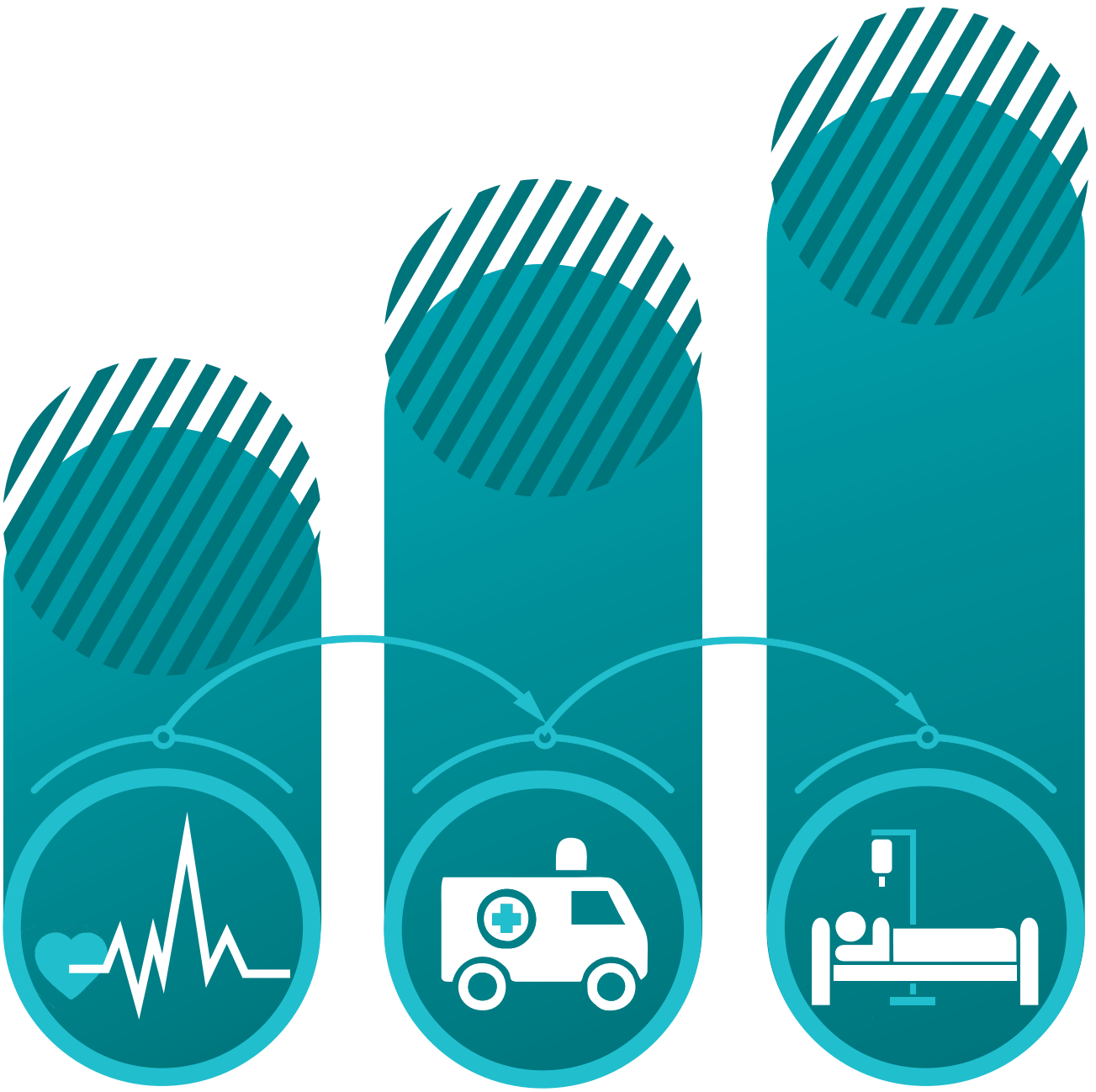
Analizy statystyczne
Statistical analyses

GUS

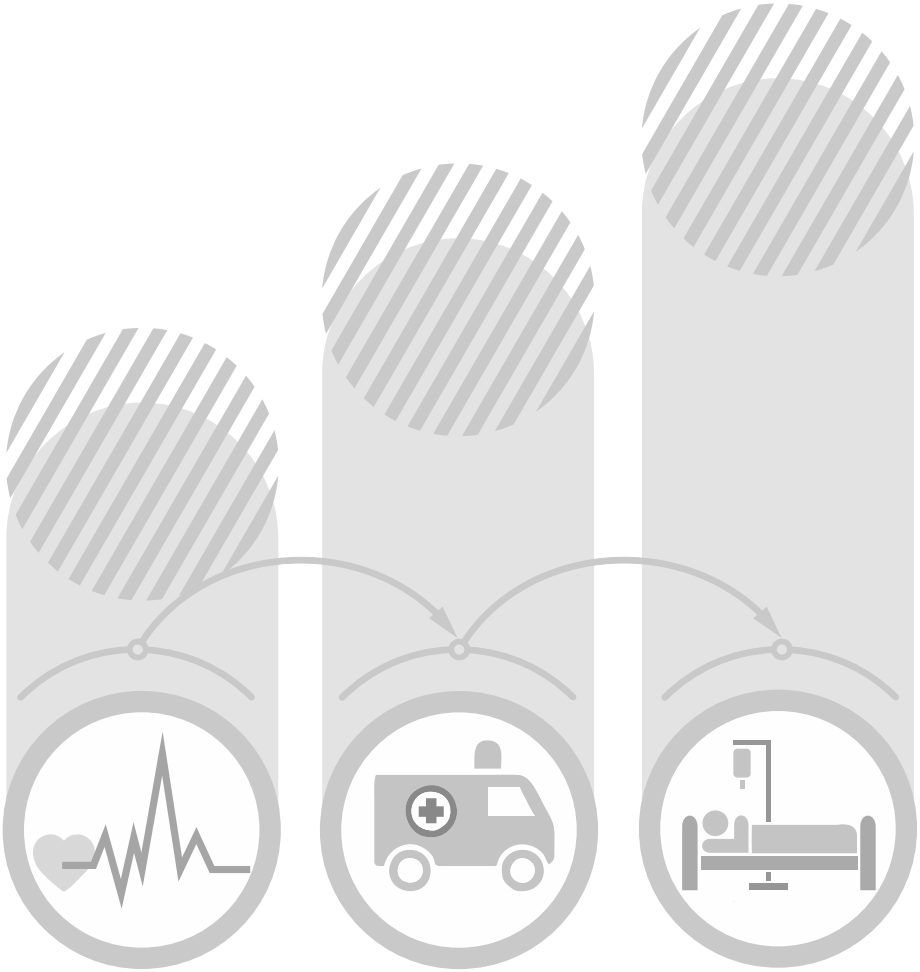


Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.

Health and health care in 2022

Warszawa, Kraków 2023

Analizy statystyczne
Statistical analyses



Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.

Health and health care in 2022

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

Warszawa, Kraków 2023

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

Piotr Łysoń (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 i 3.2), Krzysztof Nyczaj (rozdział 2.6 i 4.1 oraz aneks tabelaryczny od Tabl. 102 do Tabl. 113), Izabela Wilkińska (rozdział 4.2), Małgorzata Żyra (rozdział 2.7), Marzena Żytecka-Karolak (rozdział 1.1, 1.2, 1.3)

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

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

Ośrodek Statystyki Pomocy Społecznej
Centre for Social Assistance Statistics

Dominika Mazur

Instytut Medycyny Pracy
Institute of Occupational Medicine

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

Prace redakcyjne
Editorial works

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

Agnieszka Dobrzyńska, Karolina Walaszczak, Szymon Wozniak

Skład i opracowanie graficzne
Typesetting and graphics

Andrzej Paluchowski, Beata Lipińska, Paweł Luty

ISBN 978-83-67087-56-8

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

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejną edycję publikacji poświęconej w całości problematyce zdrowia i opieki zdrowotnej, która jest kontynuacją serii wydawanych corocznie opracowań, ukazujących się pod tytułem „Zdrowie i ochrona zdrowia".

Opracowanie składa się z części analitycznej i metodologicznej oraz aneksu tabelarycznego (tylko w wersji elektronicznej).

Przedstawiona w publikacji analiza zawiera opis najbardziej aktualnych danych pozyskiwanych regularnie w ramach statystyki publicznej (za rok 2022, a gdy nie są dostępne – za rok 2021 lub 2020), dotyczących stanu zdrowia ludności, jak również zasobów kadrowych i infrastruktury opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach, opracowanie zawiera także opis ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia. Tekst analityczny wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami.

Uwagi metodologiczne obejmują, oprócz podstawowych wyjaśnień metodycznych, również informacje o źródłach danych oraz określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej, będącej głównym źródłem prezentowanych danych.

W aneksie tabelarycznym zamieszczono podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, informacje o liczbie i działalności placówek ambulatoryjnej oraz stacjonarnej opieki zdrowotnej, aptek i punktów aptecznych, dane z zakresu krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej i sprzedaży leków na receptę, a także wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla lat 2019, 2020 i 2021, jak również wstępne szacunki dla roku 2022. Zaprezentowano także informacje Ministerstwa Zdrowia o nakładach na ochronę zdrowia według metodologii ujętej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561).

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

Zachęcamy do zapoznania się z innymi opracowaniami dotyczącymi zdrowia i ochrony zdrowia, które znajdą Państwo na stronie internetowej https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/.

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce.

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

Warszawa, grudzień 2023 r.

Preface

We are very pleased to present you the next edition of the publication devoted entirely to the issues of health and health care, which is a continuation of the series of studies published annually under the title "Health and health care".

The publication consists of an analytical and methodological part as well as tabular appendix (in digital version only).

The analysis presented in the publication includes a description of most recent data collected regularly in the framework of the official statistics (for 2022 or if not available – for 2021 or 2020), regarding the health condition of the population, human resources and health care infrastructure. As in previous years, the study also covers the economic aspects of health care. The analytical part is enriched with numerous maps and charts.

The methodological notes also include, apart from basic methodological explanations, information about data sources as well as terms and definitions of concepts used in the statistical reporting, which is the main source of presented data.

The tabular appendix contains the basic data about the health of the Polish population, data on medical workers, information about the number and activity of outpatient or stationary medical care centers, pharmacies and pharmaceutical outlets, data on blood donation, emergency medical services and first aid and sales of prescription medicines as well as results of the National Health Account developed for 2019, 2020 and 2021 and preliminary estimates for 2022. The information of Ministry of Health on health care expenditures according to the methodology included in the law of the Act of August 27 2004 on health care services financed from public funds, Art. 131c (Journal of Laws of 2022, item 2561), was also presented.

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

We would also encourage you to read other studies on health and health care, that are available at https://stat.gov.pl/en/topics/health/.

We hope this publication will prove to be a valuable source of knowledge about health and health care in Poland.

Director of the Social Survey and Labour Market Department	Director of the Statistical Office in Krakow	President of Statistics Poland
Piotr Łysoń, Ph.D.	Agnieszka Szlubowska	Dominik Rozkrut, Ph.D.

Warsaw, December 2023

Spis treści
Contents

Przedmowa . . . 3
Preface . . . 4

Spis tablic . . . 3
List of tables . . . 4

Spis wykresów . . . 3
List of charts . . . 4

Spis map . . . 3
List of maps . . . 4

Objaśnienia znaków umownych . . . 20
Symbols . . . 20

Ważniejsze skróty . . . 20
Main abbreviations . . . 20

Synteza . . . 22
Synthesis . . . 28

Częśc I. Wyniki badań . . . 34
Part I. Results of surveys . . . 34

1. Stan zdrowia . . . 34
1. Health status . . . 34

1.1. Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2022 r. . . . 34
1.1. Incidence of selected infectious diseases in 2022 . . . 34

1.2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2020 r. . . . 42
1.2. Incidence of malignant neoplasms in 2020 . . . 42

1.3. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji w 2021 r. . . . 46
1.3. Treated in clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions in 2021 . . . 46

2. Opieka zdrowotna . . . 51
2. Health care . . . 51

2.1. Krwiodawstwo . . . 51
2.1. Blood donation . . . 51

2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna . . . 55
2.2. Inpatient health care . . . 55

2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna . . . 99
2.3. Out–patient health care . . . 99

2.4. Ratownictwo medyczne . . . 108
2.4. Emergency medical services . . . 108

2.5 Apteki 125
2.5. Pharmacies 125

2.6. Sprzedaż leków na receptę 130
2.6. Sale of prescription medicines 130

2.7. Kadra medyczna 140
2.7. Medical personnel 140

2.8. Służba medycyny pracy 163
2.8. Occupational medicine 163

3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej 167
3. Economic aspects of healthcare 167

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia 167
3.1. National Health Account 167

3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia 174
3.2. Public expenditure on health care 174

3.3. Satelitarny rachunek zdrowia 178
3.3. Satellite health account 178

4. Wybrane problemy 182
4. Selected problems 182

4.1. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych 182
4.1. Measurement of access to public hospital services 182

4.2. Współpraca międzynarodowa w ramach statystyki niefinansowej zdrowia i ochrony zdrowia – opracowanie niefinansowych kwestionariuszy 194
4.2. International cooperation within the framework of non-financial health and health care statistics – description of non-expenditure questionnaires 194

CZĘŚĆ II. UWAGI METODOLOGICZNE 199
1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH 199
2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE 201
3. PODSTAWOWE DEFINICJE 210

PART II. METHODOLOGICAL NOTES 219
1. SOURCES OF STATISTICAL DATA 219
2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS 221
3. BASIC DEFINITIONS 229

Spis tablic
List of tables

Tablica 1. Zachorowania i zapadalność na gruźlicę w 2022 r. 42
Table 1. Incidence of tuberculosis in 2022 42

Tablica 2. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg umiejscowienia 44
Table 2. Malignant neoplasms incidence per 100 thousand population by location 44

Tablica 3. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy . . 48
Table 3. Mental and behavioral disorders and addictions – in details 48

Tablica 4. Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi 54
Table 4. Blood donors, collected blood and prepared blood components 54

Tablica 5. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej 78
Table 5. Inpatient health care facilities 78

Tablica 6. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego 84
Table 6. Dynamics of health resort beds in health resort facilities 84

Tablica 7. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym 85
Table 7. Dynamics of health resort patients (inpatient and out–patients) 85

Tablica 8. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym 86
Table 8. Dynamics of health resort Polish and foreign inpatients 86

Tablica 9. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2022 r. 97
Table 9. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2022 97

Tablica 10. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego 98
Table 10. Health resort facilities 98

Tablica 11. Struktura porad ambulatoryjnych wg wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2022 r. 103
Table 11. The structure of out–patients consultations by age of patients and population structure in 2022 103

Tablica 12. Podmioty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz udzielone porady 108
Table 12. Providers of out-patient health care units and consultations 108

Tablica 13. Ratownictwo medyczne i pomoc doraźna 121
Table 13. Emergency medical services and first aid 121

Tablica 14. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w 2022 r. 122
Table 14. Events involving fire brigades in 2022 122

Tablica 15. Wypadki tonięcia w 2022 r. 124
Table 15. Drowning incidents in 2022 124

Tablica 16. Apteki i punkty apteczne 129
Table 16. Pharmacies and pharmaceutical outlets 129

Tablica 17. Sprzedaż leków na receptę 133
Table 17. Sales of prescription medicines 133

Tablica 18. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego 141
Table 18. Persons entitled to practice medical profession 141

Tablica 19. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców wg województw ... 151
Table 19. Persons working directly with the patient on 10 thousand population by voivodships ... 151

Tablica 20. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem 154
Table 20. Selected specialisations of practicing doctors 154

Tablica 21. Wybrane specjalizacje lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem 156
Table 21. Selected specialisations of dentists working directly with the patient 156

Tablica 22. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem 161
Table 22. Persons working directly with the patient 161

Tablica 23. Średnia wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem 162
Table 23. Average age of people working directly with the patient 162

Tablica 24. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział PKB 162
Table 24. Current expenditure on health care and its share in GDP 162

Tablica 25. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD 172
Table 25. Current expenditure on health care in OECD countries 172

Tablica 26. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB dla roku bieżącego N i N–2, zgodnie z ustawą 175
Table 26. Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N and N–2, according to the Act 175

Tablica 27. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy 175
Table 27. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act 175

Tablica 28. Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące) 179
Table 28. Production account and generation of income account for health care providers HP in 2019 (in millions PLN, current prices) 179

Tablica 29. Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia HC w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące) 180
Table 29. Supply and use of health care goods and services HC in 2019 (in milions PLN, current prices) 180

Tablica 30. Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące) 181
Table 30. Investments outlays in health care in 2019 (in millions PLN, current prices) 181

Tablica 31. Badania diagnostyczne - tomograf komputerowy w krajach OECD 195
Table 31. Computed Tomography exams in OECD countries 195

Tablica 32. Operacja zaćmy w krajach OECD 197
Table 32. Cataract surgery in OECD countries 197

Spis wykresów
List of charts

Wykres 1. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby na 100 tys. ludności 35
Chart 1. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population 35

Wykres 2. Zapadalność na różyczkę, świnkę i szkarlatynę na 100 tys. ludności 36
Chart 2. Incidence of rubella, mumps and scarlet fever per 100 thousand population 36

Wykres 3. Zapadalność na zapalenia jelit i zatrucia pokarmowe na 100 tys. ludności 37
Chart 3. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population 37

Wykres 4. Zapadalność na zapalenie mózgu i opon mózgowych na 100 tys. ludności 38
Chart 4. Incidence of encephalitis and meningitis per 100 thousand population 38

Wykres 5. Zapadalność na grypę wraz z podejrzeniami zachorowań na 100 tys. ludności 39
Chart 5. Incidences of influenza and suspicious cases per 100 thousand population 39

Wykres 6. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności 41
Chart 6. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population 41

Wykres 8. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe według płci i umiejscowienia nowotworu w 2020 r. (w %) 43
Chart 8. Structure of the incidence of malignant neoplasms by sex and location in 2020 (in %) 43

Wykres 7. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg płci i grup wieku w 2020 r. 46
Chart 7. Incidence of malignant neoplasms by sex and age groups in 2020 46

Wykres 9. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania włącznie z uzależnieniami na 100 tys. ludności wg województw w 2021 r. 47
Chart 9. Mental and behavioral disorders including addictions per 100 thousand population by voivodships in 2021 47

Wykres 10. Zachorowalność na zaburzenia nerwicowe w tym odżywiania i zespoły behawioralne na 100 tys. ludności wg województw w 2021 r. 50
Chart 10. Incidences of neurotic disorders including including eating and behavioral syndromes per 100 thousand population by voivodships in 2021 50

Wykres 11. Krwiodawcy według płci i wieku w 2022 r. 52
Chart 11. Blood donors by sex and age in 2022 52

Wykres 12. Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych wg województw 57
Chart 12. Inpatients in general hospitals by voivodships 57

Wykres 13. Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw 58
Chart 13. Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodship 58

Wykres 14. Pacjenci leczeni dziennie w stacjonarnych i dziennych szpitalach ogólnych wg województw 59
Chart 14. Day care patients in general hospitals including day care hospitals by voivodships 59

Wykres 15. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych 61
Chart 15. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals 61

Wykres 16. Pacjenci leczeni stacjonarniea na oddziałach w szpitalach ogólnych 63
Chart 16. Number of inpatientsa in wards of general hospitals 63

Wykres 17. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2022 r. 64
Chart 17. Beds and number of inpatients per one bed in wards of general hospitals in 2022 64

Wykres 18. Średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych 66
Chart 18. Average patient stay in hospital wards 66

Wykres 19. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalach ogólnych wg województw 67
Chart 19. Average patient stay in hospital wards by voivodship 67

Wykres 20. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych wg województw (w %) 68
Chart 20. Occupancy rate in general hospitals by voivodships (in %) 68

Wykres 21. Łóżka i pacjenci zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2022 r. 70
Chart 21. Beds and inpatients of psychiatric facilities in 2022 70

Wykres 22. Struktura wieku pacjentów w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno–paliatywnej w 2022 r. 72
Chart 22. Age structure of patients in long term care facilities including hospices and palliative wards in 2022 72

Wykres 23. Pacjenci w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej i hospicyjno–paliatywnej wg płci i grup wieku w 2022 r. 72
Chart 23. Patients in long term care facilities including hospices and palliative wards by sex and age groups in 2022 72

Wykres 24. Pacjenci i łóżka w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej wg rodzaju zakładu w 2022 r. 73
Chart 24. Residents and beds in long term care facilities by type of the facility in 2022 73

Wykres 25. Łóżka w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych 75
Chart 25. Beds in chronic medical care homes and nursing homes 75

Wykres 26. Pacjenci w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych 76
Chart 26. Residents in chronic medical care homes and nursing homes 76

Wykres 27. Łóżka i pacjenci w hospicjach 78
Chart 27. Beds and inpatients in hospices 78

Wykres 28. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej 79
Chart 28. Average length of stay in inpatient health care facilities 79

Wykres 29. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. 83
Chart 29. Health resort facilities. 83

Wykres 30. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu 83
Chart 30. Beds in health resort facilities by type of the facility 83

Wykres 31. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego 85
Chart 31. Inpatients in health resort facilities 85

Wykres 32. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego 86
Chart 32. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities 86

Wykres 33. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego wg płci 86
Chart 33. Patients of health resort facilities by sex 86

Wykres 34. Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku wg grup wieku w 2022 r. 88
Chart 34. Average stay of inpatient in health resort facilities by age structure in 2022 88

Wykres 35. Struktura kuracjuszy leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg sposobu finansowania pobytu w 2022 r. 89
Chart 35. Structure of inpatients in health resort facilities by type of financing in 2022 89

Wykres 36. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego 90
Chart 36. Self–pay inpatients in health resort facilities 90

Wykres 37. Struktura zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu 2022 r. 90
Chart 37. Structure of health resort services by type of the facility in 2022 90

Wykres 38. Struktura zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zabiegu w 2022 r. 91
Chart 38. Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2022 91

Wykres 39. Stopień przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych . . 92
Chart 39. Degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons 92

Wykres 40. Stopień przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych 92
Chart 40. Degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons 92

Wykres 41. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych 93
Chart 41. Beds in health resort sanatoria 93

Wykres 42. Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium wg grup wieku w 2022 r. 94
Chart 42. Average stay of inpatient in sanatoria by age structure in 2022 94

Wykres 43. Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych 95
Chart 43. Beds in health resort hospital 95

Wykres 44. Średni czas pobytu kuracjusza w szpitalu uzdrowiskowym wg grup wieku w 2022 r. 96
Chart 44. Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2022 96

Wykres 45. Przychodnie według charakteru miejscowości 99
Chart 45. Out–patient departments by class of locality 99

Wykres 46. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych według charakteru miejscowości 100
Chart 46. Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources by class of locality 100

Wykres 47. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2022 r. 100
Chart 47. Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2022 100

Wykres 48. Struktura porad ambulatoryjnych w 2022 r. 101
Chart 48. Structure of out–patient health care consultations in 2022 101

Wykres 49. Przychodnie i udzielone w nich porady 102
Chart 49. Out–patient departments and doctors' consultations 102

Wykres 50. Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady 102
Chart 50. Medical practices and doctors' consultations 102

Wykres 51. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2022 r. 104
Chart 51. Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2022 104

Wykres 52. Udział teleporad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad w 2022 r. 105
Chart 52. Share of teleconsultations in ambulatory heath care by type of consultations in 2022 ... 105

Wykres 53. Porady i teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg województw w 2022 r. 105
Chart 53. Consultations and teleconsultations in ambulatory heath care by voivodships in 2022 .. 105

Wykres 54. Podmioty ambulatoryjne (przychodnie i praktyki lekarskie) na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r. 106
Chart 54. Out–patient health care (out–patient department and doctor practices) per 10 thousand population by voivodships in 2022 106

Wykres 55. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca wg województw w 2022 r. 107
Chart 55. Consultations provided in out–patient health care per capita by voivodships in 2022 107

Wykres 56. Skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego wg głównego miejsca pracy 111
Chart 56. The medical staff in the emergency rescue teams in main workplace 111

Wykres 57. Struktura wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia w 2022 r. 112
Chart 57. The structure of calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place in 2022 112

Wykres 58. Struktura płci osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wg miejsca zdarzenia w 2022 r. 113
Chart 58. The sex structure of persons who received health care benefits in the place of occurrence by the type of occurrence place in 2022 113

Wykres 59. Struktura wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia i województw w 2022 r. 114
Chart 59. The structure of calls of emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place and voivodships in 2022 114

Wykres 60. Struktura wieku osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia oraz osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć w 2022 r. 118
Chart 60. The structure of age of 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 in 2022 118

Wykres 61. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg zakresu świadczeń w 2022 r. 119
Chart 61. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms under the outpatient treatment by type of services in 2022 119

Wykres 62. Struktura miejscowych zagrożeń wg ich rodzaju w 2022 r. 122
Chart 62. Structure of local threats by type in 2022 122

Wykres 63. Struktura ofiar utonięć wg grup wieku w 2022 r. 123
Chart 63. Structure of victims of drowning by age in 2022 123

Wykres 64. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny 125
Chart 64. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet 125

Wykres 65. Stopień przystosowania dla potrzeb osób niepełnosprawnych aptek ogólnodostępnych w miastach oraz aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych na wsi 127
Chart 65. Degree of adjustment to the needs of the disabled persons in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas 127

Wykres 66. Struktura pracujących w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2022 r. . 128
Chart 66. Structure of employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2022 128

Wykres 67. Wartość refundacji oraz dopłaty do leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca .. 133
Chart 67. Medicine reimbursement value and value of patients' subsidies to medicines per capita of Poland 133

Wykres 68. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2022 r. 134
Chart 68. Prescription medicines sales value in the voivodship per capita in 2022 134

Wykres 69. Udział sprzedaży leków na receptę w ramach grup anatomicznych (ATC) w 2022 r. 139
Chart 69. Share in sale of prescription medicines within Anatomical Groups (ATC) in 2022 139

Wykres 70. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki oraz położnej 142
Chart 70. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife 142

Wykres 71. Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku 143
Chart 71. Doctors entitled to perform profession by age 143

Wykres 72. Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku 143
Chart 72. Dentists entitled to perform profession by age 143

Wykres 73. Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku 144
Chart 73. Nurses entitled to perform profession by age 144

Wykres 74. Położne posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku 145
Chart 74. Midwives entitled to perform profession by age 145

Wykres 75. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce 146
Chart 75. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland 146

Wykres 76. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem 147
Chart 76. Persons working directly with patient 147

Wykres 77. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności 153
Chart 77. Selected specialisations of practicing doctors (with specialization in the II degree and specialist title) per 100 thousand population 153

Wykres 78. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców 157
Chart 78. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population 157

Wykres 79. Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku 158
Chart 79. Structure of doctors working directly with patient by gender and age groups 158

Wykres 80. Struktura lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku 159
Chart 80. The structure of dentists working directly with the patient by gender and age group 159

Wykres 81. Struktura pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku 160
Chart 81. The structure of nurses working directly with the patient by gender and age groups 160

Wykres 82. Struktura położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku 161
Chart 82. The structure of midwives working directly with the patient by sex and age group 161

Wykres 83. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2022 r. 163
Chart 83. Structure of occupational medicine service units in 2022 163

Wykres 84. Struktura lekarzy medycyny pracy wg wymogów kwalifikacyjnych w 2022 r. 164
Chart 84. Structure of occupational physicians by qualification in 2022 164

Wykres 85. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych 165
Chart 85. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination 165

Tablica 23. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB 168
Table 23. Current expenditure on health care and its share in GDP 168

Wykres 86. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg systemów finansowania w 2021 r. 169
Chart 86. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2021 169

Wykres 87. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2021 r. 170
Chart 87. Current expenditure on health care according to functions in 2021 170

Wykres 88. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców usług zdrowotnych w 2021 r. 171
Chart 88. Current expenditure on health care according to providers in 2021 171

Wykres 89. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg przychodów systemów finansowania w 2021 r. 172
Chart 89. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2021 172

Wykres 90. Wzrost wydatków ujętych w Narodowym Rachunku Zdrowia 174
Chart 90. Increase of expenditure in National Health Account 174

Wykres 91. Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy w 2022 r. 177
Chart 91. Share in expenditure on health care by categories according to the provisions of the Act in 2022 177

Wykres 92. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia 177
Chart 92. Increase in health care expenditure 177

Wykres 93. Struktura wartości dodanej brutto według świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2019 r. (w %) 178
Chart 93. Structure of gross value added by health care providers HP in 2019 (in %) 178

Wykres 94. Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2019 r. 180
Chart 94. The share of health care providers HP in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2019 180

Wykres 95. Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania 190

Chart 95. Number of people who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service or in the poviat's – the place of residences 190

Spis map
List of maps

Mapa 1. Zapadalność na grypę wraz z podejrzeniami zachorowań na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r. . . . 38
Map 1. Influenza incidence and suspected cases per 100 thousand population by voivodships in 2022 . . . 38

Mapa 2. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r. . . . 40
Map 2. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population by voivodships in 2022 . . . 40

Mapa 3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg płci i województw w 2020 r. . . . 45
Map 3. New cases of malignant neoplasms per 100 thousand population by sex and voivodships in 2020 . . . 45

Mapa 4. Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2022 r. . . . 51
Map 4. Blood Centres and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2022 . . . 51

Mapa 5. Krwiodawcy według województw w 2022 r. . . . 53
Map 5. Blood donors by voivodships in 2022 . . . 53

Mapa 6. Szpitale ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r. . . . 56
Map 6. General hospitals per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2022 . . . 56

Mapa 7. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r. . . . 74
Map 7. Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2022 . . . 74

Mapa 8. Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r. . . . 74
Map 8. Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2022 . . . 74

Mapa 9. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2022 r. . . . 77
Map 9. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2022 . . . 77

Mapa 10. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2022 r. . . . 78
Map 10. Inpatients in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2022 . . . 78

Mapa 11. Uzdrowiska w Polsce w 2022 r. . . . 82
Map 11. Health resort areas in Poland in 2022 . . . 82

Mapa 12. Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2022 r. . . . 84
Map 12. Location of health resort beds in 2022 . . . 84

Mapa 13. Kuracjusze leczeni stacjonarnie wg rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2022 r. . . . 87
Map 13. Inpatients by type of health resort facilities in 2022 . . . 87

Mapa 14. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r. 110
Map 14. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2022 110

Mapa 15. Zespoły ratownictwa medycznego i osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej w miejscu zdarzenia na 1 tys. ludności wg województw w 2022 r. 112
Map 15. Emergency rescue teams and persons who received health care benefits in the place of occurrence per 1 thousand population by voivodship in 2022 112

Mapa 16. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2022 r. 115
Map 16. Median time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence place in 2022 115

Mapa 17. Struktura wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz struktura wyjazdów, w których czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego przekroczył ustawowe normy w 2022 r. 116
Map 17. The structure of calls of emergency rescue teams unrelated to the state of sudden health threat and the structure of calls of emergency rescue teams with exceeded arrival time regarding the statutory standard in 2022 116

Mapa 18. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2022 r. 118
Map 18. Hospital emergency wards and admission rooms by voivodships in 2022 118

Mapa 19. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć na 1 tys. ludności wg województw w 2022 r. 120
Map 19. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms per 1 thousand population by voivodships in 2022 120

Mapa 20. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny wg powiatów w 2022 r. 126
Map 20. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2022 126

Mapa 21. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg województw w 2022 r. 128
Map 21. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships in 2022 128

Mapa 22. Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2022 r. 131
Map 22. Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2022 131

Mapa 23. Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r. 132
Map 23. Number of electronic prescriptions per capita poviat in 2022 132

Mapa 24. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r. . 135
Map 24. Medicine sale value per capita poviat in 2022 135

Mapa 25. Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r. 136
Map 25. Medicine reimbursement value per capita poviat in 2022 136

Mapa 26. Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r. . 137
Map 26. Value of patients' subsidies to medicines per capita poviat in 2022 137

Mapa 27. Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2022 r. 138
Map 27. Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2022 138

Mapa 28. Wartość sprzedaży leków na receptę związanych z układem sercowo-naczyniowym w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r. 140
Map 28. Sales value of prescription medicines related to the cardiovascular system per capita poviat in 2022 140

Mapa 29. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2022 r. 148
Map 29. Doctors working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2022 148

Mapa 30. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2022 r. 149
Map 30. Dentists working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2022 149

Mapa 31. Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2022 r. 150
Map 31. Nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2022 150

Mapa 32. Położne pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wg województw w 2022 r. 151
Map 32. Midwives working directly with patient per 10 thousand females by voivodships in 2022 151

Mapa 33. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w 2022 r. 183
Map 33. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population in 2022 183

Mapa 34. Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2022 ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2021 184
Map 34. The difference in the number of people who have benefited in 2022 from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population compared to 2021 184

Mapa 35. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2022 r. 185
Map 35. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's – the place of residences, per 1 thousand population in 2022 185

Mapa 36. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2022 r. 186
Map 36. People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) finances by the National Health Fund, in a different poviat than the poviat's place of residences, per 1 thousand population in 2022 186

Mapa 37. Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2022 r. 187
Map 37. Percentage of patients – population of poviat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviat of the place of residence, in the total number of patients – population of poviat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2022 187

Mapa 38. Różnica w odsetku pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2022 r. w porównaniu do roku 2021 188
Map 38. The difference in the percentage of patients – population of poviat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviat of the place of residence, in the total number of patients – population of poviat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2022 compared to 2021 188

Mapa 39. Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsca zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2022 r. 189
Map 39. Percentage of patients – population of poviat who migrated to poviats other than the poviat – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund in 2022 189

Mapa 40. Spadek lub wzrost liczby osób – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenie w porównaniu do roku 2021 191
Map 40. Decrease or increase in the number of poviat population who have benefited from out–patient specjalized health care, regardless of the place of providing the service compared to 2021 191

Mapa 41. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie szpitalne na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2022 r. 192
Map 41. Percentage of patients – citizens of Ukraine who received hospital services in a hospital ward typical for the first reference level in the poviat in the total number of patients in 2022 192

Mapa 42. Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2022 r. 193
Map 42. Percentage of patients – citizens of Ukraine who received in out-patient specialized health care in the poviat in the total number of patients in 2022 193

Objaśnienia znaków umownych
Symbols

Symbol Symbol		Opis Description
Kreska	(–)	zjawisko nie wystąpiło magnitude zero
Kropka	(.)	brak informacji no data
Znak	(x)	wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe not applicable
"w tym" "of which"		oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy indicates that not all elements of the sum are given
Zero	(0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,5 magnitude not zero, but less than 0.5 of a unit
	(0,0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,05 magnitude not zero, but less than 0.05 of a unit

Ważniejsze skróty
Main abbreviations

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
AOS	Ambulatoryjna Specjalistyczna Opieka Zdrowotna Out–patient specialist health care
CU	Centrum urazowe Trauma center
Eurostat	Europejski Urząd Statystyczny European Statistical Office
GUS	Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland
HEMS	Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego Helicopter Emergency Medical Service
IPIN	Instytut Psychiatrii i Neurologii Institute of Psychiatry and Neurology
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego Local government units
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
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Ministry of Family and Social Policy

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

Synteza

Analizy wykonano głównie w oparciu o dane zamieszczone w dostępnym w Internecie Aneksie tabelarycznym stanowiącym integralną część niniejszej publikacji, które wzbogacone wynikami innych prac studyjnych prowadzonych w ramach statystyki publicznej, pozwalają na sformułowanie wniosków odnośnie głównych aspektów opieki zdrowotnej w 2022 r.

Stan zdrowia[1]

W 2022 roku, w porównaniu do 2021 roku, na terenie kraju odnotowano wzrost występowania przypadków zachorowań na choroby zakaźne za wyjątkiem salmonelloz – 6 575 zachorowań w kraju, o 20,7% mniej przypadków, i grupy chorób klasyfikowanych jako inne bakteryjne zatrucia pokarmowe – 307 zachorowań, o 6,7% przypadków mniej niż w roku poprzednim.

Zarejestrowano 4 703,1 tys. zachorowań na grypę, o 58,2% tj. 1 729,3 tys. przypadków więcej niż przed rokiem. Wskaźnik zapadalności wyniósł 12 433 zachorowania na 100 tys. ludności i było to o 4 605 przypadków więcej niż w 2021 roku.

Odnotowano znaczny wzrost występowania biegunek u dzieci do lat dwóch – 29,9 tys. zachorowań, zapadalność to 4 533 zachorowania na 100 tys. dzieci w tym wieku, o 1 628 przypadków więcej niż w roku poprzednim. Zarejestrowano 4,6 razy więcej rozpoznań zapalenia jelit wywołanego przez rotawirusy – 34,2 tys. zachorowań, co oznacza 90 przypadków na 100 tys. ludności, o 71 przypadków więcej niż w poprzednim roku. Także 4,8 razy częściej notowana była szkarlatyna – 12,7 tys. zachorowań w skali kraju i była to zapadalność rzędu 34 przypadków na 100 tys. ludności, o 26,5 przypadku więcej niż w 2021 roku.

Znaczny wzrost zachorowalności odnotowano także dla boreliozy, zwanej chorobą z Lyme – 17,4 tys. przypadków. Zapadalność na 100 tys. ludności kraju wyniosła blisko 46 przypadków na 100 tys. ludności, o 13 przypadków więcej niż w roku poprzednim.

Zwiększyła się liczba zarejestrowanych nowych przypadków wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów, ale największy, ponad dwukrotny wzrost, dotyczył WZW typu C – 2 527 zachorowań w kraju, co oznacza wzrost zapadalności o 3,4 przypadki na 100 tys. ludności. W przypadku WZW typu B zdiagnozowano 2 500 nowych zachorowań, i był to wzrost zapadalności o 2,5 przypadku na 100 tys. ludności.

Do grupy chorób często diagnozowanych w ostatnich dwóch latach zaliczyć można zapalenie jelit wywołane przez Clostridium difficile. W 2022 roku stwierdzono 21,6 tys. takich zachorowań, oznacza to zapadalność na poziomie 57 przypadków na 100 tys. ludności (o 1,3 przypadku więcej niż w roku poprzednim).

Więcej niż przed rokiem odnotowano przypadków nagminnego zapalenia przyusznic (tzw. świnka) – 922 zachorowania. Wskaźnik zapadalności wynosił 2,4 na 100 tys. ludności i był niemal dwukrotnie wyższy niż w roku poprzednim.

Zarejestrowano 4 314 zachorowań na gruźlicę płucną i pozapłucną[2] i było to o 16,5% więcej (610 przypadków) niż przed rokiem. Najczęstszą postacią gruźlicy jest gruźlica płuc, która w 2022 roku stanowiła 96,2% przypadków (4 148 nowych przypadków i wznów).

W poradniach skórno-wenerologicznych z powodu kiły i rzeżączki było leczonych łącznie 2 805 osób, o 703 chorych więcej niż w 2021 roku. W przeliczeniu na ludność kraju było to 7,4 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 1,9).

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

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

W 2020 r. odnotowano w kraju 142,1 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe[3]. Było to o 14,7% mniej w porównaniu do 2019 roku. Wskaźnik zachorowalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 372,3 przypadki, o 61,8 mniej niż w roku poprzednim.

W 2021 r. opieką psychiatryczną w systemie ambulatoryjnym zostało objętych łącznie 1 874,9 tys. osób, o 11,9% więcej niż w roku poprzednim. Struktura rodzajów rozpoznań chorób psychicznych w 2021 r. była zbliżona do struktury chorób diagnozowanych w 2020 roku. Największy udział stanowiły rozpoznania z grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 87,9% ogółu rozpoznań (1 647,4 tys. osób), a spośród nich 40,8% stanowiły osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe (o 4,5 p. proc. więcej niż w 2020 roku).

Krwiodawstwo

W 2022 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe) oraz 135 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 622,1 tys. osób. W 2022 r. pobrano 1 427,3 tys. donacji krwi i jej składników. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 302,9 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 586,3 tys. litrów. Wśród dawców 78,1% 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 około 164 krwiodawców. Największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w województwie podlaskim – 257.

Stacjonarna opieka zdrowotna

Leczenie szpitalne jest formą opieki, 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 896 stacjonarnych ogólnodostępnych szpitali ogólnych dysponujących ponad 164 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,4 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 43,5 łóżek na 10 tys. mieszkańców, co oznacza, że na jedno łóżko przypadało 230 mieszkańców (o 5 mieszkańców więcej niż w 2021 r.). Hospitalizowanych było prawie 6 895,9 tys. pacjentów (o 8,9% więcej niż w roku poprzednim), a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 4 034,7 tys. pacjentów, o 18,0% więcej niż w 2021 r.

Kolejną formą opieki nad pacjentem, polegającą na podejmowaniu działań mających na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia są hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej. W 2022 r. odnotowano 131 hospicjów i 91 oddziałów opieki paliatywno–hospicyjnej działających niezależnie poza strukturą szpitala lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały 4,5 tys. łóżek i zapewniły opiekę 41,7 tys. pacjentów (o 16,7% więcej niż przed rokiem).

Innym rodzajem opieki medycznej jest stacjonarna opieka długoterminowa, sprawowana nad pacjentem zdiagnozowanym, o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu. Opieka ta świadczona jest w zakładach opiekuńczo–leczniczych oraz pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W 2022 r. odnotowano 611 zakładów tego typu, o 2,7% więcej niż w 2021 r. Baza łóżkowa wyniosła 37,2 tys., o 4,8% łóżek więcej niż przed rokiem. Opieką stacjonarną objęto prawie 65,4 tys. osób (o 5,0% więcej), przy czym 12,6% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej.

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

3 Dane nie obejmują grupy nowotworów in situ (D00-D09) klasyfikacji ICD-10; dotyczą nowotworów złośliwych (C00-C97) – dostęp 30.09.2023 r.

sądowej. W 2022 r. na terenie kraju funkcjonowało 61 szpitali psychiatrycznych, dysponujących 16,7 tys. łóżek (o 3,9% mniej niż w końcu 2021 r.). Przebywało w nich 179,6 tys. pacjentów, o 1,7% więcej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowało 56 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w tym MONAR). Dysponowały one łącznie prawie 2,5 tys. łóżek i skorzystało z nich 9,1 tys. osób uzależnionych (o 49,8% więcej niż w 2021 r.).

Formą opieki cieszącą 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 2022 szpitale i sanatoria dysponowały 45,6 tys. łóżek (o 0,3% więcej niż w 2021 r.). Z leczenia stacjonarnego skorzystało 742,0 tys. osób (o 40,0% więcej niż przed rokiem), natomiast w trybie ambulatoryjnym przyjęto 77,9 tys. osób (o 11,2% więcej niż rok wcześniej). Około 81,5% łóżek znajdowało się w sanatoriach, które przyjęły 79,3% ogółem 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 2022 r. zaobserwowano wzrost liczby przychodni (o 633 przychodnie więcej niż w roku poprzednim). W przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych nadal występuje tendencja spadkowa. Odnotowano 3,5 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 7,3% mniej niż w poprzednim roku), przy czym 2,8 tys. (81,9%) z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (o 7,5% mniej niż w poprzednim roku).

W 2022 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono prawie 336 mln porad[4] (o około 15 mln więcej niż w roku poprzednim).

W strukturze porad największą część (53,3%) stanowiły porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, 36,7% dotyczyło opieki specjalistycznej, a 10,0% porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 85,6% wszystkich porad ambulatoryjnych, z czego 48,2% dotyczyło opieki podstawowej, 41,7% – specjalistycznej, a 10,1% stanowiły porady stomatologiczne. Na obszarach wiejskich struktura porad ambulatoryjnych wyniosła odpowiednio: 83,5% , 7,1% i 9,4%.

Ratownictwo medyczne

W 2022 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowały 1 592 zespoły ratownictwa medycznego (o 5 więcej niż przed rokiem) oraz 21 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Zrealizowały one prawie 3,1 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia (o 11,8 tys. więcej niż w 2021 r.).

Na 1 000 ludności przypadały 82 osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej (w roku poprzednim 80 osób). W porównaniu z rokiem poprzednim nie zmieniła się znacząco struktura wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Prawie połowa (48,5%) osób, które wymagały pomocy medycznej stanowiły osoby w wieku 65 lat lub więcej. Pomocy medycznej nieznacznie częściej udzielano kobietom (50,5%) niż mężczyznom (49,5%). Sytuacja ta była odwrotna niż obserwowana w 2021 r. kiedy to mężczyznom udzielano częściej pomocy niż kobietom (odpowiednio 50,8% vs 49,2%).

W roku 2022 lotnicze zespoły ratownictwa medycznego wykonały 7 784 loty. Śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego najczęściej wzywane były do wypadków komunikacyjnych i pomocy ich ofiarom, udarów mózgu, nagłego zatrzymania krążenia oraz urazów.

4 Łącznie z poradami udzielonymi w placówkach podległych resortom MON i MSWiA, bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

W ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pomocy medycznej udzielało również 244 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 3 więcej niż przed rokiem). Ponadto, z systemem współpracowało 157 izb przyjęć (o 1 więcej niż w 2021 r.), 17 centrów urazowych oraz 11 centrów urazowych dla dzieci.

Apteki

W 2022 r. na terenie Polski zbadano 11 657 aptek ogólnodostępnych (o 209 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe i 1 119 punkty apteczne. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (11 646) należały do prywatnych właścicieli. W 2022 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało 3,2 tys. osób, w tym 2,3 tys. osób w miastach. Liczba ludności przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny na wsi wyniosła 5,1 tys. W 2022 r. , podobnie jak w roku poprzednim, stałe dyżury nocne pełniło 2,8% aptek ogólnodostępnych. Ponad 22% placówek pełniło dyżury okresowo. W 2022 r. jakiekolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych posiadało 78,9% aptek (podobnie jak przed rokiem). Były to najczęściej pochylnie, podjazdy, platformy. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu prowadziło 199 aptek ogólnodostępnych.

Sprzedaż leków na receptę

W 2022 roku wystawiono 453,3 mln recept (o 27,9 mln więcej niż przed rokiem), z czego 95,8% elektronicznych (w 2021 r. odsetek recept elektronicznych w ogólnej liczbie recept wyniósł 94,4%). Największy odsetek elektronicznych recept wystąpił, podobnie jak w roku 2021, w województwie pomorskim (97,0%), a najniższy w świętokrzyskim (94,7%).

W roku 2022 wartość sprzedaży wszystkich leków na receptę wyniosła 21,9 mld zł. Natomiast wartość refundacji to 8,6 mld zł.

Wartość sprzedaży w leków na receptę w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski to 578 zł, z czego 351 zł to dopłata pacjenta. Największa wartość sprzedaży leków na receptę, na jednego mieszkańca, wystąpiła w województwie łódzkim (653 zł), a najmniejsza - w podkarpackim (495 zł). Największą wartość sprzedaży leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w miastach na prawach powiatu: Zamościu (1 181 zł), Tarnowie (1 151 zł), Krośnie (1 136 zł), Chełmie (1 059 zł) i Siedlcach (1 004 zł), a najmniejszą w powiatach: przemyskim (107 zł), łomżyńskim (114 zł), siedleckim (125 zł), suwalskim (132 zł) i skierniewickim (136 zł). Najwięcej do leków na receptę dopłacił mieszkaniec województwa łódzkiego (392 zł), najmniej mieszkaniec podkarpackiego (301 zł). Najmniej do leków na receptę dopłacili przeciętnie mieszkańcy powiatów: przemyskiego (63,9 zł), łomżyńskiego (67,6 zł), siedleckiego (73,4 zł), skierniewickiego (79,3 zł) i suwalskiego (83,4 zł), a najwięcej mieszkańcy miast na prawach powiatów: Tarnów (693,9 zł), Krosno (688,5 zł), Zamość (685,4 zł), Siedlce (617,1 zł) i Chełm (615,3).

Największy udział w wartości sprzedanych leków w 2022 r. miały leki związane z układem sercowo-naczyniowym (20,9%), przewodem pokarmowym i metabolizmem (17,5%) oraz ośrodkowym układem nerwowym (14,9%).

Kadra medyczna

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

W 2022 r. wzrosła liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w podstawowych grupach zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Największy przyrost w 2022 r. zarejestrowano w grupie lekarzy (wzrost o 2,1%).

Zwiększyła się również liczba osób pracujących bezpośrednio z pacjentem w większości wspomnianych wyżej podstawowych grupach zawodów medycznych, z uwzględnieniem fizjoterapeutów. Największy wzrost, w porównaniu do poprzedniego roku, zaobserwowano w grupie fizjoterapeutów (o 5,2%) i lekarzy (o 1,2%). Spadek odnotowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (o 1,0%) oraz w grupie pielęgniarek (o 0,1%).

W 2022 r. nie zaobserwowano istotnych zmian w strukturze wieku lekarzy oraz lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu. Wśród lekarzy średnia wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem wyniosła 49 lat, wobec 48 lat w 2021 r. Wśród lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem średnia wieku osób podniosła się z 45 lat w 2021 r. do 46 lat w 2022 r.

Służba medycyny pracy

Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2022 roku została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości, corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz od jednostek służby medycyny pracy.

W 2022 r. zarejestrowano 5 534 jednostki podstawowe SMP, w tym prowadzone w ramach: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego (2 628), indywidualnych praktyk lekarskich (2 304), samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) (575) oraz grupowych praktyk lekarskich (27). W porównaniu z poprzednimi latami struktura jednostek podstawowych SMP nie zmieniła się istotnie.

Narodowy Rachunek Zdrowia

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

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2021 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 169,4 mld zł, co stanowiło 6,4% PKB. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (HC.1 - 56,1%).

Natomiast wstępne szacunki za 2022 r. wyniosły 205,6 mld zł, co stanowiło 6,7% PKB.

Nakłady publiczne na ochronę zdrowia

Nakłady na ochronę zdrowia opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia jest metodologią 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. z 2022 r., poz. 2561), odnosi się wyłącznie do środków publicznych i nie ogranicza się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmuje wydatków samorządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2022 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 133,6 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich wykonanie wyniosło 151,0 mld zł (w tym 5,5 mld zł z Funduszu Przeciwdziałania COVID–19 przekazanych NFZ), co stanowi 6,50% PKB (z roku N–2). Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2022 były o około 9,7 mld zł wyższe (o 6,9%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2021 r.

Satelitarny rachunek zdrowia

Satelitarny rachunek zdrowia pozwala ocenić udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w gospodarce narodowej. W 2019 r. wartość produkcji globalnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 170 490,2 mln zł i w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła o 9,5%. Wartość zużycia pośredniego dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 72 310,6 mln zł, natomiast wartość dodana brutto 98 179,6 mln zł (odpowiednio wzrost o 9,2% i 9,8% w stosunku do roku poprzedniego). Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tworzeniu produkcji globalnej brutto dla gospodarki narodowej wyniósł 3,7%, natomiast w generowaniu wartości dodanej brutto – 4,9%.

Szacunki satelitarnego rachunku zdrowia dostarczają również informacji dotyczących podaży i wykorzystania dóbr i usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz nakładów inwestycyjnych. W 2019 r. produkcja globalna dóbr i usług w ochronie zdrowia HC osiągnęła wartość 185 874,7 mln zł, o 9,5% więcej niż w roku poprzednim. Spożycie ogółem wyniosło 147 838,5 mln zł, z czego 71,4% dotyczyło instytucji rządowych i samorządowych. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wartość spożycia wyniosła 3 851 zł (w 2018 r. 3 495 zł). Wydatki poniesione w gospodarce narodowej przez inwestorów na budowę, zakup lub ulepszenie środków trwałych przeznaczonych dla potrzeb ochrony zdrowia w 2019 r. wyniosły 8 618,3 mln zł (wzrost o 4,7% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Synthesis

Analyzes based on the data included in the annex tables available on the Internet, constitute an integral part of this publication. The analyzes are enriched with the results of other studies conducted as a part of public statistics and they allow to formulate the following conclusions regarding the main aspects of health care in 2022.

State of health[5]

In 2022, compared to 2021, an increase in the incidence of infectious diseases was recorded in the country, with the exception of salmonellosis – 6 575 cases, by 20.7% less than last year and a group of diseases classified as other bacterial foodborne intoxications – 307 cases, by 6.7% less.

In Poland, 4 703.1 thousand influenza cases were registered, by 58.2%, i.e. 1 729.3 thousand more cases than a year ago. Incidence rate was 12 433 cases per 100 thousand population, and it was 4 605 cases more than in 2021. There was also a significant increase in the incidence of diarrhea in children under two years of age – 29.9 thousand cases, the incidence was 4 533 cases per 100 thousand children of this age, 1 628 cases more than in the previous year. There were 4.6 times more diagnoses of enteritis caused by rotaviruses – 34.2 thousand cases, which means 90 cases per 100 thousand population, 71 cases more more than in the previous year. Scarlet fever was also recorded 4,8 times more often – 12.7 thousand cases and the incidence was 34 cases per 100 thousand population, 26.5 cases more than in 2021. A significant increase in the incidence of Borreliosis, also known as Lyme disease was also recorded – 17.4 thousand cases. Incidence per 100 thousand country's population amounted to nearly 46 cases per 100 thousand population, 13 cases more than in the previous year.

The number of registered new cases of viral hepatitis of all types increased, but the largest increase, more than twofold, concerned hepatitis C – 2 527 cases in the country, which means an increase in the incidence by 3.4 cases per 100 thousand population. In the case of hepatitis B - 2 500 new cases were diagnosed, and the incidence increased by 2.5 cases per 100 thousand inhabitants.

A group of diseases frequently diagnosed in the last two years includes inflammation of the large and small intestines caused by Clostridium difficile. In 2022, 21.6 thousand cases were diagnosed, it means the incidence of 57 cases per 100 thousand population (1.3 cases more than in the previous year). There were much more cases of parotitis (so-called mumps) than a year ago – 922 cases, and the incidence rate was 2.4 per 100 thousand population and was almost twice as high as in the previous year.

In the country 4 314 cases were registered for pulmonary and extrapulmonary tuberculosis[6] and it was 16.5% more (610 cases) than a year ago. The most common form of tuberculosis is pulmonary tuberculosis, which accounted for 96.2% of cases in 2022 (4 148 new cases and recurrences).

In skin and venereology clinics, 2 805 people were treated for syphilis and gonorrhea, which is 703 more patients than in 2021. In terms of the country's population it was 7.4 cases per 100 thousand population (increase in the rate by 1.9).

In 2020 in the country, 142.1 thousand new cases of malignant neoplasms[7] were recorded, 14.7% less compared to 2019. Incidence rate per 100 thousand population amounted to 372.3 cases, 61.8 less than in the previous year. Fewer cases of all types of neoplasms were registered, but the structure of cases, considered

5 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.

6 Include all cases of tuberculosis, new cases and relapses, bacteriologically confirmed and unconfirmed.

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

on a national scale, was similar to 2019. The dominant neoplasm among women was breast cancer - 24.8% (17.5 thousand cases) and digestive organs - 17.6% (12.4 thousand) and among men, the most common cases were malignant neoplasms of the digestive organs - 22.5% (16.1 thousand cases) and neoplasms of the genital organs - 22.0% (15.7 thousand).

In 2020 in the country, 142.1 thousand new cases of malignant neoplasms[8] were recorded, 14.7% less compared to 2019. Incidence rate per 100 thousand population amounted to 372.3 cases, 61.8 less than in the previous year. Fewer cases of all types of neoplasms were registered, but the structure of cases, considered on a national scale, was similar to 2019. The dominant neoplasm among women was breast cancer - 24.8% (17.5 thousand cases) and digestive organs - 17.6% (12.4 thousand) and among men, the most common cases were malignant neoplasms of the digestive organs - 22.5% (16.1 thousand cases) and neoplasms of the genital organs - 22.0% (15.7 thousand).

In 2021, a total of 1 874.9 thousand people were provided with outpatient psychiatric care, by 11.9% more than in the previous year. The structure of the types of mental illness diagnoses in 2021 was similar to the structure diseases diagnosed in 2020. The largest share were diagnoses from the group of mental and behavioral disorders – 87.9% of all diagnoses (1 647.4 thousand people), and of them, 40.8% were people suffering from neurotic disorders (this was 4.5 percentage points higher than in 2020).

Blood donation

In 2022, there were 23 regional blood donation centers (including 2 departmental) and 135 local collection sites (including 7 under the responsibility of the Ministry of National Defense). The group of blood donors numbered 622.1 thousand people. In 2022, 1 427.3 thousand donations of blood and its components were collected. Blood donors donated a total of 1 302,9 thousand whole blood donation, i.e. approximately 586.3 thousand liters. Among the donors, 78,1% 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 approximately 164 blood donors per 10 thousand of population. The largest number of blood donors per 10 thousand citizens was in podlaskie voivodship – 257.

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 896 inpatient, publicly accessible general hospitals with above 164 thousand beds. In relation to the number of citizens, it was 2.4 hospitals per 100,000 inhabitants and 43.5 beds per 10,000 inhabitants, which means that it was 230 inhabitants per bed (5 more than in 2021). 6 895.9 thousand patients were hospitalized (8.9% more than in the previous year) and 4 034.7 thousand patients were treated in daycare mode in inpatient hospitals and so–called day care hospitals (18.0% more than in 2021).

Another form of inpatient care, consisting in taking measures to alleviate pain and suffering at the end of the patient's life are inpatient hospices and palliative care units. There were 131 hospices and 91 palliative and hospice care wards operating independently, outside the hospital structure, or within the structure of general hospitals. In total, these facilities had offered 4.5 thousand beds and provided care for 41.7 thousand patients (16.7% more than in previous year).

Another type of medical care is inpatients long–term care, provided to a diagnosed patient with a stable health condition and fixed treatment. It is provided to inpatients in chronic medical care homes as well

8 The data do not include the group of neoplasms in situ (D00-D09) of the ICD-10 classification; concern malignant neoplasms (C00-C97) registered in the National Cancer Registry of the National Institute of Oncology. Maria Skłodowska-Curie – National Research Institute.

as nursing homes of all types (i.e. general as well as psychiatric). In 2022, there were 611 facilities of this type, 2.7% more than in 2021. The bed base amounted to 37.2 thousand of beds, 4.8% more than in the previous year. Inpatient care was provided to 65.4 thousand persons (5.0% more) of which 12.6% were psychiatric care patients.

A different form of the heath care constitute the psychiatric treatment. Inpatient psychiatric care facilities include psychiatric hospitals, detoxification centers, addiction recovery centers, a.o. MONAR centers, state and regional centers of forensic psychiatry, psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes. In the country, there were 61 psychiatric hospitals with 16.7 thousand beds (3.9% less than at the end of 2021) that was used by 179.6 thousand patients (1.7% more than in the previous year). Moreover, there were 56 round the clock centers for addicted (rehabilitation centers for addicted to psychoactive substances and MONAR facilities). They had offered 2.5 thousand beds which were used by 9.1 thousand patients (49.8% more than in 2021).

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 2022 health resort hospitals and sanatoriums had offered 45.6 thousand beds (0.3% more than in 2021) which were used by 742.0 people (40.0% more). In ambulatory mode 77.9 thousand out–patients were serviced (11.2% more than in the previous year). About 81.5% of beds were located in sanatoriums, and nearly 79.3% of total number of health resorts patients were staying in sanatoriums.

Ambulatory health care

Primary health care and ambulatory health care constitute an important level in the health care system. Their condition and proficiency and effectiveness to a large extent depend on the effectiveness of the entire patient treatment process ant the efficiency of the medical care system.

In 2022, an increase in the number of out–patient departments was observed (by 633 out–patient departments 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. 3.5 thousand medical and dental practices providing services financed from public funds were recorded (almost 7.3% less than in the previous year), of with 2.8 thousand (81.9%) dental practices (7.5% less than in the previous year).

Over the course of 2022, almost 336 million consultations[9] were provided in ambulatory health care (almost 15 million more than the previous year).

In the structure of medical consultations, the main part of the consultations was given by primary health care (53.3%), 36.7% concerned specialist health care and 10.0% were given by dentists. Consultations given in urban areas accounted for 85.6% of all outpatient consultations, of which 48.2% concerned primary health care, 41.7% specialist outpatient care, and 10.1% of consultations was given by dentists. The structure of consultations given in facilities located in rural areas was: 83.5% were for primary care, 7.1% for ambulatory specialized care, and 9.4% for dental consultations.

Emergency Medical Services

In 2022 the State Emergency Medical Services System covered functioning of the 1 592 of emergency rescue teams (5 more than in previous year) and 21 medical air rescue teams. There were almost 3.1 million of calls of the emergency rescue teams (including medical air rescue teams) during which the emergency medical activities were provided (11.8 thousand more than in 2021).

9 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.

Per 1 thousand population there were 82 persons to whom the emergency rescue teams provided medical treatment (compared to 80 persons in 2021). Compared to the previous year the age structure of persons who received health care benefits in the place of occurrence has changed slightly. Almost half of people (48.5%) who required medical treatment were persons aged 65 and more. There were more woman than men to whom emergency rescue teams provided medical activities (50.5% vs 49.5%). This situation was opposite to observation from 2021 when men needs medical treatment often than woman (50.8% vs 49.2%).

In 2022, air medical rescue teams performed 7 784 flights. Helicopters of medical air rescue were called mostly to traffic accidents, and provided medical treatment to traffic accidents victims, strokes, sudden cardiac arrests and injuries.

The emergency medical treatment was also offered by 244 hospital emergency wards (3 more than in 2021). The cooperating units role was played by 157 admission rooms (1 more than in previous year), 17 trauma centers and 11 children trauma centers.

Pharmacies

In 2022, there were 11 657 generally available pharmacies examined in Poland (209 less than the year before), 24 dispensaries and 1 119 pharmaceutical outlets. Almost all generally available pharmacies (11 646) belonged to private owners. In 2022, there was an of 3.2 thousand citizens per one generally available pharmacy, including 2.3 thousand people in urban areas. The number of population per general available pharmacy and pharmaceutical outlets in rural areas amounted to 5.1 thousand. In 2022, similar to the previous year, there were 2.8% of generally available pharmacies on permanent night duty. More than 22.1% of them were on night duty periodically. In 2022, 78.9% of pharmacies had any facilities for the disabled (as in the previous year). These were most often slipways, driveways, platforms. There were 199 generally available pharmacies which were selling medicinal products via the Internet.

Sale of prescription medicines

In 2022, 453.3 million prescriptions were issued (27.9 million more than last year), 95.8% of which were electronic (in 2021, the percentage of electronic prescriptions in the total number of prescriptions was 94.4%). This percentage was comparable in all voivodships. The highest number of electronic prescriptions was issued in the pomorskie voivodship (97.0%), the lowest in the świętokrzyskie (94.7%).

In 2022, the sales value of all prescription medicines amounted to PLN 21.9 billion. The reimbursement value is PLN 8.6 billion.

The value of sales in prescription medicines per one inhabitant of Poland is PLN 578, of which PLN 351 is an additional payment for the patient. The highest value of sales of prescription medicines occurred in the łódzkie voivodship (PLN 653), and the least in the podkarpackie (PLN 495). Poviats with the highest sales value of prescription medicines per capita are the following: Zamość (PLN 1 181), Tarnów (PLN 1 151), Krosno (PLN 1 136), Chełm (PLN 1 059), Siedlce (PLN 1 004), and the lowest in the following poviats: przemyski (PLN 107), łomżyński (PLN 114), siedlecki (PLN 125), suwalski (PLN 132) and skierniewicki (PLN 136). A inhabitant of the łódzkie voivodship paid the most for prescription medicines (PLN 392), and a inhabitant of the podkarpackie the least (PLN 301). Inhabitants of the following poviats paid the least for prescription medicines: przemyski (PLN 63.9), łomżyński (PLN 67.6), siedlecki (PLN 73.4), skierniewicki (PLN 79.3), and suwalski (PLN 83.4) and the most – inhabitant of cities with poviat rights: Tarnów (PLN 693.9), Krosno (PLN 688.5), Zamość (PLN 685.4), Siedlce (PLN 617.1) and Chełm (PLN 615.3).

In 2022 the largest share in sales values of prescription medicines were medicines into cardiovascular system (20.9%), digestive tract and metabolism (17.5%), and central nervous system (14.9%).

Medical Personnel

Human resources are an important element determining the effectiveness of any health care system. The effectiveness of the health care system and the quality of medical services provided depend mainly on the knowledge, skills and motivation of health care workers. The number of people authorized to practice the medical profession, the number of people actually working with patients, and the level of education of human resources in health care are important.

In 2022, the number of people licensed to practice in the primary groups of medical professions increased: doctors, dentists, nurses, midwives, pharmacists and laboratory diagnosticians. The largest increase in 2022 was registered in the group of doctors (increase by 2.1%).

The number of people working directly with patients in most of the above-mentioned basic groups of medical professions, including physiotherapists, has also increased. The largest increase, compared to the previous year, was observed in the group of physiotherapists (by 5.2%) and doctors (by 1.2%). A decrease was recorded in the group of laboratory diagnosticians (by 1.0%) and in the group of nurses (by 0.1%).

In 2022, no significant changes were observed in the age structure of doctors and dentists licensed to practice the profession. Among doctors, the average age of people working directly with patients was 49 years old, compared to 48 years in 2021. Among dentists working directly with patients, the average age of people increased from 45 years in 2021 to 46 years in 2022.

Occupational medicine

The analysis of human resources and the activities of the occupational medicine service in Poland in 2022 was developed based on information obtained as part of mandatory reporting, obtained annually from doctors authorized to perform preventive examinations of employees and from units of the occupational medicine service. In 2022, 5,534 basic occupational medicine units were registered, including those run within: enterprises of a healthcare entity (2,628), individual medical practices (2,304), independent public health care facilities (spzoz) (575) and group medical practices (27). Compared to previous years, the structure of SMP basic units has not changed significantly.

National Health Accounts

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

According to the National Health Account for 2021, current expenditure on health care amounted to PLN 169.4 billion, which was 6.4% of GDP. The functional structure of expenditure has not changed significantly. The largest part was expenditure on medical services (HC.1 – 56.1%).

On the other hand, the preliminary estimates for 2022 amounted to PLN 205.6 billion, which represented 6.7% 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 2004 No. U. of 2022, item 2561), 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 to monitor and evaluate public funding for health care protection.

In accordance with the Budget Act for 2022 and the initial plan of the National Health Fund, funds amounting to PLN 133.6 billion were planned for this year, which in the course of the year were increased and their implementation amounted to PLN 151.0 billion (including PLN 5.5 billion from the COVID-19 Anti-Covid-19 Fund transferred to the National Health Fund), which represents 6.50% of GDP (from the year N-2). It should be emphasised that in 2022 these funds were about PLN 9.7 billion higher (by 6.9%) than the expenditures allocated to health care in 2021.

Satellite health account

Satellite Health Account allows to assess the share of health care providers HP in the national economy. In 2019, the gross output for healthcare providers amounted to PLN 170 490.2 million and increased by 9.5% compared to the previous year. The intermediate consumption for health care providers amounted to PLN 72 310.6 million, while the gross value added was PLN 98 179.6 million (respectively an increase of 9.2% and 9.8% compared to the previous year). The share of health care providers in generating gross output for the national economy was 3.7%, and in generating gross added value – 4.9%.

