).

Podobnie jak rok wcześniej, również w 2024 r. najniższą wartość sprzedaży oraz refundacji w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa odnotowano w województwie podkarpackim. Wyniosły one odpowiednio: 669 zł (sprzedaż leków) i 300 zł (refundacja). Najniższą wartość dopłaty pacjenta w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa odnotowano natomiast w województwie warmińsko-mazurskim (361 zł).

Wykres 2.60. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2024 r.
Chart 2.60. Prescription medicines sales value per capita voivodship in 2024

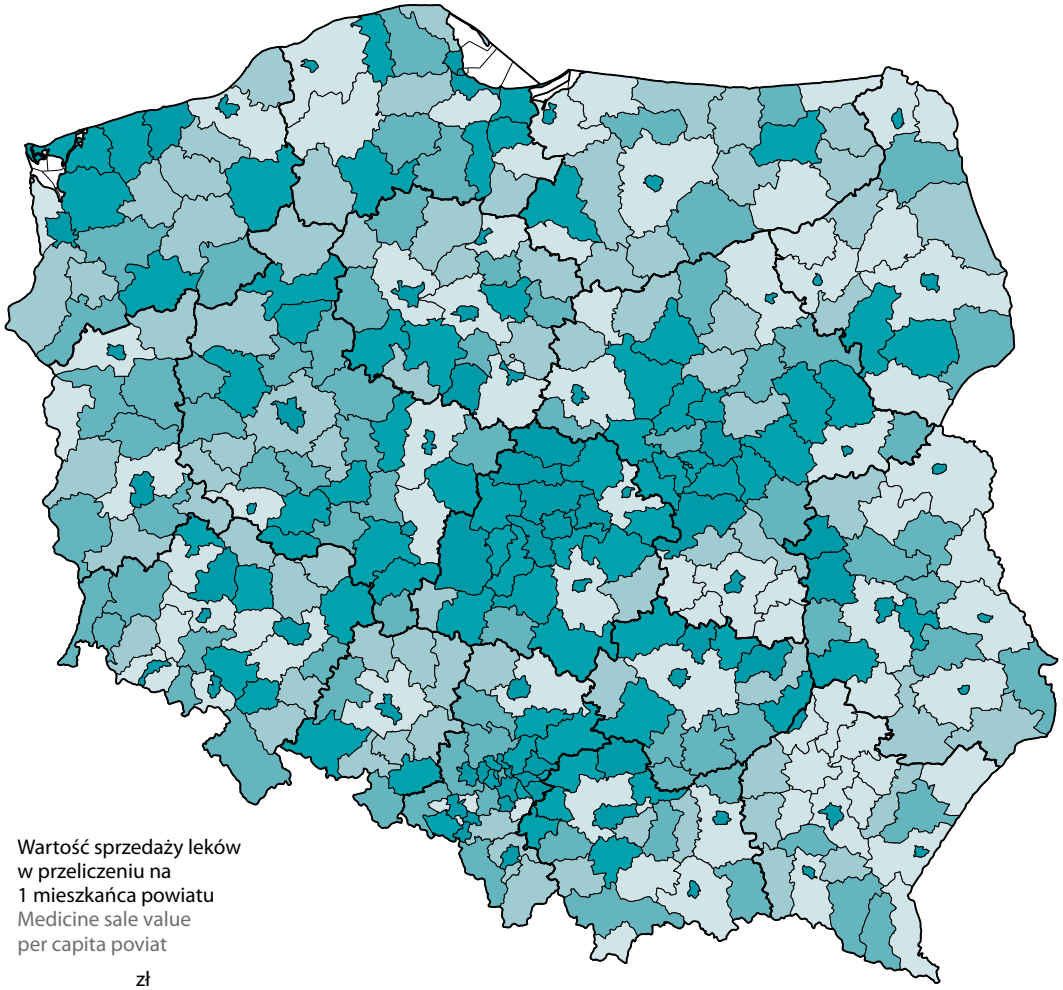


Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

Największą wartość sprzedaży leków na receptę w 2024 r. w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w następujących miastach na prawach powiatu: Krośnie (1 651 zł) i Zamościu (1 637 zł), a najmniejszą w powiatach: przemyskim (152 zł) i łomżyńskim (166 zł). Rozkład wartości sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu jest silnie zróżnicowany. Połowa powiatów mieściła się w przedziale ok. 650–800 zł na mieszkańca, przy medianie ok. 720 zł. Jednocześnie w skrajnie różniących się jednostkach wartość ta wahała się od ok. 150 zł do ponad 1650 zł, co oznacza ponad dziesięciokrotną różnicę między powiatami. Szczególnie wyraźny jest kontrast między powiatami ziemskimi a miastami na prawach powiatu. W powiatach przemyskim, łomżyńskim, suwalskim czy skierniewickim wartości sprzedaży leków na 1 mieszkańca należały do najniższych w kraju (poniżej 200–200 kilkudziesięciu zł), podczas gdy w odpowiadających im miastach Przemyśl, Łomża, Suwałki i Skierniewice przekraczały 1000 zł. Podobny wzorzec obserwuje się w przypadku par: powiat zamojski – miasto Zamość oraz inne miasta wojewódzkie i subregionalne. Wskazuje to na koncentrację realizacji recept w większych ośrodkach miejskich, które pełnią funkcję lokalnych centrów usług medycznych i farmaceutycznych dla otaczających je powiatów ziemskich. Najwyższe wartości wskaźnika notowano przede wszystkim w miastach wojewódzkich i większych miastach subregionalnych (m.in. Warszawa, Kraków, Wrocław, Poznań, Gdańsk, Lublin, Białystok, Łódź, Katowice, a tak-

że Tarnów, Zamość czy Krosno), a także w części średnich miast. Rozkład przestrzenny wartości sprzedaży leków na receptę dobrze koresponduje z rozmieszczeniem szpitali, poradni specjalistycznych oraz lekarzy rodzinnych – w dużych ośrodkach, obsługujących pacjentów z szerszego zaplecza, realizowanych jest więcej recept, co przekłada się na wyższe wydatki na mieszkańca. Stosunkowo niskie poziomy wskaźnika w wielu powiatach o przewadze ludności wiejskiej nie muszą więc świadczyć o mniejszym zużyciu leków przez mieszkańców, lecz mogą odzwierciedlać fakt, że część recept realizowana jest w sąsiednich miastach na prawach powiatu, gdzie koncentruje się infrastruktura ochrony zdrowia.

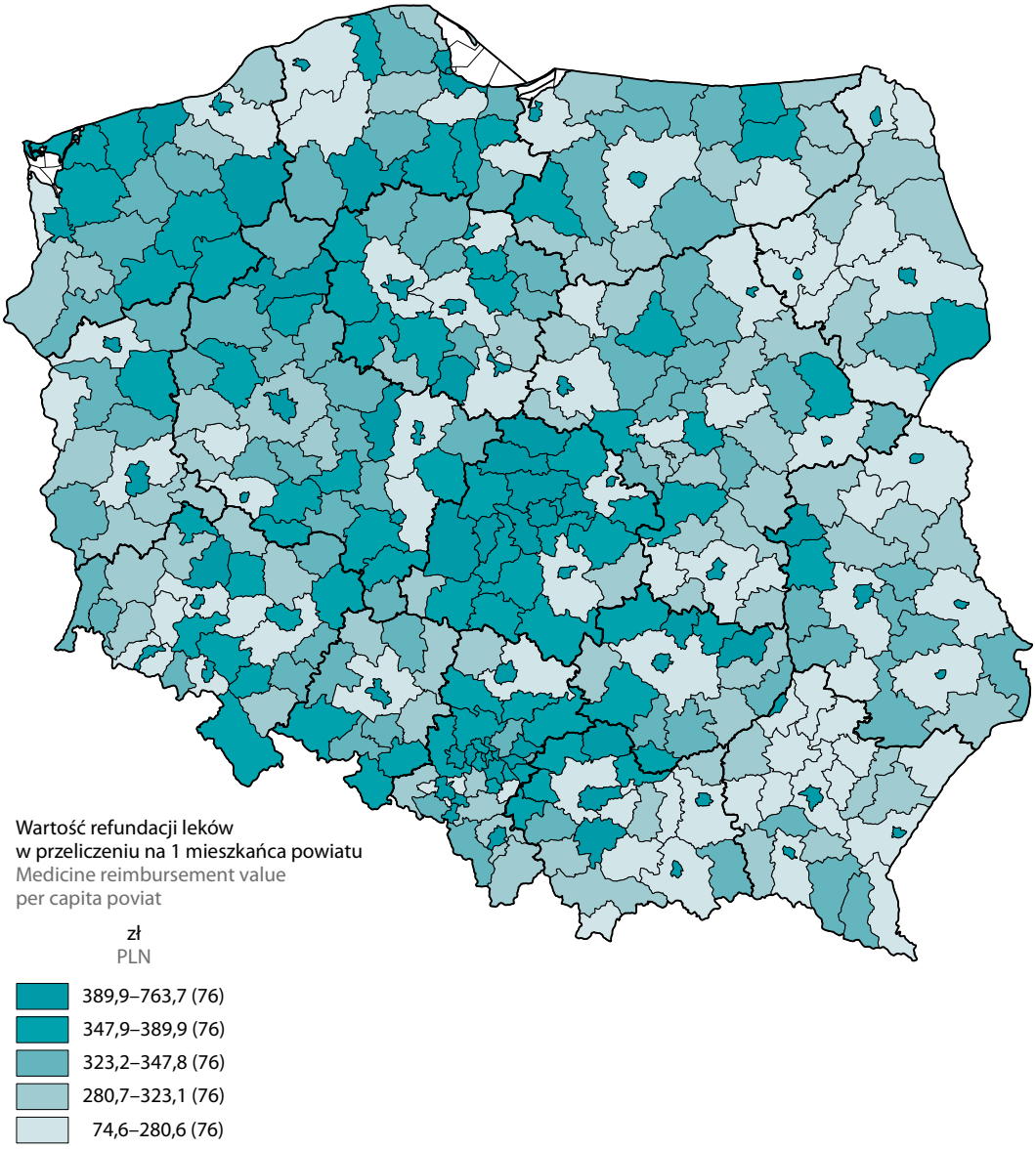
Mapa 2.24. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r.
Map 2.24. Medicine sale value per capita poviat in 2024



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

Najmniejszy odsetek refundacji w wartości sprzedanych leków odnotowano w powiatach: piaseczyńskim (37,1%) i m. st. Warszawa (37,5%). Natomiast największy odsetek refundacji w wartości sprzedanych leków wystąpił w powiatach: sępoleńskim (53,8%) i myślenickim (53,1%). Największą wartość refundacji leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, odnotowano w miastach na prawach powiatu: Zamościu (764 zł) i Krośnie (752 zł). Najmniejszą zaobserwowano w powiatach otaczających miasta na prawach powiatu (tzw. obwarzankach): przemyskim (74 zł) i łomżyńskim (78 zł).

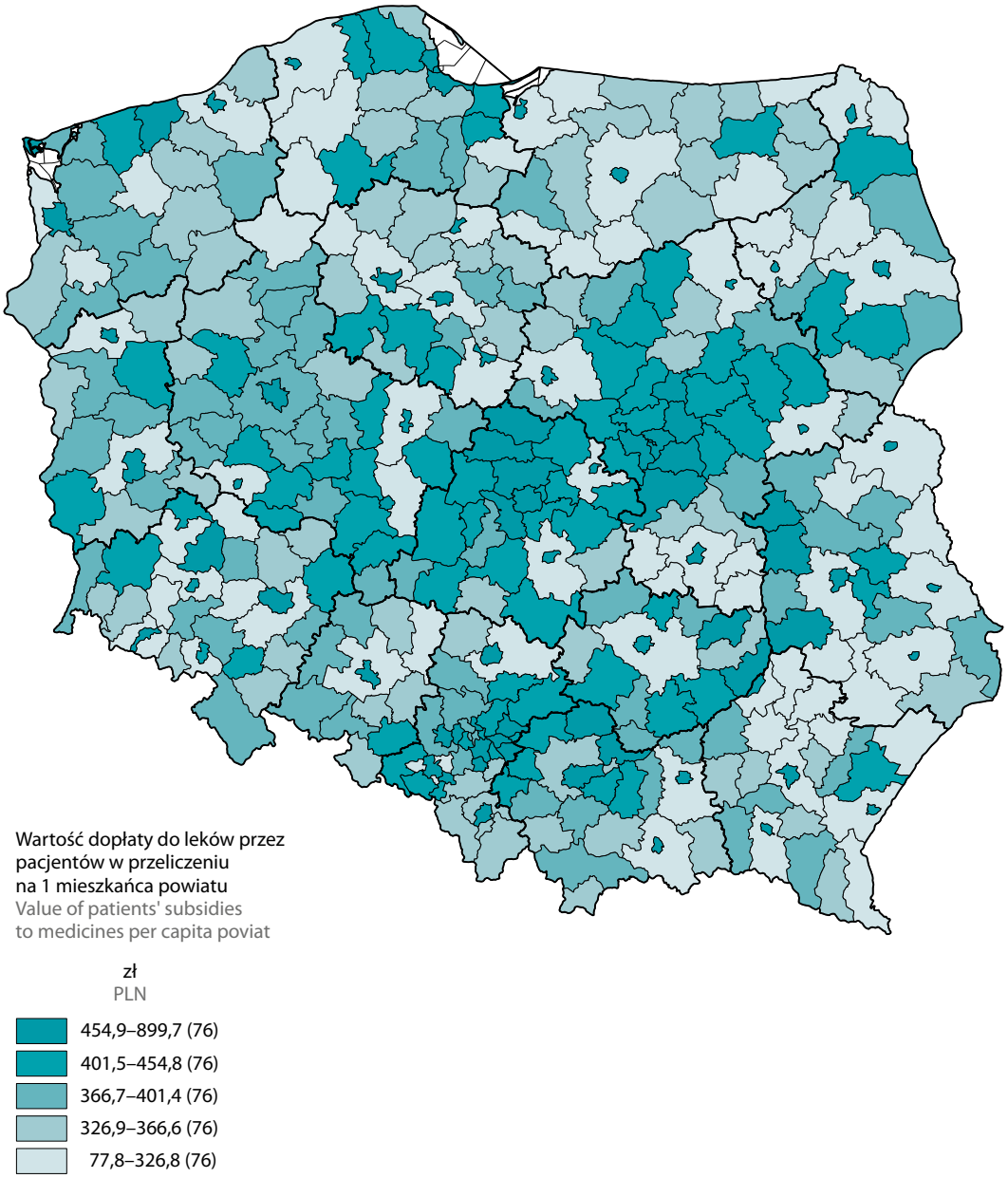
Mapa 2.25. Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r.
Map 2.25. Medicine reimbursement value per capita poviat in 2024



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

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 (78 zł) i łomżyńskim (88 zł), a największa w następujących miastach na prawach powiatu: Krośnie (900 zł) i Zamościu (873 zł).

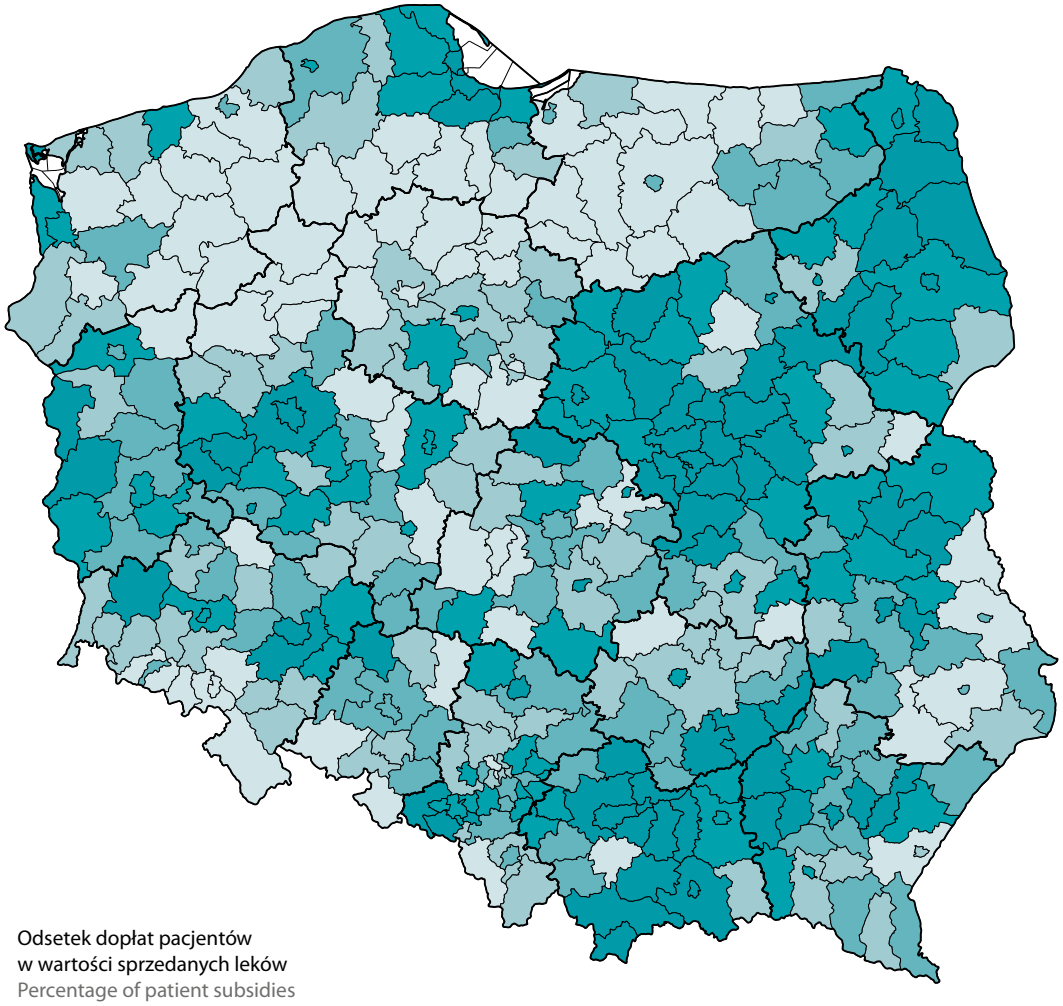
Mapa 2.26. Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r.
Map 2.26. Value of patients' subsidies to medicines per capita poviat in 2024



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

Powiaty o najmniejszym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to powiaty: sępoleński (46,2%) i myślenicki (46,9%). Powiaty o największym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to: piaseczyński (62,9%) i m. st. Warszawa (62,5%).W typowych powiatach pacjenci ponoszą nieco ponad połowę kosztów leków na receptę – mediana udziału dopłat wyniosła ok. 54%, a w połowie powiatów wskaźnik ten mieścił się w przedziale 52–55%. Tylko w nielicznych jednostkach, takich jak powiat sępoleński czy myślenicki, udział finansowania ze środków publicznych przewyższał 53%, podczas gdy w powiatach o najwyższym poziomie sprzedaży leków (m.in. piaseczyńskim i m.st. Warszawa) udział dopłat pacjentów sięgał około 63%.

Mapa 2.27. Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2024 r.
Map 2.27. Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2024



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

Największy udział w wartości sprzedanych leków w 2024 r. miały leki związane z przewodem pokarmowym i metabolizmem (21,4%), układem sercowo-naczyniowym (18,8%) oraz ośrodkowym układem nerwowym (13,1 %). W 2024 r. trzy największe grupy anatomiczne – leki stosowane w zaburzeniach przewodu pokarmowego i metabolizmu, leki kardiologiczne oraz leki działające na ośrodkowy układ nerwowy – odpowiadały łącznie za ponad połowę (ok. 53%) wartości sprzedaży leków na receptę. Po uwzględnieniu jeszcze leków stosowanych w chorobach układu oddechowego oraz preparatów wpływających na krew i układ krwiotwórczy udział pięciu największych grup przekraczał 70% wartości rynku leków na receptę.

Wykres 2.61. Udział sprzedaży leków na receptę wg grup Klasyfikacji Anatonomiczno-Terapeutyczno-Chemicznej (ATC) w 2024 r.

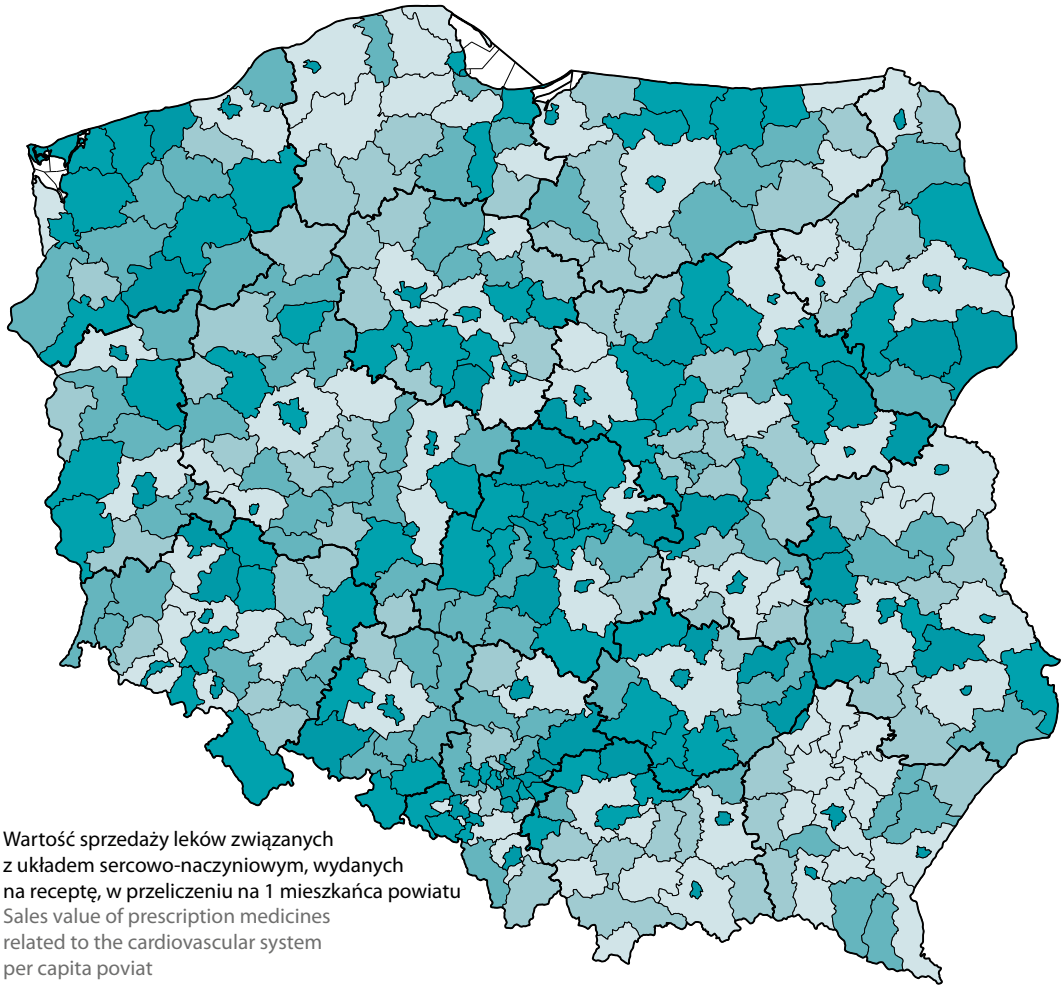
Chart 2.61. Share in sale of prescription medicines within anatomical groups (ATC) in 2024

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 2024 r. wydano w powiatach: przemyskim (37 zł) i łomżyńskim (41 zł), a najwięcej w miastach na prawach powiatu: Zamościu (292 zł) i Krośnie (283 zł).

Mapa 2.28. Wartość sprzedaży leków związanych z układem sercowo-naczyniowym, wydanych na receptę, w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r.

Map 2.28. Sales value of prescription medicines related to the cardiovascular system per capita poviat in 2024

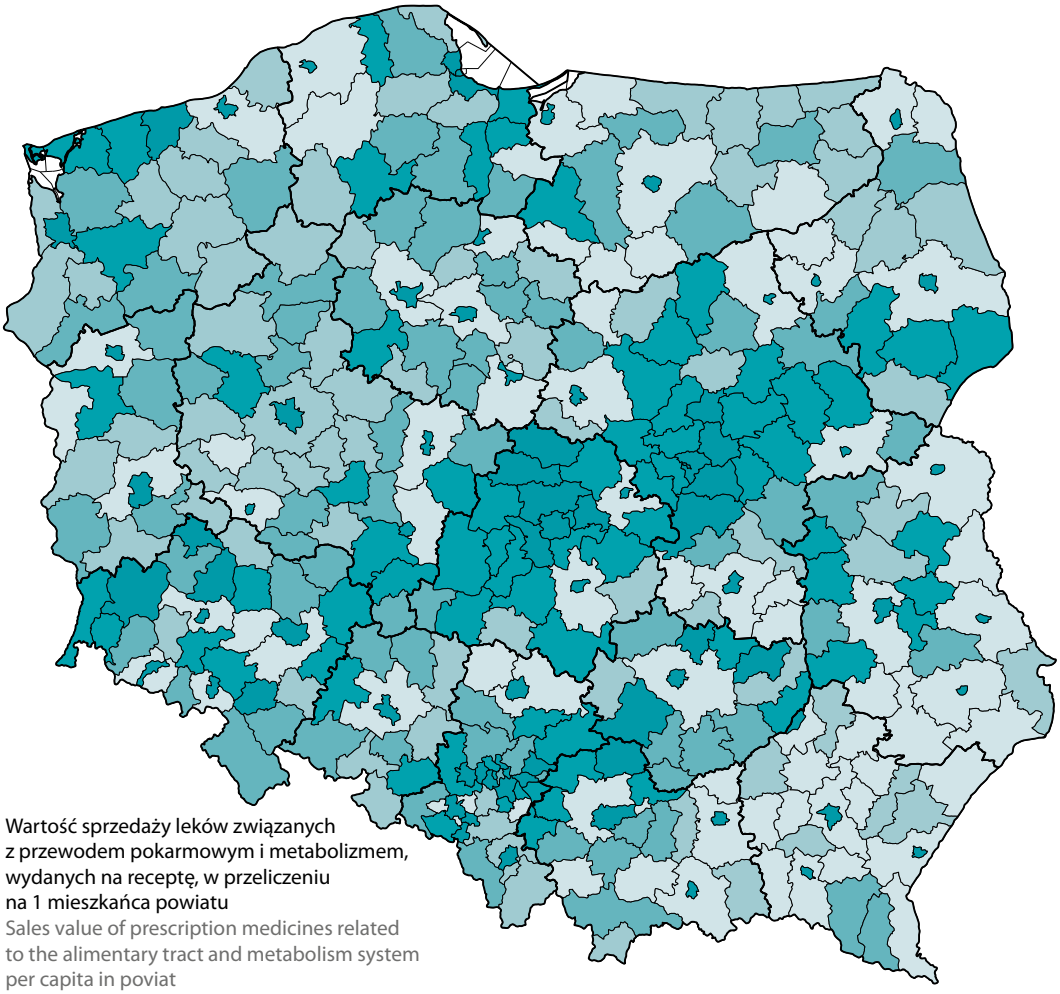


Źródło: Centrum e-Zdrowia.
Source: e-Health Centre.

W 2024 r. na realizację recept na leki związane z przewodem pokarmowym i metabolizmem najmniej, w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu, wydano w powiatach: przemyskim (28 zł), suwalskim (36 zł) i łomżyńskim (37 zł), a najwięcej w miastach na prawach powiatu: Skierniewicach (342 zł) i Tarnowie (338 zł).

Mapa 2.29. Wartość sprzedaży leków związanych z przewodem pokarmowym i metabolizmem, wydanych na receptę, w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2024 r.

Map 2.29. Sales value of prescription medicines related to the alimentary tract and metabolism system per capita in poviat in 2024



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

Analiza danych dotyczących wartości sprzedaży leków na receptę związanych z układem sercowo-naczyniowym oraz z przewodem pokarmowym i metabolizmem pokazuje, że obie te grupy w dużej mierze współtworzą wcześniej opisany obraz przestrzennego zróżnicowania wydatków na leki ogółem. Powiaty,

w których łączna wartość sprzedaży leków na mieszkańca jest najwyższa, należą równocześnie do jednostek o podwyższonych wydatkach na leki kardiologiczne i leki z grupy przewód pokarmowy i metabolizm. Z kolei w powiatach o najniższych wydatkach ogółem również nakłady na te dwie grupy są relatywnie niskie. Oznacza to, że różnice w intensywności farmakoterapii chorób układu krążenia oraz zaburzeń metabolicznych i trawiennych są jednym z kluczowych czynników stojących za zróżnicowaniem poziomu sprzedaży leków na receptę między powiatami.

W porównaniu z danymi dla leków ogółem widać jednocześnie, że rozpiętość wartości wskaźnika pomiędzy skrajnymi powiatami jest w przypadku poszczególnych grup terapeutycznych jeszcze wyraźniejsza. Wydatki na leki kardiologiczne na 1 mieszkańca różnią się między powiatami kilkukrotnie, a w przypadku leków związanych z przewodem pokarmowym i metabolizmem – ponad dziesięciokrotnie. Świadczy to o tym, że w części ośrodków – zwłaszcza tych o wysokich wydatkach na leki ogółem – farmakoterapia chorób przewlekłych odgrywa szczególnie istotną rolę. Z drugiej strony w powiatach o niższych wartościach wskaźnika zarówno dla ogółu leków, jak i dla analizowanych grup, natężenie stosowania tych terapii jest wyraźnie mniejsze, co dodatkowo pogłębia obserwowane wcześniej zróżnicowanie przestrzenne.

2.7. Kadra medyczna
2.7. Medical personnel

Zasoby kadrowe są ważnym elementem 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 możliwie dokładnych danych o zasobach kadrowych w ochronie zdrowia. W odniesieniu do pięciu zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów, zastosowano wyniki analizy źródeł administracyjnych, w tym głównie rejestrów. Prezentowane dane odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2024 r., z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2023/2024.

W 2024 r. prawo wykonywania zawodu posiadało 166,5 tys. lekarzy, 46 tys. lekarzy dentystów, 323,6 tys. pielęgniarek, 42,9 tys. położnych, 81,2 tys. fizjoterapeutów, 39,6 tys. farmaceutów i 18,5 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 zarejestrowano w grupie fizjoterapeutów (o 4,5%) i położnych (o 2,4%). W wartościach bezwzględnych najbardziej wzrosła liczba pielęgniarek o 8,4 tys. oraz fizjoterapeutów o 3,5 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

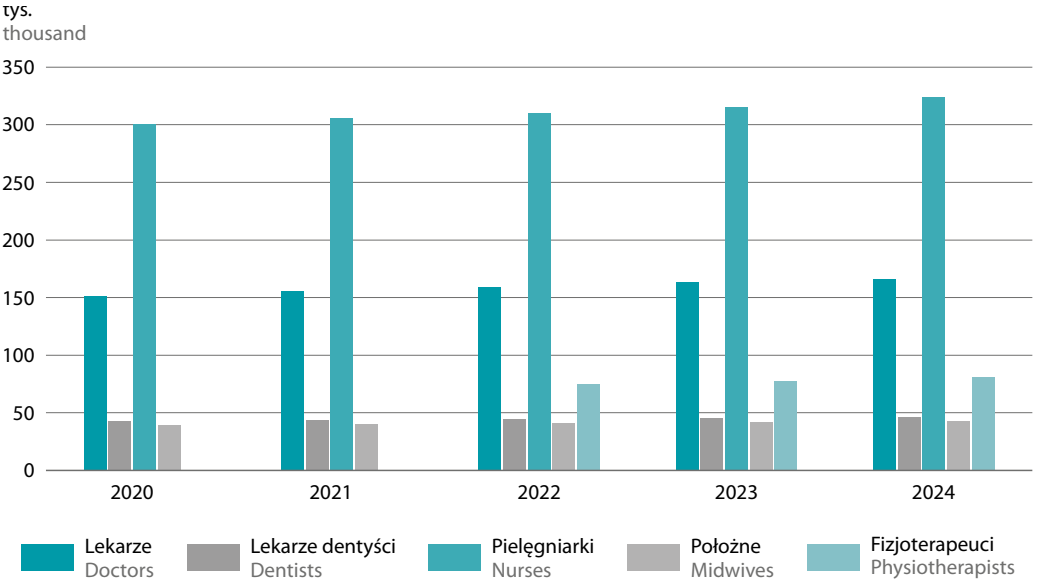
Wyszczególnienie Specification	2021	2022	2023	2024		
					zmiana w stosunku do 2023 r. change in relation to 2023	
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers		w % in %
Diagności laboratoryjni[a] Laboratory diagnosticians[a]	17 663	17 849	18 163	18 529	366	2,0
Farmaceuci Pharmacists	37 261	37 915	38 727	39 573	846	2,2
Lekarze Doctors	155 568	158 902	163 220	166 515	3 295	2,0
w tym kobiety: of which females	92 109	94 497	97 536	99 988	2 452	2,5
Lekarze dentyści Dentists	43 807	44 332	45 173	45 978	805	1,8
w tym kobiety: of which females	33 436	33 845	34 447	34 972	525	1,5
Pielęgniarki Nurses	305 828	309 992	315 212	323 572	8 360	2,7
w tym kobiety: of which females	297 664	301 321	305 805	313 066	7 621	2,4
Położne Midwives	40 345	41 079	41 879	42 918	1 039	2,5
w tym kobiety: of which females	40 269	41 001	41 794	42 814	1 020	2,4
Fizjoterapeuci Physiotherapists	.	74 591	77 709	81 226	3 517	4,5
w tym kobiety: of which females	.	55 183	57 147	59 449	2 302	4,0

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.

Aby lepiej zobrazować dynamikę liczby osób uprawnionych do wykonywania poszczególnych zawodów medycznych, poniżej przedstawiono wykres pokazujący ilość osób uprawnionych do wykonywania zawodu wg. wyszczególnienia.

Wykres 2.62. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej oraz fizjoterapeuty
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.62. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife and physiotherapist
As of 31 December



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.

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	2021	2022	2023	2024		
					zmiana w stosunku do 2023 r. change in relation to 2023	
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers		w % in %
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	12 749	12 616	13 348	11 559	-1 789	-13,4
Farmaceuci Pharmacists	28 436	28 461	28 635	29 080	445	1,6
w tym kobiety: of which females	23 581	23 600	23 832	24 094	262	1,1
Fizjoterapeuci[a] Physiotherapists[a]	.	55 792	59 136	62 087	2 951	5,0
w tym kobiety: of which females	.	40 625	42 844	44 763	1 919	4,5
Lekarze Doctors	129 893	131 426	137 420	141 193	3 773	2,7

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

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

Wyszczególnienie Specification	2021	2022	2023	2024		
					zmiana w stosunku do 2023 r. change in relation to 2023	
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers		w % in %
w tym kobiety: of which females	75 540	77 078	80 893	83 462	2 569	3,2
Lekarze dentyści Dentists	34 874	34 899	36 002	36 965	963	2,7
w tym kobiety: of which females	25 784	25 823	26 617	27 263	646	2,4
Pielęgniarki Nurses	214 533	214 352	216 086	219 881	3 795	1,8
w tym kobiety: of which females	208 003	207 410	208 498	211 422	2 924	1,4
Położne Midwives	28 388	28 445	28 527	28 828	301	1,1
w tym kobiety: of which females	28 331	28 384	28 462	28 761	299	1,1

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

W 2024 r. liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wyniosła 141,2 tys., lekarzy dentystów – 37,0 tys., pielęgniarek – 220,0 tys., położnych – 28,8 tys., farmaceutów – 29,1 tys., fizjoterapeutów – 62,1 tys., a diagnostów laboratoryjnych – 11,6 tys.

W porównaniu z rokiem poprzednim w niemal wszystkich, z wyjątkiem diagnostów laboratoryjnych, wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby osób pracujących z pacjentem, przy czym największy względny przyrost w 2024 r. zarejestrowano w grupie fizjoterapeutów (wzrost o 5,0%).

Efektywne wykorzystanie kadr medycznych należy do kluczowych zagadnień współczesnej polityki zdrowotnej. Zapewnienie odpowiedniej dostępności personelu medycznego, dostosowanej do potrzeb ludności, stanowi jedno z głównych wyzwań systemu ochrony zdrowia. Na poziom tej dostępności wpływa wiele czynników, w tym rozmieszczenie przestrzenne kadry bezpośrednio pracującej z pacjentem. W Polsce obserwuje się pod tym względem znaczne zróżnicowanie między województwami.

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 (96,8%), ale także w zawodach farmaceuty (82,9%). Wśród lekarzy dentystów odsetek kobiet wyniósł w 2024 r. 76,1%, 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 – około 60%.