Estimates of Satellite Health Account also provide information on the supply and use of health care goods and services as wll as investments outlays. In 2019, the gross output of health care goods and services HC amounted to PLN 185 874.7 million, 9.5% more than in the previous year. Final consumption expenditure amounted to PLN 147 838.5 million, of which 71.4% by general government. The value of consumption per capita amounted to PLN 3 851 (in 2018 – 3 495). 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 2019 amounted to PLN 8 618.3 million (an increase of 4.7% compared to the previous year).

CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ
Part I. Results of surveys

1. STAN ZDROWIA
1. Health status

Podstawowy zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie ludności Polski pochodzi z corocznych badań statystycznych resortu zdrowia. Zakres tematyczny tych badań dotyczy głównie zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby. Wśród nich wyróżnić można:

- choroby zakaźne (w tym gruźlica oraz choroby weneryczne),
- nowotwory złośliwe,
- choroby i zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

1.1. Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2022 r.
1.1. Incidence of selected infectious diseases in 2022

W związku z obowiązkowymi, bezpłatnymi szczepieniami, realizowanymi w ramach Programu Szczepień Ochronnych, popularnie nazywanym Kalendarzem szczepień, od wielu lat nie odnotowuje się zachorowań na niektóre choroby objęte programem, takie jak na przykład błonica (inaczej dyfteryt, krup) czy nagminne porażenie dziecięce wywołane dzikim szczepem wirusa Polio (Poliomyelitis, inaczej choroba Heinego – Medina). Nie są także notowane zachorowania wywołane wirusem pochodzenia szczepionkowego. W przypadku innych chorób zakaźnych zachorowania występują sporadycznie lub w niewielkich ilościach. Nadal jednak odsetek dzieci zaszczepionych skutecznie zapobiega epidemicznym wzrostom zachorowań.

Do szczepień obowiązkowych zaliczamy szczepienia przeciwko: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, błonicy, krztuścowi, tężcowi, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis), odrze, śwince, różyczce, inwazyjnemu zakażeniu Streptococcus pneumoniae (pneumokokowym), inwazyjnym zakażeniom Haemophilus influenzae typu B, zakażeniom wywołanym przez rotawirusy i ospie wietrznej.

W 2022 r. na terenie kraju odnotowano 371 zachorowań na krztusiec (niespełna 1 przypadek na 100 tys. ludności[10]) i było to ponad 2-krotnie więcej w porównaniu do 2021 r., 27 zachorowań na odrę (o 14 przypadków więcej) i podobnie jak w roku poprzednim 5 zachorowań na tężec.

W 2022 r. w porównaniu do 2021 r. zwiększyła się liczba zarejestrowanych nowych przypadków wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów.

W przypadku WZW typu C odnotowano najwięcej nowych zachorowań – 2 527 przypadków. Wskaźnik zachorowalności (zapadalność) na 100 tys. ludności wyniósł 6,7 przypadku na 100 tys. ludności (o 3,4 przypadku więcej niż w 2021 r.). Wskaźnik zachorowań na 100 tys. ludności był najwyższy w województwach: zachodniopomorskim (15,9), wielkopolskim (10,3) i lubuskim (9,7) a najniższy w województwach: świętokrzyskim (2,5), podkarpackim (2,9) i mazowieckim (3,5).

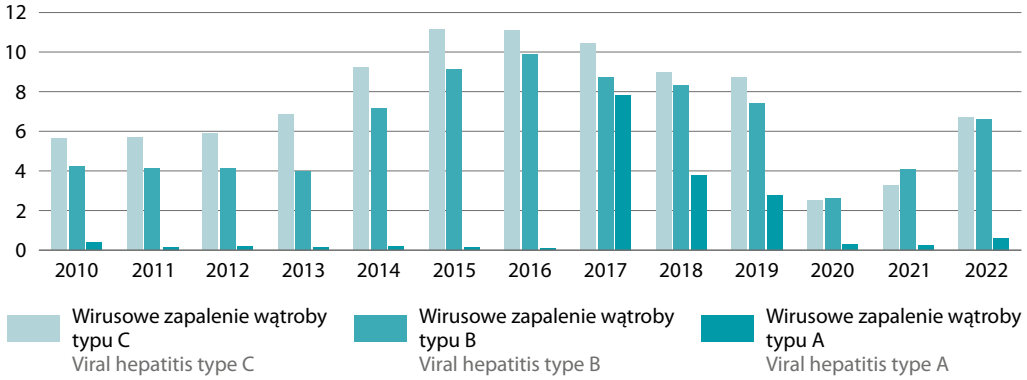
Odnotowano 2 500 zachorowań na WZW typu B, co oznacza 6,6 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 2,5 zachorowania względem poprzedniego roku). Wskaźnik zapadalności był najwyższy w województwach: pomorskim (16,5 przypadku na 100 tys. ludności), łódzkim (11,8) i śląskim (9,4), a najniższy w lubelskim i podkarpackim (po 2,4 przypadku) i świętokrzyskim (0,8).

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

W przypadku WZW typu A zarejestrowano 233 zachorowania tj. 0,62 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost wskaźnika o 0,37 względem roku poprzedniego). Najwyższy wskaźnik zarejestrowano w województwach: opolskim (1,27 zachorowania na 100 tys. ludności województwa) i wielkopolskim (1,14), a najniższy w województwach: podlaskim (nie odnotowano żadnych przypadków), warmińsko-mazurskim (0,07) i lubuskim (0,10).

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

Wykres 1. Zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby na 100 tys. ludności
Chart 1. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population



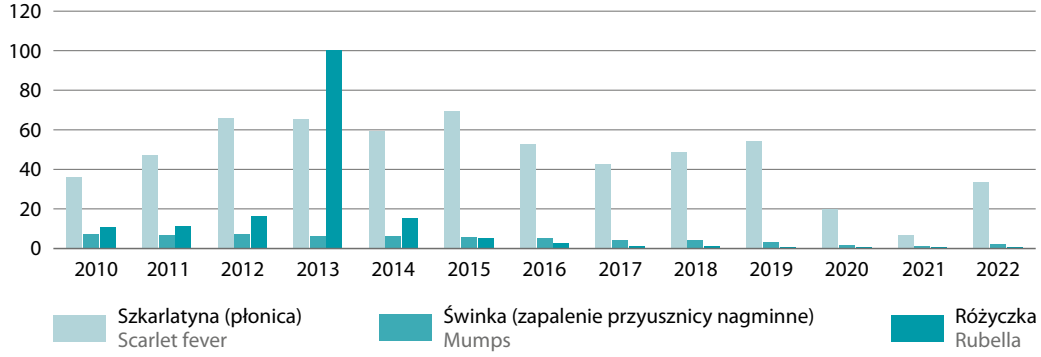
W 2022 r. w skali kraju odnotowano blisko 3-krotnie większą liczbę zachorowań na różyczkę niż w roku poprzednim (147 przypadków, tj. 0,39 przypadku na 100 tys. ludności). Największe ogniska chorobowe, wyrażone wskaźnikiem zapadalności na 100 tys. ludności, występowały w województwach: łódzkim (0,59), zachodniopomorskim (0,55), wielkopolskim i pomorskim (po 0,51) a najmniejsze w województwach: lubelskim (0,10) i opolskim (0,11). W województwie świętokrzyskim choroba w ogóle nie wystąpiła.

W przypadku świnki (nagminne zapalenie przyusznic) zarejestrowano 922 przypadki zachorowań w kraju (o 90,5% zachorowań więcej niż w roku poprzednim). Wskaźnik zapadalności na tę chorobę wynosił 2,4 przypadku na 100 tys. ludności kraju i był najwyższy w województwach: mazowieckim (3,4) i lubelskim (3,3) a najniższy w województwach: dolnośląskim (1,0) i warmińsko-mazurskim (1,3).

Także w przypadku szkarlatyny zaobserwowano blisko 5-krotny (4,8) wzrost liczby zachorowań na tę chorobę w porównaniu z 2021 r. – 12,7 tys. przypadków. Oznacza to 33,5 przypadku na 100 tys. ludności (o 26,5 więcej niż przed rokiem, ale o 20,8 mniej w porównaniu do przedpandemicznego 2019 r.). Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy w województwach: pomorskim (77,3 zachorowań na 100 tys. ludności) i zachodniopomorskim (59,4), a najniższy w województwach: łódzkim (11,4), dolnośląskim (16,3) i świętokrzyskim (16,7).

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

Wykres 2. Zapadalność na różyczkę, świnkę i szkarlatynę na 100 tys. ludności
Chart 2. Incidence of rubella, mumps and scarlet fever per 100 thousand population



W 2022 roku zarejestrowano duży wzrost liczby rozpoznań zapalenia jelit wywołanego przez rotawirusy. Było to 34,2 tys. zachorowań, tj. 90,4 przypadków na 100 tys. ludności, 4,6 razy więcej niż przed rokiem i niemal tyle samo co w przedpandemicznym 2019 r. (88,6 przypadków na 100 tys. ludności).

Zapadalność na zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy była największa u osób mieszkających w województwach: pomorskim (139,2 przypadków na 100 tys. ludności), podlaskim (132,1) i małopolskim (103,4), a najmniejsza w województwach: dolnośląskim (59,0), zachodniopomorskim (65,0) i lubuskim (69,6).

W 2022 r. zapalenie jelit wywołane przez Clostridium difficile rozpoznano u 21,6 tys. osób (tj. 57,0 przypadków na 100 tys. ludności) i był to wskaźnik zapadalności niewiele większy niż przed rokiem (o 1,3), ale dużo wyższy (o 27,5) w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności był najwyższy w województwach: lubelskim (80,4), łódzkim (79,7) i mazowieckim (78,8), a najniższy w województwach: lubuskim (27,0), dolnośląskim (29,8) i podkarpackim (33,3).

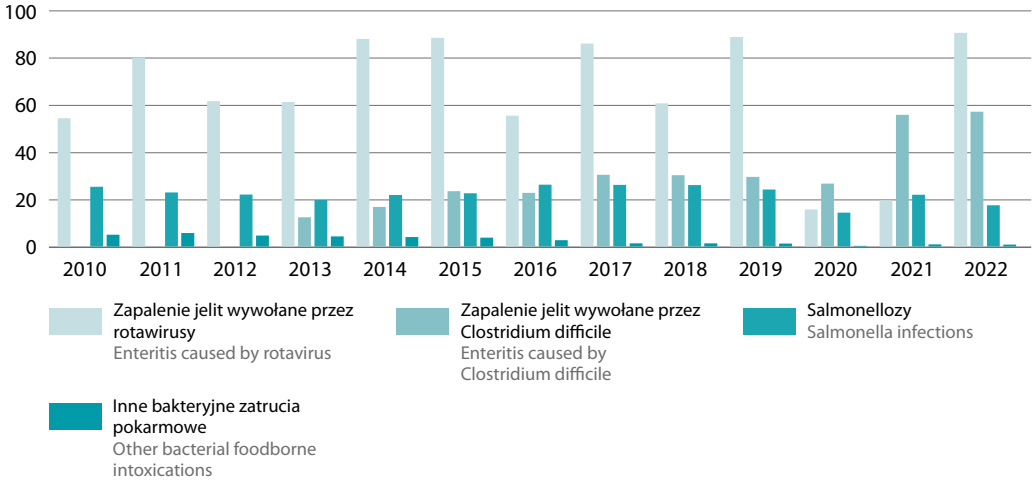
W 2022 roku poziom zachorowań na salmonellozę i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe w skali kraju był niższy w porównaniu do poprzedniego roku.

Odnotowano 6,6 tys. zakażeń salmonellozą (tj. 17,4 przypadków na 100 tys. ludności i było to o 4,5 przypadku mniej na 100 tys. ludności niż w 2021 r.). Wskaźnik zapadalności na salmonellozę na 100 tys. ludności województw był najwyższy wśród mieszkańców województw: podkarpackiego (26,4) i małopolskiego (20,7), a najniższy w przypadku mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego (13,1) i dolnośląskiego (13,7).

W przypadku innych bakteryjnych zatruć pokarmowych odnotowano 307 zachorowań na terenie kraju, tj. 0,8 przypadku na 100 tys. ludności (spadek wskaźnika o 0,1). Najwyższy wskaźnik zachorowalności na bakteryjne zatrucia pokarmowe zarejestrowano w województwach: łódzkim (4,8) i wielkopolskim (1,2). Natomiast zatrucia takie prawie nie występowały w województwach: dolnośląskim, warmińsko–mazurskim i opolskim (po 0,1 przypadku na 100 tys. ludności, tj. 1 i 2 przypadki w ciągu roku).

Analiza występowania zapalenia jelit (zapalenie jelita grubego i cienkiego) oraz 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 Clostridium difficile, dla którego dane dostępne są od 2013 r., obserwowana jest tendencja wzrostowa zapadalności do 2019 r., z widocznym spadkiem w pierwszym roku pandemii i ponownym stopniowym wzrostem w latach 2021-2022.

Wykres 3. Zapadalność na zapalenia jelit i zatrucia pokarmowe na 100 tys. ludności
Chart 3. Incidence of viral hepatitis per 100 thousand population



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

W 2022 r. zarejestrowano blisko 29,9 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch, o 46,4% więcej niż przed rokiem, ale o 37,3% mniej niż w 2019 r. Oznacza to 4 533 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku (o 1 628 przypadków więcej niż w roku poprzednim, ale o 1 693 mniej w porównaniu do 2019 r.).

Wskaźnik występowania biegunek na 100 tys. dzieci był najwyższy w województwach: pomorskim (7 203 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku) i śląskim (5 848) natomiast najniższy udział dzieci dotkniętych tą przypadłością zarejestrowano w województwach: dolnośląskim (2 842 przypadki na 100 tys. dzieci w tym wieku) i łódzkim (3 129).

W 2022 r. w przypadku chorób mózgu i opon mózgowych także odnotowano wzrost liczby zachorowań, pochodzenia zarówno bakteryjnego jak i wirusowego w porównaniu do 2021 r.

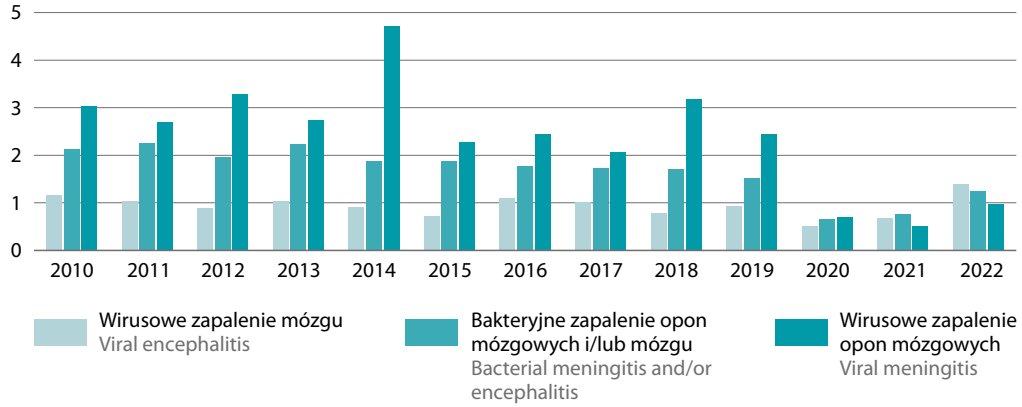
Najwięcej było przypadków wirusowego zapalenia mózgu – 531 przypadków (tj. 1,4 przypadku na 100 tys. ludności kraju, wzrost zapadalności o 0,7 w porównaniu do 2021 r. i o 0,5 w porównaniu do 2019 r.), następnie – 468 przypadków bakteryjnego zapalenia opon mózgowych lub mózgu (tj. 1,2 przypadku na 100 tys. ludności, wzrost o 0,5 w porównaniu do 2021 r., ale mniej o 0,3 w stosunku do 2019 r.) i 366 przypadków wirusowego zapalenia opon mózgowych (tj. 1,0 przypadku na 100 tys. ludności kraju, wzrost o 0,5 w porównaniu do 2021 r., ale mniej o 1,5 względem 2019 r.).

Podobnie jak przed rokiem, największe skupisko wirusowego zapalenia mózgu, blisko ¼ przypadków (139 przypadków), wystąpiło w województwie podlaskim, dla którego wskaźnik zapadalności wyniósł 12,1 przypadków na 100 tys. ludności i był blisko 2-krotnie wyższy niż przed rokiem (wzrost o 7,2). Drugim województwem pod względem występowania tej choroby, podobnie jak przed rokiem, było województwo warmińsko-mazurskie – 72 przypadki (tj. 5,3 przypadku na 100 tys. ludności województwa). Natomiast najniższą zapadalność i jednocześnie najmniejszą liczbę zachorowań na wirusowe zapalenie mózgu odnotowano w województwach: wielkopolskim, lubuskim i pomorskim (po 0,2 przypadku na 100 tys. ludności tych województw).

Zapadalność na bakteryjne zapalenie opon mózgowych lub mózgu na 100 tys. ludności poszczególnych województw była najwyższa w województwach: kujawsko-pomorskim (1,9 przypadku na 100 tys. ludności), opolskim i warmińsko-mazurskim (po 1,8) a najniższa w województwach: świętokrzyskim (0,8), następnie podlaskim, dolnośląskim i lubelskim (po 0,9).

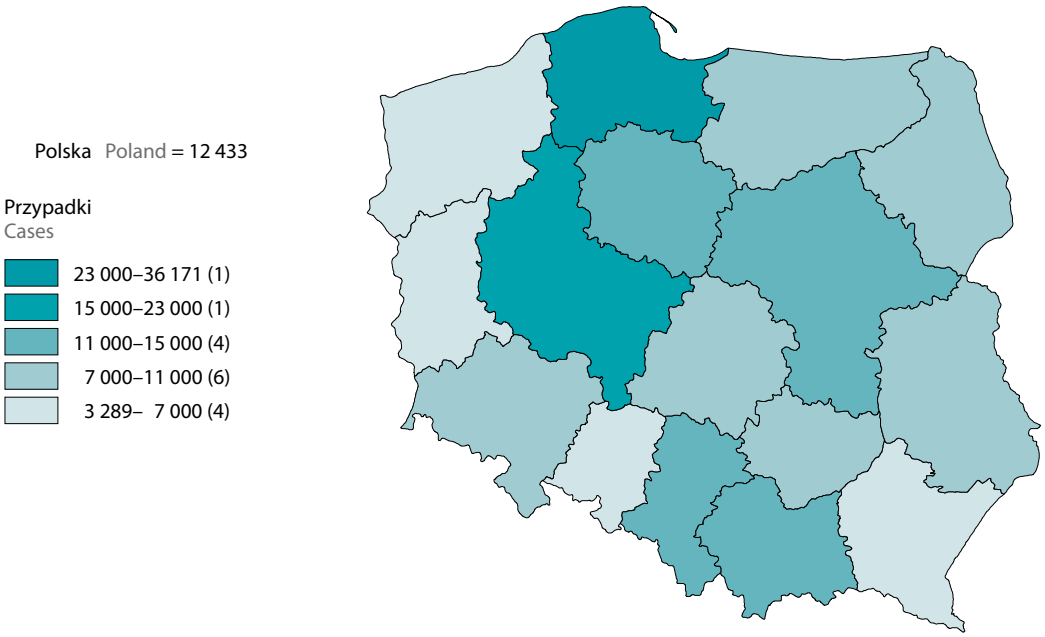
Analiza występowania zapalenia mózgu i opon mózgowych w dłuższym czasie uwidacznia cykliczność występowania chorób, z wyraźnym ograniczeniem liczby zachorowań w latach 2020 i 2021, w związku z pandemią COVID-19 i wprowadzonym reżimem sanitarnym.

Wykres 4. Zapadalność na zapalenie mózgu i opon mózgowych na 100 tys. ludności
Chart 4. Incidence of encephalitis and meningitis per 100 thousand population



W 2022 roku odnotowano w Polsce 4 703 tys. przypadków zachorowań na grypę i było to więcej o 58,2% (tj. o 1 729,3 tys. przypadków) w porównaniu do poprzedniego roku, ale mniej o 1,8% (tj. o 86,9 tys. przypadków) niż w roku 2019 r. Wskaźnik zapadalności na poziomie kraju wyniósł 12 433 zachorowania na 100 tys. ludności i był wyższy o 4 605 przypadków niż w 2021 r., ale niższy (o 45) w porównaniu do przedpandemicznego 2019 r. Wskaźnik zapadalności był najwyższy w województwie pomorskim (36 172 przypadków na 100 tys. ludności), następnie wielkopolskim (20 187) i mazowieckim (14 960), a najniższy w województwach: podkarpackim (3 289), zachodniopomorskim (4 058) i opolskim (6 334).

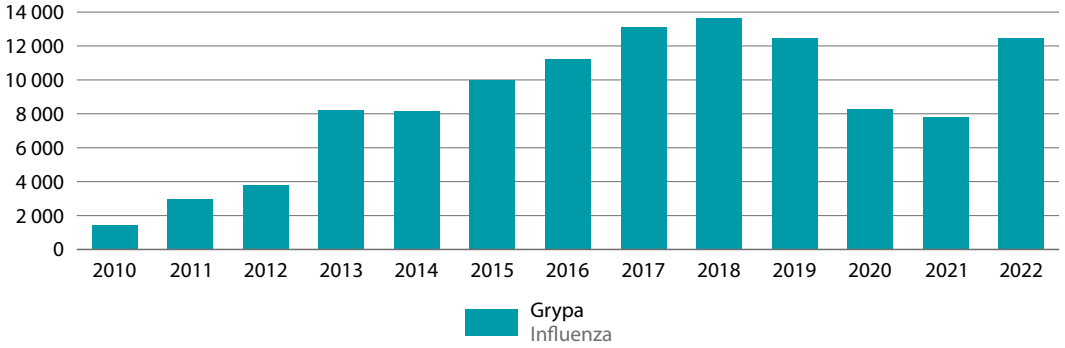
Mapa 1. Zapadalność na grypę wraz z podejrzeniami zachorowań na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.
Map 1. Influenza incidence and suspected cases per 100 thousand population by voivodships in 2022



Analiza występowania grypy i podejrzeń grypy w dłuższym czasie uwidacznia wyraźny trend wzrostowy zapadalności na tę chorobę do 2018 roku, z niewielkim spadkiem w 2019 r. i dużo niższą zapadalnością

w kolejnych dwóch latach pandemii COVID-19 (2020 r. i 2021 r.), a następnie ponownym wzrostem zapadalności w 2022 r.

Wykres 5. Zapadalność na grypę wraz z podejrzeniami zachorowań na 100 tys. ludności
Chart 5. Incidences of influenza and suspicious cases per 100 thousand population



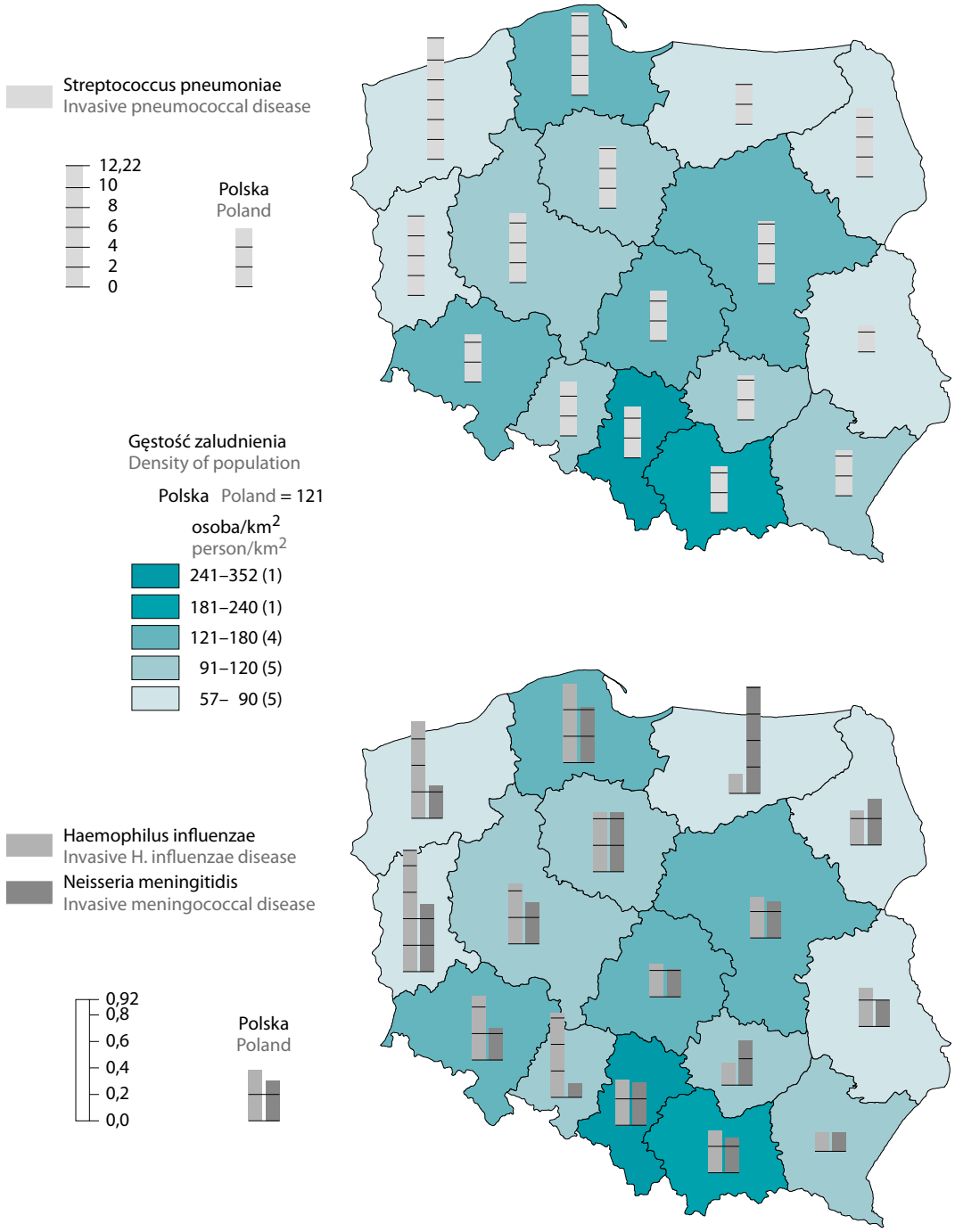
W Polsce w 2022 r. na inwazyjną chorobę pneumokokową wywołaną przez bakterię Streptococcus pneumoniae, będącą przyczyną wielu zespołów klinicznych takich jak np. ostre zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, posocznica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zachorowały 2 223 osoby i było to o 131,1% więcej niż przed rokiem i o 44,3% więcej w porównaniu do 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 5,9 (wzrost o 3,3 w porównaniu do 2021 r. i o 1,9 w porównaniu do 2019 r.) i był najwyższy w województwach: zachodniopomorskim (12,2), pomorskim (8,3) i lubuskim (8,0), a najniższy w województwach: lubelskim (2,7), warmińsko-mazurskim (4,2) i świętokrzyskim (4,5).

W przypadku inwazyjnych zakażeń spowodowanych bakterią Haemophilus Influenzae, wywołującą głównie zakażenia układu oddechowego i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, odnotowano na terenie kraju łącznie 145 przypadków zachorowań i było to blisko 3-krotnie więcej przypadków niż w 2021 r. i o 42,2% więcej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 0,39 przypadku i był najwyższy w województwach: lubuskim (0,92) i zachodniopomorskim (0,73) a najniższy w województwach: podkarpackim (0,14) i warmińsko-mazurskim (0,15).

W przypadku inwazyjnych zakażeń bakterią Neisseria meningitidis (inwazyjna choroba meningokokowa) zdiagnozowano 116 przypadków zachorowań w kraju, o 8,4% więcej niż w 2021 r., ale o 39,9% mniej niż w 2019 r. Wskaźnik zapadalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 0,30 przypadku i był najwyższy w województwach: warmińsko-mazurskim (0,80) i lubuskim (0,51) a najniższy w województwach: opolskim (0,11) i podkarpackim (0,14).

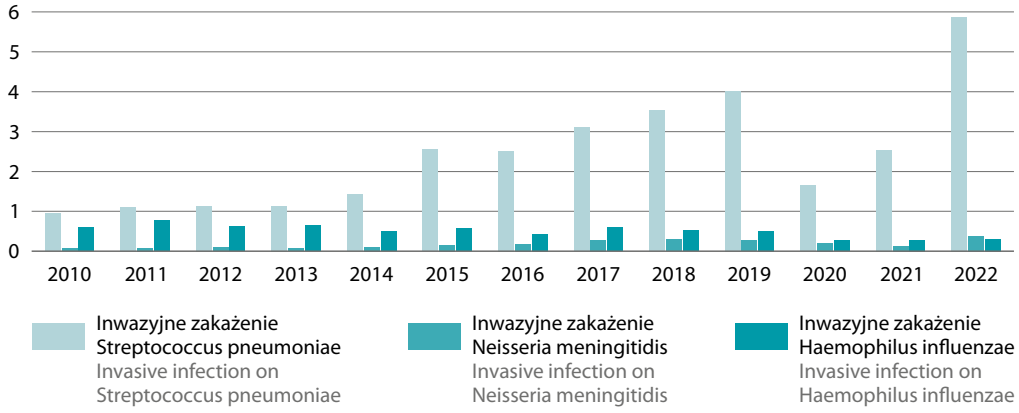
W przypadku obu rodzajów chorób inwazyjnych – Haemophilus Influenzae i Neisseria meningitidis najwięcej zachorowań zarejestrowano w województwie mazowieckim (Haemophilus influenzae – 17 przypadków i Neisseria meningitidis – 15 przypadków).

Mapa 2. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.
Map 2. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population by voivodships in 2022



Analiza zapadalności na inwazyjne choroby pneumokokowe (Streptococcus pneumoniae), meningokokowe (Neisseria meningitidis) oraz inwazyjne Haemophilus influenzae w dłuższym czasie, uwidacznia wyraźny, rosnący trend zachorowalności na choroby pneumokokowe do 2019 r., z mniejszą zapadalnością w latach pandemii 2020-2021 i ponownym dużym wzrostem w 2022 r.

Wykres 6. Zapadalność na choroby inwazyjne na 100 tys. ludności
Chart 6. Incidences of invasive diseases per 100 thousand population



W 2022 roku liczba zachorowań na boreliozę z Lyme była wyższa niż przed rokiem zarówno na poziomie kraju jak i w poszczególnych województwach. W Polsce zarejestrowano ogółem 17,4 tys. przypadków tej choroby, o 38,9% zachorowań więcej niż w ciągu 2021 roku, ale było to mniej o 15,8% w porównaniu do 2019 r.

Wskaźnik zapadalności na boreliozę z Lyme na 100 tys. mieszkańców kraju wyniósł 45,9 przypadku (wzrost o 13,0) i był najwyższy w województwach: podlaskim (81,2 na 100 tys. ludności), małopolskim (79,8) i lubelskim (76,8), a najniższy, kolejny rok z rzędu, w województwie łódzkim (22,6) i wielkopolskim (25,1).

W 2022 roku zarejestrowano 4 314 zachorowań na gruźlicę płucną i pozapłucną, i było to o 16,5% więcej (o 610 przypadków) niż przed rokiem i mniej o 18,9% (tj. o 1 007 przypadków) w porównaniu do 2019 r. Najczęstszą postacią gruźlicy jest gruźlica płuc, która w 2022 r. stanowiła 96,2% przypadków – 4 148 zachorowań (o 595 przypadków więcej niż przed rokiem). Zmiany gruźlicze występujące w innych narządach ciała (gruźlica pozapłucna) odnotowano u 166 osób (o 15 przypadków więcej niż w 2021 r.), co stanowiło 3,8% zachorowań na gruźlicę ogółem.

Wskaźnik zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci na 100 tys. ludności kraju wyniósł 11,4 i był wyższy (o 1,7 przypadku) niż przed rokiem. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie śląskim (16,1 przypadków na 100 tys. ludności), łódzkim (13,3) i świętokrzyskim (12,4) a najniższą w województwach: podlaskim (5,9), warmińsko-mazurskim (6,3) i wielkopolskim (6,6).

Tablica 1. Zachorowania i zapadalność na gruźlicę w 2022 r.
Table 1. Incidence of tuberculosis in 2022

Gruźlica wszystkich postaci Tuberculosis cases (all forms)	Ogółem Total	z tego of which		Ogółem Total	z tego of which	
		nowe zachorowania new cases	wznowy relapses		nowe zachorowania new cases	wznowy relapses
	przypadki cases			przypadki na 100 tys. ludności cases per 100 thousand population		
Gruźlica wszystkich postaci Tuberculosis cases (all forms)	4 314	3 787	527	11,40	10,01	1,39
w tym of which						
gruźlica płuc pulmonary tuberculosis	4 148	3 627	521	10,97	9,59	1,38
gruźlica pozapłucna extrapulmonary tuberculosis	166	160	6	0,44	0,42	0,02

Wśród chorób zakaźnych stałą, odrębną obserwacją epidemiologiczną są objęte choroby weneryczne, czyli choroby przenoszone drogą płciową[11].

W 2022 roku z powodu kiły i rzeżączki, w poradniach skórno-wenerologicznych leczonych było 2 805 osób, o 703 osoby więcej niż w roku 2021. W przeliczeniu na ludność kraju było to 7,4 przypadku na 100 tys. ludności (wzrost o 1,9 w stosunku do poprzedniego roku). Najwięcej leczonych na choroby weneryczne (kiłę i rzeżączkę) i jednocześnie najwyższy wskaźnik zapadalności odnotowano w województwie mazowieckim (1 111 osób, tj. 20,2 przypadku na 100 tys. ludności). W dalszej kolejności, biorąc pod uwagę wskaźnik zapadalności, najwięcej przypadków na 100 tys. ludności stwierdzono w województwach: pomorskim (8,4) i małopolskim (8,3), a najniższy wskaźnik odnotowano w województwach: podlaskim (0,6), świętokrzyskim (0,8) i podkarpackim (1,2).

1.2. Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2020 r.
1.2. Incidence of malignant neoplasms in 2020

W nietypowym pandemicznym roku 2020 odnotowano w kraju 142,1 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe[12]. Było to o 14,7% mniej w porównaniu do 2019 roku. Wskaźnik zachorowalności na 100 tys. ludności kraju wyniósł 372,3 przypadki, o 61,8 mniej niż w roku poprzednim.

W 2020 r. zarejestrowano mniej zachorowań na wszystkie typy nowotworów, ale struktura zachorowań, rozpatrywana w skali kraju, była podobna jak w 2019 r.

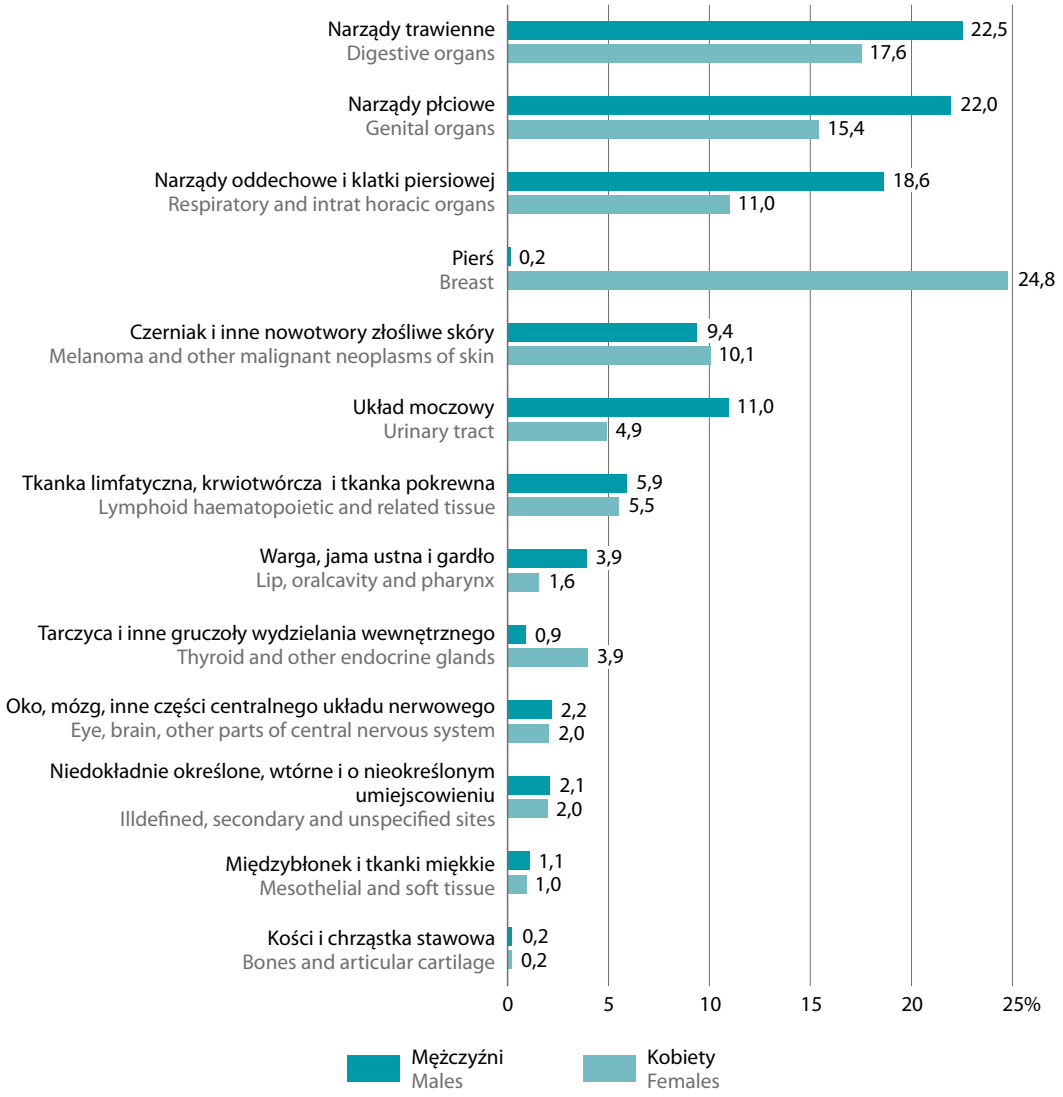
Największy odsetek stanowiły nowotwory narządów trawiennych – 20,1% (tj. 28,5 tys. zachorowań), w dalszej kolejności narządów płciowych – 18,7% (tj. 26,6 tys.), narządów oddechowych i klatki piersiowej –14,8% (tj. 21,1 tys. zachorowań). Te trzy rodzaje nowotworów odpowiadały za ponad połowę (53,6%) zachorowań na nowotwory złośliwe w 2020 roku. Najmniejszy odsetek stanowiły nowotwory kości i chrząstki stawowej – 0,2% (tj. 0,3 tys.), międzybłonka i tkanek miękkich – 1,0% (tj. 1,5 tys.) oraz nowotwory klasyfikowane, jako niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu – 2,0% (tj. 2,9 tys. zachorowań).

11 Dane dotyczą osób leczonych po raz pierwszy i będących pod obserwacją.
12 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/ - dostęp 12.12.2023 r.

W 2020 roku dominującym nowotworem wśród kobiet w Polsce był nowotwór złośliwy piersi – 24,8% (17,5 tys. przypadków) a następnie narządów trawiennych – 17,6% (12,4 tys.), a wśród mężczyzn najliczniej notowano nowotwory złośliwe narządów trawiennych – 22,5% (16,1 tys. przypadków) i w dalszej kolejności nowotwory narządów płciowych – 22,0% (15,7 tys. zachorowań).

Wykres 8. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe według płci i umiejscowienia nowotworu w 2020 r. (w %)

Chart 8. Structure of the incidence of malignant neoplasms by sex and location in 2020 (in %)



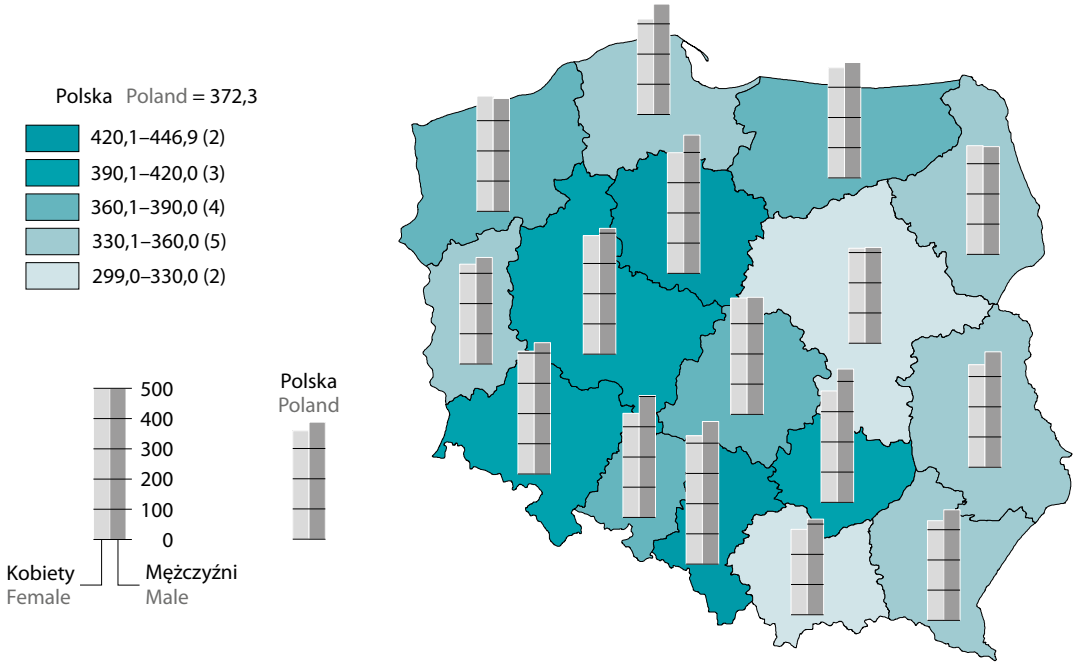
W 2020 r. wskaźniki zachorowalności (zapadalności) na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności Polski, dla najczęściej notowanych rodzajów, wyniósł kolejno: dla narządów trawiennych – 74,7 (o 9,8 przypadku mniej niż w 2019 r.), nowotworów złośliwych narządów płciowych – 69,7 (o 13,8 mniej), narządów oddechowych i klatki piersiowej – 55,3 (o 9,3 mniej), piersi – 46,2 (o 5,3 mniej), a w przypadku czerniaka i innych nowotworów skóry – 36,2 (o 10,5 przypadków mniej niż w roku poprzednim).

Tablica 2. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg umiejscowienia
Table 2. Malignant neoplasms incidence per 100 thousand population by location

Nowotwory złośliwe według typu Malignant neoplasms by type	2019	2020	Zmiana Difference
narządy trawienne digestive organs	84,5	74,7	-9,8
narządy płciowe genital organs	83,5	69,7	-13,8
narządy oddechowe i klatki piersiowej respiratory and intrat horacic organs	64,6	55,3	-9,3
pierś breast	51,5	46,2	-5,3
czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry melanoma and other malignant neoplasms of skin	46,8	36,2	-10,5
układ moczowy urinary tract	34,0	29,6	-4,4
tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i tkanka pokrewna lymphoid haematopoietic and related tissue	24,6	21,3	-3,3
warga, jama ustna i gardło ltp. oralcavity and pharynx	11,3	10,2	-1,1
tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego thyroid and other endocrine glands	11,6	9,0	-2,6
oko, mózg, inne części centralnego układu nerwowego eye, brain, other parts of central nervous system	8,4	7,9	-0,5
niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu illdefined, secondary and unspecified sites	8,4	7,6	-0,9
międzybłonek i tkanki miękkie mesothelial and soft tissue	4,0	3,9	-0,2
kości i chrząstka stawow a bones and articular cartilage	0,8	0,8	0,0

Analizując wskaźnik zachorowalności na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności poszczególnych województw, najwyższy wskaźnik, niezależnie od miejsca występowania nowotworu, zarejestrowano u mieszkańców województw: śląskiego (446,9 zachorowań na 100 tys. ludności), kujawsko-pomorskiego (427,1) i dolnośląskiego (419,5), a najniższą zapadalność zaobserwowano u mieszkańców województw: małopolskiego (299,0 przypadków na 100 tys. ludności województwa), mazowieckiego (315,2) i pomorskiego (339,8).

Mapa 3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe[a] na 100 tys. ludności wg płci i województw w 2020 r.
Map 3. New cases of malignant neoplasms[a] per 100 thousand population by sex and voivodships in 2020



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

Uwaga: Wskaźnik wyliczono w oparciu o dane o ludności opracowanej na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021.
Note: The indice is calculated based on population data elaborated on the basis of the results of the 2021 National Census of Population and Housing.

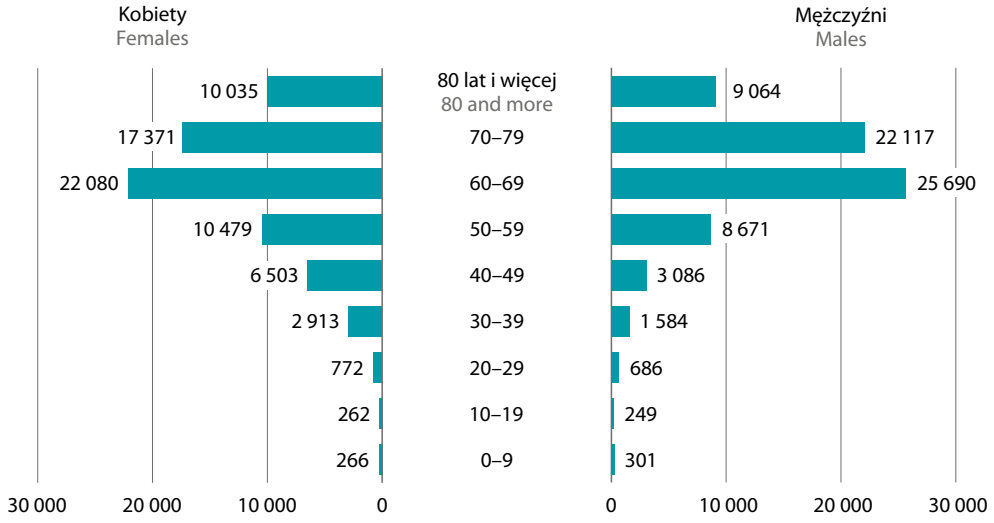
Analizując zróżnicowanie terytorialne (wojewódzkie) zapadalności na najliczniej, w skali kraju, rejestrowane rodzaje nowotworów złośliwych, można stwierdzić, że w przypadku nowotworów złośliwych narządów trawiennych, których na poziomie kraju zarejestrowano najwięcej (28,5 tys. przypadków), najwyższą zapadalność odnotowano u mieszkańców województw: śląskiego (93,3 zachorowania na 100 tys. ludności), dolnośląskiego (88,2) i kujawsko-pomorskiego (87,2), a najniższą u mieszkańców województw: pomorskiego (56,0), małopolskiego (56,8) i mazowieckiego (63,0).

Drugie najliczniej rejestrowane w kraju nowotwory złośliwe to nowotwory narządów płciowych, (26,6 tys. zachorowań). Dla tej grupy nowotworów najwyższą zapadalność przejawiali mieszkańcy województw: śląskiego (95,0 zachorowań na 100 tys. ludności), kujawsko-pomorskiego (78,0) i świętokrzyskiego (76,4). Natomiast najniższy wskaźnik zapadalności odnotowano w przypadku mieszkańców województw: mazowieckiego (53,1 zachorowań na 100 tys. ludności), małopolskiego (59,8) i warmińsko-mazurskiego (60,5).

Trzecią kolejną grupę, co do liczby przypadków w kraju, stanowiły nowotwory złośliwe układu oddechowego i klatki piersiowej, (21,1 tys. zachorowań). Wskaźnik zapadalności w tym przypadku był najwyższy u mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego (74,9 przypadków na 100 tys. ludności), śląskiego (68,5) i warmińsko-mazurskiego (66,9), a najniższy u mieszkańców województw: podkarpackiego (40,0), podlaskiego (40,9) i małopolskiego (43,0).

Spośród 142,2 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe, 49,7% przypadków zachorowań zdiagnozowano u kobiet a 50,3% u mężczyzn. Wśród osób, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy przeważają osoby w grupie wieku 60-69 lat (33,6% ogółu zachorowań).

Wykres 7. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg płci i grup wieku w 2020 r.
Chart 7. Incidence of malignant neoplasms by sex and age groups in 2020



Analizując umiejscowienie nowotworów złośliwych w zależności od wieku chorych można stwierdzić, że najczęściej rejestrowanymi przypadkami wśród najmłodszych, dzieci i młodzieży poniżej 20 roku życia, były nowotwory tkanki limfatycznej i krwiotwórczej oraz tkanek pokrewnych, stanowiące 45,1% przypadków zachorowań w tej grupie wieku (0,5 tys. zachorowań).

W grupie osób w wieku 20-39 lat najczęściej diagnozowane były nowotwory złośliwe narządów płciowych – 21,0% zachorowań (1,3 tys. przypadków), a także nowotwory piersi, stanowiące 16,7% przypadków (kobiety).

Wśród czterdziestolatków (40-49 lat) zdecydowanie najliczniej rejestrowane były nowotwory piersi (kobiety) – 28,8% przypadków (2,8 tys. zachorowań). Natomiast wśród osób w średnim wieku 50-59 lat najczęściej występującymi rodzajami nowotworów były nowotwory narządów trawiennych – 19,9% (3,6 tys. zachorowań), piersi – 18,4% (3,5 tys. zachorowań) i narządów płciowych – 17,5% (3,4 tys. zachorowań).

W grupie wieku 60-69 lat – 20,7% (9,9 tys. zachorowań) stanowiły nowotwory narządów płciowych, następnie nowotwory złośliwe narządów trawiennych – 20,2% (9,6 tys. zachorowań) i nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej – 18,9% (9,0 tys.).

W starszych grupach wieku, 70 lat lub więcej, struktura jest zbliżona, ale najwięcej zarejestrowano nowotworów złośliwych zajmujących narządy trawienne – 23,1% ogółu nowotworów (13,5 tys. zachorowań) następnie nowotworów narządów płciowych – 18,1% (10,6 tys. zachorowań) oraz narządów oddechowych i klatki piersiowej – 15,2% ogółu rozpoznań w tej grupie wieku (8,9 tys. zachorowań).

1.3. Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji w 2021 r.

1.3. Treated in clinics for people with mental disorders, alcohol and other substance addictions in 2021

W 2021 r. w systemie ambulatoryjnym w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej leczonych było łącznie 1 874,9 tys. osób[13], o 11,9% osób więcej niż w 2020 r. i o 9,8% osób więcej niż w 2019 r.

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

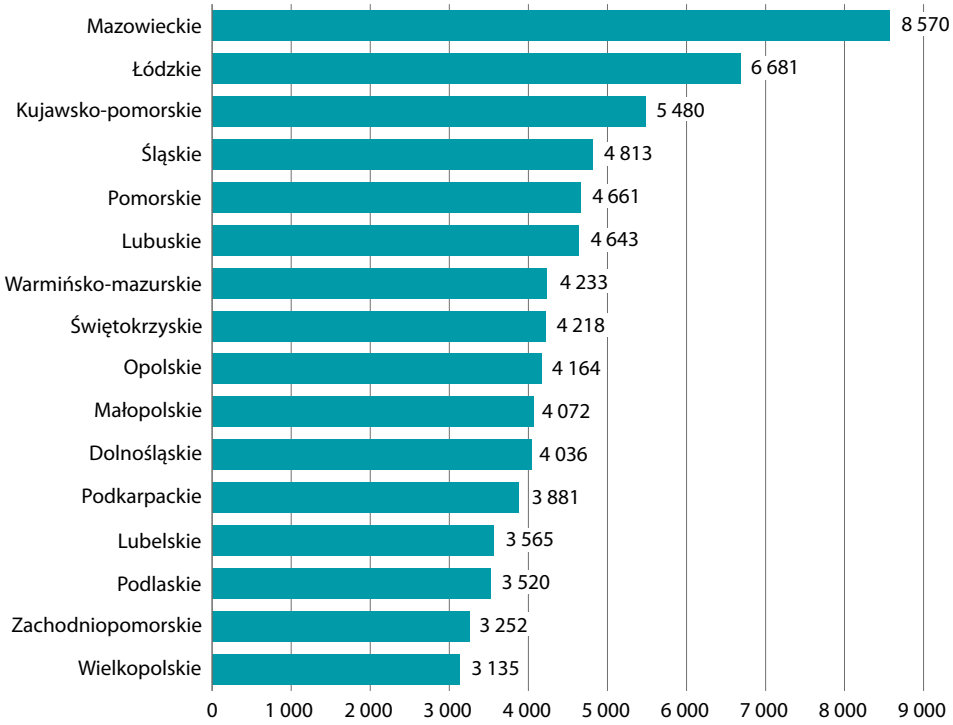
W ujęciu wojewódzkim z tej formy opieki medycznej skorzystało najwięcej mieszkańców dwóch najliczniej zamieszkiwanych województw: mazowieckiego (25,2% ogółu pacjentów leczonych ambulatoryjnie) i śląskiego (11,3%), a najmniej pacjentów odnotowano w dwóch mniejszych województwach: opolskim (2,1%) i podlaskim (2,2%).

W przeliczeniu na 100 tys. ludności Polski wskaźnik ogółem pacjentów leczonych w poradniach psychiatrycznych wynosił 4 935 osób, i był wyższy o 545 osób niż w pandemicznym 2020 r., a także był on wyższy (o 486 pacjentów) w porównaniu do 2019 r., przed pandemią COVID-19.

W przekroju wojewódzkim wskaźnik ten był najwyższy w województwach: mazowieckim (8 570 pacjentów na 100 tys. ludności) i łódzkim (6 681), a najniższy w województwach: wielkopolskim (3 135) i zachodniopomorskim (3 252).

Wykres 9. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania włącznie z uzależnieniami na 100 tys. ludności wg województw w 2021 r.

Chart 9. Mental and behavioral disorders including addictions per 100 thousand population by voivodships in 2021



Struktura rodzajów rozpoznań chorób psychicznych w 2021 r. była zbliżona do struktury chorób diagnozowanych zarówno w 2020 r., jak i w 2019 r.

W 2021 r. największy udział stanowiły rozpoznania zaliczane do grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania – 87,9% ogółu zarejestrowanych pacjentów w poradniach psychiatrycznych (tj. 1 647,4 tys. osób, o 12,0% więcej niż w 2020 r. i o 11,0% 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. W przypadku tej grupy chorób wskaźnik ogółem liczby leczonych na poziomie kraju wynosił – 4 337 przypadków na 100 tys. ludności i był o 484 osoby wyższy niż w 2020 r. W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik zanotowano w województwach: pomorskim (7 700 pacjentów na 100 tys. ludności) i łódzkim (5 832), a najniższy w wielkopolskim (2 617) i zachodniopomorskim (2 725 osób).

Drugą grupę, pod względem liczby leczonych, stanowią uzależnienia spowodowane używaniem alkoholu – 8,0% ogółu leczonych (tj. 150,9 tys. osób, o 5,2% więcej niż w roku poprzednim i o 7,5% mniej niż w 2019 r.). Do grupy tej należy: zespół uzależnienia, ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zespół abstynencyjny, zaburzenia psychotyczne (bez majaczenia). W przypadku uzależnień od alkoholu i związanych z tym zaburzeń, wskaźnik ogółem leczonych na 100 tys. ludności kraju wynosił 397 i był o 21 osób wyższy niż w 2020 r., a o 28 osób niższy niż w 2019 r. Najwyższe wskaźniki reprezentowały województwa: mazowieckie (513) i łódzkie (472), a najniższe – dolnośląskie (278) i małopolskie (281).

Trzecią, wyróżnianą w leczeniu psychiatrycznym grupą chorób, są zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych – 2,9% ogółu leczonych (tj. 53,6 tys. osób, o 13,6% więcej niż w 2020 r. i o 16,9% 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 141 i był o 18 osób wyższy niż w 2020 r. i o 22 osoby wyższy niż w 2019 r. Najwyższe wskaźniki występowania tych chorób odnotowano w województwach: łódzkim (234 pacjentów na 100 tys. ludności) i mazowieckim (233), a najniższe w województwie podkarpackim (47) i warmińsko-mazurskim (84).

Tablica 3. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy
Table 3. Mental and behavioral disorders and addictions – in details

Wyszczególnienie Specification	2020	2021		
	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	**1 676 217**	**1 874 943**	**100,0%**	**x**
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Mental and behavioral disorders				
Razem Total w tym of which	1 471 029	1 647 438	87,9%	100,0%
zaburzenia nerwicowe neurotic disorders	533 068	671 699	35,8%	40,8%
zaburzenia nastroju (afektywne) affective disorders	350 349	373 676	19,9%	22,7%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi organic mental disorders including symptomatic syndromes	198 970	192 571	10,3%	11,7%
schizofrenia schizophrenia	132 928	132 050	7,0%	8,0%
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu Alcohol abuse disorders				
Razem Total w tym of which	143 497	150 904	8,0%	100,0%
zespół uzależnienia addiction syndrome	121 990	129 360	6,9%	85,7%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and alcohol related harm	13 115	14 411	0,8%	9,5%

Tablica 3. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania i uzależnienia – szczegółowe diagnozy (dok.)
Table 3. Mental and behavioral disorders and addictions – in details (cont.)

Wyszczególnienie Specification	2020	2021		
	w liczbach bezwzględnych In absolute numbers		z ogółem w odsetkach (%) of which of all patients (in %)	pacjenci w ramach grupy (%) patiensts within the group (in %)
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych Mental disorders caused by the use of psychoactive substances				
Razem Total w tym of which	47 149	53 582	2,9%	100,0%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny addiction syndrome and abstinence syndrome	36 807	41 886	2,2%	78,2%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and psychoactive substances related harm	6 351	7 749	0,4%	14,5%
zaburzenia psychotyczne psychotic disorders	1 895	1 867	0,1%	3,5%
Używanie tytoniu Smoking				
Razem Total	1 469	1 258	0,1%	100,0%
Obserwacje Observations				
Razem Total	13 073	21 761	1,2%	100,0%

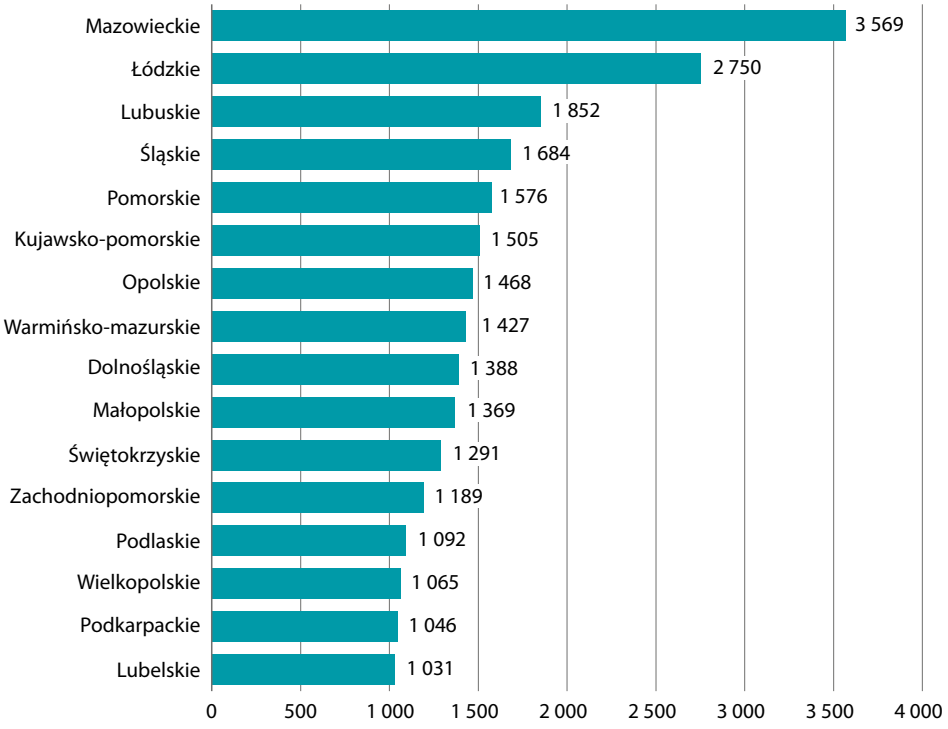
W zakresie szczegółowych rozpoznań, największy wzrost w porównaniu do pandemicznego roku 2020, odnotowano w przypadku grupy zaburzeń nerwicowych (w tym odżywiania i zespołów behawioralnych), które stanowiły 40,8% ogółu rozpoznań z grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Zaburzenia nerwicowe zdiagnozowano u 671,7 tys. pacjentów, i było to o 26,0% przypadków więcej niż w 2020 r. (podobnie o 26,2% więcej w porównaniu do 2019 r.).

Wskaźnik zaburzeń nerwicowych na 100 tys. ludności wynosił 1 768 przypadków (o 372 przypadki więcej w porównaniu do 2020 r. i o 382 przypadki więcej niż w 2019 r.). W przekroju wojewódzkim najwyższy wskaźnik zaburzeń nerwicowych na 100 tys. ludności zarejestrowano w województwie mazowieckim (3 569) a najniższy w lubelskim (1 031).

Wykres 10. Zachorowalność na zaburzenia nerwicowe w tym odżywiania i zespoły behawioralne na 100 tys. ludności wg województw w 2021 r.

Chart 10. Incidences of neurotic disorders including including eating and behavioral syndromes per 100 thousand population by voivodships in 2021



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[14].

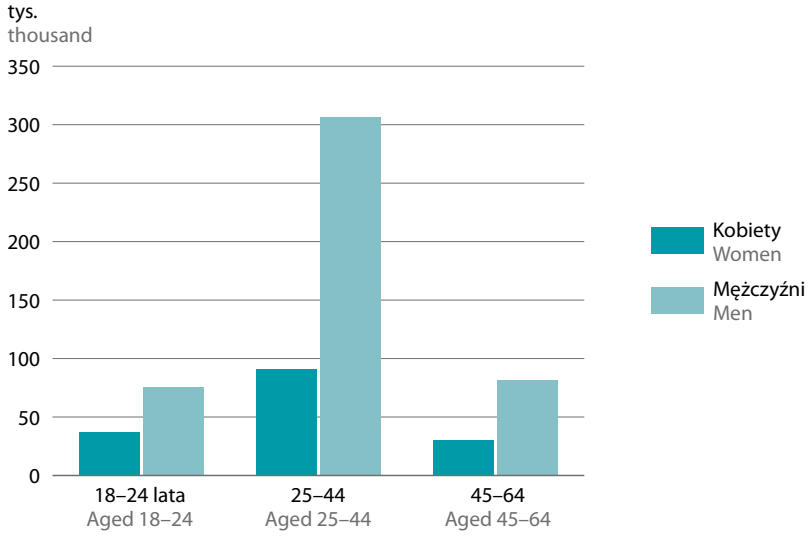
Mapa 4. Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2022 r.
Map 4. Blood Centres and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2022

14 Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

W 2022 r. funkcjonowały 23 centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (w tym 21 regionalnych oraz 2 resortowe[15]) oraz 135 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Liczba centrów i oddziałów terenowych w stosunku do roku 2021 zmieniła się nieznacznie. Zlikwidowano tylko jeden oddział terenowy w ramach RCKiK w Szczecinie.

W 2022 r. zbiorowość krwiodawców[16] liczyła 622,1 tys. osób, co stanowi wzrost o ponad 6,1 tys. osób w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 302,9 tys. donacji krwi pełnej (ok. 586,3 tys. litrów), czyli o 41,9 tys. więcej donacji niż przed rokiem. Wśród dawców ponad 78% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni (73,3% w roku 2021)[17]. Średnia liczba pobrań przypadająca na krwiodawcę w 2022 r. wyniosła 2,3 – podobnie jak w roku poprzednim.

Wykres 11. Krwiodawcy według płci i wieku w 2022 r.
Chart 11. Blood donors by sex and age in 2022



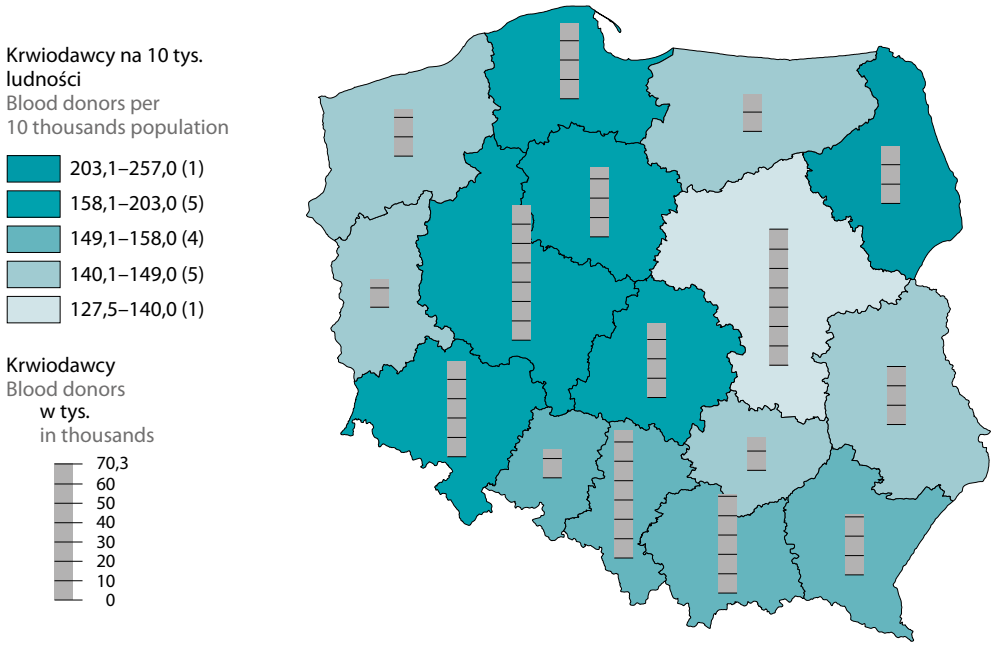
Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
Source: The National Blood Centre.

Krew lub 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[18]. Wśród krwiodawców przeważają osoby w wieku od 25 do 44 lat (63,8%). Osoby w wieku od 18 do 24 lat stanowiły 18,1% wszystkich krwiodawców, a osoby w wieku od 45 do 64 lat – 18,0%.

15 Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.
16 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.
17 Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że w przypadku dawców wielokrotnych stałych jest to liczba dawców, którzy regularnie oddają krew i jej składniki, natomiast w przypadku dawców wielokrotnych powtórnych jest to liczba dawców, którzy zgłosili się do oddania krwi/jej składników po 24 miesiącach od ostatniej donacji.
18 Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

Mapa 5. Krwiodawcy według województw w 2022 r. Stan na 31 grudnia

Map 5. Blood donors by voivodships in 2022 As of 31 December



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, nieznacznie zwiększyły się. Największy wzrost krwiodawców w stosunku do 2021 r. odnotowano w CKiK MSWiA (wzrost o 9,7%), a spośród RCKiK – w województwie małopolskim (wzrost o 5,8%). W RCKiK w województwach: lubuskim, dolnośląskim oraz mazowieckim odnotowano natomiast spadek liczby krwiodawców (odpowiednio o: 10,2%, 2,7% i 2,0%).

Informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)[19] pozwalają sądzić, że nie zmieniło się istotnie zaangażowanie w ideę krwiodawstwa w układzie przestrzennym. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pełnej pobrano w województwie śląskim. W trzech województwach: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim zarejestrowanych było łącznie 205,9 tys. krwiodawców (34,3% wszystkich krwiodawców). Mieszkańcy tych województw oddali 437,1 tys. donacji krwi pełnej (34,6% krwi pełnej pobranej w całej Polsce).

Największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców (257,0) wystąpiła w 2022 r. w województwie podlaskim, gdzie wszystkie donacje zostały zrealizowane w jednostkach, nad którymi nadzór organizacyjny sprawuje Narodowe Centrum Krwi, natomiast najmniejszą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie mazowieckim (127,5). Średnio w kraju na 10 tys. ludności przypadało około 164 krwiodawców.

Największy wzrost liczby donacji krwi pełnej w stosunku do 2021 r. zaobserwowano w CKiK MSWiA (wzrost o 14,8%), a wśród RCKiK w województwie małopolskim (wzrost o 7,7%). Najmniejszy wzrost wystąpił w cen-

19 W centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 21 600 krwiodawców i pozyskano 38 114 donacji krwi pełnej, co stanowiło odpowiednio 3,5% wszystkich krwiodawców i 2,9% wszystkich donacji krwi pełnej.

trach zlokalizowanych w województwie dolnośląskim (wzrost o 0,1%). Natomiast w RCKiK zlokalizowanym w województwie mazowieckim odnotowano spadek w liczbie donacji krwi (spadek o 0,8%).

W 2022 r. pobrano 1 427,3 tys. donacji krwi i jej składników[20]. W porównaniu z 2021 r. nieznacznie spadła liczba donacji pobranego osocza (z 85,9 tys. do 81,3 tys.). Wyprodukowano 1 538,7 tys. jednostek osocza świeżo mrożonego (FFP), o 24,7 tys. więcej niż w roku poprzednim.

Tablica 4. Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi
Table 4. 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				
2018	614,8	1 234,8	1 201,0	1 329,1	160,0
2019	614,9	1 253,8	1 214,3	1 373,6	160,2
2020	570,1	1 115,9	1 090,3	1 286,2	149,3
2021	615,9	1 261,0	1 231,5	1 514,0	162,1
2022	622,1	1 302,9	1 266,3	1 538,7	164,5

Źródło: Narodowe Centrum Krwi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.
Source: The National Blood Centre, the Ministry of Interior and Administration.

20 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 sprawowanej całodobowo w warunkach stacjonarnych w zakładach, takich jak: 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, a także krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej.

Szpitale ogólne[21]

Zgodnie z deklaracją podmiotów leczniczych[22], w Polsce na koniec 2022 r. funkcjonowało 896 stacjonarnych szpitali ogólnych, o 3 mniej niż przed rokiem, oraz 231 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia), o 12 więcej niż w 2021 r. Dysponowały one łącznie 164,4 tys. łóżek[23] oraz 6,5 tys. miejsc dziennych. Było to odpowiednio o 2,6% (4 356 łóżek) mniej i o 11,4% (661 miejsc) więcej niż w roku poprzednim. W szpitalach dziennych znajdowało się 281 łóżek (0,2% łóżek w szpitalach) oraz 1 133 miejsc (17,6% miejsc dziennych w szpitalach).

Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców, uwzględniający placówki jednego dnia, wyniósł średnio dla Polski 3,0 i był największy w województwie śląskim (4,4), a najmniejszy w wielkopolskim (1,9). Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców dla szpitali stacjonarnych na poziomie kraju wyniósł, podobnie jak przed rokiem, 2,4 szpitala. Największy był w województwach: śląskim i opolskim (po 3,2), natomiast najmniejszy w województwach: wielkopolskim i pomorskim (po 1,7).

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

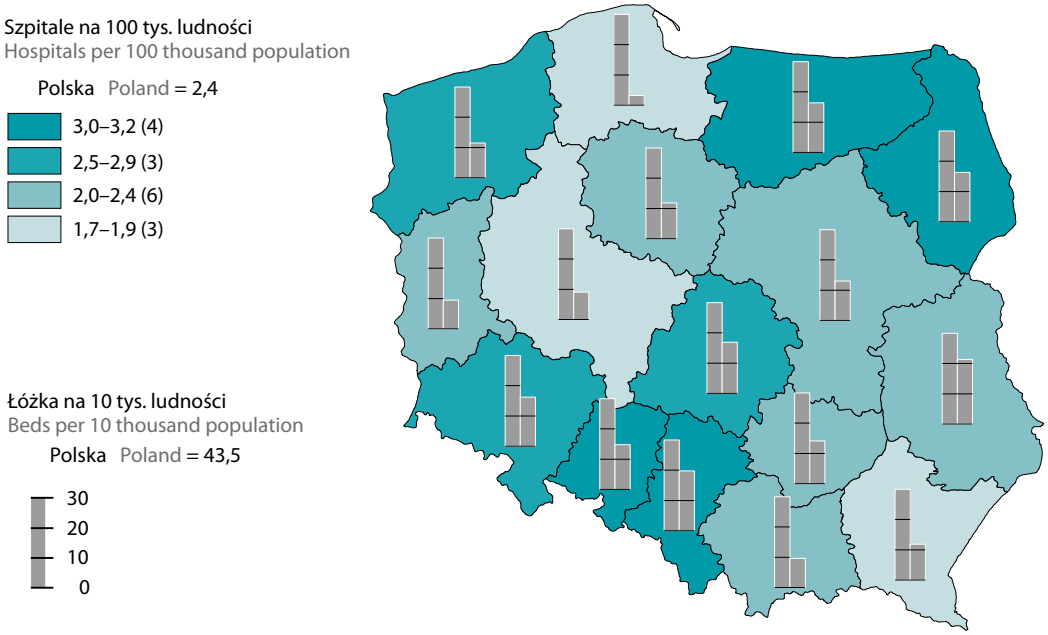
W 2022 r. wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności kraju wyniósł 43,5 łóżka, o 0,9 mniej niż w 2021 r. Na koniec 2022 r. na jedno łóżko przypadało przeciętnie 230 mieszkańców, o 5 osób więcej niż w roku poprzednim. Wartość wskaźnika liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności w większości województw była niższa w stosunku do 2021 r., tylko w wielkopolskim i dolnośląskim była wyższa. Największy spadek wartości tego wskaźnika wystąpił w województwie mazowieckim (mniej o 2,5), natomiast największy wzrost – w województwie wielkopolskim (więcej o 1,4). Ogólny wzrost liczby łóżek w szpitalach ogólnych odnotowano jedynie w województwie wielkopolskim (13,6 tys. łóżek, o 460 łóżek więcej), natomiast największy spadek – w województwie mazowieckim (23,7 tys. łóżek, o 1 359 łóżek mniej).

Ponad 1/4 (27,6%) łóżek w szpitalach ogólnodostępnych znajdowała się w dwóch, dominujących pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim (23,7 tys.) i śląskim (21,7 tys.). Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały szpitale zlokalizowane w województwie lubuskim (3,9 tys.)

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

Mapa 6. Szpitale ogólne[a] na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 6. General hospitals[a] per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2022
As of 31 December



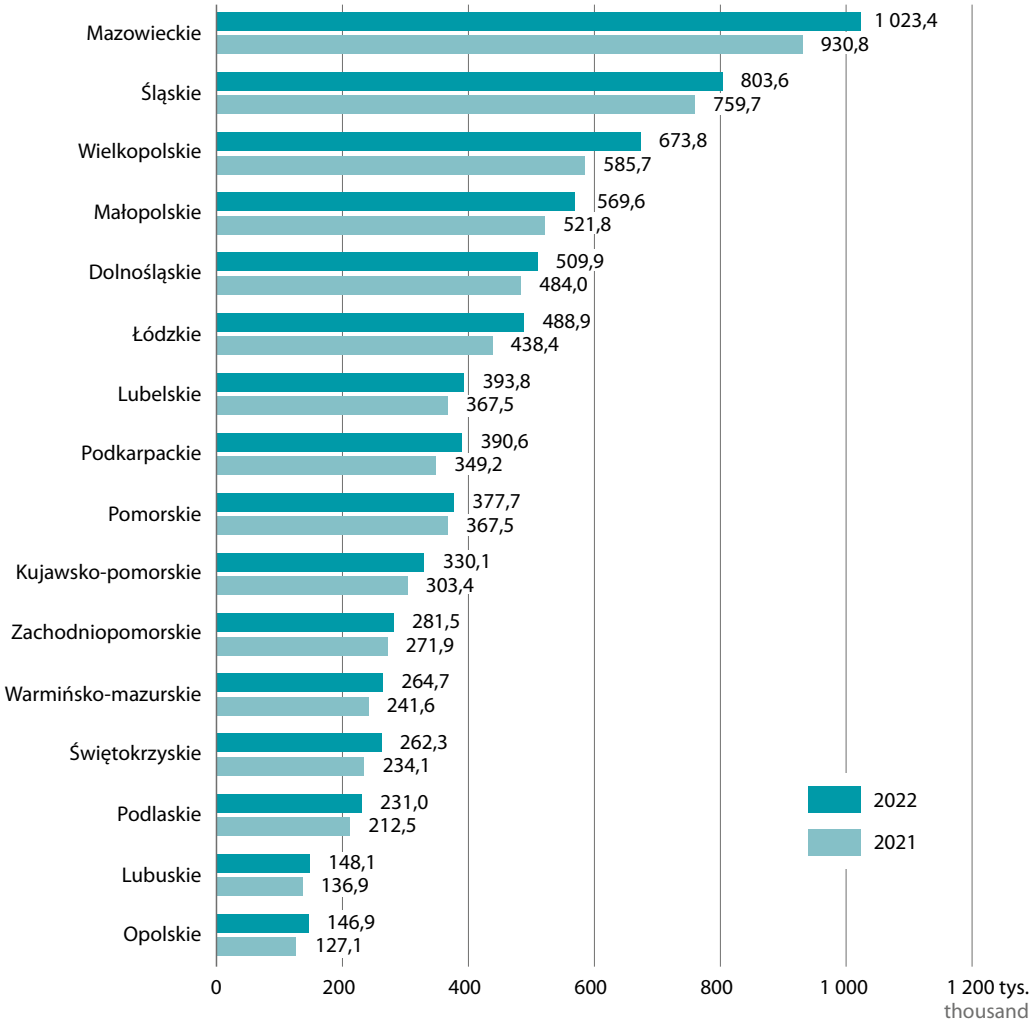
a Nie dotyczy szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia).
a Excluding day care hospitals (i.e. one day hospitals).

W 2022 r. w szpitalach ogólnych hospitalizowano 6 895,9 tys. pacjentów[24], o 8,9% (prawie 563,7 tys. osób) więcej niż w roku 2021. Na 10 tys. ludności Polski przypadały 1 823 hospitalizacje, o 156 więcej w porównaniu z 2021 r. W stosunku do roku poprzedniego liczba hospitalizowanych na 10 tys. ludności zwiększyła się we wszystkich województwach. Największy wzrost odnotowano w województwie świętokrzyskim (o 256), a najmniejszy w pomorskim (o 43).

Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej pacjentów odnotowano w województwie mazowieckim –14,8% ogółu leczonych w szpitalach ogólnych w kraju. W województwie śląskim leczyło się 11,7% pacjentów, a w wielkopolskim – 9,8% pacjentów. Najmniej osób przebywało na leczeniu stacjonarnym w województwach: opolskim i lubuskim (po 2,1% ogółu hospitalizacji).

24 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.

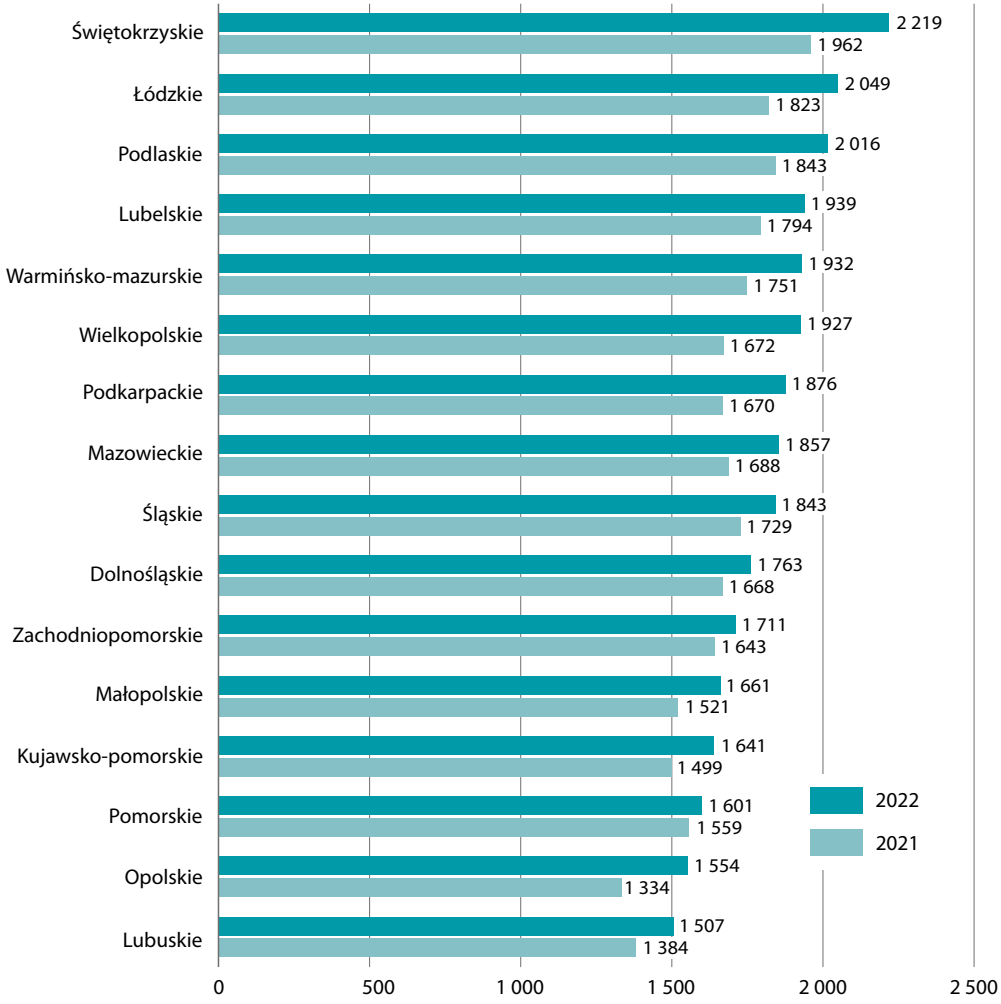
Wykres 12. Pacjenci hospitalizowani[a] w szpitalach ogólnych wg województw
Chart 12. Inpatients[a] in general hospitals by voivodships



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 18 lat leczonych w systemie stacjonarnym w szpitalach ogólnych w 2022 r. wyniósł 17,3% (1 191,4 tys. osób, o 13,3% więcej niż w 2021 r.). W województwach: pomorskim (20,4%), małopolskim (20,2%), mazowieckim (20,1%), kujawsko–pomorskim (19,7%), podlaskim (19,6%) i warmińsko-mazurskim (19,5%) 1/5 hospitalizacji dotyczyła ludzi młodych (do 18 lat), podczas gdy w województwach: opolskim i świętokrzyskim ponad 1/10 hospitalizowanych to osoby, które nie ukończyły 18 lat (odpowiednio 10,4% i 11,2%). We wszystkich województwach dzieci i młodzieży było hospitalizowanych więcej niż przed rokiem. Największy wzrost liczby hospitalizacji w porównaniu z 2021 r. odnotowano w województwie łódzkim (więcej o 48,5%). Tylko w województwie pomorskim wzrost liczby hospitalizacji młodszych pacjentów nie przekroczył 5% (o 4,4% więcej). Najwięcej hospitalizacji dzieci i młodzieży (206,0 tys. osób) odnotowano w szpitalach województwa mazowieckiego. Stanowiło to 17,3% ogółu dzieci i młodzieży hospitalizowanych w kraju.

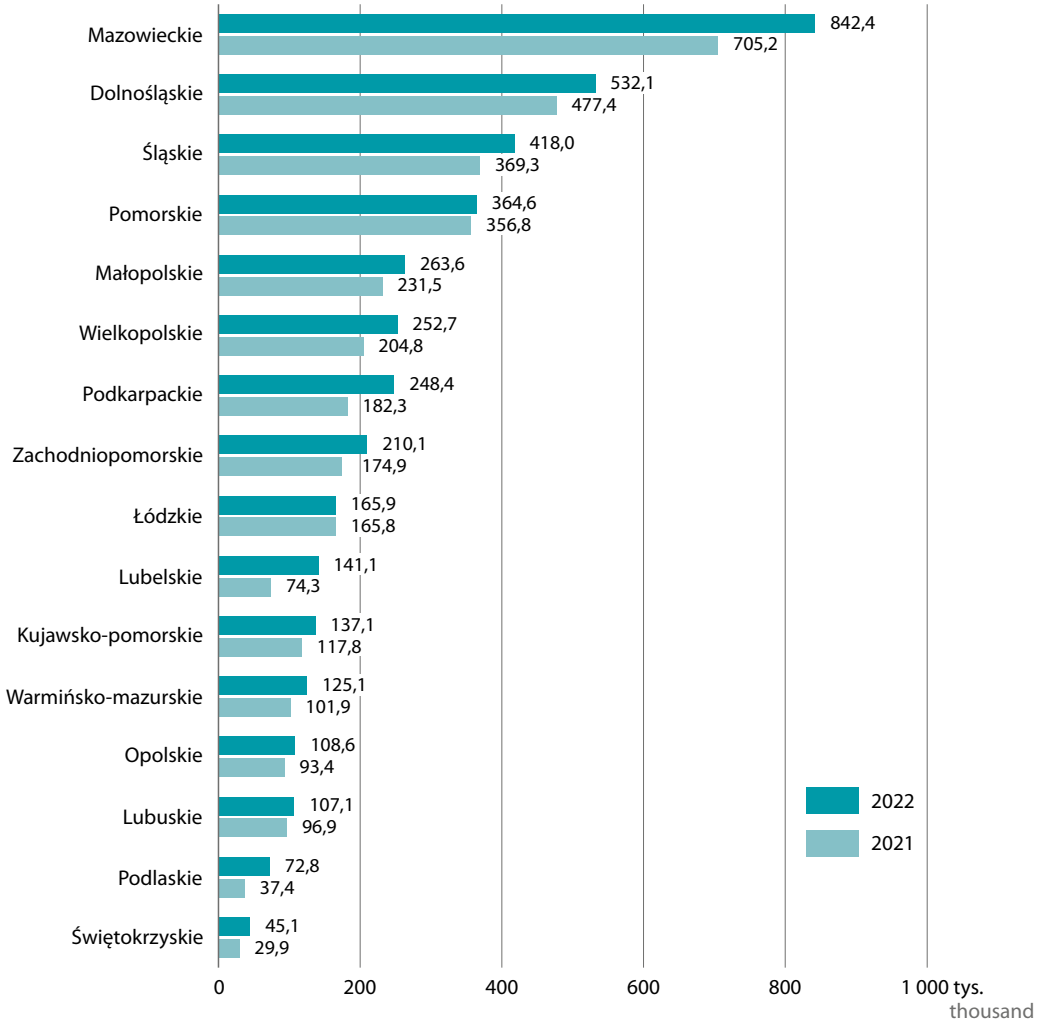
Wykres 13. Pacjenci hospitalizowani[a] w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności wg województw
Chart 13. Inpatients[a] per 10 thousand population in general hospitals by voivodship



W 2022 r. w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach ogólnych stacjonarnych i dziennych, leczonych było łącznie 4 034,7 tys. osób, o 18,0% więcej niż w 2021 r. Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach stacjonarnych stanowili 94,7%, natomiast leczeni w szpitalach dziennych (tzw. szpitalach jednego dnia) – 5,3%.

W stosunku do roku poprzedniego, liczba pacjentów leczonych w trybie dziennym w szpitalach ogólnych zwiększyła się we wszystkich województwach. Kierując się wartością bezwzględną, największy wzrost odnotowano w województwie mazowieckim – o ponad 137,2 tys. osób (więcej o 19,5%). Natomiast w ujęciu procentowym, największy wzrost liczby leczonych dziennie, w porównaniu do 2021 r., zarejestrowano w województwie podlaskim – o 94,5% (tj. więcej o 35,3 tys. osób), a najmniejszy w łódzkim – o 0,1% (więcej o 96 osób).

Wykres 14. Pacjenci leczeni dziennie w stacjonarnych i dziennych szpitalach ogólnych wg województw
Chart 14. Day care patients in general hospitals including day care hospitals by voivodships



W 2022 r. w szpitalach ogólnych przyjęto 300,0 tys. porodów (o 8,1% mniej niż rok wcześniej), z czego 50,5% stanowiły porody fizjologiczne, 47,5% – cesarskie cięcia, a 2,0% – inne porody (m.in. porody kleszczowe i przy użyciu próżnociągu).

Urodziło się 302,7 tys. dzieci[25] i było to o 8,1% (26,7 tys.) mniej niż w 2021 r. W stosunku do 2021 r. mniejsza liczba dzieci urodziła się w szpitalach wszystkich województw, a spadek ten wahał się od 11,2% w przypadku województwa wielkopolskiego (urodziło się tu 29,3 tys. dzieci) do 3,7% w województwie lubuskim (gdzie przyszło na świat 6,9 tys. noworodków). Najwięcej dzieci[26] (51,0 tys.) urodziło się w województwie mazowieckim, o 7,2% mniej w porównaniu z 2021 r.

25 Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dób życia i bez dzieci martwo urodzonych.
26 jw.

Oddziały szpitalne w stacjonarnych szpitalach ogólnych

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

Na koniec 2022 r. w szpitalach znajdowało się 164,2 tys. łóżek, o 2,5% (4 292 łóżka) mniej niż w roku poprzednim. Najwięcej łóżek – blisko 35,0 tys. (21,3% łóżek w szpitalach ogólnych) przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego[27]. Ponad połowa tych łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (17,6 tys. łóżek), z czego 1,6 tys. na chirurgii dziecięcej, a średnio co czwarte (8,9 tys. łóżek) na oddziałach chirurgii urazowo–ortopedycznej. Około 4,5% łóżek chirurgicznych przeznaczonych było na leczenie najmłodszych pacjentów (do 18 lat). Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały chirurgii szczękowo–twarzowej (415 łóżek).

Poza omówioną grupą oddziałów o specjalności chirurgicznej, oddziałami dysponującymi znaczną liczbą łóżek były oddziały: chorób wewnętrznych (12,5% łóżek w szpitalach), rehabilitacyjne (11,5%), ginekologiczno–położnicze (8,8%), kardiologiczne (5,2%), neonatologiczne (4,6%), neurologiczne (4,5%), pediatryczne (4,3%) oraz gruźlicy i chorób płuc (3,8%).

Oddziałami, na których odnotowano największy wzrost liczby łóżek w porównaniu z 2021 r. (kierując się wielkością bezwzględną), były oddziały psychiatryczne – o 479 łóżek (więcej o 9,4%). Liczba łóżek zwiększyła się również na oddziałach: rehabilitacyjnych – o 262 (1,4%), chirurgii ogólnej – o 248 (1,4%), geriatrycznych – o 180 (17,2%), reumatologicznych – o 153 (8,8%) i terapii uzależnień – o 117 (12,6%). Na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej, na których liczba łóżek systematycznie rośnie, w 2022 r. odnotowano 869 łóżek, o 75 (9,4%) więcej niż przed rokiem.

W związku z zakończeniem epidemii COVID-19, nastąpił spadek liczby łóżek na oddziałach chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych[28], na których ich liczba zmniejszyła się odpowiednio o 2813 (mniej o 12,0%) i 1906 (40,4%). W 2022 r. znaczna część łóżek szpitalnych z oddziałów chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych (wykorzystywanych w poprzednim roku do leczenia i obserwacji pacjentów z podejrzeniem COVID–19) była przenoszona na inne oddziały w zależności od potrzeb szpitali.

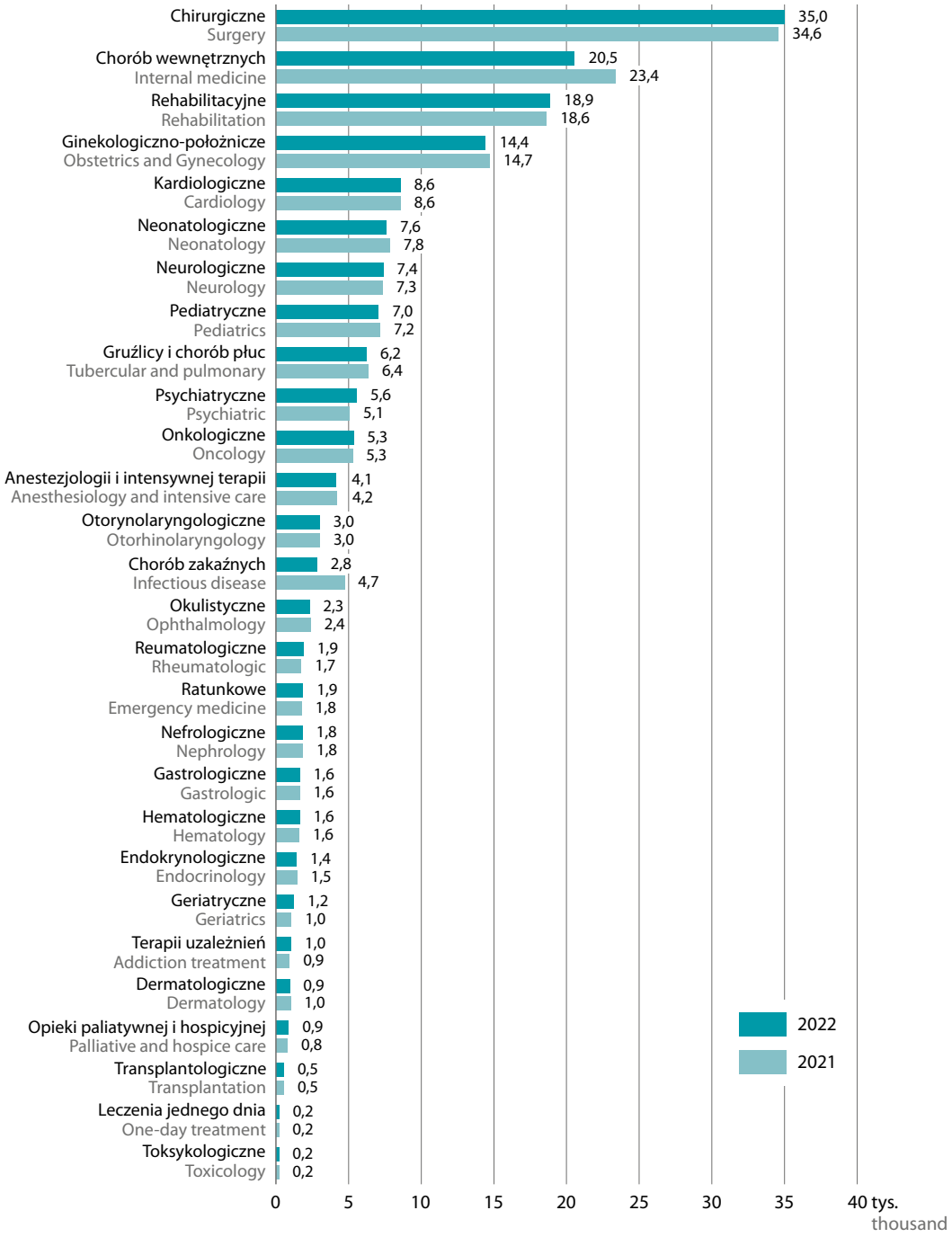
Ponadto, mniejszą liczbę łóżek odnotowano na oddziałach: ginekologiczno-położniczych – o 273 (mniej o 1,9% łóżek), neonatologicznych – o 228 (2,9%), gruźlicy i chorób płuc – o 117 (1,8%) oraz pediatrycznych – o 113 (1,6%).

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

28 W związku z epidemią COVID–19 oprócz łóżek zakaźnych znajdujących się na oddziałach zakaźnych, w przypadku takiej konieczności, wyodrębniane były dodatkowe łóżka COVID–19 na innych oddziałach szpitalnych, głównie na oddziałach chorób wewnętrznych.

Wykres 15. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 15. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals
As of 31 December



W 2022 r. na oddziałach w szpitalach ogólnych, z uwzględnieniem ruchu chorych (pomiędzy oddziałami), przebywało łącznie 7 406,9 tys. pacjentów[29], o 7,1% więcej niż w 2021 r. Podobnie jak w latach poprzednich najliczniejszą grupę, bo ponad 1/4 ogółu leczonych, stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych (1 961,4 tys. osób), z czego niemal połowa (49,7%) przypadków – osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (974,0 tys. osób, o 112,3 tys. więcej niż w roku poprzednim). Średnio co czwarty pacjent oddziałów chirurgicznych skorzystał ze świadczeń z zakresu chirurgii urazowo–ortopedycznej (481,4 tys. osób, o 44,6 tys. więcej niż w 2021 r.), a prawie co ósmy – urologii (236,2 tys. osób, o 22,9 tys. więcej). Natomiast na oddziałach chirurgicznych przeznaczonych na leczenie najmłodszych pacjentów (do 18 lat) przebywało 108,5 tys. dzieci, o 7,9 tys. więcej niż rok wcześniej.

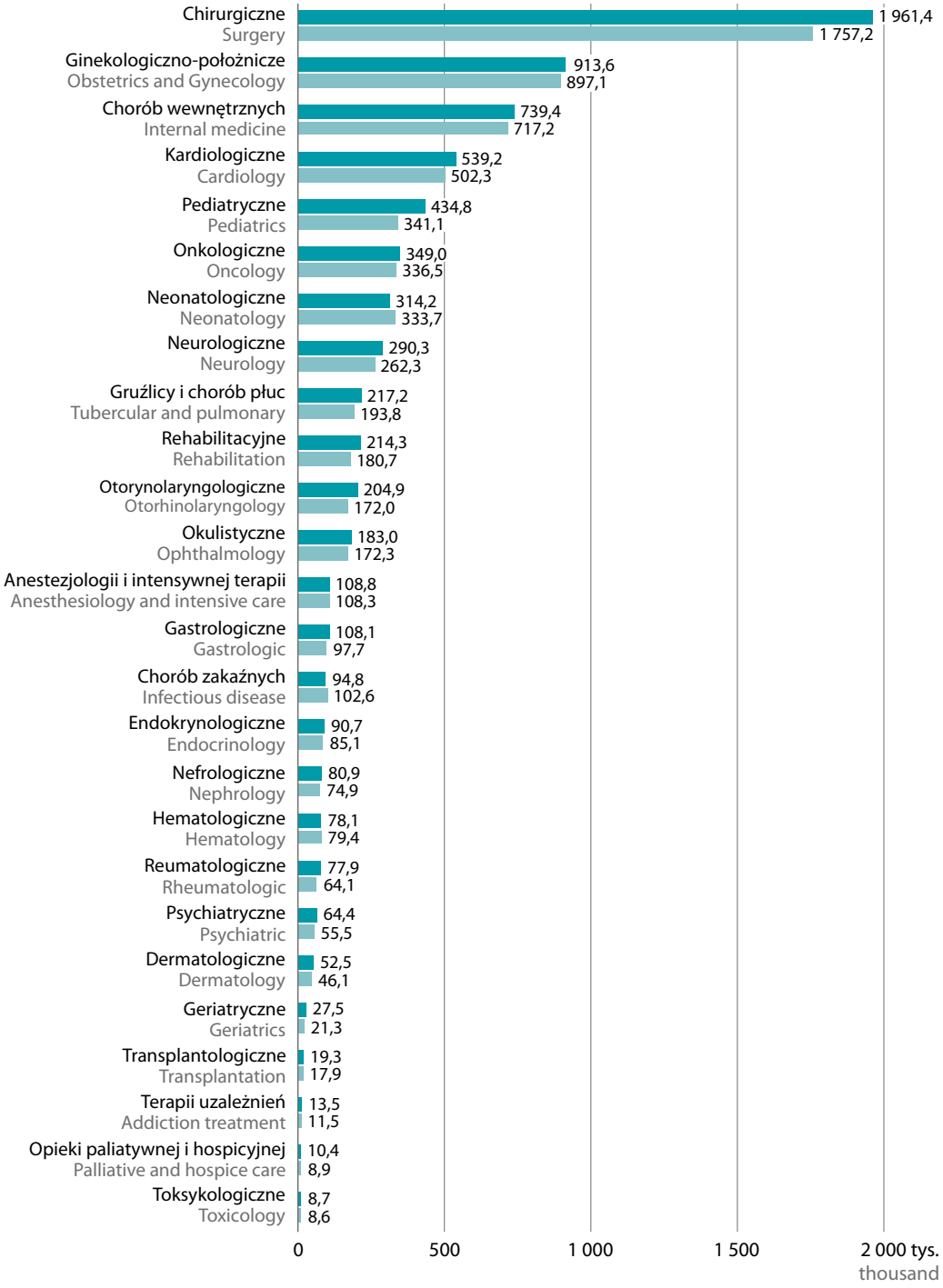
Liczną grupę leczonych (powyżej 10,0%) w szpitalach ogólnych stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno–położniczych (12,3% ogółu leczonych) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (10,0%). Mniejszy odsetek stanowili pacjenci na oddziałach: kardiologicznych (7,3%), pediatrycznych (5,9%), onkologicznych (4,7%), neonatologicznych (4,2%) i neurologicznych (3,9%). Odsetki leczonych na pozostałych oddziałach szpitalnych nie przekroczyły 3,0%.

W 2022 r. niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych przebywało więcej pacjentów niż rok wcześniej.

Poza wspomnianymi wyżej oddziałami chirurgii ogólnej i urazowo-ortopedycznej, wzrost liczby pacjentów odnotowano na oddziałach: pediatrycznych – o 93,7 tys. (tj. więcej o 27,5%), kardiologicznych – o 36,9 tys. (7,3%), rehabilitacyjnych – o 33,6 tys. (18,6%), otorynolaryngologicznych – o 32,9 tys. (19,1%) i neurologicznych – o 28,0 tys. (10,7%). W ujęciu procentowym największy wzrost liczby pacjentów, w porównaniu z poprzednim rokiem, odnotowano na oddziałach geriatrycznych – o 29,2% (więcej o 6,2 tys. osób). Mniej pacjentów niż przed rokiem przebywało tylko na oddziałach: chorób zakaźnych – o 7,6% (mniej o 7,8 tys. osób), neonatologicznych – o 5,8% (19,4 tys.) i hematologicznych – o 1,5% (1,2 tys.).

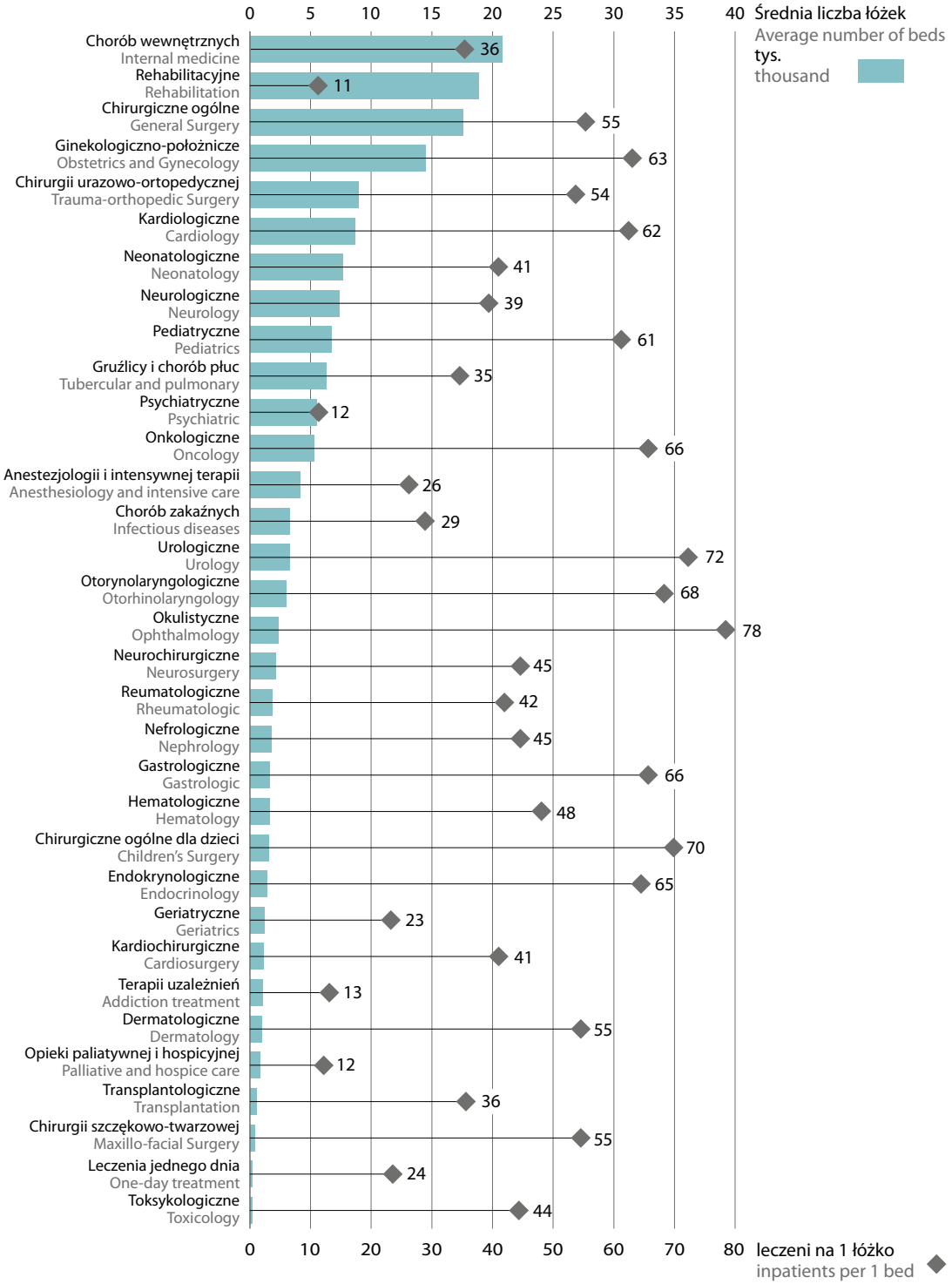
29 Leczeni stacjonarnie z tzw. międzyoddziałowym ruchem chorych jest to suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych, przy czym na każdym oddziale pacjent liczony jest niezależnie.

Wykres 16. Pacjenci leczeni stacjonarnie[a] na oddziałach w szpitalach ogólnych
Chart 16. Number of inpatients[a] in wards of general hospitals



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

Wykres 17. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2022 r.
Chart 17. Beds and number of inpatients per one bed in wards of general hospitals in 2022



Istotnych informacji obrazujących działalność szpitali i oddziałów szpitalnych dostarcza porównanie liczby pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych (leczeni z tzw. ruchem międzyoddziałowym) z liczbą pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala (leczeni bez ruchu chorych). Szacunkowa wielkość ruchu chorych dla szpitali w kraju w 2022 r. wyniosła 7,4% (o 1,8 p.proc. mniej niż w roku poprzednim). Ruch chorych powyżej 10,0% odnotowano w województwach: lubuskim (13,6%), warmińsko-mazurskim (12,6%), opolskim (12,5%) i dolnośląskim (11,8%). Natomiast ruch chorych poniżej 6,0% wystąpił w województwach: lubelskim (2,6%), podlaskim (3,3%) i podkarpackim (5,2%).

Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych są tzw. wskaźnik przelotowości[30] oraz średni czas pobytu na oddziale[31].

Wskaźnik przelotowości dla oddziałów szpitalnych w kraju wyniósł 44,8 pacjenta na jedno łóżko i był wyższy o 3,3 w porównaniu z 2021 r.

Podobnie jak w latach poprzednich, najwięcej pacjentów skorzystało z tego samego łóżka szpitalnego na oddziałach okulistycznych (78 pacjentów, czyli o 6 osób więcej niż przed rokiem). Więcej niż 60 pacjentów na jedno łóżko przypadało również na oddziałach: urologicznych (72, o 5 więcej), chirurgicznych dla dzieci (70, o 6 więcej), otorynolaryngologicznych (68, o 11 więcej), gastrologicznych (66, o 4 więcej), onkologicznych (66, o 2 więcej), endokrynologicznych (65, o 6 więcej), ginekologiczno-położniczych (63, o 2 więcej), kardiologicznych (62, o 3 więcej) i pediatrycznych (61, o 13 więcej). Natomiast najmniej pacjentów na jedno łóżko szpitalne było na oddziałach rehabilitacyjnych (11 pacjentów, czyli o 1 osobę więcej niż w roku poprzednim). Mniej niż 25 leczonych skorzystało z jednego łóżka na oddziałach psychiatrycznych (12, o 1 więcej), opieki paliatywnej i hospicyjnej (12, tyle samo co w 2021 r.), geriatrycznych (23, o 1 mniej) oraz leczenia jednego dnia (24, o 32 mniej).

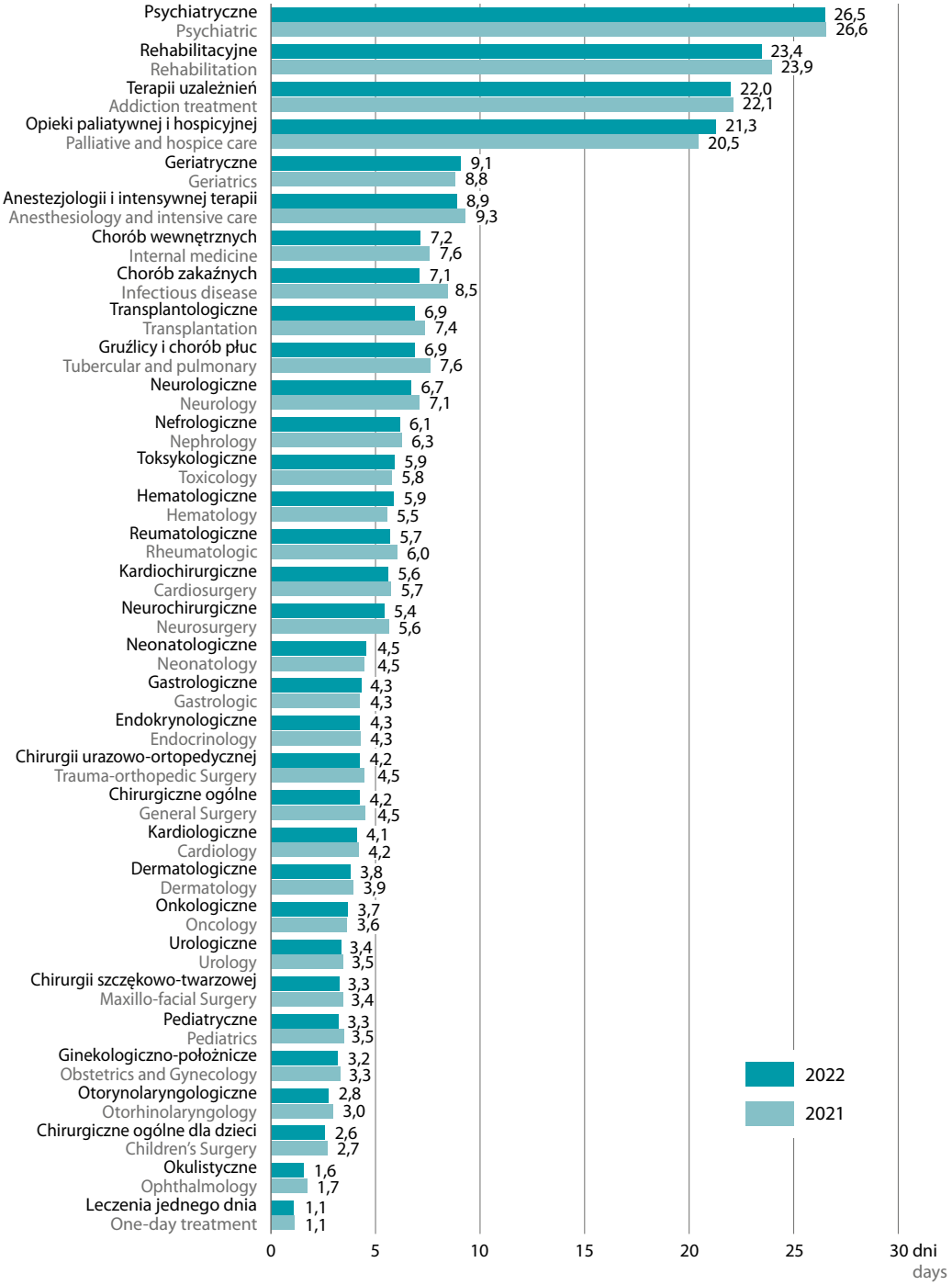
W 2022 r. w porównaniu z rokiem poprzednim wartość wskaźnika przelotowości wzrosła niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych, przy czym w największym stopniu na oddziałach pediatrycznych (o 13 osób). Wskaźnik mniejszy niż przed rokiem odnotowano jedynie na oddziałach: leczenia jednego dnia (24 pacjentów, czyli o 32 osoby mniej niż w 2021 r.) i hematologicznych (48, o 3 mniej).

W 2022 r. średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym wyniósł 5,3 dnia i nie zmienił się istotnie (był o 0,1 dnia krótszy) w porównaniu z 2021 r.

Średni czas pobytu chorego różnił się w zależności od rodzaju oddziału i wahał się od 26,5 dnia na oddziałach psychiatrycznych do 1,1 dnia na oddziałach leczenia jednego dnia. W odniesieniu do roku poprzedniego średni czas pobytu na oddziale wydłużył się na oddziałach: opieki paliatywnej i hospicyjnej (dłuższy o 0,8 dnia), hematologicznych (0,3), geriatrycznych (0,3) i toksykologicznych (0,1), a najbardziej skrócił się na oddziałach chorób zakaźnych[32] (o 1,4 dnia).

30 Wskaźnik tzw. przelotowości jest to iloraz liczby pacjentów na oddziale i przeciętnej miesięcznej liczby łóżek w roku na oddziale.
31 Średni czas pobytu na oddziale jest to iloraz liczby osobodni pobytu i liczby leczonych na oddziale.
32 Łącznie z oddziałami obserwacyjno–zakaźnymi.

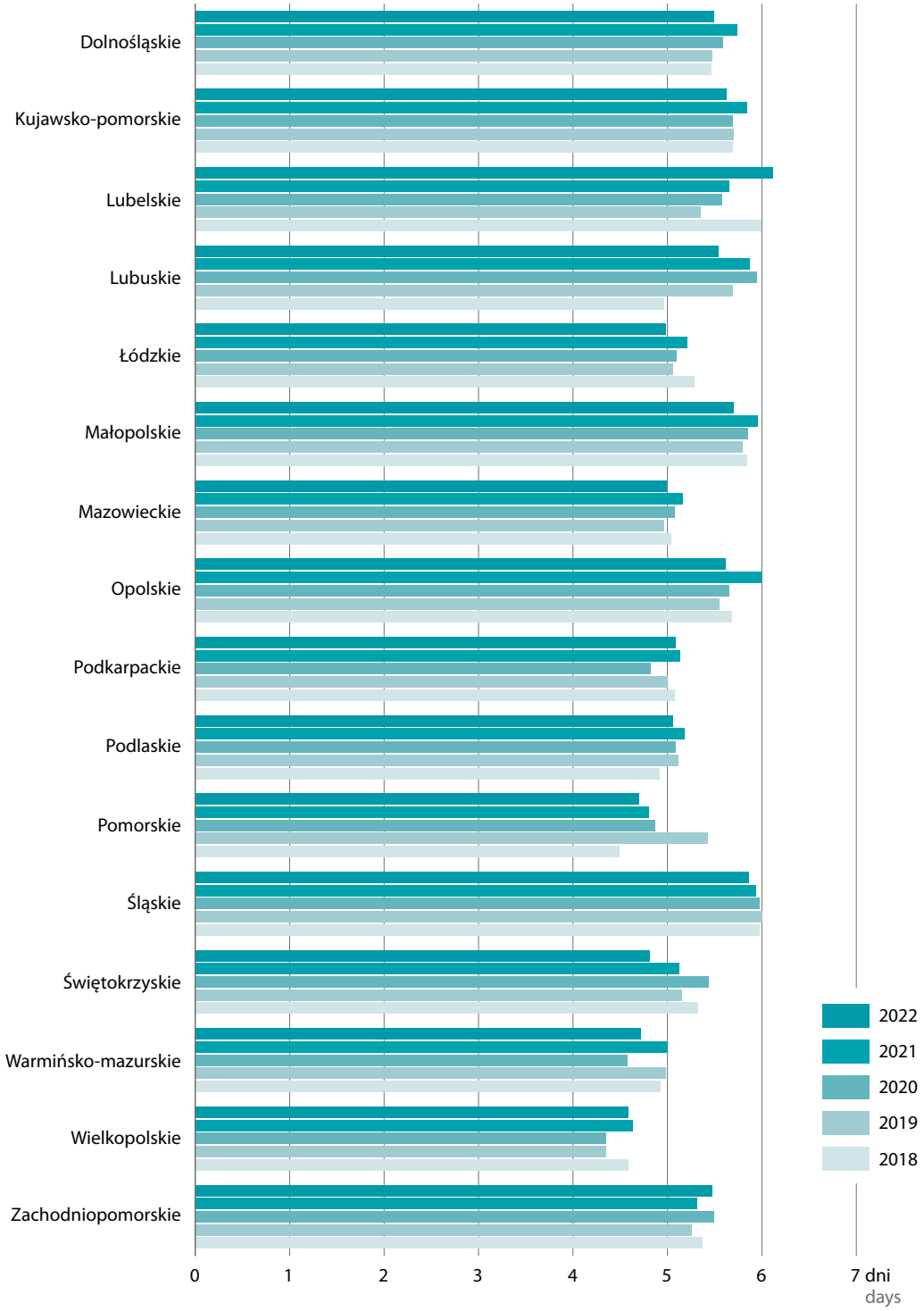
Wykres 18. Średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych
Chart 18. Average patient stay in hospital wards



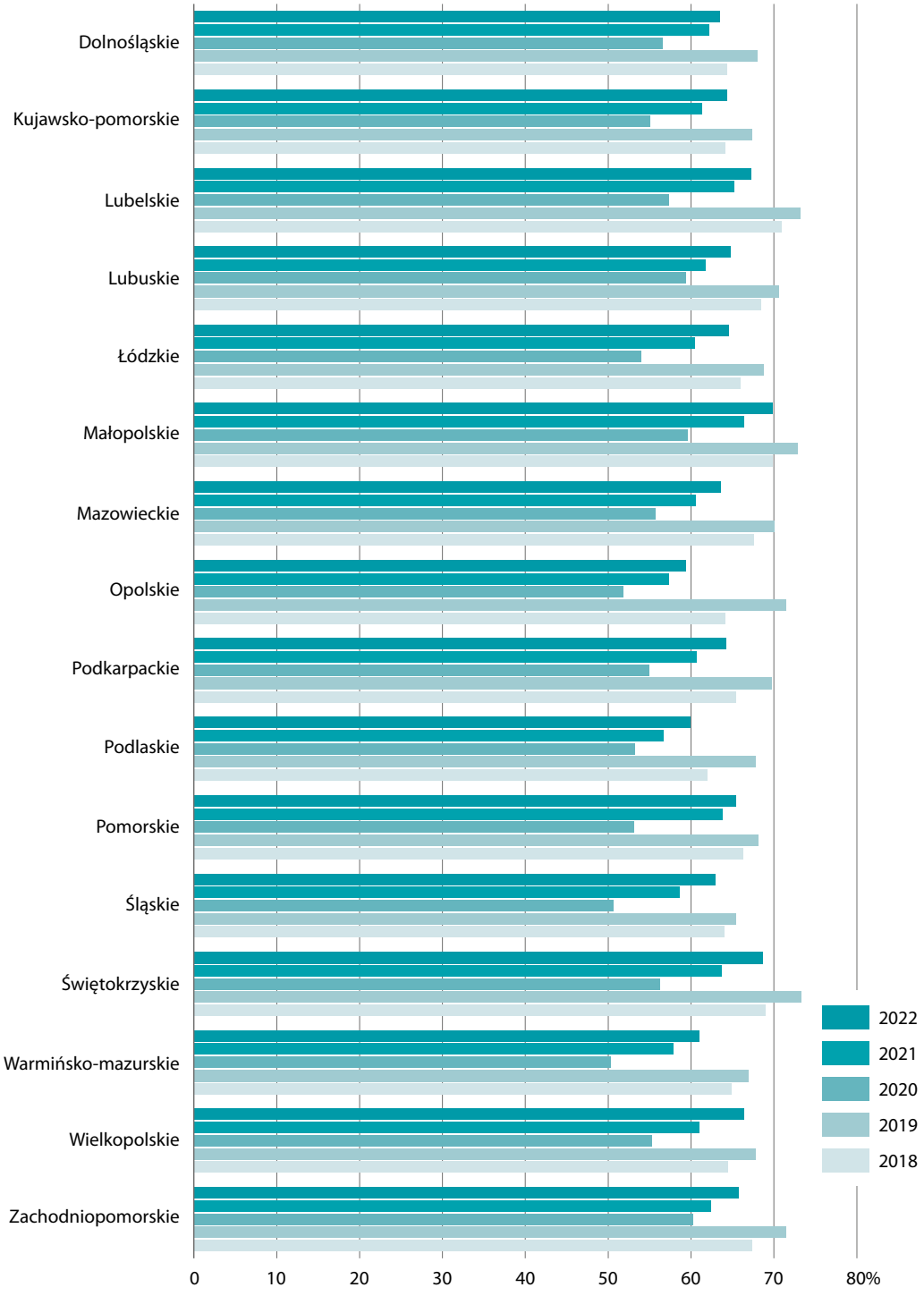
Najdłuższy średni pobyt pacjenta w szpitalach ogólnych w 2022 r. odnotowano w województwie lubelskim (6,1 dnia). Pobyty powyżej 5,5 dnia wystąpiły również w województwach śląskim (5,9), małopolskim (5,7), kujawsko-pomorskim i opolskim (po 5,6). Najkrótszy średni czas trwania pobytu pacjenta charakteryzował szpitale w województwie wielkopolskim (4,6 dnia). Mniej niż 5 dni spędzili leczeni w szpitalach w województwach pomorskim i warmińsko-mazurskim (po 4,7) oraz świętokrzyskim (4,8). Średni czas trwania pobytu

pacjenta był w większości województw zbliżony do tego sprzed roku, przy czym w największym stopniu uległ on skróceniu w województwie opolskim (o 0,4 dnia), natomiast był on dłuższy jedynie w województwach lubelskim (o 0,5 dnia) i zachodniopomorskim (0,2).

Wykres 19. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalach ogólnych wg województw
Chart 19. Average patient stay in hospital wards by voivodship



Wykres 20. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych wg województw (w %)
Chart 20. Occupancy rate in general hospitals by voivodships (in %)



Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie[33] łóżek w ciągu roku. W 2022 r. wskaźnik ten dla szpitali ogólnych w Polsce wyniósł 64,6%[34] i był o 3,3 p. proc. większy niż w 2021 r. Największy wzrost wykorzystania łóżek szpitalnych w porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano w województwie wielkopolskim (o 5,4 p. proc.), a najmniejszy w dolnośląskim (o 1,3 p. proc.).

Najwyższą wartość wskaźnika wykorzystania łóżek (69,8%) odnotowano w województwie małopolskim i była ona o 3,4 p. proc. wyższa niż w 2021 r. Wskaźniki powyżej 66,0% charakteryzowały również województwa: świętokrzyskie (68,7%), lubelskie (67,3%) oraz wielkopolskie (66,4%). Natomiast najniższą jego wartość osiągnięto w województwie opolskim (59,4%, o 2,1 p. proc. wyższy niż w 2021 r.).

Przyjmuje się, że w typowych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia 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 bowiem charakter mają oddziały intensywnej terapii, pełniące szczególną rolę w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, a inny oddziały kardiochirurgiczne, w których wykonywane są operacje, prowadzona jest diagnostyka, sprawowana jest szeroka opieka przed– i pooperacyjna. Jeszcze inne funkcje pełnią oddziały rehabilitacyjne, na których przebywają pacjenci z zakończonym procesem właściwego leczenia, ale w dalszym ciągu wymagający stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji oraz prowadzenia zabiegów ukierunkowanych na określony długoterminowy efekt leczniczy.

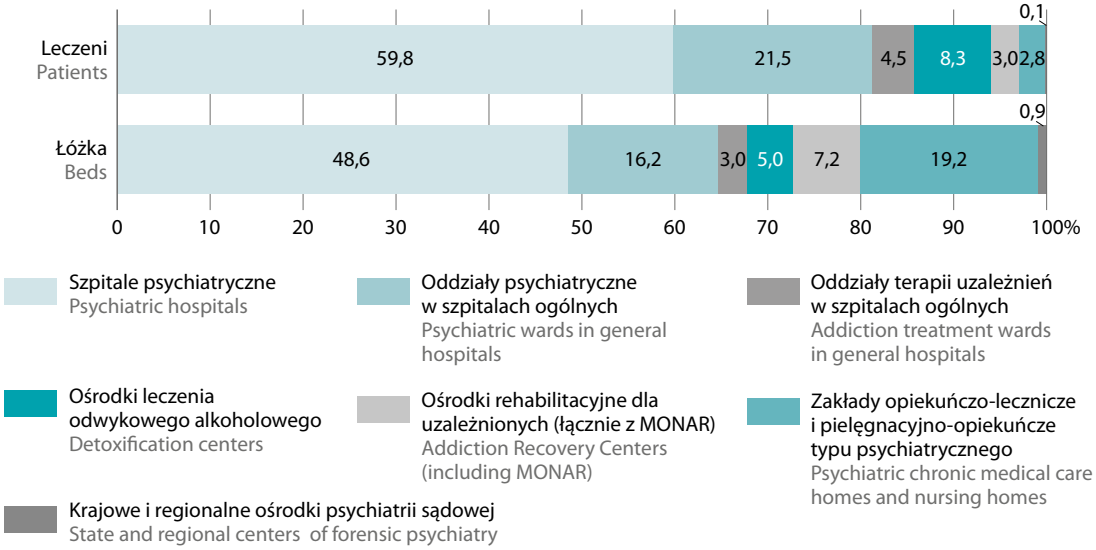
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

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 2022 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną[35] przeznaczonych było łącznie 34,4 tys. łóżek (o 2,0% więcej niż w 2021 r.). Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według rodzaju realizowanej opieki nie zmieniła się znacząco. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek (67,8%) przypadało na psychiatryczną opiekę szpitalną (prawie 23,3 tys. łóżek, o 0,3% mniej niż w 2021 r.) realizowaną w szpitalach psychiatrycznych oraz w szpitalach ogólnych na oddziałach psychiatrycznych i oddziałach terapii uzależnień. Na długoterminową opiekę psychiatryczną świadczoną w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych było przeznaczonych 6,6 tys. łóżek (19,2% ogółu), natomiast placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych łącznie z ośrodkami MONAR) oraz Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej dysponowały łącznie 4,5 tys. łóżek (13,1%).

33 Przeciętne wykorzystanie łóżek w roku jest to iloraz liczby osobodni pobytu pacjenta i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział procentowy dni w roku.
34 Odpowiada to 236 dniom (o 12 dni więcej niż w 2021 r.)
35 Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i terapii uzależnień w szpitalach ogólnych.

Wykres 21. Łóżka i pacjenci zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2022 r.
Chart 21. Beds and inpatients of psychiatric facilities in 2022



Na koniec 2022 r. na terenie kraju działało 61 szpitali psychiatrycznych (tyle samo co przed rokiem), dysponujących 16,7 tys. łóżek (o 3,9% mniej niż w końcu 2021 r.). Z leczenia stacjonarnego skorzystało 179,6 tys. pacjentów, o 1,7% (o 2,9 tys. osób) więcej niż w poprzednim roku.

Podobnie jak przed rokiem najwięcej łóżek przeznaczonych na psychiatryczne leczenie szpitalne znajdowało się w województwie mazowieckim – 2,7 tys. łóżek. Więcej niż 1 tys. łóżek dostępnych było w szpitalach psychiatrycznych w województwach: śląskim – prawie 1,9 tys. łóżek, wielkopolskim i dolnośląskim – po ok. 1,3 tys., pomorskim i łódzkim – po ok. 1,2 tys. W szpitalach tych sześciu województw przebywało łącznie prawie 60% pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w kraju.

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 158 oddziałach psychiatrycznych i 47 oddziałach terapii uzależnień. W oddziałach tych dostępnych było łącznie 6,6 tys. łóżek (o 9,9% czyli o 596 łóżek więcej niż w 2021 r.), z których skorzystało niemal 78,0 tys. pacjentów (o 16,5% czyli o 11,0 tys. osób więcej niż w roku poprzednim), przy czym pacjenci oddziałów psychiatrycznych stanowili zdecydowaną większość (82,6% ogółu) leczonych na tych dwóch oddziałach szpitalnych.

Średni czas hospitalizacji (pobytu chorego) w szpitalach psychiatrycznych w kraju nie zmienił się istotnie i wyniósł 30,8 dnia, a w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był, podobnie jak w latach ubiegłych, nieco krótszy i wyniósł 26,5 dnia. Na oddziałach terapii uzależnień, gdzie pobyty są znacznie krótsze, średnio trwał 22,0 dni.

Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych poszczególnych województw była zróżnicowana. Najdłuższy średni pobyt odnotowano w województwie śląskim (40,0 dni), natomiast najkrótszy w województwie wielkopolskim (24,6).

Kolejnym rodzajem placówek całodobowej opieki psychiatrycznej są ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych i ośrodki MONAR[36]. W 2022 r. takich ośrodków było 56 (o 4 więcej niż w 2021 r.) i dysponowały one łącznie 2,5 tys. łóżek (o 18,6% łóżek więcej niż w roku poprzednim). Skorzystało z nich ponad 9,1 tys. osób uzależnionych (o 49,8% więcej niż w 2021 r.). Średni czas pobytu podopiecznych wyniósł 79,4 dnia i był o 22,6 dnia krótszy niż przed rokiem. Krótsze pobyty zostały odnotowane prawie we wszystkich województwach z wyjątkiem: łódzkiego, opolskiego i pomorskiego. W placówkach

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

zlokalizowanych w trzech województwach: mazowieckim, dolnośląskim i lubuskim przebywało[37] 45,0% podopiecznych tych zakładów.

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w 2022 r. funkcjonowało 39 (tyle samo co w 2021 r.) ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego. Dysponowały one, podobnie jak przed rokiem, 1,7 tys. łóżek, a skorzystało z nich 24,9 tys. osób, o 38,4% więcej niż w roku poprzednim. Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 20,7 dnia (o 8,0 dni dłużej niż w 2021 r.). W porównaniu z oddziałami terapii uzależnień, znajdujących się w szpitalach ogólnych, pobyt w tych ośrodkach był krótszy o 1,3 dnia.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych realizujących zadania w systemie zamkniętym są Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej. W ośrodkach tych przebywają sprawcy czynów zabronionych, skierowani do ośrodka przez sąd, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zaburzenia psychiczne. W 2022 r. na terenie kraju odnotowano 5 zakładów tego typu, dysponujących łącznie 304 łóżkami. Przebywało w nich 439 osób (o 14 osób więcej niż w roku poprzednim), a średni czas ich pobytu wyniósł 217,0 dni i był o ok. 2 dni krótszy niż w 2021 r.

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 inna forma opieki jaką jest opieka hospicyjno–paliatywna, mająca na celu łagodzenie bólu i cierpienia pacjenta w schyłkowym okresie jego życia.

W 2022 r. na terenie kraju funkcjonowało 611 zakładów typu leczniczo–pielęgnacyjnego[38] (o 2,7% więcej niż w 2021 r.) i 222 stacjonarnych placówek świadczących usługi hospicyjno–paliatywne (o 24 oddziały więcej niż w roku poprzednim)[39]. Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno–paliatywnej dysponowały (łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych) 41,7 tys. łóżek i było to o 6,1% więcej niż w 2021 r. Zapewniły one opiekę w warunkach stacjonarnych blisko 107,1 tys. osób (o 9,3% więcej niż w poprzednim roku).

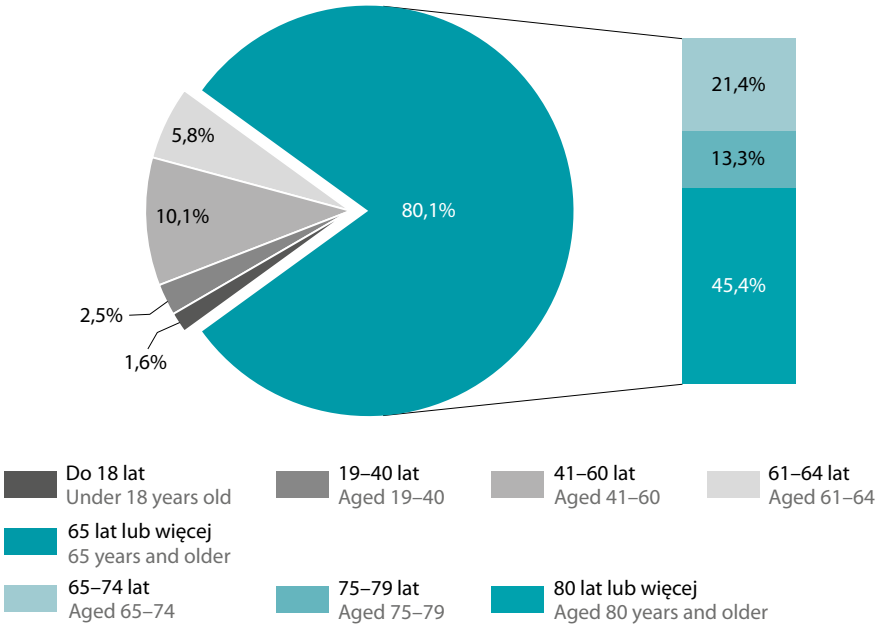
Według stanu w dniu 31 grudnia 2022 r. osoby w wieku 65 lat lub więcej przebywające w tego typu placówkach stanowiły 80,1% pacjentów i było to o 0,8% więcej niż na koniec 2021 r. Największy wzrost dotyczył pacjentów w wieku 65–79 lat, których odnotowano o 13,1% (1,5 tys. osób) więcej niż w roku poprzednim. Także podopiecznych w wieku tzw. późnej starości (80 lat lub więcej), którzy podobnie jak w latach poprzednich stanowili największą grupę (ponad 16,7 tys. osób), było o 7,5% więcej (1,2 tys. osób).