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

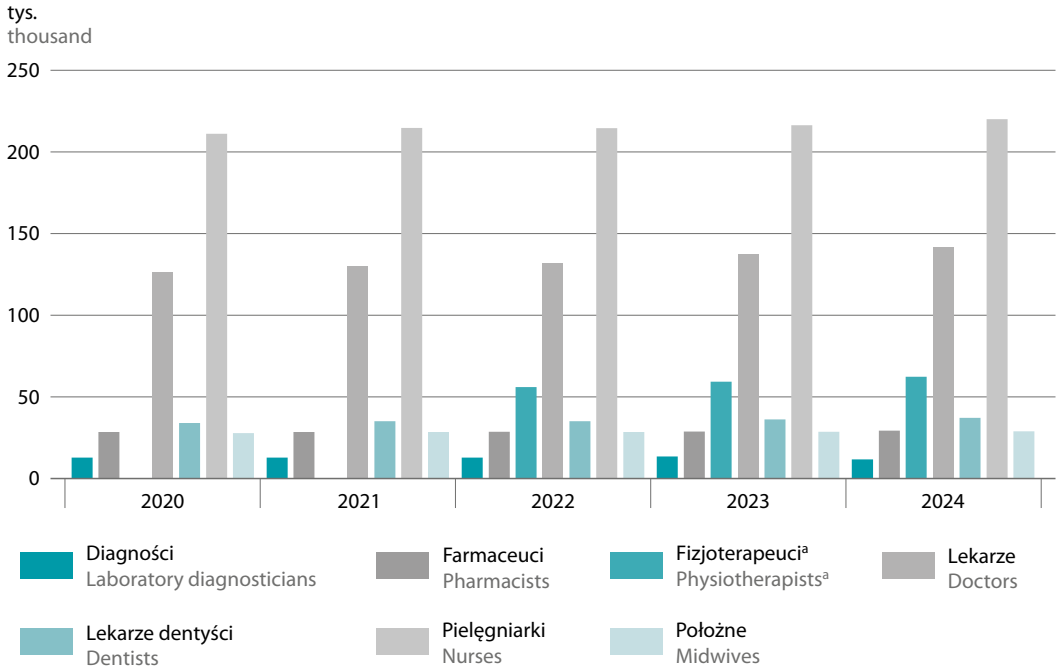
Województwa Voivodships		Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	Farmaceuci Pharmacists	Fizjoterapeuci[a] Physiotherapists[a]	Lekarze Doctors	Lekarze dentyści Dentists	Pielęgniarki Nurses	Położne[b] Midwives[b]
Polska	2021	3,4	7,5	.	34,3	9,2	56,6	14,5
Poland	2022	3,3	7,5	14,8	34,8	9,2	56,8	14,6
	2023	3,5	7,6	15,7	36,5	9,6	57,4	14,7
	2024	3,1	7,8	16,6	37,7	9,9	58,7	14,9
Dolnośląskie		2,7	8,0	17,9	40,2	10,9	56,3	12,4
Kujawsko-pomorskie		3,6	7,3	15,9	32,9	6,6	57,7	13,8
Lubelskie		3,8	9,0	15,9	40,2	10,3	69,8	16,9
Lubuskie		2,3	6,0	11,2	26,2	8,0	47,6	10,7
Łódzkie		2,9	9,1	13,7	44,1	11,8	57,7	17,3
Małopolskie		3,5	7,7	19,2	37,6	10,1	58,4	15,0
Mazowieckie		3,6	8,3	17,7	46,9	11,7	65,1	16,8
Opolskie		1,9	6,6	16,7	27,4	7,4	55,6	13,5
Podkarpackie		3,6	6,3	21,6	29,8	8,4	65,7	16,9
Podlaskie		4,2	6,2	12,8	41,9	11,4	64,8	17,0
Pomorskie		1,7	8,1	14,4	37,7	10,2	47,1	12,3
Śląskie		2,7	8,2	17,4	39,7	9,4	62,8	14,3
Świętokrzyskie		4,8	6,5	21,4	33,2	8,9	71,8	16,3
Warmińsko-mazurskie		3,2	5,9	11,8	27,6	7,2	54,3	12,2
Wielkopolskie		2,5	8,1	15,0	31,5	8,9	48,1	15,4
Zachodniopomorskie		2,3	6,4	14,9	34,6	10,8	48,1	12,1

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.

Wykres 2.63. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.63. Persons working directly with patien
As of 31 December



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.

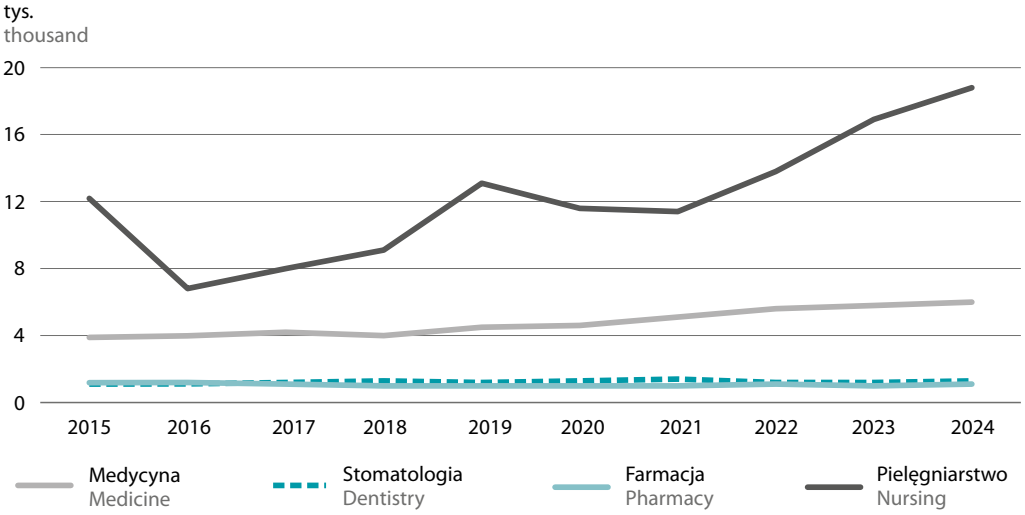
Średni wiek lekarza dentysty i pielęgniarki utrzymywał się na poziomie z roku poprzedniego i wynosił odpowiednio 46 i 49 lat. Natomiast przeciętny wiek lekarzy i położnych zmniejszył się o 1 rok i wyniósł w 2024 r. odpowiednio 48 i 46 lat. We wszystkich zawodach, z wyjątkiem zawodu fizjoterapeuty, kobiety miały średnio wyższy wiek niż mężczyźni. Największą różnicę, wynoszącą 10 lat, zaobserwowano w zawodzie pielęgniarki. W zawodzie lekarza dentysty kobiety były średnio o rok starsze od mężczyzn, w zawodzie lekarza – o dwa lata, natomiast w grupie położnych różnica ta wyniosła 8 lat.

Wyzwaniem pozostaje racjonalne planowanie rozwoju kadr medycznych oraz zachęcanie odpowiedniej liczby osób do podejmowania kształcenia na kierunkach medycznych, tak aby zapewnić zastępowalność pokoleń wśród personelu medycznego. Kluczowe znaczenie ma dostosowanie liczebności kadr do rzeczywistych potrzeb systemu ochrony zdrowia oraz jak najefektywniejsze wykorzystanie ich potencjału zawodowego. Równie istotne jest wspieranie rozwoju zawodowego obecnych pracowników oraz przeciwdziałanie odpływowi kadr medycznych do innych sektorów lub emigracji za granicę.

W celu pełniejszego zobrazowania sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia, w niniejszej publikacji zaprezentowano również dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych w ujęciu wieloletnim. Największy wzrost liczby absolwentów odnotowano na kierunku pielęgniarstwo[93]. W roku 2024 osób kończących ten kierunek było o 1,9 tys. więcej niż rok wcześniej. Wzrosła także liczba absolwentów medycyny do 6,0 tys. w 2024 r., a liczba absolwentów stomatologii i farmacji wzrosła o 0,1 tys.

93 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 uzyskała tytuł licencjata w jednym roku, a np. 2 lata później zdała egzamin magisterski, była liczona dwukrotnie (w różnych latach).

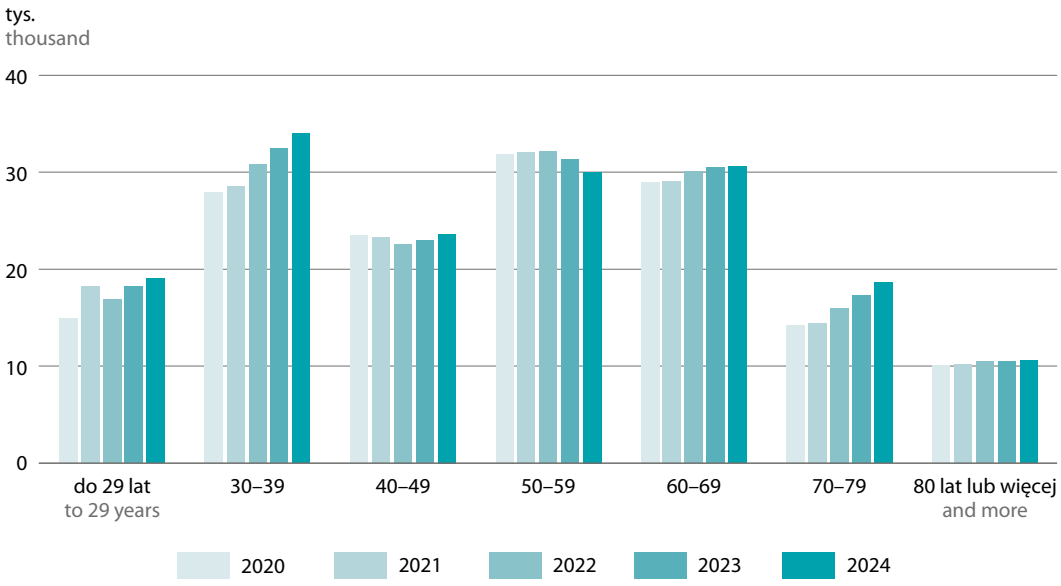
Wykres 2.64. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce
Chart 2.64. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland



Lekarze

Lekarze stanowią kluczową grupę zawodową w systemie ochrony zdrowia, odpowiadającą za diagnozowanie, leczenie i koordynację procesów terapeutycznych. Ich liczba, struktura wieku oraz poziom specjalizacji mają bezpośredni wpływ na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Wykres 2.65. Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu wg wieku
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 2.65. Doctors entitled to perform profession by age
As of 31 December



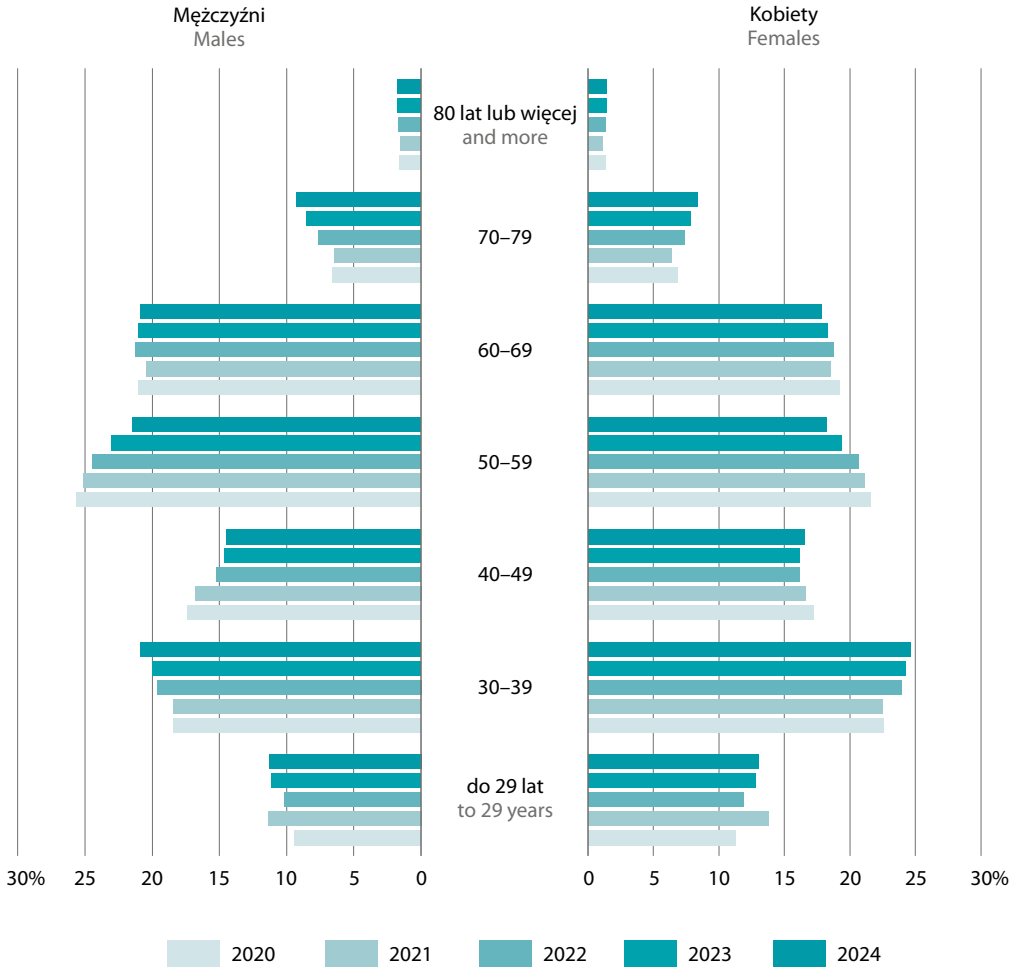
Analiza struktury wieku lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu wykazała wzrost ich liczby zarówno w starszych, jak i w młodszych grupach wieku. Od 2020 r. wzrastała liczba osób w wieku 70 lat lub więcej. Jednocześnie zaobserwowano wzrost liczby lekarzy w dwóch najmłodszych grupach wieku: do 29 lat – do 19,0 tys., co stanowiło 11,4% ogółu lekarzy w 2024 r. posiadających prawo wykonywania zawodu

(w 2023 r. – 18,2 tys., tj. 11,1%) oraz w grupie 30–39 lat, w której liczba lekarzy wyniosła 34,0 tys. i stanowiła 20,4% ogółu lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu (w 2023 r. – 32,4 tys., tj. 19,8%). Na niemal niezmienionym poziomie pozostała liczba osób w grupach wieku od 40 do 69 lat. Zwiększyła się nieznacznie liczba lekarzy w wieku 40–49 lat (23,6 tys. w 2024 r., a w 2023 r. – 23,0 tys.), przy czym ich udział w ogólnej liczbie lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu pozostał na niemal niezmienionym poziomie (odpowiednio 14,1% i 14,2% w latach 2023 i 2024).

W 2024 r. wśród lekarzy mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem, najliczniejszą grupę (21,5%) stanowiły osoby w wieku 50–59 lat (rok wcześniej – 23,0%). W przypadku lekarzy kobiet w 2024 r. najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 30–39 lat (24,6% – o 0,4 p. proc. więcej niż w 2023 r.). Na drugim miejscu znalazła się grupa kobiet w wieku 50–59 lat (18,2% w 2024 r., o 1,2 p. proc. mniej niż w poprzednim roku).

Wykres 2.66. Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku
Stan w dniu 31 grudnia

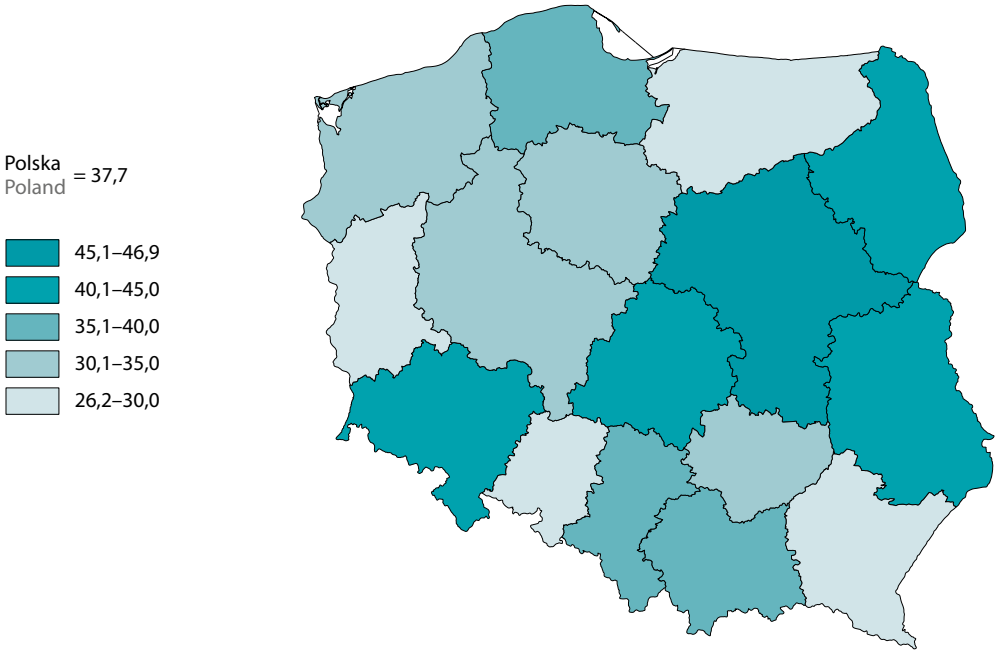
Chart 2.66. Structure of doctors working directly with patient by gender and age
As of 31 December



W 2024 r. wskaźnik lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem, na 10 tys. mieszkańców wyniósł dla Polski 37,7. Najniższą wartość odnotowano w województwie lubuskim – 26,2, a najwyższą w województwie mazowieckim – 46,9.

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

Map 2.30. Practicing doctors per 10 thousand of the population by voivodships
As of 31 December



W latach 2023–2024, biorąc pod uwagę wszystkie specjalizacje, najwięcej lekarzy pracujących z pacjentem (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 2024 r. i 10,7 tys. rok wcześniej), a na kolejnym – pediatria (ponad 7 tys. w obu analizowanych latach).

Tablica 2.18. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia

Table 2.18. Selected specialisations of doctors working directly with the patient
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2021		2022		2023		2024	
	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors
Alergologia Allergology	1 373	1,6	1 354	1,5	1 385	1,5	1 361	1,5
Anestezjologia i intensywna terapia Anesthesiology and intensive therapy	5 382	6,2	5 370	6,1	5531	6,2	5 646	6,2
Chirurgia ogólna General surgery	5 775	6,6	5 705	6,5	5 759	6,4	5 798	6,4
Chirurgia onkologiczna Oncological surgery	939	1,1	967	1,1	982	1,1	1 011	1,1
Choroby płuc Respiratory diseases	2 369	2,7	2 364	2,7	2 391	2,7	2 321	2,5
Choroby wewnętrzne Internal diseases	18 015	20,6	17 993	20,5	18 242	20,3	18 212	20,0
Choroby zakaźne Infectious diseases	892	1,0	872	1,0	885	1,0	866	1,0
Dermatologia i wenerologia Dermatology and venereology	1 818	2,1	1 814	2,1	1 859	2,1	1 890	2,1
Diabetologia Diabetology	1 474	1,7	1 501	1,7	1 539	1,7	1 522	1,7
Endokrynologia Endocrinology	1 567	1,8	1 594	1,8	1 651	1,8	1 661	1,8
Gastroenterologia Gastroenterology	1 073	1,2	1 093	1,2	1 132	1,3	1 150	1,3
Kardiologia Cardiology	4 786	5,5	4 885	5,6	5 052	5,6	5 137	5,6
Medycyna pracy Occupational medicine	1 531	1,8	1 503	1,7	1 510	1,7	1 489	1,6
Medycyna ratunkowa Emergency medicine	1 084	1,2	1 075	1,2	1 114	1,2	1 120	1,2
Medycyna rodzinna General practitioners	10 147	11,6	10 526	12,0	10 712	11,9	10 825	11,9
Nefrologia Nephrology	1 340	1,5	1 360	1,5	1 378	1,5	1 325	1,5
Neonatologia Neonatology	1 521	1,7	1 532	1,7	1 557	1,7	1 549	1,7
Neurologia Neurology	3 388	3,9	3 384	3,9	3 481	3,9	3 529	3,9

Tablica 2.18. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia

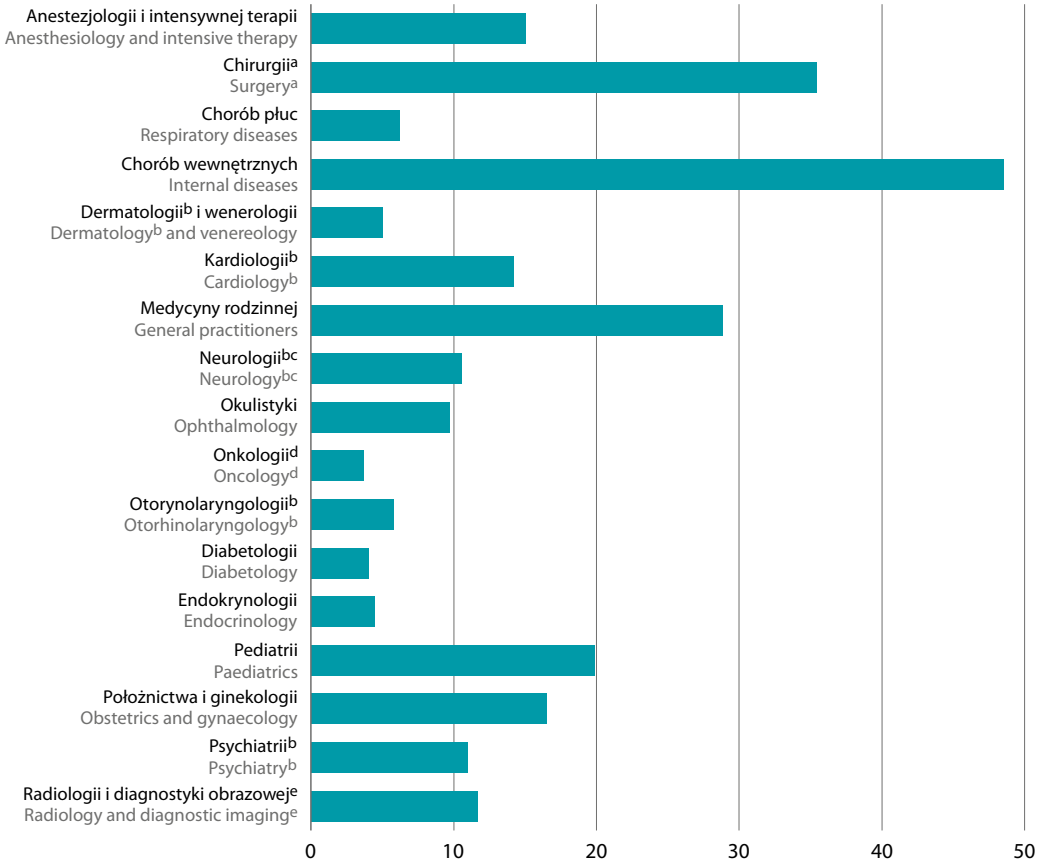
Table 2.18. Selected specialisations of doctors working directly with the patient (cont.)
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2021		2022		2023		2024	
	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors
Okulistyka Ophthalmology	3 484	4,0	3 489	4,0	3 564	4,0	3 649	4,0
Onkologia kliniczna Oncology	1 049	1,2	1 079	1,2	1 117	1,2	1 150	1,3
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Trauma and orthopaedic surgery	3 725	4,3	3 711	4,2	3 832	4,3	3 931	4,3
Otolaryngologia Otolaryngology	2 021	2,3	2 010	2,3	2 063	2,3	2 085	2,3
Pediatria Paediatrics	7 143	8,2	7 203	8,2	7 334	8,2	7 445	8,2
Położnictwo i ginekologia Obstetrics and gynaecology	6 072	7,0	6 046	6,9	6 113	6,8	6 186	6,8
Psychiatria Psychiatry	3 515	4,0	3 590	4,1	3 690	4,1	3 828	4,2
Radiologia i diagnostyka obrazowa Radiology and diagnostic imaging	3 273	3,7	3 335	3,8	3 532	3,9	3 705	4,1
Rehabilitacja medyczna Physical medicine and rehabilitation	1 752	2,0	1 728	2,0	1 740	1,9	1 724	1,9
Reumatologia Rheumatology	1 593	1,8	1 578	1,8	1 594	1,8	1 582	1,7
Urologia Urology	1 337	1,5	1 298	1,5	1 336	1,5	1 388	1,5
Zdrowie publiczne Public health	791	0,9	741	0,8	739	0,9	640	0,7

Uwaga: jedna osoba może posiadać więcej niż jedną specjalizację.
Note: one person may have more than one specialization.

Wykres 2.67. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności
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 of the population
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 — otorynolaryngologii, f — 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—f Also: c — neuropathology, d — oncological pathology and children's oncology and haematology, e — otorynolaryngology, f — oncological radiotherapy and children's radiology.

Według opinii krajowych konsultantów można wskazać obszary, w których występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Co kilka lat minister zdrowia wydaje rozporządzenie, w którym określane są priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, w których brakuje specjalistów. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r.[94], a następnie z dnia 1 sierpnia 2023 r.[95], za priorytetowe dziedziny medycyny od 2023 r. uznano m.in.: anestezjologię i intensywną terapię, chirurgię dziecięcą, chirurgię ogólną, chirurgię onkologiczną, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, geriatrię, hematologię, kardiologię dziecięcą, medycynę paliatywną, medycynę ratunkową, medycynę rodzinną, neonatologię, neurologię dziecięcą, onkologię i hematologię dziecięcą, onkologię kliniczną, patomorfologię, pediatrię, psychiatrię, psychiatrię dzieci i młodzieży, radioterapię onkologiczną, stomatologię dziecięcą oraz od 1 lipca 2023 r. neurologię.

94 Dz.U. 2022 poz. 2814
95 Dz.U. 2023 poz. 1503

W 2024 r. zwiększyła się w porównaniu do 2023 r. liczba specjalistów w większości dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe. Największe wzrosty względne wystąpiły w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – z 462 do 489 (o 5,5%), a następnie kardiologii dziecięcej – 4,1% (z 186 do 194) oraz psychiatrii – z 3 690 do 3 828 (o 3,6%). Zaś spadki zanotowano w dziedzinach chorób zakaźnych – 2,2% (z 885 do 866), neonatologii – 0,5% (z 1 557 do 1 549), geriatrii – 0,2% (z 539 do 538) oraz chorób wewnętrznych – 0,2% (z 18 242 do 18 212).

Lekarze dentyści

Lekarze dentyści odgrywają istotną rolę w profilaktyce i leczeniu chorób jamy ustnej, przyczyniając się do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji. Analiza ich liczby oraz struktury demograficznej pozwala ocenić dostępność usług stomatologicznych w kraju.

W grupie dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu liczba lekarzy dentystów specjalistów wyniosła w 2024 r. 8,7 tys. (19,0% ogółu lekarzy dentystów), analogicznie jak w roku poprzednim. Wśród dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem było 6,7 tys. specjalistów (18,1%), o 0,2 tys. więcej niż w roku poprzednim.

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

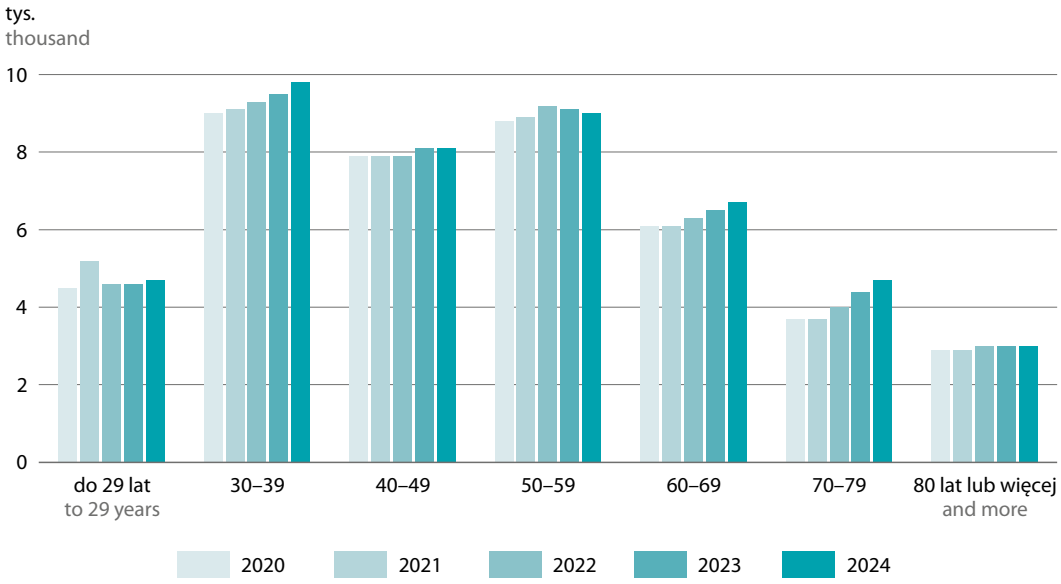
Wyszczególnienie Specification	2021		2022		2023		2024	
	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors
Chirurgia stomatologiczna Dental surgery	902	14,3	938	14,8	966	14,8	1 016	15,2
Chirurgia szczękowo-twarzowa Maxillo-facial surgery	361	5,7	366	5,8	382	5,9	388	5,8
Ortodoncja Orthodontics	1 195	19,0	1200	18,9	1 226	18,8	1 265	19,0
Periodontologia Periodontology	492	7,8	514	8,1	529	8,1	545	8,2
Protetyka stomatologiczna Dental prosthetics	1 408	22,3	1 389	21,8	1 436	22,0	1 450	21,7
Stomatologia dziecięca Children's dentistry	555	8,8	571	9,0	591	9,1	602	9,0
Stomatologia zachowawcza z endodoncją Restorative dentistry	1 378	21,9	1 376	21,6	1 395	21,4	1 410	21,1

Uwaga: jedna osoba może posiadać więcej niż jedną specjalizację.
Note: one person may have more than one specialization.

W 2024 r. wśród lekarzy dentystów, najliczniejszą grupą posiadającą prawo do wykonywania zawodu były osoby w wieku 30–39 lat (9,8 tys., rok wcześniej – 9,5 tys.).

Wykres 2.68. Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu wg wieku w 2024 r. Stan w dniu 31 grudnia

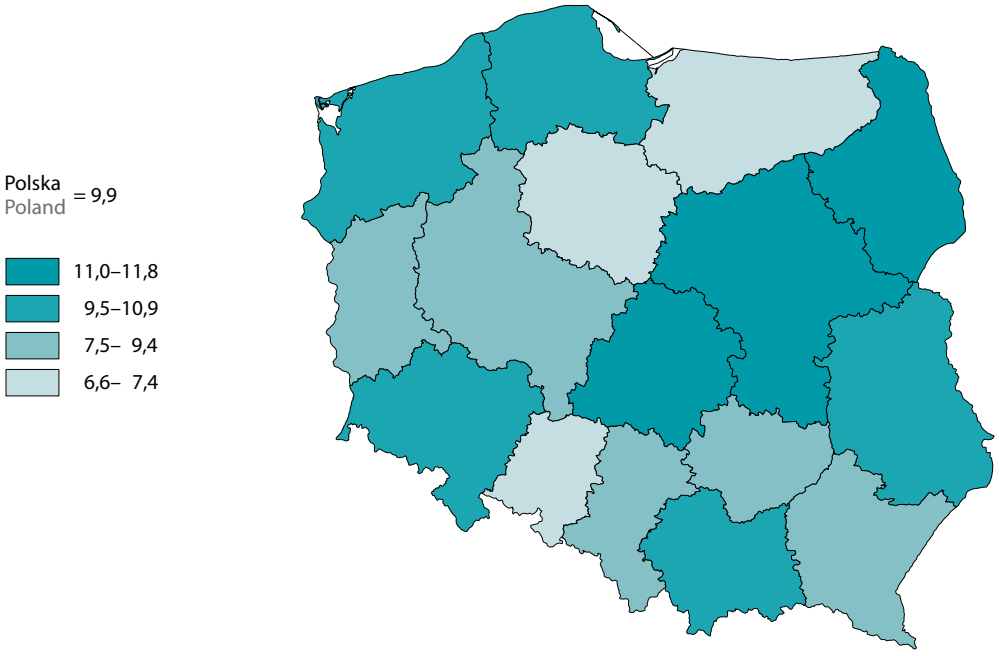
Chart 2.68. Dentists entitled to perform profession by age in 2024 As of 31 December



W 2024 r. liczba lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wyniosła 37 tys., a prawo wykonywania zawodu posiadało 46 tys. osób. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców średni wskaźnik dla Polski wyniósł 9,9 i wahał się od 6,6 w województwie kujawsko-pomorskim do 11,7 w województwie mazowieckim.

Mapa 2.31. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw
Stan w dniu 31 grudnia

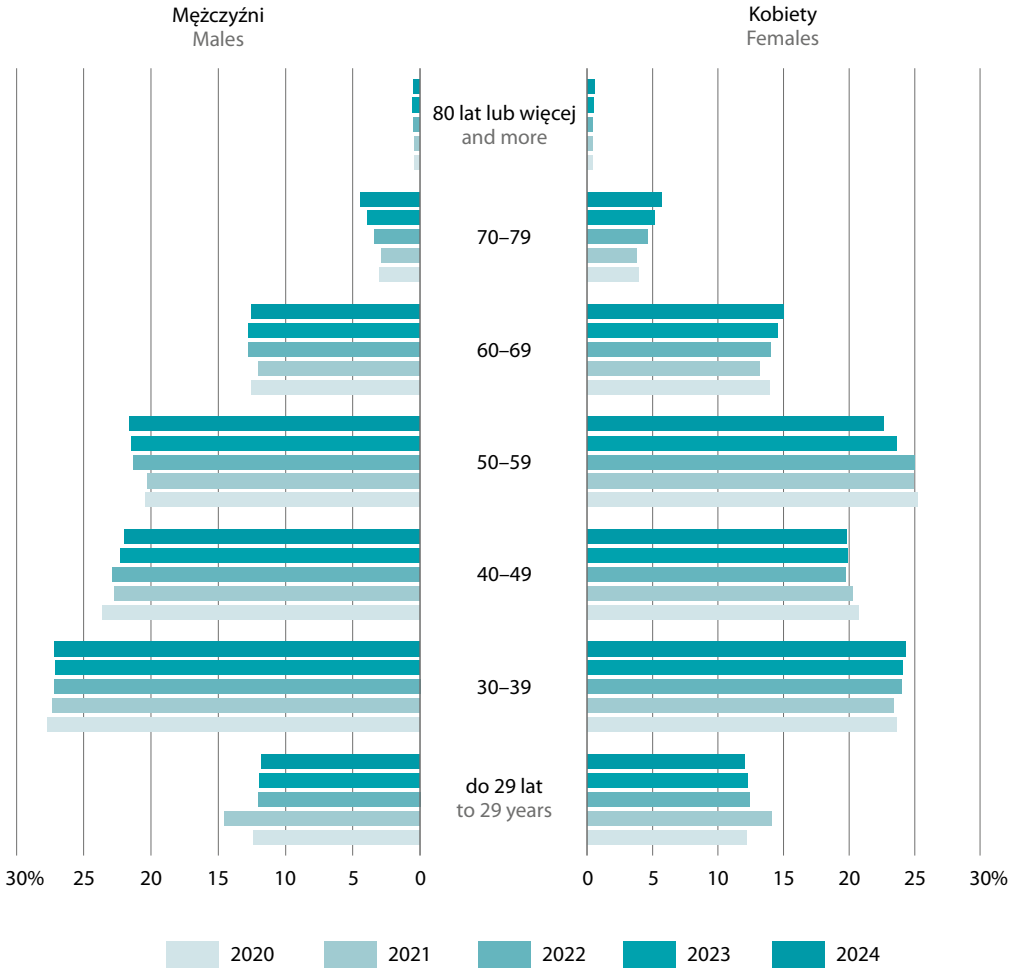
Map 2.31. Practicing dentists per 10 thousand of the population by voivodships
As of 31 December



W 2024 r. wśród lekarzy dentystów mężczyzn, najliczniejszą grupą pracującą bezpośrednio z pacjentem były osoby w wieku 30–39 lat (27,2%, rok wcześniej – 27,1%). Wśród kobiet najliczniejsze grupy stanowiły osoby w wieku 50–59 lat – 22,6% oraz 30–39 lat – 24,3% (rok wcześniej odpowiednio 23,6% i 24,0%).

Wykres 2.69. Struktura lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.69. Structure of practicing dentists by gender and age
As of 31 December



Pielęgniarki

Pielęgniarki, mają zasadnicze znaczenie dla utrzymania ciągłości i jakości opieki nad pacjentem i stanowią najliczniejszą grupę zawodową w ochronie zdrowia. Analiza ich liczebności i struktury wieku umożliwia lepsze rozpoznanie wyzwań kadrowych, z jakimi mierzy się system opieki zdrowotnej.

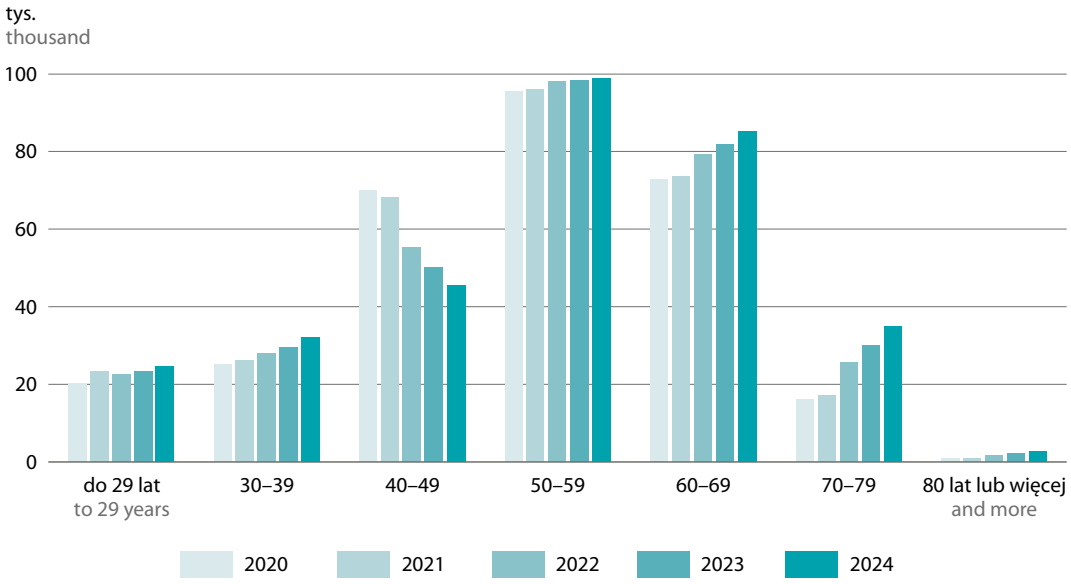
W 2024 r. prawo wykonywania zawodu pielęgniarki posiadało 323,6 tys. osób, natomiast liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wyniosła 219,9 tys. W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano wzrost liczby zarówno uprawnionych do wykonywania zawodu, jak i aktywnie pracujących pielęgniarek. W wartościach bezwzględnych liczba pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu zwiększyła się o 8,4 tys.

W strukturze wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki nadal obserwowano przewagę osób w starszych grupach wiekowych, przy jednoczesnym, umiarkowanym wzroście liczby pielęgniarek młodszych. Najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 50–59 lat – 98,7 tys., a kolejne liczne grupy stanowiły osoby w wieku 60–69 lat (85,3 tys.) oraz 40–49 lat (45,4 tys.), przy czym w tej ostatniej grupie zauważalny był systematyczny spadek (w 2022 r. – 50,1 tys.).

Wzrosła natomiast liczba pielęgniarek w wieku 30–39 lat – z 29,4 tys. w 2023 r. do 32,0 tys. w 2024 r., a także liczba najmłodszych pielęgniarek (do 29 lat), która w 2024 r. wyniosła 24,6 tys. (w 2023 r. – 23,3 tys.).

Wykres 2.70. Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu wg wieku
Stan w dniu 31 grudnia

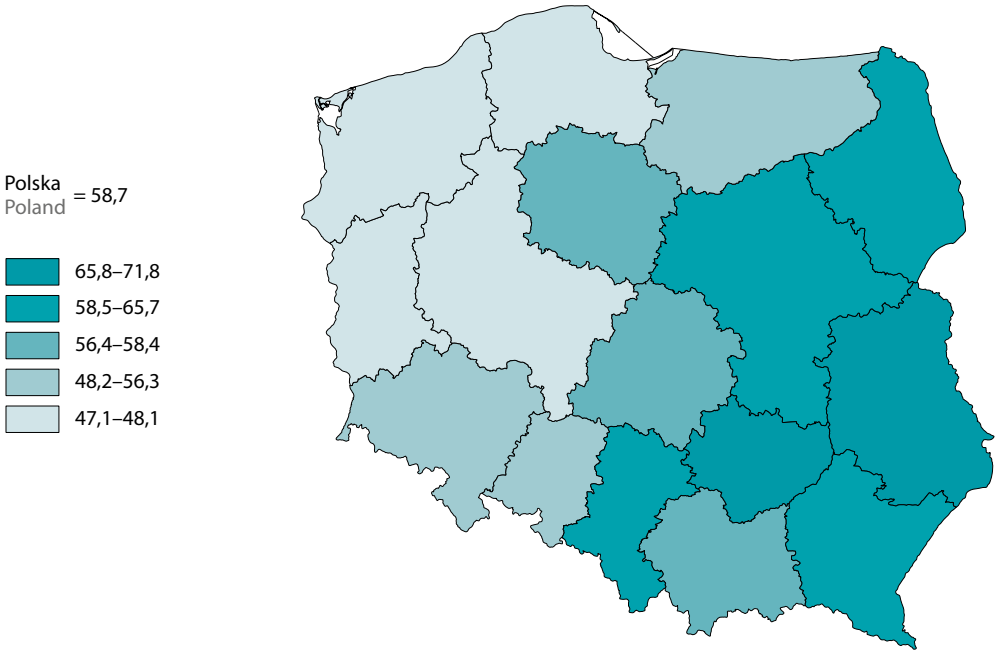
Chart 2.70. Nurses entitled to perform profession by age
As of 31 December



Wskaźnik liczby pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem, przypadających na 10 tys. mieszkańców, wyniósł w 2024 r. dla Polski 58,7. Najniższą wartość odnotowano w województwie pomorskim – 47,1, a najwyższą w województwie świętokrzyskim – 71,8.

Mapa 2.32. Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw
Stan w dniu 31 grudnia

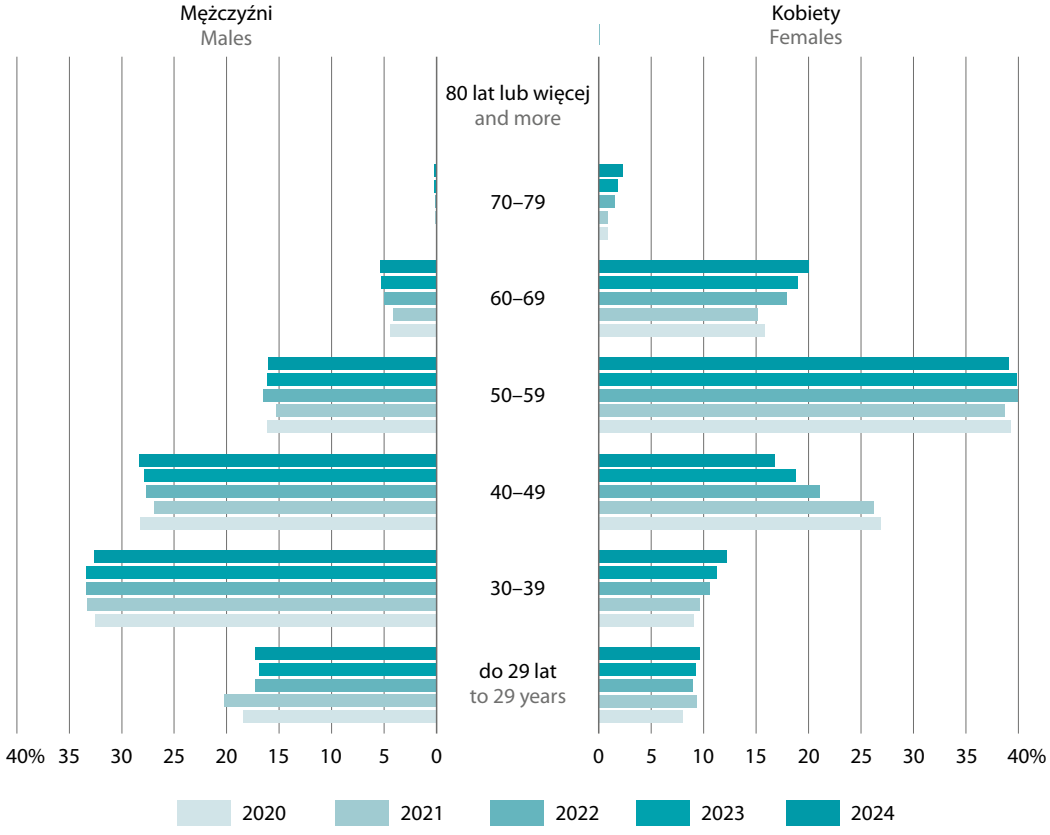
Map 2.32. Nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships
As of 31 December



W strukturze wieku pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem, wśród kobiet najliczniejszą grupą były osoby w wieku 50–59 lat (39,1% w 2024 r., 39,8% w 2023 r.). Wśród mężczyzn natomiast dominowały osoby w wieku 30–39 lat (32,6%).

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



W 2024 r. średnia arytmetyczna wieku pielęgniarek wyniosła 49 lat, co oznacza spadek o jeden rok w porównaniu z rokiem poprzednim.

Kobiety wykonujące zawód pielęgniarki cechowały się wyższym średnim wiekiem niż mężczyźni – różnica średniego wieku między nimi wyniosła aż 10 lat.

Położne

Położne mają istotne znaczenie w zapewnianiu opieki kobietom w czasie ciąży, porodu i połogu oraz w prowadzeniu edukacji zdrowotnej. Ich liczba i wiek odzwierciedlają poziom dostępności opieki perinatalnej w kraju.

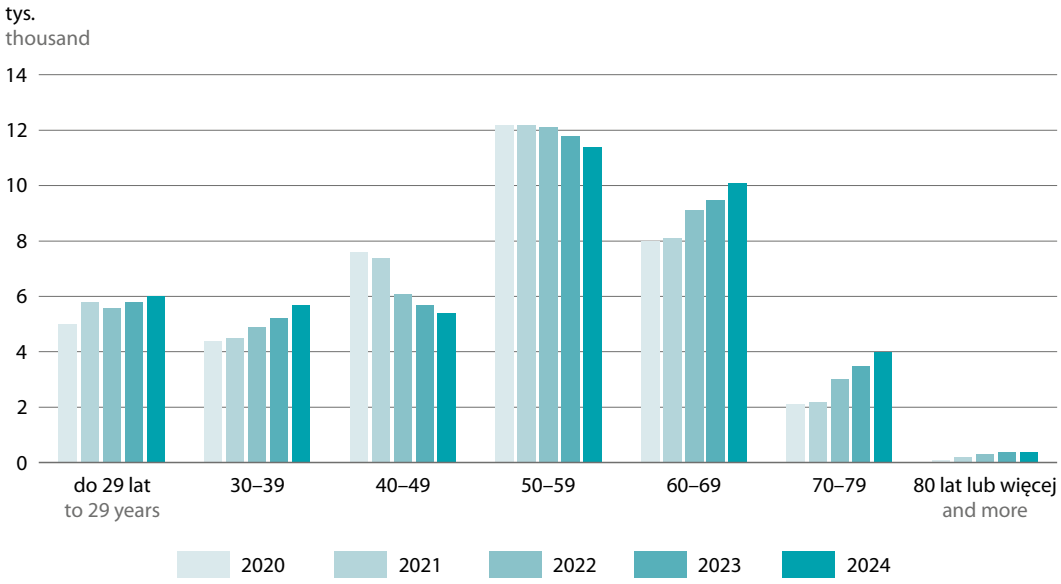
W 2024 r. prawo wykonywania zawodu położnej posiadało 43 tys. osób, z czego 28,8 tys. pracowało bezpośrednio z pacjentem. Całkowita liczba mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem w tym zawodzie w 2024 r. wyniosła 67 osób (w 2023 r. – 65 osób), dlatego dane dotyczące mężczyzn z tej grupy zawodowej zostały ograniczone do danych ogólnych.

W strukturze wieku położnych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 50–59 lat – 11,4 tys. w 2024 r., co stanowiło 26,5% ogółu. W porównaniu do roku poprzedniego wzrosła liczba położnych w wieku 60–69 lat (z 9,5 tys. do 10,1 tys.) oraz 70–79 lat (z 3,5 tys. do 4,0 tys.).

Jednocześnie odnotowano spadek liczby położnych w wieku 40–49 lat. Natomiast w najmłodszych grupach wiekowych zaobserwowano nieznaczny, lecz stały wzrost. W grupie 20–29 lat liczba położnych wzrosła z 5,8 tys. do 6,0 tys., a w grupie 30–39 lat – z 5,2 tys. do 5,7 tys.

Wykres 2.72. Położne posiadające prawo wykonywania zawodu wg wieku
Stan w dniu 31 grudnia

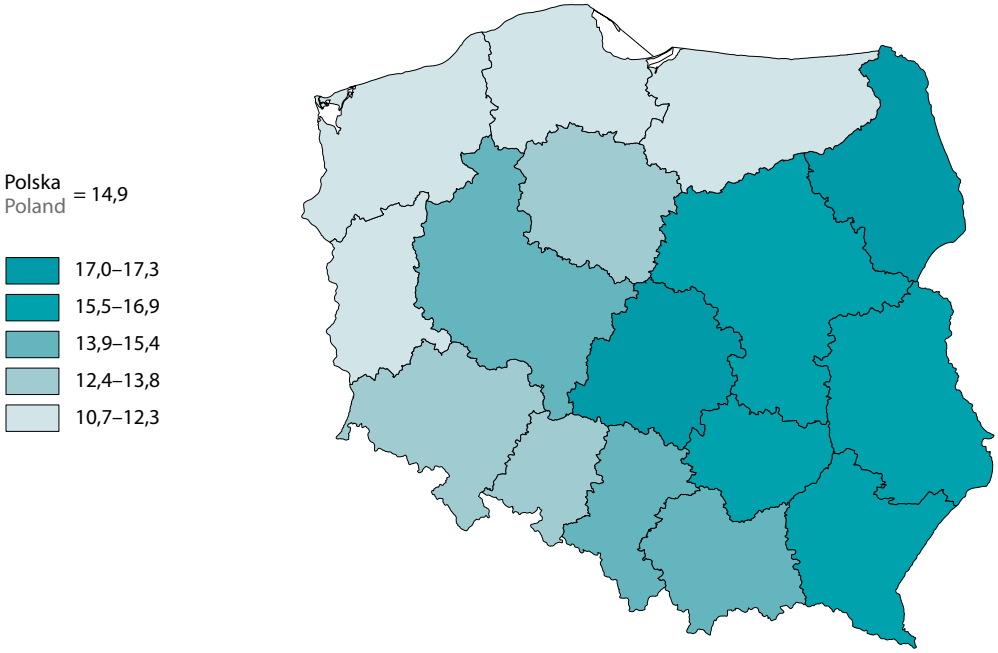
Chart 2.72. Midwives entitled to perform profession by age
As of 31 December



Wskaźnik liczby położnych przypadających na 10 tys. kobiet wyniósł 14,9 i wahał się od 10,7 w województwie lubuskim do 17,3 w województwie łódzkim.

Mapa 2.33. Położne pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wg województw Stan w dniu 31 grudnia

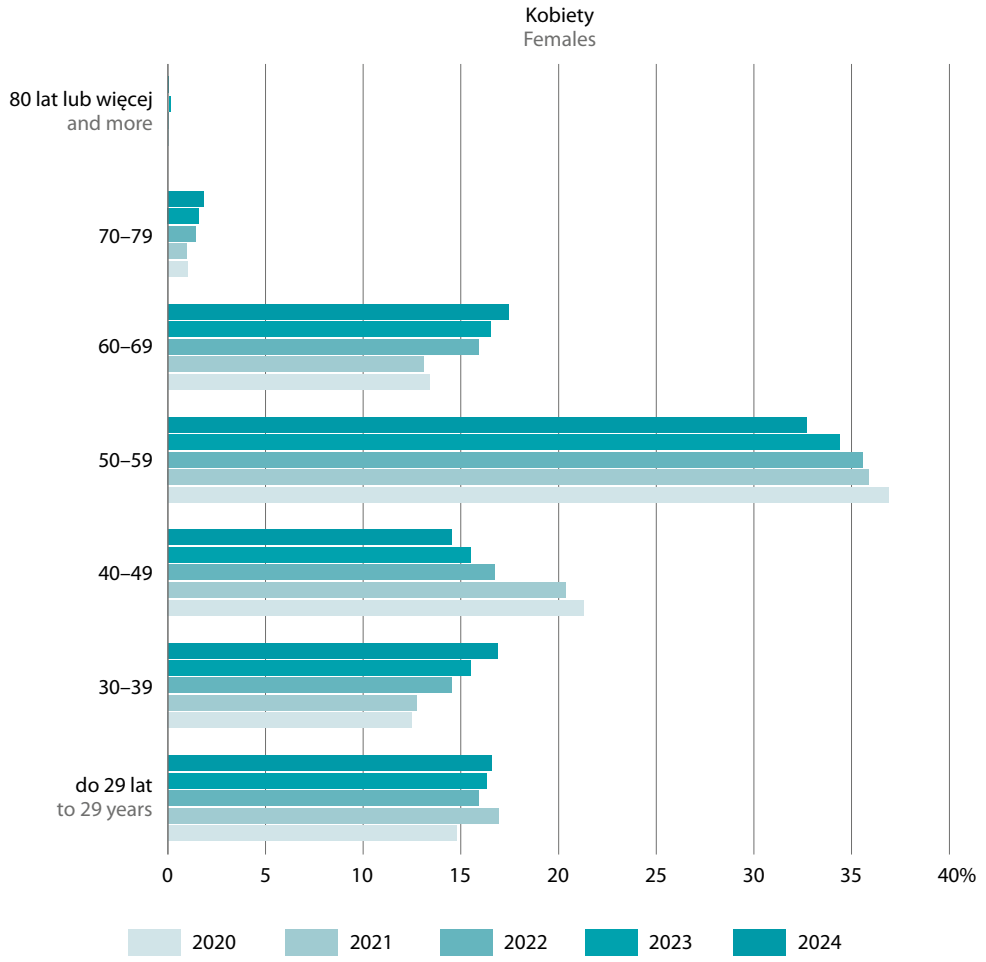
Map 2.33. Midwives working directly with patient per 10 thousand females by voivodships As of 31 December



Wśród kobiet położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2024 r. najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 50–59 lat – 32,7% (rok wcześniej – 34,4%). Średni wiek położnych w 2024 r. wynosił 46 lat. Kobiety w tej grupie zawodowej również były przeciętnie starsze od mężczyzn – różnica średniej wieku wyniosła 8 lat.

Wykres 2.73. Struktura położnych (kobiet) pracujących bezpośrednio z pacjentem wg wieku
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.73. Structure of midwives (women) working directly with the patient by age
As of 31 December



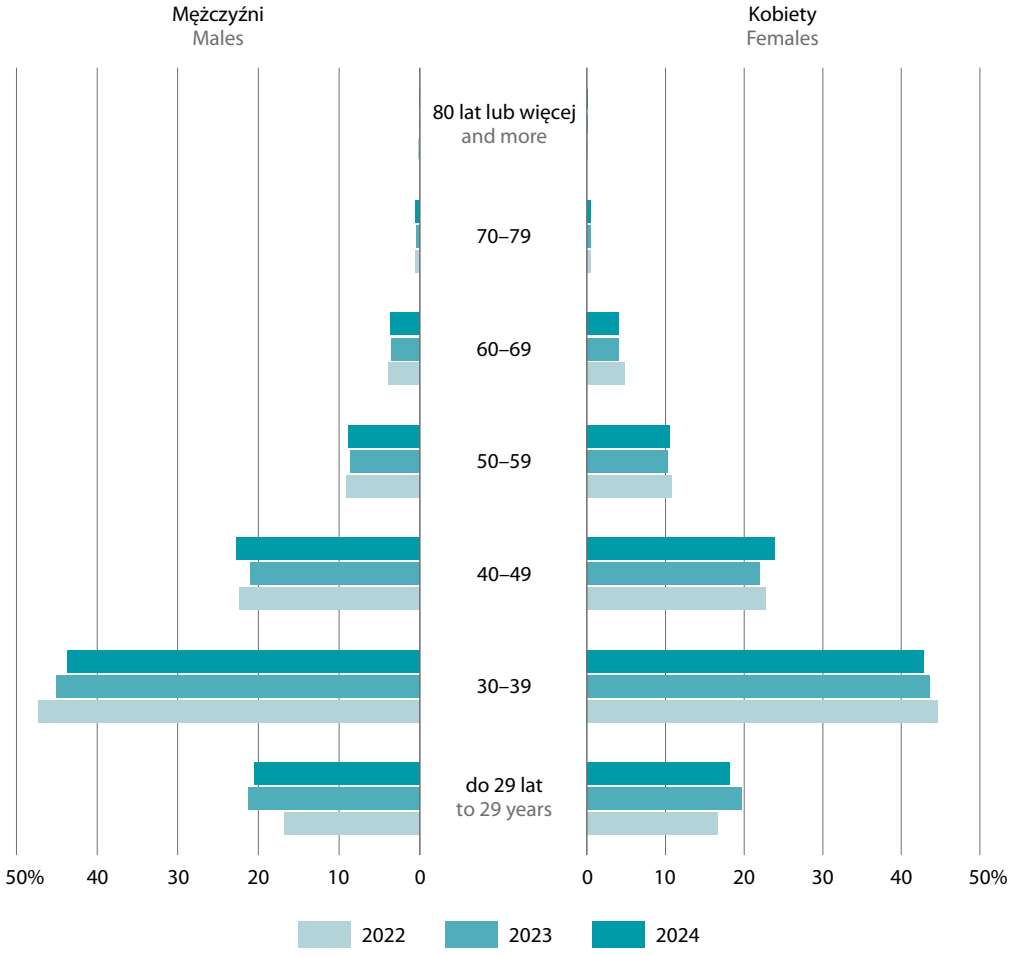
Fizjoterapeuci

W skład kadry medycznej wchodzą również fizjoterapeuci, pełniący ważną funkcję w leczeniu i rehabilitacji pacjentów w różnym wieku, wspierając poprawę ich sprawności i jakości życia. Analiza liczebności tej grupy zawodowej umożliwia ocenę potencjału systemu ochrony zdrowia w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych.

W 2024 roku prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty posiadało 81,2 tys. osób, z czego 62,1 tys. pracowało bezpośrednio z pacjentami.

Wykres 2.74. Struktura fizjoterapeutów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.74. Structure of physiotherapists working directly with the patient by sex and age
As of 31 December

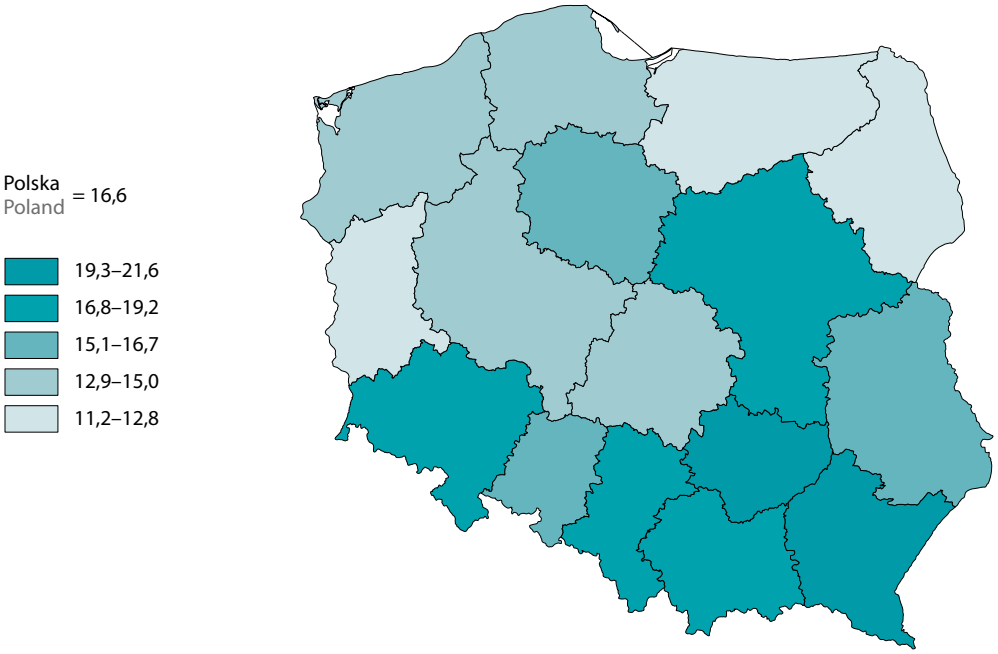


Wśród ogółu fizjoterapeutów pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2024 r. najliczniejszą grupę (43,1%) stanowiły osoby w wieku 30–39 lat (rok wcześniej – 44,0%). Jest to dominująca grupa zarówno wśród kobiet (42,9% wobec 43,6% rok wcześniej), jak i mężczyzn (43,7%, tj. o 1,4 p. proc. mniej niż w 2023 r.).

W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wskaźnik liczby fizjoterapeutów wyniósł 16,6. Najwyższe zagęszczenie fizjoterapeutów odnotowano w województwie podkarpackim (21,6 na 10 tys. mieszkańców), natomiast najniższe w województwie lubuskim (11,2 na 10 tys. mieszkańców).

Mapa 2.34. Fizjoterapeuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw
Stan w dniu 31 grudnia

Map 2.34. Physiotherapists working directly with patient per 10 thousand population by voivodships
As of 31 December



Farmaceuci i diagności laboratoryjni

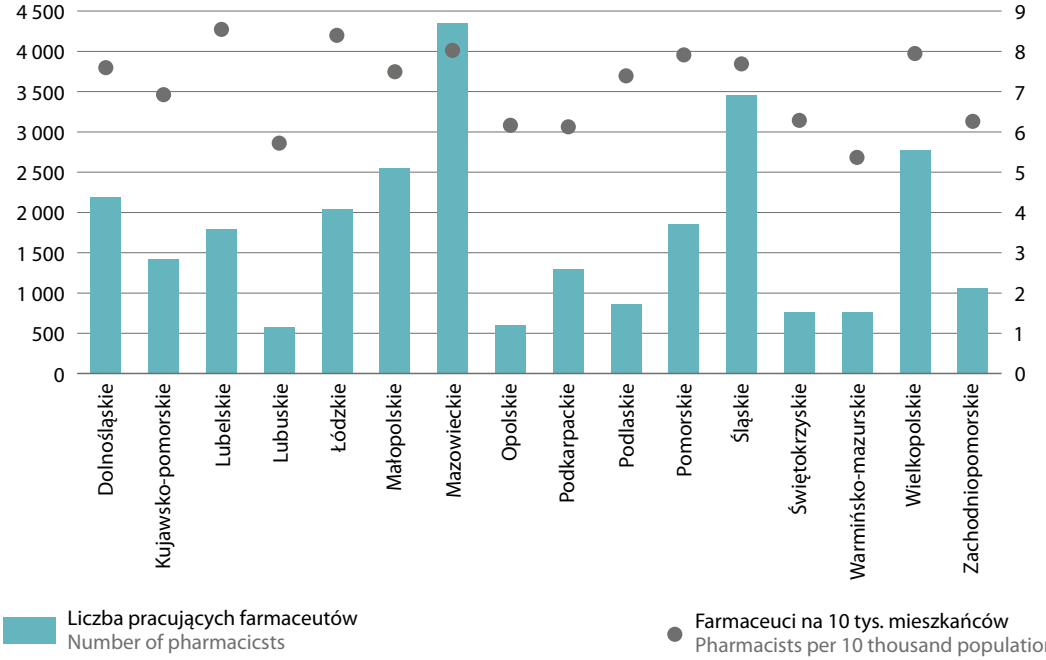
Farmaceuta pełni ważną rolę w ochronie zdrowia, która obejmuje m.in. wydawanie i sporządzanie leków, udzielanie konsultacji pacjentom w zakresie zamienników oraz bezpiecznego stosowania preparatów a także doradzanie pacjentom w sprawach zdrowotnych i prowadzenie prostych badań diagnostycznych (np. pomiar ciśnienia).

Liczba farmaceutów uprawnionych do wykonywania zawodu w 2024 r. wyniosła 39,6 tys. i była wyższa w porównaniu do 2023 r. o 2,2%. W przypadku farmaceutów pracujących z pacjentem ich liczba wyniosła w 2024 r. 29,1 tys. I była wyższa o 1,6% w porównaniu do 2023 r.

Analiza liczby farmaceutów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach wskazuje, że najwyższy wskaźnik wystąpił w województwach: łódzkim i lubelskim – wyniósł odpowiednio 9,1 i 9,0, najniższy natomiast w województwach warmińsko-mazurskim i lubuskim (odpowiednio 5,9 i 6,0), przy czym średni wskaźnik dla Polski wyniósł w 2024 r. 7,8.

Wykres 2.75. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych wg województw
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.75. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships
As of 31 December



Diagnosta laboratoryjny pełni istotną rolę w ochronie zdrowia, przeprowadzając analizy materiału biologicznego (takiego jak krew, mocz, tkanki) i interpretując wyniki, co jest niezbędne do wykrywania chorób, planowania leczenia i monitorowania stanu zdrowia pacjentów. Czynności medycyny laboratoryjnej obejmują badania laboratoryjne materiału biologicznego, działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej, wykonywanie oceny jakości i wartości diagnostycznej badań laboratoryjnych oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyników badań laboratoryjnych.

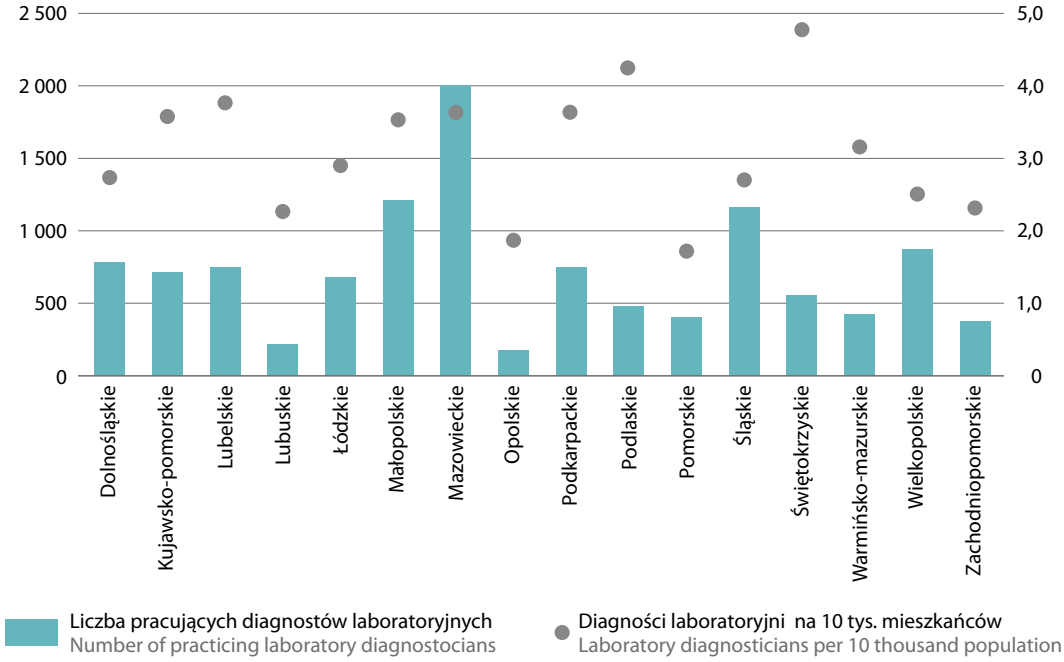
Osobą uprawnioną do samodzielnego wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej w laboratorium jest diagnosta laboratoryjny lub lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu oraz specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie analityki lub w dziedzinie mikrobiologii, lub w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie mikrobiologii i serologii, lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej lub w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej.

Liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego wyniosła w 2024 r. 18,5 tys. i była wyższa o 2.0% w porównaniu do 2023 r., kiedy wyniosła 18,2 tys.

Liczba diagnostów laboratoryjnych pracujących z pacjentem wyniosła w 2024 r. 11,6 tys. i była niższa w porównaniu do 2023 r. o 1,8 tys.

Wykres 2.76. Diagności laboratoryjni wg województw
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.76. Laboratory diagnosticians by voivodships
As of 31 December



Biorąc pod uwagę rozmieszczenie terytorialne, największy wskaźnik w przeliczeniu na 10 tys. ludności zaobserwowano w woj. świętokrzyskim – 4,8, najmniejszy zaś – w woj. pomorskim – 1,7.

Obywatele Ukrainy w wybranych zawodach medycznych w Polsce

W latach 2020–2024 odnotowano wyraźny wzrost liczby obywateli Ukrainy zarówno uprawnionych do wykonywania określonych zawodów medycznych w Polsce, jak i faktycznie pracujących bezpośrednio z pacjentem. W 2024 r. prawo wykonywania zawodu posiadało 2715 lekarzy, 824 lekarzy dentystów, 1648 pielęgniarek, 222 położne oraz 167 fizjoterapeutów z obywatelstwem ukraińskim. Dla porównania, w 2020 r. liczby te wynosiły odpowiednio: 514, 118, 193 i 8 (dla 2020 r. brak danych o liczbie fizjoterapeutów z obywatelstwem ukraińskim. Informacje o obywatelstwie kadry medycznej można pozyskać po wykorzystaniu źródeł administracyjnych, co w przypadku fizjoterapeutów było możliwe od 2022 r. – 110 osób). Oznacza to wzrost liczby osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych od pięciu do kilkunastu razy, przy czym najbardziej dynamiczny przyrost odnotowano wśród położnych (z 8 do 222) oraz pielęgniarek (ze 193 do 1648). Porównując dane rok do roku (2024 wobec 2023), liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu zwiększyła się o 19,0% wśród lekarzy (z 2282 do 2715), o 31,4% wśród lekarzy dentystów (z 627 do 824), o 191,2% wśród pielęgniarek (z 566 do 1648) oraz o 241,5% wśród położnych (z 65 do 222). W grupie fizjoterapeutów wzrost wyniósł 26,5% (ze 132 do 167 osób).

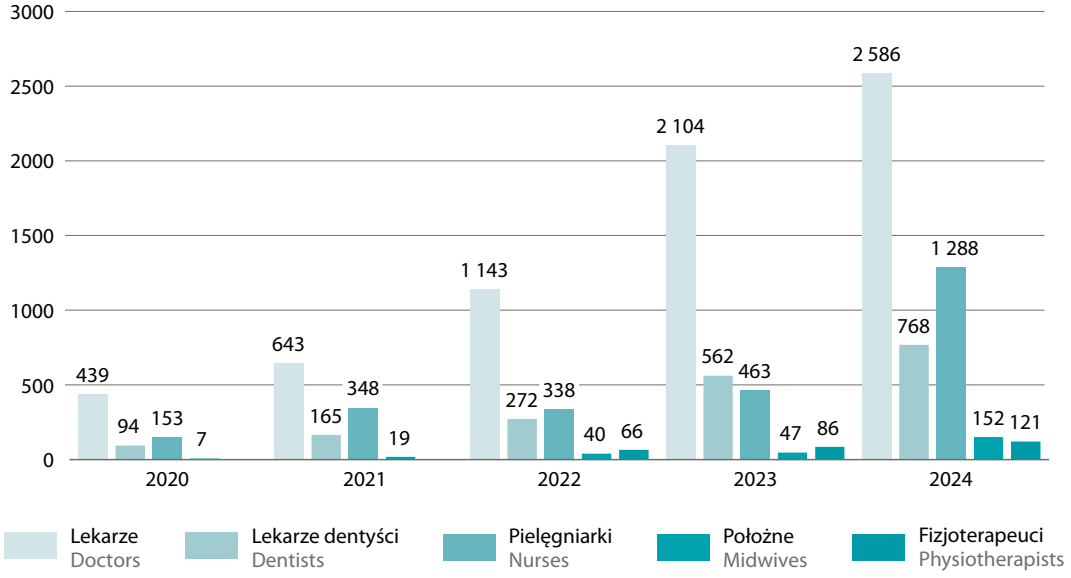
Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem

Liczba obywateli Ukrainy faktycznie pracujących bezpośrednio z pacjentem rosła szybciej niż liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu. W 2024 r. w Polsce pracowało 2586 lekarzy, 768 lekarzy dentystów, 1288 pielęgniarek, 152 położne oraz 121 fizjoterapeutów z obywatelstwem ukraińskim (w 2020 r. liczby te wynosiły odpowiednio: 439, 94, 153 i 7). Dla 2020 r. brak jest informacji o liczbie fizjoterapeutów z obywatelstwem ukraińskim. Dane dla fizjoterapeutów na podstawie źródeł administracyjnych były liczone od 2022 r. pierwsze odnotowania fizjoterapeutów w 2022 r. – 66 osób).