Podobnie jak w roku poprzednim, na koniec 2022 r. przebywało w tych zakładach blisko dwa razy więcej kobiet (23,8 tys.) niż mężczyzn (13,0 tys.). W przypadku osób w wieku 65–79 lat, liczba kobiet i mężczyzn nie różniła się tak znacznie (na jednego mężczyznę przypadało 1,4 kobiety), jak w najstarszej grupie (80 lat lub więcej), gdzie na jednego mężczyznę przypadało 4,3 kobiety. W grupach wieku poniżej 65 lat przeważali mężczyźni stanowiący 60,3% ogółu pacjentów (4,4 tys. osób).

37 Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.
38 Zakłady opiekuńczo–lecznicze oraz pielęgnacyjno–opiekuńcze o profilu ogólnym, a także zakłady opiekuńczo–lecznicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze o profilu psychiatrycznym.
39 Hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej oraz oddziały opieki paliatywnej i hospicyjnej działające w szpitalach ogólnych.

Wykres 22. Struktura wieku pacjentów w zakładach opieki długoterminowej[a] i hospicyjno–paliatywnej w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

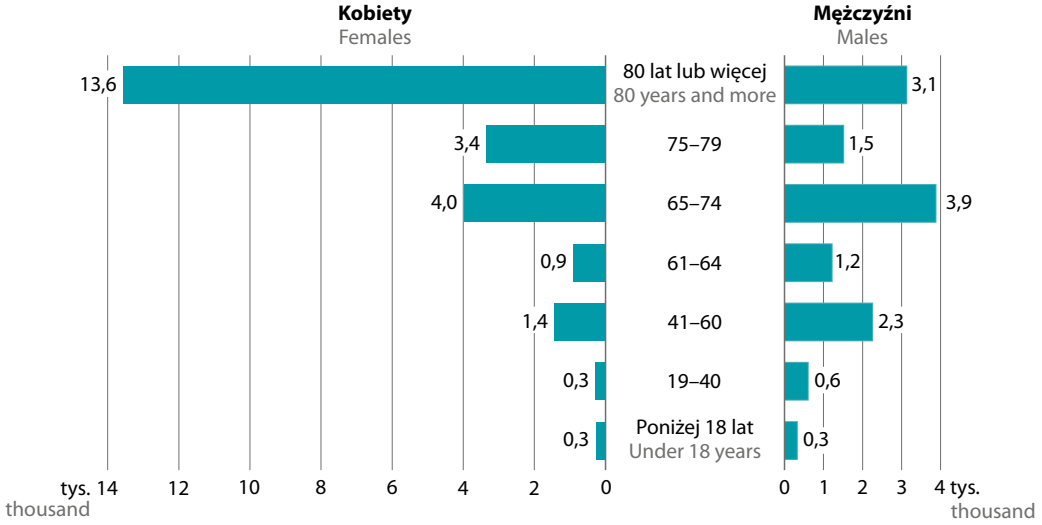
Chart 22. Age structure of patients in long term care facilities[a] including hospices and palliative wards in 2022
As of 31 December



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

Wykres 23. Pacjenci w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej[a] i hospicyjno–paliatywnej wg płci i grup wieku w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 23. Patients in long term care facilities[a] including hospices and palliative wards by sex and age groups in 2022
As of 31 December

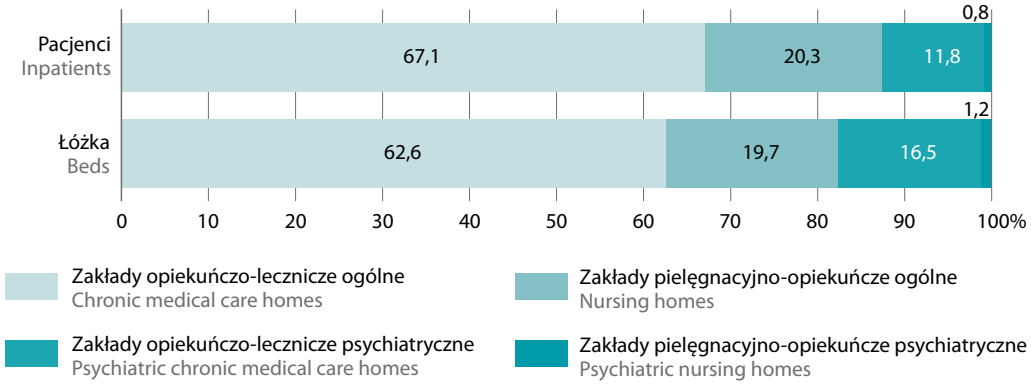


a Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

Na koniec 2022 r. baza łóżkowa zakładów opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wyniosła 37,2 tys., o 4,8% łóżek więcej niż w 2021 r. Wzrost liczby łóżek odnotowano zarówno w zakładach o charakterze ogólnym (30,6 tys., o 4,6% łóżek więcej niż w 2021 r.), jak i w placówkach przeznaczonych na długoterminową opiekę psychiatryczną (6,6 tys., o 5,7% łóżek więcej niż przed rokiem). Łącznie w zakładach opieki długoterminowej przebywało 65,4 tys. osób, o 5,0% więcej niż w 2021 r., przy czym 12,6% stanowili pacjenci długoterminowej opieki psychiatrycznej (prawie 8,3 tys. osób, o 7,3% więcej niż przed rokiem).

Wykres 24. Pacjenci i łóżka w zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej wg rodzaju zakładu w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 24. Residents and beds in long term care facilities by type of the facility in 2022
As of 31 December



Z długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej skorzystało blisko 17 osób na 10 tys. ludności, a w przypadku łóżek[40] wskaźnik wyniósł 10 łóżek na 10 tys. ludności.

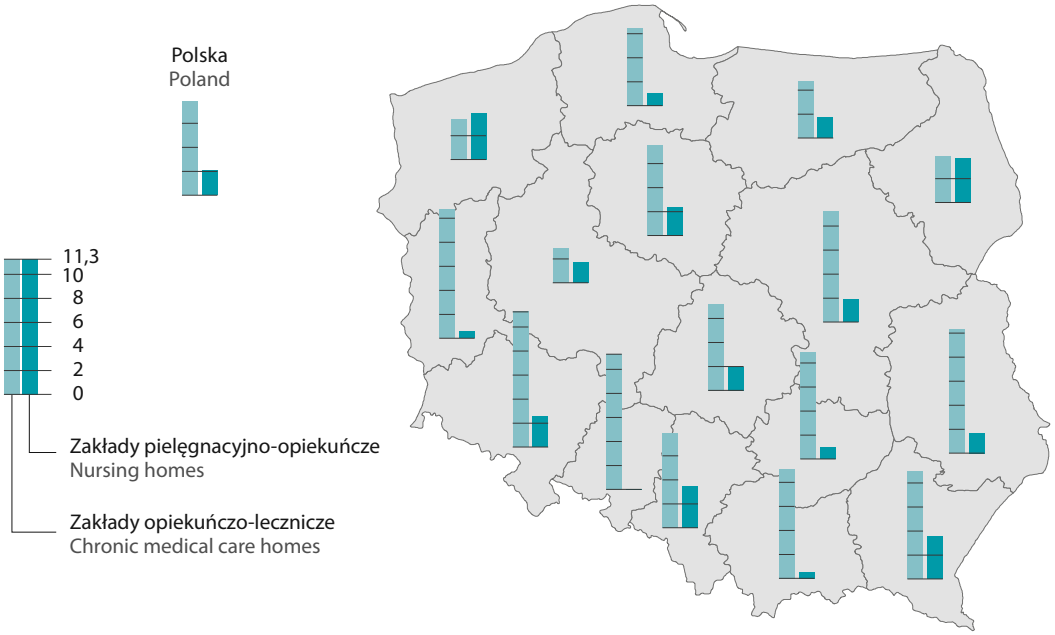
W porównaniu z 2021 r. największy wzrost wartości wskaźnika łóżek (dla obu typów zakładów łącznie) na 10 tys. ludności wystąpił w województwie lubelskim (z 9,5 do 12,0). Natomiast spadek jego wartości odnotowano w trzech województwach: wielkopolskim, małopolskim i dolnośląskim.

W 2022 r. największy wzrost wartości wskaźnika pacjentów na 10 tys. ludności wystąpił w województwie lubelskim (z 16,0 do 20,6), natomiast największy spadek odnotowano w województwie małopolskim (z 18,4 do 18,0).

40 Stan w dniu 31 grudnia.

Mapa 7. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia

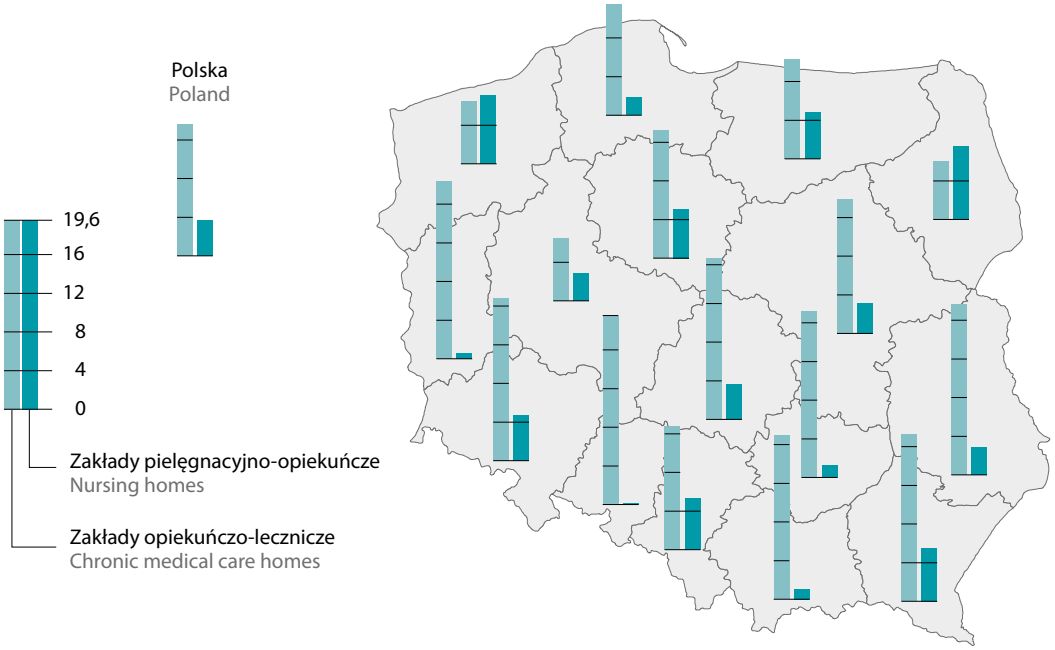
Map 7. Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2022 As of 31 December



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

Mapa 8. Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r.

Map 8. Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2022



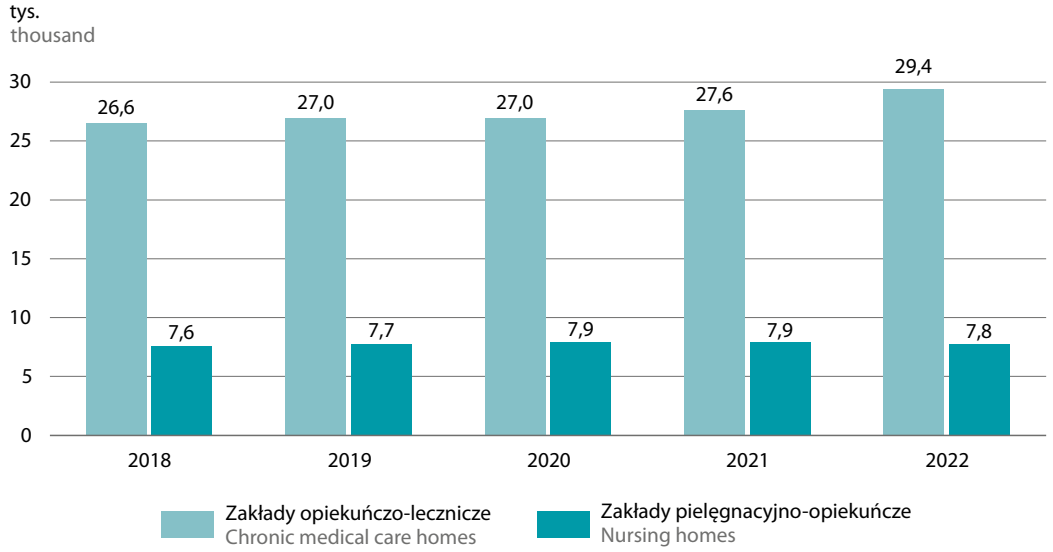
a Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

Stacjonarne zakłady opiekuńczo–lecznicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wartości wskaźnika przeciętnego wykorzystania łóżek w ciągu roku. W 2022 r. dla zakładów opiekuńczo–leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek wyniósł 87,5% (319 dni, o 3 dni więcej niż rok wcześniej), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno–opiekuńczych typu ogólnego – 88,0% (321 dni, o 4 dni więcej niż w 2021 r.).

W zakładach typu psychiatrycznego wartości wskaźnika wykorzystania łóżek są z reguły wyższe niż w zakładach typu ogólnego. W placówkach psychiatrycznych pielęgnacyjno–opiekuńczych wskaźnik przeciętnego wykorzystania wyniósł 95,0% (prawie 347 dni, o 9 dni mniej niż w 2021 r.), a w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–leczniczych – 95,1% (ponad 347 dni, o 3 dni więcej niż przed rokiem).

Wykres 25. Łóżka w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych[a]
Stan w dniu 31 grudnia

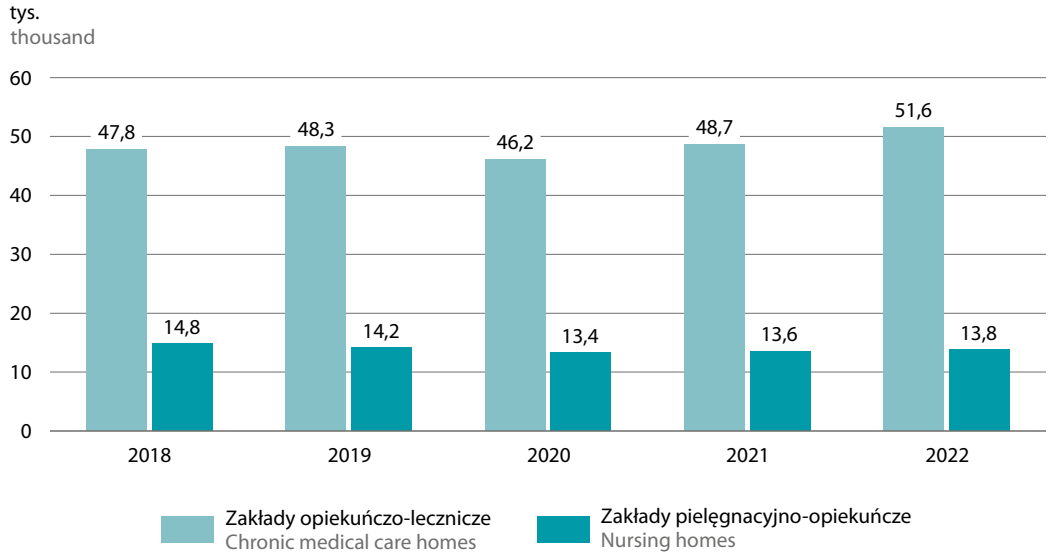
Chart 25. Beds in chronic medical care homes and nursing homes[a]
As of 31 December



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

W 2022 r. liczba pacjentów korzystających z tych instytucjonalnych form opieki długoterminowej była o 5,0% większa (o 3,1 tys. osób) niż w 2021 r.

Wykres 26. Pacjenci w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych[a]
Chart 26. Residents 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 2022 r. odnotowano 385 zakładów opiekuńczo–leczniczych o profilu ogólnym (o 15 więcej niż w 2021 r.), które dysponowały 23,3 tys. łóżek (o 7,0% więcej). Z opieki skorzystało ponad 43,8 tys. osób (o 5,9% więcej niż w 2021 r.). Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 165,5 dnia i w porównaniu z 2021 r. był o 2,1 dnia dłuższy.

W zakładach pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym (155 placówek, o 2 mniej niż w 2021 r.) baza łóżkowa zmniejszyła się w stosunku do stanu w 2021 r. (7,3 tys. łóżek, o 2,5% mniej niż przed rokiem), ale liczba leczonych utrzymała się na zbliżonym poziomie i wyniosła 13,2 tys. osób (o 0,9% więcej). Średni pobyt pacjenta trwał około 175,1 dnia i był o 1,5 dnia krótszy niż w 2021 r.

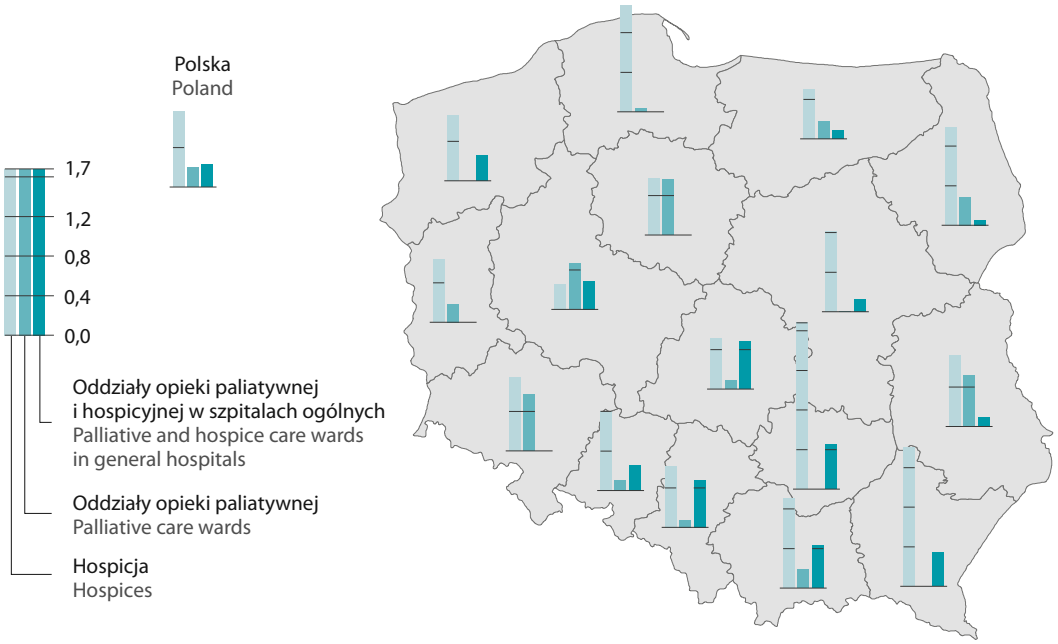
W 2022 r. liczba placówek opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych typu psychiatrycznego, w porównaniu z poprzednim rokiem, zwiększyła się do 71 (o 3 więcej). Dysponowały one 6,6 tys. łóżek (o 5,7% więcej), a leczonych w ciągu roku było prawie 8,3 tys. pacjentów (o 7,3% więcej). Średni czas pobytu pacjenta był zbliżony do tego sprzed roku i w zakładach opiekuńczo–leczniczych wyniósł 271,1 dnia, a w przypadku zakładów pielęgnacyjno–opiekuńczych – 283,0 dni.

W 2022 r. opieka hospicyjno–paliatywna realizowana była w hospicjach stacjonarnych (131 placówek, o 14 więcej niż w roku poprzednim), oddziałach opieki paliatywnej (44 placówki, o 7 więcej) oraz na oddziałach paliatywnych i hospicyjnych działających w szpitalach ogólnych (47 oddziałów, o 3 więcej). Łącznie placówki te dysponowały 4,5 tys. łóżek, o 18,2% więcej niż przed rokiem. Udzieliły pomocy niemal 41,7 tys. pacjentom (o 16,7% więcej niż w 2021 r.), przy czym ponad połowa leczonych – 54,8% (22,9 tys. osób, o 16,6% więcej) przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali podopieczni skorzystali z oddziałów opieki paliatywnej, działających poza strukturą szpitali (20,3% pacjentów) lub oddziałów funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych (24,9% ogółu korzystających z tej formy opieki). Średni pobyt pacjenta w hospicjach był zbliżony do tego sprzed roku i trwał 35,3 dnia (o 1,4 dnia więcej niż w 2021 r.). W oddziałach paliatywnych, w których pobyty zwykle są krótsze niż w hospicjach, średni pobyt pacjenta w oddziałach działających poza strukturą szpitali trwał 23,2 dnia (o 1,8 dnia więcej niż w poprzednim roku), a na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych – 21,3 dnia (o 0,8 dnia więcej).

W 2022 r. z opieki hospicyjno–paliatywnej, realizowanej w systemie stacjonarnym w wymienionych trzech typach placówek, skorzystało 11 osób na 10 tys. ludności kraju.

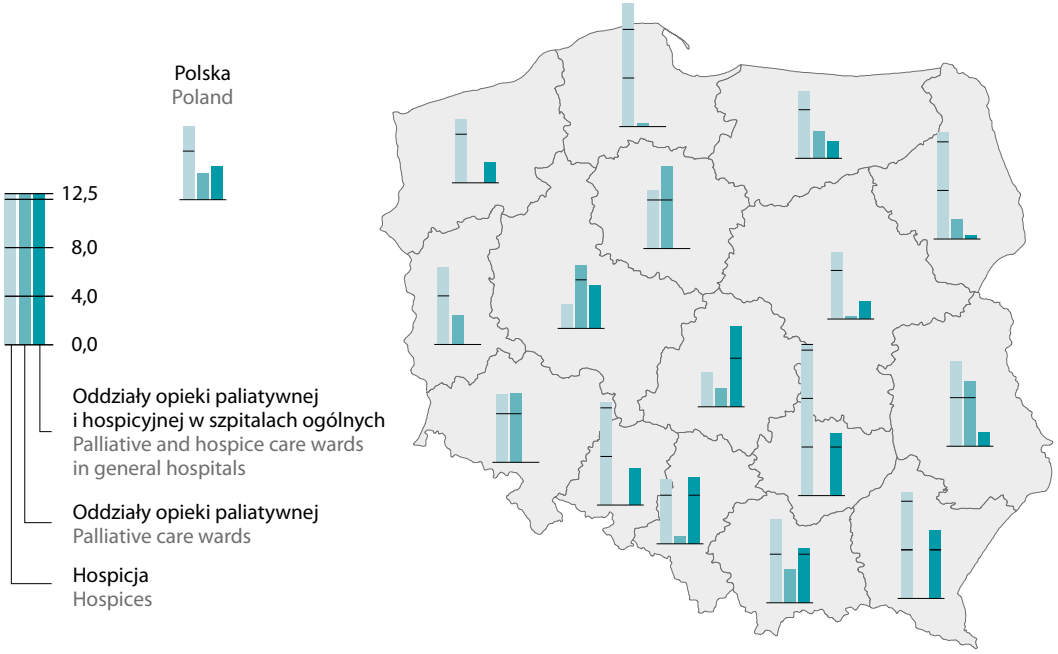
Mapa 9. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia

Map 9. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2022
As of 31 December



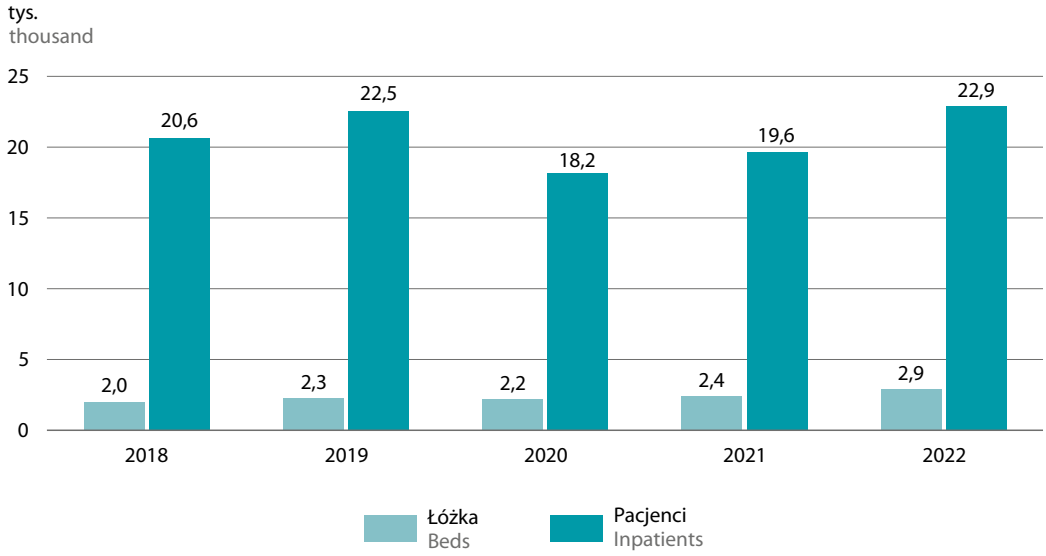
Mapa 10. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2022 r.

Map 10. Inpatients in hospices, palliative care wards as well as on wards of palliative and hospice care in general hospitals per 10 thousand population in 2022



W 2020 r., w pierwszym roku epidemii COVID-19, odnotowano spadek liczby pacjentów korzystających z opieki hospicjów[41]. W 2022 r. pacjentów w tego typu placówkach było już o 25,8% więcej w porównaniu z 2020 r. W tym samym okresie baza łóżkowa wzrosła o 29,5% (657 łóżek).

Wykres 27. Łóżka i pacjenci w hospicjach
Chart 27. Beds and inpatients in hospices



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 2022 r. tego typu opieką objęto łącznie 6,5 tys. osób, o 1,9% więcej niż w 2021 r. Większość pacjentów (90,4%) stanowiły osoby leczone w domu.

Tablica 5. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej
Table 5. Inpatient health care facilities

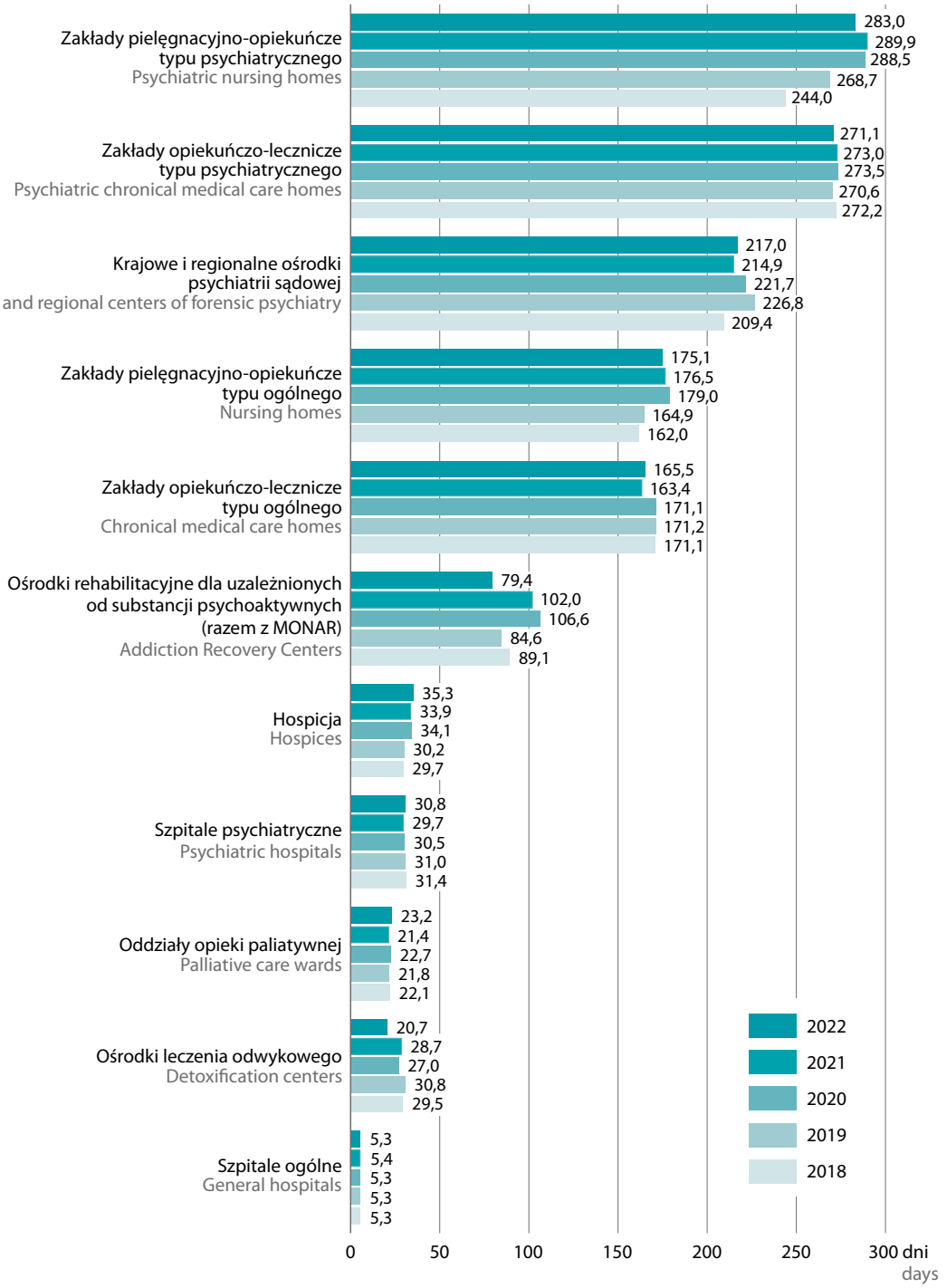
LATA YEARS	Placówki Facilites	Łóżka Beds	Leczeni w tysiącach Inpatients in thousand	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpatients in days
SZPITALE OGÓLNE GENERAL HOSPITALS				
2021	899	168 447	6 332,2	5,4
2022	896	164 155	6 895,9	5,3
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE TYPU OGÓLNEGO CHRONICAL MEDICAL CARE HOMES				
2021	370	21 758	41,4	163,4
2022	385	23 288	43,8	165,5
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE TYPU OGÓLNEGO NURSING HOMES				
2021	157	7 524	13,1	176,5
2022	155	7 334	13,3	175,1

41 Hospicja stacjonarne, stan łóżek w dniu 31 grudnia.

Tablica 5. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej (dok.)
Table 5. 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
HOSPICJA HOSPICES				
2021	117	2 428,0	19,6	33,9
2022	131	2 883,0	22,9	35,3
ODDZIAŁY OPIEKI PALIATYWNEJ PALLIATIVE CARE WARDS				
2021	37	601	7,2	21,4
2022	44	765	8,4	23,2
SZPITALE PSYCHIATRYCZNE PSYCHIATRIC HOSPITALS				
2021	61	17 373	176,7	29,7
2022	61	16 700	179,6	30,8
KRAJOWE I REGIONALNE OŚRODKI PSYCHIATRII SĄDOWEJ STATE AND REGIONAL CENTERS OF FORENSIC PSYCHIATRY				
2021	4	282	0,4	214,9
2022	5	304	0,4	217,0
OŚRODKI LECZENIA ODWYKOWEGO DETOXIFICATION CENTERS				
2021	39	1 732	18,0	28,7
2022	39	1 726	24,9	20,7
OŚRODKI REHABILITACYJNE DLA UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ADDICTION RECOVERY CENTERS				
2021	52	2 080	6,1	102,0
2022	56	2 466	9,1	79,4
ZAKŁADY OPIEKUŃCZO-LECZNICZE TYPU PSYCHIATRYCZNEGO PSYCHIATRIC CHRONICAL MEDICAL CARE HOMES				
2021	63	5 853	7,2	273,0
2022	65	6 146	7,7	271,1
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE TYPU PSYCHIATRYCZNEGO PSYCHIATRIC NURSING HOMES				
2021	5	376	0,5	289,9
2022	6	441	0,5	283,0

Wykres 28. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej
Chart 28. Average length of stay in inpatient health care facilities



Lecznictwo uzdrowiskowe[42]

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

Przyszłość zakładów lecznictwa uzdrowiskowego nierozerwalnie związana jest z przygotowaniem atrakcyjnej, innowacyjnej i zróżnicowanej ze względu na rodzaj kuracjusza-klienta oferty, która musi obejmować usługi profilaktyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, uzupełnione o działania związane z aktywnym wypoczynkiem, tj. sportowo-rekreacyjne, kulturalno-rozrywkowe, historyczno-krajoznawcze, a obecnie również wellness&spa.

Ważnym elementem w funkcjonowaniu zakładów lecznictwa uzdrowiskowego jest współpraca ze środowiskiem lokalnym, tzn. z samorządami. Współdziałanie to realizowane jest w zakresie istotnych dla gmin uzdrowiskowych i zakładów lecznictwa uzdrowiskowego spraw. Obejmuje ono m.in. wspólne organizowanie i finansowanie działalności promocyjnej lub wydarzeń kulturalnych, np. festiwali, koncertów.

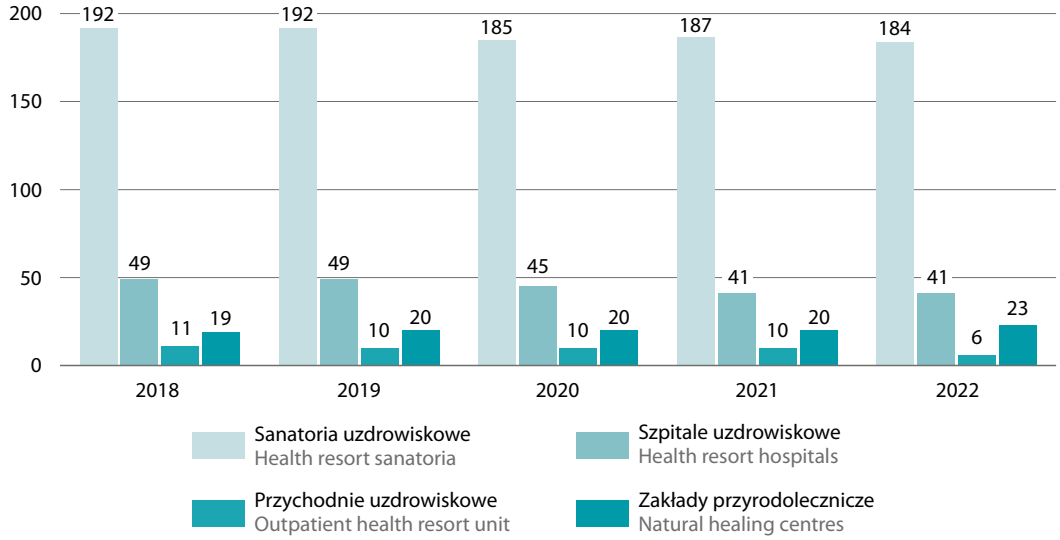
W Polsce znajduje się 47 uzdrowisk, czyli obszarów o szczególnych walorach geologiczno–klimatycznych, wydzielonych w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych, zlokalizowanych na terenie 13 województw. Ponadto funkcjonuje sanatorium uzdrowiskowe w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych Kopalni Soli w Wieliczce. Uzdrowisk nie posiadają województwa: opolskie, wielkopolskie i lubuskie.

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

Mapa 11. Uzdrowiska w Polsce w 2022 r.
Map 11. Health resort areas in Poland in 2022

Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w pięciu województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 51 zakładów), małopolskim (10 uzdrowisk – 44 zakłady), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 42 zakłady), kujawsko–pomorskim (3 uzdrowiska – 32 zakłady) i podkarpackim (5 uzdrowisk – 28 zakładów). W tych pięciu województwach znajdowało się 77,6% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy czym najwięcej jest ich na terenie uzdrowisk: Ciechocinek (24) i Kołobrzeg (21). Łącznie na terenie kraju odnotowano 254 zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (o 4 mniej niż na koniec 2021 roku).

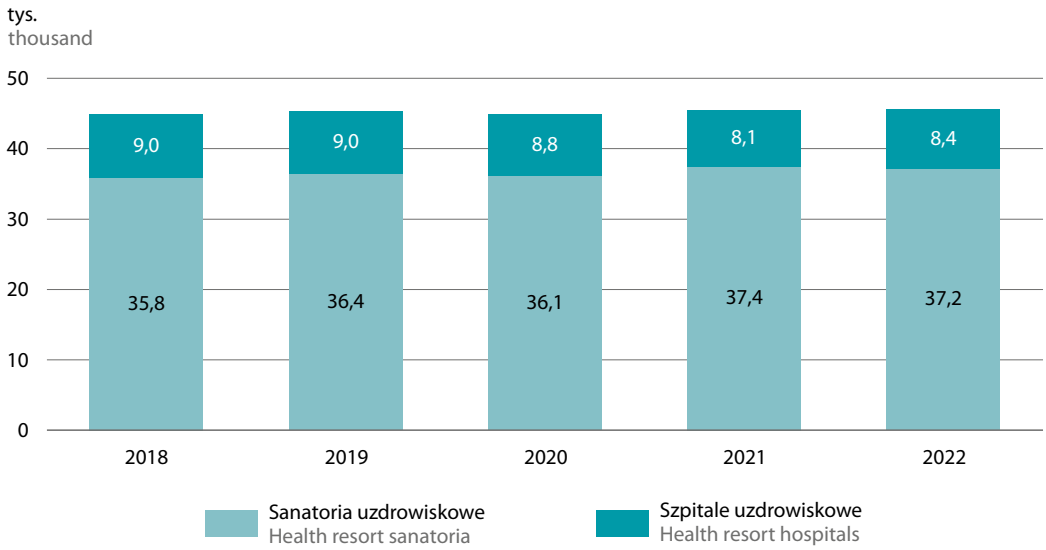
Wykres 29. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 29. Health resort facilities
As of 31 December



Przeważającą większość zakładów uzdrowiskowych (88,6%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym – sanatoria i szpitale uzdrowiskowe. Zakłady działające w trybie ambulatoryjnym – przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecznicze stanowiły 11,4%.

W końcu 2022 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 45,6 tys. łóżek[43], o 0,3% więcej niż w 2021 r. i o 9,3% więcej niż w 2012 roku. Podobnie jak w latach poprzednich, 81,5% bazy łóżkowej znajdowało się w sanatoriach.

Wykres 30. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 30. Beds in health resort facilities by type of the facility
As of 31 December



43 W ciągu roku sprawozdawczego.

Tablica 6. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Stan w dniu 31 grudnia

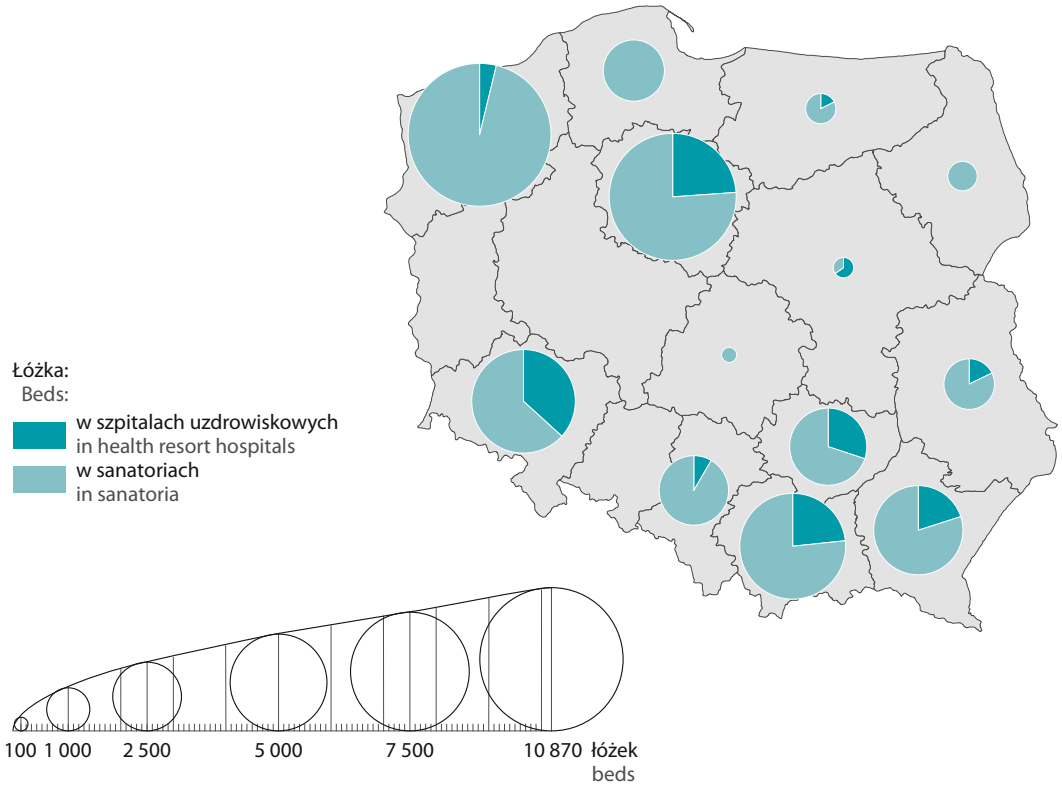
Table 6. Dynamics of health resort beds in health resort facilities
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2018	2019	2020	2021	2022
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Łóżka ogółem Total beds	101,1	101,5	99,0	101,2	100,3
Szpitale uzdrowiskowe Heath resort hospitals	105,5	99,6	98,4	91,5	104,5
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	100,0	101,1	99,2	103,6	99,5

Ponad 68% łóżek uzdrowiskowych znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego (10,9 tys. łóżek, w tym 6,2 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko–pomorskiego (8,6 tys. łóżek, w tym 5,4 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskiego (5,7 tys. łóżek, w tym 3,6 tys. w powiecie kłodzkim na terenie uzdrowisk: Długopole–Zdrój, Duszniki–Zdrój, Kudowa–Zdrój, Polanica–Zdrój i Lądek–Zdrój) oraz małopolskiego (5,9 tys. łóżek, m.in. w uzdrowiskach takich jak Krynica–Zdrój, Rabka–Zdrój, Szczawnica i Wysowa–Zdrój).

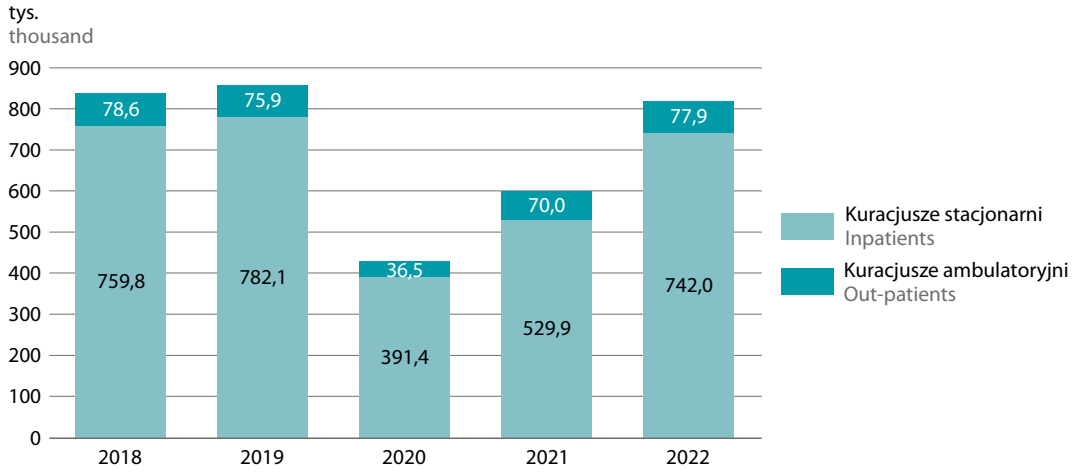
Mapa 12. Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 12. Location of health resort beds in 2022
As of 31 December



W 2022 r. z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 819,9 tys. osób, o 36,7% więcej niż w 2021 r. Większość (90,5%) stanowili kuracjusze stacjonarni – 742,0 tys. osób, o 40,0% więcej niż w roku 2021 oraz o 89,6% więcej niż w roku 2020 tzn. pierwszym roku epidemii COVID-19. Z leczenia ambulatoryjnego skorzystało 77,9 tys. kuracjuszy, o 11,2% więcej niż w roku poprzednim.

Wykres 31. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 31. Inpatients in health resort facilities

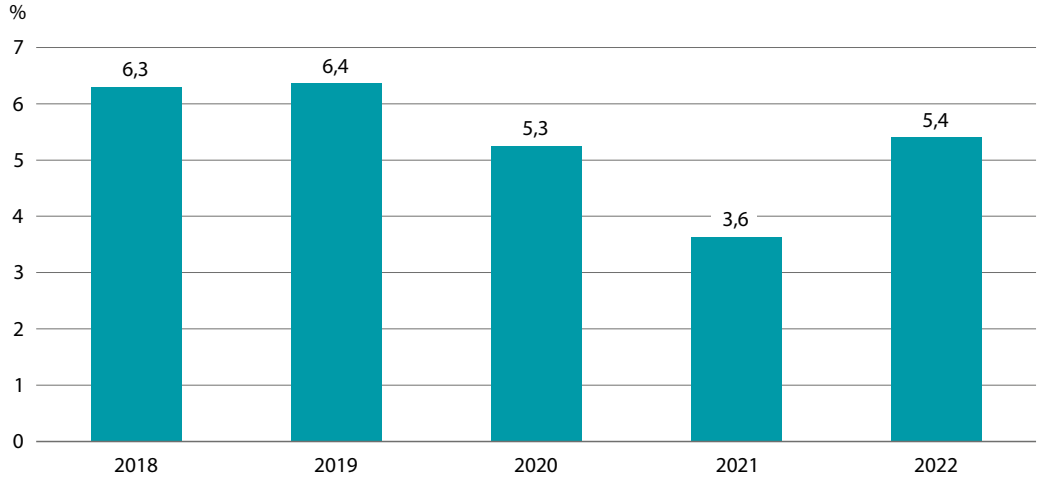


Tablica 7. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym
Table 7. Dynamics of health resort patients (inpatient and out–patients)

Wyszczególnienie Specification	2018	2019	2020	2021	2022
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Kuracjusze ogółem Total patients	103,8	102,3	49,9	140,2	136,7
Kuracjusze stacjonarni Inpatients	103,5	102,9	50,0	135,4	140,0
Kuracjusze ambulatoryjni Out-patients	106,7	96,5	48,1	191,7	111,2

Liczba polskich kuracjuszy leczonych stacjonarnie wyniosła 702,1 tys., o 37,5% więcej niż w roku poprzednim, natomiast kuracjuszy zagranicznych – 39,9 tys. osób, dwukrotnie więcej (o 107,1%) niż przed rokiem. Cudzoziemcy stanowili 5,4% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

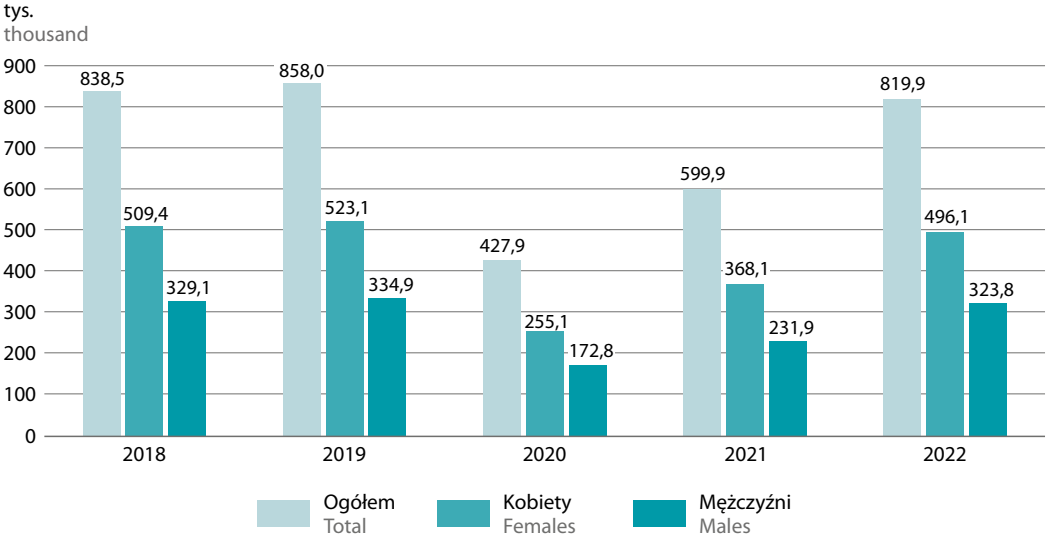
Wykres 32. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 32. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities



Tablica 8. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym
Table 8. Dynamics of health resort Polish and foreign inpatients

Wyszczególnienie Specification	2018	2019	2020	2021	2022
	rok poprzedni = 100 previous year = 100				
Kuracjusze polscy Poles	103,8	102,9	50,6	137,7	137,5
Cudzoziemcy Foreigners	98,9	103,9	41,3	93,8	207,1

Wykres 33. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego wg płci
Chart 33. Patients of health resort facilities by sex



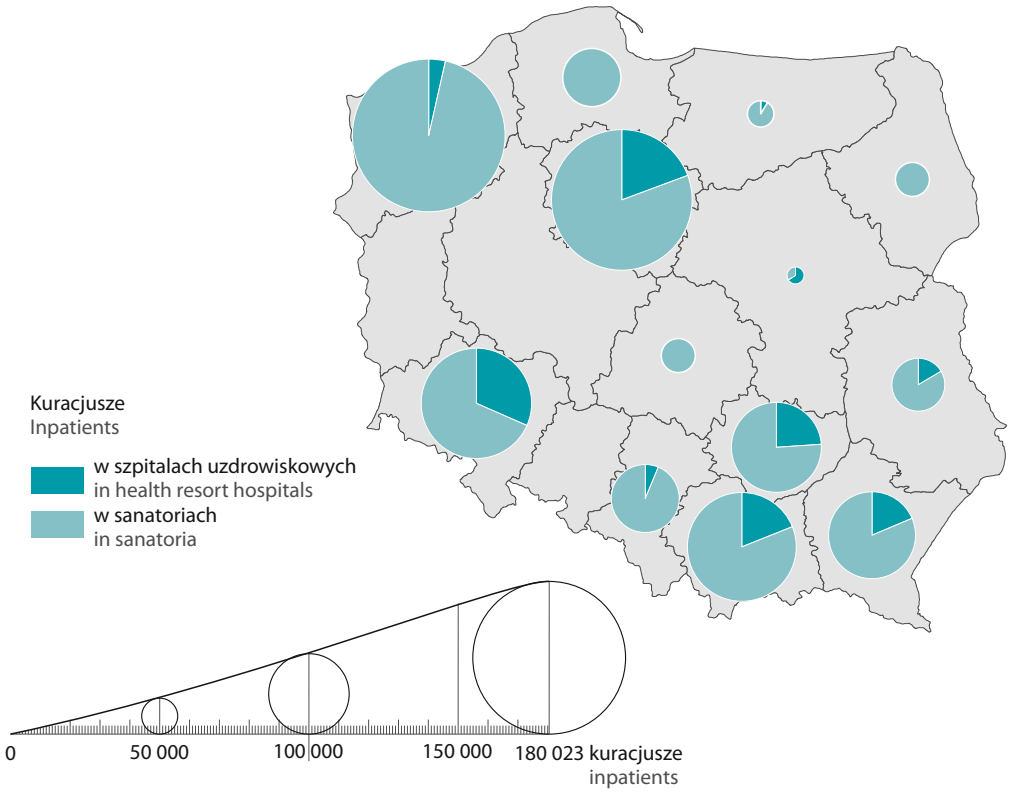
Z leczenia uzdrowiskowego[44] skorzystało 2,1% mieszkańców (780,0 tys. osób) i podobnie jak w latach poprzednich, leczyło się więcej kobiet (60,3%) niż mężczyzn (39,7%). Szacuje się, że z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 2,4% kobiet oraz 1,7% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

Polscy kuracjusze w wieku 65 lat lub więcej (421,5 tys. osób) stanowili 5,7% mieszkańców kraju w tym wieku, natomiast osoby w wieku poniżej 65 lat (358,4 tys. osób) – 1,2% ogółu ludności w tym wieku.

Najwięcej kuracjuszy[45] przebywało w uzdrowiskach województwa zachodniopomorskiego (180,0 tys.). Kolejnymi województwami pod względem liczby leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach były: kujawsko–pomorskie (153,2 tys.), dolnośląskie (94,6 tys.) i małopolskie (91,5 tys.). W pozostałych województwach liczba kuracjuszy nie przekroczyła 63 tys. osób.

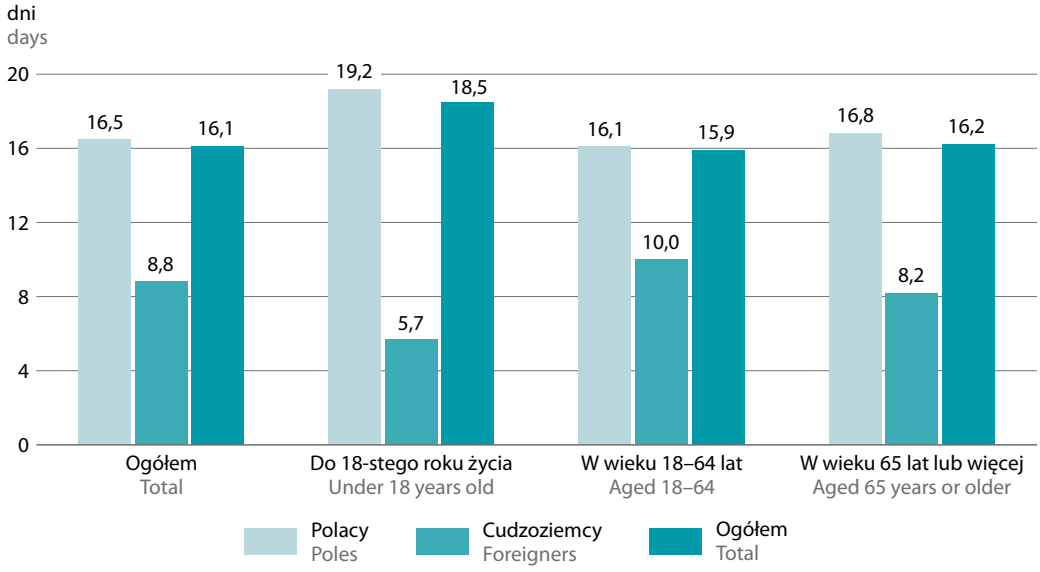
Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku, bez względu na wiek i obywatelstwo, wyniósł 16,1 dnia i był o 0,2 dnia dłuższy niż w roku poprzednim.

Mapa 13. Kuracjusze leczeni stacjonarnie wg rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2022 r.
Map 13. Inpatients by type of health resort facilities in 2022



44 W trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, wśród kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym nie wyróżnia się cudzoziemców.
45 Bez względu na obywatelstwo.

Wykres 34. Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku wg grup wieku w 2022 r.
Chart 34. Average stay of inpatient in health resort facilities by age structure in 2022



W 2022 roku, 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[46], o systemie ubezpieczeń społecznych[47], w tym o ubezpieczeniu społecznym rolników[48], a także w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej[49]. W 2022 r. struktura udziału poszczególnych form pomocy nie uległa dużym zmianom w porównaniu z rokiem poprzednim.

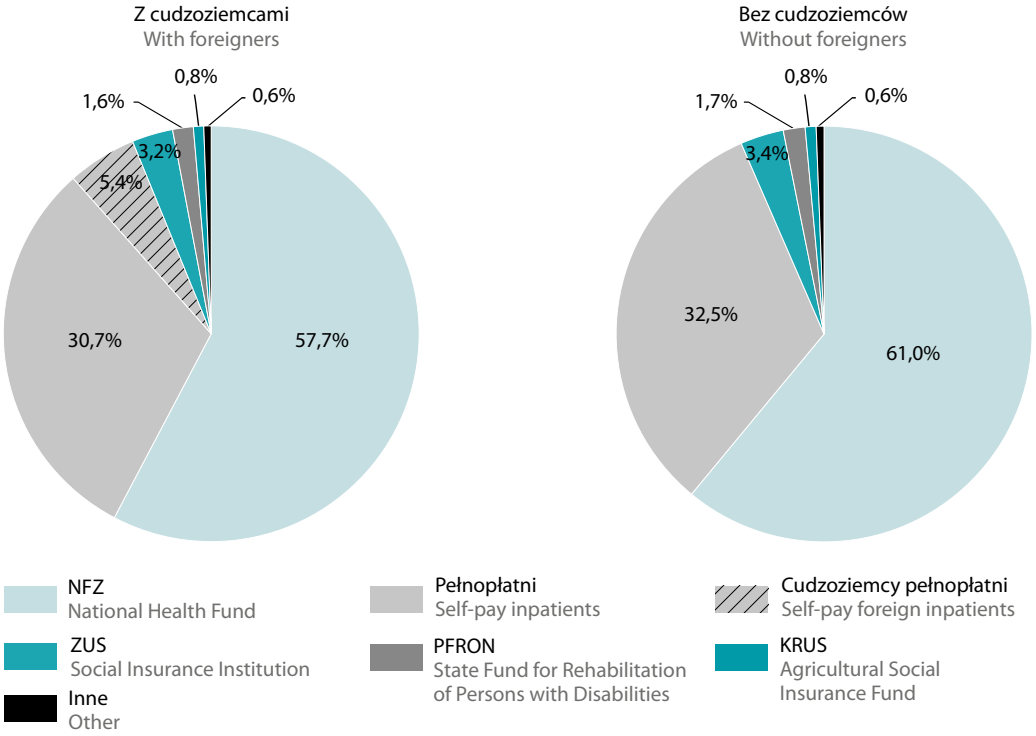
Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinasowanych 428,3 tys. pobytów stacjonarnych, o 51,5% więcej niż w 2021 roku. Stanowiły one, nie uwzględniając cudzoziemców, wyższy niż przed rokiem odsetek pobytów – 61,0% (o 5,6 p. proc. więcej).

W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinasowanie otrzymało 23,7 tys. osób (o 7,6% więcej niż w roku poprzednim), a ze środków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało 5,9 tys. osób, o 84,6% więcej niż w 2021 r.

46 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 Dz. U. z 2022 r. poz. 2561).
47 Osoby dofinansowane przez ZUS przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych Dz. U. z 2023 r. poz. 1230).
48 Osoby dofinansowane przez KRUS przebywające na rehabilitacji leczniczej (Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników Dz. U. z 2023 poz. 208).
49 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 poz. 100) oraz rozporządzenia Ministra, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 Nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).

Wykres 35. Struktura kuracjuszy leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg sposobu finansowania pobytu w 2022 r.

Chart 35. Structure of inpatients in health resort facilities by type of financing in 2022

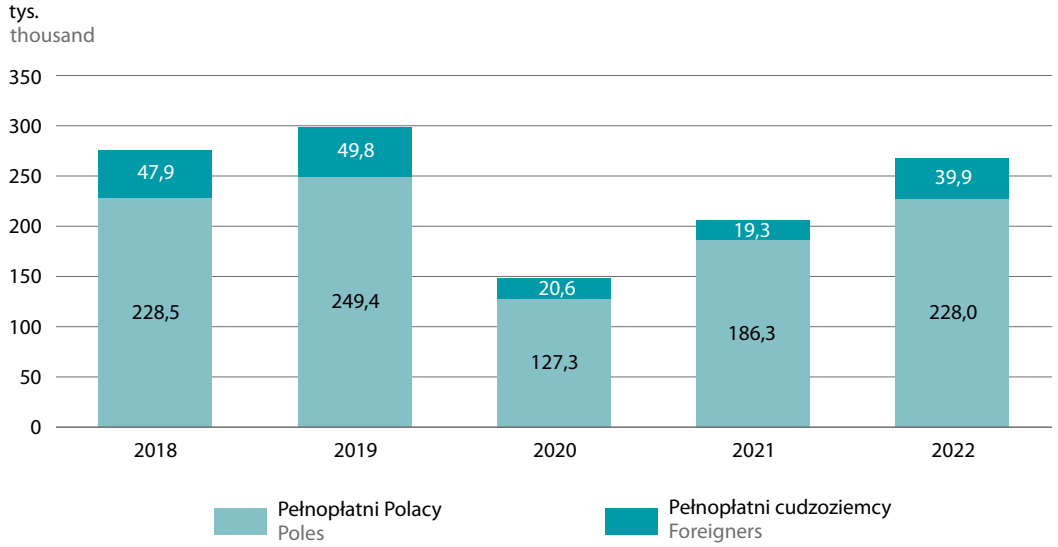


W odróżnieniu od typowych pobytów uzdrowiskowych, w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, organizowane są także turnusy rehabilitacyjne[50] dofinansowywane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Lokalizacja zakładów na terenach o walorach przyrodniczo–klimatycznych oraz szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, a także znaczny stopień przystosowania architektonicznego zakładów uzdrowiskowych sprawia, że turnusy takie są organizowane. Ich celem jest rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych, przy jednoczesnej poprawie stanu ich zdrowia, w ramach rehabilitacji leczniczej. W 2022 r. w uzdrowiskach przebywało 11,9 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych PFRON i było ich więcej o 5,2% niż w 2021 r.

W 2022 r. w uzdrowiskach odnotowano 267,9 tys. stacjonarnych kuracjuszy pełnopłatnych, o 30,3% więcej niż w 2021 r. Polskich kuracjuszy pełnopłatnych było 228,0 tys., o 20,3% więcej, natomiast pełnopłatnych cudzoziemców – 39,9 tys. osób, ponad dwukrotnie więcej (o 107,1%) niż w 2021 r.

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

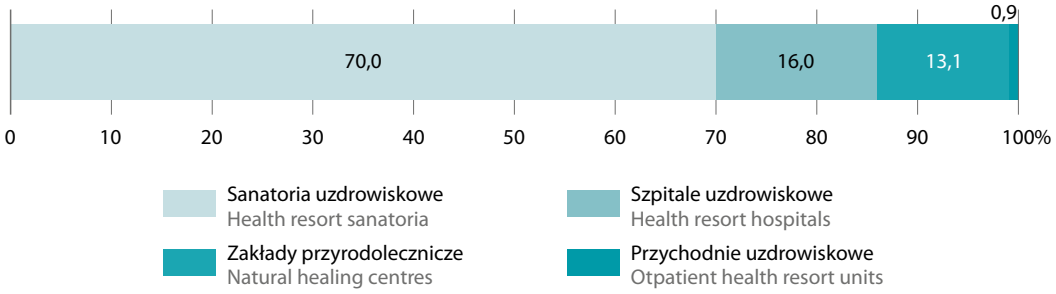
Wykres 36. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 36. Self–pay inpatients in health resort facilities



Podobnie jak w latach poprzednich, 94,2% pełnopłatnych kuracjuszy – cudzoziemców przebywało w uzdrowiskach dwóch granicznych województw zachodniej części Polski – zachodniopomorskim i dolnośląskim. W województwie zachodniopomorskim większość cudzoziemców korzystała z usług sanatoriów na terenie dwóch uzdrowisk – Świnoujścia (10,1 tys. osób, co stanowiło 38,4% kuracjuszy stacjonarnych, o 7,1 p. proc. więcej niż przed rokiem) oraz Kołobrzegu, gdzie cudzoziemców było najwięcej (18,6 tys. osób, co stanowiło 16,4% pacjentów, o 8,9 p. proc. więcej niż przed rokiem). W województwie dolnośląskim zagraniczni kuracjusze przebywali głównie na terenie powiatu lubańskiego (8,7 tys. osób), gdzie stanowili 40,2% kuracjuszy, o 5,8 p. proc. więcej niż w 2021 r.

W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono łącznie 35,1 mln zabiegów leczniczych (o prawie 35% więcej niż w 2021 r.), z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Podobnie jak przed rokiem, średnio wykonano 43 zabiegi na osobę.

Wykres 37. Struktura zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zakładu 2022 r.
Chart 37. Structure of health resort services by type of the facility in 2022



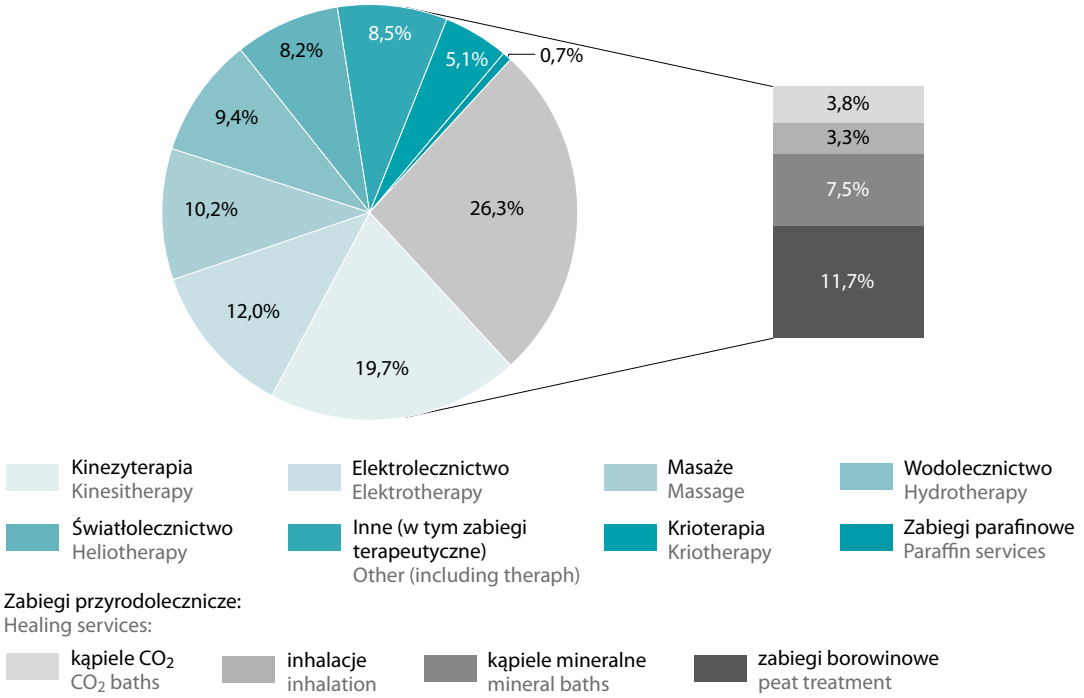
W 2022 r. struktura wykonanych zabiegów leczniczych była podobna jak w 2021 r. pomimo znacznie większej ich liczby (wzrost o prawie 35%). Podobnie jak w latach poprzednich, najwięcej zabiegów przeprowadzono z zakresu kinezyterapii, która stanowiła około 1/5 wszystkich zabiegów, a ich liczba była o 25,4% wyższa niż w 2021 r.

Zabiegi przyrodolecznicze takie jak: borowinowe, solankowe, kąpiele CO2 oraz inhalacje, stanowiły łącznie 26,3% wszystkich zabiegów przeprowadzonych w uzdrowiskach, a skorzystała z nich większość kuracjuszy 84,5% – 692,5 tys. osób (o 35,2% więcej niż w 2021 r.).

Zabiegów parafinowych odnotowano o 52,7% więcej niż w roku poprzednim. O ponad 40% wzrosła liczba zabiegów z zakresu światłolecznictwa (o 42,1% więcej) i wodolecznictwa (o 40,1% więcej). W przypadku pozostałych rodzajów zabiegów leczniczych odnotowano wzrosty w granicach 25-40%.

Wykres 38. Struktura zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg rodzaju zabiegu w 2022 r.