Najwyższą dynamikę wzrostu w porównaniu z 2023 r. odnotowano wśród położnych – o 223%. W przypadku pielęgniarek wzrost wyniósł 178% (z 463 do 1288), a wśród fizjoterapeutów 41% (z 86 do 121). Liczba lekarzy dentystów pracujących z pacjentami wzrosła o 37% (z 562 do 768), natomiast w grupie lekarzy – najliczniejszej spośród analizowanych zawodów medycznych – przyrost wyniósł około 23% (z 2104 do 2586).

Wykres 2.77. Liczba obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem w wybranych zawodach medycznych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.77. Number of Ukrainian citizens practicing in selected medical professions
As of 31 December

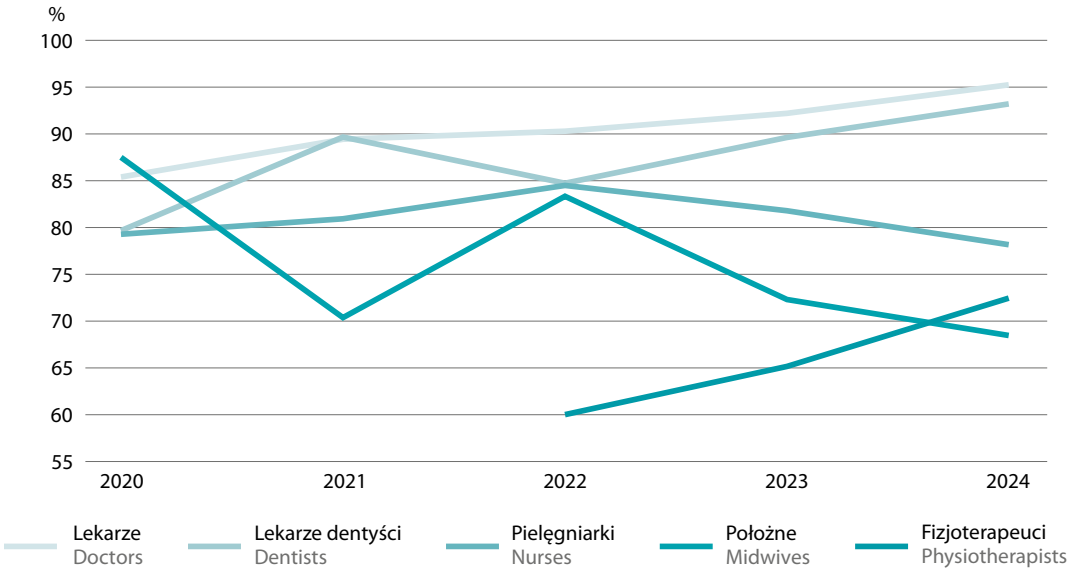


Udział obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem w zawodach medycznych (2020–2024)

W 2024 r. odsetek obywateli Ukrainy faktycznie pracujących z pacjentem w stosunku do ogólnej liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu był najwyższy wśród lekarzy (95,2%) i lekarzy dentystów (93,2%), umiarkowany w grupie fizjoterapeutów (72,5%), natomiast niższy wśród pielęgniarek (78,2%) oraz położnych (68,5%). W ujęciu dynamicznym wskaźnik ten systematycznie rósł wśród lekarzy – z 85,4% w 2020 r. do 95,2% w 2024 r. – oraz lekarzy dentystów – z 79,7% do 93,2% w tym samym okresie. W grupie pielęgniarek po wzroście do 84,5% w 2022 r. odnotowano spadek do 78,2% w 2024 r., natomiast wśród położnych wskaźnik zmniejszył się z 87,5% w 2020 r. do 68,5% w 2024 r. W przypadku fizjoterapeutów obserwowano natomiast stopniowy wzrost z 60,0% w 2022 r. do 72,5% w 2024 r.

Wykres 2.78. Udział obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem w wybranych zawodach medycznych w liczbie uprawnionych do wykonywania tych zawodów
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.78. The share of Ukrainian citizens practicing in selected medical professions in the number of people entitled to practice these professions
As of 31 December

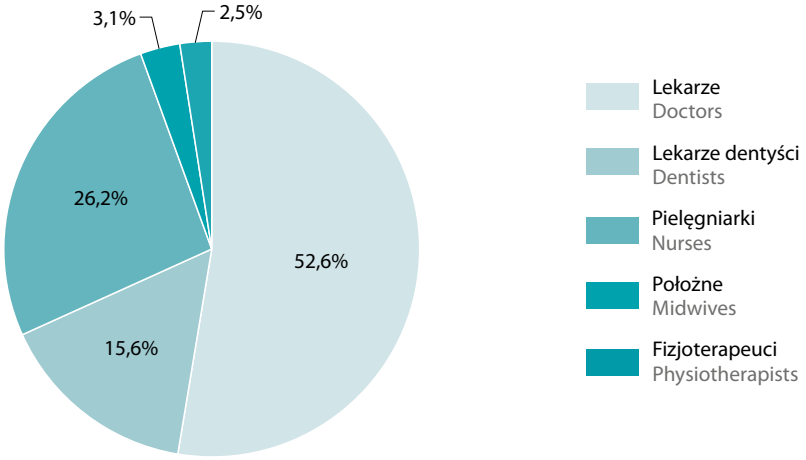


Struktura pracujących obywateli Ukrainy w wybranych zawodach medycznych w 2024 r.

W 2024 r. wśród obywateli Ukrainy pracujących w pięciu analizowanych zawodach medycznych dominowali lekarze, którzy stanowili 52,6% wszystkich praktykujących. Kolejną pod względem liczebności grupą były pielęgniarki – 26,2%, a następnie lekarze dentyści – 15,6%. Położne i fizjoterapeuci stanowili odpowiednio 3,1% i 2,5% ogółu. Łącznie zawody lekarskie (lekarze i lekarze dentyści) stanowiły 68,2% pracujących obywateli Ukrainy, podczas gdy pozostałe profesje (pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci) – 31,8%. Grupa lekarska była zatem około dwukrotnie większa niż pielęgniarska, a udział położnych i fizjoterapeutów miał charakter uzupełniający (łącznie 5,6%). Taka struktura odzwierciedla dominującą obecność kadr lekarskich wśród obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem oraz ich wysoką aktywność zawodową na polskim rynku medycznym.

Wykres 2.79. Struktura obywateli Ukrainy pracujących z pacjentem w wybranych zawodach medycznych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 2.79. Structure of Ukrainian citizens practicing in selected medical professions
As of 31 December



W latach 2020–2024 udział obywateli Ukrainy wśród lekarzy pracujących z pacjentami w Polsce wzrósł z 0,3% do 1,8%, natomiast w grupie lekarzy dentystów – z 0,3% do 2,1%. W przypadku pozostałych zawodów medycznych udział obywateli Ukrainy był niższy: w 2024 r. wyniósł 0,6% wśród pielęgniarek, 0,5% wśród położnych oraz 0,2% wśród fizjoterapeutów.

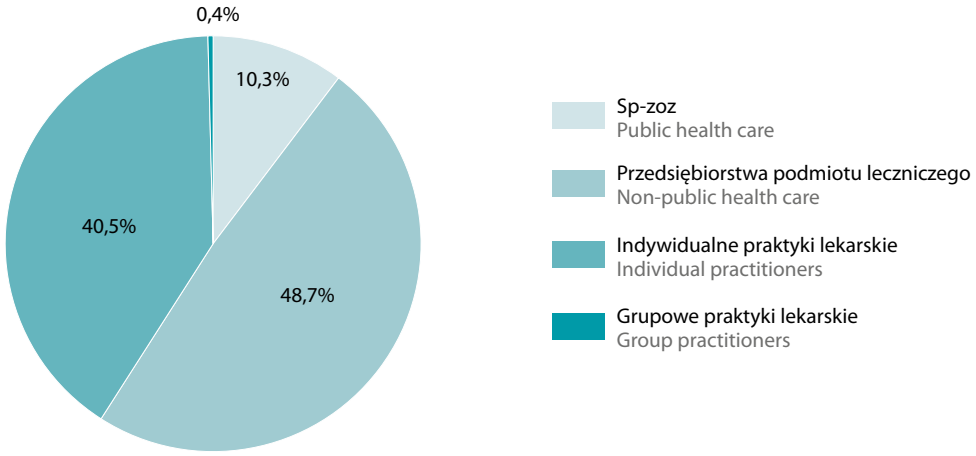
2.8. Służba medycyny pracy
2.8. Occupational medicine

Analiza kadr oraz działalności służby medycyny pracy w Polsce w 2024 roku została opracowana na podstawie danych pochodzących z obowiązkowej sprawozdawczości, corocznie przekazywanej przez lekarzy uprawnionych do wykonywania badań profilaktycznych pracowników oraz przez jednostki służby medycyny pracy (SMP).

Zgodnie z obowiązującymi przepisami[96], jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy są podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, z wyłączeniem pielęgniarek i psychologów prowadzących działalność w formach określonych odrębnymi przepisami, a także wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP).

W 2024 r. w rejestrze znajdowało się 5 401 podstawowych jednostek służby medycyny pracy. Wśród nich 2 632 funkcjonowało w ramach przedsiębiorstw podmiotów leczniczych, 2190 stanowiło indywidualne praktyki lekarskie, 21 – grupowe praktyki lekarskie, natomiast 558 – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ). W porównaniu z poprzednimi latami struktura organizacyjna podstawowych jednostek służby medycyny pracy nie uległa istotnym zmianom.

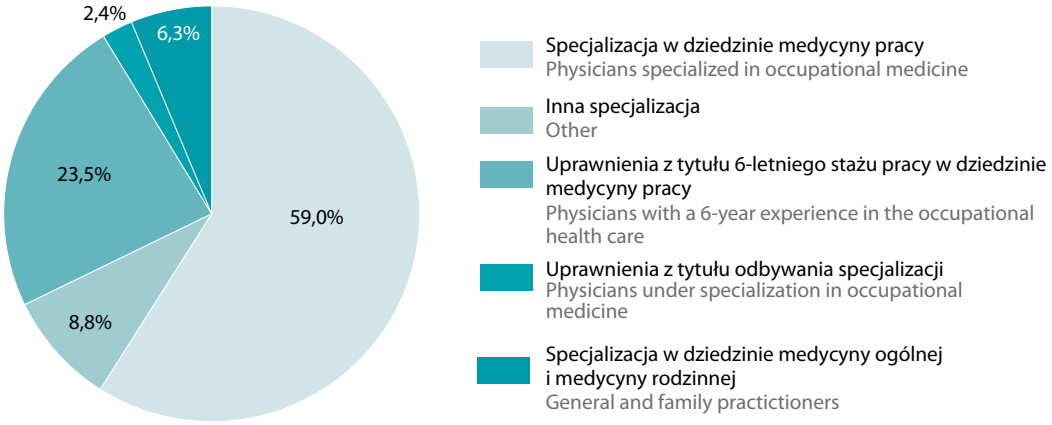
Wykres 2.80. **Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2024 r.**
Chart 2.80. Structure of occupational medicine service units in 2024



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.[97]. W 2024 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 5 516 (o 158 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.

96 Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022 poz. 437)
97 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 2.81. Struktura lekarzy służby medycyny pracy wg kwalifikacji w 2024 r.
Chart 2.81. Structure of physicians of occupational health service by qualification in 2024



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)[98], posiadało 1 772 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 2024 r. takich lekarzy było 74 (o 12 mniej niż przed rokiem).

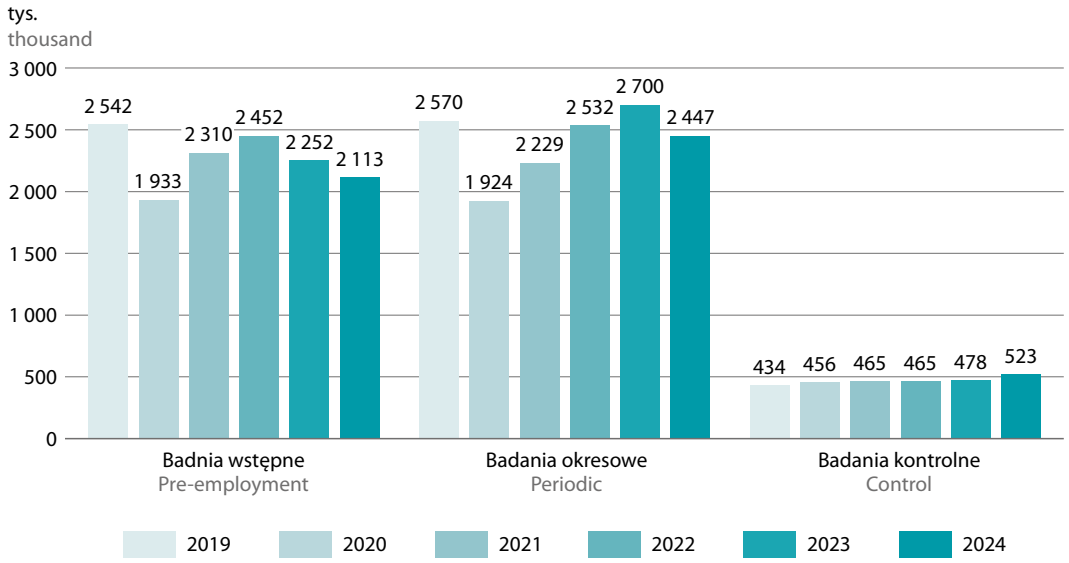
W Polsce najczęściej realizowanym zadaniem przez służbę medycyny pracy z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest prowadzone, w oparciu o badania lekarskie, orzecznictwo do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek realizacji badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców, którzy w oparciu o art. 229 Kodeksu pracy[99] 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 2024 r. orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie 5,08 mln badań lekarskich (o 6,4% mniej niż rok wcześniej), w tym: ponad 2,11 mln badań wstępnych (o 6,1% mniej niż w 2023 r.), ponad 2,44 mln badań okresowych (o 9,4% mniej niż rok wcześniej) oraz ponad 523 tys. badań kontrolnych (o 9,4% więcej niż w 2023 r.).

98 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.

99 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2025 poz. 277 ze zm.).

Wykres 2.82. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych (w tys.)
Chart 2.82. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination (in thous.)



W 2024 r. 99,4% 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 0,6% (w 2023 r. wydano odpowiednio 99,5% pozytywnych i 0,5% 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 415 tys. (o 79 tys. więcej niż rok wcześniej, tj. o 23%).

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 2024 r. zarejestrowano 788 takich podejrzeń (o 333 mniej niż rok wcześniej, tj. o 29,7%).

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 2024 r. lekarze SMP przeprowadzili wizytację ponad 3,6 tys. zakładów i skontrolowali 25,9 tys. stanowisk pracy (w 2023 r. odpowiednio 7 tys. i 31,9 tys.).

W 2024 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 działalność prowadziły po dwa autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (kolejno w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim oraz w Szczecinie

i Koszalinie), natomiast w kujawsko-pomorskim funkcjonowały trzy autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku).

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa[100], „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 2024 r. ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową objęto 8 tys. osób (o 11,3% mniej niż w roku poprzednim) i wykonano ponad 282,7 tys. zabiegów (o 5,9% mniej niż w 2023 r.). Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową (konsultacje lekarskie lub zabiegi) prowadzone były w 10 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy (wymienionych w tabeli 70 w aneksie tabelarycznym, przy czym w województwie kujawsko-pomorskim w dwóch ośrodkach autonomicznych, tzn. w Bydgoszczy i Toruniu). 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 2024 r. zabiegi rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową stanowiły 33,7% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych[101] udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo[102] 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 2024 r. zrealizowano 1 728 takich konsultacji, o 20% mniej niż w 2023 r.),
2) świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (14 138 w 2024 r., o 17,9% mniej niż w 2023 r.),
3) konsultacje w zakresie chorób zawodowych (4 341 w 2024 r., o 3,1% mniej niż w 2023 r.).

W ramach działalności kontrolnej wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3 059 kontroli jednostek podstawowych SMP (mniej o 9,1% niż w 2023 r.).

W ramach działalności orzeczniczej w 2024 r. wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły w sumie 1 694 postępowania w trybie odwoławczym od orzeczeń do pracy wydanych przez jednostki podstawowe SMP (o 6,3% mniej 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 717 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.

100 Art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022 poz. 437).
101 WOMP realizują także zabiegi rehabilitacyjne w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.
102 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

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) stanowi podstawowe źródło informacji o finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce. Opracowywany zgodnie z międzynarodową metodologią System of Health Accounts (SHA 2011), stosowaną przez OECD, Eurostat i WHO, umożliwia kompleksową analizę przepływów finansowych w systemie opieki zdrowotnej – od źródeł finansowania, przez rodzaje świadczeń i dóbr zdrowotnych, po podmioty je realizujące. Dane NRZ pozwalają ocenić poziom i strukturę wydatków na zdrowie oraz porównać je z innymi krajami OECD. Stanowią istotne narzędzie do monitorowania efektywności polityki zdrowotnej i planowania przyszłych działań w obszarze finansowania opieki zdrowotnej.

Dane za lata 2013–2023, choć mają status danych ostatecznych, mogą podlegać aktualizacjom wynikającym z prowadzonych rewizji. W konsekwencji informacje dotyczące Narodowego Rachunku Zdrowia mogą ulec zmianie.

Narodowy Rachunek Zdrowia obejmuje bieżące wydatki na ochronę zdrowia finansowane zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych[103].

W latach 2013–2024 zaobserwować można stały wzrost wydatków ujętych w NRZ.

Zgodnie ze wstępnymi szacunkami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2024 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 293,6 mld zł, co stanowiło 8,0% PKB, i były wyższe o 20,4% niż w roku 2023[104]. Wzrost wydatków bieżących był spowodowany zwiększeniem wydatków publicznych.

Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2024 r. wedle wstępnych szacunków 229,1 mld zł i były o 40,0 mld zł wyższe niż w 2023 r., a ich udział w PKB wyniósł 6,3%. Natomiast bieżące wydatki prywatne zwiększyły się o 9,9 mld zł i wyniosły w 2024 r. 64,5 mld zł.

103 Więcej informacji na temat metodologii w Części II Uwagi metodologiczne.
104 Dane za rok 2023 są danymi ostatecznymi (na mocy Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 września 2025 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2023 r. https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2023-r-,283,12.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		2022		2023		2024[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]**	**3 100 850**	**100**	**3 415 274**	**100**	**3 653 432**	**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]	**200 507,1**	**6,5**	**243 798,9**	**7,1**	**293 619,8**	**8,0**
HF.1	Wydatki publiczne Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	148 941,4	4,8	189 109,8	5,5	229 079,5	6,3
	w tym: of which:						
HF.1.1	systemy rządowe i samorządowe government schemes	24 980,1	0,8	26 752,7	0,8	51 695,2	1,4
HF.1.2	systemy obowiązkowych, składkowych ubezpieczeń zdrowotnych social health insurance schemes and Compulsory private insurance schemes	123 961,3	4,0	162 357,1	4,8	177 384,3	4,9
HF.2+HF.3	Wydatki prywatne Private expenditure	51 565,7	1,7	54 689,1	1,6	64 540,3	1,8
HF.3	bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych household out-of-pocket payment	36 963,4	1,2	38 633,2	1,1	47 581,9	1,3

a Dane za rok 2024 są szacunkami wstępnymi.
b Źródło: dane o PKB dostępne na stronie: https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/. – aktualizacja PKB 09.10.2025 r.
c Łącznie z wydatkami prywatnymi.
a Data for 2024 are preliminary estimates.
b Source: GDP data available at: https://stat.gov.pl/en/poland-macroeconomic-indicators /- October 9, 2025.
c Including private expenditure.

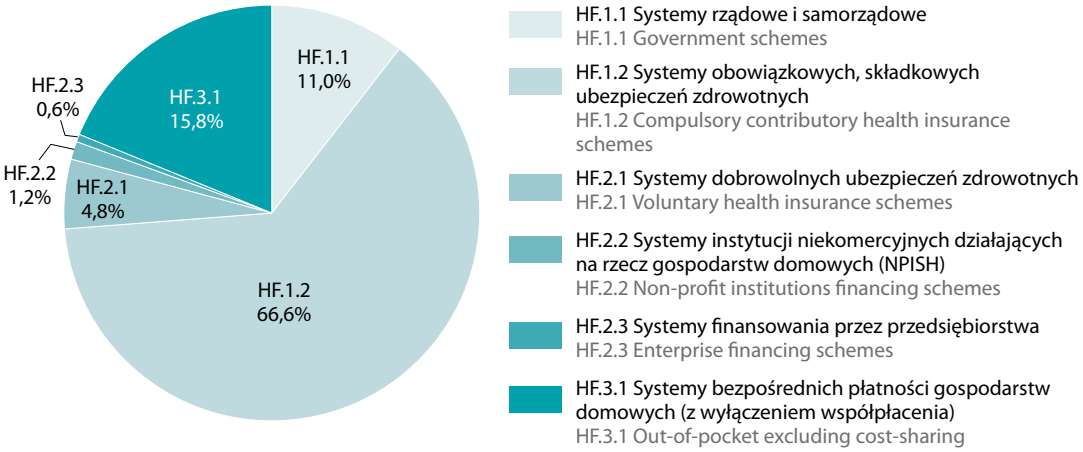
Ze względu na to, że opracowanie wyników NRZ dla 2024 r. jest na etapie wstępnych szacunków, poniższe porównanie struktury wydatków podano dla lat 2022–2023. Zgodnie z ostatecznymi wynikami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2023 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 243,8 mld zł, co stanowiło 7,1% PKB (w roku 2022 – 200,5 mld zł, co stanowiło 6,5% PKB), w tym bieżące wydatki publiczne wynosiły 189,1 mld zł, co stanowiło 5,5% PKB (w roku 2022 – 148,9 mld zł, co stanowiło 4,8% PKB).

Struktura wydatków ze względu na systemy finansowania w latach 2022 i 2023
Expenditure structure according to financing schemes in 2022 and 2023

Struktura wydatków ze względu na systemy finansowania ochrony zdrowia (HF) w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2023 r. przedstawiała się następująco:

- wydatki publiczne stanowiły 77,6% wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2022 – 74,3%), w tym:
  - systemy rządowe i samorządowe – 11,0% (w roku 2022 – 12,5%),
  - systemy obowiązkowych, składkowych ubezpieczeń zdrowotnych – 66,6%, (w roku 2022 – 61,8%),
- wydatki prywatne stanowiły 22,4% (w roku 2022 – 25,7%), w tym:
  - system bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych – 15,8% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2022 – 18,4%).

Wykres 3.1. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg systemów finansowania w 2023 r.
Chart 3.1. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2023

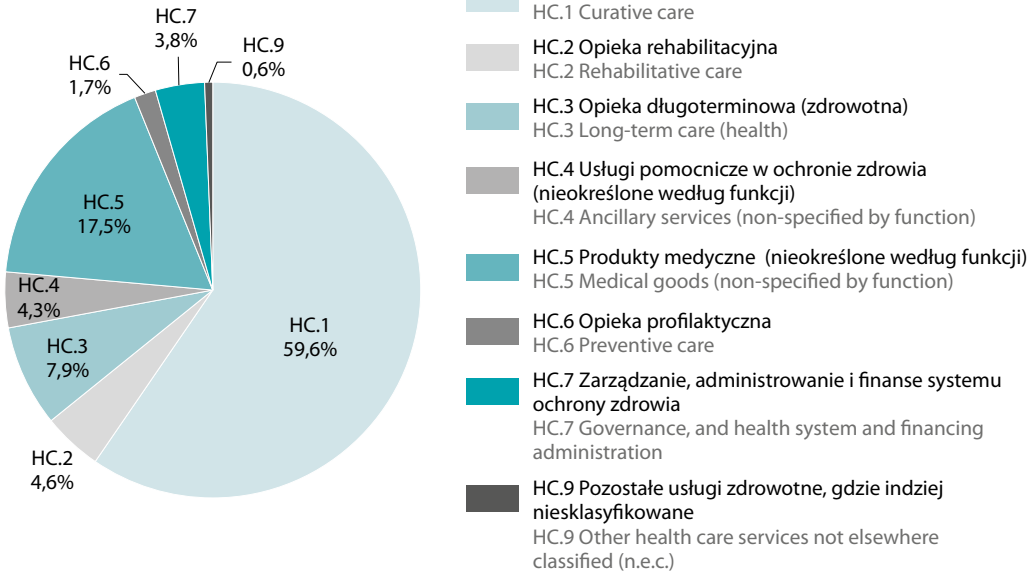


Struktura wydatków ze względu na funkcje w latach 2022 i 2023
Expenditure structure according to functions in 2022 and 2023

W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (HC), strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2023 r. obejmował m.in.:

- usługi lecznicze – 59,6% (w roku 2022 – 58,8%),
  w tym:
  - leczenie szpitalne – 34,7% (w roku 2022 – 31,7%),
  - leczenie ambulatoryjne – 23,4% (w roku 2022 – 24,4%),
- produkty medyczne, m.in. leki – 17,5% (w roku 2022 – 18,6%),
- opiekę długoterminową (zdrowotną) – 7,9% (w roku 2022 – 8,0%),
- opiekę rehabilitacyjną – 4,6% (w roku 2022 – 4,6%).

Wykres 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2023 r.
Chart 3.2. Current expenditure on health care according to functions in 2023

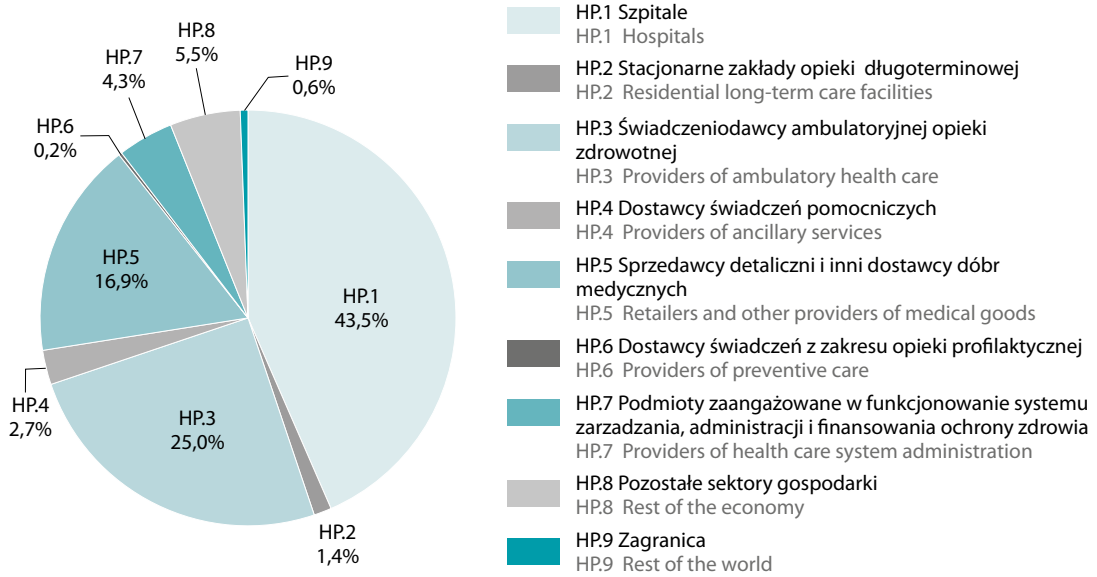


Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców w latach 2022 i 2023
Expenditure structure according to health care providers in 2022 and 2023

W przypadku świadczeniodawców (HP), największy strumień środków z tytułu poniesionych wydatków w 2023 r. trafił m.in. do:

- szpitali – 43,5% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2022 r. – 41,3%),
  - w tym do szpitali ogólnych – 32,8% (w roku 2022 – 31,1%)
- świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – 25,0% (w roku 2022 – 26,2%)
- sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 16,9% (w roku 2022 – 18,4%),
  - w tym w większości do aptek, którym przekazano ponad 14,7% ogółu środków (w roku 2022 – 16,4%).

Wykres 3.3. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców usług zdrowotnych w 2023 r.
Chart 3.3. Current expenditure on health care according to providers in 2023



Struktura wydatków ze względu na przychody systemów finansowania w latach 2022 i 2023

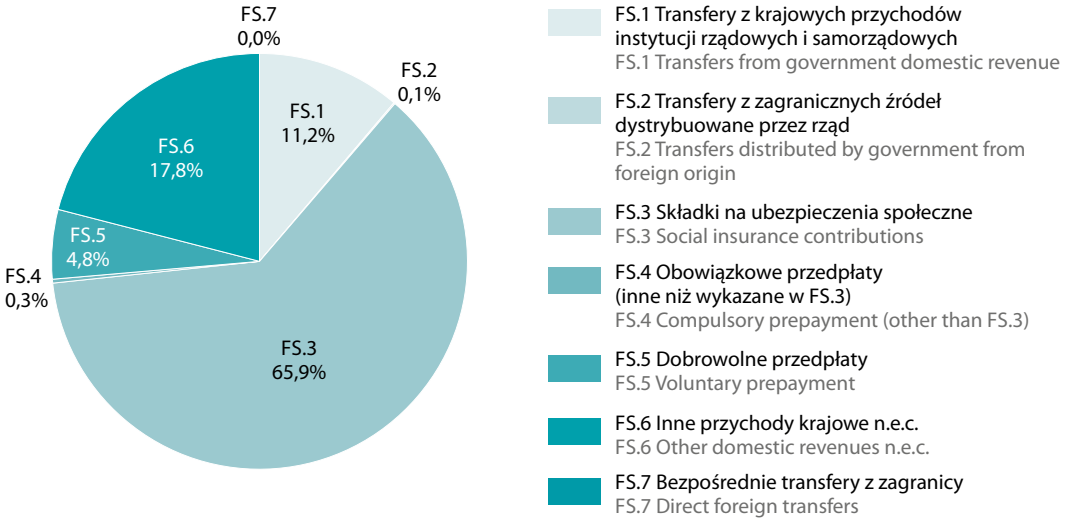
Expenditure structure according to revenues of financing schemes in 2022 and 2023

W 2023 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych składek zdrowotnych, zaliczanych według klasyfikacji FS do kategorii FS.3: składki na ubezpieczenia społeczne – 65,9% (w roku 2022 – 60,7%).

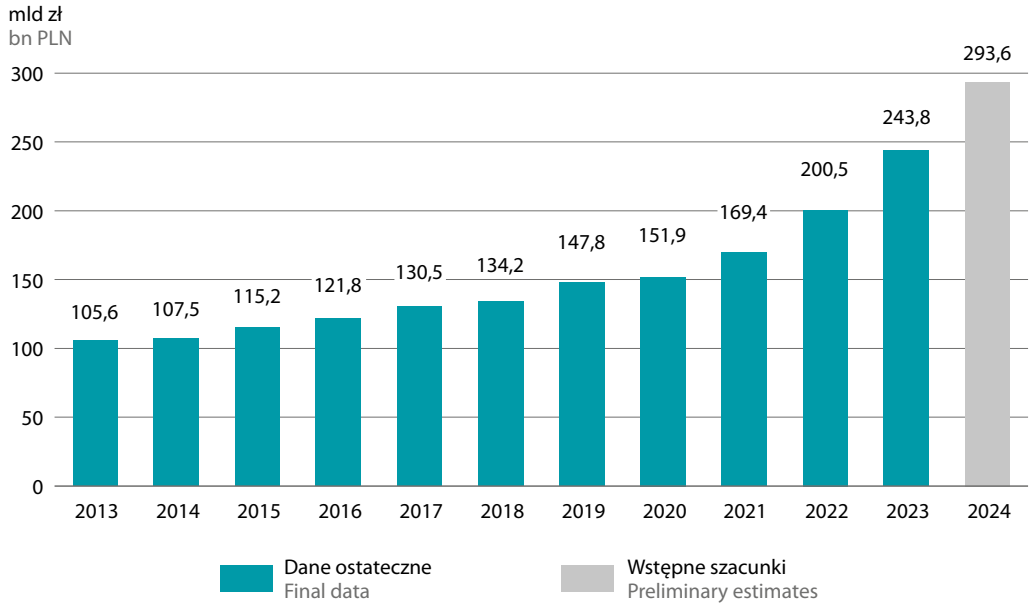
Prawie jedną piątą (17,8%) wydatków na ochronę zdrowia stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych dokonywanych przez gospodarstwa domowe, krajowe jednostki instytucjonalne, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne oraz inne przychody krajowe n.e.c.[105] (w roku 2022 – 20,5%). Natomiast 11,2% stanowiły środki alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe (w roku 2022 – 13,1%). Mniejszy, ale istotny udział, miała kategoria: dobrowolne przedpłaty – 4,8% (w roku 2022 – 5,3%). W tej pozycji uwzględnia się składki na dobrowolne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne[106].

105 n.e.c. = Not Elsewhere Classified – nie sklasyfikowane gdzie indziej.
106 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 2023 r.
Chart 3.4. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2023



Wykres 3.5. Wydatki bieżące ujęte w Narodowym Rachunku Zdrowia
Chart 3.5. Current 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

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)[107]. 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[a]
Table 3.2. Current expenditure on health care in OECD countries[a]

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 publiczn-nych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia / Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Austria/Austria	7 464,8	7 700,3	7 697,2	12,2	11,2	11,2	77,7	77,2	76,7
Belgia/Belgium	6 554,0	6 906,2	7 177,8	11,3	10,7	10,8	75,1	73,8	73,6
Chile/Chile	2 848,3	3 113,1	3 395,6	9,7	10,0	10,2	60,5	58,0	59,3
Czechy/Czechia	4 462,3	4 394,1	4 570,2	9,2	8,5	8,4	86,8	85,0	85,1
Dania/Denmark	6 913,0	6 660,5	6 555,0	10,7	9,5	9,5	84,5	84,4	83,3
Estonia/Estonia	3 175,9	3 168,6	3 368,9	7,5	6,9	7,5	76,1	74,8	75,8
Finlandia/Finland	5 394,7	5 765,0	6 275,6	9,9	9,7	10,5	79,2	79,6	81,0
Francja/France	6 395,1	6 700,7	6 847,9	12,2	11,8	11,5	84,6	84,5	84,4
Grecja/Greece	2 929,6	3 176,2	3 441,9	9,0	8,4	8,4	62,1	62,0	60,9
Hiszpania/Spain	4 405,3	4 743,7	4 927,2	10,3	9,7	9,2	72,6	72,9	73,2
Irlandia/Ireland	6 220,8	6 747,8	7 026,9	6,4	6,0	6,6	76,7	76,5	76,6
Islandia/Iceland	5 555,6	5 956,2	6 134,2	9,7	9,1	8,7	83,8	84,7	83,6
Kolumbia/Colombia	1 379,0	1 375,9	1 583,9	9,1	7,6	8,2	78,5	76,9	76,6
Korea/Korea	4 106,4	4 634,3	4 586,3	8,3	8,8	8,5	62,1	63,6	60,4
Litwa/Lithuania	3 146,1	3 242,1	3 305,9	7,7	7,2	7,3	68,8	66,5	67,8
Luksemburg/Luxembourg	6 432,1	6 854,0	7 246,8	5,6	5,6	5,7	86,2	86,1	84,7
Łotwa/Latvia	3 096,0	2 864,4	2 688,9	9,4	8,1	7,2	69,5	64,9	59,4
Niemcy/Germania	8 102,6	8 651,9	8 503,2	12,7	12,4	11,7	85,9	86,7	85,9
Polska/Poland	**2 751,9**	**3 066,1**	**3 559,7**	**6,4**	**6,3**	**7,2**	**72,5**	**73,7**	**77,8**

107 Rachunki za lata 2004–2012 były sporządzane według metodologii SHA 1.0, natomiast rachunki za lata 2013–2024 na postawie metodologii SHA2011. Więcej informacji na temat metodologii w Części II Uwagi metodologiczne.

Tablica 3.2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD[a] (dok.)
Table 3.2. Current expenditure on health care in OECD countries[a] (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 publiczno-obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Republika Słowacji/Slovak Republic	2 921,9	3 126,1	3 279,8	7,6	7,7	7,4	79,7	79,9	78,9
Słowenia/Slovenia	3 894,3	4 353,4	4 555,6	9,5	9,6	9,3	73,8	74,0	73,6
Stany Zjedoczone /United States	12 375,2	12 898,2	13 817,6	17,4	16,5	16,7	83,7	83,8	83,4
Szwajcaria/Switzerland	8 391,7	9 089,4	9 300,9	12,0	11,6	11,7	68,6	68,3	67,5
Szwecja/Sweden	6 617,1	6 976,5	7 364,0	11,3	10,9	11,3	85,8	85,9	86,1
Turcja/Türkiye	1 588,3	1 653,8	2 102,5	4,6	3,7	4,3	78,8	75,2	75,9
Węgry/Hungary	2 949,8	3 013,0	3 023,1	7,3	6,6	6,4	72,5	73,0	73,7
Włochy/Italy	4 408,7	4 744,2	4 847,4	9,3	8,9	8,4	74,5	73,7	73,1
Zjednoczone Królestwo/United Kingdom	5 784,7	6 188,0	6 412,4	12,1	11,1	11,0	83,2	81,5	81,2

a Dane na podstawie wyliczeń własnych OECD.
a Data based on OECD's own calculations.
Źródło: Baza danych OECD Data Explorer – aktualizacja 22.10.2025 r.
Source: OECD Data Explorer - updated on October 22, 2025.

W latach 2021–2023 w Polsce odnotowano systematyczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia w ujęciu per capita. Pomimo tego wzrostu, poziom wydatków w ramach PKB pozostaje niższy niż w większości krajów OECD.

W 2023 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły 3 559,7 USD (PPP) na mieszkańca, co plasowało nasz kraj w dolnej części zestawienia OECD. Polska uplasowała się na poziomie zbliżonym do krajów Europy Środkowo-Wschodniej, takich jak Węgry i Słowacja, ale poniżej Czech i Słowenii.

Udział wydatków na ochronę zdrowia w polskim PKB w 2023 r. wyniósł 7,2%, co oznacza wzrost w porównaniu z latami 2021 i 2022 (odpowiednio 6,4% i 6,3%). Mimo obserwowanego wzrostu udziału, Polska nadal pozostaje poniżej średniego poziomu OECD, który w większości krajów kształtuje się w granicach 9–11% PKB. Najwyższe wartości notują Stany Zjednoczone (16,7%), Niemcy (11,7%) i Francja (11,5%), a najniższe – Luksemburg (5,7%) i Irlandia (6,6%).

Struktura finansowania ochrony zdrowia w Polsce wskazuje na rosnący udział wydatków publicznych, który w 2023 r. wyniósł 77,8% wszystkich wydatków bieżących na zdrowie (wobec 72,5% w 2021 r.). Oznacza to stopniowe umacnianie roli sektora publicznego w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Mimo to Polska pozostaje poniżej poziomu obserwowanego w krajach, jak Niemcy (85,9%), Szwecja (86,1%) czy Dania (83,3%), ale powyżej średniej krajów południowoeuropejskich, np. Włoch (73,1%) czy Hiszpanii (73,2%).

3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia
3.2. Public expenditure on health care

Nakłady na ochronę zdrowia opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia są 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 (tekst jednolity Dz. U. 2025 poz. 1461) odnosi się ona wyłącznie do środków publicznych i nie ogranicza się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmuje wydatków sa- morządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2024 r. oraz projekcją planu Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ochronę zdrowia środki w wysokości 193,3 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich ostateczne wykonanie wyniosło 210,6 mld zł (w tym 0,85 mld zł z Funduszu Pomocy[108] przekazanych NFZ), co stanowi 6,85% PKB (z roku N-2)[109]. Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2024 były o 25,8 mld zł wyższe (14,0%) od nakładów przekazanych na ochronę zdrowia w 2023 r.

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[b]

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[b]

Rok Year	PKB N-2 zgodnie z ustawą GDP N-2 according to the act	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]
2023	2 622,2	3 410,1	165,5	6,31	184,8	7,05	5,42
2024	3 074,4	3 641,2	193,3	6,28	210,6	6,85	5,79

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 2023 r. punktem odniesienia jest PKB z 2021 r., a dla 2024 r. – z roku 2022.

c Według aktualnych danych PKB. Źródło: GUS dane o PKB dostępne na stronie: https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/ oraz w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 13 maja 2025 r. w sprawie pierwszego szacunku wartości produktu krajowego brutto w 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 2023 expenditure, the benchmark is 2021 GDP and for 2024 for 2022 GDP.

c According to current GDP data. Source: GUS, GDP data available on the website: Poland macroeconomic indicators – update May 13, 2025.

108 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 (tekst jednolity Dz. U. 2025 poz. 337 z późn. zm.).

109 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 2023 r. punktem odniesienia jest PKB za 2021 r., a dla 2024 r. – z roku 2022.

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	2023			2024		
		plan[a] plan[a]	wykonanie execution		plan[a] plan[a]	wykonanie execution	
		w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%	w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%
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	14 186	15 236	8,24	28 563	29 842	14,18
II	Wydatki budżetu środków europejskich w dziale „ochrona zdrowia" Expenditure of the European funds in the "health care" section	1 217	2 041	1,10	649	568	0,27
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	5 951	4 744	2,57	6 962	5 589	2,65
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	143 654	162 286[b]	87,81	156 546	174 021[c]	82,61
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	4	1	0,00	4	0,09	0,00
VII	Koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Costs included in the NHF financial plan of the Gambling Fund Resolving Problems	40	6	0,00	12	23	0,01
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	81	81	0,04	82	82	0,04
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	404	404	0,22	460	460	0,22

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	2023			2024		
		plan[a] plan[a]	wykonanie execution		plan[a] plan[a]	wykonanie execution	
		w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%	w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%
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	0,04	0,00	7	7	0,00
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	7	0,00	0	31	0,01
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	18	0,02	27	27	0,01
	RAZEM[g] **TOTAL[g]**	**165 537**	**184 824**	**100**	**193 312**	**210 650**	**100**

a Zgodnie z ustawa budżetową.

b W tym 261 mln zł pochodziło z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a 848 mln zł pochodziło z Funduszu Pomocy.

c W tym 747 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 z późn. zm.), która weszła w życie 14 kwietnia 2023 r.

e, f Kategorie dodane do katalogu ustawą z dnia 16 czerwca 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 września 2023 r.

g Sumy w kolumnach obliczone zostały na wartościach, które zostały zaokrąglone.

a According to the budget Act.

b Including PLN 261 million which came from the COVID-19 Counteracting Fund. PLN 848 million came from Aid Fund.

c Including PLN 747 million which came Aid Fund.

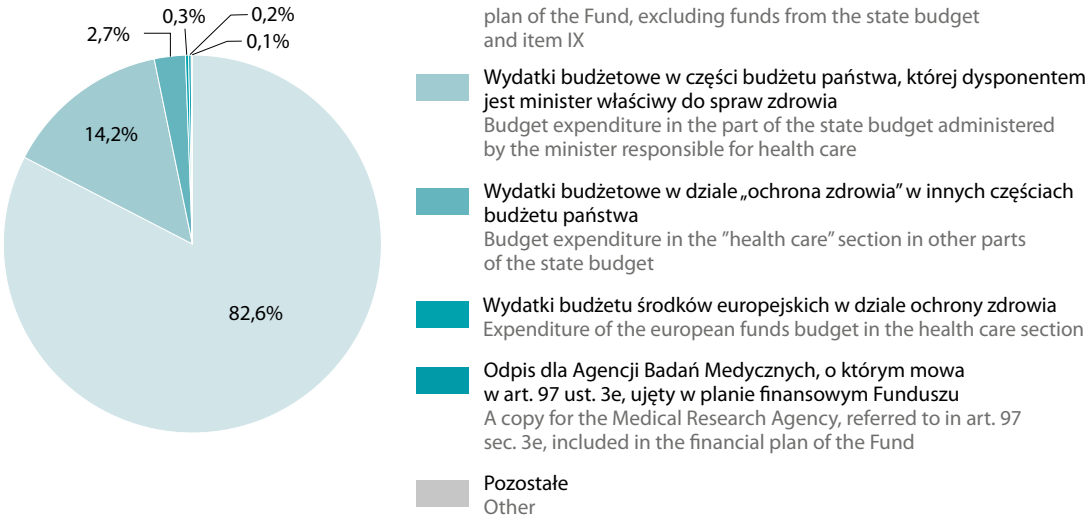
d Category added to the catalog by the Act of March 9, 2023 on clinical trials of medicinal products for human use (Journal of Laws of 2023, item 605), which entered into force on April 14, 2023.

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 zaprezentowanych nakładów główne pozycje dotyczą ujętych w planie finansowym kosztów NFZ (punkt IV) oraz wydatków budżetu państwa ujętych w części 46 – Zdrowie (punkt I) oraz w dziale ochrona zdrowia w innych częściach budżetowych (punkt III).

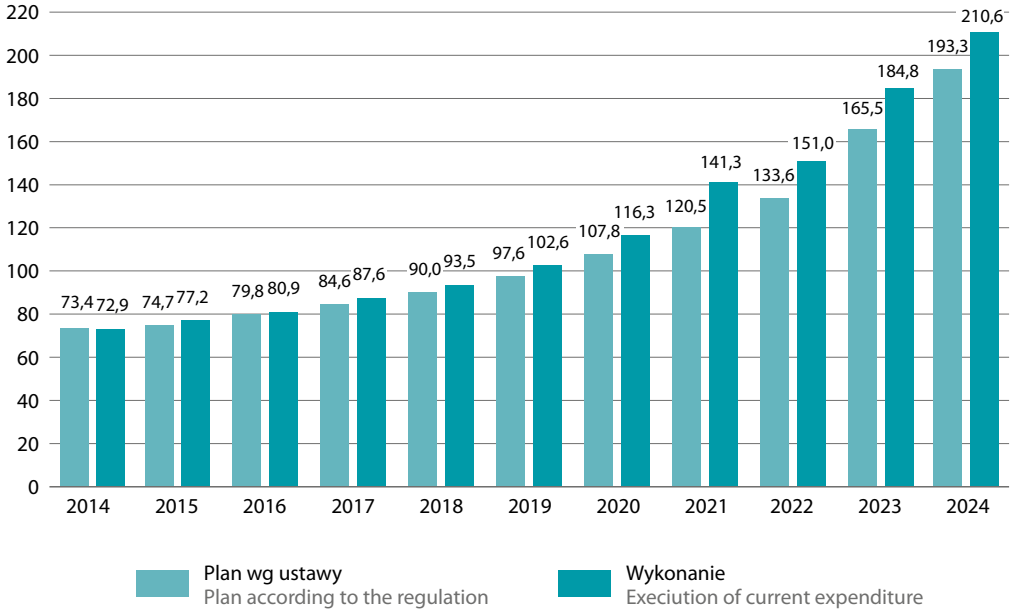
Wykres 3.6. Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy w 2024 r.
Chart 3.6. Share in expenditure on health care by categories according to the provisions of the Act in 2024



Nakłady na ochronę zdrowia w latach 2014–2024
Health care expenditure in 2014–2024

W latach 2014-2024 można 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 2014 r. Pomiędzy 2014 a 2024 r. nakłady na ochronę zdrowia według planu wzrosły o 163,4%, natomiast według wykonania zwiększyły się o 188,9%. Największy roczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia według wykonania odnotowano w tym okresie w 2023 r.– o 22,4%.

Wykres 3.7. Nakłady na ochronę zdrowia w latach 2014–2024
Chart 3.7. Health care expenditure in 2014–2024



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 2014–2024 wystąpił znaczący wzrost kwot wydatków na ochronę zdrowia.

Dane za rok 2024 wskazują na osiągnięcie przez nakłady publiczne poziomu 6,85%[110] PKB, a wstępne szacunki bieżących wydatków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia ujęte w Narodowym Rachunku Zdrowia – poziomu 8,0%[111] PKB.

Szereg czasowy nakładów publicznych na ochronę zdrowia wskazuje na wzrost tych nakładów o ponad 150% pomiędzy rokiem 2014 a 2024 r. Podobnie pomiędzy rokiem 2014 a 2024 bieżące wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia, według NRZ, wzrosły o 173,2%.

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).

110 Według ustawy dotyczy to PKB dla roku N-2.
111 Według NRZ wstępne szacunki dla 2024 r. w odniesieniu do PKB dla tego samego roku.

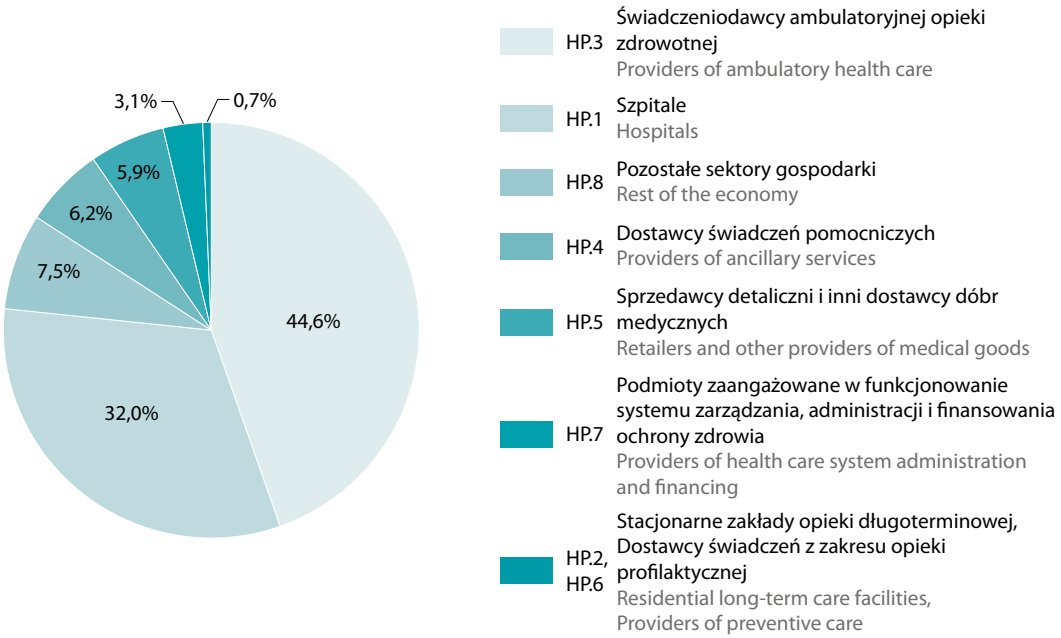
Satelitarny rachunek zdrowia pozwala ocenić udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w gospodarce narodowej. Dzięki temu umożliwia porównanie z wynikami innych dziedzin gospodarki, czy też pomiędzy krajami.

W 2021 r.[112] wartość produkcji globalnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 225 354,1 mln zł i w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła o 28,1%. Najwyższą wartość produkcji globalnej zanotowano dla szpitali HP.1. Ich udział w wartości produkcji globalnej wyniósł 39,6%. Znaczący wkład w produkcję globalną mieli także świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3 – 39,0%. Najmniejszy udział odnotowano dla dostawców świadczeń z zakresu opieki profilaktycznej HP.6 – 0,5%.

Wartość zużycia pośredniego dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 85 364,4 mln zł, natomiast wartość dodana brutto 139 989,7 mln zł (odpowiednio wzrost o 22,1% i 32,2% w stosunku do roku poprzedniego).

W 2021 r. największy udział w tworzeniu wartości dodanej brutto mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3, którzy wypracowali 44,6% wartości dodanej brutto tej grupy podmiotów. Znaczący udział w generowaniu wartości tej transakcji odnotowano również dla szpitali HP.1 – 32,0%.

Wykres 3.8. Wartość dodana brutto wg świadczeniodawców opieki zdrowotnej w 2021 r.
Chart 3.8. Value added gross by health care providers in 2021



112 Satelitarny rachunek zdrowia w 2021 r. został opracowany na podstawie danych sprzed wprowadzenia rewizji benchmarkingowej w rachunkach narodowych przeprowadzonej w 2024 r. i obejmującej lata 1995–2022. Prezentowane dane z rachunków narodowych dotyczą wyników sprzed rewizji.

Tablica 3.5. **Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej w 2021 r.**
Table 3.5. Production account and generation of income account for health care providers in 2021

DOSTAWCY HP Providers HP	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
	w mln zł, ceny bieżące in millions PLN, current prices						
OGÓŁEM HP.1-HP.8 TOTAL	225 354,1	85 364,4	139 989,7	68 925,9	914,5	1 281,5	71 430,8
Szpitale HP.1 Hospitals	89 337,4	44 509,9	44 827,5	41 865,8	451,2	97,0	2 607,6
Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej HP.2 Residential long-term care facilities	1 695,4	957,4	738,0	626,9	8,3	18,6	121,4
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3 Providers of ambulatory health care	87 954,2	25 476,6	62 477,6	13 739,7	254,3	933,5	49 417,1
Dostawcy świadczeń pomocniczych HP.4 Providers of ancillary services	14 668,4	5 919,1	8 749,3	3 867,6	68,6	101,5	4 914,6
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych HP.5 Retailers and other providers of medical goods	12 075,7	3 841,6	8 234,1	4 085,1	57,4	95,1	4 186,6
Dostawcy świadczeń z zakresu opieki profilaktycznej HP.6 Providers of preventive care	1 061,8	881,0	180,8	165,3	2,7	–	12,9
Podmioty zaangażowane w funkcjonowanie systemu zarządzania, administracji i finansowania ochrony zdrowia HP.7 Providers of health care system administration and financing	7 266,0	2 963,6	4 302,4	4 039,1	60,4	–	202,9
Pozostałe sektory gospodarki HP.8.1-8.2 Rest of the economy	11 295,3	815,3	10 480,0	536,5	11,6	35,9	9 967,8

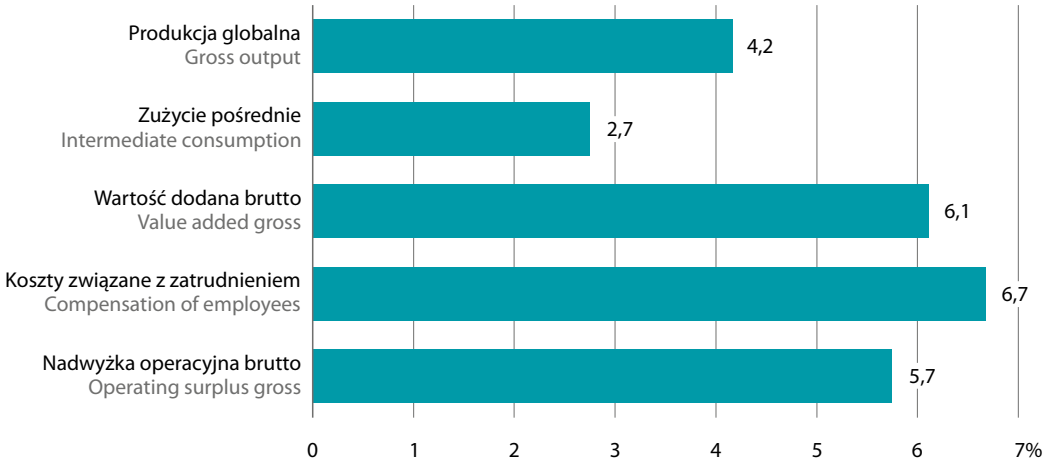
W 2021 r. koszty związane z zatrudnieniem wyniosły 68 925,9 mln zł i w porównaniu z rokiem ubiegłym wzrosły o 21,8%. Ponad połowa tej wartości (60,7%) przypadała na szpitale HP.1.

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 71 430,8 mln zł. Największy wkład w tej kategorii makroekonomicznej mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (69,2%).

W 2021 r. udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tworzeniu produkcji globalnej brutto dla gospodarki narodowej wyniósł 4,2%, natomiast w generowaniu zużycia pośredniego – 2,7%. Udział tej grupy podmiotów w kształtowaniu wielkości kosztów związanych z zatrudnieniem stanowił 6,7%.

Wykres 3.9. Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2021 r.

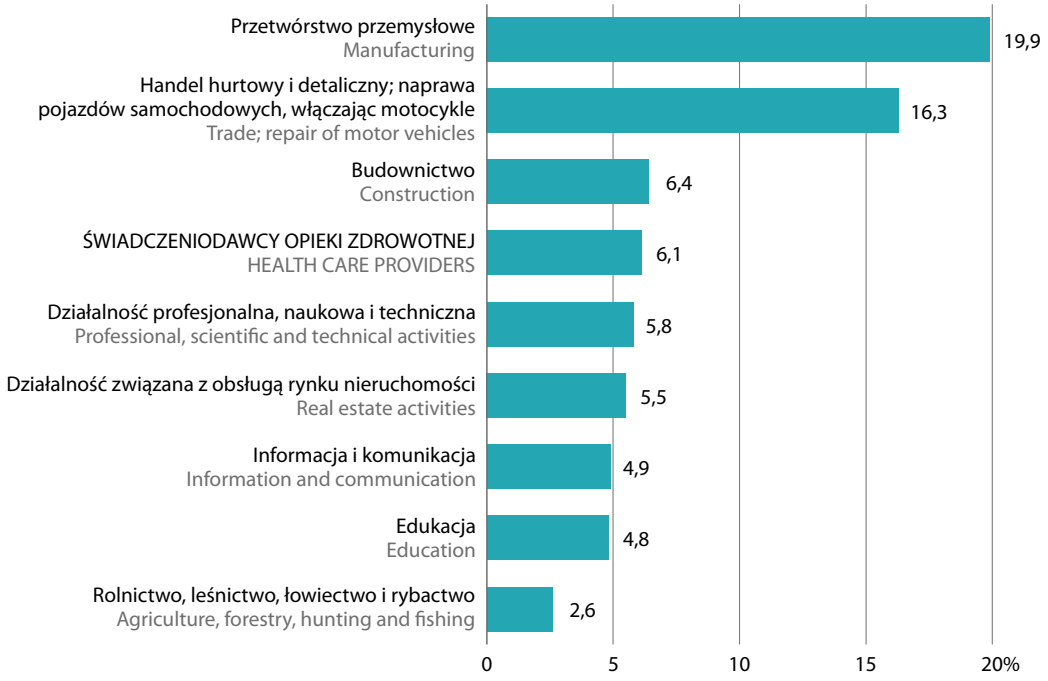
Chart 3.9. The share of health care providers in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2021



W 2021 r. świadczeniodawcy opieki zdrowotnej HP wygenerowali 6,1% wartości dodanej brutto dla gospodarki narodowej. Porównując z wybranymi sekcjami PKD, to największy wkład w tworzenie tej kategorii makroekonomicznej miało przetwórstwo przemysłowe (19,9%).

Wykres 3.10. Wkład świadczeniodawców opieki zdrowotnej w wartość dodaną brutto dla gospodarki narodowej na tle wybranych sekcji PKD w 2021 r.

Chart 3.10. Contribution of health care providers to the value added gross for the national economy against the background of selected PKD sections in 2021



Szacunki satelitarnego rachunku zdrowia dostarczają również informacji dotyczących podaży i wykorzystania dóbr i usług z zakresu opieki zdrowotnej, stanowiących funkcje ochrony zdrowia HC.

W 2021 r. produkcja globalna dóbr i usług w ochronie zdrowia HC osiągnęła wartość 245 457,3 mln zł, o 28,5% więcej niż w roku poprzednim. Spożycie ogółem wyniosło 171 449,6 mln zł, z czego 72,4% dotyczyło instytucji rządowych i samorządowych. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wartość spożycia wyniosła 4 513 zł (w 2020 r. 4 020 zł). Odnotowano dodatnie saldo w handlu zagranicznym na poziomie 89,7 mln zł.

Tablica 3.6. Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia w 2021 r.
Table 3.6. Supply and use of health care goods and services in 2021

TRANSAKCJE TRANSACTIONS	2021 w mln zł, ceny bieżące in millions PLN, current prices
Produkcja globalna Gross output	245 457,3
w tym produkcja globalna HP of which gross output by HP	220 342,1
Import Imports	1 051,1
Spożycie Final consumption expenditure	171 449,6
w gospodarstwach domowych by households	44 990,2
w instytucjach niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych by non-profit institutions serving households	2 262,7
w instytucjach rządowych i samorządowych by general government	124 196,7
Eksport Exports	1 140,9

Informację uzupełniającą o sektorze ochrony zdrowia stanowią dane o nakładach inwestycyjnych. W 2021 r. wartość nakładów inwestycyjnych poniesionych przez głównych świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 8 741,1 mln zł (o 1,7% mniej niż w 2020 r.). 53,7% ich wartości stanowiły nakłady na maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, 39,5% na budynki i budowle, a 6,7% 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 obiektów i innych środków trwałych przeznaczonych dla potrzeb ochrony zdrowia w 2021 r. wyniosły 9 307,3 mln zł (spadek o 1,7% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Tablica 3.7. Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia w 2021 r.
Table 3.7. Investments outlays in health care in 2021

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2021 w mln zł, ceny bieżące in millions PLN, current prices
Nakłady głównych świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP.1-HP.5 Investments outlays of primary health care providers	8 741,1
w tym na: of which:	
budynki i budowle buildings and structures	3 449,6
maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia machinery, technical equipment and tools	4 695,5
środki transportu transport equipment	589,9
Nakłady na ochronę zdrowia (według kierunku inwestowania) Investments outlays in health care (by the direction of investments)	9 307,3

4. Wybrane zagadnienia
4. Selected issues

4.1. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
4.1. Measurement of access to public hospital services and outpatient care

W niniejszym rozdziale omówiono zagadnienia związane z dostępem do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, realizowanych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria). Analizę przeprowadzono w ujęciu powiatowym (NUTS 4), z uwzględnieniem zarówno miejsca udzielenia świadczenia, jak i miejsca zamieszkania pacjenta, a także zjawiska migracji pacjentów pomiędzy powiatami.

Rozdział obejmuje również analizę korzystania z AOS oraz świadczeń szpitalnych na oddziałach I poziomu referencyjnego przez obywateli innych państw, w tym obywateli Ukrainy przebywających w Polsce.

System publicznej opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonuje w warunkach trwałego niedoboru zasobów. Przyczyniają się do tego ograniczone środki publiczne, rosnąca świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wzrost kosztów świadczeń medycznych, mimo systematycznego zwiększania nakładów finansowych. W odpowiedzi na te wyzwania władze publiczne poszukują coraz bardziej precyzyjnych metod diagnozy i oceny potrzeb zdrowotnych, tak aby ograniczone zasoby kierować w obszary o największych deficytach i tam, gdzie możliwe jest osiągnięcie największych efektów zdrowotnych.

Od 2015 r. Ministerstwo Zdrowia opracowuje tzw. regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych[113], obejmujące m.in. analizę demograficzną, ocenę stanu i wykorzystania zasobów oraz prognozę potrzeb zdrowotnych. Podobne działania prowadzą również jednostki samorządu terytorialnego (JST), które monitorują stan zdrowia mieszkańców oraz potrzeby zdrowotne na poziomie gmin, powiatów i województw.

Większość stosowanych obecnie wskaźników nie uwzględnia jednak zjawiska migracji pacjentów, co ogranicza precyzję oceny rzeczywistego dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Przykładem są wskaźniki takie jak liczba podmiotów AOS (przychodni i praktyk lekarskich) lub liczba porad AOS na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wskaźniki te często stanowią podstawę oceny stopnia zabezpieczenia dostępu do świadczeń, jednak nie odzwierciedlają w pełni faktycznych zachowań pacjentów. W praktyce decyzje o wyborze szpitala lub przychodni specjalistycznej podejmowane są w oparciu o wiele czynników – takich jak jakość opieki, dostępność terminów czy rekomendacje – a nie tylko odległość od miejsca zamieszkania.

Ocena dostępności do wybranych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)

W roku 2024 najwyższą liczbę świadczeń na 1 tysiąc mieszkańców (ponad 150), niezależnie od miejsca ich udzielenia, odnotowano w 63 powiatach. Najwyższe wartości wskaźnika zaobserwowano w powiatach: sejneńskim (229,4) oraz bieszczadzkim (226,7). Najniższe wartości (poniżej 100) wystąpiły w 70 powiatach, przy czym najniższy wskaźnik zanotowano w powiatach: wrocławskim (72,4), Szczecin (74,0) oraz polickim (74,4).

W porównaniu z rokiem 2023, we wszystkich powiatach odnotowano wzrost wskaźnika liczby świadczeń szpitalnych na 1 tysiąc mieszkańców, niezależnie od miejsca ich udzielenia. Największy przyrost wskaźnika (ponad 60 jednostek) wystąpił w 65 powiatach, spośród których najwyższy wzrost zaobserwowano w powiatach: opatowskim (79,2), łosickim (79,2) oraz bieszczadzkim (78,5). Najmniejszy wzrost (do 30) dotyczył 44 powiatów, w tym: szczycieńskim (12,1), Włocławek (13,3), włocławskim (13,4) i raciborskim (13,5).

113 https://basiw.mz.gov.pl.

Zaobserwowano wyraźną prawidłowość: powiaty, w których w roku 2024 występował najniższy wskaźnik liczby osób korzystających ze świadczeń szpitalnych na terenie miejsca zamieszkania, to równocześnie jednostki o najwyższym poziomie migracji pacjentów do innych powiatów w celu uzyskania świadczenia szpitalnego. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim powiatów ziemskich otaczających miasta na prawach powiatu oraz powiatów zlokalizowanych w ich bezpośrednim sąsiedztwie.

W 26 powiatach, w tym w 18 miastach na prawach powiatu, mniej niż 25% pacjentów korzystało ze świadczeń udzielonych poza powiatem zamieszkania. Z kolei w 39 powiatach ziemskich mieszkańcy w ponad 90% przypadków otrzymywali świadczenia szpitalne na terenie innych powiatów lub miast na prawach powiatu.

Brak placówek udzielających ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w danym powiecie nie oznacza, że jego mieszkańcy są pozbawieni dostępu do opieki zdrowotnej. W takich sytuacjach pacjenci najczęściej korzystają z usług w powiatach sąsiednich, gdzie takie placówki funkcjonują. Charakterystycznym przykładem są tzw. „obwarzanki" – pary powiatów ziemskich i otaczających je miast na prawach powiatu, w których usługi medyczne świadczone są głównie w mieście, również dla mieszkańców powiatu ziemskiego.

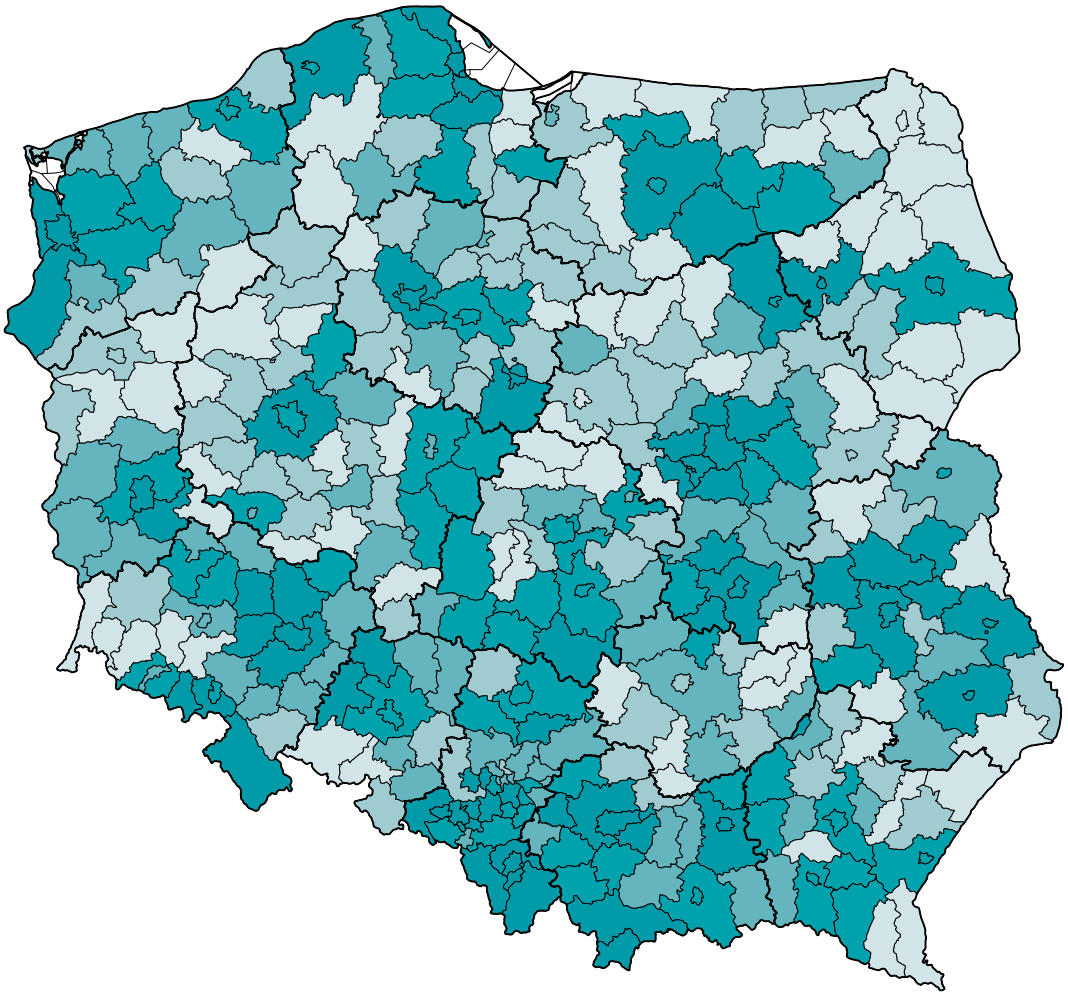
W porównaniu do roku 2023, w 25 powiatach odnotowano wzrost (o 10 p. proc. lub więcej) odsetka mieszkańców korzystających ze świadczeń zdrowotnych poza powiatem zamieszkania. Największy wzrost tego zjawiska zaobserwowano w powiatach: milickim (o 28,3 p. proc) i sztumskim (21,8 p. proc.). Z kolei spadek (o 5 p. proc. lub więcej) odnotowano w 18 powiatach, w tym najwyższy w powiatach: kolbuszowskim (o 9,5 p. proc.) i kluczborskim (o 8,8 p. proc.).

Mieszkańcy powiatów ziemskich położonych wokół miast na prawach powiatu należą do grupy najbardziej skłonnej do migracji w celu skorzystania ze świadczeń AOS. Jest to zjawisko naturalne, ponieważ miasta na prawach powiatu pełnią rolę regionalnych centrów usług publicznych, w tym medycznych, dla otaczających je obszarów.

Z danych NFZ wynika, że wszyscy mieszkańcy powiatów skierniewickiego oraz łomżyńskiego (100%) uzyskali świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. W powiatach: siedleckim, suwalskim, chełmskim, przemyskim, piotrkowskim, leszczyńskim, ostrołęckim i koszalińskim, oraz konińskim odsetek ten przekraczał 95%. Najniższy odsetek (poniżej 10%) mieszkańców korzystających ze świadczeń poza powiatem zamieszkania odnotowano w 14 miastach na prawach powiatu. Najmniejsze wartości wystąpiły w miastach: Białystok (3,9%), Łódź (5,1%) i Bydgoszcz (5,2%).

Mapa 4.1. Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w 2024 r.