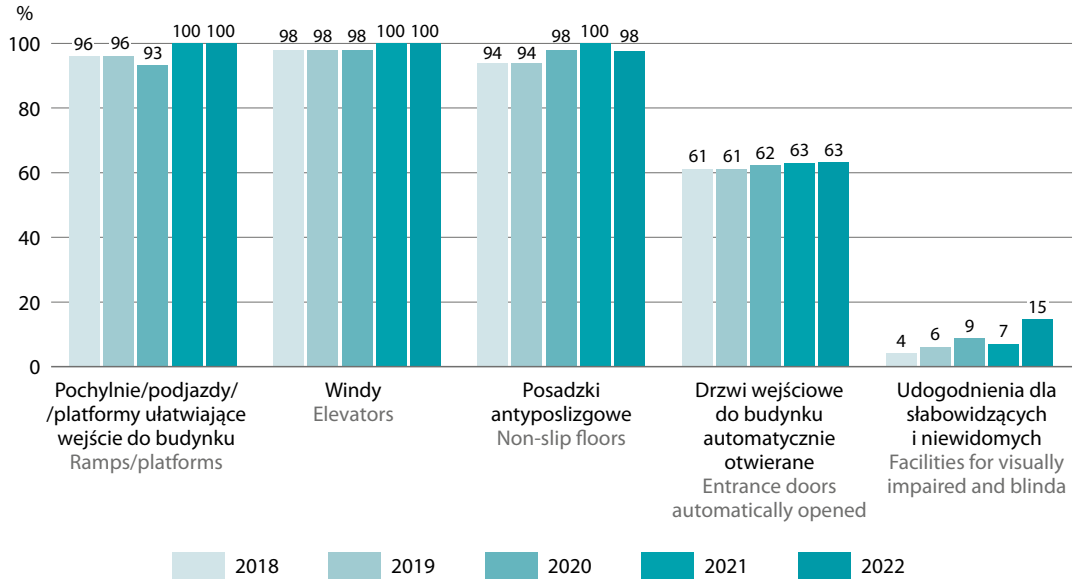
Chart 38. Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2022



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

Podobnie jak w latach poprzednich, najlepszy stopień dostosowania wykazały szpitale uzdrowiskowe, spośród których wszystkie wykazały możliwość korzystania z wind. Te same placówki deklarowały możliwość korzystania z wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Wszystkie badane placówki wskazywały na obecność pochylni, podjazdów czy też platform, ułatwiających wejście do budynku, także wszystkie zadeklarowały dostosowane pokoje oraz pokoje z łazienkami.

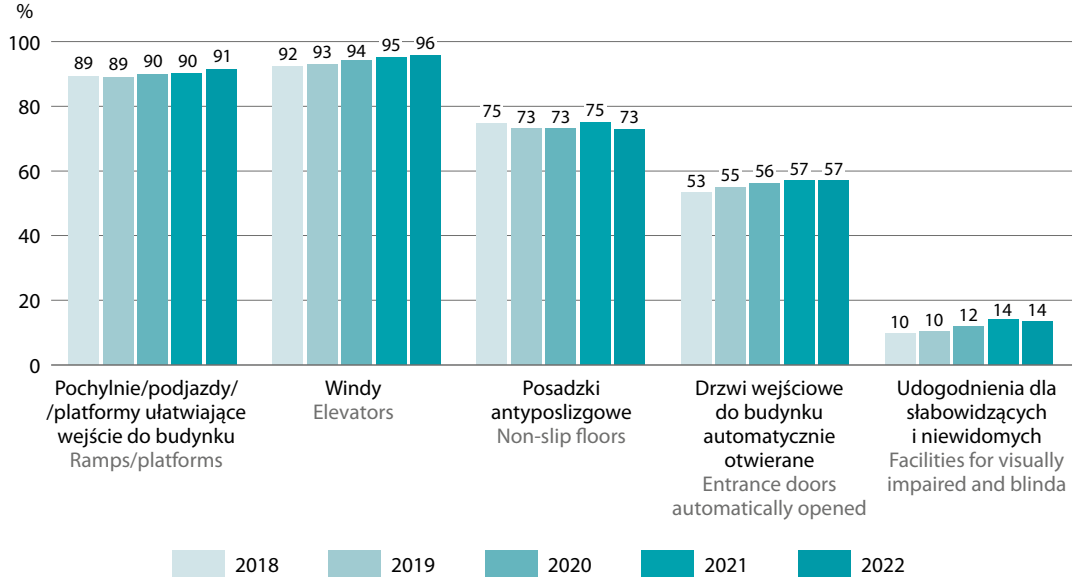
Wykres 39. Stopień przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych
Chart 39. Degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons



Spośród 184 sanatoriów 95,7% placówek wykazało obecność wind, 82,6% – wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, 91,3% deklarowało posiadanie pochylni, podjazdów czy też platform, 92,4% zakładów określiło pomieszczenia (pokoje i pokoje z łazienkami) jako dostosowane, a ponad połowa badanych placówek – 57,1% była wyposażona w drzwi wejściowe automatycznie otwierane.

Zarówno szpitale uzdrowiskowe, jak i sanatoria, deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób słabowidzących i niewidomych – odpowiednio 14,6% i 13,6% oraz słabosłyszących i niesłyszących – odpowiednio 4,9% szpitali i 8,2% sanatoriów.

Wykres 40. Stopień przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych
Chart 40. Degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons

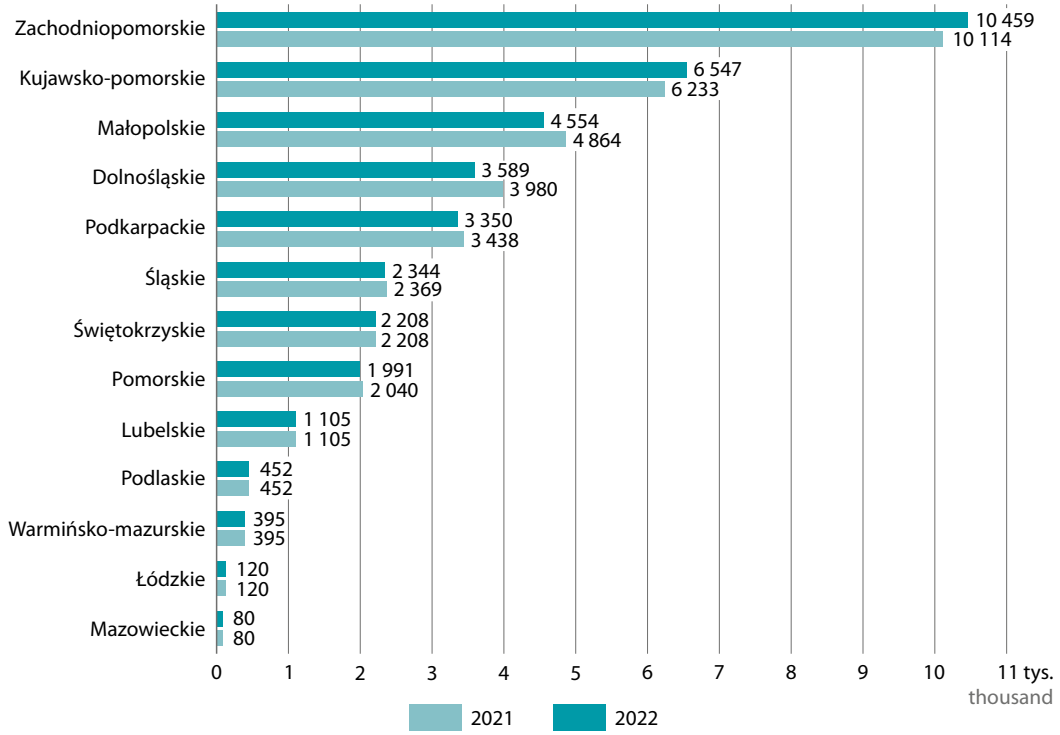


Najpopularniejszą formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są sanatoria uzdrowiskowe. Na koniec 2022 r. funkcjonowały 184 sanatoria (o 3 mniej niż przed rokiem), dysponujące 37,2 tys. łóżek, o 0,5% mniej niż w 2021 roku.

Najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwie zachodniopomorskim (10,5 tys., o 3,3% więcej niż w 2021 r.). Powyżej 3 tys. łóżek było również w sanatoriach w województwach: kujawsko–pomorskim (6,5 tys., o 4,8% więcej), małopolskim (4,6 tys., o 6,8% mniej), dolnośląskim (3,6 tys., o 10,9% mniej) i podkarpackim (3,4 tys., o 2,6% mniej). Z bazy łóżkowej zlokalizowanej w tych pięciu województwach skorzystało 77,4% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Wykres 41. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 41. Beds in health resort sanatoria
As of 31 December



W 2022 r. z leczenia w sanatoriach (w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym) skorzystało 650,5 tys. osób, o 36,5% więcej niż w 2021 roku. Spośród ogółu leczonych 96,1% (625,2 tys. osób) stanowili kuracjusze stacjonarni, z czego 61,0% stanowiły kobiety.

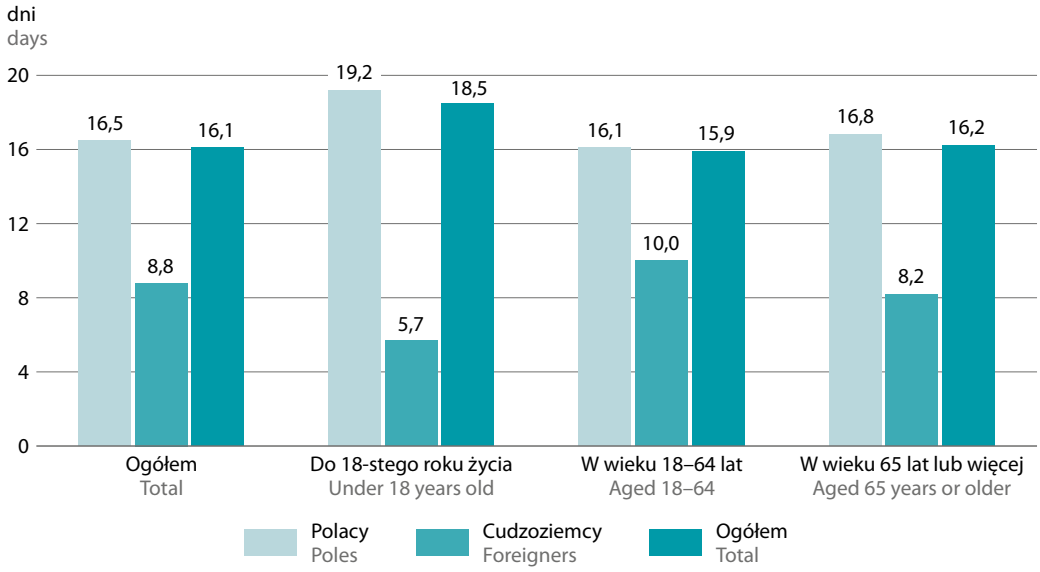
Z leczenia stacjonarnego w sanatoriach skorzystało 8,1 tys. dzieci i młodzieży do 18 lat (1,3% ogółu leczonych), o 26,4% więcej niż przed rokiem.

W 2022 r. na leczeniu stacjonarnym w sanatoriach przebywało 585,7 tys. polskich kuracjuszy, z czego ponad połowa (58,6%) skorzystała ze środków NFZ, 34,7% stanowili pacjenci pełnopłatni, a 6,7% to kuracjusze dofinasowani przez ZUS, KRUS, PFRON i inne instytucje.

Cudzoziemcy stanowili grupę 39,5 tys. osób (6,3% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach) i było ich dwukrotnie więcej (o 107,3%) niż w roku poprzednim.

Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość, trwał 15,5 dnia (o 0,2 dnia dłużej niż w 2021 r.), a w przypadku osób w wieku 65 lat lub więcej, stanowiących ponad połowę leczonych, pobyty były nieco dłuższe i trwały średnio 16 dni.

Wykres 42. Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium wg grup wieku w 2022 r.
Chart 42. Average stay of inpatient in sanatoria by age structure in 2022



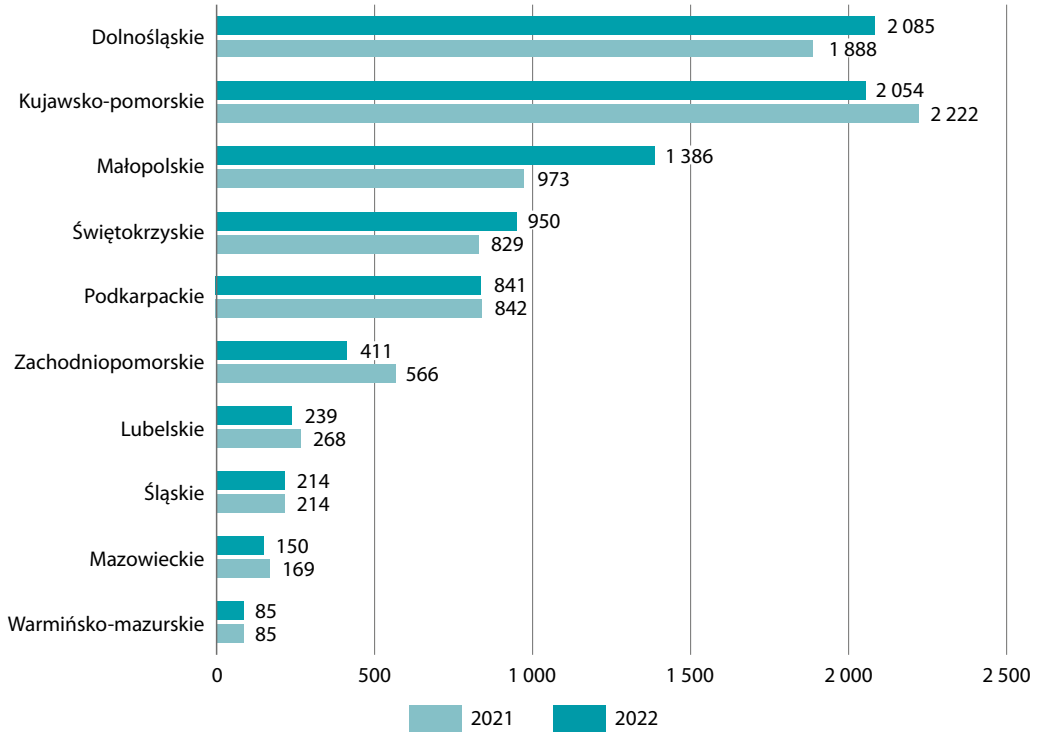
Średni czas pobytu polskiego kuracjusza, w porównaniu ze średnim pobytem cudzoziemca, był dłuższy o 7,2 dnia, a w przypadku kuracjuszy seniorów powyżej 65 roku życia, pobyt polskiego seniora w sanatorium trwał średnio o 8,4 dnia dłużej.

Pobyt kuracjusza cudzoziemca w sanatorium średnio trwał 8,7 dnia i w stosunku do poprzedniego roku był krótszy o 0,3 dnia. W przypadku cudzoziemców seniorów skrócił się o 0,9 dnia i wyniósł 8,2 dnia.

W sanatoriach przeprowadzono 24,5 mln zabiegów, o 35,4% więcej niż w 2021 r. Stanowiło to, podobnie jak przed rokiem, około 70,0% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Na koniec 2022 r. funkcjonowało 41 szpitali uzdrowiskowych (tyle samo co w 2021 r.), które zlokalizowane były w 10 województwach. Dysponowały one 8,4 tys. łóżek (o 4,5% mniej niż w 2021 roku). Najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w województwie dolnośląskim (2085). Powyżej 2 tys. łóżek odnotowano jeszcze w szpitalach uzdrowiskowych na terenie województwa kujawsko–pomorskiego (2054).

Wykres 43. Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 43. Beds in health resort hospital
As of 31 December



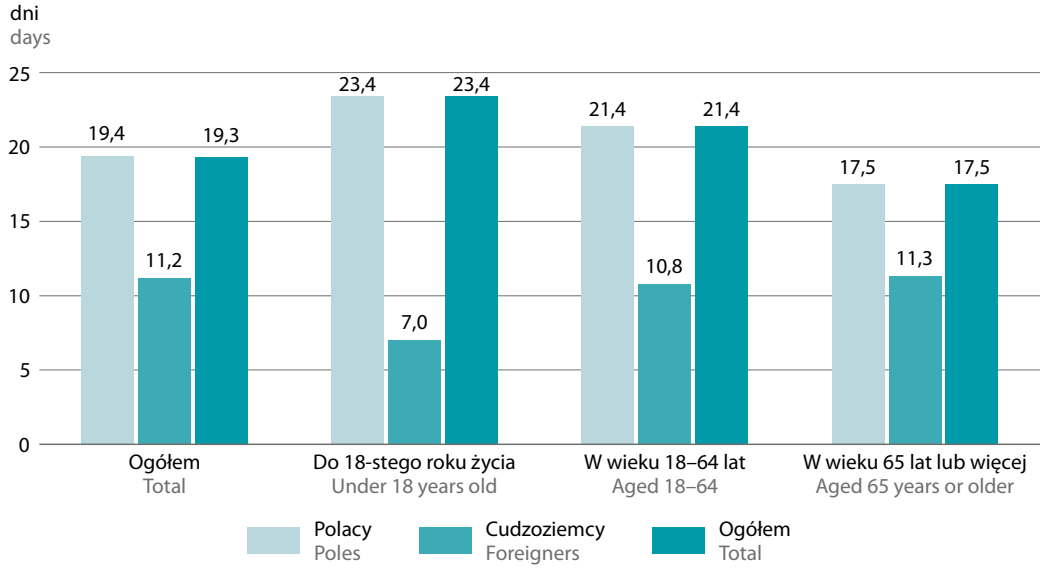
W 2022 r. w szpitalach uzdrowiskowych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym leczonych było 122,3 tys. kuracjuszy, o 39,2% więcej niż w roku poprzednim. Kuracjusze stacjonarni byli grupą liczącą 116,8 tys. osób (95,5% ogółu leczonych w szpitalach uzdrowiskowych), z czego cudzoziemcy stanowili niewielki odsetek leczonych (niespełna 0,4%).

W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia w szpitalach uzdrowiskowych skorzystało 85,0 tys. osób, czyli 73,0% leczonych stacjonarnie polskich kuracjuszy (o 49,2% więcej niż w 2021 r.), natomiast 4,2 tys. (3,6%) osób miało sfinansowane leczenie przez ZUS (o 10,3% więcej niż przed rokiem). Polscy kuracjusze pełnopłatni stanowili 24,9 tys. osób (21,3%), o 28,4% więcej niż w 2021 r., a pozostali dofinasowani – 2,2 tys. osób (1,9%), o 4,6% mniej niż w rok wcześniej.

Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek i obywatelstwo, trwał 19,3 dnia i był o 0,3 dnia dłuższy niż w 2021 r., podobnie jak w przypadku dzieci i młodzieży do 18 lat, których średni pobyt wyniósł 23,4 dnia i był o 0,9 dnia dłuższy.

Kuracjusze przebywający w szpitalach uzdrowiskowych skorzystali z 5,6 mln zabiegów leczniczych i było to o 31,5% więcej niż w roku 2021.

Wykres 44. Średni czas pobytu kuracjusza w szpitalu uzdrowiskowym wg grup wieku w 2022 r.
Chart 44. Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2022



Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej, leczenie uzdrowiskowe realizowane jest także w placówkach funkcjonujących wyłącznie w systemie ambulatoryjnym, takich jak: przychodnie uzdrowiskowe (6 zakładów) i niezależne zakłady przyrodolecznicze (23 zakłady). W 2022 roku z zabiegów przeprowadzonych w tych placówkach skorzystało 47,0 tys. kuracjuszy, o 32,1% więcej niż przed rokiem.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodoleczniczych przeprowadzono 4,9 mln zabiegów, o 36,5% więcej niż w 2021 r. Stanowiły one 14,0% zabiegów leczniczych wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (o 0,2 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.

Na koniec 2022 r. odnotowano 44 stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej[51], o 1 zakład więcej niż w roku poprzednim. Dysponowały one 4,5 tys. łóżek (o 2,1% mniej niż w 2021 r.) i skorzystało z nich 66,9 tys. pacjentów stacjonarnych (o 27,3% więcej). Podobnie jak w roku poprzednim najwięcej łóżek tego typu odnotowano w województwie zachodniopomorskim (1,7 tys. łóżek, o 5,7% mniej).

Pacjenci pełnopłatni stanowili 68,4% (o 26,6 p. proc. więcej niż przed rokiem) korzystających z leczenia stacjonarnego, z czego tylko 1,9 tys. (o 39,1% więcej) stanowili pełnopłatni cudzoziemcy. Odsetek obcokrajowców wśród leczonych stacjonarnie wynosił 2,9% (o 0,3 p. proc. mniej niż w 2021 r.). Cudzoziemcy leczyli się w placówkach zlokalizowanych przede wszystkim w województwach: zachodniopomorskim, świętokrzyskim, dolnośląskim i mazowieckim. Największy odsetek odnotowano w województwie zachodniopomorskim (79,4% ogółu cudzoziemców leczonych w tych zakładach).

W zakładach tych leczyło się w systemie stacjonarnym 64,9 tys. polskich pacjentów (o 26,9% więcej niż w 2021 r.). Z różnych form dofinasowania skorzystało łącznie 32,5% leczonych (21,1 tys. osób, o 28,7% więcej niż przed rokiem), a 67,5% (43,8 tys. osób, o 26,1% więcej) stanowili pacjenci pełnopłatni. Najwięcej osób skorzystało z dofinansowania rehabilitacji leczniczej ze środków NFZ – 9,4% ogółu leczonych (6,1 tys. osób, o 9,2% mniej niż w poprzednim roku). Pacjenci dofinansowani przez KRUS stanowili 8,5% (5,5 tys., o 58,0% więcej), a przez ZUS – 7,8% (5,1 tys. pacjentów, o 153,8% więcej niż przed rokiem). Z uwagi na cel

51 Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31 grudnia 2022 r.) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu resortowego – 7400), ale które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

i założenia pomocy kierowanej przez te instytucje (ZUS i KRUS), beneficjentami byli głównie pacjenci w grupie wiekowej 19–64 lata. Osoby w wieku 65 lat lub więcej stanowili najwyższy odsetek wśród pacjentów dofinasowanych z NFZ (51,5% pacjentów) oraz pacjentów pełnopłatnych (50,3%). Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych, w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, stanowiły grupę 5,0% ogółu rehabilitowanych w omawianej grupie placówek (3,2 tys. osób, o 5,2% więcej niż przed rokiem). Większość stanowiły osoby w wieku poniżej 65 lat (46,2%).

Tablica 9. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia

Table 9. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2022 As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Number of beds	Uzdrowisko Health resort area
Polska Poland		45 454	
Dolnośląskie	p. kłodzki	3 560	Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Lądek-Zdrój, Polanica-Zdrój
	p. lubański	704	Czerniawa-Zdrój, Świeradów-Zdrój
	p. wałbrzyski	581	Jedlina-Zdrój, Szczawno-Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	829	Cieplice Śląskie-Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	5 362	Ciechocinek
	p. inowrocławski	2 069	Inowrocław
	p. włocławski	1 170	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. puławski	1 219	Nałęczów
	p. zamojski	125	Krasnobród
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3 568	Krynica-Zdrój, Złockie, Muszyna, Piwniczna-Zdrój, Żegiestów-Zdrój
	p. nowotarski	1 696	Rabka-Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	676	Wysowa-Zdrój, Wapienne
	p. wielicki	–	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	–	Swoszowice-Kraków[52]
Mazowieckie	p. piaseczyński	230	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	705	Horyniec-Zdrój
	p. krośnieński	2 608	Iwonicz-Zdrój, Rymanów-Zdrój
	p. leski	878	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	220	Augustów
	p. białostocki	232	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1 345	Ustka
	p. m. Sopot	646	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	505	Goczałkowice-Zdrój
	p. cieszyński	2 053	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3 158	Busko-Zdrój, Solec-Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap

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

Tablica 9. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2022 r. (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia

Table 9. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2022 (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
Zachodniopomorskie	p. kamieński	341	Kamień Pomorski
	p. kołobrzeski	6 241	Kołobrzeg
	p. sławieński	1 598	Dąbki
	p. świdwiński	1 050	Połczyn-Zdrój
	p. m. Świnoujście	1 640	Świnoujście

Tablica 10. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

Table 10. Health resort facilities

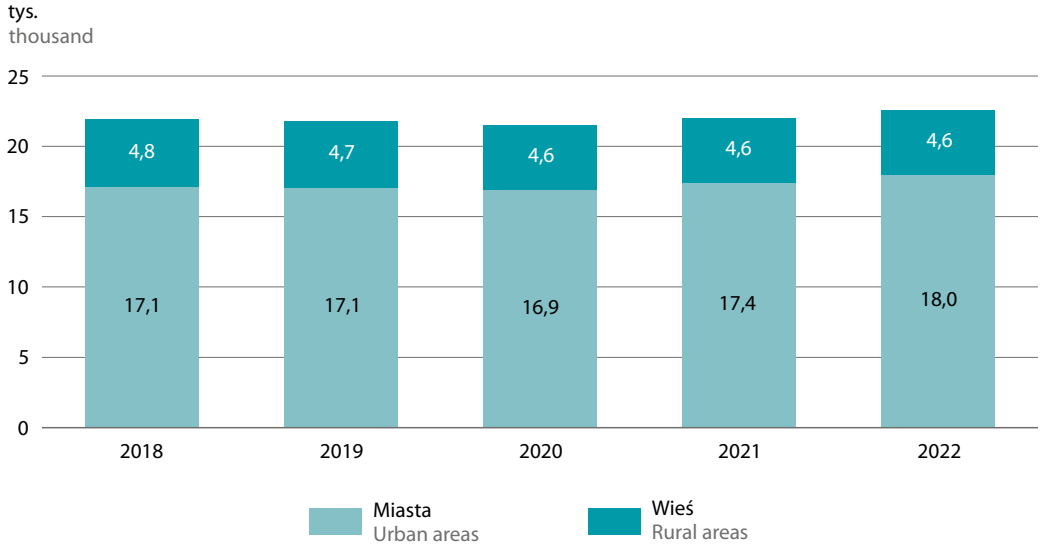
LATA YEARS	Placówki Facilites	Łóżka Beds	Kuracjusze leczeni stacjonarnie Inpatients	Kuracjusze leczeni ambulatoryjnie Outpatients	Zabiegi lecznicze Medical services	Średni czas pobytu pacjenta w dniach Average stay of inpatients in days
		w tysiącach... in thousands				
SZPITALE UZDROWISKOWE HEALTH RESORT HOSPITALS						
2021	41	8,1	82,8	5,1	4 273,2	19,1
2022	41	8,4	116,8	5,5	5 619,3	19,3
SANATORIA UZDROWISKOWE HEALTH RESORT SANATORIA						
2021	187	37,4	447,1	29,3	18 128,5	15,3
2022	184	37,2	625,2	25,4	24 553,3	15,5
PRZYCHODNIE UZDROWISKOWE OUTPATIENT HEALTH RESORT UNITS						
2021	10	-	-	14,3	286,7	-
2022	6	-	-	14,5	326,8	-
ZAKŁADY PRZYRODOLECZNICZE NATURAL HEALING CENTRES						
2021	20	-	-	21,3	3 314,0	-
2022	23	-	-	32,5	4 589,3	-

2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna
2.3. Out–patient health care

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2022 r. działalność prowadziło 26,1 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Funkcjonowało 22,6 tys. przychodni[53] oraz 0,6 tys. praktyk lekarskich i 2,8 tys. praktyk stomatologicznych realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. W miastach zlokalizowanych było 20,6 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a na wsi – 5,5 tys.

Wykres 45. Przychodnie według charakteru miejscowości
Chart 45. Out–patient departments by class of locality

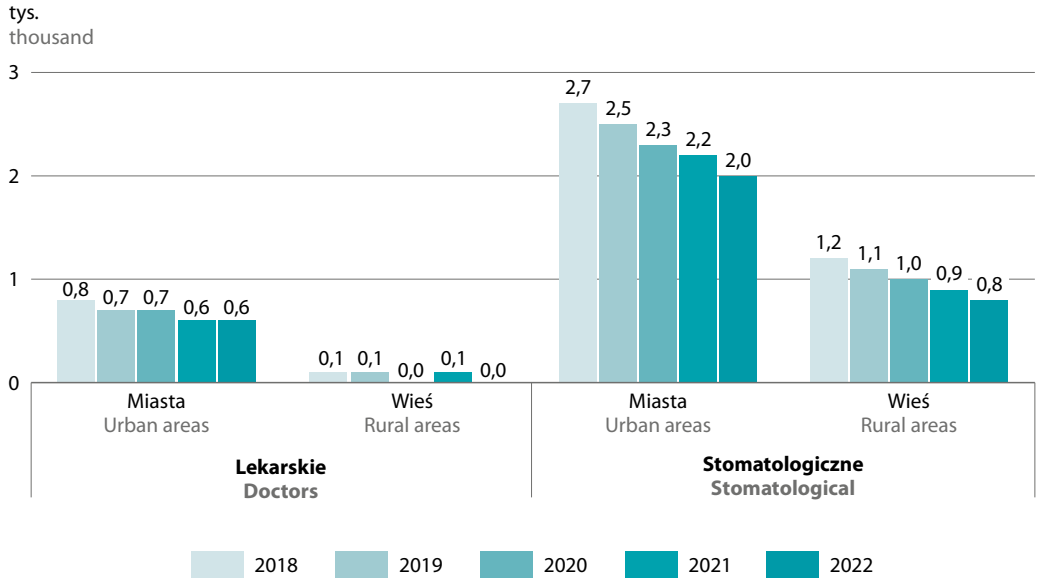


W 2022 r. zaobserwowano wzrost liczby przychodni (o 633 więcej niż w roku poprzednim). Natomiast w przypadku praktyk[54] lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych występuje tendencja spadkowa.

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

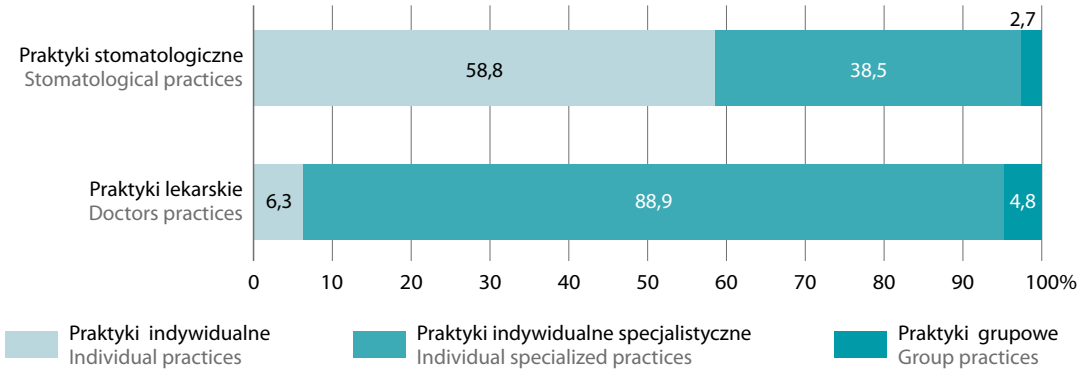
Wykres 46. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych według charakteru miejscowości

Chart 46. Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources by class of locality



Wykres 47. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2022 r.

Chart 47. Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2022



W 2022 r. odnotowano 3,5 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 7,3% mniej niż w poprzednim roku), przy czym 2,8 tys. (81,9%) z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (o 7,5% mniej niż w poprzednim roku).

Praktyki lekarskie i stomatologiczne zlokalizowane w miastach stanowiły 74,1% wszystkich praktyk tego typu w kraju. Bardziej widoczne różnice dotyczyły praktyk lekarskich –aż 92,7% znajdowało się w miastach. Natomiast praktyki stomatologiczne w miastach stanowiły 70,0%.

Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. Przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (88,9%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich wyniosły odpowiednio 6,3% i 4,8%.

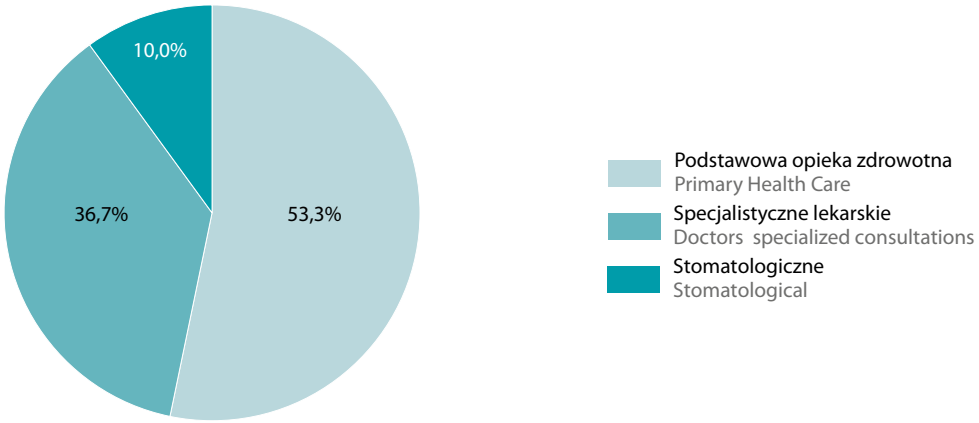
Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,8%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal częściej występowała w miastach niż na wsi (odpowiednio 37,8% i 21,0% praktyk stomatologicznych).

Porady ambulatoryjne

W ciągu 2022 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono prawie 331 mln porad[55], o ponad 14 mln porad więcej niż w roku poprzednim.

Spośród porad lekarskich[56] 176,1 mln stanowiły porady udzielone w podstawowej opiece zdrowotnej[57] (wzrost o 2,8% w stosunku do 2021 r.), a 121,5 mln – porady lekarskie w opiece specjalistycznej (wzrost o 6,0% w skali roku). Liczba porad stomatologicznych wyniosła 33,2 mln (wzrost o 7,9% w porównaniu z rokiem poprzednim).

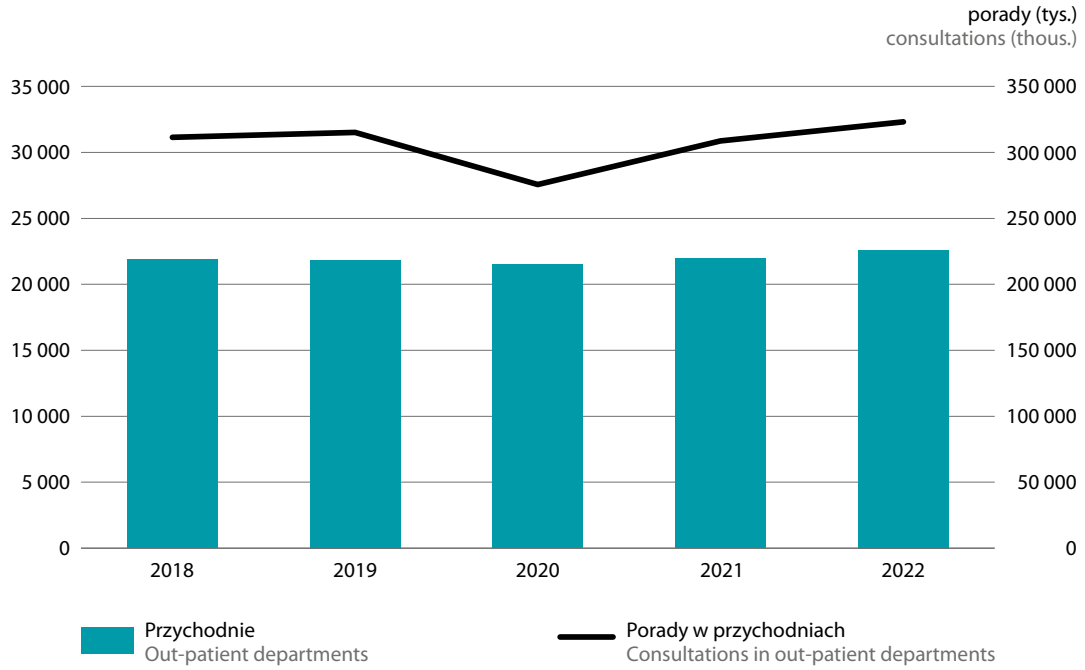
Wykres 48. Struktura porad ambulatoryjnych w 2022 r.
Chart 48. Structure of out–patient health care consultations in 2022



Porady udzielone w przychodniach stanowiły 97,7% wszystkich porad ambulatoryjnych. W przychodniach w roku 2022 udzielono 4,7% więcej porad niż w roku poprzednim. Wzrost odnotowano zarówno w miastach – o 5,0%, jak i na wsi – o 2,8%.

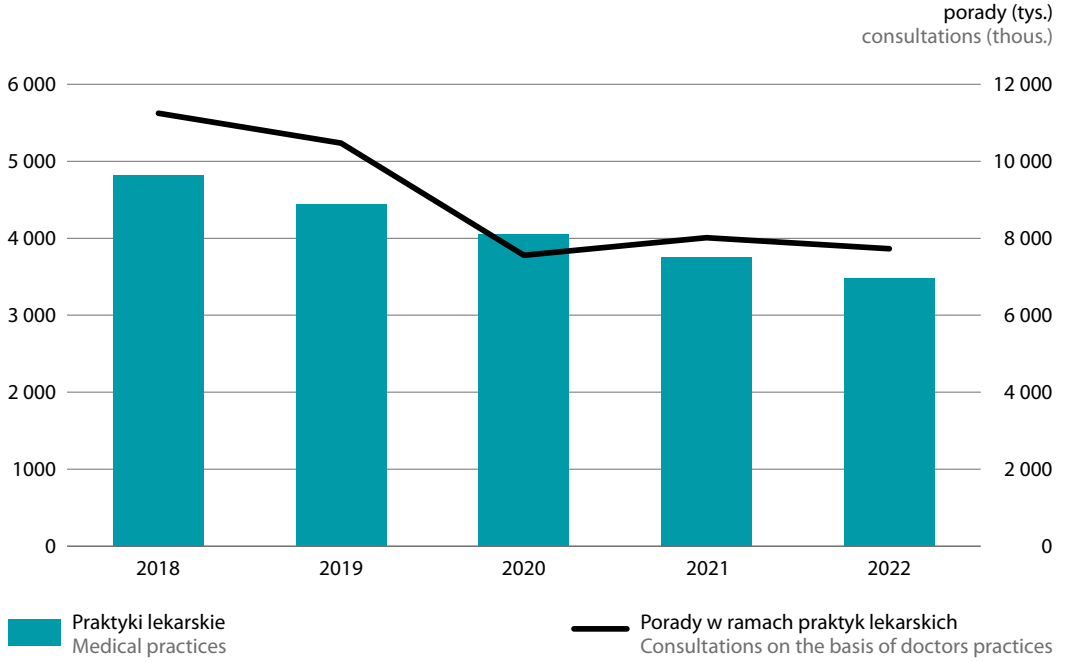
55 Łącznie z poradami i placówkami podległymi resortom MON i MSWiA. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.
56 Bez porad z izb przyjęć szpitali ogólnych (w 2022 r. – 4,8 mln).
57 Łącznie z poradami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Są to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w godzinach od 18 do 8 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy. Obejmują również porady nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielone w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

Wykres 49. Przychodnie i udzielone w nich porady
Chart 49. Out–patient departments and doctors' consultations



Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych zmniejszyła się o 3,6% w porównaniu z rokiem poprzednim, przy czym spadek porad dotyczył zarówno wsi, jak i miast (odpowiednio 3,5% i 3,8%).

Wykres 50. Praktyki lekarskie[a)] i udzielone w nich porady
Chart 50. Medical practices[a)] and doctors' consultations



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

Struktura udzielonych porad

Wśród porad udzielonych przez lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, 57,1% stanowiły porady udzielone kobietom (w roku poprzednim 57,0%), 21,5% – dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (w roku poprzednim 19,3%), a 34,1% – osobom w wieku 65 lat lub więcej (34,7% w roku poprzednim).

Struktura porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi niewiele różniła się od tej występującej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom na terenach wiejskich wyniósł 55,8% (w roku poprzednim 55,9%), 19,5% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (w roku poprzednim 17,0%), natomiast porady dla pacjentów w wieku 65 lat lub więcej – 33,3% (w roku poprzednim 34,6%).

W zakresie opieki specjalistycznej porady lekarskie udzielone kobietom stanowiły 60,8%. Udział porad udzielonych kobietom nie zmienił się znacznie w stosunku do roku poprzedniego (w 2021 r. 61,0%) i stanowił 60,7% porad w miastach i 64,6% na wsi (w roku poprzednim 60,8% porad w miastach i 65,4% na wsi). Porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 12,8% porad w miastach (o 0,7 p. proc. więcej niż przed rokiem) i 15,4% (o 1,0 p. proc. więcej niż w 2021 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom w wieku 65 lat lub więcej wyniósł 29,8% w miastach (w roku poprzednim 29,4%) i 24,7% na wsi (o 0,8 p. proc. więcej niż przed rokiem) i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

W 2022 r. kobietom udzielono 55,8% porad stomatologicznych w miastach (w roku poprzednim 56,0%), natomiast na wsi – 54,7% (55,0% w roku poprzednim). Udział porad stomatologicznych dla dzieci i młodzieży poniżej 18 lat wyniósł 28,3% (w roku poprzednim 27,4%). W przypadku porad udzielonych w miastach odsetek ten wyniósł 27,8% (w roku poprzednim 27,1%), a w przypadku wsi był o ponad 3,5 p. proc. wyższy. Porady stomatologiczne udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej, w miastach stanowiły 16,0% ogółu tych porad (15,9% w 2021 r.) , a na wsi – 15,4% (w roku poprzednim 15,1%).

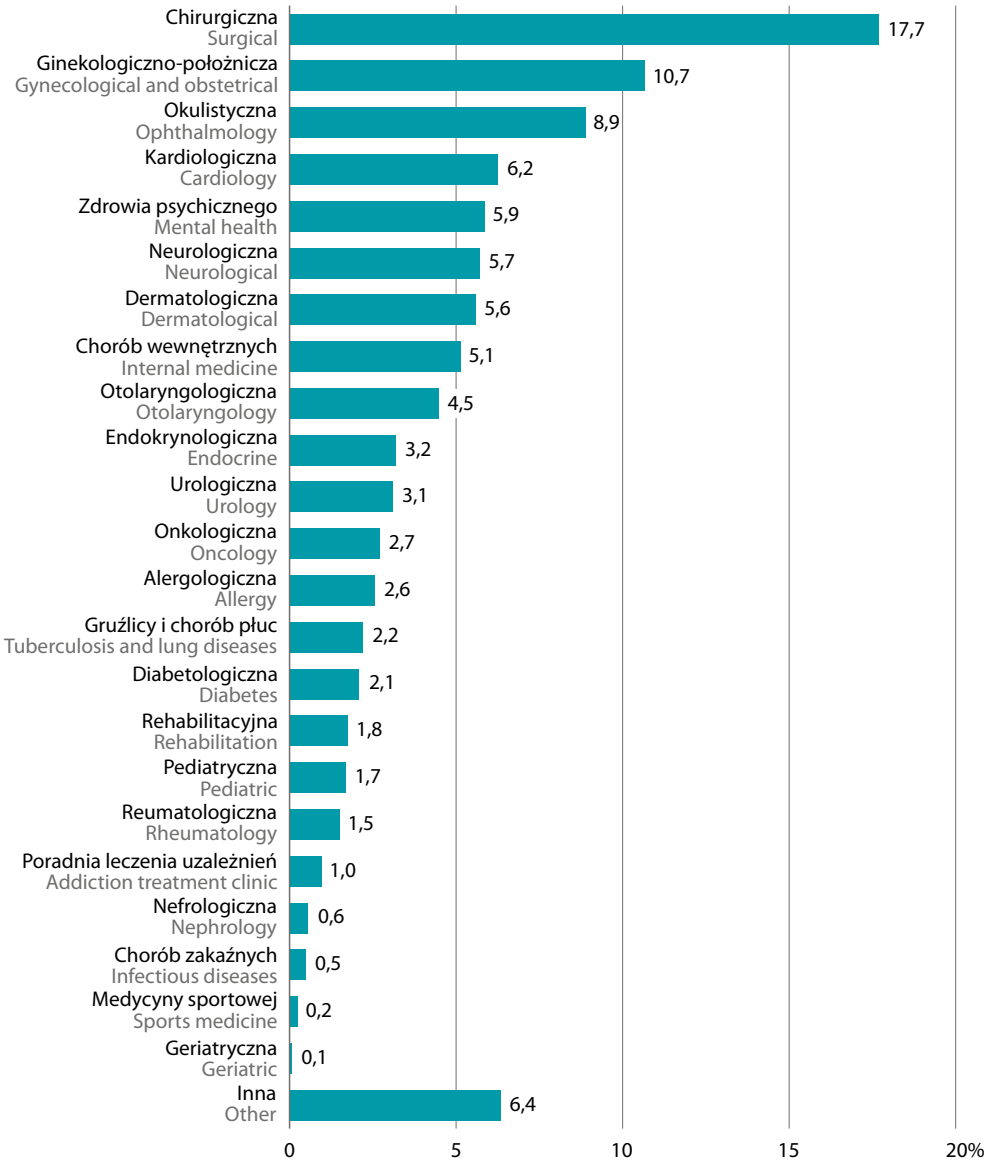
Tablica 11. Struktura porad ambulatoryjnych wg wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2022 r.
Table 11. The structure of out–patients consultations by age of patients and population structure in 2022

Wyszczególnienie Specification	Ludność[a] (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	18,4	21,1	12,9	28,3
18–64	62,4	45,0	57,5	55,8
65 lub więcej and more	19,2	33,9	29,6	15,9

Udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat lub więcej w podstawowej opiece zdrowotnej był o 14,7 p. proc. większy niż udział tej grupy wiekowej w populacji, a dla porad specjalistycznych o 10,4 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.

Wykres 51. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2022 r.
Chart 51. Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2022

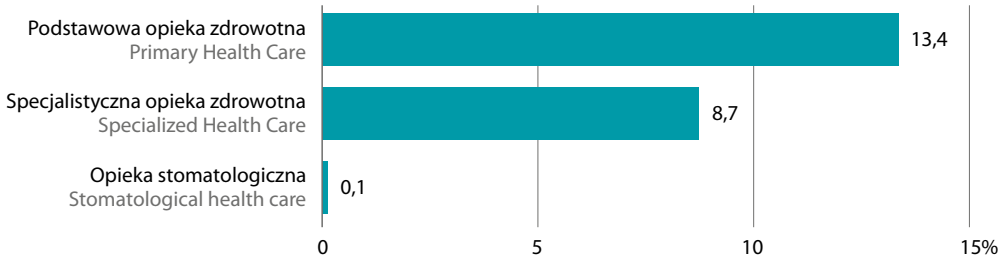


W 2022 r. kontynuowano realizację porad lekarskich w formie teleporad[58], szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej u lekarza rodzinnego w przypadku leczenia drobnych dolegliwości niewymagających badań fizykalnych pacjenta. Teleporada jest obecnie traktowana na równi z osobistą wizytą pacjenta w gabinecie, stała się również świetnym rozwiązaniem dla tych, którzy mieszkają w miejscach, gdzie nie ma blisko przychodni czy szpitala.

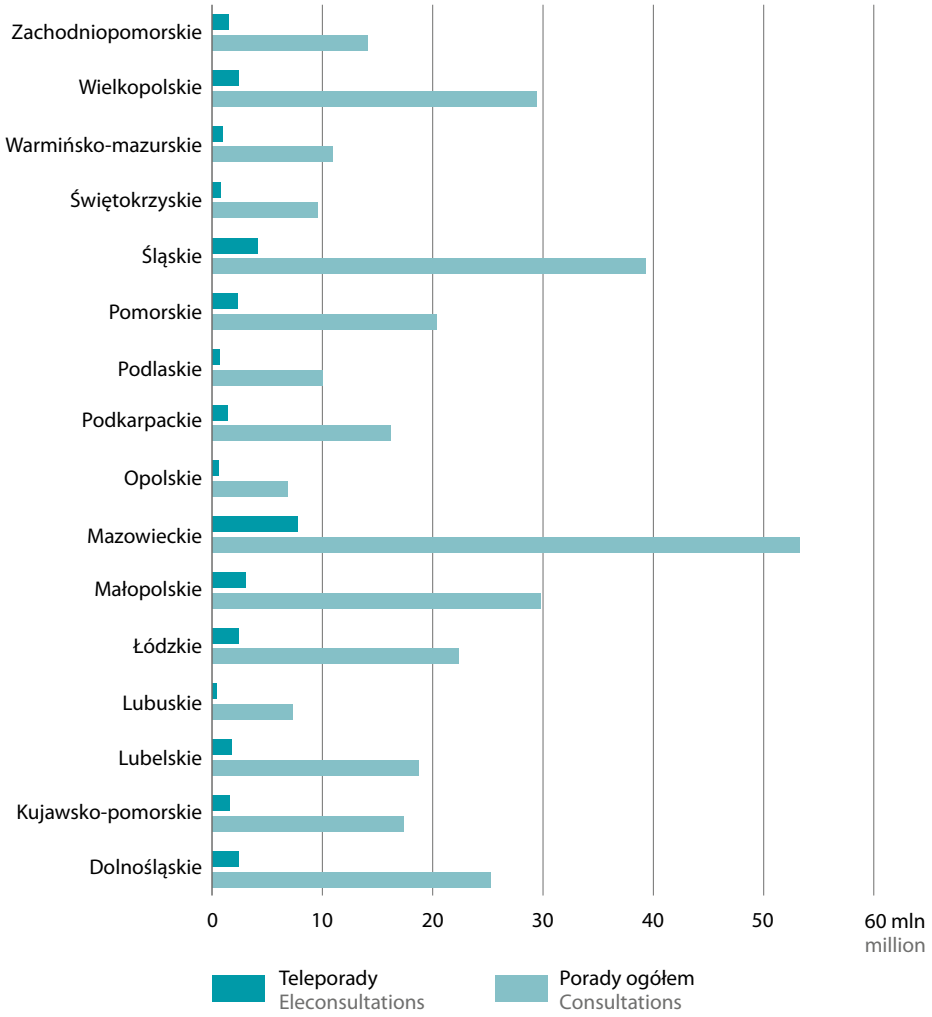
W 2022 r. w formie teleporad[59] zrealizowano 23,5 mln (13,4%) porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w 2021 r. odpowiednio 48,6 mln i 28,4%). W opiece specjalistycznej teleporady stanowiły 10,6 mln (8,7%). Spośród porad stomatologicznych w formie teleporady świadczonych było 43,3 tys. (0,1%).

58 Teleporada to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.
59 Bez teleporad udzielonych w placówkach podległych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wykres 52. Udział teleporad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg rodzaju porad w 2022 r.
Chart 52. Share of teleconsultations in ambulatory heath care by type of consultations in 2022



Wykres 53. Porady i teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wg województw w 2022 r.
Chart 53. Consultations and teleconsultations in ambulatory heath care by voivodships in 2022



W formie teleporady zrealizowanych było średnio 10,3% porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Najwyższy udział teleporad w odniesieniu do porad ambulatoryjnych zaobserwowano w województwie mazowieckim – 14,5%, natomiast najniższy w województwie lubuskim – 6,2%. Udział teleporad powyżej przeciętnej w kraju, oprócz województwa mazowieckiego, charakteryzował również województwa: pomorskie, łódzkie, śląskie i zachodniopomorskie.

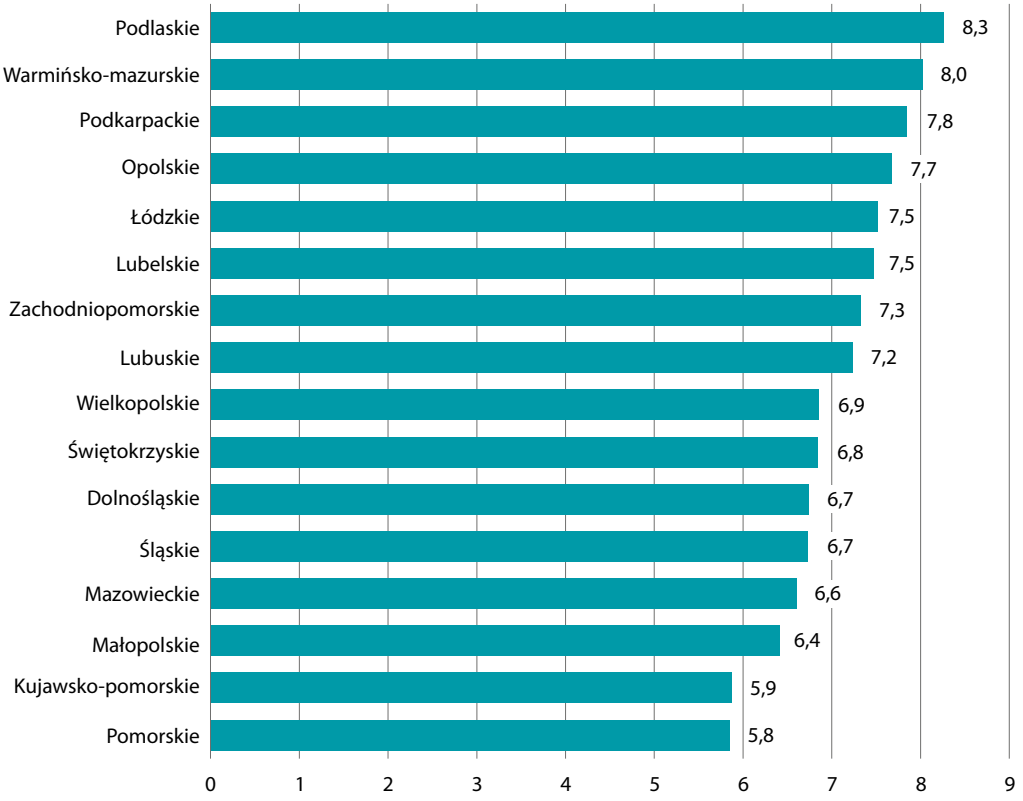
Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach

W 2022 r. najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentystów[60] zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,6 tys.), a najmniej odnotowano w województwach lubuskim i opolskim – po 0,7 tys. Z ogólnej liczby 3,5 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (12,0%) było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze małopolskiego – 3,5%.

Najwięcej podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie podlaskim (8,3), a najmniej w województwie pomorskim (5,8).

Wykres 54. Podmioty ambulatoryjne (przychodnie i praktyki lekarskie) na 10 tys. ludności wg województw w 2022 r.

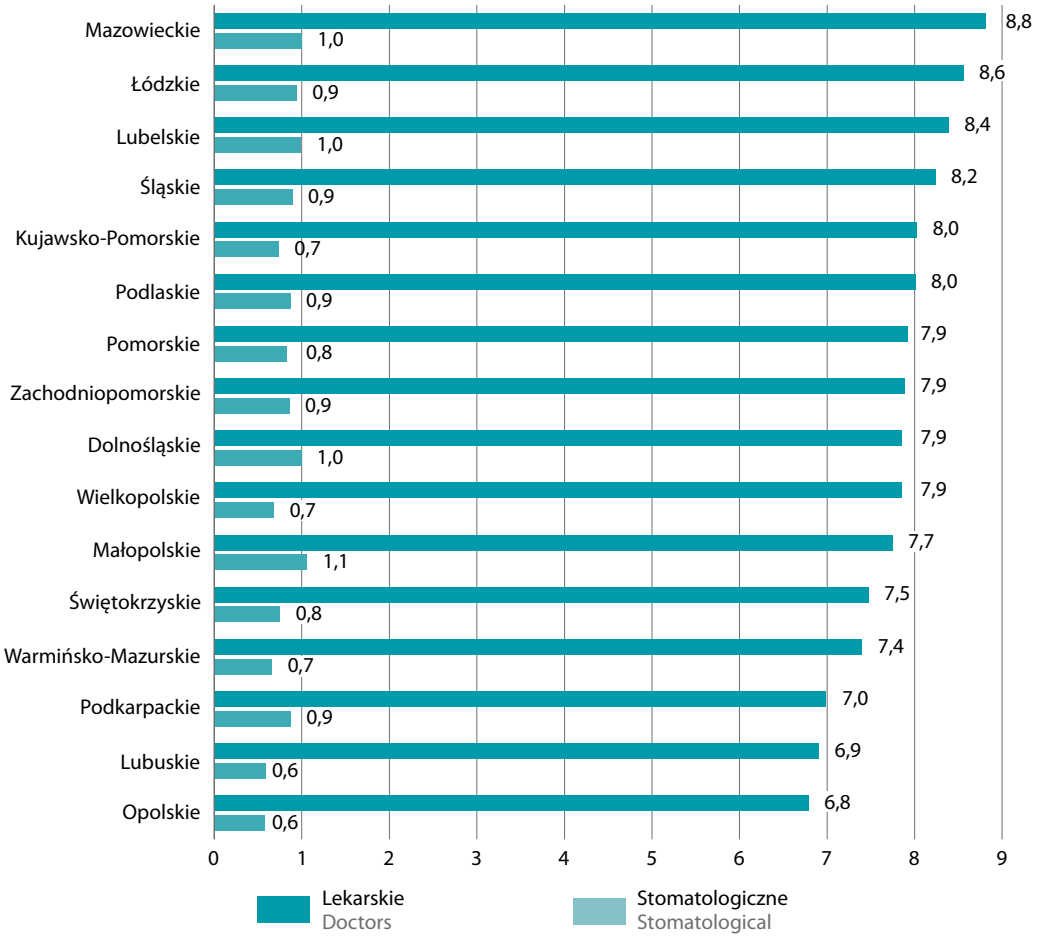
Chart 54. Out–patient health care (out–patient department and doctor practices) per 10 thousand population by voivodships in 2022



Średnia liczba porad lekarskich i stomatologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2022 r. wyniosła 8,9% (o 0,5 p. proc. więcej niż w 2021 r.).

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

Wykres 55. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej[a)] na 1 mieszkańca wg województw w 2022 r.
Chart 55. Consultations provided in out–patient health care[a)] per capita by voivodships in 2022



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

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim (48,6 mln), a najniższą w województwie opolskim (6,4 mln).

Wskaźnik udzielonych porad lekarskich przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach wyniósł od 6,8 w województwie opolskim do 8,8 w mazowieckim.

Porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły w poszczególnych województwach od 43,3% (mazowieckie) do 60,9% (lubuskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

21,1% porad podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 2,3 p. proc. więcej niż w roku poprzednim). Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 17,6% do 24,4% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób w wieku 65 lat lub więcej odsetek ten wahał się od 32,0% w województwie małopolskim do 37,3% w świętokrzyskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 10,6% w województwie zachodniopomorskim do 15,2% w podlaskim. Porady udzielone osobom

w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 29,6% porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,1% (mazowieckie) do 35,6% (świętokrzyskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży kształtował się od 23,3% w województwie zachodniopomorskim do 36,1% w lubelskim. Porady udzielone w wieku 65 lat lub więcej stanowiły 15,9% porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 13,9% (lubelskie) do 20,2% (zachodniopomorskie).

Tablica 12. Podmioty ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz udzielone porady
Table 12. Providers of out-patient health care units and consultations

LATA YEARS	Przychodnie Outpatient departa-ments	Praktyki Practices	Udzielone porady Consultations provided				
			ogółem[a] total[a]	lekarskie doctors			stoma-tologiczne stoma-tological
				razem[a] lekarskie total[a] doctors	w tym of which		
					w podsta-wowej opiece zdro-wotnej[b] in primary health care[b]	w opiece spe-cjalistycznej in special-ized health care	
			w tysiącach in thousands				
OGÓŁEM TOTAL							
2021	21968	3753	320950,8	290209,5	171312,3	114629,7	30741,3
2022	22601	3478	335577,4	302414,8	176133,1	121502,8	33162,6
MIASTA URBAN AREAS							
2021	17366	2772	274523,3	248014,7	132295,8	111451,5	26508,5
2022	18011	2576	287972,0	259287,8	136388,4	118120,6	28684,2
WIEŚ RURAL AREAS							
2021	4602	981	46427,5	42194,8	39016,5	3178,3	4232,7
2022	4590	902	47605,4	43127,0	39744,8	3382,2	4478,4

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 o nazwie Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)[61] został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na terenie całego kraju system funkcjonuje w oparciu o wojewódzkie plany działania systemu[62] sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra właściwego ds. zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany

61 System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2023 poz.1541 z późn, zm.).
62 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. 2023 poz. 1060).

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

Od października 2017 r. w całej Polsce funkcjonuje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)[63]. 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 właściwy do spraw zdrowia przez powierzenie zadań administratora systemu Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu, natomiast na terenie województwa – wojewoda. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz części, których dysponentami są właściwi wojewodowie. Rezultatem wprowadzenia SWD PRM jest elektroniczne przekazywanie zleceń wyjazdów czy też elektroniczne wypełnianie dokumentacji medycznej. Ponadto doszło do zmniejszenia liczby dyspozytorni medycznych (koncentracja dyspozytorni medycznych). Na koniec 2022 r. funkcjonowały 23 dyspozytornie medyczne (o 2 mniej niż na koniec 2021 r.)[64]. Docelowo, do 2028 r., w całej Polsce może działać 18 dyspozytorni medycznych – po jednej w województwie z wyjątkiem Mazowsza i Śląska, gdzie mogą działać po dwie dyspozytornie medyczne (ze względu na liczbę mieszkańców). Projekt nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, będący obecnie w fazie konsultacji publicznych, przewiduje utworzenie dodatkowej dyspozytorni medycznej w województwach liczących powyżej 3 milionów mieszkańców, a w województwach powyżej 5 milionów

63 System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm).

64 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).

mieszkańców (Mazowsze) – łącznie trzech. Tym samym projektowana maksymalna liczba dyspozytorni w kraju może wynieść 21.

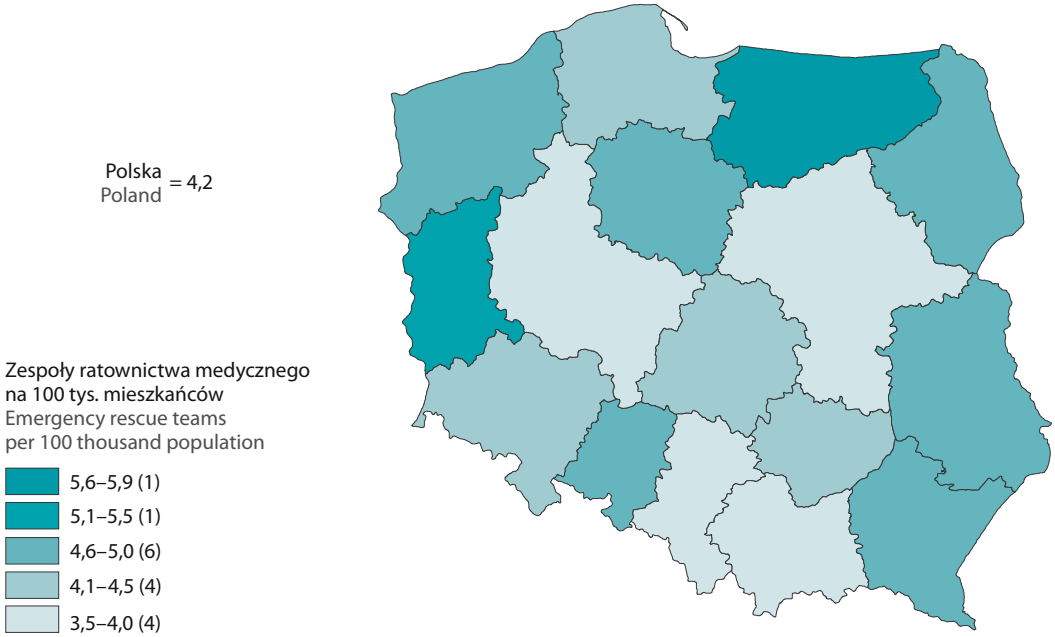
Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM)

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. 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. 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 2022 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowały 1 592 zespoły ratownictwa medycznego (o 5 więcej niż przed rokiem), z czego 1 271 (79,8%) podstawowych i 321 (20,2%) specjalistycznych oraz 21 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W stosunku do lat poprzednich można zauważyć utrzymującą się tendencję do zmniejszenia udziału zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie zespołów ratownictwa (spadek z 26,8% w 2018 r. do 20,2% w 2022 r.) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (wzrost z 73,2% w 2018 r. do 79,8% w 2022 r.) oraz stałą liczbą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

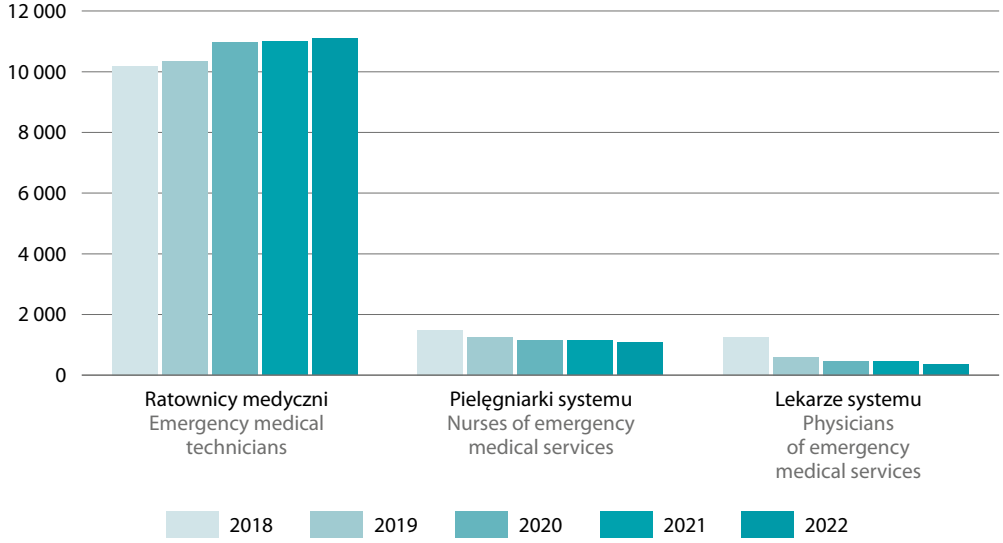
Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM (podstawowych i specjalistycznych) przypadająca na 100 tys. ludności. Najwyższą wartość wskaźnika w 2022 r. odnotowano w województwie warmińsko–mazurskim (5,9), natomiast najniższą w województwie wielkopolskim (3,5).

Mapa 14. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności wg województw w 2022 r.
Map 14. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2022



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego[65] wskazują, że w 2022 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego[66] stanowiło 11 095 ratowników medycznych, 1 087 pielęgniarek i 345 lekarzy systemu PRM. W 2022 r., podobnie jak w latach poprzednich, utrzymywała się tendencja spadkowa dotycząca liczby pielęgniarek i lekarzy systemu PRM. Liczba pielęgniarek systemu PRM zmniejszyła się w porównaniu z 2021 r. o 4,4%, a liczba lekarzy systemu PRM o 22,6%. W stosunku do poprzedniego roku liczba ratowników medycznych zwiększyła się o 0,9%.