Map 4.1. Number of poviat residents who benefited from hospital services in wards typical of the first reference level, regardless of the place where the service was provided, per 1,000 population in 2024

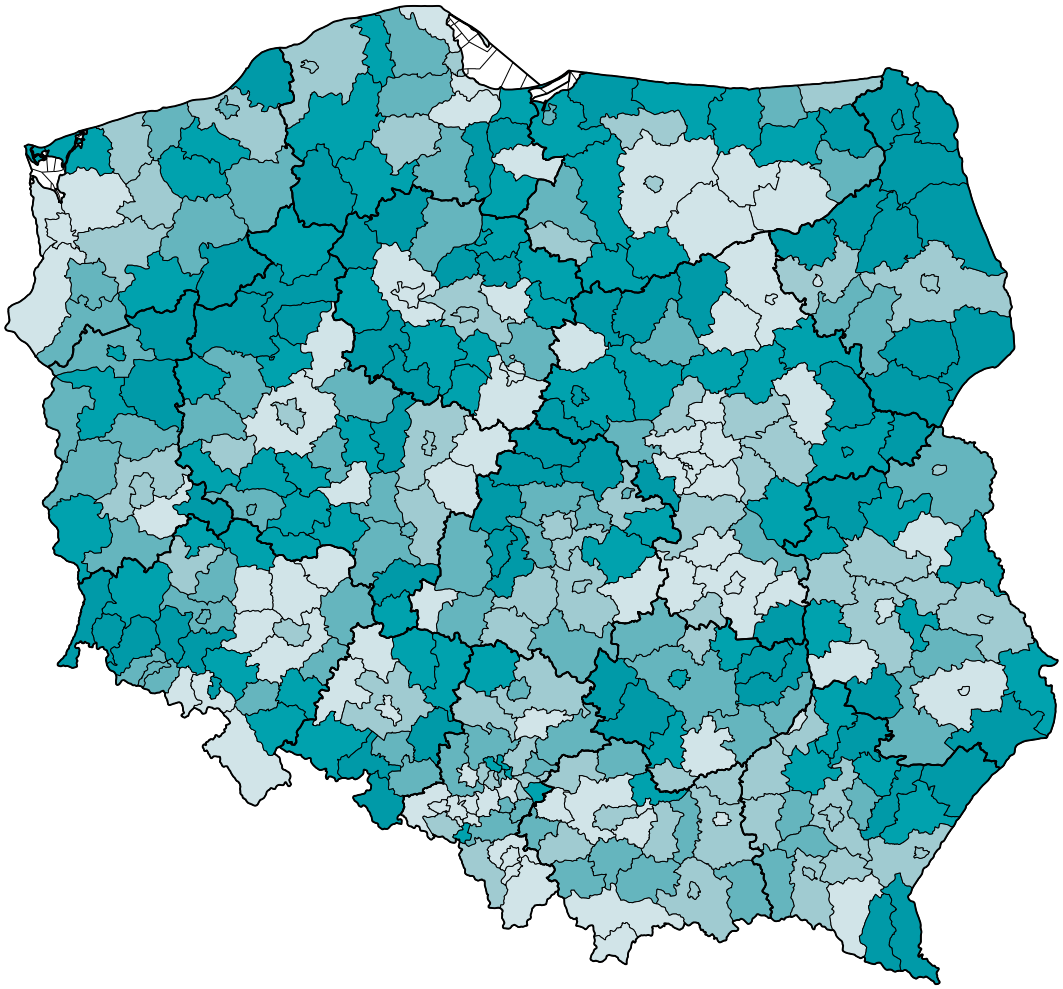


Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności
Number of poviat residents who used hospital services, regardless of the place where the service was provided, per 1,000 population

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Mapa 4.2. Różnica między 2024 r. a 2023 r. w liczbie mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, w przeliczeniu na 1 tys. ludności, niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia

Map 4.2. Difference between 2024 and 2023 in the number of poviat residents per 1,000 population who used hospital services in wards typical of the first reference level, regardless of the place where the service was provided



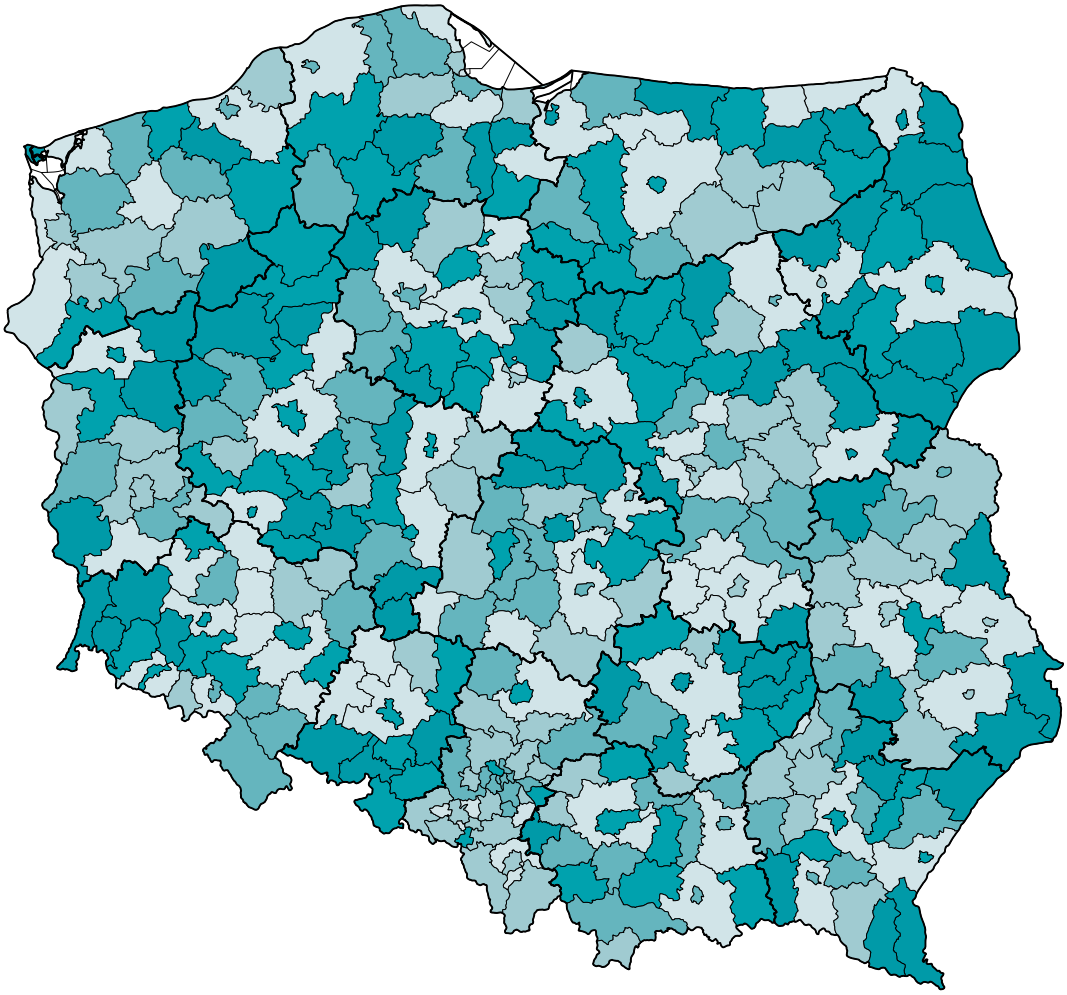
59,4–106,9 (68)
52,0– 59,4 (78)
44,9– 51,6 (78)
36,7– 44,8 (78)
12,1– 36,5 (78)

Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2024 ze świadczeń szpitalnych bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2023
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 2023

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Mapa 4.3. Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, udzielonych na terenie powiatu właściwego dla miejsca zamieszkania, w przeliczeniu na 1 tys. ludności w 2024 r.

Map 4.3. Number of poviat residents who used hospital services in wards typical of the first reference level, provided within the poviat corresponding to their place of residence, per 1,000 population in 2024



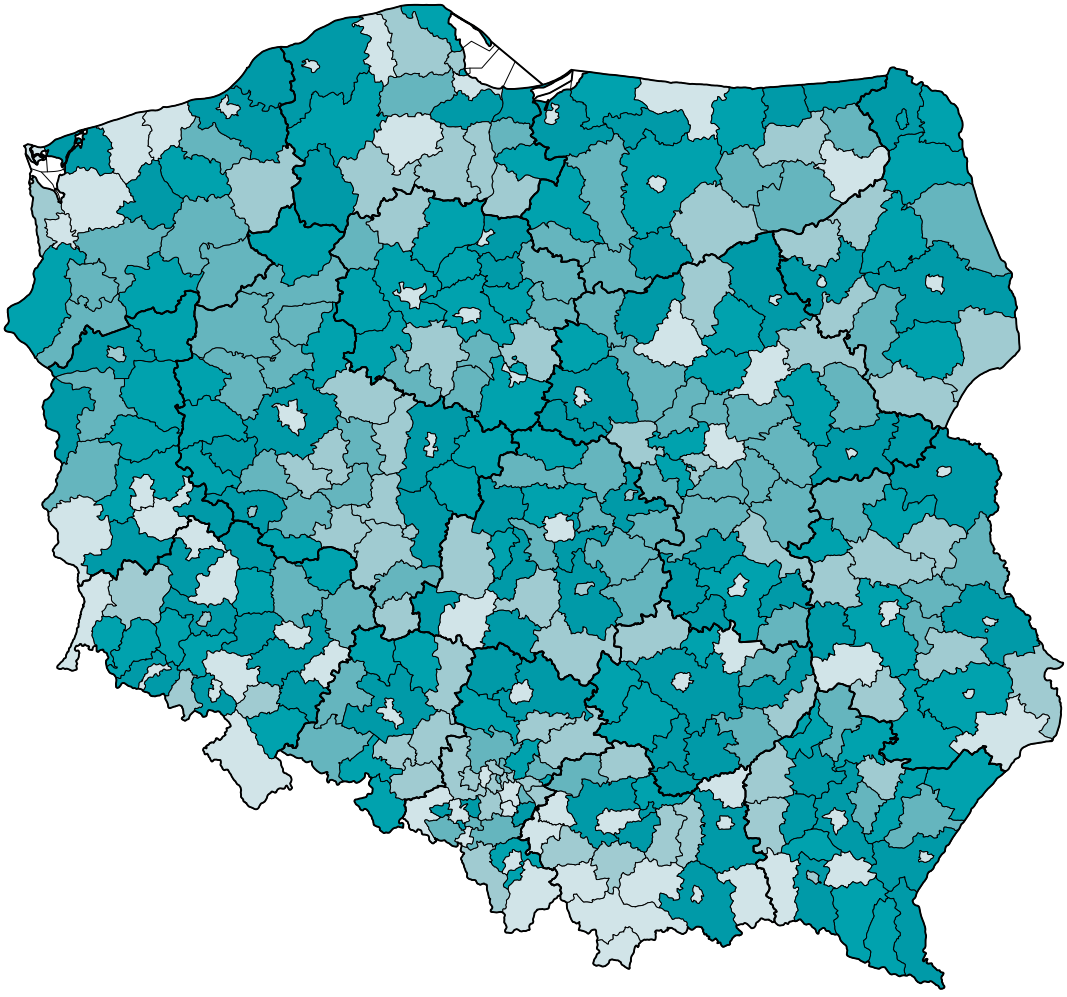
90,4–165,1(76)
78,7– 90,3 (76)
63,2– 78,6 (76)
36,5– 63,2 (76)
0,0– 36,4 (76)

Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych udzielonych na terenie powiatu właściwego dla miejsca zamieszkania, w przeliczeniu na 1 tys. ludności
Number of poviat residents who used hospital services provided within the poviat corresponding to their place of residence, per 1,000 population

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Mapa 4.4. Liczba mieszkańców powiatu, którzy w 2024 r. skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, udzielonych na terenie innego powiatu niż powiat właściwy dla ich miejsca zamieszkania, w przeliczeniu na 1 tys. ludności

Map 4.4. Number of poviat residents who, in 2024, used hospital services in wards typical of the first reference level, provided in a poviat other than the one corresponding to their place of residence, per 1,000 population



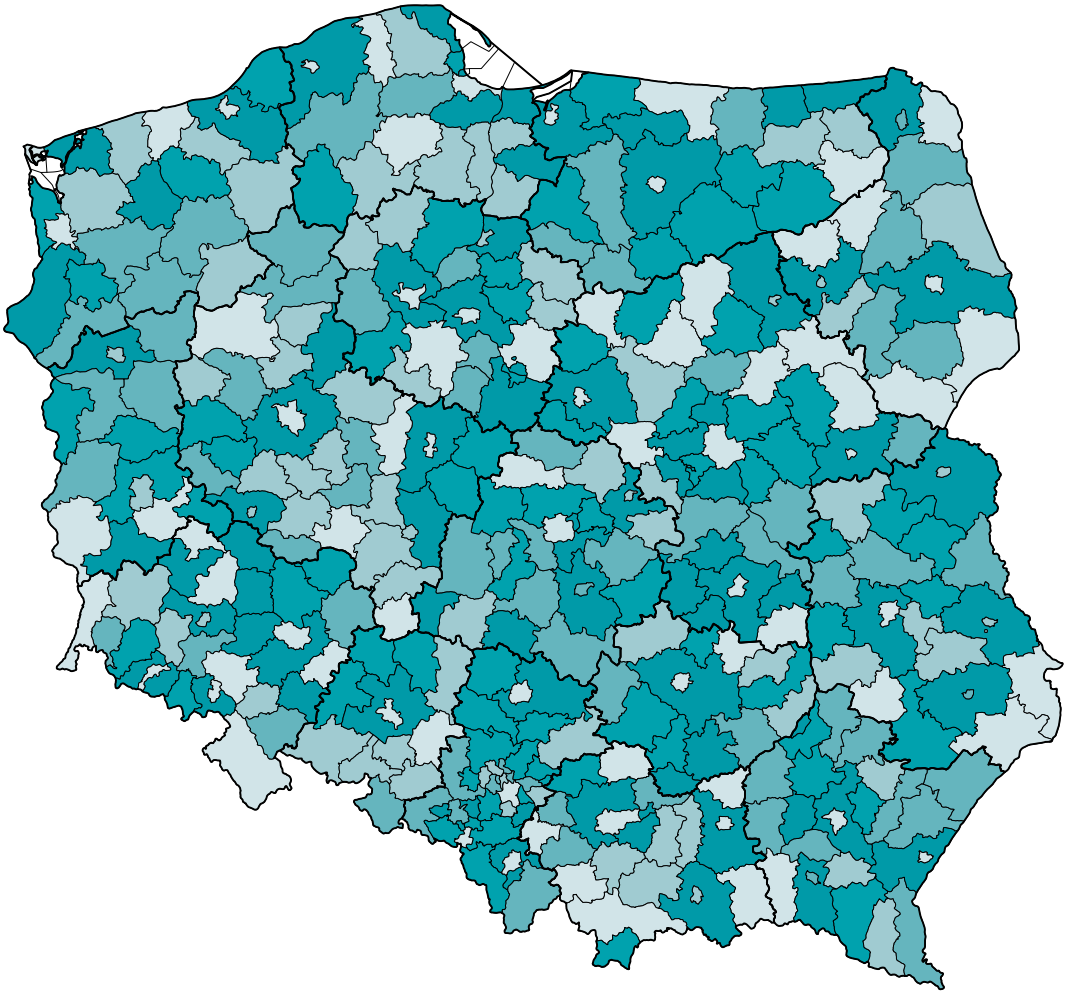
79,0–158,3 (76)
61,4– 78,9 (76)
50,9– 61,3 (76)
39,8– 50,9 (76)
11,4– 39,8 (76)

Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych udzielonych na terenie innego powiatu niż powiat właściwy dla ich miejsca zamieszkania, w przeliczeniu na 1 tys. ludności
Number of poviat residents who used hospital services provided in a poviat other than the one corresponding to their place of residence, per 1,000 population

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Mapa 4.5. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy w 2024 r. skorzystali ze świadczeń szpitalnych w oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego

Map 4.5. Percentage of patients – residents of a given poviat – who received hospital services in wards typical of the first reference level in poviats other than the one corresponding to their place of residence, in the total number of patients – residents of that poviat – who used hospital services in wards typical of the first reference level in 2024



%

66,5–100,0 (76)

46,3– 66,4 (76)

38,8– 46,2 (76)

32,2– 38,7 (76)

11,9– 32,1 (76)

Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla ich miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców tego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych

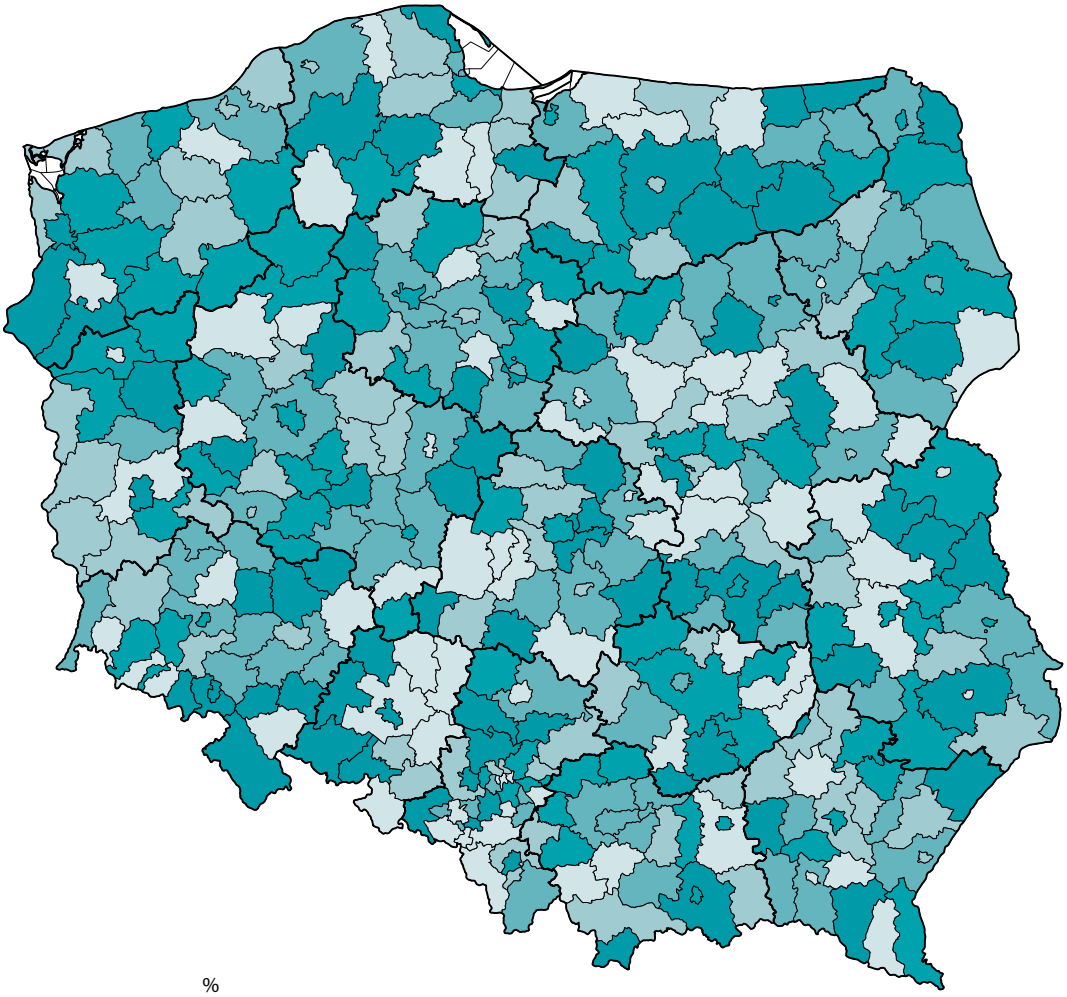
Percentage of patients – residents of a given poviat – who received hospital services in poviats other than the one corresponding to their place of residence, in the total number of patients – residents of that poviat – who used hospital services

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Source: National Health Fund

Mapa 4.6. Różnica między 2024 r. a 2023 r. w odsetku pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla ich miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców tego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego

Map 4.6. Difference between 2024 and 2023 in the percentage of patients – residents of a given poviat – who received hospital services in wards typical of the first reference level in poviats other than the one corresponding to their place of residence, in the total number of patients – residents of that poviat – who used hospital services in wards typical of the first reference level

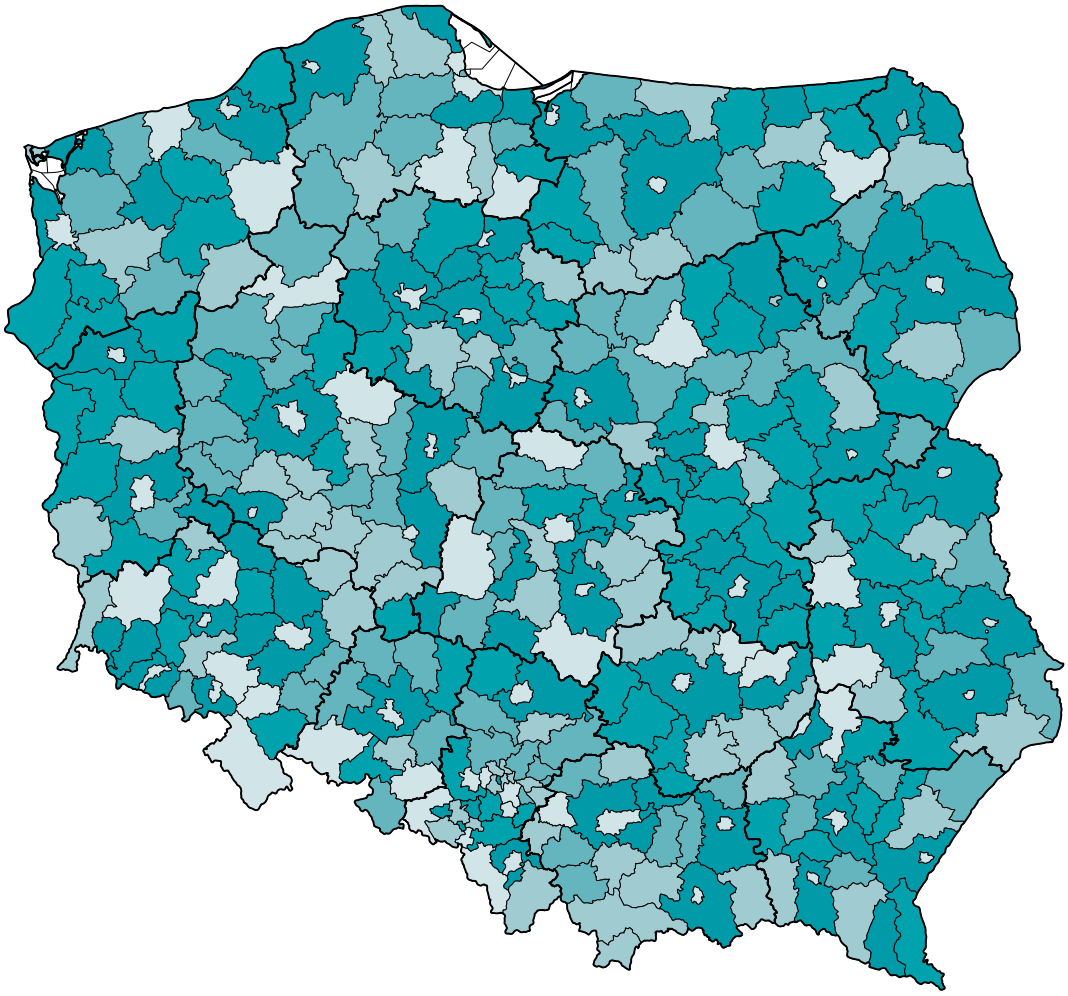


Różnica między 2024 r. a 2023 r. w odsetku pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla ich miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców tego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych
Difference between 2024 and 2023 in the percentage of patients – residents of a given poviat – who received hospital services in poviats other than the one corresponding to their place of residence, in the total number of patients – residents of that poviat – who used hospital services

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Mapa 4.7. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy w 2024 r. korzystali z ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej poza powiatem właściwym dla ich miejsca zamieszkania

Map 4.7. Percentage of patients – residents of a given poviat – who in 2024 used outpatient specialist health care services outside the poviat corresponding to their place of residence



60,8–100,0(76)
50,4– 60,7(76)
41,1– 50,4 (76)
31,2– 41,0 (76)
3,9– 31,1 (76)

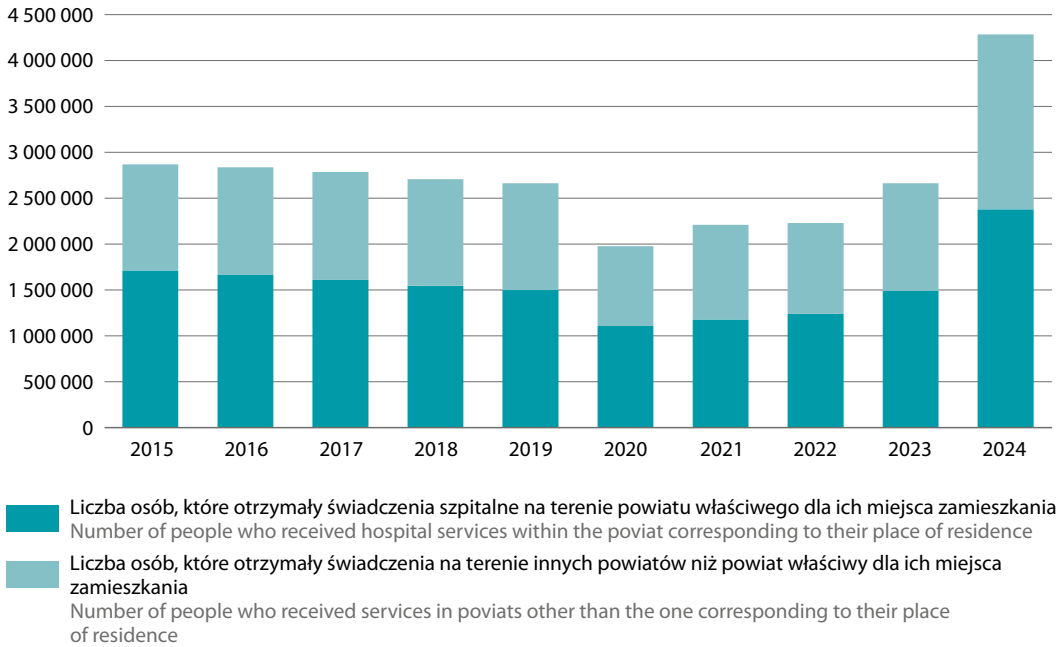
Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy w 2024 r. korzystali z ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej poza powiatem właściwym dla ich miejsca zamieszkania
Percentage of patients – residents of a given poviat – who in 2024 used outpatient specialist health care services outside the poviat corresponding to their place of residence

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Z poniższego wykresu wynika, że do roku 2019 następował systematyczny spadek skłonności pacjentów do korzystania ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu swojego miejsca zamieszkania. Jednocześnie utrzymywała się stabilna tendencja do korzystania z takich świadczeń w innych powiatach. Wyraźniejszy spadek skłonności do korzystania ze świadczeń szpitalnych odnotowano w pierwszym roku epidemii COVID-19 (w 2020 r.). W roku 2024, w porównaniu z rokiem 2023 (podobnie jak w roku 2023 względem roku 2022), zaobserwowano ponowny wzrost liczby pacjentów korzystających z tego typu świadczeń na terenie własnego powiatu zamieszkania – o 60,0%.

Wykres 4.1. Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, na terenie powiatu właściwego dla miejsca zamieszkania oraz na terenie innych powiatów niż powiat właściwy dla miejsca zamieszkania

Chart 4.1. Number of patients who used hospital services in wards typical of the first reference level in the poviat corresponding to their place of residence and in poviats other than the one corresponding to their place of residence



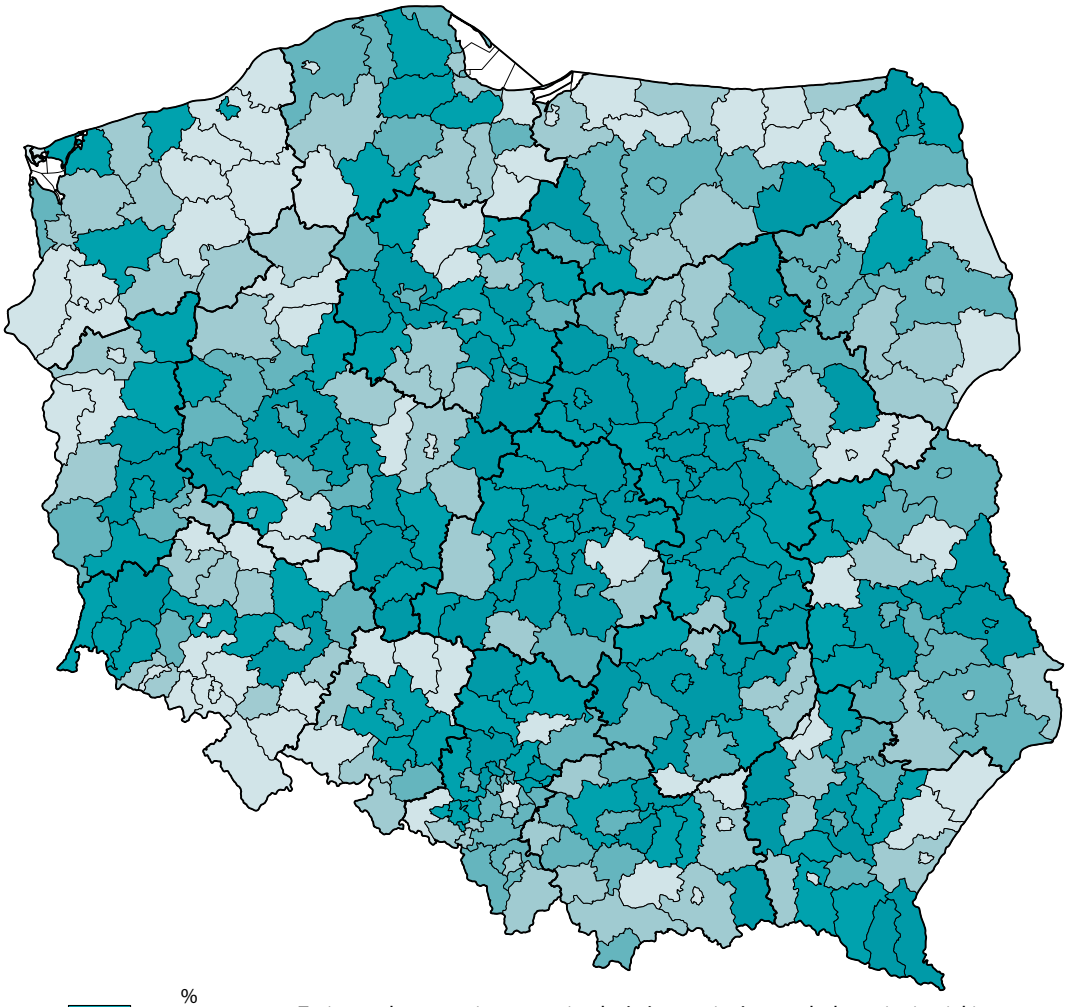
Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

W roku 2024, podobnie jak w roku poprzednim, w większości powiatów odnotowano wzrost liczby mieszkańców korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), niezależnie od miejsca ich udzielenia. Znaczący wzrost w roku 2024 w porównaniu z rokiem wcześniejszym (o 7,5 p. proc. lub więcej) zaobserwowano w 42 powiatach. Największy przyrost odnotowano w powiatach: kępińskim (14,5 p. proc), piaseczyńskim (11,9 p. proc) oraz grójeckim (11,5 p. proc).

Niewielki wzrost (poniżej 2,5 p. proc.) wystąpił w 36 powiatach, natomiast brak wzrostu lub nieznaczny spadek liczby osób korzystających ze świadczeń AOS zaobserwowano w 12 powiatach. W tej grupie największy spadek wystąpił w powiatach: sztumskim (o 3,7 p. proc.), kętrzyńskim (o 1,1 p. proc.) oraz grajewskim (o 0,8 p. proc.).

Mapa 4.8. Zmiana w korzystaniu przez mieszkańców powiatów z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia, w 2024 r. w porównaniu z 2023 r.

Map 4.8. Change in the use of outpatient specialist care by poviat residents, regardless of the place where the service was provided, in 2024 compared with 2023



Zmiana w korzystaniu przez mieszkańców powiatów z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, niezależnie od miejsca udzielenia świadczenia, w 2024 r. w porównaniu z 2023 r.
Change in the use of outpatient specialist care by poviat residents, regardless of the place where the service was provided, in 2024 compared with 2023

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Korzystanie ze świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez obywateli innych krajów

W ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej świadczenia otrzymują również obywatele innych państw. W roku 2024 stanowili oni 1,5% ogólnej liczby pacjentów korzystających ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatów. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odsetek ten wyniósł nieco poniżej 1% (0,8%).

Najwięcej obywateli innych krajów leczyło się w miastach na prawach powiatu. Wśród nich najwyższy odsetek odnotowano w: Warszawie (8 393), Krakowie (3 621) oraz Wrocławiu (3 112). Podobny układ zaobserwowano w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, gdzie największa liczba pacjentów zagranicznych korzystała z usług w: Warszawie (45 834), Krakowie (17 686) oraz Wrocławiu (13 665).

Wśród cudzoziemców najliczniejszą grupę stanowili obywatele Ukrainy. Zjawisko to jest bezpośrednim następstwem pełnoskalowej wojny rozpoczętej 24 lutego 2022 r. w wyniku rosyjskiej agresji na Ukrainę, która doprowadziła do masowego napływu uchodźców do Polski. Obywatele Ukrainy zostali objęci opieką zdrowotną na zasadach obowiązujących obywateli polskich. Na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego stanowili oni 65% wszystkich pacjentów będących obywatelami innych krajów, natomiast w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 66%.

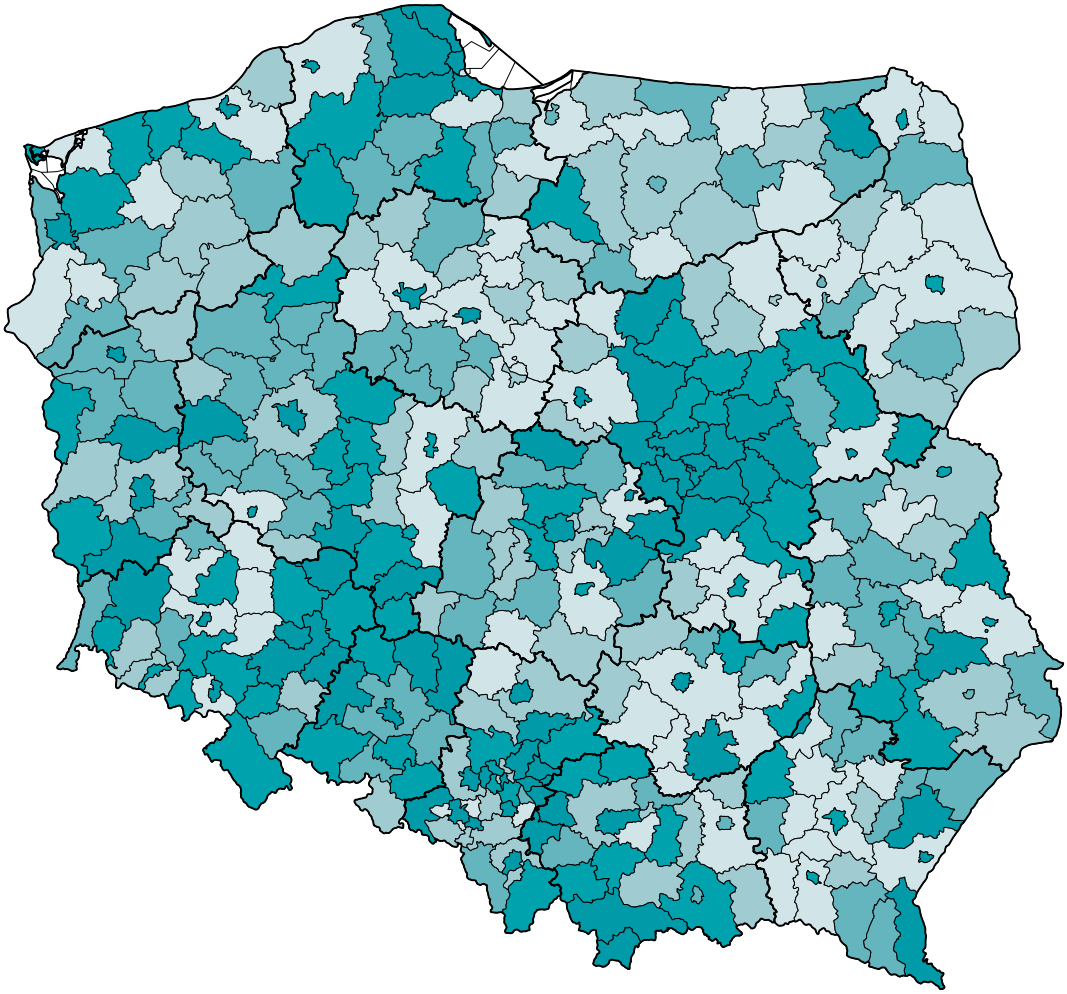
W roku 2024 ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego skorzystało 40 795 obywateli Ukrainy, co oznacza wzrost o 25% w porównaniu z rokiem poprzednim. W 23 powiatach obywatele Ukrainy stanowili więcej niż 1,5% wszystkich pacjentów. Najwyższe odsetki odnotowano w powiatach: piaseczyńskim (2,7%), krasnostawskim (2,5%) oraz grodziskim (2,4%). Największą liczbę pacjentów z Ukrainy zarejestrowano w: Warszawie (4 068), Krakowie (2 072) oraz Wrocławiu (1 868).

Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce skorzystało 186 962 obywateli Ukrainy, czyli o 3,6% mniej niż rok wcześniej. W 5 powiatach odsetek pacjentów z Ukrainy przekraczał 1% ogólnej liczby pacjentów. Najwyższe wartości wskaźnika zaobserwowano w powiatach: wrocławskim (1,6%), warszawskim zachodnim (1,4%) oraz przemyskim (1,3%). Najwięcej obywateli Ukrainy leczyło się w: Warszawie (25 139), Krakowie (12 026) oraz Łodzi (8 475).

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej w roku 2024 świadczenia uzyskało 256 182 obywateli Ukrainy, co oznacza spadek o 12,5% w porównaniu z rokiem poprzednim. W 48 powiatach udział pacjentów będących obywatelami Ukrainy przekraczał 1% wszystkich pacjentów. Najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w powiatach: Poznań (2,5%) i Opole (2,4%), a największa liczba obywateli Ukrainy korzystała ze świadczeń w: Warszawie (25 690), Krakowie (12 881) oraz Poznaniu (11 836).

Mapa 4.9. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy w 2024 r. korzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego, w stosunku do ogólnej liczby pacjentów hospitalizowanych na takich oddziałach na terenie danego powiatu

Map 4.9. Percentage of patients – Ukrainian citizens – who in 2024 used hospital services in wards typical of the first reference level, in relation to the total number of patients hospitalized in such wards in a given poviat



Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych, w ogólnej liczbie pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie danego powiatu

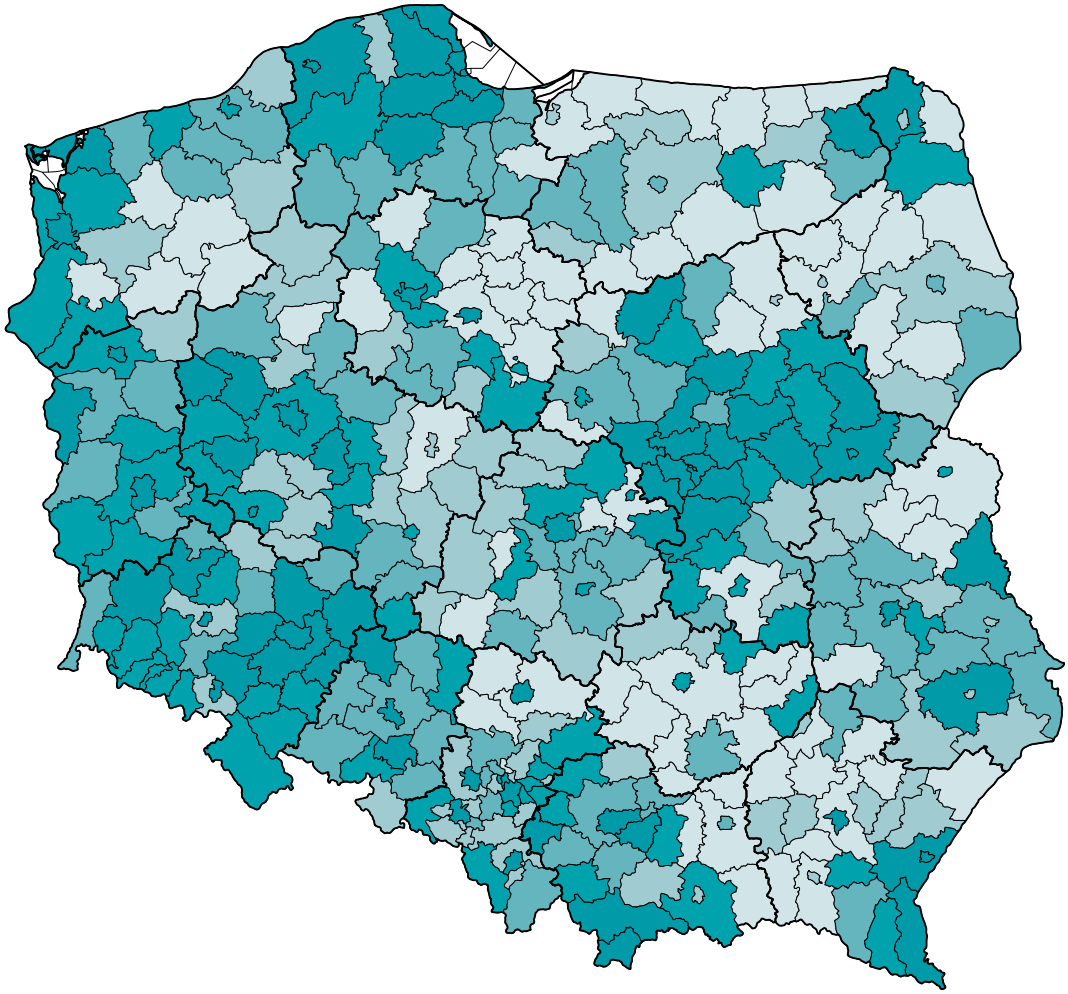
Percentage of patients who are Ukrainian citizens among all patients who used hospital services in a given poviat

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

Source: National Health Fund

Mapa 4.10. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy w 2024 r. uzyskali świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie danego powiatu, w ogólnej liczbie pacjentów objętych taką opieką na terenie tego powiatu

Map 4.10. Percentage of patients who are Ukrainian citizens and who in 2024 received outpatient specialist care services in a given poviat, in the total number of patients covered by such care in that poviat



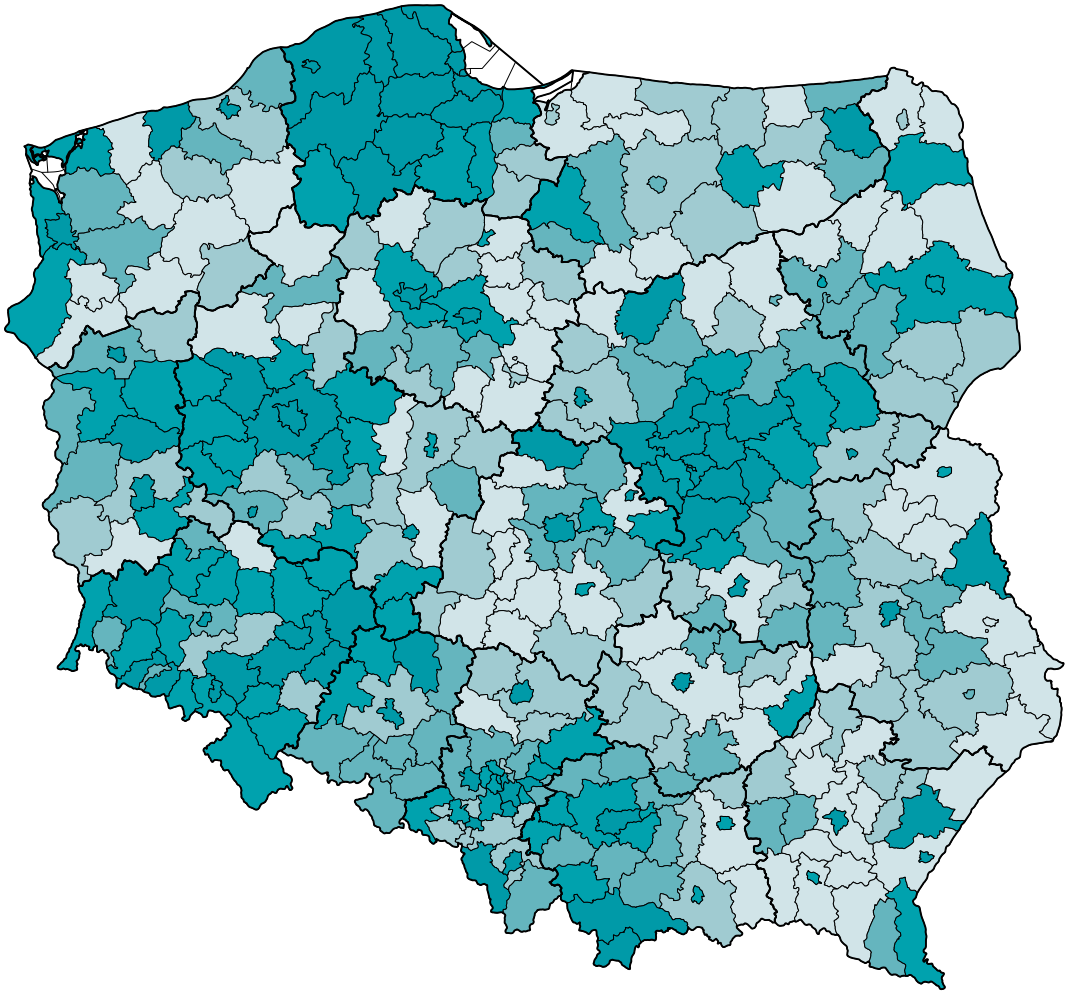
0,5–1,6 (76)
0,4–0,5 (76)
0,3–0,4 (76)
0,2–0,3 (76)
0,0–0,2 (76)

Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, objętych ambulatoryjną specjalistyczną opieką zdrowotną, w ogólnej liczbie pacjentów, którzy skorzystali z ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej na terenie danego powiatu
Percentage of patients who are Ukrainian citizens and who were covered by outpatient specialist health care in the total number of patients who used outpatient specialist health care in a given poviat

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

Mapa 4.11. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy w 2024 r. skorzystali z podstawowej opieki zdrowotnej, w ogólnej liczbie pacjentów objętych podstawową opieką zdrowotną na terenie danego powiatu

Map 4.11. Percentage of patients who are Ukrainian citizens and who in 2024 used primary health care, in the total number of patients covered by primary health care in a given poviat



0,8–2,5 (76)
0,5–0,8 (76)
0,4–0,5 (76)
0,2–0,4 (76)
0,0–0,2 (76)

Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, objętych podstawową opieką zdrowotną, w ogólnej liczbie pacjentów, którzy skorzystali z podstawowej opieki zdrowotnej na terenie danego powiatu
Percentage of patients who are Ukrainian citizens and who were covered by outpatient specialist health care, in the total number of patients who used outpatient primary health care in a given poviat

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia
Source: National Health Fund

4.2. Zasoby kadrowe w ochronie zdrowia krajów OECD: lekarze i pielęgniarki
4.2. Healthcare workforce in OECD countries: doctors and nurses

Pracownicy służby zdrowia odgrywają kluczową rolę w świadczeniu usług medycznych oraz w poprawie wyników zdrowotnych populacji. Zarówno popyt, jak i podaż na zasoby kadry medycznej wzrastały stopniowo we wszystkich krajach OECD. Przewiduje się, że starzenie się społeczeństw oraz postęp technologiczny będą w dalszym ciągu zwiększać zapotrzebowanie na pracowników służby zdrowia w nadchodzących latach i dekadach.

W tej części publikacji dokonano przeglądu głównych trendów dotyczących liczby lekarzy i pielęgniarek w krajach OECD[114], podkreślając ich istotną rolę w zapewnianiu dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Lekarze[115]
Doctors

Rosnąca liczba lekarzy w krajach OECD wynika z kilku czynników. Przede wszystkim zwiększono liczbę studentów przyjmowanych i kończących krajowe programy kształcenia medycznego. Wiele krajów OECD podjęło te działania już wiele lat temu, w odpowiedzi na długotrwałe obawy dotyczące niedoboru lekarzy oraz starzenia się kadry medycznej, co sprawia, że liczba studentów medycyny nadal rośnie w większości państw. W niektórych krajach wzrost liczby lekarzy wspiera również imigracja specjalistów wykształconych za granicą. Dodatkowo, w wielu państwach coraz więcej lekarzy decyduje się na kontynuowanie pracy zawodowej poza standardowy wiek emerytalny.

Zapewnienie odpowiedniego dostępu do opieki medycznej wymaga wystarczającej liczby lekarzy oraz ich odpowiedniego rozmieszczenia w całym kraju. Niedobory kadry medycznej mogą prowadzić do nierówności w dostępie do świadczeń oraz niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych.

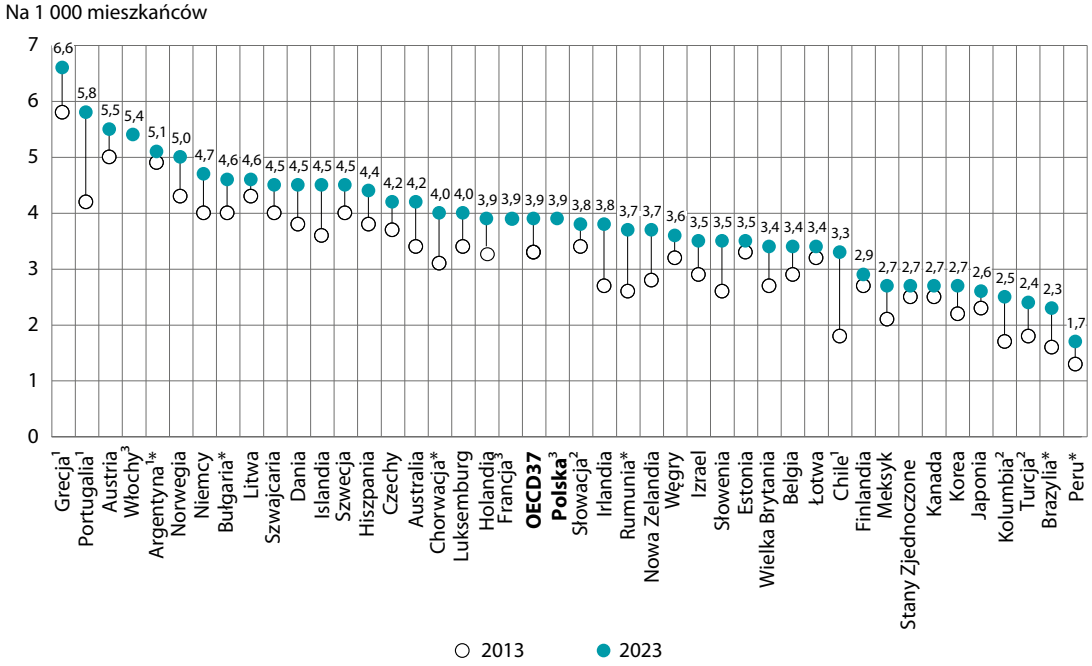
We wszystkich państwach OECD liczba lekarzy wzrosła w ostatniej dekadzie szybciej niż liczba ludności – średnio z 3,3 lekarza na 1 000 mieszkańców w 2013 r. do 3,9 w 2023 r.. Nie oznacza to jednak, że problem niedoboru lekarzy został rozwiązany, zwłaszcza w obliczu rosnącego popytu na opiekę zdrowotną wynikającego m.in. ze starzenia się społeczeństw.

W 2023 r. najwyższą liczbę lekarzy na 1 000 mieszkańców odnotowano w Grecji, Portugalii, Austrii, Włoszech i Norwegii – co najmniej 5 lekarzy. W przypadku Grecji i Portugalii liczby te są nieco zawyżone, ponieważ obejmują wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu, a nie tylko tych aktywnie praktykujących. Najniższy poziom odnotowano w Turcji i Kolumbii – 2,5 lub mniej lekarzy na 1 000 mieszkańców. Wiele krajów pozaeuropejskich, w tym Japonia i Korea oraz Kanada, Meksyk i Stany Zjednoczone, również dysponowało stosunkowo niewielką liczbą lekarzy w porównaniu ze średnią OECD. Wśród państw przystępujących do OECD w 2023 r., w Brazylii i Peru odnotowano najmniej lekarzy w przeliczeniu na mieszkańca. Argentyna wydaje się mieć wyższą niż średnia OECD liczbę lekarzy, jednak dane te są przeszacowane, ponieważ obejmują wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu, a nie tylko tych aktywnie praktykujących.

114 Dla porównań międzynarodowych w OECD dokonywane są szacunki, których wyniki mogą się różnić od opracowanych w innych rozdziałach tej publikacji.

115 Dane dla większości krajów odnoszą się do praktykujących lekarzy, zdefiniowanych jako liczba lekarzy świadczących opiekę bezpośrednio pacjentom. W większości krajów liczba ta obejmuje stażystów. Kolumbia, Słowacja i Turcja obejmują również lekarzy, którzy prowadzą działalność w sektorze opieki zdrowotnej, mimo że mogą nie zapewniać bezpośredniej opieki pacjentom. Chile, Grecja, Portugalia i Argentyna obejmują wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu.

Wykres 4.2. Lekarze praktykujący na 1 000 mieszkańców w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok)
Chart 4.2. Practising doctors per 1 000 population, 2013 and 2023 (or nearest year)



a. Dotyczy wszystkich lekarzy posiadających licencję do wykonywania zawodu.

b. Obejmuje osoby pracujące w sektorze zdrowia na stanowiskach kierowniczych, dydaktycznych, badawczych itp.

c. Dane z 2013 r. nie zostały uwzględnione z powodu przerw w szeregach czasowych. Od 2019 r. dane dla Polski liczone na podstawie źródeł administracyjnych nie są porównywalne z danymi za lata wcześniejsze.

* Kraj przystępujący

a. Refers to all doctors licensed to practise.

b. Includes those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.

c. 2013 data not shown because of breaks in time series. Since 2019 data for Poland calculated on the basis of administrative sources are not comparable with data for previous years.

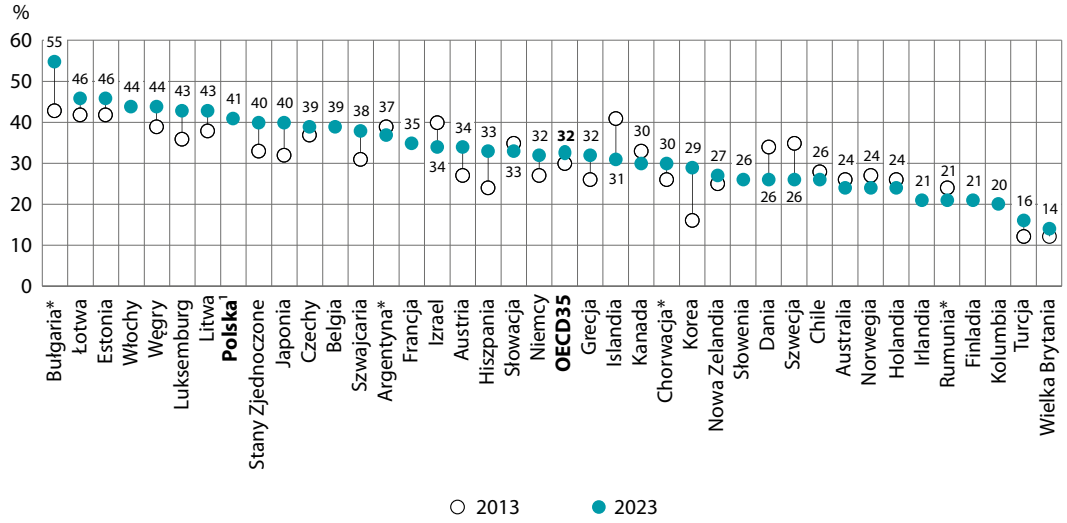
* Accession country

Źródło: OECD Health Statistics 2025

Source: OECD Health Statistics 2025

Starzenie się personelu medycznego staje się coraz poważniejszym wyzwaniem w wielu krajach OECD. W 2023 r. prawie jedna trzecia (32%) lekarzy w państwach OECD miała ponad 55 lat. W dziewięciu krajach OECD odsetek ten wyniósł 40% lub więcej. Szczególnie pilne problemy w tej kwestii obserwuje się w Bułgarii, gdzie ponad połowa lekarzy jest w wieku powyżej 55 lat. Wysoki odsetek starszych lekarzy odnotowano także na Łotwie, w Estonii, we Włoszech i na Węgrzech, gdzie co najmniej 44% lekarzy należy do tej grupy wiekowej.

Wykres 4.3. Odsetek lekarzy w wieku 55 lat i starszych w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok)
Chart 4.3. Share of doctors aged 55 and older, 2013 and 2023 (or nearest year)



a. Od 2019 r. dane dla Polski liczone na podstawie źródeł administracyjnych nie są porównywalne z danymi za lata wcześniejsze.
* Kraj przystępujący.
a. Since 2019, data for Poland calculated on the basis of administrative sources are not comparable with data for previous years.
* Accession country.

Źródło: OECD Health Statistics 2025
Source: OECD Health Statistics 2025

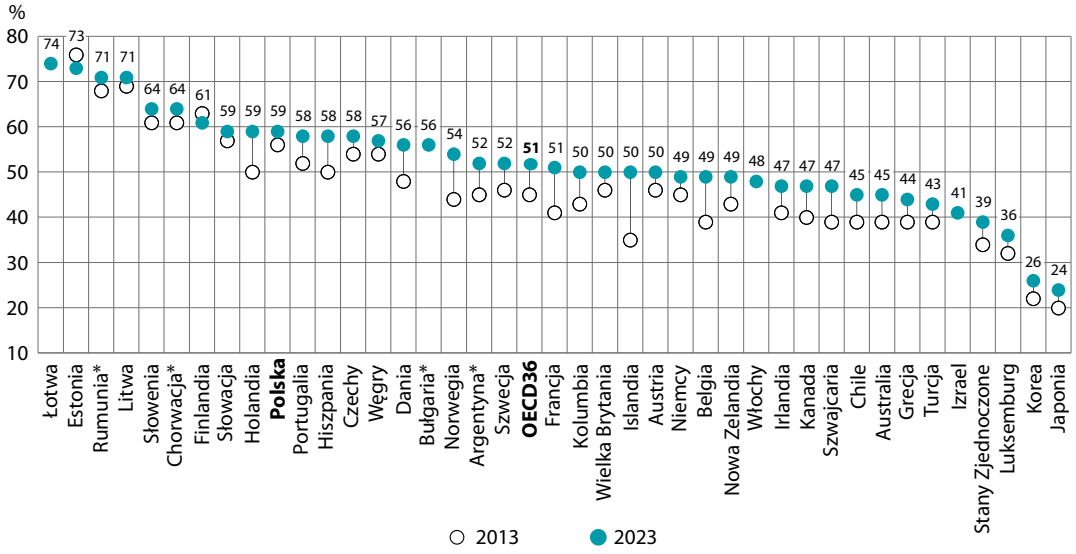
Mimo to w ciągu ostatniej dekady odsetek lekarzy w wieku powyżej 55 lat ustabilizował się w kilku krajach, głównie dzięki napływowi młodych lekarzy, który równoważył stopniowe przechodzenie na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego.

Kraje z dużym odsetkiem starszych lekarzy będą musiały przeszkolić wystarczającą liczbę nowych specjalistów, aby zastąpić osoby przechodzące na emeryturę w nadchodzącej dekadzie. Równocześnie konieczne będzie wdrożenie polityki zachęcającej obecnych lekarzy do kontynuowania pracy po osiągnięciu standardowego wieku emerytalnego. Elastyczne rozwiązania dotyczące przechodzenia na emeryturę mogą odgrywać kluczową rolę w utrzymaniu doświadczonej kadry na rynku pracy przez dłuższy czas.

W praktyce decyzja wielu lekarzy o kontynuowaniu pracy po osiągnięciu standardowego wieku emerytalnego przyczyniła się do złagodzenia niedoborów kadry w wielu krajach OECD. Świadczy o tym rosnący odsetek lekarzy w wieku powyżej 65 lat w państwach takich jak Włochy, Niemcy, Francja i Belgia.

Odsetek lekarzy płci żeńskiej wzrósł w ciągu ostatniej dekady w niemal wszystkich krajach OECD. W 2023 r. po raz pierwszy kobiety stanowiły średnio ponad połowę wszystkich lekarzy w państwach OECD. Wskaźniki te różniły się jednak znacząco między krajami – od ponad 70% w państwach bałtyckich (Łotwa, Estonia, Litwa), do około 25% w Japonii i Korei. Najszybszy wzrost odsetka lekarzy płci żeńskiej w ostatniej dekadzie odnotowano w Islandii, Norwegii, Holandii i Belgii.

Wykres 4.4. Odsetek lekarzy płci żeńskiej w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok)
Chart 4.4. Share of female doctors, 2013 and 2023 (or nearest year)



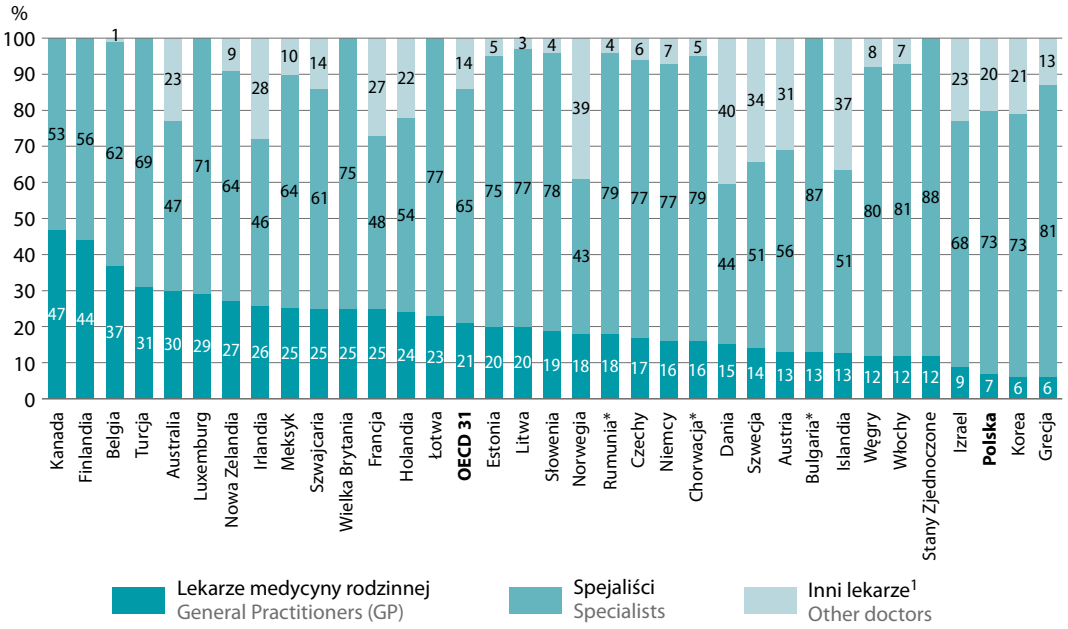
*Kraj przystępujący.
* Accession country

Źródło: OECD Health Statistics 2025
Source: OECD Health Statistics 2025

W 2023 r. lekarze medycyny rodzinnej stanowili średnio około jednej piątej (21%) wszystkich lekarzy w państwach OECD. Odsetek ten wahał się od ponad jednej trzeciej w Kanadzie, Finlandii i Belgii do zaledwie 6% wszystkich lekarzy w Grecji i Korei. Porównywanie liczby lekarzy rodzinnych między krajami jest jednak utrudnione ze względu na różnice w klasyfikacji zawodowej. Na przykład w Stanach Zjednoczonych i Izraelu lekarze medycyny ogólnej często pełnią funkcję podobną do lekarzy rodzinnych w innych krajach, ale są klasyfikowani jako specjaliści.

W odpowiedzi na obawy dotyczące niedoborów lekarzy rodzinnych wiele krajów podjęło działania mające na celu zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych w dziedzinie medycyny ogólnej.

Wykres 4.5. Odsetek różnych kategorii lekarzy[116] w 2023 r. (lub najbliższy rok)
Chart 4.5. Share of different categories of doctors, 2023 (or nearest year)



a. Obejmuje lekarzy niespecjalistów pracujących w szpitalach i niedawnych absolwentów medycyny, którzy nie rozpoczęli jeszcze specjalistycznego szkolenia podyplomowego.
*Kraj przystępujący.

a. Includes non-specialist doctors working in hospitals and recent medical graduates who have not started specialty training.
* Accession country.

Źródło: OECD Health Statistics 2025
Source: OECD Health Statistics 2025

Pielęgniarki[117]
Nurses

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w świadczeniu opieki zdrowotnej i stanowią najliczniejszą grupę pracowników służby zdrowia w większości krajów OECD. Choć większość pielęgniarek pracuje w szpitalach, wiele z nich świadczy również opiekę w placówkach opieki długoterminowej oraz w społecznościach lokalnych.

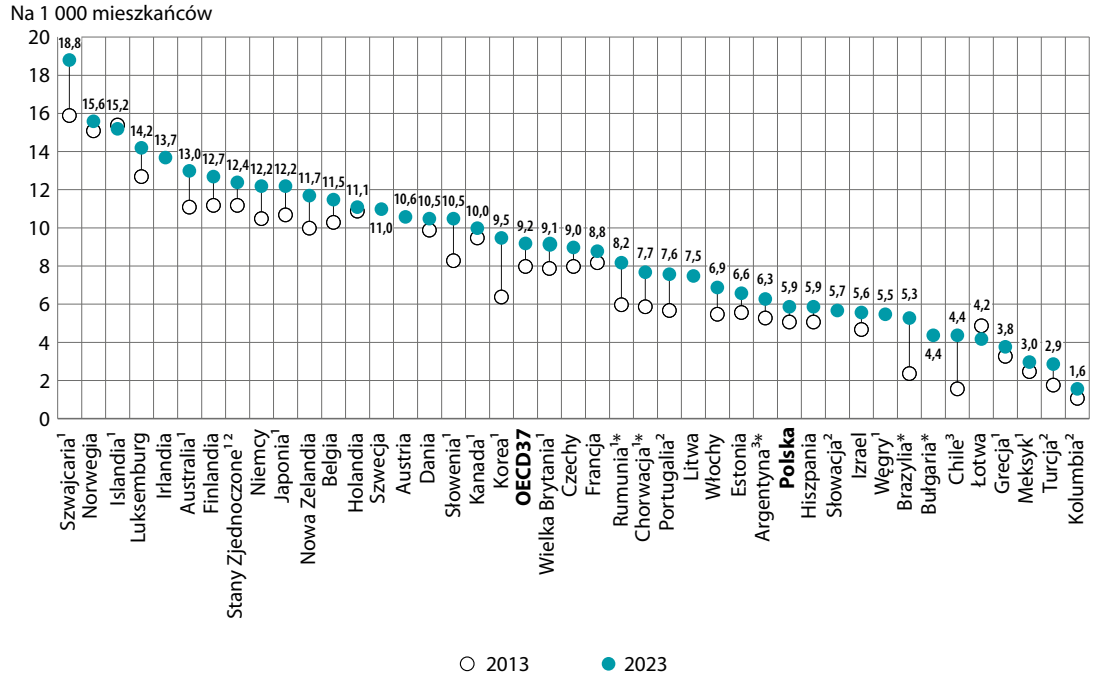
W 2023 r. w państwach OECD przypadało średnio 9,2 praktykujących pielęgniarek na 1 000 mieszkańców, w porównaniu z 8,1 w 2013 r. Liczba ta wahała się od 3 pielęgniarek na 1 000 mieszkańców lub mniej w Kolumbii, Turcji i Meksyku, do ponad 15 na 1 000 mieszkańców w Szwajcarii, Norwegii i Islandii. Kraje

116 Dane dla większości krajów odnoszą się do praktykujących lekarzy, zdefiniowanych jako lekarze świadczący opiekę bezpośrednio pacjentom.
117 Liczba pielęgniarek obejmuje pielęgniarki świadczące usługi bezpośrednio na rzecz pacjentów („praktykujące").

przystępujące do OECD wciąż miały mniej pielęgniarek na populację niż średnia OECD, choć w ostatniej dekadzie odnotowano znaczący wzrost w Rumunii, Chorwacji i Brazylii, z wyjątkiem Bułgarii.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat wskaźnik liczby pielęgniarek na liczbę ludności wzrósł prawie we wszystkich krajach OECD, z wyjątkiem Islandii i Łotwy. Szczególnie wyraźny wzrost odnotowano w Szwajcarii, Australii, Słowenii i Korei. Nie oznacza to jednak, że problem niedoborów pielęgniarek został rozwiązany, zwłaszcza jeśli popyt na ich pracę w służbie zdrowia wzrósł jeszcze szybciej w tym samym okresie.

Wykres 4.6. Pielęgniarki praktykujące na 1 000 mieszkańców w 2013 r. i 2023 r. (lub najbliższy rok)
Chart 4.6. Practising nurses per 1 000 population, 2013 and 2023 (or nearest year)



a. Pielęgniarki o niższym poziomie kwalifikacji (kategoria nie występująca w Polsce) stanowią ponad 50% pielęgniarek w Słowenii oraz krajach kandydujących: Chorwacji i Rumunii; od 33% do 50% w Grecji, Islandii, Korei, Meksyku i Szwajcarii; oraz od 15% do 30% w Australii, Kanadzie, na Węgrzech, w Japonii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych.

b. Obejmuje pielęgniarki pracujące w sektorze zdrowia na stanowiskach kierowniczych, dydaktycznych, badawczych i podobnych.

c. Obejmuje wszystkie pielęgniarki posiadające licencję do wykonywania zawodu.

*Kraj kandydujący.

a. Associate professional nurses with a lower level of qualifications (category not existing in Poland) make up more than 50% of nurses in Slovenia as well as accession countries Croatia and Romania; between 33% and 50% in Greece, Iceland, Korea, Mexico and Switzerland; and between 15% and 30% in Australia, Canada, Hungary, Japan, the United Kingdom and the United States.

b. Includes nurses working in the health sector as managers, educators, researchers and similar

c. Includes all nurses licensed to practise.

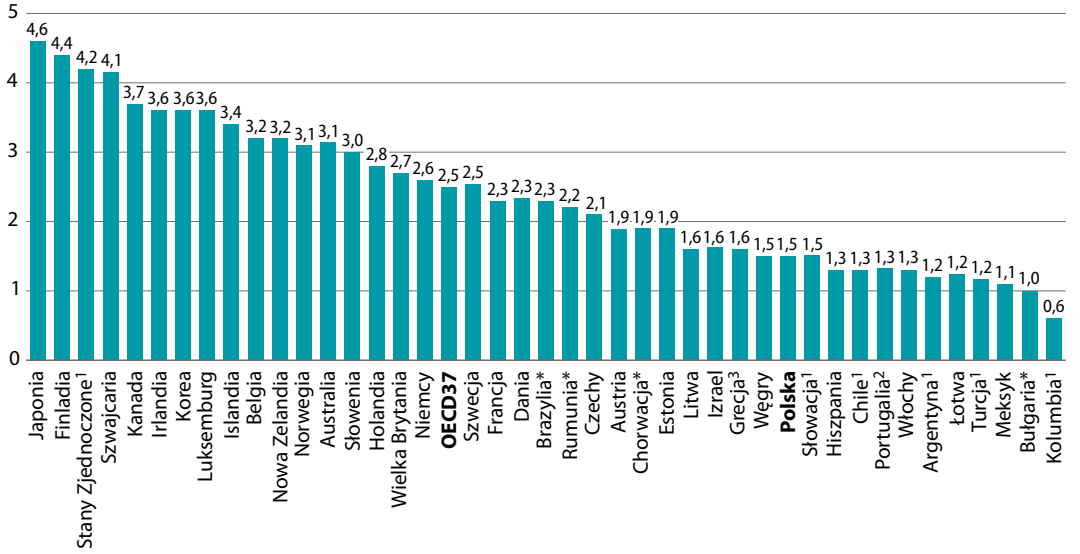
* Accession country.

Źródło: OECD Health Statistics 2025

Source: OECD Health Statistics 2025

Liczba pielęgniarek przewyższa liczbę lekarzy w większości krajów OECD. Średnio na jednego lekarza przypada 2,5 pielęgniarki. Stosunek liczby pielęgniarek do liczby lekarzy różni się jednak znacząco – od 1,2 lub mniej w Kolumbii, Meksyku, Turcji i na Łotwie, do ponad czterech w Japonii, Finlandii, Stanach Zjednoczonych i Szwajcarii.

Wykres 4.7. Wskaźnik liczby pielęgniarek na jednego lekarza w 2023 r. (lub najbliższy rok)
Chart 4.7. Ratio of nurses per doctor, 2023 (or nearest year)



a. W przypadku krajów, które nie dostarczyły danych na temat pielęgniarek i/lub lekarzy praktykujących, liczby odnoszą się do koncepcji „aktywności zawodowej" zarówno dla pielęgniarek, jak i lekarzy (z wyjątkiem Chile i Argentyny, gdzie liczby obejmują wszystkie pielęgniarki i lekarzy z licencją do wykonywania zawodu).

b. Wskaźnik niedoszacowany (pielęgniarki aktywne zawodowo/wszyscy lekarze z licencją do wykonywania zawodu).

c. Dane odnoszą się do pielęgniarek i lekarzy zatrudnionych w szpitalach.

*Kraj kandydujący.

a. For countries that have not provided data on practising nurses and/or practising doctors, numbers relate to the "professionally active" concept for both nurses and doctors (except Chile and Argentina, where numbers include all nurses and doctors licensed to practise).

b. Ratio underestimated (professionally active nurses/all doctors licensed to practise).

c. Data refer to nurses and doctors employed in hospitals.

*Accession country.

Źródło: OECD Health Statistics 2025.

Source: OECD Health Statistics 2025.

W niektórych krajach rozwija się rola bardziej zaawansowanych form praktyki pielęgniarskiej w celu poprawy dostępu do opieki oraz złagodzenia niedoborów lekarzy. Należą do nich m.in. „pielęgniarki praktykujące" oraz „pielęgniarki rodzinne i środowiskowe". Pielęgniarki prowadzące bardziej zaawansowaną praktykę zwykle posiadają wyższe wykształcenie i specjalistyczne szkolenia (zazwyczaj na poziomie magisterskim) oraz mogą odgrywać większą rolę w diagnozowaniu chorób, przepisywaniu leków i stosowaniu innych metod leczenia, zarówno pod nadzorem lekarzy, jak i samodzielnie.