Wykres 56. Skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego[a)] wg głównego miejsca pracy
Chart 56. 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

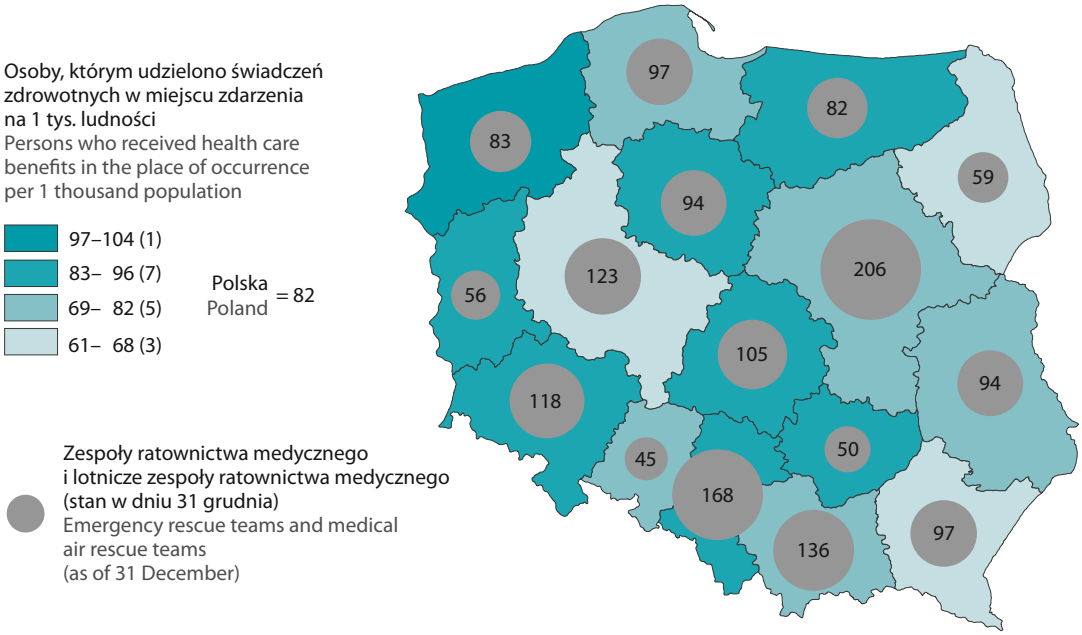
W 2022 r. zespoły ratownictwa medycznego zrealizowały prawie 3,1 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia, czyli o 11,8 tys. więcej niż w poprzednim roku.

W 2022 r. w przeliczeniu na 1 tys. ludności przypadały 82 osoby (o 2 osoby 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 – 104 osoby, a najmniej w województwie wielkopolskim – 61 osób.

65 Dane GUS – formularz ZD–4.
66 Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

Mapa 15. Zespoły ratownictwa medycznego i osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego[a)] udzieliły pomocy medycznej w miejscu zdarzenia na 1 tys. ludności wg województw w 2022 r.

Map 15. Emergency rescue teams and persons who received health care[a)] benefits in the place of occurrence per 1 thousand population by voivodship in 2022

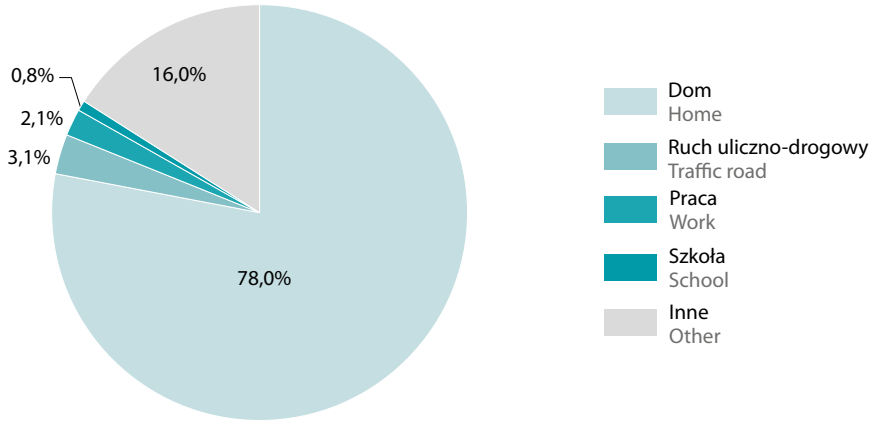


a) Zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.
a) Emergency rescue teams and medical air rescue teams.

Zdecydowaną większość (78,0%) ogólnej liczby interwencji zespołów ratownictwa medycznego stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. W porównaniu z 2021 r. odsetek takich wyjazdów/wylotów zmniejszył się o 1,6 p. proc. Drugie co do liczby interwencji miejsce zdarzenia (16,0% wyjazdów/wylotów) to kategoria „inne", obejmująca wszystkie te miejsca zdarzenia, których nie można zakwalifikować do pozostałych kategorii. W przypadku tego typu wyjazdów/wylotów ich udział w ogólnej liczbie interwencji w stosunku do roku 2021 zwiększył się o 1,6 p. proc. Udział wyjazdów do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno–drogowym w ogólnej liczbie wyjazdów zmniejszył się w porównaniu z rokiem poprzednim o 0,3 p. proc., natomiast wzrósł w przypadku wyjazdów do zdarzeń do szkoły i do pracy odpowiednio o 0,3 i 0,1 p. proc.

Wykres 57. Struktura wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia w 2022 r.

Chart 57. The structure of calls of the emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place in 2022

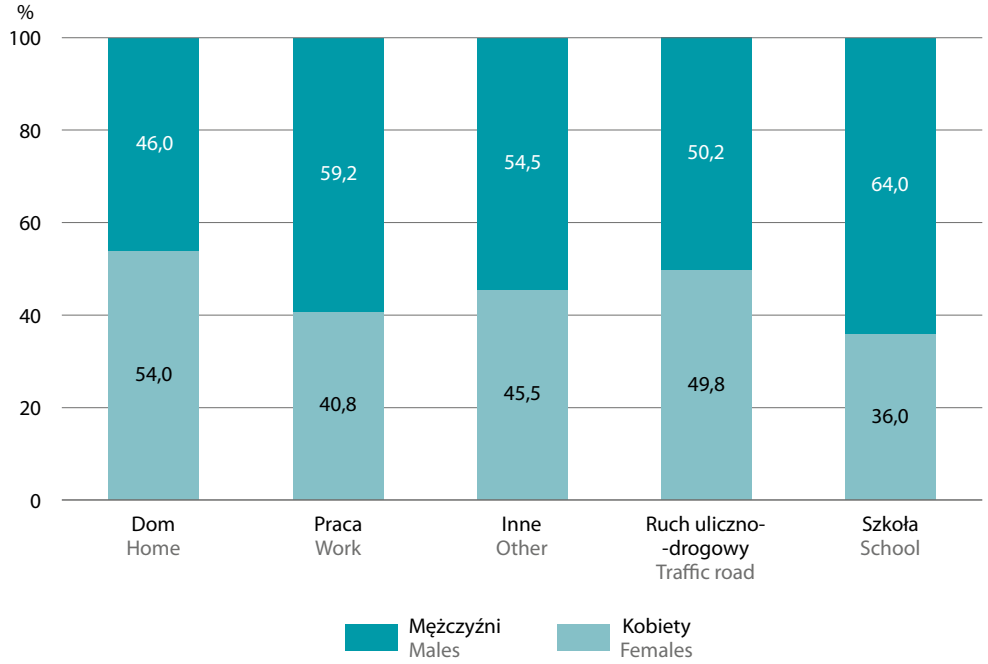


W trakcie jednego wyjazdu/wylotu pomoc mogła zostać udzielona więcej niż jednej osobie, dlatego liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trakcie wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa była nieznacznie większa niż liczba wyjazdów/wylotów i wyniosła niewiele powyżej 3,08 mln (o 14,2 tys. więcej niż w ubiegłym roku).

Struktura według płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wyglądała następująco: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wyniósł 6,7%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 44,8% , natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 48,5% (w 2021 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 4,9%, 46,7% i 48,4%). Pomocy medycznej nieznacznie częściej udzielano kobietom (50,5%) niż mężczyznom (49,5%). Sytuacja ta była odwrotna niż obserwowana w 2021 r., kiedy to mężczyznom częściej udzielano pomocy niż kobietom (odpowiednio 50,8% i 49,2%). Udział procentowy mężczyzn wśród osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w 2022 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 54,0%.

Wykres 58. Struktura płci osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych wg miejsca zdarzenia w 2022 r.

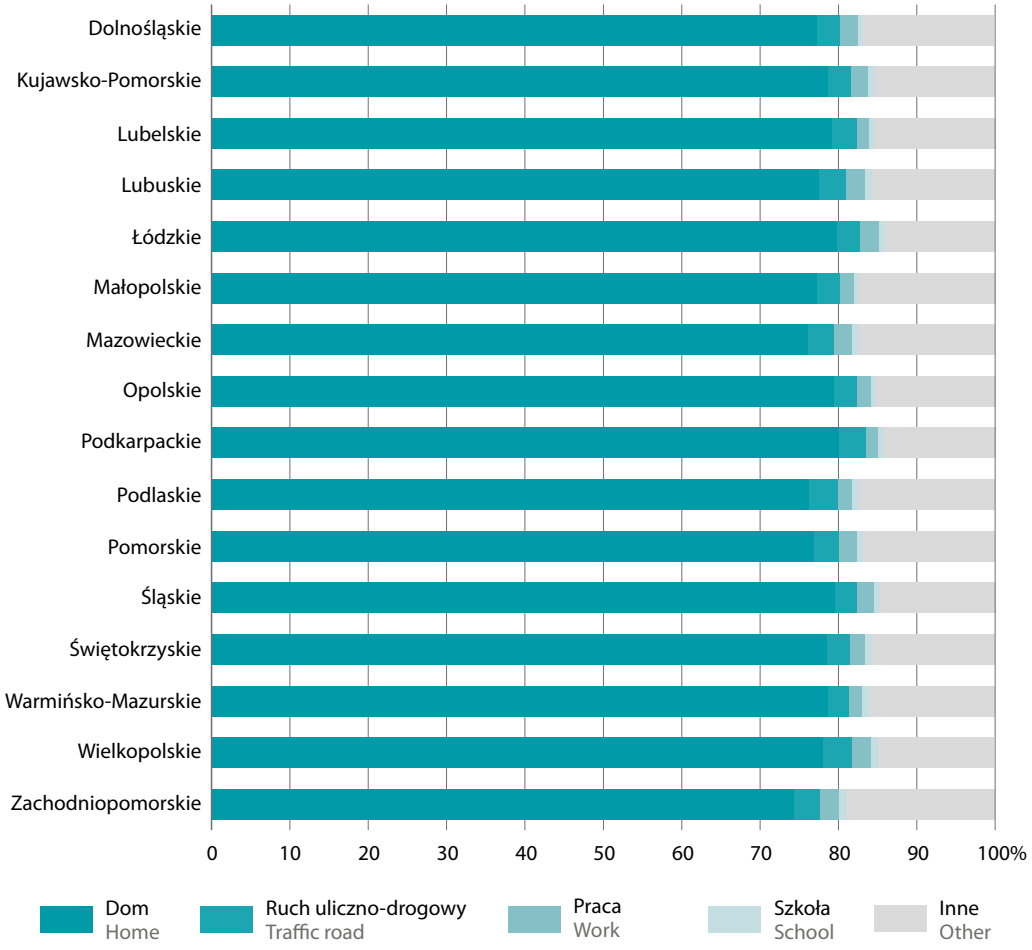
Chart 58. The sex structure of persons who received health care benefits in the place of occurrence by the type of occurrence place in 2022



W każdym województwie liczba wyjazdów/wylotów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. Największy odsetek takich interwencji odnotowano w województwie podkarpackim (80,1%), a najmniejszy w województwie zachodniopomorskim (74,3%). Podobnie w każdym województwie najmniej wykonywanych było wyjazdów do pracy i szkoły. Największy odsetek wyjazdów/wylotów do pracy jako miejsca zdarzenia zaobserwowano w województwie wielkopolskim (2,5%), a najmniejszy w województwie lubelskim (1,5%). W przypadku wyjazdów/wylotów do szkoły jako miejsca zdarzenia największy ich odsetek wystąpił w województwie mazowieckim (0,9%), a najmniejszy w województwie małopolskim (0,7%). Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno–drogowym stanowiły od 2,7% (województwo warmińsko–mazurskie) do 3,8% (województwo podlaskie) ogółu wyjazdów.

Wykres 59. Struktura wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego wg miejsc zdarzenia i województw w 2022 r.

Chart 59. The structure of calls of emergency rescue teams to the occurrence places by the type of occurrence place and voivodships in 2022



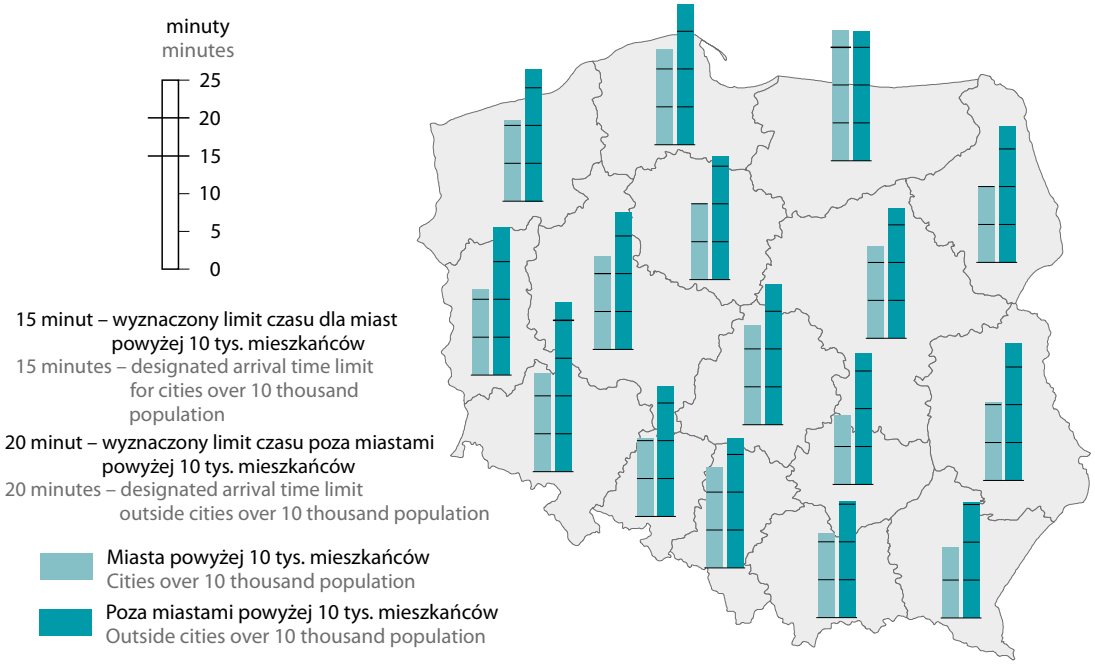
Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą[67] czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia mediany, trzeciego kwartyla oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartyl czasu dotarcia – odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Z danych za 2022 r. przekazanych przez wojewodów wynika, że mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona we wszystkich województwach, przy czym wartość mediany poniżej 10 min. charakteryzowała jedynie dwa województwa: świętokrzyskie (9 min. i 10 sek.) i podkarpackie (9 min. i 28 sek.). Największą medianę czasu dotarcia w przypadku miast powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie warmiń-

67 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm.).

sko–mazurskim – 17 min. i 27 sek. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców była również przekroczona we wszystkich województwach. Jedynie w przypadku województw podkarpackiego i małopolskiego mediana była bliska 15 minut i wyniosła odpowiednio: 15 min. i 20 sek. oraz 15 min. i 44 sek. Największą wartość mediany odnotowano w województwie dolnośląskim – 22 min. i 44 sek.

Mapa 16. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2022 r.
Map 16. Median time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence place in 2022



Źródło: dane pozyskane od wojewodów z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
Source: data obtained from voivods from voivodship action plans of the State Emergency Medical Services.

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 (59,7% ogółu wezwań w 2022 r.). Dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z urzędów wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów wskazują, że największy odsetek tego typu wyjazdów odnotowano w województwie zachodniopomorskim (71,4%), a najmniejszy w podlaskim (50,0%).

Począwszy od rozpoczęcia epidemii COVID-19 zaobserwować można ponad dwukrotny wzrost odsetka wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego. W 2019 r. odsetek takich wyjazdów wyniósł 20,9% ogółu wszystkich wyjazdów, podczas gdy w 2022 r. – 59,7%.

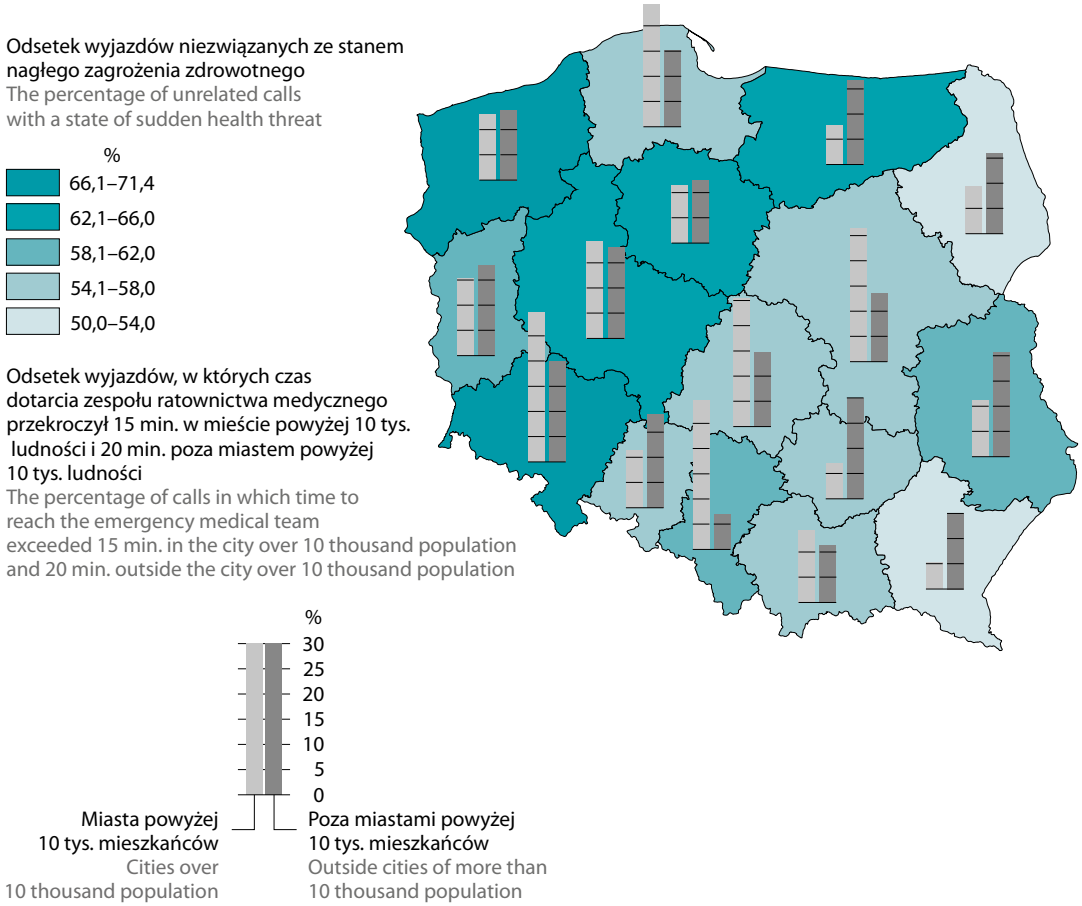
Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (29,7%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w województwie lubelskim (20,7%). W miastach powyżej 10 tys. miesz-

kańców najsprawniej w tym zakresie działały zespoły z województwa podkarpackiego. Odsetek wyjazdów, w których maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia przekroczył ustawową normę 15 min. wyniósł 5,3%.

Na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej działały zespoły w województwie śląskim, w którym to odsetek wyjazdów, które przekroczyły maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, wyniósł 7,1%.

Mapa 17. Struktura wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz struktura wyjazdów, w których czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego przekroczył ustawowe normy w 2022 r.

Map 17. The structure of calls of emergency rescue teams unrelated to the state of sudden health threat and the structure of calls of emergency rescue teams with exceeded arrival time regarding the statutory standard in 2022



Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2022 r. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR) posiadało 21 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS[68]) 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

68 HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

(Gdańsk, Olsztyn, Bydgoszcz, Wrocław, Opole, Katowice, Sanok, Kielce, Kraków, Lublin, Łódź, Szczecin). Całodobowo dyżurowały 4 bazy (Gdańsk, Kraków, Warszawa, Wrocław). Pozostałe bazy funkcjonowały w godz. 7–20. Parametry gotowości do startu zespołu LPR zależą od promienia działania i pory dnia. W dzień czas gotowości do startu wynosi:

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

Natomiast w nocy czas gotowości do startu wynosi:

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

Wyjątkami od powyżej wymienionych czasów gotowości do startu są loty do zdarzeń w górach lub we współpracy z 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 2022 r. lotnicze zespoły ratownictwa medycznego wykonały 7 784 loty, podczas których świadczenia zdrowotnego udzielono 7 790 osobom. 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 (83,7%)[69].

W 2022 r., podobnie jak w poprzednich latach, śmigłowce LPR najczęściej wzywane były do: wypadków komunikacyjnych i pomocy ich ofiarom, udarów mózgu, nagłego zatrzymanie krążenia, urazów. Ponadto w katalogu powodów wezwań są m.in. utrata przytomności, upadek z wysokości, zawał mięśnia sercowego, oparzenie termiczne, potrącenie, ból w klatce piersiowej, duszność, napad drgawek czy zasłabnięcie[70].

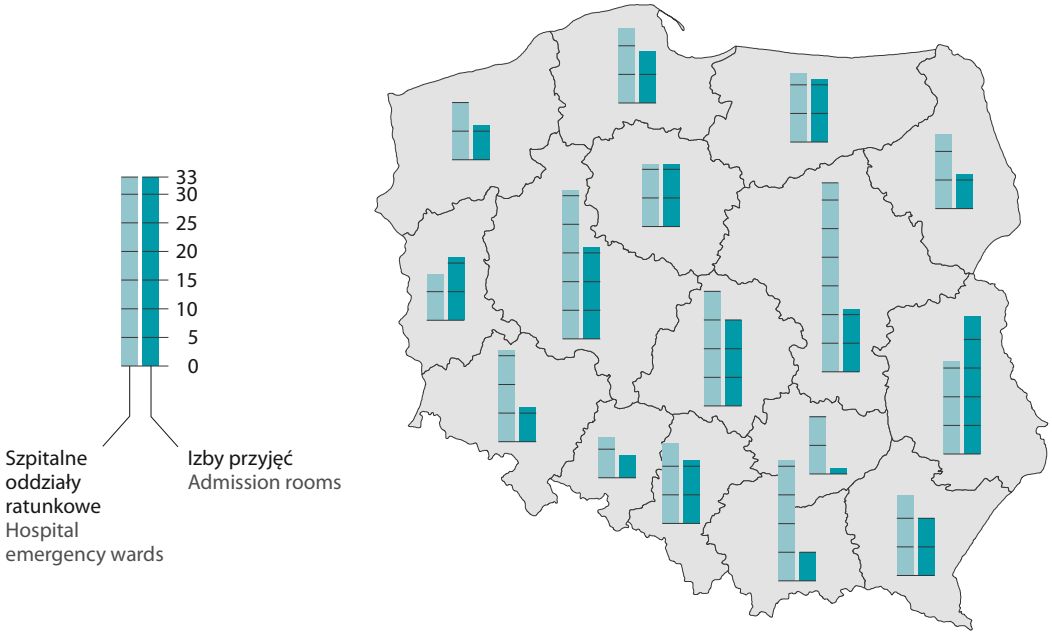
Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i izby przyjęć oraz centra urazowe (CU) i centra urazowe dla dzieci (CUD)

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

Na koniec 2022 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonowały 244 szpitalne oddziały ratunkowe, o 3 więcej niż w 2021 r. W SOR udzielane były świadczenia zdrowotne w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) i stacjonarnym. Ponadto w 2022 r. z systemem PRM współpracowało 157 izb przyjęć (o 1 więcej niż w 2021 r.), w których udzielano świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

69 Dane GUS – formularz ZD-4.
70 Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

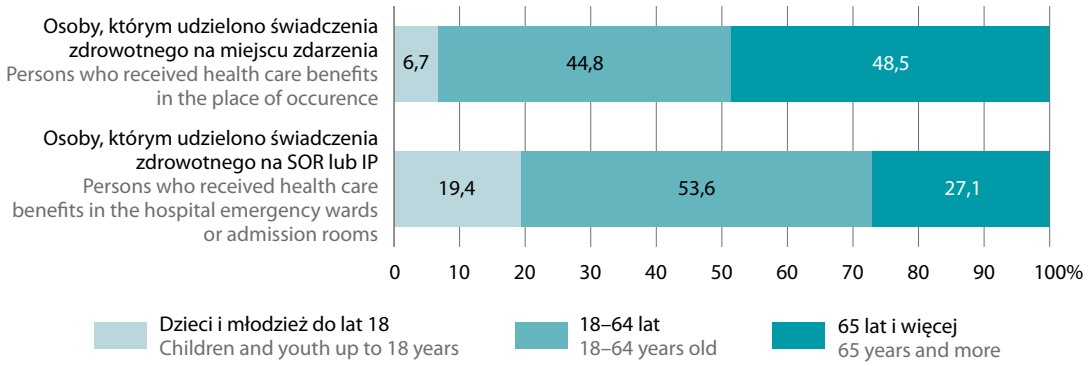
Mapa 18. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć wg województw w 2022 r.
Map 18. Hospital emergency wards and admission rooms by voivodships in 2022



W roku 2022 w izbach przyjęć lub w SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym blisko 3,8 mln osób (o 334,5 tys. więcej niż w roku 2021). Na SOR liczba leczonych w trybie stacjonarnym wyniosła ponad 1,8 mln osób (261,3 tys. więcej niż w roku poprzednim). Dzieci i młodzież do lat 18 stanowiły 19,4% ogólnej liczby leczonych w izbach przyjęć lub SOR, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 27,1%.

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. Natomiast osoby w wieku 65 lat lub więcej znacznie częściej potrzebowały interwencji ZRM niż opieki na SOR/IP.

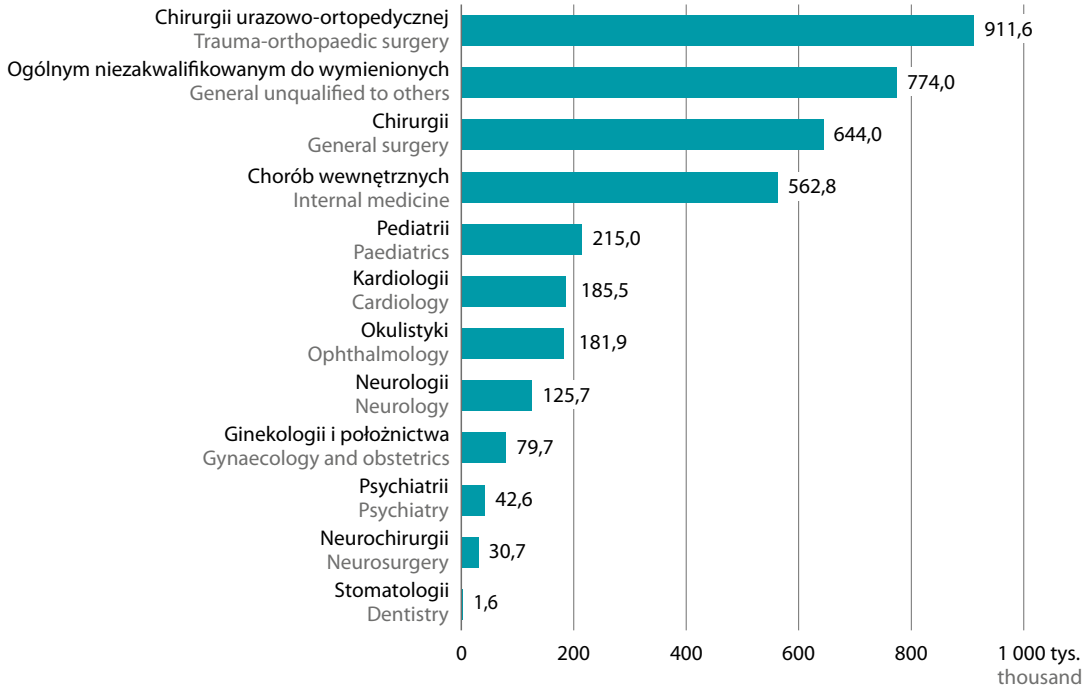
Wykres 60. Struktura wieku osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia oraz osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć w 2022 r.
Chart 60. The structure of age of persons who received health care benefits in the place of occurrence and persons who received health care benefits in the hospital emergency wards or admission rooms in 2022



Pacjenci leczeni ambulatoryjnie najczęściej korzystali ze świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej (24,3% leczonych), ogólnym (20,6%) oraz chirurgii (17,1%).

Wykres 61. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć wg zakresu świadczeń w 2022 r.

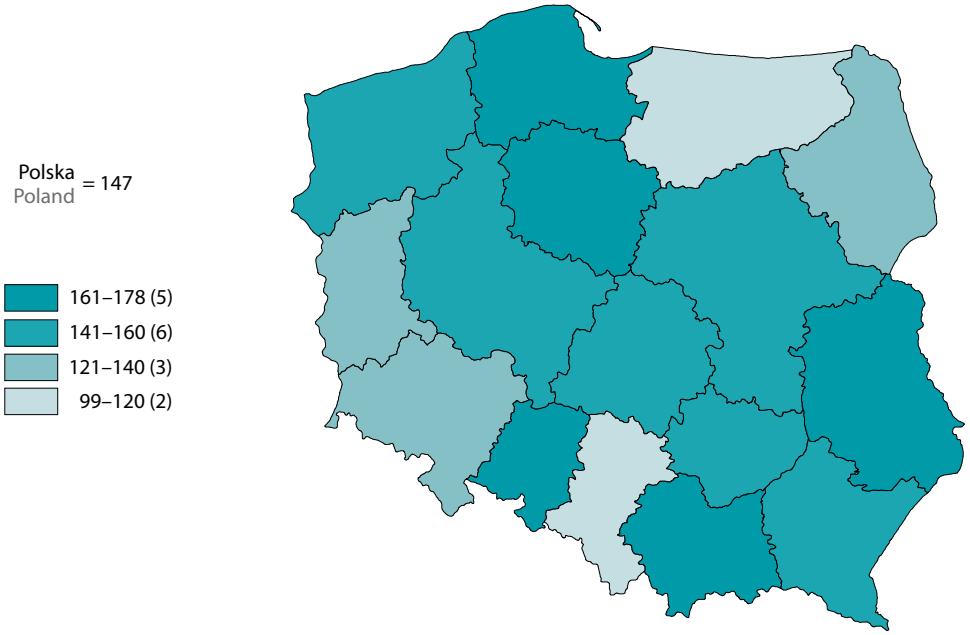
Chart 61. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms under the outpatient treatment by type of services in 2022



W 2022 r. na 1 tys. ludności przypadało 147 osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR lub izbach przyjęć (w roku poprzednim – 130 osób). Najwięcej osób, które skorzystały z pomocy w tego typu miejscach, w przeliczeniu na 1 tys. ludności odnotowano w województwie lubelskim – 178 osób, a najmniej w śląskim – 99 osób.

Mapa 19. Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć na 1 tys. ludności wg województw w 2022 r.

Map 19. Persons who received health care benefits in hospital emergency wards or admission rooms per 1 thousand population by voivodships in 2022



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 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 centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny. Centrum urazowe oraz centrum urazowe dla dzieci dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem przeznaczonym dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowane na tyle blisko, aby możliwe było przejęcie pacjenta urazowego oraz pacjenta urazowego dziecięcego bez konieczności przewożenia ich specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego.

W 2022 r. działało 17 centrów urazowych oraz 11 centrów urazowych dla dzieci. W centrach urazowych leczonych było 2,8 tys. pacjentów, z czego 37,3% stanowiły osoby w wieku 65 lat lub więcej, natomiast w centrach urazowych dla dzieci pod opieką było 396 pacjentów[71].

Tablica 13. Ratownictwo medyczne i pomoc doraźna
Table 13. Emergency medical services and first aid

Wyszczególnienie Specification	2018	2019	2020	2021	2022
Zespoły ratownictwa medycznego Emergency rescue teams	1 541	1 577	1 581	1 587	1 592
Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego Medical air rescue teams	21	21	21	21	21
Szpitalne oddziały ratunkowe Hospital emergency wards	230	237	239	241	244
Izby przyjęć Admission rooms	149	155	154	156	157
Ratownicy medyczni Emergency medical technicians	10 191	10 344	10 975	10 993	11 095
Wyjazdy na miejsce zdarzenia (w ciągu roku): Calls to the occurrence places (during the year):					
w tysiącach in thousands	3 152,1	3 099,9	2 758,8	3 058,3	3 070,1
na 1000 ludności per 1000 population	82,1	80,8	72,3	80,5	81,2

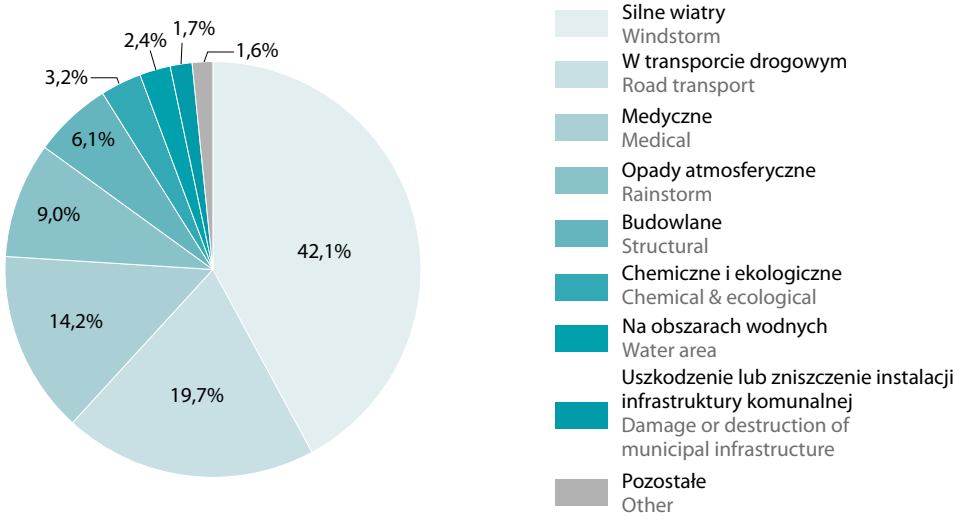
Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)[72]

Jednostkami współpracującymi z systemem są ponadto 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 2022 r. na terenie kraju jednostki ochrony przeciwpożarowej wyjeżdżały do 608,8 tys. zdarzeń. Najwięcej zdarzeń wymagających udziału tego typu jednostek dotyczyło miejscowych zagrożeń (425,0 tys.), w tym związanych z występowaniem silnych wiatrów (125,4 tys.). Ich liczba w porównaniu z 2021 r. wzrosła o 64,8%. Pozostałe interwencje były związane z pożarami (136,0 tys.) i fałszywymi alarmami (47,9 tys.).

71 Dane GUS – formularz ZD-4.
72 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm).

Wykres 62. Struktura miejscowych zagrożeń wg ich rodzaju w 2022 r.
Chart 62. Structure of local threats by type in 2022



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

W wyniku pożarów i miejscowych zagrożeń śmierć poniosło 9,3 tys. osób (w tym dwóch strażaków), a 46,1 tys. zostało rannych (w tym 266 strażaków). Najwięcej zdarzeń wymagających interwencji jednostek ochrony przeciwpożarowej odnotowano w województwie mazowieckim (90,6 tys.), najmniej w województwie opolskim (16,1 tys.).

Tablica 14. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w 2022 r.
Table 14. Events involving fire brigades in 2022

Województwa Voivodships	Zdarzenia ogółem Total events	Pożary Fires	Miejscowe zagrożenia Local threats	Fałszywe alarmy False alarms
Polska Poland	**608 818**	**135 965**	**424 958**	**47 895**
Dolnośląskie	45 640	14 900	26 723	4 017
Kujawsko-pomorskie	37 660	6 478	28 605	2 577
Lubelskie	28 753	7 108	20 141	1 504
Lubuskie	20 523	5 447	13 436	1 640
Łódzkie	36 923	7 838	25 374	3 711
Małopolskie	46 499	9 808	32 239	4 452
Mazowieckie	90 614	19 407	61 807	9 400
Opolskie	16 091	3 704	11 219	1 168
Podkarpackie	29 868	7 495	21 103	1 270
Podlaskie	16 810	3 448	12 532	830

Tablica 14. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w 2022 r. (dok.)
Table 14. Events involving fire brigades in 2022 (cont.)

Województwa Voivodships	Zdarzenia ogółem Total events	Pożary Fires	Miejscowe zagrożenia Local threats	Fałszywe alarmy False alarms
Pomorskie	35 361	7 337	26 421	1 603
Śląskie	73 500	13 512	53 778	6 210
Świętokrzyskie	18 200	6 179	11 432	589
Warmińsko-mazurskie	25 477	5 961	17 316	2 200
Wielkopolskie	53 696	9 794	39 653	4 249
Zachodniopomorskie	33 203	7 549	23 179	2 475

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

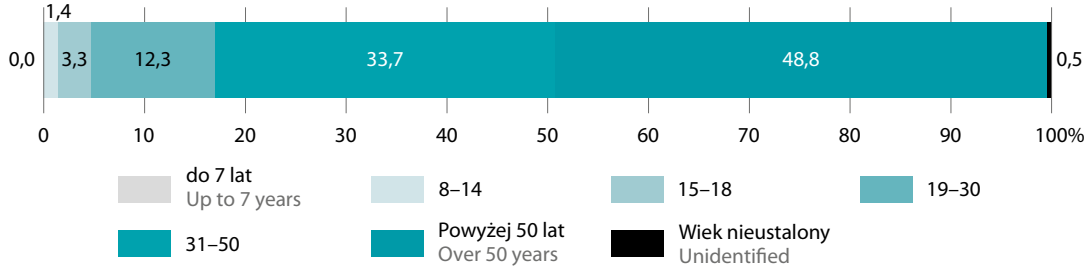
Do jednostek, które współpracują z systemem PRM, zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych,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

W 2022 roku ratownicy GOPR wyruszali na interwencje 2 550 razy udzielając pomocy 2 699 poszkodowanym. W zdarzeniach na terenie gór zginęło 50 osób. Odbyły się także 402 akcje poszukiwawcze oraz 3 działania związane z ratunkiem w jaskiniach. Natomiast TOPR podjął 939 akcji ratowniczych, podczas których uratowano 1 089 osób. Spośród wszystkich akcji 284 odbyły się z udziałem śmigłowca, a uratowano w nich 373 osoby.

Ratownicy wodni przeprowadzili 1 813 akcji ratowniczych wobec osób tonących, najwięcej na obszarze wód śródlądowych i przybrzeżnych (1 168), a najmniej w miejscach okazjonalnie wykorzystywanych do kąpieli (39). W 2022 r. zgłoszono Policji 447 wypadków tonięcia (o 5,9% więcej niż w 2021 r.), w wyniku których śmierć poniosły 422 osoby (o 3,4% więcej niż w roku ubiegłym), w tym 47 kobiet (o 17,5% więcej niż przed rokiem). Najwięcej ofiar utonięć odnotowano w województwie mazowieckim (69), a najmniej w województwie lubuskim (10).

Najliczniejszą grupę wśród ofiar utonięć stanowiły osoby powyżej 50 roku życia (206 osób), a najmniej liczną dzieci w wieku 8–14 lat (6 osób).

Wykres 63. Struktura ofiar utonięć wg grup wieku w 2022 r.
Chart 63. Structure of victims of drowning by age in 2022



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

Tablica 15. Wypadki tonięcia w 2022 r.
Table 15. Drowning incidents in 2022

Województwa Voivodships	Wypadki tonięcia Drowning incidents	Ofiary utonięć Drowning victims	Osoby uratowane Survivors
Polska Poland	**447**	**422**	**42**
Dolnośląskie	27	27	–
Kujawsko-pomorskie	26	26	2
Lubelskie	30	29	1
Lubuskie	10	10	–
Łódzkie	15	15	1
Małopolskie	16	17	–
Mazowieckie	74	69	6
Opolskie	15	13	2
Podkarpackie	22	22	–
Podlaskie	29	22	14
Pomorskie	43	40	8
Śląskie	16	16	–
Świętokrzyskie	13	13	–
Warmińsko-mazurskie	52	47	5
Wielkopolskie	27	25	2
Zachodniopomorskie	32	31	1

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.

Ponadto w grupie jednostek współpracujących z systemem PRM znajdują się również inne społeczne organizacje ratownicze, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są zobowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia.

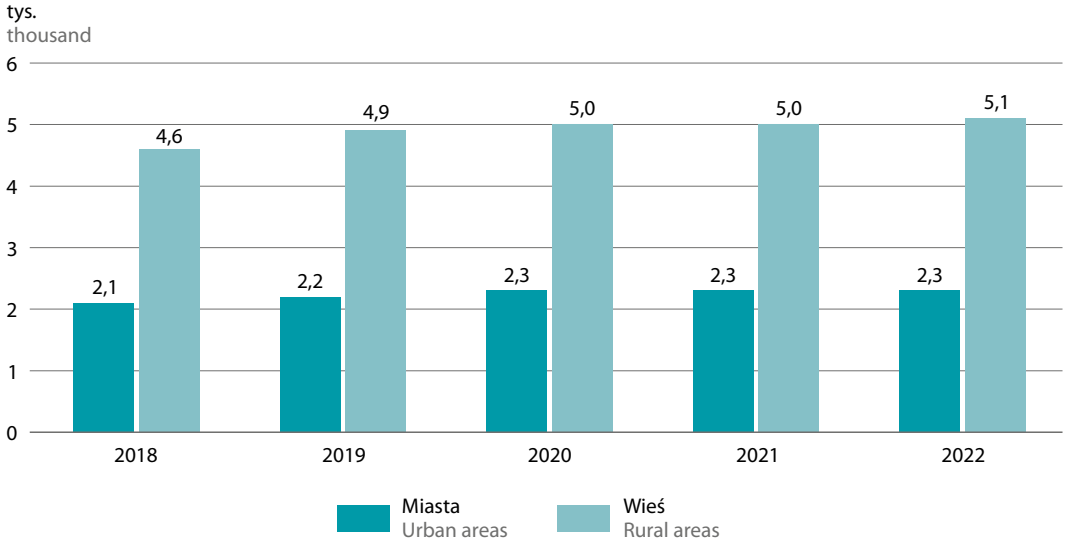
2.5. Apteki
2.5. Pharmacies

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. Punkty apteczne działają natomiast niemal w całości na terenach wiejskich[73] i uzupełniają sieć aptek 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 2022 r. na terenie Polski zbadano 11 657 aptek ogólnodostępnych (o 209 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe[74] i 1 119 punkty apteczne. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (11 646) należały do prywatnych właścicieli.

Na jedną aptekę ogólnodostępną w 2022 r. przypadało przeciętnie 3,2 tys. osób, w tym 2,3 tys. w miastach. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od około 2,8 tys. (w województwie lubelskim) do około 3,6 tys. (w województwie pomorskim). Na wsi liczba ludności przypadającej na jedną aptekę ogólnodostępną wyniosła około 8,2 tys. mieszkańców, natomiast na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny przeciętnie 5,1 tys. Zauważalna jest silna dysproporcja w rozkładzie aptek i ich znacznie gorsza dostępność na obszarach wiejskich w porównaniu z miastami.

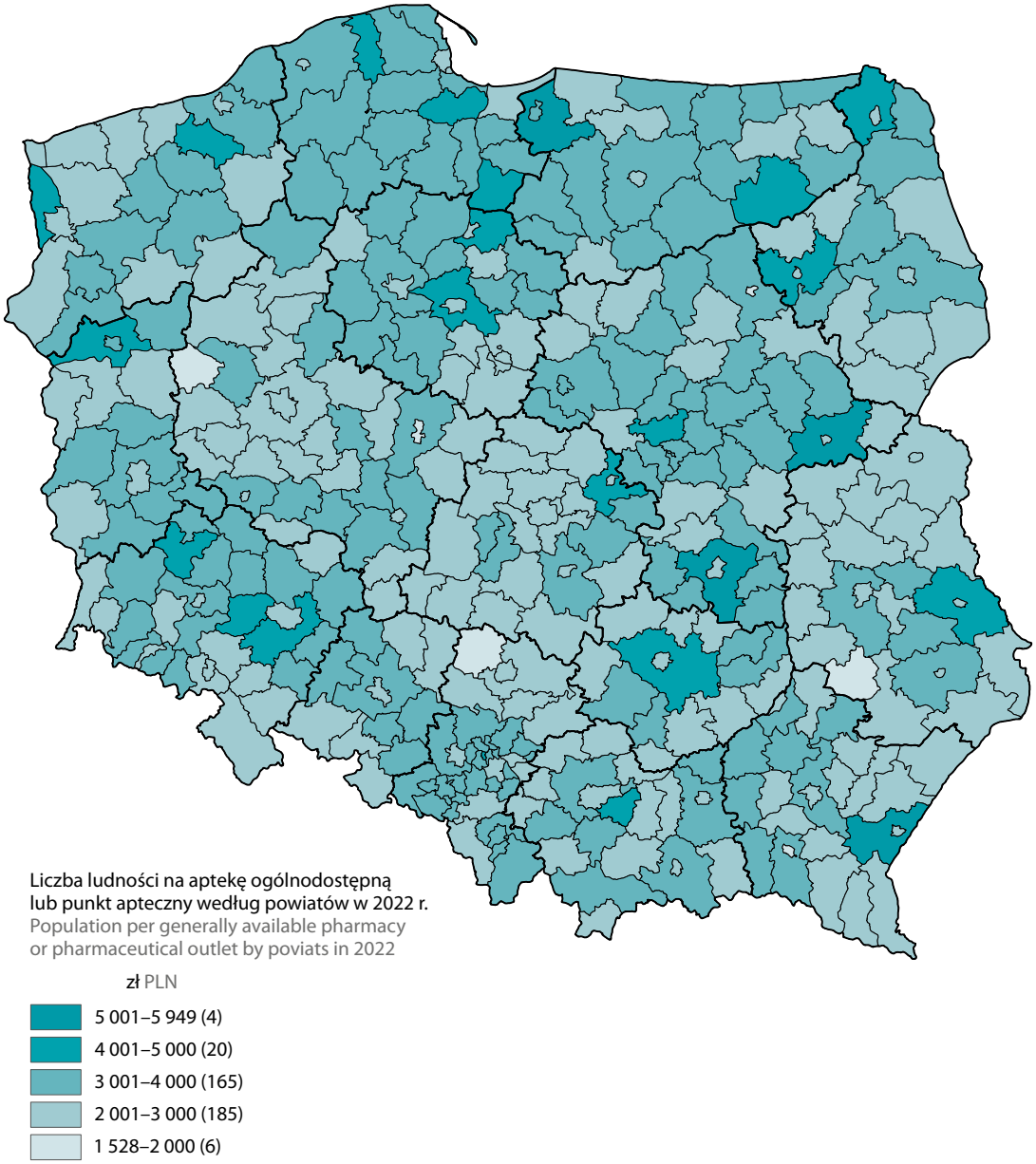
Wykres 64. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny
Chart 64. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet



73 Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art. 70 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r., Dz. U. 2022 poz. 2301) 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 2022 r. w miastach zlokalizowanych było 18 punktów aptecznych.

74 Aptekę zakładową tworzy się w podmiocie wykonującym działalność leczniczą utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Sprawiedliwości w celu zaopatrywania gabinetów, pracowni, izb chorych lub oddziałów terapeutycznych, a także innych zakładów leczniczych, w których wykonuje się stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, utworzonych w tych podmiotach (Prawo farmaceutyczne art. 87 ust. 4b, Dz. U. 2022 poz. 2301). Wśród zbadanych 24 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MS – 14 aptek.

Mapa 20. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny wg powiatów w 2022 r.
Map 20. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2022



Ponad 5 000 mieszkańców przypadało na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w powiatach sąsiadujących z miastami na prawach powiatu: przemyskim, elbląskim, siedleckim i radomskim. Należy jednak pamiętać, że powiaty ziemskie wokół miast na prawach powiatu mają swoją specyfikę polegającą na lokalizacji wielu usług publicznych w miastach na prawach powiatu. Najlepszą dostępność aptek i punktów aptecznych zaobserwowano w powiatach: Krosno, Konin, kłobucki, Ostrołęka, janowski i międzychodzki (poniżej 2 000 osób na jedną aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny).

W 2022 r. w porównaniu z rokiem poprzednim w 15 województwach było mniej aptek ogólnodostępnych. Największy spadek odnotowano w województwach wielkopolskim i mazowieckim (o 29). Więcej niż 20 aptek ubyło również w województwach śląskim i dolnośląskim (odpowiednio o 28 i 23). Najmniejszy

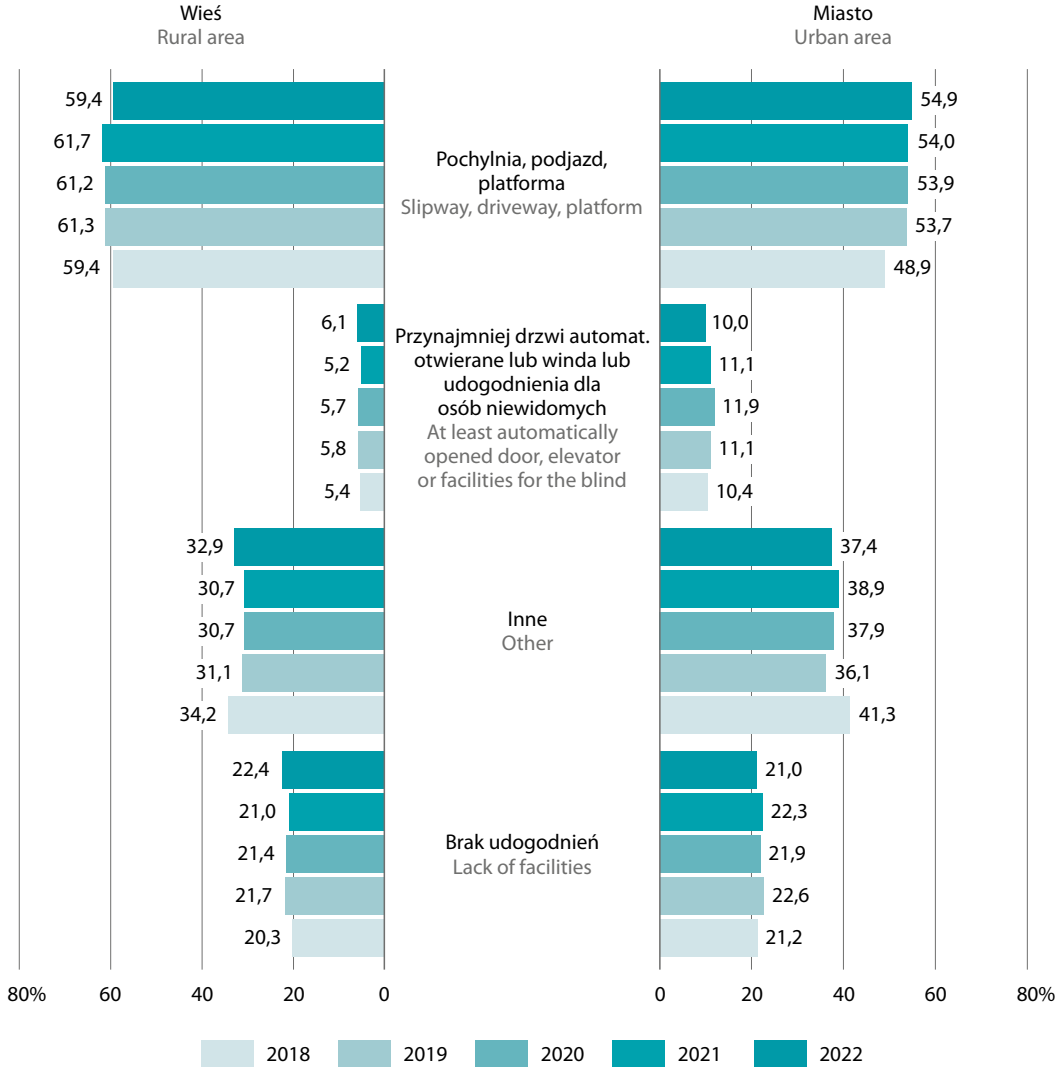
spadek wystąpił w województwie pomorskim (o 1). Liczba aptek ogólnodostępnych wzrosła jedynie w województwie opolskim (o 3).

Punktów aptecznych ubyło w 9 województwach: mazowieckim (7), śląskim (6), podlaskim i opolskim (po 5), wielkopolskim (4), łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim (po 3) i kujawsko-pomorskim (1). Wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano w województwach: zachodniopomorskim (o 4), małopolskim i lubelskim (o 2) i podkarpackim (o 1). W województwach: dolnośląskim, lubuskim i pomorskim liczba punktów aptecznych pozostała bez zmian.

Udogodnienia dla osób niepełnosprawnych posiadało w 2022 r. 78,9% aptek. Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (55,7% aptek, 59,8% na wsi i 54,9% w miastach). Również w punktach aptecznych na wsi większość udogodnień stanowiły pochylnie, podjazdy, platformy – 58,6% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 7,7% aptek w miastach, a na wsi 4,0% aptek i 1,4% punktów aptecznych. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 21,0% aptek zlokalizowanych w miastach oraz w 21,7% aptek i 23,6% punktów aptecznych na wsi.

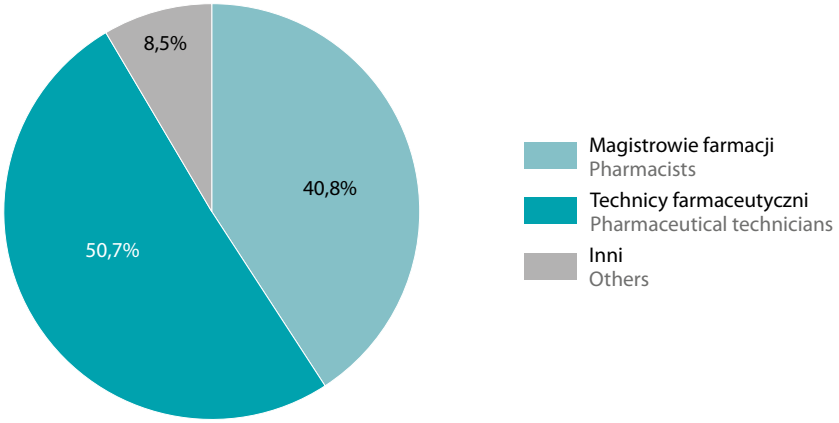
Wykres 65. Stopień przystosowania dla potrzeb osób niepełnosprawnych aptek ogólnodostępnych w miastach oraz aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych na wsi

Chart 65. Degree of adjustment to the needs of the disabled persons in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas

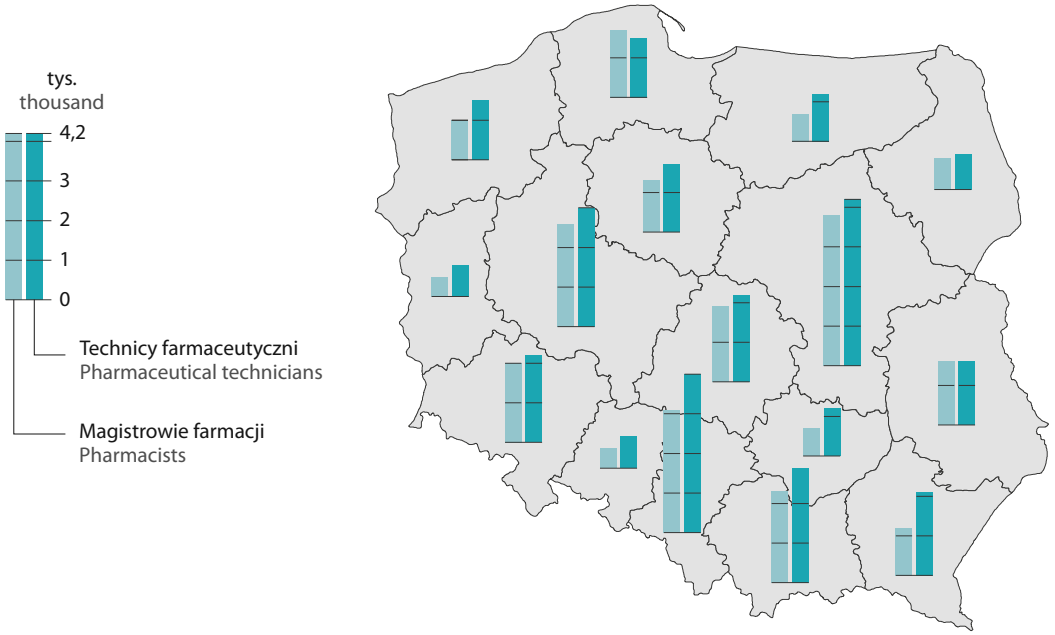


W 2022 r. stałe dyżury nocne pełniło 2,8% aptek ogólnodostępnych, a ponad 22,1% dyżury okresowe. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej[75] prowadziło 199 aptek (1,7%). W każdym województwie działały apteki ogólnodostępne prowadzące taką formę sprzedaży. Najwięcej z nich zlokalizowanych było w województwie mazowieckim (39), a najmniej w lubuskim (2). Ponad połowę (54,3%) aptek prowadzących sprzedaż wysyłkową stanowiły apteki z czterech województw: mazowieckiego, łódzkiego, śląskiego i wielkopolskiego. W przypadku punktów aptecznych sprzedaż wysyłkowa była realizowana tylko w 3 placówkach (0,3%), zlokalizowanych na terenie województw: łódzkiego (2 punkty) i warmińsko–mazurskiego (1 punkt).

Wykres 66. Struktura pracujących w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2022 r.
Chart 66. Structure of employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2022



Mapa 21. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych wg województw w 2022 r. Stan w dniu 31 grudnia
Map 21. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships in 2022 As of 31 December



75 Wysyłkowa sprzedaż produktów leczniczych prowadzona zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2022 poz. 2301) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych (Dz. U. 2015 poz. 481).

Według stanu w dniu 31 grudnia 2022 r. w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 25,7 tys. magistrów farmacji oraz 31,9 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto obowiązkową praktykę odbywało w aptekach 194 praktykantów[76] (w 2021 r. 121). Podobnie jak w poprzednich latach, zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 83,3% wśród farmaceutów i 94,6% wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece ogólnodostępnej pracowały dwie osoby z tytułem magistra farmacji oraz co najmniej dwie z tytułem technika farmaceutycznego. W miastach w jednej aptece ogólnodostępnej pracowało przeciętnie co najmniej dwóch magistrów i tyle samo techników. Natomiast w punkcie aptecznym przeciętnie pracował jeden technik farmaceutyczny oraz przeciętnie w co dziesiątym – magister farmacji.

W 24 aptekach zakładowych, działających w szpitalach resortowych, pracowało łącznie 85 magistrów farmacji, co daje średnio więcej niż troje magistrów na aptekę, a więc więcej niż średnia w aptekach ogólnodostępnych (2). Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 55 techników farmaceutycznych, około dwóch techników na aptekę, czyli podobnie jak w aptekach ogólnodostępnych.

Tablica 16. Apteki i punkty apteczne
Table 16. Pharmacies and pharmaceutical outlets

LATA YEARS	Apteki Pharmacies	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets	Liczba ludności Number of population		Mgr farmacji pracujący Masters of pharmacy employed	Technicy farmaceutyczni pracujący Pharmaceutical technicians employed
			na 1 aptekę per pharmacy	na 1 aptekę ogólnodostępną/ punkt apteczny per generally available pharmacy / pharmaceutical outlet		
OGÓŁEM TOTAL						
2021	11890	1147	3188	2913	26092	32208
2022	11681	1119	3233	2956	25815	31989
MIASTA URBAN AREAS						
2021	9970	19	2269	2270	22804	28055
2022	9811	18	2292	2294	22584	27913
WIEŚ RURAL ARES						
2021	1920	1128	7960	5014	3288	4153
2022	1870	1101	8169	5142	3231	4076

76 Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, program praktyki w aptece oraz sposób i tryb jej odbywania przez technika farmaceutycznego, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania określonych czynności, obowiązki opiekuna praktyki, zakres czynności, które mogą być wykonywane samodzielnie przez praktykanta, formę i sposób prowadzenia dziennika praktyki aptecznej (Prawo Farmaceutyczne, art. 91 ust. 3, Dz. U. 2022 poz. 2301).

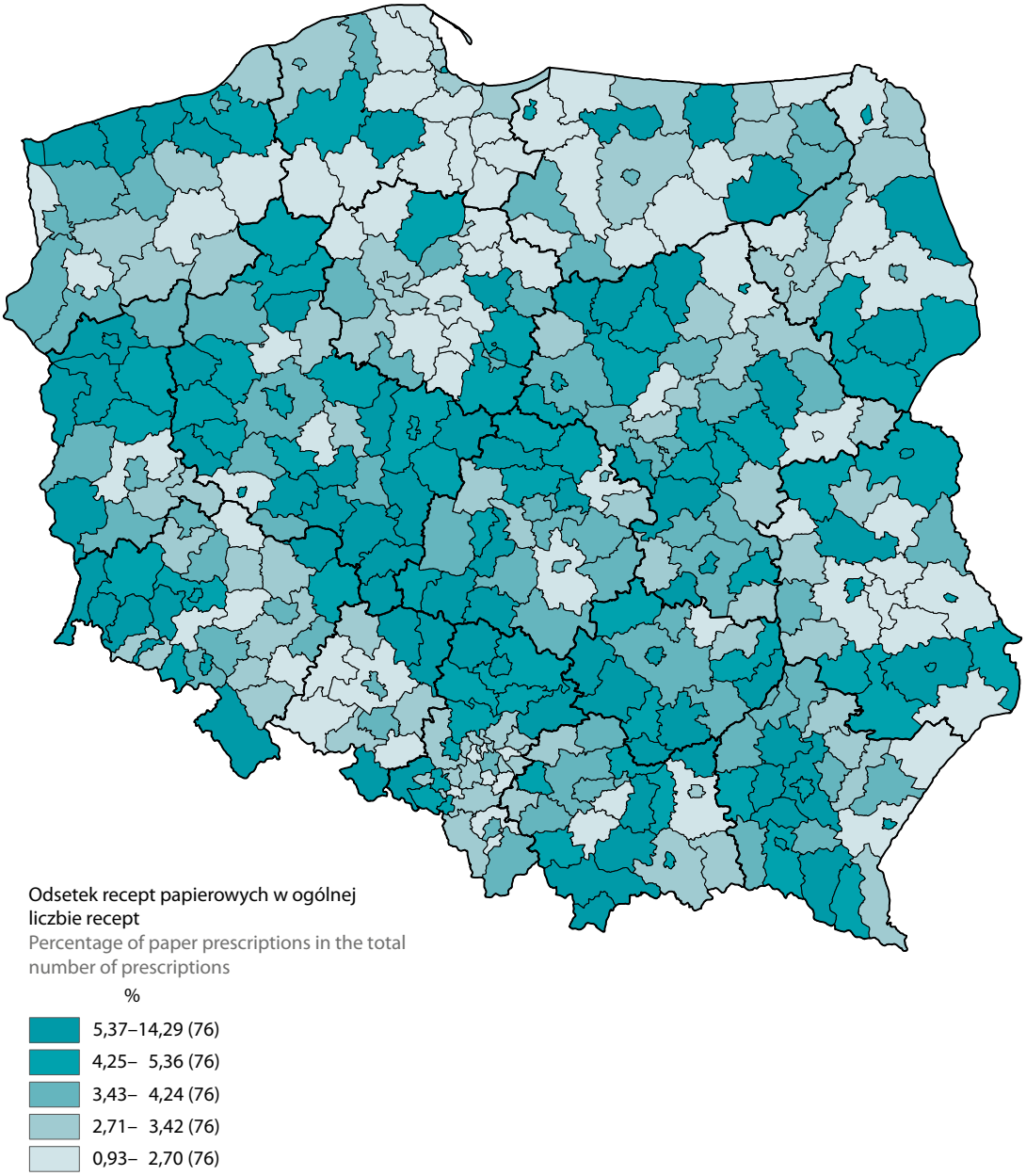
2.6. Sprzedaż leków na receptę
2.6. Sale of prescription medicines

Elektroniczna recepta to jedno z najbardziej udanych przedsięwzięć z zakresu elektronicznej administracji w Polsce. Została ona uruchomiona na początku 2019 roku, chociaż jej pierwszy projekt powstał na przełomie 2007/2008 roku w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (aktualna nazwa: Centrum e-Zdrowia), a pierwsze podstawy prawne zostały przedstawione w Ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113 poz. 657). Od 8 stycznia 2020 r., wystawianie e–recept stało się obowiązkowe. Dane dotyczące wystawianych recept gromadzone są w centralnej bazie danych (System Informacji Medycznej) prowadzonej przez Centrum e-Zdrowia – jednostkę Ministerstwa Zdrowia. Na podstawie gromadzonych danych Ministerstwo Zdrowia przygotowuje wieloprzekrojowe analizy i statystyki, które pozwalają monitorować rynek leków w Polsce. W związku z tym, że dane dotyczące sprzedaży leków gromadzone są na podstawie danych przekazywanych przez apteki, analizy Ministerstwa Zdrowia nie uwzględniają miejsca zamieszkania pacjenta, któremu wystawiono receptę, ale jedynie miejsce realizacji przez niego recepty. Według danych Ministerstwa Zdrowia, w ciągu pół roku od jej wprowadzenia, lekarze wystawili ponad 275 mln e–recept dla 25 mln pacjentów. Wdrożenie elektronicznej recepty zbiegło się epidemią koronawirusa SARS–CoV–2. Już w maju 2020 r., udział elektronicznych recept w ogólnej liczbie recept, wynosił blisko 95%. Ten odsetek utrzymał się do końca 2022 r. Zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977) receptę papierową lekarz może wystawić w następujących przypadkach:

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

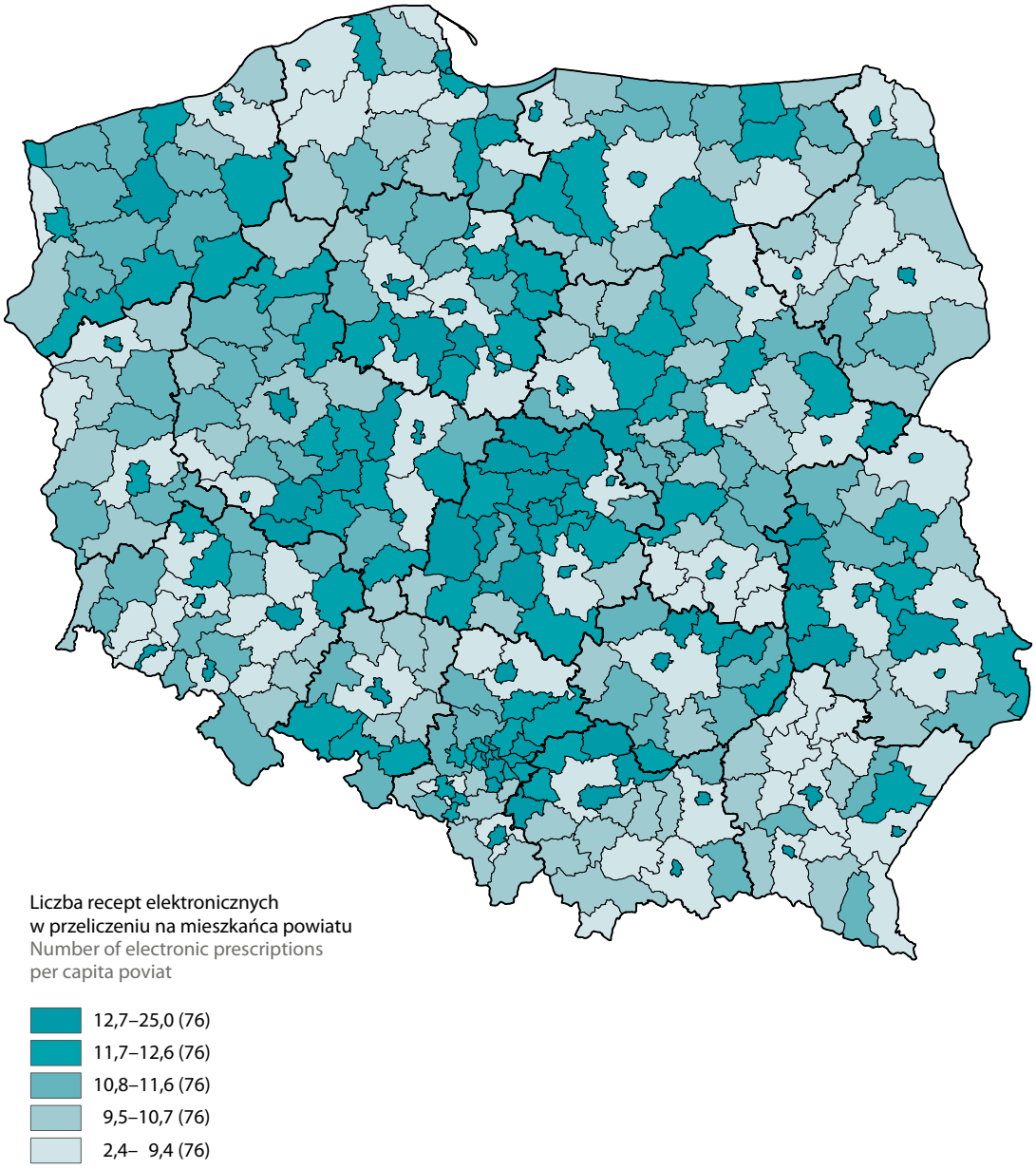
W 2022 roku wystawiono 453,3 mln recept (o 27,9 mln więcej niż przed rokiem), z czego 95,8% elektronicznych (w 2021 r. odsetek recept elektronicznych w ogólnej liczbie recept wyniósł 94,4%). Największy odsetek elektronicznych recept wystąpił, podobnie jak w roku 2021, w województwie pomorskim (97,0%), a najniższy w świętokrzyskim (94,7%). W przypadku powiatów najwyższy odsetek elektronicznych recept zaobserwowano w powiatach: siedleckim (99,1%), monieckim (98,9%), człuchowskim (98,9%), nowomiejskim (98,7%) i nidzickim (98,6%), natomiast najniższy w powiatach: węgrowskim (85,7%), chodzieskim (87,1%), sanockim (88,8%), złotoryjskim (89,4%) oraz sulęcińskim (89,7%).