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 administracji[118]. Źródłami uzupełniającymi są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej.

W ramach sprawozdawczości GUS badane są następujące jednostki: placówki lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej (formularz ZD–2), jednostki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (formularz ZD–3) oraz jednostki ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej (formularz ZD–4).

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 zabiegów leczniczych realizowanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

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 dentystów 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 Państwowego Ratownictwa Medycznego (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 i lotniczych 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).

118 Jednostki, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, objęte są sprawozdawczością odpowiednio Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia.

Do 2023 r. dane na temat aptek (ogólnodostępnych i zakładowych) i punktów aptecznych były zbierane w ramach sprawozdania apteki i punktu aptecznego (formularz ZD–5). W ramach sprawozdania pozyskiwane były informacje o rodzaju placówki, zakresie świadczonych usług (sprzedaż wysyłkowa produktów leczniczych przez internet, dyżury, udogodnienia dla niepełnosprawnych), a także o osobach w niej zatrudnionych (farmaceuci, technicy farmacji i inny personel). Począwszy od 2024 r. dane o aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych oraz pracujących w nich farmaceutach i technikach farmaceutycznych opracowywane są w oparciu o źródła administracyjne: Krajowy Rejestr Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych, którego gestorem jest GIF , dane o farmaceutach i technikach farmacji realizujących recepty refundowane w aptekach i punktach aptecznych z systemu informatycznego NFZ oraz wykazy ZUS i KRUS dotyczące ubezpieczonych i płatników składek. Źródłem danych z zakresu realizacji recept (m.in. liczba recept, opakowań, wartość sprzedaży leków na receptę, refundacji oraz dopłat pacjentów do leków) jest System Informacji Medycznej Ministerstwa Zdrowia.

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).

Dane o zachorowaniach pochodzą ze sprawozdawczości resortowej i rejestrów Ministerstwa Zdrowia. Pozyskane informacje w formie zagregowanych danych pochodzą z instytutów naukowych (w tym Państwowych Instytutów Badawczych), właściwych dla danego zagadnienia epidemiologicznego. Źródłem danych są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ–14 – roczne sprawozdanie o leczonych w poradni dermatologicznej/wenerologicznej (dane CeZ), MZ–15 – sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (dane IPIN), MZ–56 – dwutygodniowe, kwartalne, roczne sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach (dane NIZP 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 IGiCHP).

Prezentowane dane o szpitalach, zakładach opieki długoterminowej, zakładach opieki psychiatrycznej, lecznictwie uzdrowiskowym, pracownikach medycznych (z wyłączeniem lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz fizjoterapeutów) 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), MZ–30 i MSWiA–43 (opieka psychiatryczna), MSWiA–45 (lecznictwo uzdrowiskowe), MZ–88, MZ–88A, 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 od 2019 r. oraz fizjoterapeutów od 2022 r. została opracowana w oparciu o źródła administracyjne (w tym rejestry): wykaz ZUS płatników składek, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (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, a także PESEL i Centralny Wykaz Ubezpieczonych.

Źródłem informacji o absolwentach uczelni medycznych jest Zintegrowany System Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on, administrowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

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).

Analizy dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zostały opracowane na podstawie danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dane dotyczące krwiodawstwa dostarcza Narodowe Centrum Krwi. Pozyskane informacje zawierają dane pochodzące z Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, z Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa 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 eksperckimi o wydatkach gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną, opracowanymi w oparciu o wyniki *Badania budżetów gospodarstw domowych* i badania modułowego *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 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 METODOLOGICZNE

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 12 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 na koniec 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. leczeni, zachorowania) — ludność według stanu w dniu 30 czerwca.

W przekrojach terytorialnych dane o leczonych prezentowane są zgodnie z miejscem udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nie miejscem zamieszkania pacjenta.

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 leczniczej[119].

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,
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie w jakim podmioty te wykonują działalność leczniczą,
- 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,
- praktykę zawodową wykonywaną przez fizjoterapeutów.

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 zarejestrowane[120] 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.

Program Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2024 określony jest w załączniku do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 27 października 2023 r. (poz. 100) ogłaszanego na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1675). 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

119 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).
120 Wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.

poekspozycyjne. Zawiera również informacje o szczepieniach zalecanych oraz zasadach przeprowadzania i organizacji szczepień.

Prezentowane w opracowaniu dane dotyczą odsetka dzieci i młodzieży zaszczepionych przeciwko: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, tężcowi, krztuścowi, porażeniu dziecięcemu nagminnemu (poliomyelitis), odrze, śwince, różyczce, rotawirusom, inwazyjnym zakażeniom Haemophilus influenzae typu b, inwazyjnym zakażeniom Streptococcus pneumoniae.

Odsetki dzieci i młodzieży zaszczepionych są podawane dla określonych grup wieku i w odniesieniu do dzieci i młodzieży posiadających karty uodpornienia. Wiek należy rozumieć, że dziecko, które ukończyło 5 lat, jest w 6. roku życia.

Dane o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne, nowotwory, zaburzenia psychiczne wraz z uzależnieniami są prezentowane w oparciu o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Dane o zachorowaniach na choroby zakaźne są prezentowane 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 2025 r. poz. 1675), której art. 27 nakłada obowiązek zgłaszania podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub wynikającego z nich zgonu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

Dane obejmują zachorowania na następujące wybrane choroby zakaźne: tężec, krztusiec, odra, świnka, różyczka, wirusowe zapalenie wątroby typu A, B i C, zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy, zapalenie jelit wywołane przez Clostridium difficile, AIDS, salmonelloza, czerwonka bakteryjna, inne bakteryjne zatrucia pokarmowe, biegunki u dzieci do lat 2, szkarlatyna, bakteryjne zapalenie opon mózgowych i/lub mózgu, wirusowe zapalenie opon mózgowych, wirusowe zapalenie mózgu, włośnica, borelioza z Lyme, gruźlica, choroby weneryczne (kiła i rzeżączka). Dane dotyczą przypadków obowiązkowo zgłaszanych przez lekarzy do inspekcji sanitarnej. Dane są zaktualizowane zgodnie ze stanem wiedzy w dniu 30 sierpnia 2024 r. (nie dotyczy gruźlicy i chorób wenerycznych).

Dane epidemiologiczne w zakresie zachorowań na choroby zakaźne (w szczególności AIDS) mogą się różnić od danych prezentowanych w poprzednich edycjach publikacji (nie dotyczy chorób wenerycznych i gruźlicy).

Dane o chorobach wenerycznych (kiła i rzeżączka) dotyczą osób nowo zarejestrowanych w poradniach dermatologiczno-wenerologicznych oraz leczonych pozostających pod obserwacją poradni 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 tchawiczo-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 nowotworach złośliwych są prezentowane według umiejscowień nowotworu, obejmują grupę C00-C97 klasyfikacji ICD-10 i nie obejmują grupy nowotworów przedinwazyjnych (nowotwory in situ D00-D09). Dane dotyczą przypadków nowotworów zarejestrowanych po raz pierwszy w roku sprawozdawczym.

Dane o chorobach psychicznych dotyczą osób zarejestrowanych w poradni/gabinecie po raz pierwszy w roku sprawozdawczym oraz przeniesionych z lat poprzednich, ale leczonych w danym roku. Pacjenci są rejestrowani jeden raz, według rozpoznania zasadniczego.

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 01 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.

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, deklarowane przez jednostki objęte sprawozdaniami o symbolach ZD–2 i ZD–3, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu[121] Ministra Infrastruktury.

Dane o aptekach i punktach aptecznych dotyczą aptek ogólnodostępnych oraz punktów aptecznych. Nie obejmują aptek zakładowych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości, oraz aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą[122] 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.

Dane o sprzedaży leków na receptę są prezentowane według Klasyfikacji Anatomiczno-Terapeutyczno-Chemicznej ATC zatwierdzonej przez WHO. Dane prezentowane są według lokalizacji apteki realizującej receptę i obejmują wyłącznie leki wydane (recepty zrealizowane), bez recept niezrealizowanych.

Analiza dotycząca dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych została zaprezentowana z dwóch perspektyw: powiatu–miejsca realizacji świadczenia oraz powiatu–miejsca zamieszkania pacjenta. Analizę dostępności do świadczeń szpitalnych ograniczono do oddziałów typowych dla I poziomu zabezpieczenia szpitalnego, tj.: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii, neonatologii oraz pediatrii.

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 dane dotyczące lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych od 2019 r. oraz dane dotyczące fizjoterapeutów od 2022 r. zostały oszacowane w oparciu wyłącznie o źródła administracyjne, w tym rejestry. Dane te są nieporównywalne z danymi za lata wcześniejsze.

121 Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 1225 z późn. zm.).
122 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 750 z późn. zm.).

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 i położnej oraz fizjoterapeuty, 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 2024 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 symbol TERYT miejsca 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), lub zgłoszona do umowy z NFZ (w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów).

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 0110);
- w pozostałych przypadkach, główne miejsce pracy ustalone jest losowo.

Przekazywane do organizacji międzynarodowych dane dotyczące łóżek w stacjonarnych placówkach opieki zdrowotnej (prezentowane w aneksie tabelarycznym w tabl. 12) 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 i sanatoriach uzdrowiskowych, stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej oraz w szpitalach zakładów karnych i aresztów śledczych. Zgodnie z definicją OECD/Eurostat łóżka szpitalne obejmują wszystkie łóżka dostępne dla pacjenta, stale utrzymywane i obsługiwane przez personel medyczny. Od 2008 r. liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łóżkami i inkubatorami dla noworodków w związku ze zmianą metodologii liczenia łóżek wprowadzoną przez Ministerstwo 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 usług zdrowotnych oraz świadczeń socjalnych . Do tej kategorii zaliczono łóżka w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych typu ogólnego (HP.2), hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej, a w zakresie domów pomocy społecznej na oddziałach dla osób: przewlekle 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 łóżkami i inkubatorami dla noworodków. Do liczby łóżek nie są wliczane miejsca dzienne.

Dane o oddziałach szpitalnych (w szpitalach ogólnych) prezentowane są dla 35 grup rodzajów oddziałów, opracowywanych przez Ministerstwo Zdrowia, w oparciu o część VIII kodu resortowego, charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego[123].

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 leczeni w trybie stacjonarnym lub dziennym).

123 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).

Liczba leczonych stacjonarnie bez ruchu międzyoddziałowego obejmuje pacjentów 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, w których wykonuje się działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, działające na obszarze uzdrowiska albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej[124] oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych[125].

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 ustawą[126] są:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz motocyklowe jednostki ratunkowe[127], 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.

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 zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). 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. System umożliwia m.in. generowanie wieloprzekrojowych statystyk i analiz dotyczących czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Rok 2024 był kolejnym rokiem, w którym dokumentacja statystyczna prowadzona była w postaci elektronicznej, co przełożyło się na przekazywanie bardziej precyzyjnych danych w tym zakresie.

124 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).
125 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1135).
126 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm.).
127 Motocyklowe jednostki ratunkowe planowo rozpoczną działalność w 2026 r.

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-2[128] 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 do 2023, w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania, sporządzane są według metodologii SHA 2011[129]. Ze względu na wyżej wspomnianą zmianę metodologii, wyniki NRZ za lata 2013–2023 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–1[130].

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 metodologami SHA 1.0 i SHA 2011

SHA 1.0	SHA 2011
HF1	HF1
HF2	HF2
	HF3

128 T oznacza rok bieżący.
129 Rozporządzenie Komisji (UE) 2021/1901 z dnia 29 października 2021 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady.
130 Ibidem.

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	Usługi rehabilitacyjne
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	Opieka profilaktyczna
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	Szpitale
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej
HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
HP.4	Dostawcy świadczeń pomocniczych
HP.5	Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych
HP.6	Dostawcy świadczeń z zakresu opieki profilaktycznej
HP.7	Podmioty zaangażowane w funkcjonowanie systemu zarządzania, administracji i finansowania ochrony zdrowia
HP.8	Pozostałe sektory gospodarki
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 publicznych[131] 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.

4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.

131 Tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1461.

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 brutto[132], 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 publicznych[133] – 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 pacjenta[134].

132 Tekst jednolity Dz.U. z 2021 r. poz. 151.
133 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz .U. z 2025 r. poz. 1461).
134 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych[135] 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 lecznictwa 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. 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 lub miejscowo złośliwy,
   - lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo 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 farmaceutyczne[136].

Choroba zakaźna – choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

Donacja – pobranie krwi lub jej składnika do celów klinicznych, diagnostycznych, produkcyjnych.

135 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1461).
136 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 750 z późn. zm.).

Dysponent jednostki – podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne[137].

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 medycznych[138].

Gruźlica płuc i gruźlica pozapłucna – gruźlica płuc oznacza chorobę miąższu 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 wszechstronną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad pacjentami 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 Krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa 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 lecznicze[139].

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 ustawy[140].

Krwiodawstwo – 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.

Leczeni dziennie – pacjenci korzystający ze świadczeń medycznych udzielanych w zakładzie leczniczym w trybie dziennym.

Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego – pacjenci hospitalizowani, zarejestrowani w księdze głównej szpitala (nie uwzględnia się ruchu pacjentów pomiędzy oddziałami szpitalnymi)

137 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm.).
138 Ibidem.
139 Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1782).
140 Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 437).

Leczeni z ruchem międzyoddziałowym – pacjenci hospitalizowani, zarejestrowani na poszczególnych oddziałach szpitalnych (pacjent przebywający na kilku oddziałach w trakcie jednego pobytu w szpitalu na każdym oddziale liczony jest niezależnie).

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.

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 prawnych[141] .

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 przyległych[142].

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy[143] i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem[144].

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 lotnicze[145].

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 pracy[146] pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsca dzienne – łóżka, leżanki, fotele przeznaczone do pobytu pacjenta w trakcie dnia.

Miejsce zdarzenia – miejsce**,** w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki[147].

141 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 z późn. zm.).
142 Ibidem.
143 Ibidem.
144 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2023 r. poz. 975).
145 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm).
146 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 277).
147 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm).

Naturalne surowce lecznicze – gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone na zasadach określonych w ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.

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 – 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.

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 – 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 i/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 zdrowia[148].

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej[149].

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 ciężarną, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem.

Poziom referencyjny – administracyjnie określony stopień przygotowania podmiotu (kadra, wyposażenie, procedury i organizacja), który organizuje udzielanie świadczeń według rosnącej złożoności i wskazuje, jakie świadczenia dany ośrodek może realizować samodzielnie, a kiedy pacjenta należy kierować do wyższego poziomu. W systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) wyróżnia się sześć poziomów: 1) szpitale I stopnia, 2) szpitale II stopnia, 3) szpitale III stopnia, 4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, 5) szpitale pediatryczne, 6) szpitale ogólnopolskie.

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

148 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.).
149 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1461).

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 nie wykonywana 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 leczniczą[150].

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.

$$W = \frac{\text{osobodni pobytu pacjentów w roku}}{\text{średnia liczba łóżek w roku x 365 dni}} \text{ x } 100\%$$

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;
- 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.

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 ustawy[151] mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Rehabilitacja uzdrowiskowa - zorganizowana działalność prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, mająca na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub możliwej do osiągnięcia dla danego stanu samodzielności ruchowej i społecznej, przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych.

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy dentystów, 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 dentysta 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 wykreśleń 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 dzia-

150 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).
151 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 750 z późn. zm.).

łalności 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.

Szpital uzdrowiskowy – zakład lecznictwa uzdrowiskowego, do którego zadań należy zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową: całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, przewidzianych programem leczenia zabiegów, korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, edukacji zdrowotnej.

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.

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 zdrowotnego[152]. 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 szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, pracownia diagnostyki obrazowej, miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej[153].

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.

Średnia liczba łóżek – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy podzielona przez 12, tj. liczbę miesięcy w roku.

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 i szpitale uzdrowiskowe.

152 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 91 z późn. zm).

153 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1646).

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 psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, połogiem 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.

Urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego – urządzenia służące do leczniczego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości leczniczych klimatu, np. pijalnie uzdrowiskowe, tężnie, parki i ścieżki ruchowe, urządzone odcinki wybrzeża morskiego, lecznicze baseny uzdrowiskowe, urządzone podziemne wyrobiska górnicze.

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 lecznictwo 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 lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa 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 przebytym leczeniu w trybie stacjonarnym. W liczbie tej nie uwzględnia się osób zmarłych.

Zabiegi lecznicze i przyrodolecznicze wykonywane w uzdrowiskach:

- **elektrolecznictwo** – 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, często połączone z ćwiczeniami fizycznymi. Do ich przygotowania wykorzystuje się przede wszystkim różnego typu solanki;
- **kąpiele CO_2** – 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 objęte 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, bicze 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;
- **masaże lecznicze** – zabiegi, których celem jest leczenie lub rehabilitacja. Jest to forma fizjoterapii, stosowana w uzdrowiskach, mająca na celu przywrócenie sprawności m.in. po urazach, operacjach, w złagodzenia bólu, poprawy krążenia, redukcji napięć mięśniowych, polepszania ruchomości stawów;
- **zajęcia terapeutyczne** – z zakresu rehabilitacji psychologicznej i społecznej m.in. takie jak: psychoedukacja, treningi relaksacyjne, psychoterapia, edukacja zdrowotna, zajęcia rozwijające zainteresowania i uzdolnienia, zajęcia niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością, a także inne o charakterze psychologicznym.

Zakład lecznictwa 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 lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą[154] zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Zakład opiekuńczo–leczniczy – 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.

154 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 1135).

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 niezależnie 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, podejmujące medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- **zespoły specjalistyczne**, w skład których wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny,
- **zespoły podstawowe**: dwuosobowe, w skład których wchodzą dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym oraz trzyosobowe, w skład których wchodzą trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym,
- **motocyklowe jednostki ratunkowe**, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będąca lekarzem systemu, pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym.[155]

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 pojazdami[156].

155 Podział podstawowych zespołów ratownictwa medycznego na dwuosobowe i trzyosobowe oraz wyodrębnienie motocyklowych jednostek ratunkowych zostało wprowadzone nowelizacją ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w 2025 r.

156 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2025 r. poz. 91 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.[157] 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 and inpatient rehabilitation facilities (questionnaire ZD–2), outpatient health care units (questionnaire ZD–3) as well as emergency medical service and first aid units (questionnaire ZD–4).

The research covers medical establishments or organizational units of medical establishments of entities providing health care services 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 and inpatient rehabilitation facilities (ZD–2 questionnaire) information on number of establishments, beds, as well as inpatients and outpatient by sex and age are obtained. In the field of inpatients, data are collected on the number of people co-financed by the National Health Fund, Social Insurance Institution and Agricultural Social Insurance Fund, self-pay 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 surveyed facilities. Data on the number and types of health resort treatments 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 (departures of the emergency rescue teams and medical air 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 health services necessary for 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).

Until 2023, data on information on pharmacies (generally available pharmacies and dispensaries) and pharmaceutical outlets were collected as part of the report on pharmacy and pharmaceutical outlet (ZD–5 questionnaire). The report included the information on the type of facility, the scope of services rendered

157 Units for which the forming body is the Minister of National Defence are subject to reporting by the Statistics Poland and the Ministry of Health, respectively.

(online sales, on-call duties, facilities for the disabled), as well as on the persons employed (pharmacists, pharmacy technicians, and other personnel). Starting from 2024, data on generally available pharmacies and pharmacy outlets as well as pharmacists and pharmacy technicians working therein are compiled in a database based on the following administrative sources: the National Register of Permits for Access to Public Pharmacies and Pharmacy Outlets, managed by the Chief Pharmaceutical Inspectorate (GIF), data on pharmacists and pharmacy technicians dispensing reimbursed prescriptions in pharmacies and pharmacy outlets from the IT system of the National Health Fund (NFZ), the Social Insurance Institution (ZUS) and the Agricultural Social Insurance Fund (KRUS) registers of insured persons and contribution payers. The source of data on prescription dispensing (including the number of prescriptions, packages, the value of prescription medicine sales, reimbursements and patient co-payments for medicine) is the Medical Information System of the Ministry of Health

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 protective 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 information acquired in the form of aggregated data originates from scientific institutions — including State Research Institutes — that are competent in matters pertaining to the specific epidemiological issue. 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), report 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 hospitals, long–term health care facilities, psychiatric facilities, health resort facilities, medical personnel (excluding doctors, dentists, nurses, midwives and physiotherapists) 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–29a and MSWiA–33 (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 from 2019 as well as physiotherapists from 2022 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 Centre, 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, as well as PESEL and the Central Register of Insured Persons.

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 source of data on the activities of diagnostic laboratories is the departmental statistics 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).

Analyses regarding access to health services financed from publicly funds were prepared based on data collected by the National Health Fund.

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 2023*.

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 and local 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 12 in 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, number of outpatient departments), the population as of 31 December was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g. patients, incidence) – as of 30 June.

Data on patients in territorial sections are presented according to the location of provided health care services regardless of a patient's place of residence.

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 Activities[158].

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.

In turn, the professional practices include:

- professional practice performed by doctors and dentists,
- professional practice performed by nurses,
- professional practice performed by physiotherapists.

In accordance with the Act, medical activities are divided into three types:

- 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 medical establishments or organizational units of medical establishments of entities providing health care services registered[159] in the Register of Entities providing health care services. The register number, in the register of the entity providing health care, part II, III, IV,V and VI of the resort code and professional practice type code and profession of medicine/dentistry code acquired during the process of registration of entity providing health care services was used for identification of units 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 the National Health Fund 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 Protective Vaccination Program (PSO) for 2024 is specified in the annex to the announcement of the Chief Sanitary Inspector of 27 October 2023 (item 100) announced on the basis of Article 17 of the Act of 5 December 2008 on the prevention and control of infections and infectious diseases in humans (uniform text Journal of Laws of 2025, items 1675). 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.

The percentages of children and adolescents vaccinated are given for specific age groups and for children and adolescents who have immunization cards. Age should be understood as a child who has turned 5 years old is in his 6th year of life.

158 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2025 item 450 as amended).
159 As of 31 December 2024.

The data presented in the study refer to the percentage of children and adolescents vaccinated against the following diseases: tuberculosis, hepatitis B, diphtheria, tetanus, whooping cough, poliomyelitis, measles, mumps, rubella, rotavirus infections, invasive Haemophilus influenzae type b infections, and invasive Streptococcus pneumoniae infections.

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 ICD-10.

Data on infectious disease are presented based on the Act of 5 December 2008 on the Prevention and Control of Infections and Infectious Diseases in Humans (uniform text: Journal of Laws of 2025, item 1675), pursuant to which Article 27 imposes an obligation to report any suspected or confirmed infection, infectious disease, or related death to the competent State Sanitary Inspector.

Data encompass cases of the following selected infectious diseases: tetanus, whooping cough, measles, mumps, rubella, viral hepatitis types A, B, and C, rotavirus-induced enteritis, Clostridioides difficile-induced enteritis, AIDS, salmonellosis, bacillary dysentery, other bacterial foodborne intoxications, diarrheal diseases in children under the age of two, scarlet fever, bacterial meningitis and/or encephalitis, viral meningitis, viral encephalitis, trichinosis and Lyme borreliosis, tuberculosis and venereal diseases. The data refer to cases that are subject to mandatory reporting by physicians to the sanitary inspection authorities. Data on the incidence of infectious diseases are updated according to the state of knowledge on 30 August 2025 (does not apply to data on venereal diseases and tuberculosis).

Epidemiological data on infectious diseases (particularly AIDS) may differ from figures presented in previous editions of the publication (excluding venereal diseases and tuberculosis).

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, bacteriologically confirmed and unconfirmed cases. 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 outpatient 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 outpatient 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 outpatient 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. Consultations provided as part of night and holiday health care is presented together with consultations in primary health care.

The various types of facilities for the disabled, declared by the entities included in ZD–2 and ZD–3 reports should have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation[160].

Data on pharmacies and pharmaceutical outlets covers generally available pharmacies and pharmaceutical outlets. These do not include dispensaries in the units performing health care services, created by the Minister of the National Defence and the Minister of Justice as well as pharmacies which operate in the structure for the need of hospitals. Pharmaceutical outlets established after the Act[161] came into force can only be located in rural areas and if there is no generally available pharmacy in the village.

Prescription medicines sales data are presented according to the Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification (ATC), approved by the WHO. Data are presented by pharmacy location dispensing the prescription; they include only dispensed (filled) medications, excluding unfilled prescriptions.

Analysis of access to publicly funded healthcare services were presented from two perspectives: the poviat (the place of service provide) and the poviat (the patient's place of residence). Analysis of access to hospital services was limited to hospital ward typical of level I hospital care, i.e., general surgery, internal medicine, obstetrics and gynaecology, neonatology, and paediatrics.

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.

Due to the incomplete realization 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 data on doctors, dentists, nurses and midwives from 2019 and data on physiotherapists from 2022 were estimated based solely on administrative sources including registers. 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.

160 The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (uniform text Journal of Laws 2022 item 1225 as amended).
161 Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws 2025 item 750 as amended).

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. Deceased people and persons not residing in Poland on December 31, 2024 have been removed from the list of people with the right to practise their profession.

In this way, the population of persons licensed to practise the profession (PWZ) residing in Poland with a number of the right to exercise the profession, which was supplemented with demographic data (age, gender) and TERYT code of place 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) or reported to the contract with the National Health Fund (in case of doctors and dentists).

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 inpatient health care facilities transmitted to international organisations (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 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 and remand 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 (e.g. in neonatology wards) are included in total hospitals beds due to the change of the methodology of counting beds in hospitals introduced by the Ministry of Health.

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. These beds are located in facilities primarily engaged in providing residential care combined with either nursing, supervision or other types of care as required by the residents.. 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, palliative care wards as well as social welfare facilities for: chronically ill with somatic disorders, physically handicapped, mentally retarded including children and young mentally retarded. Data on beds in psychiatric type facilities are not included.

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 (e.g. in neonatology wards). The number of hospital beds excludes day care places.

Data on hospital wards (in general hospitals) 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)[162], which is used to identify health care providers based on their specialization within different medical fields.

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 excluding inter-ward patient transfer means hospitalized patients registered in the hospital's general registration book. 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 a part of public funds (agreement with the National Health Fund) and all tests or treatments performed on this equipment.

The ZD-2 report covers health resort facilities that provide outpatient or inpatient and 24-hour health services, operating in the health resort area or outside the health resort in hospitals and sanatoriums located in underground mining excavations, functioning on the basis of the Law on Health Care Activities[163], as well as the Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas[164].

162 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).
163 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2025 item 450 as amended).
164 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 2025 item 1135).

Inpatient rehabilitation facilities, 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 inpatient and/or outpatient activities.

According to the Act[165] 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 and motorcycle rescue teams[166], 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.

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.

The system is financed from the state budget from the part dedicated to Ministry of Health as well as voivodes. 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 2024 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–2[167]. 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 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.

165 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2025 item 91 as amended).
166 Motorcycle rescue teams are planned to start functioning in 2026.
167 Letter T denotes the current year.

For data since 2013 is disseminated[168] 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 NHA for the years 2013-2023 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 Defence, 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.

Estimated comparison of potential aggregate conversions between methodologies SHA 1.0 and SHA 2011

SHA 1.0	SHA 2011
HF1	HF1
HF2	HF2
	HF3

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

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 (non-specified by function)
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods (non-specified by function)
HC.6	Preventive care
HC.7	Governance, and health system and financing administration

168 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 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 adjustment 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 2004[169] and is not related to the methodology of SHA 2011, according to which the National Health Account is developed.

169 Uniform text Journal of Laws 2025 item 1461.

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 product[170] 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 catalogue of expenses or costs that are included in health care outlays.

The catalogue 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 Article 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 Article 97 par. 3e, included in the Fund's financial plan.

170 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 Act[171].

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.

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.

$$W = \frac{\text{annual in–patient bed–days}}{\text{average number of beds x 365}} \text{ x } 100\%$$

The values used for the calculation mean:

- annual in–patient bed–days – number of the days that in–patients 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.

The indicator can be expressed as a percentage of the available bed base used per year and in a simplified version, expressed in days per year.

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 (the total number of days of patients stay in a particular type of a facility) divided by the number of the total patients during the year.

Bed – a bed permanently placed in the sick room, fully equipped, regularly maintained and staffed, and immediately available for the care of admitted in–patients. Beds in general hospitals do not include day care places, the beds (couches) included in the diagnostic, delivery, dialysis sites, etc. as well as auxiliary beds on which a patient is temporarily for instance post-procedure recovery beds however, beds and incubators for newborns have been included since 2008.

Bed–days – the 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.

Blood donation – activities aiming at voluntary (honorary) and free of charge collection of blood and its components for transfusion or processing into blood medicinal products. Blood donation includes promotional activities, donation and preparation of blood, as well as its dispensing.

Chronic medical care home – a 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.

Day care places – beds, couches, armchairs allocated for the patient's stay during the day.

171 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2025 item 91 as amended).

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.

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 area[172].

Doctor specialist, dentist – a doctor (dentist) holding grade II specialization or title of a specialist in the relevant field of medicine in accordance with Article 16 par. 2 of the Act[173], and the regulation[174].

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: two-person 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, and three-person teams, consisting of three people holding licences to perform emergency medical services, including a nurse of emergency medical services or emergency medical technician

– motorcycle rescue teams, consisting at least one person holding licence to perform emergency medical services, including a physician of emergency medical services, a nurse of emergency medical services or emergency medical technician[175].

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 drivers[176].

Health resort area - a designated area that has been granted health resort status to utilize and protect the natural therapeutic resources found there, and where health resort treatment is conducted. A health resort status can be awarded to an area that meets the following conditions:

1) has deposits of natural therapeutic resources with confirmed therapeutic properties according to the rules specified in the law;
2) has a climate with therapeutic properties confirmed according to the rules specified in the law;
3) has health resort treatment establishments and facilities prepared for conducting health resort treatment;
4) meets the requirements specified in environmental protection regulations concerning the environment;
5) has technical infrastructure related to water and sewage management, energy, public transport, and manages waste.

172 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist (uniform text Journal of Laws 2024 item 1287 as amended).
173 As above.
174 Regulation of the Minister of Health of 4 May 2023 on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws 2023 item 975).
175 The division of basic emergency rescue teams into two-person and three-person and the separation of motorcycle rescue teams were introduced by an amendment to the Act on State Emergency Medical Services in 2025.
176 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2025 item 91 as amended).

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 treatment – organized activities involving the provision of health care services in the field of health resort or health resort rehabilitation by health resort treatment or outside in hospitals and sanatoriums located in arranged underground mining workings, using natural conditions (healing resources, therapeutic properties of the climate) and accompanying physiotherapy treatments**.**

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 treatment, has been created in order to provide health benefits in the field of health resort treatment or rehabilitation. According to the Law[177] health resort 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.

Health resort rehabilitation – activities carried out in a spa by health resort treatment facilities, aimed at restoring the patient's health or achieving the maximum possible level of mobility and social independence, using natural medicinal resources.

Health resort equipment – devices used for the therapeutic use of natural medicinal resources and the healing properties of the climate, e.g. health resort drinking halls, salt chambers, parks and exercise trails, landscaped sections of the sea coast, therapeutic health resort pools, equipped underground mining.

Health resort hospital – a health resort facility whose tasks include providing a patient referred for health resort treatment or health resort rehabilitation with: 24-hour inpatient health care, 24-hour medical and nursing care, natural healing services under the treatment program, using of natural healing resources and health resort treatment devices and health education.

177 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 2025 item 1135).

Health resort natural medicinal resources – medicinal gases and medicinal minerals, including medicinal waters and peloids, whose medicinal properties have been confirmed in accordance with the principles set out in the law.

Hospice – a health care unit or organizational unit of the health care unit providing comprehensive health care, psychological and social care over patients in terminal phase of disease as well as over a families of these patients.

Hospital – a health care unit or organizational units of health care unit in which the entity conducts medical activity in kind of inpatient and twenty-four hours 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 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 conditions[178]. 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 pediatrics ward – for hospitals providing health care services for children, an anesthesiology and intensive therapy ward, a pediatric anesthesiology and intensive therapy ward – for hospitals providing health care for children, a diagnostic imaging laboratory, night and holiday health care place[179].

Hospitalization – 24-hour provision of services in a planned or emergency mode, including the diagnostic-therapeutic process and the nursing and rehabilitation process, from the moment of the patient's admission to the moment of their discharge or death (time is counted from the moment of entry into the main register to the moment of discharge).

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 Law[180].

Infection – the penetration of a biological pathogenic factor into the organism and its development within it, regardless of whether it causes disease. This applies to bacteria, viruses and fungi. In case of parasites the term infection is used.

Infectious diseases – a disease caused by a biological pathogenic agent.

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.

178 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2025 item 91 as amended).
179 Regulation of the Minister of Health of 27 June 2019 on the hospital emergency department (uniform text Journal of Laws 2025 item 1646).
180 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2025 item 91 as amended).

Inpatients excluding inter-ward patient transfer – hospitalized patients, registered in the hospital's general registration book (this number does not take into account the movement of patients between hospital wards).

Inpatient 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.

Inpatients with inter-wards transfers – patients hospitalized in individual hospital wards (a patient staying in several wards during one hospital stay in each ward is counted independently).

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.

Natural healing services in health resort facilities and in inpatient rehabilitation facilities:

CO_2 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, usually combined with exercise,

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.

therapeutic massages – these are treatments aimed at healing or rehabilitation. It is a form of physiotherapy used in health resorts, aimed at restoring fitness, e.g. after injuries, surgeries, alleviating pain, improving circulation, reducing muscle tension, improving joint mobility.

therapeutic activities – in the field of psychological and social rehabilitation, including: psychoeducation, relaxation training, psychotherapy, health education, activities developing interests and talents, activities of independent functioning with disability, as well as other activities of a psychological nature.

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 dispatchers[181].

Morbidity (Incidence) – the frequency of occurrence of diseases, which is the ratio of new cases that occurred within a certain time frame in a specific population to the number of individuals in that population.

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 services[182].

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.

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 Act[183], 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 Article 2, paragraph 2 of the OMS Act[184].

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 products[185].

Outpatient 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.

Outpatient health care – according to the Act on Health Services Financed from Public Funds – provision of health care services by service providers to persons who do not require treatment in 24-hour or all-day conditions[186].

Outpatient 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

181 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2025 item 91 as amended).
182 The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives (uniform text Journal of Laws 2024 item 814 as amended).
183 Labour Code Act of 26 June 1974 (uniform text Journal of Laws 2025 item 277).
184 Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997 (uniform text Journal of Laws 2022 item 437).
185 The Act of 22 August 1997 on Public Blood Service (uniform text Journal of Laws 2024 item 1782).
186 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2025 item 1461).

the rooms of entities, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence[187].

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 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.

Patients of day care – patients using medical services provided in day mode in health care facility.

Pharmacy – an establishment within health care system, where pharmacists and other pharmaceutical personnel provide pharmaceutical services[188].

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 pharmacy[189].

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.

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 forms[190].

Place of occurrence – in accordance with the Act[191] 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 care[192].

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 care[193].

Psychiatric hospital – a health care facility in which the medical entity provides medical treatment in the form of inpatient services and which operates at least one ward of inpatient psychiatric (mental health) care.

187 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2025 item 450 as amended).
188 The Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws 2025 item 750 as amended).
189 As above.
190 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist (uniform text Journal of Laws 2024 item 1287).
191 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2025 item 91 as amended).
192 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2025 item 1461).
193 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2025 item 450 as amended).

Pulmonary tuberculosis and extrapulmonary – 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.

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.

Reference level – an administratively defined level of preparedness of an entity (staff, equipment, procedures, and organization), which organizes the provision of services by increasing complexity and indicates which services a given facility can provide independently and when a patient should be referred to a higher level. The basic hospital coverage system (PSZ) is divided into six levels: 1) first-level hospitals, 2) second-level hospitals, 3) third-level hospitals, 4) oncology or pulmonary hospitals, 5) pediatric hospitals, and 6) nationwide hospitals.

Register of nurses and midwives practices is run 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 outpatient services financed from public funds[194] 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 Article 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

194 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2025 item 1461).

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 Article 32a paragraph 1 of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds. Beneficiary with whom the doctor referred to in Article 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 Article 32. A beneficiary who is found:

- 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 Article 57 par. 1 or Article 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.

Unit of fresh frozen plasma – approximately 200 ml (one litre of plasma equals 5 units).

Unit of whole blood – approximately 450 ml (one litre of whole blood approximately equals 2.22 units).

Vaccination – application of vaccine against an infectious disease for the purpose of artificially immunizing against this disease.

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.