Mapa 22. Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2022 r.
Map 22. Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2022



Najmniej elektronicznych recept na 1 tys. mieszkańców powiatu wystawiono w powiatach: łomżyńskim (2,4), przemyskim (2,6), skierniewickim (3,2), siedleckim (3,2) oraz suwalskim (3,2). Najwięcej w miastach na prawach powiatu: Zamościu (25,0), Tarnowie (23,2), Krośnie (22,4), Chełmie (21,9) oraz Siedlcach (20,1).

Mapa 23. Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r.
Map 23. Number of electronic prescriptions per capita poviat in 2022



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, tzw. „obwarzankach". Dane dotyczące elektronicznych recept gromadzone są w Systemie Informacji Medycznej w Ministerstwie Zdrowia. Zakres gromadzonych danych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. 2020 poz. 2424). System umożliwia Ministerstwu Zdrowia przeprowadzanie wieloprzekrojowych analiz i statystyk, w tym analizę wartości sprzedanych leków i wartości refundacji. Według danych Ministerstwa Zdrowia w roku 2022 wartość sprzedaży wszystkich leków na receptę wyniosła 21,9 mld zł (o 2,2 mld zł więcej niż w 2021 r.). Natomiast wartość refundacji to 8,6 mld zł (o 0,5 mld zł więcej niż w 2021 r.), a pacjen-

ci z własnych środków wydali na leki na receptę 13,3 mld zł (o 1,7 mld zł więcej niż w 2021 r.). W 2022 r. refundacja stanowiła 39,3% wartości leków sprzedanych na receptę (w 2021 r. – 41,2%).

Tablica 17. Sprzedaż leków na receptę
Table 17. Sales of prescription medicines

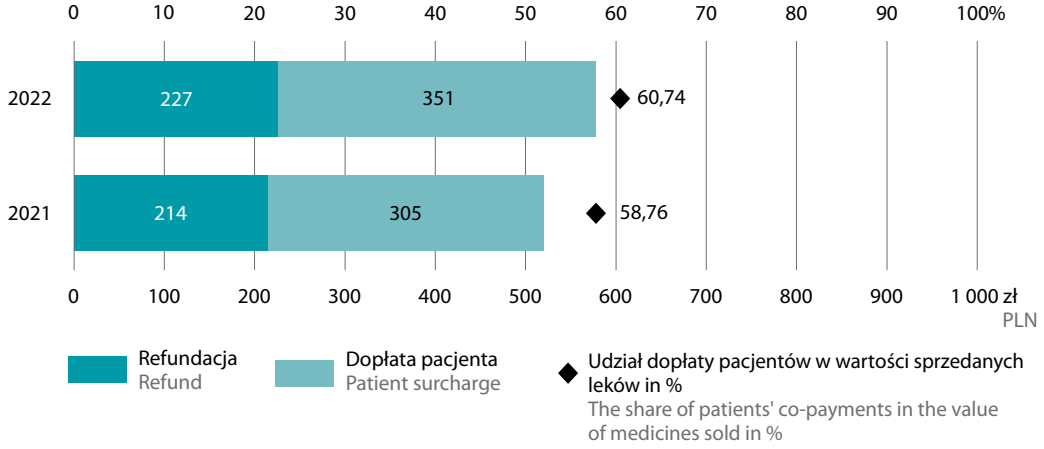
Wyszczególnienie Specification	2021	2022
	w miliardach złotych in bilion PLN	
Wartość sprzedaży The value of sales	19,7	21,9
Wartość refundacji The value of refund	8,1	8,6
Wartość opłat pacjentów The value of patient charges	11,6	13,3

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

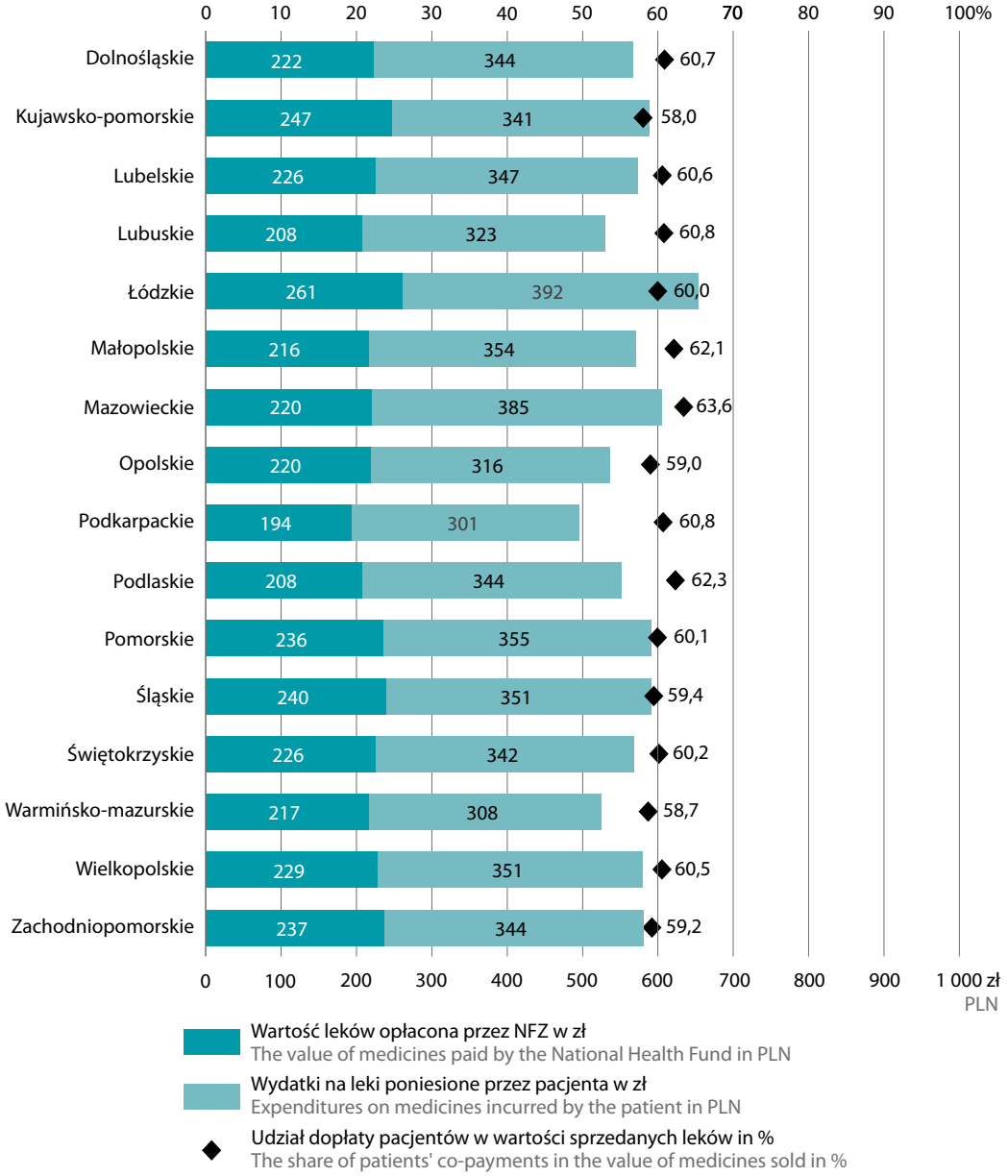
W 2022 r. w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa, największą wartością sprzedanych leków, refundacji oraz dopłat do leków przez pacjentów, charakteryzuje się województwo łódzkie, a najmniejszą – podkarpackie. W przypadku województwa łódzkiego wartości te wyniosły odpowiednio: 653 zł, 261 zł i 392 zł. Natomiast w przypadku województwa podkarpackiego: 495 zł, 194 zł i 301 zł.

W 2022 r. wartość sprzedanych leków na receptę w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski wyniosła 578 zł (o 11,2% więcej niż w 2021 r.), z czego dopłata przez pacjenta wyniosła 351 zł (o 15,1% więcej niż w 2021 r.) a refundacja 227,00 zł (o 6,1% więcej niż w 2021 r.).

Wykres 67. Wartość refundacji oraz dopłaty do leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca
Chart 67. Medicine reimbursement value and value of patients' subsidies to medicines per capita

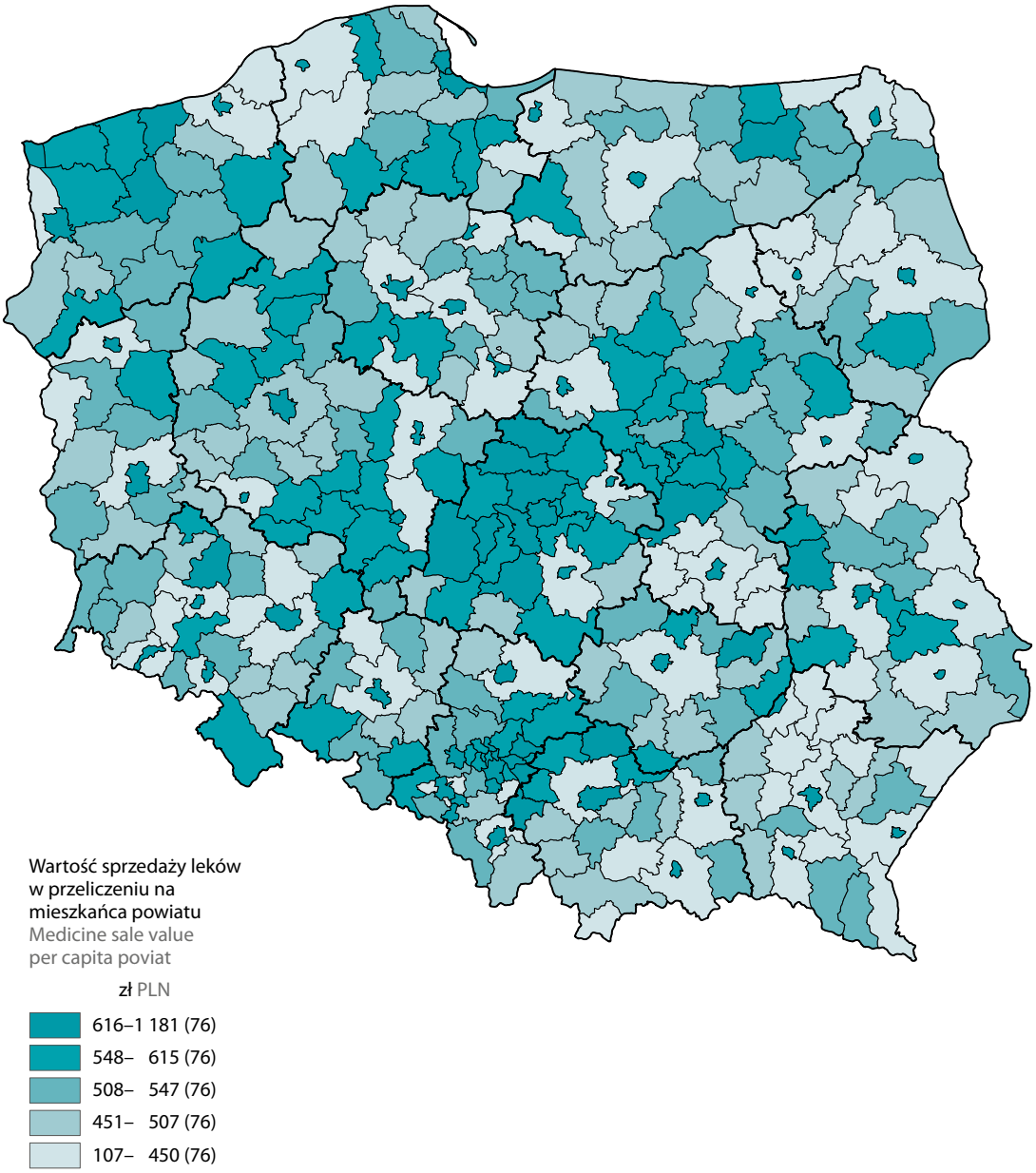


Wykres 68. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2022 r.
Chart 68. Prescription medicines sales value in the voivodship per capita in 2022



Największą wartość sprzedaży leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w miastach na prawach powiatu: Zamościu (1 181 zł), Tarnowie (1 151 zł), Krośnie (1 136 zł), Chełmie (1 059 zł) i Siedlcach (1 004 zł), a najmniejszą w powiatach: przemyskim (107 zł), łomżyńskim (114 zł), siedleckim (125 zł), suwalskim (132 zł) i skierniewickim (136 zł). Jednak trzeba pamiętać, że pacjenci kupują leki nie tylko w swoim powiecie (szczególnie w przypadku powiatów otaczających miasto na prawach powiatu, w których koncentruje się wiele usług także na rzecz mieszkańców z powiatów otaczających takie miasto, tzw. „obwarzankach").

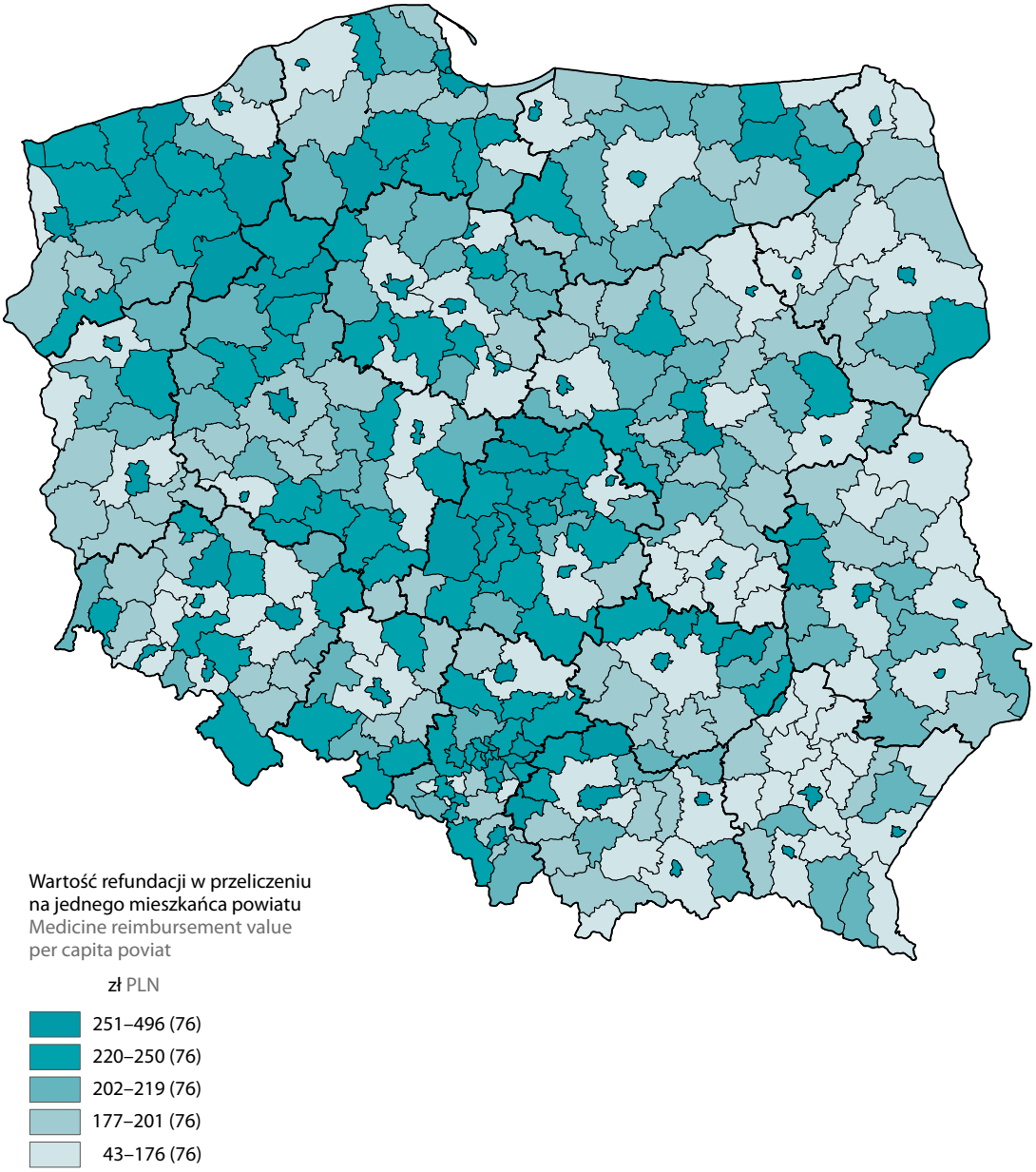
Mapa 24. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r.
Map 24. Medicine sale value per capita poviat in 2022



Powiaty o najmniejszym odsetku refundacji w wartości sprzedanych leków to powiaty: piaseczyński (33,4%), grójecki (33,4%), wielicki (34,2%), wysokomazowiecki (34,6%) oraz grodziski (mazowiecki) (34,6%). Powiaty

o największym odsetku refundacji w wartości sprzedanych leków to powiaty: sępoleński (47,3%), złotowski (46,7%), chojnicki (45,4%), wałecki (45,3%) oraz wąbrzeski (45,1%). Największą wartość refundacji leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w miastach na prawach powiatu: Zamość (495,9 zł), Tarnów (457,2 zł), Krosno (447,6 zł) i Przemyśl (404,0 zł). Najmniejszą odnotowano w powiatach otaczających miasta na prawach powiatu (tzw.„obwarzankach"): przemyskim (42,7 zł), łomżyńskim (46,8 zł), suwalskim (49,4 zł), siedleckim (51,6 zł) i skierniewickim (57,0 zł).

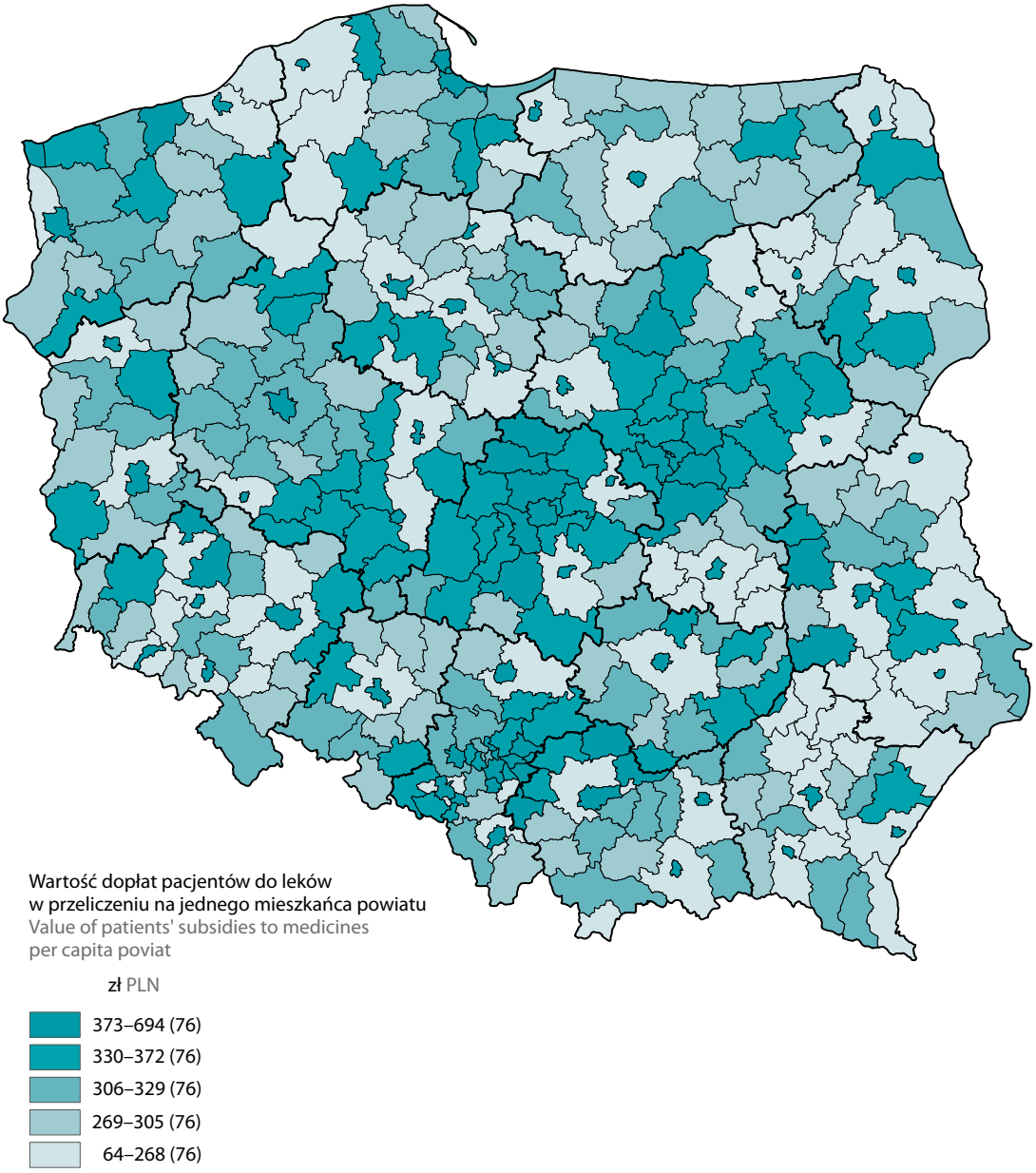
Mapa 25. Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r.
Map 25. Medicine reimbursement value per capita poviat in 2022



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 (tzw. „obwarzankach"): przemyskim (63,9 zł), łomżyńskim (67,6 zł), siedleckim (73,4 zł),

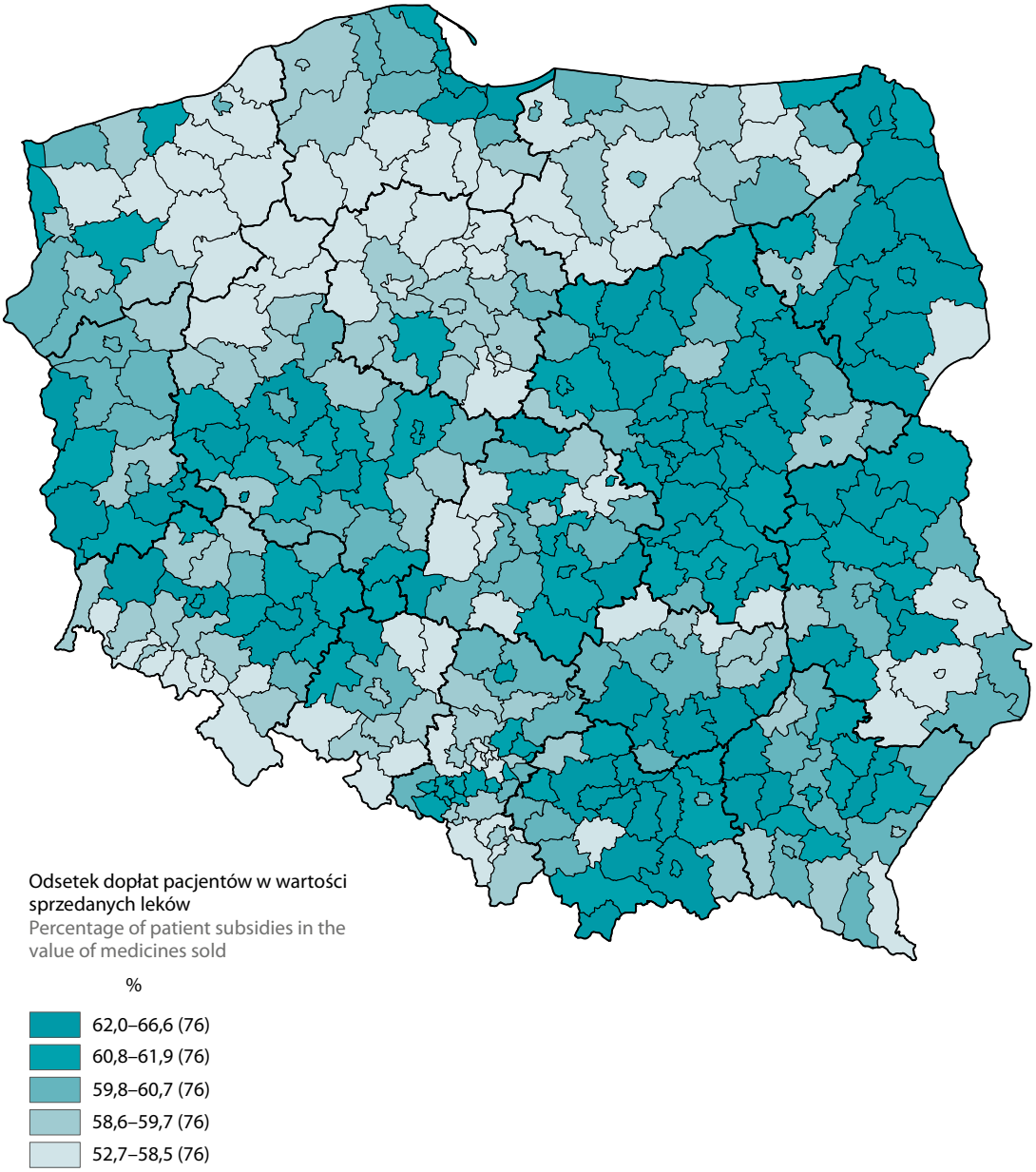
skierniewickim (79,3 zł), suwalskim (82,4 zł), a największa w następujących miastach na prawach powiatu: Tarnów (693,9 zł), Krosno (688,5 zł), Zamość (685,4 zł), Siedlce (617,1 zł) i Chełm (615,3).

Mapa 26. Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r.
Map 26. Value of patients' subsidies to medicines per capita poviat in 2022



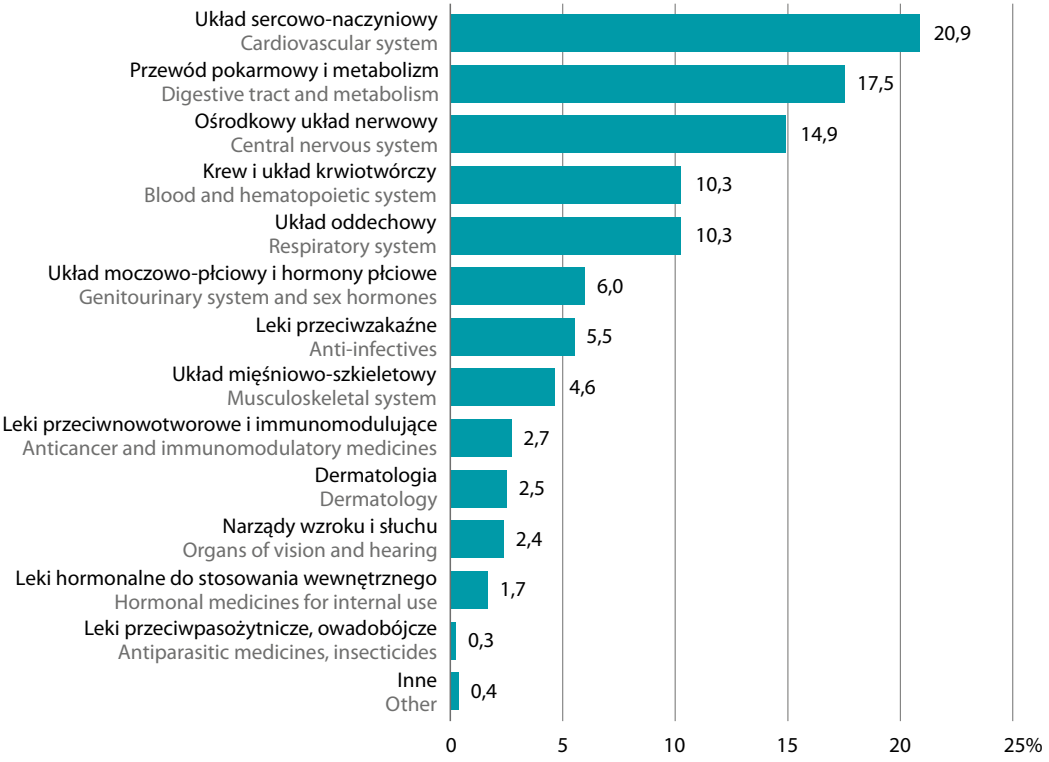
Powiaty o najmniejszym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to powiaty: sępoleński (52,7%), złotowski (53,3%), chojnicki (54,6%), wałecki (54,7%) oraz wąbrzeski (54,9%). Powiaty o największym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to powiaty: piaseczyński (66,6%), grójecki (66,6%), wielicki (65,8%), wysokomazowiecki (65,4%) i grodziski (mazowiecki) (65,4%).

Mapa 27. Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2022 r.
Map 27. Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2022



W Systemie Informacji Medycznej (SIM) gromadzone są bardzo szczegółowe informacje dotyczące sprzedaży konkretnych leków. Pozwala to Ministerstwu Zdrowia na monitorowanie, w sposób ciągły, sprzedaży określonych leków i badanie popytu na leki. Największy udział w wartości sprzedanych leków w 2022 r. miały leki związane z układem sercowo-naczyniowym (20,9%), przewodem pokarmowym i metabolizmem (17,5%) oraz ośrodkowym układem nerwowym (14,9%).

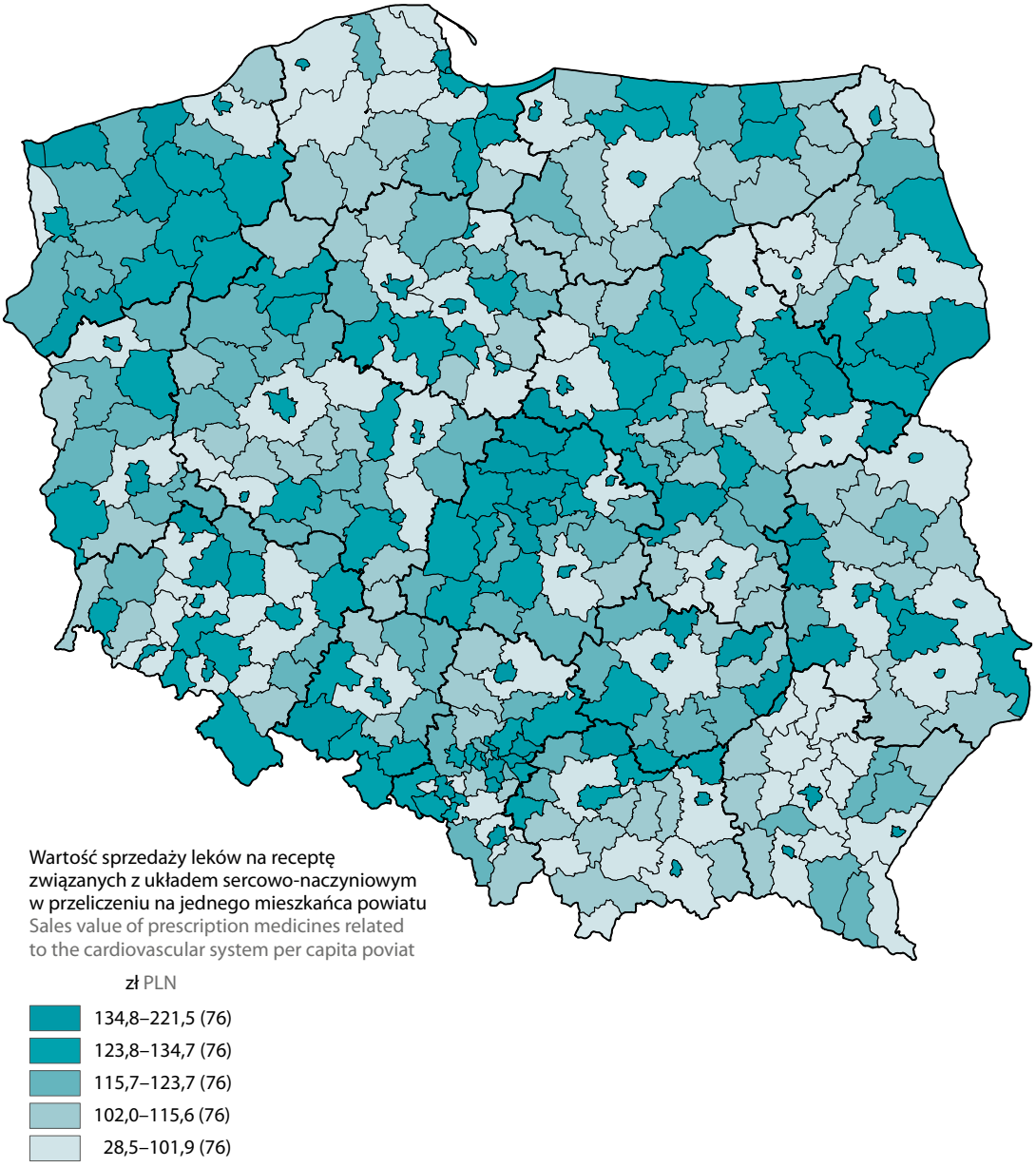
Wykres 69. Udział sprzedaży leków na receptę w ramach grup anatomicznych (ATC) w 2022 r.
Chart 69. Share in sale of prescription medicines within Anatomical Groups (ATC) in 2022



Na realizację recept na leki związane z układem sercowo-naczyniowym najmniej, w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu, w 2022 r. wydano w powiatach otaczających miasta na prawach powiatu (tzw.„obwarzankach"): przemyskim (28 zł), łomżyńskim (31 zł), siedleckim (35 zł), skierniewickim (36 zł) oraz suwalskim (39 zł) a najwięcej – w miastach na prawach powiatu: Tarnowie (221 zł), Zamościu (220 zł), Chełmie (216 zł), Krośnie (210 zł) i Przemyślu (208 zł).

Mapa 28. Wartość sprzedaży leków na receptę związanych z układem sercowo-naczyniowym w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2022 r.

Map 28. Sales value of prescription medicines related to the cardiovascular system per capita poviat in 2022



2.7. Kadra medyczna
2.7. Medical personnel

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

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

W odniesieniu do czterech zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych[77] zastosowano wyniki analizy źródeł administracyjnych, w tym głównie rejestrów. Ta metoda pozwoliła na uzyskanie danych wynikowych o znacznie lepszej jakości, niż dotychczas stosowane. Prezentowane dane odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2022 r., z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2021/2022.

Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych

W 2022 roku prawo wykonywania zawodu posiadało 158,9 tys. lekarzy, 44,3 tys. lekarzy dentystów, 310,0 tys. pielęgniarek, 41,1 tys. położnych, 37,9 tys. farmaceutów i 17,9 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych, odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy względny przyrost w 2022 r. zarejestrowano w grupie lekarzy (wzrost o 2,1%). Natomiast w wartościach bezwzględnych, w stosunku do roku poprzedniego, najbardziej wzrosła liczba pielęgniarek o 4,2 tys. i lekarzy o 3,3 tys.

Tablica 18. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego
Stan w dniu 31 grudnia
Table 18. Persons entitled to practice medical profession
As of 31 December

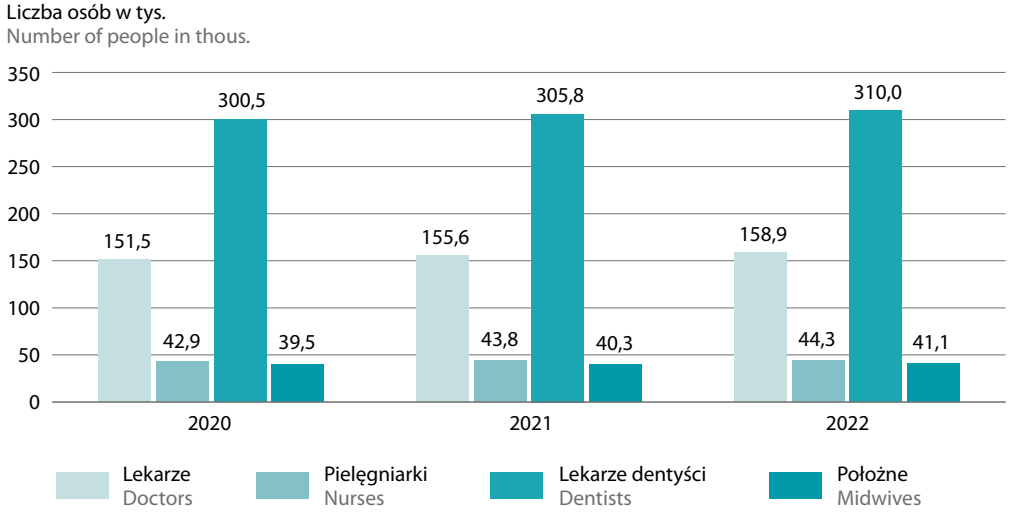
Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022		
			%	zmiana w stosunku do 2021 r. change in relation to 2021	
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers	w % in %
Diagności laboratoryjni[a] Laboratory diagnosticians[a]	17 101	17 663	17 849	186	1,1
Farmaceuci Pharmacists	36 527	37 261	37 915	654	1,8
Lekarze Doctors	151 505	155 568	158 902	3 334	2,1
w tym kobiety: of which females	89 486	92 109	94 497	2 388	2,5
Lekarze dentyści Dentists	42 861	43 807	44 332	525	1,2
w tym kobiety: of which females	32 778	33 436	33 845	409	1,2
Pielęgniarki Nurses	300 542	305 828	309 992	4 164	1,3
w tym kobiety: of which females	292 986	297 664	301 321	3 657	1,2
Położne Midwives	39 489	40 345	41 079	734	1,8
w tym kobiety: of which females	39 416	40 269	41 001	732	1,8

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.

77 Prezentowane dane obejmują: lekarzy (lekarki) i lekarzy dentystów (lekarki dentystki), a także pielęgniarki (pielęgniarzy) i położne (położnych) zamieszkałych w Polsce.

Wykres 70. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki oraz położnej Stan w dniu 31 grudnia

Chart 70. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife As of 31 December



Podobnie jak w roku poprzednim, również w 2022 r. zaobserwowano feminizację zawodów lekarzy i lekarzy dentystów, znacznie wyraźniejszą w grupie lekarzy dentystów, niż w grupie lekarzy. W 2022 r. wśród lekarzy odsetek kobiet wyniósł około 59,5%, podczas gdy w grupie lekarzy dentystów kobiety stanowiły 76,3%.

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

W 2022 r. utrzymały się niepokojące zjawiska w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu.

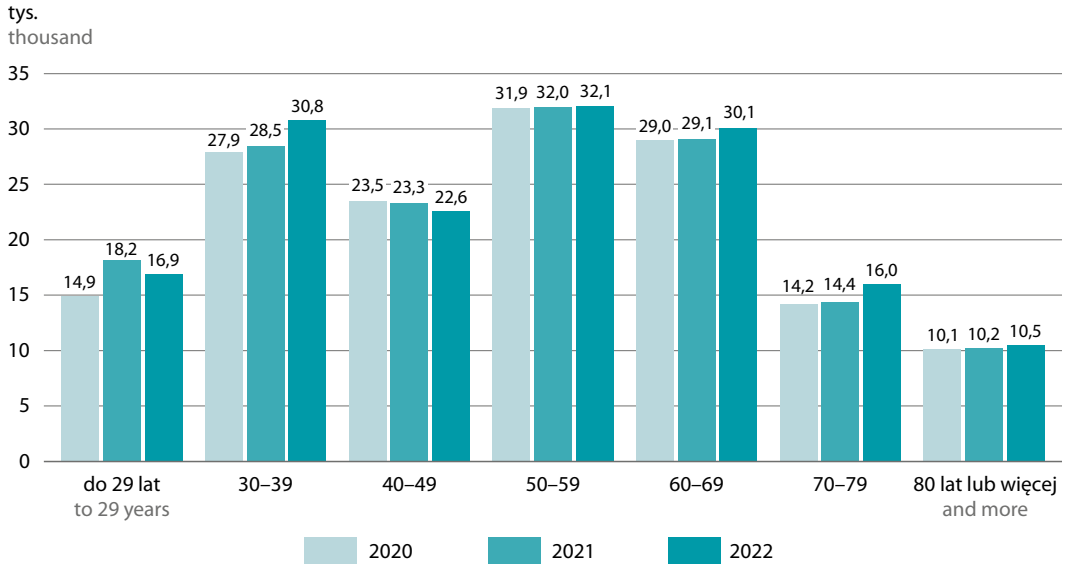
Wśród lekarzy, podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejsza była grupa osób w wieku 50-59 lat. Ich liczba wyniosła 32,1 tys., a udział w ogólnej liczbie stanowił 20,2% (20,6% w roku 2021).

Jednocześnie zaobserwowano wzrost liczby lekarzy w grupach wieku: 30-39 lat, w której liczba lekarzy wyniosła 30,8 tys. i stanowiła 19,4% ogółu lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu (w 2021 r. – 28,5 tys., tj. 18,3%) oraz w wieku 70-79 lat – 16,0 tys., tj. 10,1% ogółu lekarzy w 2022 r. posiadających prawo wykonywania zawodu (w 2021 r. – 14,4 tys., tj. 9,2%).

Zmniejszył się natomiast udział lekarzy w najmłodszej grupie wieku do 29 lat – 16,9 tys., w stosunku do 18,2 tys. w 2021 r. oraz w wieku 40-49 lat (22,6 tys. w 2022 r. a w 2021r. – 23,3 tys.).

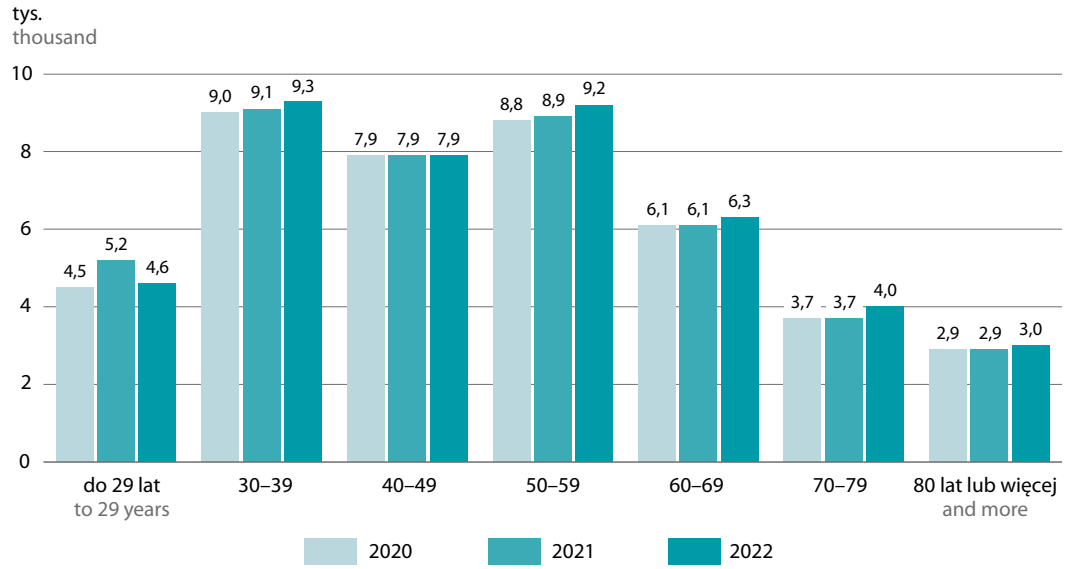
Odnotowano zróżnicowanie struktury wieku mężczyzn i kobiet lekarzy. Wśród mężczyzn dominującą grupę (około 23% w obu analizowanych latach) stanowiły osoby w wieku 50-59 lat, podczas gdy wśród kobiet dominowały osoby w wieku 30-39 lat (około 20% w obu analizowanych latach).

Wykres 71. Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 71. Doctors entitled to perform profession by age
As of 31 December



W grupie lekarzy dentystów zmiany te przebiegały nieco inaczej. W przedstawionych trzech ostatnich latach (2020–2022) najwięcej było osób w wieku 30-39 lat i analogicznie, jak w przypadku lekarzy – 50-59 lat. Udział trzydziestolatków w ogólnej liczbie lekarzy wyniósł w 2022 r. 21% i był o 0,3 p. proc. większy niż w 2021 r. W stosunku do roku poprzedniego, w 2022 r. o 0,4 p. proc. zwiększył się udział osób w wieku 50-59 lat i wyniósł 20,8%. Natomiast udział osób najmłodszych – w wieku do 29 lat wyniósł w 2022 r. 10,3%, tj. 4,6 tys. osób (spadek o 0,6 tys. osób w stosunku do 2021 r.).

Wykres 72. Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu wg grup wieku
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 72. Dentists entitled to perform profession by age
As of 31 December



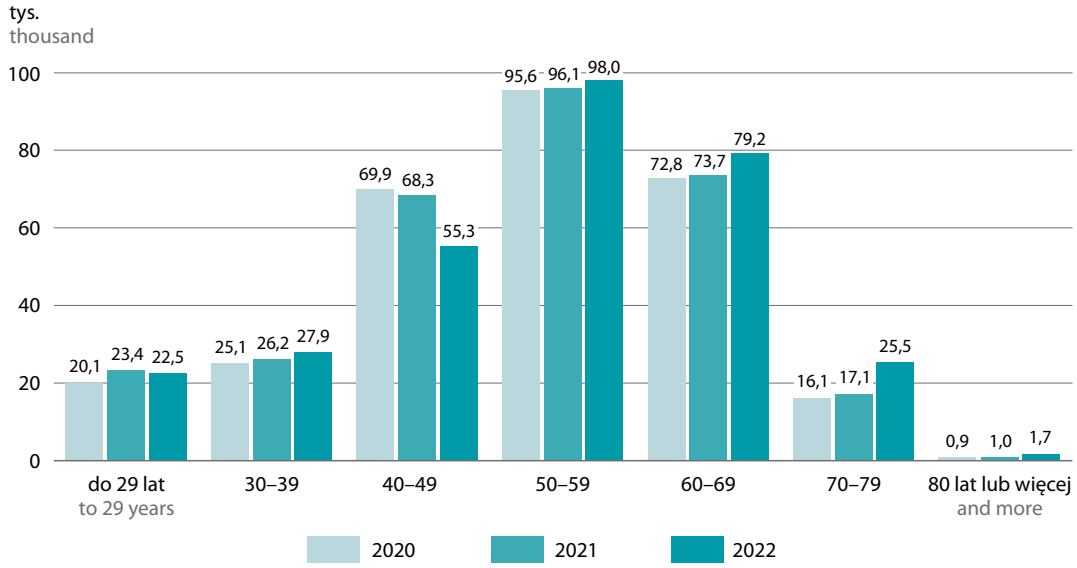
Odnotowano zróżnicowanie struktury wieku mężczyzn i kobiet lekarzy dentystów: wśród mężczyzn dominującą grupę (około 25% w obu analizowanych latach) stanowiły osoby w wieku 30-39 lat, podczas gdy wśród kobiet dominowały osoby w wieku 50-59 lat (około 21% w obu analizowanych latach).

Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 50 lat lub więcej oraz do 39 lat. W 2022 roku najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 50-59 lat – 98,0 tys., jednak kolejną liczną grupą są pielęgniarki w wieku 60-69 lat (79,2 tys.) i 40-49 lat (55,3 tys.). Podobnie jak w poprzednim roku, najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 80 lat lub więcej (1,7 tys.) i do 29 lat – 22,5 tys. W 2022 r. pielęgniarek w grupie wieku 70 lat lub więcej było prawie 27,2 tys., co stanowiło 8,7% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do wykonywania zawodu pielęgniarki (5,9% w roku poprzednim).

Wśród pielęgniarek również zaobserwowano zróżnicowanie struktury wieku mężczyzn i kobiet: wśród mężczyzn dominował udział osób w dwóch grupach wieku: 30-39 lat (powyżej 30% w obu analizowanych latach) i 40-49 lat (powyżej 28%), podczas gdy wśród kobiet zdecydowanie dominowały osoby w wieku 50-59 lat (około 32% w obu analizowanych latach).

Wykres 73. Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku Stan w dniu 31 grudnia

Chart 73. Nurses entitled to perform profession by age As of 31 December

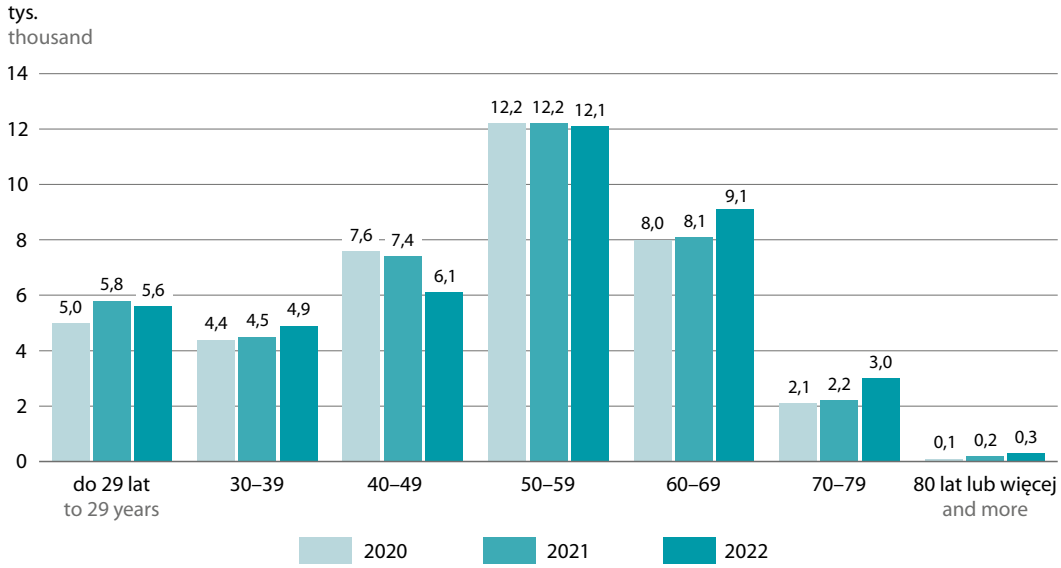


Podobne tendencje jak w roku poprzednim wystąpiły w strukturze wieku położnych. W roku 2022 najliczniejsza była grupa położnych w wieku 50-59 lat – 12,1 tys., a ich udział w ogólnej liczbie położnych wynosił 29,5% (we wcześniejszych latach ponad 30%). Drugą pod względem liczby położnych była grupa w wieku 60-69 lat – 9,1 tys., co stanowiło 22,2% udziału. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 70 lat lub więcej – około 3,3 tys. (2,2 tys. w roku poprzednim). Położnych w wieku 30–39 lat było 4,9 tys. osób, co stanowiło 12% wszystkich osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu.

Zdecydowaną większość wśród osób wykonujących zawód położnej stanowiły kobiety (99,8% kobiet w obu analizowanych latach). Całkowita liczba mężczyzn wykonujących w 2022 r. ten zawód wyniosła 78 osób, w 2021 r. - 76, dlatego dane mężczyzn z tej grupy zawodowej zostały ograniczone do danych ogólnych.

Wykres 74. Położne posiadające prawo wykonywania zawodu wg grup wieku
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 74. Midwives entitled to perform profession by age
As of 31 December

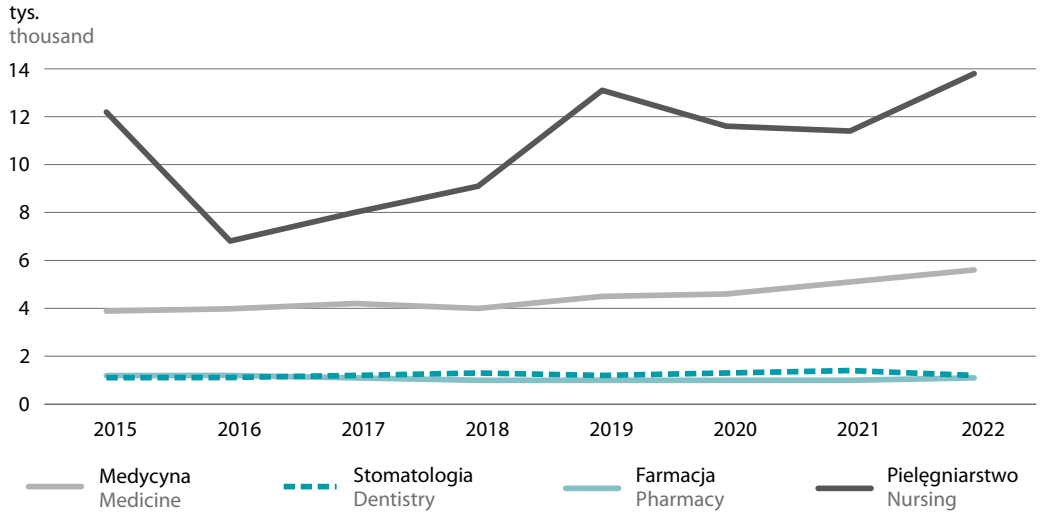


Zauważalna jest tendencja starzenia się kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia (liczba osób w wieku 60 lat lub więcej rośnie z każdym rokiem). Wyzwaniem staje się racjonalne planowanie rozwoju kadr medycznych, zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego. Ważne jest odpowiednie kształtowanie liczebności kadry medycznej, adekwatnie do zapotrzebowania. Istotne jest jak najlepsze wykorzystanie potencjału zawodowego kadry medycznej, zgodnie z potrzebami systemu oraz wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników. Kluczowe jest zapobieganie odpływowi pracowników służby zdrowia do innych zawodów, czy ich emigracji za granicę. Ważną kwestią jest także zmniejszenie nierównomiernego rozkładu terytorialnego kadry medycznej pracującej z pacjentem.

W celu lepszego zobrazowania problemu, jakim jest niedostateczna ilość kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat. Szczególną dynamiką liczby absolwentów charakteryzuje się kierunek pielęgniarstwo[78]. W roku 2022 został odnotowany jej znaczny wzrost o 2,4 tys. do 13,8 tys., natomiast spadła liczba absolwentów stomatologii z 1,4 tys. w 2021 r. do 1,2 tys. w 2022 r.

78 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 75. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce
Chart 75. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland



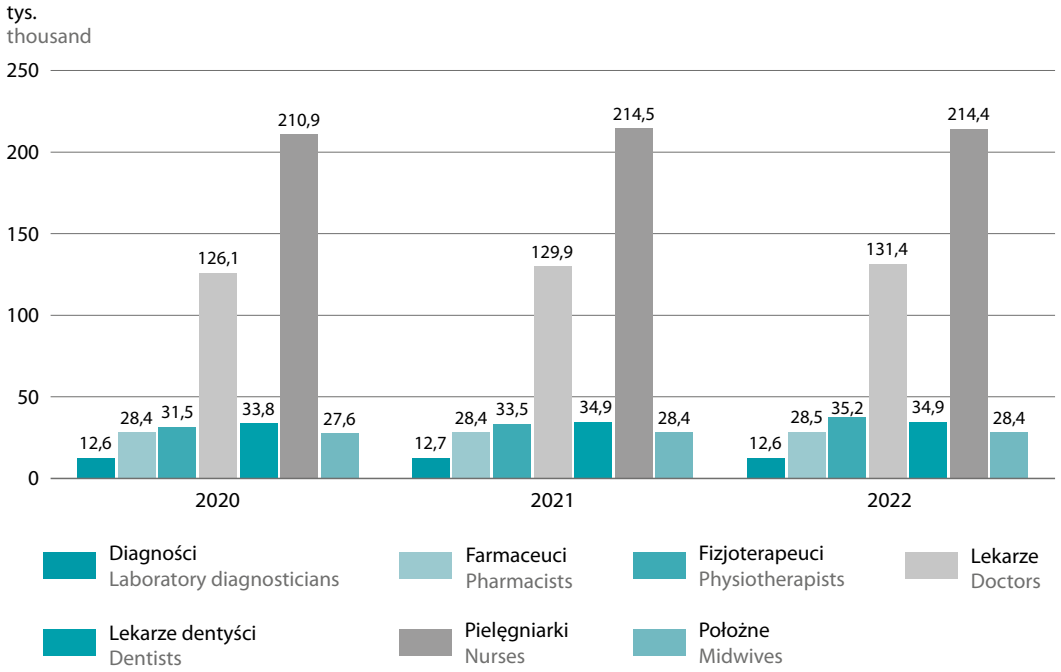
Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem[79]. Lekarze specjaliści

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

W 2022 roku liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wyniosła 131,4 tys., lekarzy dentystów – 34,9 tys., pielęgniarek – 214,4 tys., położnych – 28,4 tys., farmaceutów – 28,5 tys., fizjoterapeutów – 35,2 tys. i 12,6 tys. diagnostów laboratoryjnych.

79 Wg głównego miejsca pracy, patrz: Cześć II Uwagi metodologiczne podrozdział 2 „Podstawowe wyjaśnienia metodyczne".

Wykres 76. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 76. Persons working directly with patient
As of 31 December



W porównaniu z rokiem poprzednim, w 2022 r. w większości wymienionych zawodów medycznych odnotowany został wzrost liczby osób pracujących z pacjentem, przy czym największy bezwzględny i względny przyrost zarejestrowano w grupie fizjoterapeutów (wzrost o 1,7 tys. osób, tj. 5,2%) i lekarzy (wzrost o 1,5 tys. osób, czyli – 1,2%). Najmniej w stosunku do roku poprzedniego wzrosła liczba pracujących z pacjentem farmaceutów o 19 osób i lekarzy dentystów – o 25 osób. Natomiast spadek w porównaniu z 2021 r. nastąpił w grupie diagnostów laboratoryjnych – o 133 osoby i pielęgniarek – o 181 osób.

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

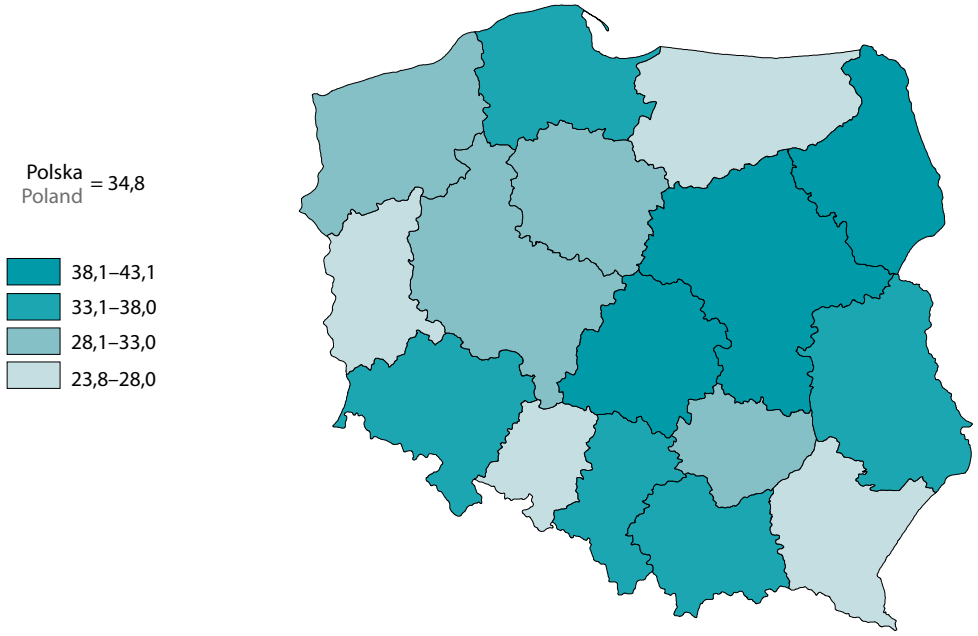
W 2022 r. najwięcej lekarzy pracowało bezpośrednio z pacjentem w 2 największych województwach[80]: mazowieckim – 23,7 tys. i śląskim – 15,9 tys., a najmniej w najmniejszych województwach: lubuskim i opolskim (po 2,3 tys.). Lepszą zatem miarą dostępności lekarza jest ich liczba przypadająca na określoną liczbę mieszkańców.

W odniesieniu do liczby mieszkańców w 2022 r. na pierwszym miejscu uplasowały się województwa: mazowieckie i łódzkie (odpowiednio 43,1 oraz 41,1 lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców). Najmniejsza liczba lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2022 r. wystąpiła w województwach: lubuskim (23,8) i opolskim (24,8), które należą do grupy mniejszych województw, z relatywnie małą liczbą mieszkańców, w miastach stanowiących siedziby władz wojewódzkich oraz w województwach warmińsko-mazurskim (25,7) i podkarpackim (27,5). Średnia dla Polski wyniosła 35 lekarzy na 10 tys. mieszkańców.

80 Województwa zostały określone na podstawie lokalizacji głównego miejsca pracy.

Mapa 29. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 29. Doctors working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2022
As of 31 December

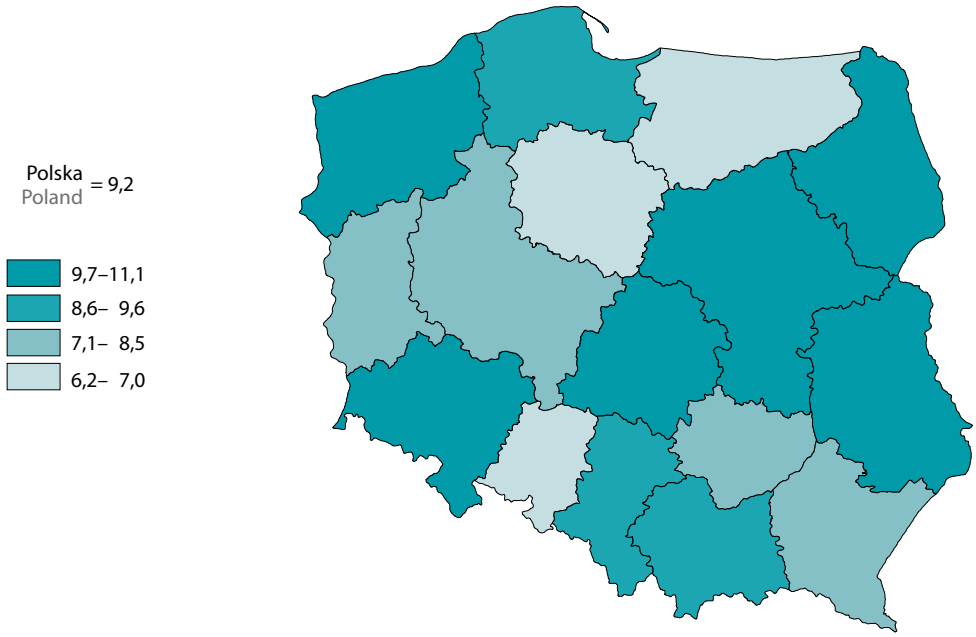


Wśród lekarzy dentystów najwięcej osób pracowało bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. w województwach: mazowieckim (6,0 tys.) i śląskim (3,8 tys.), a najmniej w województwach: opolskim i lubuskim (po 0,7 tys.).

W odniesieniu do liczby mieszkańców – najwięcej lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wystąpiło w 2022 r. w województwach: łódzkim (11,1), a następnie: mazowieckim (10,8) i podlaskim (10,7), a najmniej w województwach: kujawsko-pomorskim (6,2) i warmińsko-mazurskim (6,7). Średnia dla Polski wyniosła 9 lekarzy dentystów na 10 tys. mieszkańców.

Mapa 30. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 30. Dentists working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2022
As of 31 December

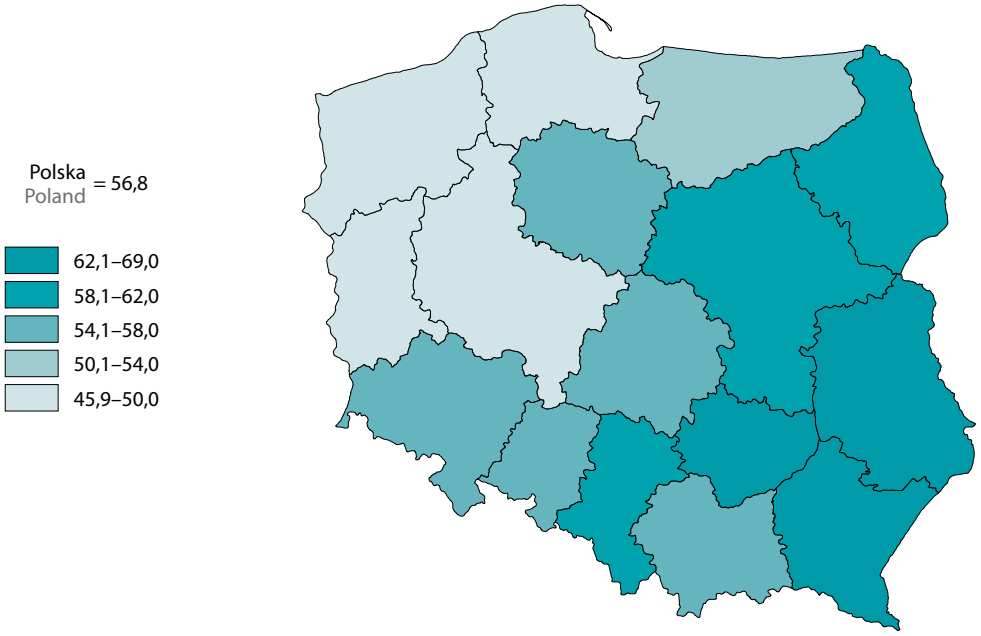


Spośród pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem największą liczbę odnotowano w 2022 r. w województwach: mazowieckim (34,9 tys.) i śląskim (25,0 tys.). Najniższa liczba pielęgniarek pracująca bezpośrednio z pacjentem wystąpiła w województwach najmniejszych: lubuskim (4,1 tys.) i opolskim (4,7 tys.).

Największa liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2022 r. wystąpiła w województwach: świętokrzyskim (69,0), lubelskim (67,7) i podkarpackim (64,5), a najmniejsza w województwach: pomorskim (45,9), lubuskim (46,6) i wielkopolskim (47,8). Średnia dla Polski wyniosła 57 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców.

Mapa 31. Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wg województw w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 31. Nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2022
As of 31 December

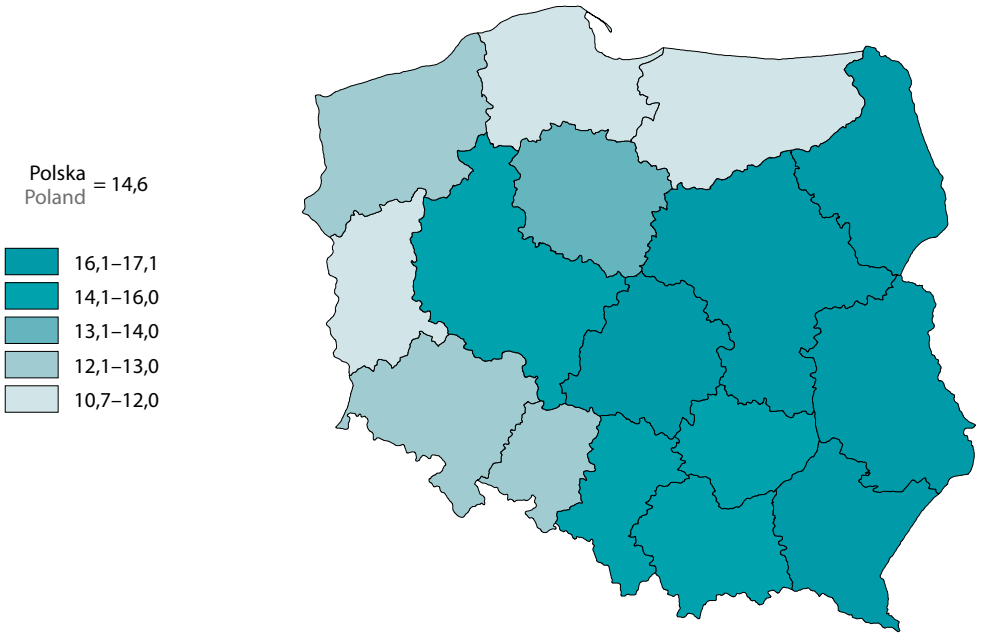


Wśród położnych najwięcej osób pracowało z pacjentem w 2022 r. w największych województwach: mazowieckim (4,8 tys. osób), śląskim (3,3 tys.) i wielkopolskim (2,8 tys.), a najmniej w lubuskim (0,5 tys. osób), opolskim oraz w warmińsko-mazurskim (po 0,6 tys. położnych).

W odniesieniu do liczby kobiet mieszkających w województwie – najwięcej położnych wystąpiło w 2022 r. w województwach: podkarpackim (17,1 osób na 10 tys. kobiet) i podlaskim (16,9), a najmniej w województwach: lubuskim (10,7) oraz pomorskim i warmińsko-mazurskim (odpowiednio 11,7 i 11,8). Średnia dla Polski wyniosła 14 położnych na 10 tys. kobiet.

Mapa 32. Położne pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wg województw w 2022 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 32. Midwives working directly with patient per 10 thousand females by voivodships in 2022
As of 31 December



W przypadku diagnostów laboratoryjnych (średnia dla Polski 3,3 w 2022 r.) i farmaceutów (średnia dla Polski 7,5 w 2022 r.) nie ma istotnych różnic pomiędzy średnią osób pracujących z pacjentem w tych zawodach medycznych a liczbą osób w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

W przypadku fizjoterapeutów średnia dla Polski na 10 tys. mieszkańców w 2022 r. wyniosła 9,3 osób (wzrasta z roku na rok), przy czym najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie podkarpackim (prawie 16 osób), a najmniejszy w wielkopolskim (5 fizjoterapeutów na 10 tys. mieszkańców).

Tablica 19. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców wg województw
Stan w dniu 31 grudnia

Table 19. Persons working directly with the patient on 10 thousand population by voivodships
As of 31 December

Województwa Voivodships		Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	Farmaceuci Pharmacists	Fizjoterapeuci Physiotherapists	Lekarze Doctors	Lekarze dentyści Dentists	Pielęgniarki Nurses	Położne[a] Midwives[a]
Polska	2020	3,3	7,5	8,3	33,1	8,9	55,4	14,0
Poland	2021	3,4	7,5	8,8	34,3	9,2	56,6	14,5
	2022	3,3	7,5	9,3	34,8	9,2	56,8	14,6
Dolnośląskie		2,5	7,6	8,4	37,1	10,2	55,8	12,1
Kujawsko-pomorskie		4,0	7,1	11,6	30,0	6,2	54,4	13,6

Tablica 19. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców wg województw (dok.) Stan w dniu 31 grudnia

Table 19. Persons working directly with the patient on 10 thousand population by voivodships (cont.) As of 31 December

Województwa Voivodships	Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	Farmaceuci Pharmacists	Fizjoterapeuci Physiotherapists	Lekarze Doctors	Lekarze dentyści Dentists	Pielęgniarki Nurses	Położne[a] Midwives[a]
Lubelskie	3,7	8,9	9,0	37,6	10,0	67,7	16,7
Lubuskie	2,4	5,9	8,3	23,8	7,4	46,6	10,7
Łódzkie	3,0	8,8	7,2	41,1	11,1	54,4	16,3
Małopolskie	3,7	7,5	12,0	35,0	9,5	56,6	14,6
Mazowieckie	3,7	7,7	10,0	43,1	10,8	61,9	16,1
Opolskie	2,2	7,0	8,8	24,8	7,0	55,3	12,8
Podkarpackie	4,0	6,4	15,8	27,5	7,9	64,5	17,1
Podlaskie	4,7	7,9	6,7	39,1	10,7	61,6	16,9
Pomorskie	2,7	7,7	5,9	34,7	9,6	45,9	11,7
Śląskie	3,2	7,9	9,1	36,6	8,8	60,4	14,1
Świętokrzyskie	4,9	6,8	14,8	30,9	8,4	69,0	16,0
Warmińsko-mazurskie	3,5	5,5	7,9	25,7	6,7	52,3	11,8
Wielkopolskie	2,7	8,0	5,4	29,2	8,3	47,8	15,6
Zachodniopomorskie	3,1	6,3	9,4	32,1	10,1	49,9	12,7

a na 10 tys. kobiet.
a per 10 thousand women

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Głównego Urzędu Statystycznego.
Source: data of the Ministry of Health, Ministry of Interior and Administration, Statistics Poland

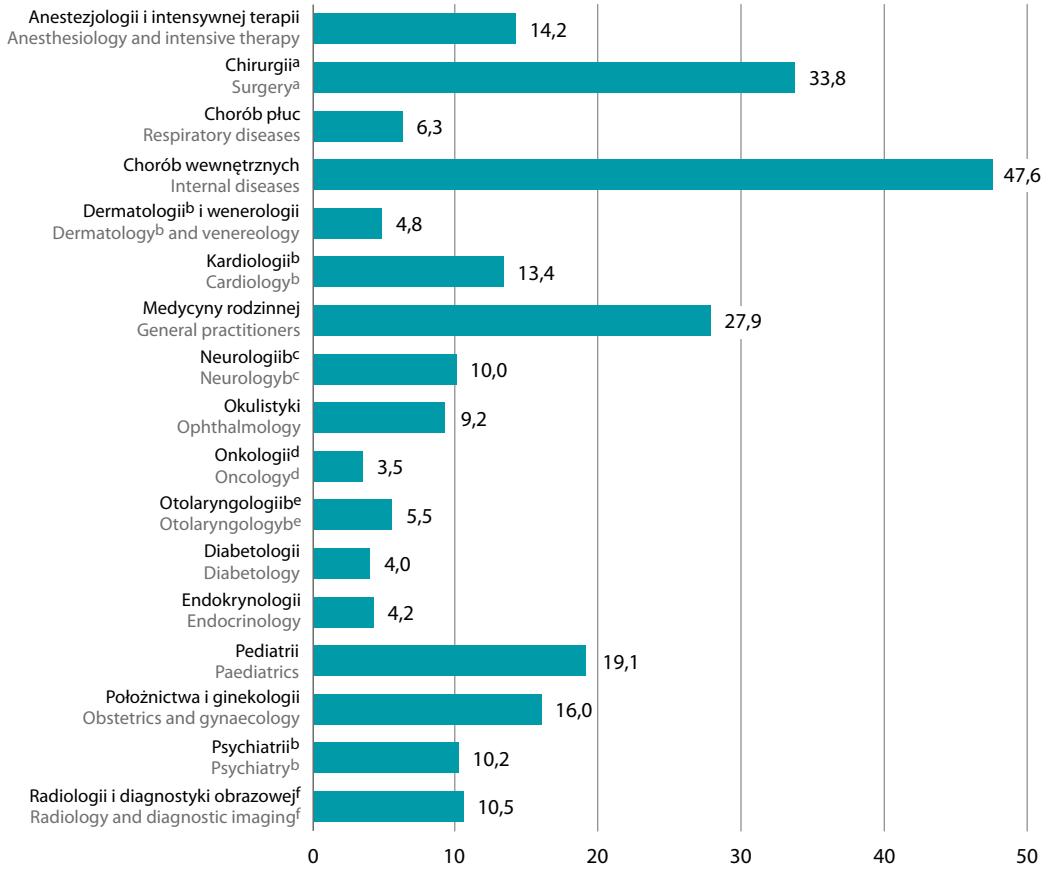
W grupie lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu liczba lekarzy specjalistów[81] wyniosła w 2022 r. 102,9 tys., co stanowiło 64,7% ogólnej liczby lekarzy (w 2021 r. – 101,4 tys., czyli 65,2% ogólnej liczby lekarzy), natomiast wśród lekarzy dentystów liczba specjalistów wyniosła w 2022 r. 8,6 tys. (19,4%), analogicznie jak w roku poprzednim.

Wśród lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. było 87,8 tys. specjalistów (66,6%), rok wcześniej – 87,3 tys., podczas gdy w grupie lekarzy dentystów liczba specjalistów wyniosła 6,4 tys. (18,2%) i była o 0,1 tys. wyższa, niż w roku poprzednim (6,3 tys.).

81 Lekarz aby zostać specjalistą musi spełnić przewidziane przepisami prawa dodatkowe wymogi. Dane o specjalistach dotyczą lekarzy i lekarzy dentystów ze specjalizacją II stopnia oraz od 2005 r. posiadających tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2023 r. poz. 975).

Wykres 77. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 77. Selected specialisations of practicing doctors (with specialization in the II degree and specialist title) per 100 thousand 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.

Uwaga: suma liczby posiadanych specjalizacji jest większa niż łączna liczba lekarzy specjalistów w tych dziedzinach z uwagi na możliwość posiadania większej liczby specjalizacji przez jedną osobę.
Note: the sum of the number of specializations held is greater than the total number of specialists in these fields due to the possibility of one person having more specializations.

Według opinii krajowych konsultantów można wskazać wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Co kilka lat minister zdrowia wydaje rozporządzenie, w którym określane są priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, w których brakuje specjalistów.

W latach 2021-2022 najwięcej lekarzy (przeszło 18 tys. w każdym z przedstawionych lat) posiadało specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych. Na drugim miejscu znalazła się medycyna rodzinna (10,6 tys. w 2022 r. i 10,1 tys. rok wcześniej), a na kolejnym – pediatria (przeszło 7 tys. w obu analizowanych latach).

Tablica 20. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia

Table 20. Selected specialisations of practicing doctors
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020		2021		2022	
	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	1 354	1,6	1 373	1,6	1 354	1,5
Anestezjologia i intensywna terapia Anesthesiology and intensive therapy	5 187	6,1	5 382	6,2	5 370	6,1
Chirurgia ogólna General surgery	5 704	6,7	5 775	6,6	5 705	6,5
Chirurgia onkologiczna Oncological surgery	887	1,0	939	1,1	967	1,1
Choroby płuc Respiratory diseases	2 350	2,8	2 369	2,7	2 364	2,7
Choroby wewnętrzne Internal diseases	17 685	20,8	18 015	20,6	17 993	20,5
Choroby zakaźne Infectious diseases	884	1,0	892	1,0	872	1,0
Dermatologia i wenerologia Dermatology and venereology	1 758	2,1	1 818	2,1	1 814	2,1
Diabetologia Diabetology	1 446	1,7	1 474	1,7	1 501	1,7
Endokrynologia Endocrinology	1 499	1,8	1 567	1,8	1 594	1,8
Gastroenterologia Gastroenterology	1 049	1,2	1 073	1,2	1 093	1,2
Kardiologia Cardiology	4 585	5,4	4 786	5,5	4 885	5,6
Medycyna pracy Occupational medicine	1 513	1,8	1 531	1,8	1 503	1,7
Medycyna ratunkowa Emergency medicine	1 052	1,2	1 084	1,2	1 075	1,2
Medycyna rodzinna General practitioners	9 949	11,7	10 147	11,6	10 526	12,0
Nefrologia Nephrology	1 304	1,5	1 340	1,5	1 360	1,5
Neonatologia Neonatology	1 476	1,7	1 521	1,7	1 532	1,7
Neurologia Neurology	3 318	3,9	3 388	3,9	3 384	3,9
Okulistyka Ophthalmology	3 380	4,0	3 484	4,0	3 489	4,0
Onkologia kliniczna Oncology	992	1,2	1 049	1,2	1 079	1,2

Tablica 20. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia

Table 20. Selected specialisations of practicing doctors (cont.)
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020		2021		2022	
	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
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Trauma and orthopaedic surgery	3 557	4,2	3 725	4,3	3 711	4,2
Otolaryngologia Otolaryngology	1 994	2,3	2 021	2,3	2 010	2,3
Pediatria Paediatrics	6 957	8,2	7 143	8,2	7 203	8,2
Położnictwo i ginekologia Obstetrics and gynaecology	5 916	7,0	6 072	7,0	6 046	6,9
Psychiatria Psychiatry	3 403	4,0	3 515	4,0	3 590	4,1
Radiologia i diagnostyka obrazowa Radiology and diagnostic imaging	3 089	3,6	3 273	3,7	3 335	3,8
Rehabilitacja medyczna Physical medicine and rehabilitation	1 733	2,0	1 752	2,0	1 728	2,0
Reumatologia Rheumatology	1 568	1,8	1 593	1,8	1 578	1,8
Urologia Urology	1 291	1,5	1 337	1,5	1 298	1,5
Zdrowie publiczne Public health	813	1,0	791	0,9	741	0,8

Uwaga: suma liczby posiadanych specjalizacji jest większa niż łączna liczba lekarzy specjalistów w tych dziedzinach z uwagi na możliwość posiadania większej liczby specjalizacji przez jedną osobę.
Note: the sum of the number of specializations held is greater than the total number of specialists in these fields due to the possibility of one person having more specializations.

W grupie lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu liczba lekarzy specjalistów wyniosła w 2022 r. 8,6 tys. (19,4%), analogicznie jak w roku poprzednim.

Wśród lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. było 6,4 tys. specjalistów (18,2%) i było to 0,1 tys. więcej niż w roku poprzednim (6,3 tys.).

Tablica 21. Wybrane specjalizacje lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia

Table 21. Selected specialisations of dentists working directly with the patient
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020		2021		2022	
	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	859	14,1	902	14,3	938	14,8
Chirurgia szczękowo-twarzowa Maxillo-facial surgery	334	5,5	361	5,7	366	5,8
Ortodoncja Orthodontics	1 166	19,1	1195	19,0	1200	18,9
Periodontologia Periodontology	481	7,9	492	7,8	514	8,1
Protetyka stomatologiczna Dental prosthetics	1 381	22,7	1408	22,3	1389	21,8
Stomatologia dziecięca Children's dentistry	527	8,7	555	8,8	571	9,0
Stomatologia zachowawcza z endodoncją Restorative dentistry	1 326	21,8	1378	21,9	1376	21,6

Uwaga: suma liczby posiadanych specjalizacji jest większa niż łączna liczba lekarzy dentystów specjalistów w tych dziedzinach z uwagi na możliwość posiadania większej liczby specjalizacji przez jedną osobę.
Note: the sum of the number of specializations held is greater than the total number of specialists dentists in theses fields due to the possibility of one person having more specializations.

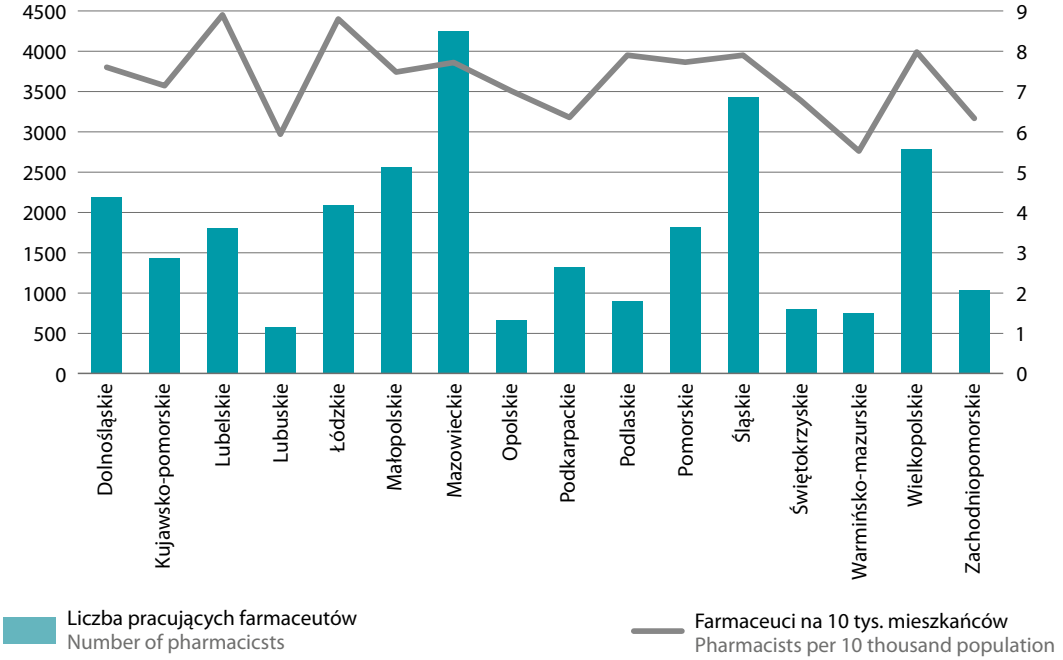
Liczba osób pracujących bezpośrednio z pacjentem w zawodzie farmaceuty w ostatnich trzech latach (2020–2022) utrzymuje się na tym samym poziomie (powyżej 28 tys. farmaceutów).

Największą liczbą bezwzględną farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych w 2022 r. charakteryzowało się największe województwo: mazowieckie – ponad 4 tys. osób, natomiast najmniejszą liczbą województwa o najmniejszej liczbie mieszkańców: opolskie – 661 osób i lubuskie – 582 osoby.

Pełniejszy obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy w województwach: łódzkim i lubelskim – wyniósł 9 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwie warmińsko-mazurskim (5 osób), przy czym średni wskaźnik dla Polski wyniósł w 2022 r. 7,5.

Wykres 78. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 78. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population
As of 31 December

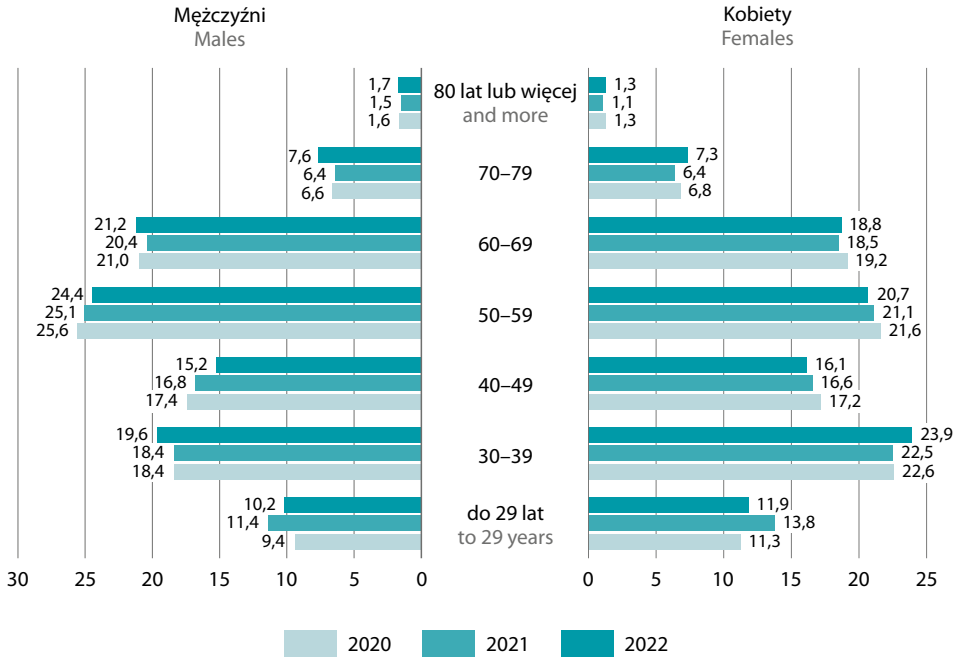


Analogicznie jak w grupie osób posiadających prawo wykonywania zawodu zaobserwowano feminizację zawodów lekarzy i lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem, wyraźniejszą wśród lekarzy dentystów (74,0% kobiet w 2022 r., o 0,1 p. proc. więcej w poprzednim roku), niż wśród lekarzy, gdzie kobiety stanowiły powyżej 58,0% w obydwóch latach.

Wśród lekarzy mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. najliczniejszą grupę (24,4%) stanowiły osoby w wieku 50-59 lat (rok wcześniej – około 25,1%). W przypadku lekarzy kobiet w 2022 r. najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 30-39 lat (23,8% – o 1,3 p. proc. więcej niż w 2021 r.). Drugą w kolejności liczną grupą wśród kobiet lekarzy były osoby w wieku 50-59 lat (20,6% w 2022 r., o 0,7 p. proc. mniej niż w poprzednim roku).

Wykres 79. Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku Stan w dniu 31 grudnia

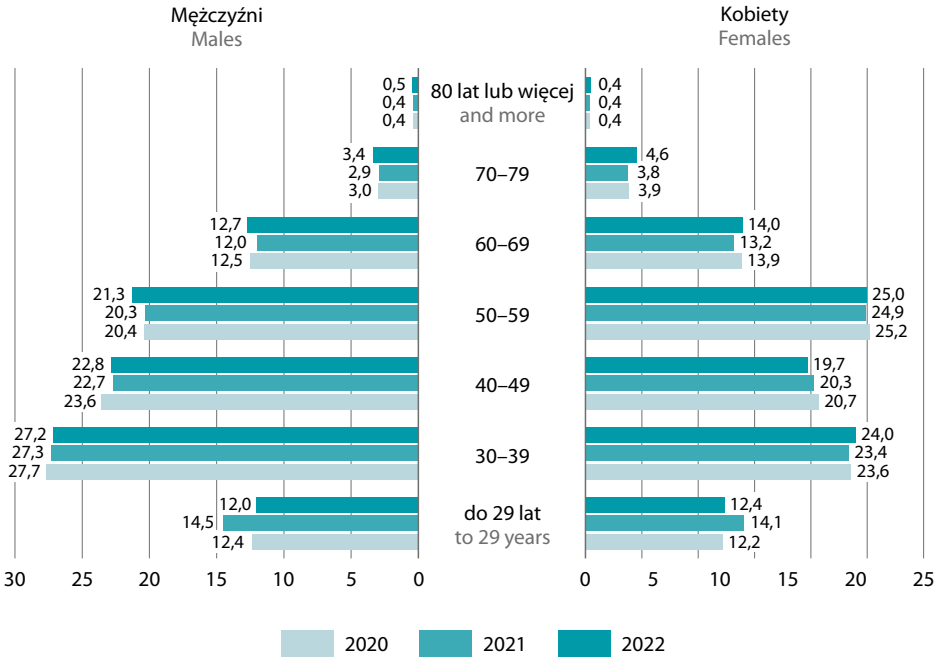
Chart 79. Structure of doctors working directly with patient by gender and age groups As of 31 December



Wśród lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. najwięcej osób należało do grupy wieku 30-39 lat (24,8%, rok wcześniej – 24,4%) i była to grupa najliczniejsza także wśród mężczyzn (27,2%, a w poprzednim roku – 27,3%). Wśród kobiet najliczniejszą grupą w tym zawodzie medycznym były osoby w wieku 50-59 lat, które stanowiły 24,9% w 2022 r. w obu analizowanych latach.

Wykres 80. Struktura lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku Stan w dniu 31 grudnia

Chart 80. The structure of dentists working directly with the patient by gender and age group As of 31 December

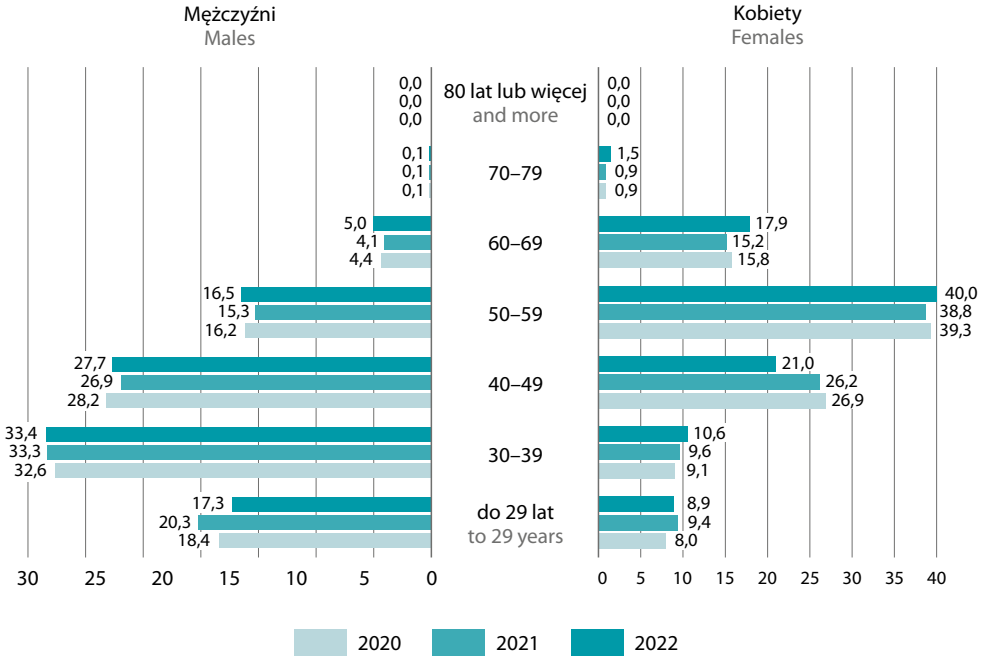


Podobnie jak w grupie osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, odnotowano dominujący udział kobiet wykonujących ten zawód i pracujących bezpośrednio z pacjentem, znacznie wyraźniejszą wśród położnych (prawie 99,8% kobiet w obydwóch latach), niż wśród pielęgniarek, gdzie kobiety stanowiły blisko 96,8% w 2022 r. – o 0,2 p. proc. mniej niż w 2021 r.

Wśród kobiet wykonujących pracę pielęgniarki najliczniejszą grupą były osoby w wieku 50–59 lat, które stanowiły 40% w 2022 r. i 38,8% rok wcześniej. Natomiast wśród mężczyzn dominują osoby w wieku 30–39 lat (33,4%, o 0,1 p. proc. więcej niż przed rokiem).

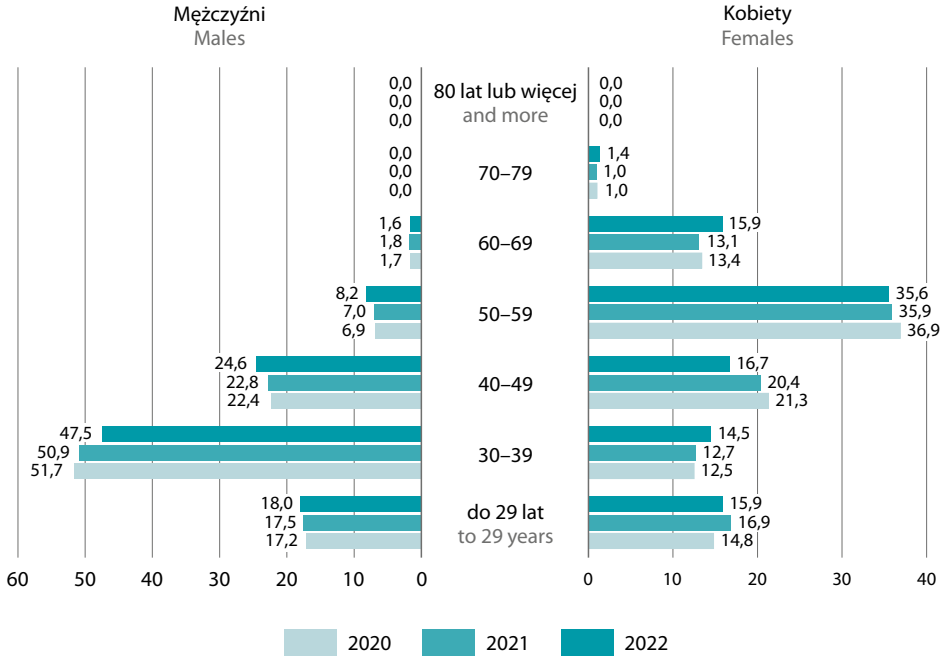
Wykres 81. Struktura pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku Stan w dniu 31 grudnia

Chart 81. The structure of nurses working directly with the patient by gender and age groups As of 31 December



Całkowita liczba mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem wykonujących zawód położnej w 2022 r. wynosiła 61 osób, w 2021 r. – 57. Najliczniejszą grupą wśród położnych kobiet pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. były osoby w wieku 50-59 lat (35,5%, rok wcześniej – 35,9%).

Wykres 82. Struktura położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i grup wieku
Stan w dniu 31 grudnia
Chart 82. The structure of midwives working directly with the patient by sex and age group
As of 31 December



Wśród farmaceutów pracujących bezpośrednio z pacjentem przeważają kobiety, w ostatnich 3 latach (2020-2022) ich udział w każdym roku wynosił około 83%.

Tablica 22. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia
Table 22. Persons working directly with the patient
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022		
			%	Zmiana w stosunku do 2021 r. Change in relation to 2021	
			w liczbach bezwzględnych in absolute numbers		w % in %
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	12 553	12 749	12 616	-133	-1,0
Farmaceuci Pharmacists	28 387	28 436	28 461	25	0,1
w tym kobiety: of which females	23 491	23 581	23 600	19	0,1
Fizjoterapeuci Physiotherapists	31 479	33 451	35 187	1 736	5,2
Lekarze Doctors	126 064	129 893	131 426	1 533	1,2
w tym kobiety: of which females	73 113	75 540	77 078	1 538	2,0
Lekarze dentyści Dentists	33 772	34 874	34 899	25	0,1
w tym kobiety: of which females	25 060	25 784	25 823	39	0,2

Tablica 22. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia
Table 22. Persons working directly with the patient (cont.)
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020	2021	2022		
			%	Zmiana w stosunku do 2021 r. Change in relation to 2021	
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers	w % in %
Pielęgniarki Nurses	210 923	214 533	214 352	-181	-0,1
w tym kobiety: of which females	204 958	208 003	207 410	-593	-0,3
Położne Midwives	27 629	28 388	28 445	57	0,2
w tym kobiety: of which females	27 571	28 331	28 384	53	0,2

Średni wiek lekarza pracującego bezpośrednio z pacjentem w 2022 roku wyniósł ok. 49 lat, o rok więcej niż w 2021 r., przy czym wśród kobiet był on nieco niższy niż wśród mężczyzn (odpowiednio 48 i 50 lat).

Średni wiek lekarza dentysty pracującego bezpośrednio z pacjentem w 2022 r. wynosił 46 lat i pozostał na zbliżonym poziomie jak w latach poprzednich (45 lat). W 2022 r. w tej grupie zawodów medycznych średni wiek kobiet (powyżej 47 lat) był nieco wyższy niż wiek mężczyzn (45 lat) i również pozostał na zbliżonym poziomie w porównaniu z rokiem poprzednim.

W grupie pielęgniarek średni wiek osoby pracującej bezpośrednio z pacjentem w 2022 roku wynosił 50 lat. Wśród mężczyzn był on zdecydowanie niższy (ok. 41 lat) niż wśród kobiet (50 lat)..

Średni wiek ogółu położnych pracujących z pacjentem w 2022 r. wynosił 47 lat (46 lat w roku poprzednim). Ze względu na ogromną dominację kobiet w zawodzie położnej podobnie wyglądał średni wiek kobiet w 2022 r., który wyniósł około 47 lat i był wyższy niż przeciętny wiek mężczyzn (38 lat).

Tablica 23. Średnia wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia
Table 23. Average age of people working directly with the patient
As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2020			2021			2022		
	ogółem total	mężczyźni males	kobiety females	ogółem total	mężczyźni males	kobiety females	ogółem total	mężczyźni males	kobiety females
	w % in %								
Lekarze Doctors	49	50	49	48	50	48	49	50	50
Lekarze dentyści Dentists	46	45	46	45	44	46	46	45	47
Pielęgniarki Nurses	49	40	50	49	40	49	50	41	50
Położne Midwives	47	37	47	46	37	46	47	38	47

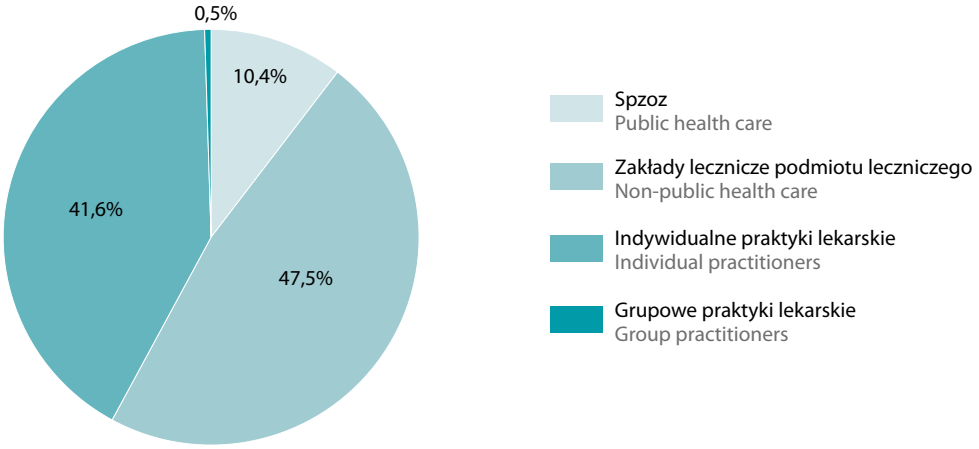
2.8. Służba medycyny pracy
2.8. Occupational medicine

Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2022 roku została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości[82], corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz od jednostek służby medycyny pracy (SMP).

Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, zgodnie z ustawą[83], są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i psychologów wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP).

W 2022 r. zarejestrowanych było 5 534 jednostek podstawowych SMP (5 629 w 2021 r.), w tym prowadzonych w ramach: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2 628 (2 587 w 2021 r.), indywidualnych praktyk lekarskich – 2 304 (2423 w 2021 r.), samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) – 575 (592 w 2021 r.) oraz grupowych praktyk lekarskich – 27 (27 w 2021 r.). W porównaniu z poprzednimi latami, struktura jednostek podstawowych SMP nie zmieniła się istotnie.

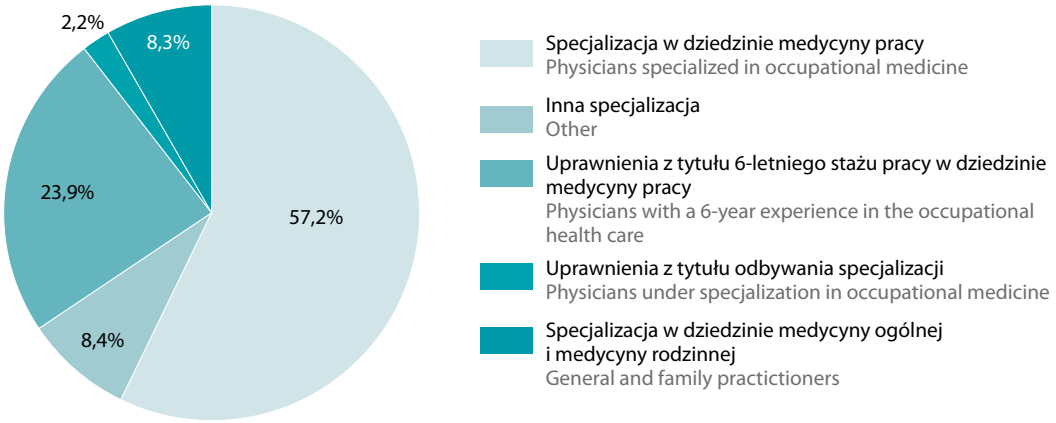
Wykres 83. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2022 r.
Chart 83. Structure of occupational medicine service units in 2022



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 roku[84]. W 2022 roku 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 5 984 (o 169 mniej niż przed rokiem). Pomimo określonego w przepisach o statystyce publicznej[85] corocznego obowiązku sporządzania sprawozdań przez lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących, nie wszyscy zobligowani dopełnili tego obowiązku. Z pozyskanych danych można jednak wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

82 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 (Dz.U.2021.2303 ze zm.). Program zobowiązuje jednostki organizacyjne służby medycyny pracy do składania rocznych sprawozdań z prowadzonej działalności.
83 Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437).
84 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.2016.2067 ze zm.).
85 Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U.2022.459 ze zm.); Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 listopada 2021 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 (Dz.U.2021.2303 ze zm.).

Wykres 84. Struktura lekarzy medycyny pracy wg wymogów kwalifikacyjnych w 2022 r.
Chart 84. Structure of occupational physicians by qualification in 2022



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)[86], posiadało 1 797 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 2022 r. takich lekarzy było 72, o 11 więcej niż przed rokiem.

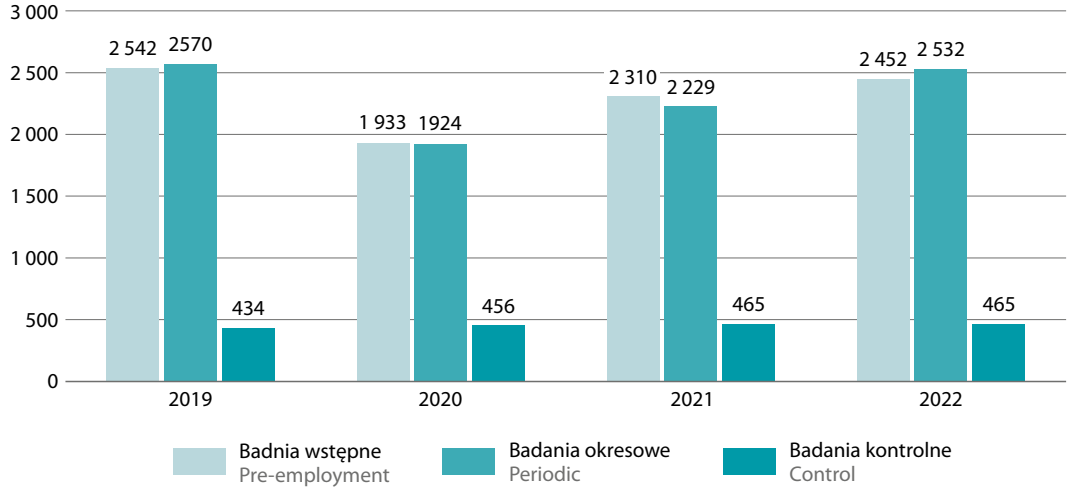
W Polsce najczęściej realizowanym zadaniem przez służbę medycyny pracy z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest prowadzone w oparciu o badania lekarskie orzecznictwo do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek zapewnienia badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców, którzy w oparciu o art. 229 Kodeksu pracy[87] 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 2022 r. orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie 5,45 mln badań lekarskich (o niemal 9% więcej niż rok wcześniej) w tym: ponad 2,45 mln badań wstępnych, 2,53 mln badań okresowych oraz ponad 465 tys. badań kontrolnych.

86 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.

87 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2022.1510 ze zm.).

Wykres 85. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych
Chart 85. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination



W 2022 r. 99,6% 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 0,38%.

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 351 tys. (o 4,1% mniej niż w roku poprzednim).

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 2022 r. zarejestrowano 1 618 takich podejrzeń (o 212 więcej niż rok wcześniej).

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 2022 r. lekarze SMP przeprowadzili wizytację ponad 6,1 tys. zakładów i skontrolowali 32,4 tys. stanowisk pracy.

W Polsce prowadzi działalność 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Przepis ustawy o służbie medycyny pracy narzucają organizację w każdym z województw minimum jednego ośrodka rangi wojewódzkiej. W województwach: lubuskim oraz zachodniopomorskim prowadzą działalność po dwa autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (kolejno w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim oraz w Szczecinie i Koszalinie), natomiast w kujawsko–pomorskim funkcjonują trzy autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku).

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa[88] , „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 2022 r. ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową objęto ponad 7,9 tys. osób (o 22% więcej niż w roku poprzednim) i wykonano ponad 300 tys. zabiegów (o 10% więcej niż w 2021 r.). Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową prowadzone były w 10 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy oraz dodatkowo w dwóch ośrodkach autonomicznych województwa kujawsko-pomorskiego, tzn. w Bydgoszczy i Toruniu oraz w dwóch ośrodkach autonomicznych województwa zachodnio-pomorskiego, tzn. w Koszalinie i Szczecinie. Są one niezwykle istotne ze względu na zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszając powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegając dalszemu rozwojowi choroby. W 2022 r. zabiegi rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową, stanowiły 39% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych[89] udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo[90] 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 2022 r. zrealizowano 2 457 takich konsultacji, o 6,9% więcej niż w 2021 r.),
2) świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (ponad 16 tys. w 2022 r., o 27% więcej niż w 2021 r.),
3) konsultacje w zakresie chorób zawodowych (3 230 w 2022 r., o 1,2% mniej niż w 2021 r.).

W ramach działalności kontrolnej, wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3 307 kontroli jednostek podstawowych SMP (więcej o 4,6% niż w 2021 r.), z tego skierowano 17 wniosków do odpowiedniego organu izb lekarskich o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

W ramach działalności orzeczniczej w 2022 r. wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, przeprowadziły w sumie 1 471 postępowań w trybie odwoławczym od orzeczeń do pracy wydanych przez jednostki podstawowe SMP (o 4,8% więcej niż w roku poprzednim), co jednocześnie oznacza, że zaledwie 0,03% pracowników lub pracodawców (porównywalnie z latami poprzednimi) nie godziło się z treścią orzeczenia wystawionego w oparciu o przeprowadzone badanie profilaktyczne. W 586 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.

88 Art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437).
89 WOMP realizują także zabiegi rehabilitacyjne w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.
90 Art. 17 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437).

3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej
3. Economic aspects of healthcare

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia
3.1. National Health Account

Informacja o wydatkach ponoszonych na ochronę zdrowia jest poszukiwana i wykorzystywana przez wielu odbiorców. Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) obejmuje bieżące wydatki na zdrowie, zarówno publiczne, jak i prywatne. Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia służą porównaniom międzynarodowym i umożliwiają opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy poniesionych bieżących wydatków przez różne podmioty[91].

Zgodnie ze wstępnymi szacunkami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2022 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 205,6 mld zł[92], co stanowiło 6,7% PKB[93], i były wyższe niż w roku 2021[94] o 21,3%. Wzrost wydatków bieżących zaobserwowano zarówno wśród wydatków publicznych, jak i prywatnych.

Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2022 r. 154,0 mld zł i były o 31,2 mld zł wyższe niż w 2021 r., a ich udział w PKB wyniósł 5,0%. Również bieżące wydatki prywatne zwiększyły się o 5,0 mld zł i wyniosły w 2022 r. 51,6 mld zł. Na wzrost wydatków bieżących na ochronę zdrowia wpływ miało m.in. zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 37,0 mld zł, tj. o 3,3 mld zł (9,9%) więcej niż w roku 2021.

91 Więcej informacji na temat metodologii w Części II. Uwagi metodologiczne.

92 W informacji sygnalnej wydanej 29.07.2022 r. pt. „Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2019-2021", za rok 2021 przedstawiono wstępne szacunki bieżących wydatków na ochronę zdrowia w wysokości 172 884,6 mln zł, różnica pomiędzy danymi wstępnymi a obliczonymi rok wcześniej wstępnymi szacunkami, wynika głównie z różnicy w wysokości wydatków publicznych.

93 https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/ - PKB (ceny bieżące): 2020 r. – 2 337 672 mln zł, 2021 r. – 2 631 302 mln zł i 2022 r. – 3 067 495 mln zł, gdzie dla roku 2022 podano szacunek wstępny PKB.

94 Dane za rok 2021 są danymi ostatecznymi (na mocy Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 29 września 2023 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2021 r. https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2021-rok,283,10.html

Tablica 24. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB
Table 24. Current expenditure on health care and its share in GDP

Wyszczególnienie Specification		2020		2021		2022[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
	Produkt krajowy brutto[b] **Gross Domestic Product[b]**	**2 337 672**	**100**	**2 631 302**	**100**	**3 067 495**	**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]	**151 873,5**	**6,5**	**169 418,4**	**6,4**	**205 559,1**	**6,7**
HF.1	Wydatki publiczne Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	109 752,7	4,7	122 767,2	4,7	153 955,9	5,0
	w tym: of which:						
HF.1.1	państwowe systemy ubezpieczeń government schemes	14 939,4	0,6	25 639,3	1,0	.	.
HF.1.2	systemy ubezpieczeń społecznych i obowiązkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego social health insurance schemes andCompulsory private insurance schemes	94 813,3	4,1	97 127,8	3,7	.	.
HF.2+HF.3	Wydatki prywatne Private expenditure	42 120,8	1,8	46 651,3	1,8	51 603,2	1,7
HF.3	w tym: bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych of which: household out-of-pocket payment	29 668,4	1,3	33 625,3	1,3	36 958,8	1,2

a Dane za rok 2022 są szacunkami wstępnymi.
b Źródło: dane o PKB dostępne na stronie: https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/ - aktualizacja 5.10.2023 r.
c Łącznie z wydatkami prywatnymi.
a Data for 2022 are Intermediate estimates.
b Source: GDP data available at: https://stat.gov.pl/en/poland-macroeconomic-indicators/ - updated on October 5, 2023.
c Including private expenditure.

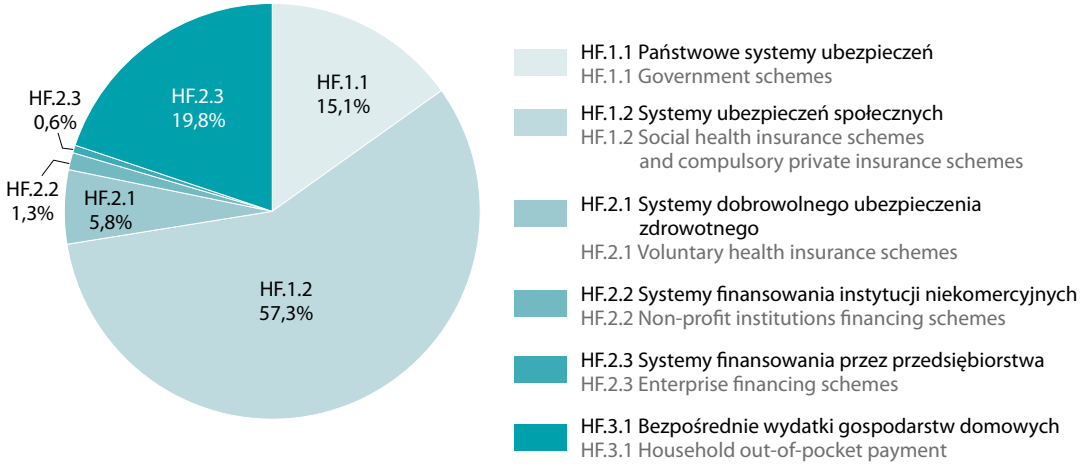
Ze względu na to, że opracowanie wyników NRZ dla 2022 roku jest na etapie wstępnych szacunków, porównanie struktury wydatków podano dla lat 2020–2021. Zgodnie z ostatecznymi wynikami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2021 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 169,4 mld zł, co stanowiło 6,4% PKB (w roku 2020 – 6,5% PKB), w tym bieżące wydatki publiczne wynosiły 122,8 mld zł za rok 2021, co stanowiło 4,7% PKB, podobnie jak w roku 2020.

Struktura wydatków ze względu na systemy finansowania
Expenditure structure according to financing schemes

Struktura wydatków ze względu na systemy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA-HF) w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2021 r. przedstawiała się następująco:

- wydatki publiczne stanowiły – 72,5% wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2020 – 72,3%)
- w tym:
  - państwowe systemy ubezpieczeń – 15,1% (w roku 2020 – 9,8%)
  - systemy ubezpieczeń społecznych i obowiązkowego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego – 57,3% (w roku 2020 – 62,4%)
- wydatki prywatne stanowiły – 27,5% (w roku 2020 – 27,7%)
  - w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – 19,8% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2020 – 19,5%).

Wykres 86. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg systemów finansowania w 2021 r.
Chart 86. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2021



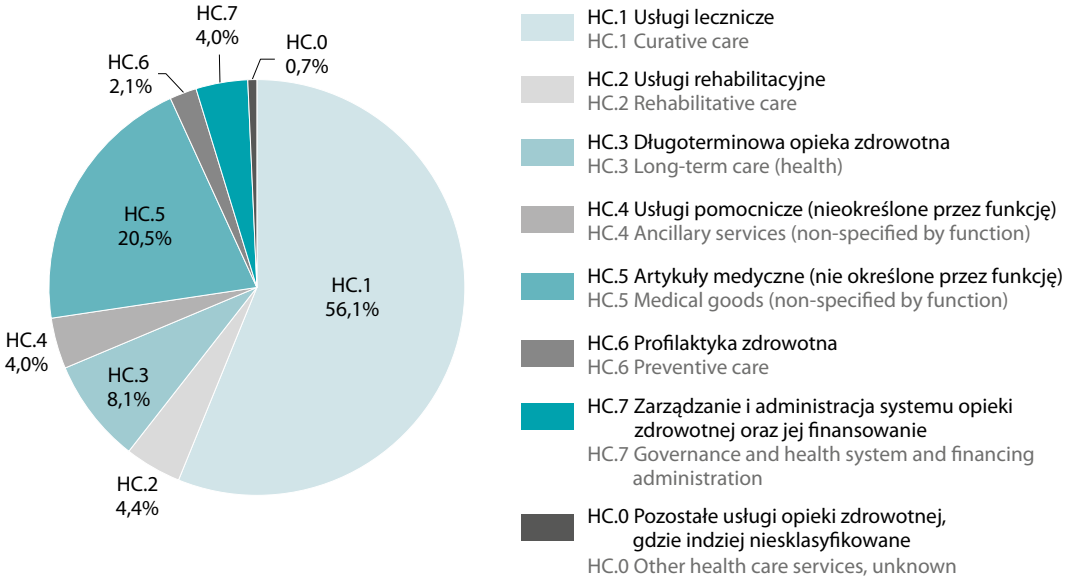
Struktura wydatków ze względu na funkcje
Expenditure structure according to functions

W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC), strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2021 r. obejmował m.in.:

- usługi lecznicze – 56,1% (w roku 2020 – 58,0%)

  w tym:
  - leczenie szpitalne – 30,2% (w roku 2020 – 30,9%)
  - leczenie ambulatoryjne – 24,2% (w roku 2020 – 24,8%)
- artykuły medyczne, m.in. leki – 21,0% (w roku 2020 – 21,7%)
- długoterminową opiekę zdrowotną – 8,1% (w roku 2020 – 8,3%)
- usługi rehabilitacyjne – 4,4% (w roku 2020 – 4,2%).

Wykres 87. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2021 r.
Chart 87. Current expenditure on health care according to functions in 2021

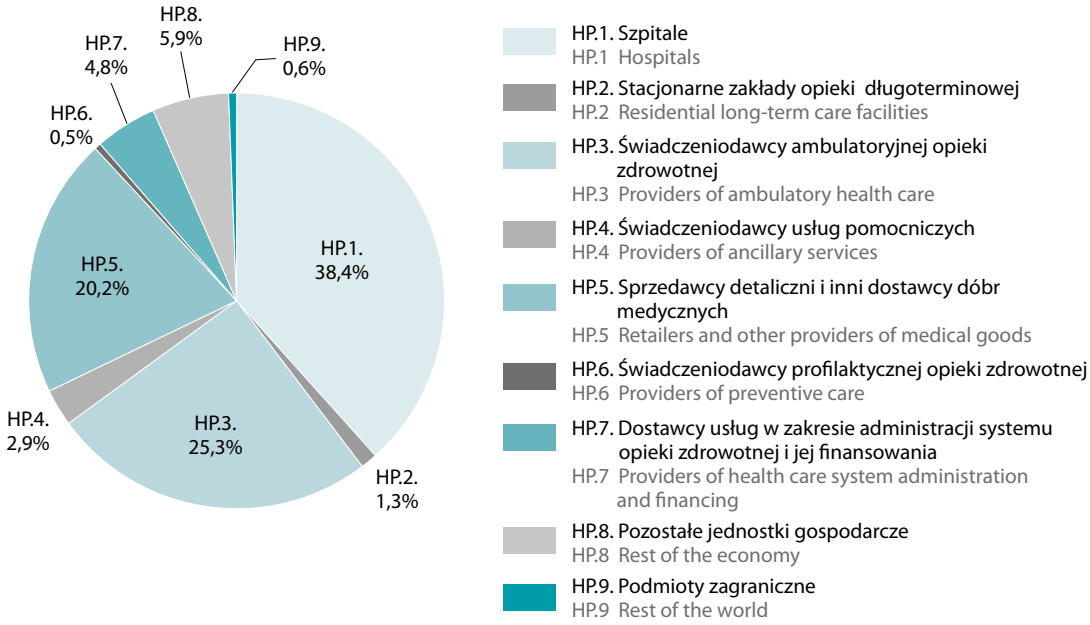


Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców
Expenditure structure according to health care providers

W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP), największy strumień środków z tytułu poniesionych wydatków w 2021 r., trafił m.in. do:

- szpitali – 38,4% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2020 – 40,4%)
  - w tym do szpitali ogólnych – 29,9% (w roku 2020 – 30,5%)
- placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – 25,3% (w roku 2020 – 25,8%)
- sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 20,2% (w roku 2020 – 21,3%)
  - w tym w większości do aptek, którym przekazano ponad 18,0% ogółu środków (w roku 2020 – 18,6%).

Wykres 88. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców usług zdrowotnych w 2021 r.
Chart 88. Current expenditure on health care according to providers in 2021



Struktura wydatków ze względu na przychody systemów finansowania
Expenditure structure according to revenues of financing schemes

W 2021 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych składek zdrowotnych, zaliczanych według klasyfikacji ICHA-FS do kategorii FS.3: składki na ubezpieczenia społeczne – 56,1% (w roku 2020 – 61,1%).

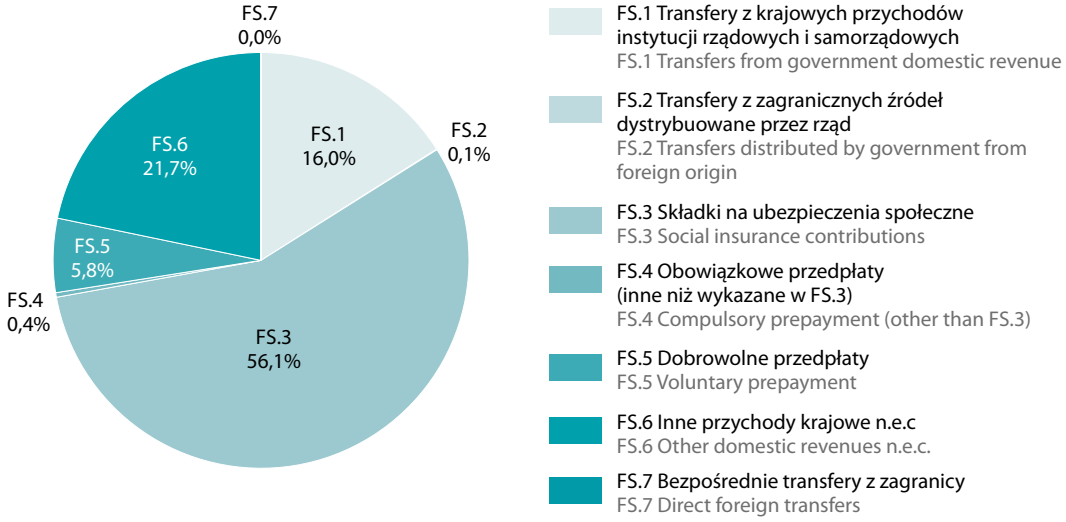
Ponad jedną piątą (21,7%) wydatków na ochronę zdrowia, stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych, dokonywanych przez krajowe jednostki instytucjonalne, m.in. gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne (w roku 2020 – 21,7%), na poniższym wykresie określone jako inne przychody krajowe n.e.c[95].

Natomiast 16% stanowiły środki alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe (w roku 2020 – 10,8%).

Mniejszy, ale istotny udział, miała kategoria: dobrowolne przedpłaty – 5,8% (w roku 2020 – 5,9%). W tej pozycji uwzględnia się składki na dobrowolne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne[96].

95 n.e.c = Not Elsewhere Classified – nie sklasyfikowane gdzie indziej.
96 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 89. **Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg przychodów systemów finansowania w 2021 r.**
Chart 89. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2021



Tablica 25. **Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD**
Table 25. Current expenditure on health care in OECD countries

Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicz-nych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Australia/Australia	5 126,7	5 692,4	6 225,5	10,2	10,7	10,6	71,9	71,9	73,7
Austria/Austria	5 625,4	5 863,7	6 690,1	10,5	11,4	12,1	75,1	76,8	78,3
Belgia/Belgium	5 423,7	5 509,1	6 022,3	10,8	11,2	11,0	75,3	77,9	77,6
Chile/Chile	2 297,0	2 417,4	2 665,0	9,4	9,7	9,3	60,6	65,0	63,0
Dania/Denmark	5 359,8	5 697,2	6 372,1	10,2	10,6	10,8	83,7	84,8	85,2
Estonia/Estonia	2 453,1	2 731,0	3 083,4	6,8	7,6	7,5	74,4	77,1	76,4
Finlandia/Finland	4 383,6	4 614,6	5 251,5	9,2	9,6	10,3	77,9	79,1	79,8
Francja/France	5 163,4	5 453,2	6 105,6	11,1	12,1	12,3	83,6	84,8	84,8
Grecja/Greece	2 349,6	2 486,1	2 736,4	8,2	9,5	9,2	61,5	61,8	62,1
Hiszpania/Spain	3 528,4	3 716,0	4 086,8	9,1	10,7	10,7	70,5	73,1	71,6
Holandia/Netherlands	5 643,6	6 198,0	6 785,3	10,1	11,2	11,4	82,8	85,0	85,0
Irlandia/Ireland	4 976,1	5 378,2	5 860,7	6,7	7,1	6,7	74,2	78,0	77,4
Islandia/Iceland	4 318,3	4 632,3	5 106,5	8,6	9,6	9,7	82,8	83,3	83,7
Izrael/Israel	2 710,0	2 875,3	3 258,0	7,2	7,7	7,9	64,8	68,2	68,2
Japonia/Japan	4 610,8	4 619,5	4 899,1	11,0	11,0	11,3	84,0	84,9	85,7

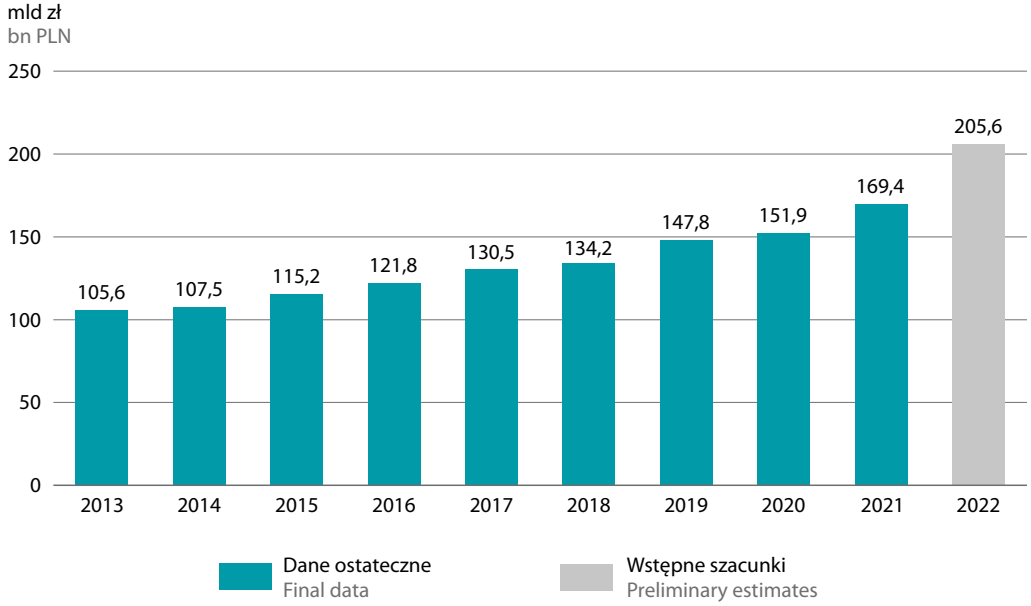
Tablica 25. **Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD (dok.)**
Table 25. Current expenditure on health care in OECD countries (cont.)

Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicz-nych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Kanada/Canada	5 222,6	5 879,1	6 277,5	11,0	13,0	12,3	69,5	73,7	72,9
Kolumbia/Colombia	1 239,7	1 293,2	1 532,3	7,8	8,7	9,0	76,5	77,4	78,4
Korea/Korea	3 290,8	3 590,2	4 189,1	8,2	8,4	9,3	59,4	61,4	62,3
Kostaryka/Costa Rica	1 556,2	1 617,8	1 670,6	7,2	7,8	7,6	73,9	75,8	74,5
Litwa/Lithuania	2 682,1	2 878,5	3 336,5	7,0	7,5	7,8	66,4	70,2	68,6
Luksemburg/Luxembourg	5 379,7	5 628,5	6 273,6	5,5	5,7	5,7	85,0	86,4	86,0
Łotwa/Latvia	2 025,6	2 227,9	3 121,6	6,6	7,2	9,0	60,1	63,6	69,5
Meksyk/Mexico	1 117,2	1 226,6	1 262,4	5,4	6,2	6,1	49,2	52,9	50,2
Niemcy/Germany	6 418,3	6 945,9	7 518,2	11,7	12,7	12,9	84,0	85,1	85,5
Norwegia/Norway	6 476,4	6 581,6	7 042,6	10,4	11,2	9,9	85,7	85,7	85,6
Nowa Zelandia/New Zealand	4 249,6	4 469,4	4 921,2	9,1	9,7	10,1	79,6	80,1	80,3
Polska/Poland	**2 232,3**	**2 286,1**	**2 522,4**	**6,5**	**6,5**	**6,4**	**71,8**	**72,3**	**72,5**
Portugalia/Portugal	3 223,7	3 354,9	3 829,8	9,5	10,5	11,1	60,8	64,3	63,2
Czechy/Czechia	3 272,2	3 804,1	4 303,0	7,6	9,2	9,5	85,0	87,7	86,4
Słowacja/Slovakia	2 115,5	2 125,7	2 521,6	6,9	7,1	7,8	79,8	80,3	79,7
Słowenia/Slovenia	3 221,9	3 474,1	3 884,8	8,5	9,4	9,5	72,8	73,2	73,7
Stany Zjednoczone/United States	10 852,8	11 915,9	12 197,0	16,7	18,8	17,4	82,7	84,6	83,6
Szwajcaria/Switzerland	6 708,3	7 022,4	7 582,2	11,1	11,7	11,8	66,2	67,6	67,7
Szwecja/Sweden	5 387,7	5 733,5	6 227,6	10,8	11,3	11,2	85,1	86,2	85,9
Turcja/Türkiye	1 231,6	1 304,7	1 559,5	4,4	4,6	4,6	77,7	78,8	78,8
Węgry/Hungary	2 095,2	2 421,8	2 748,7	6,3	7,3	7,4	68,7	70,8	72,5
Włochy/Italy	3 565,3	3 753,1	4 042,6	8,7	9,6	9,4	73,7	75,9	75,5
Zjednoczone Królestwo/United Kingdom	4 389,0	4 997,9	5 466,6	10,0	12,2	12,4	79,3	83,1	83,0

Źródło: Baza danych OECD OECD Statistics – aktualizacja 12.12.2023 r.
Source: OECD Statistics database OECD Statistics - updated on December 12, 2023.

W latach 2013-2022 zaobserwować można stały wzrost wydatków ujętych w NRZ. Dla lat 2013–2021 zaprezentowane zostały wyniki ostateczne, natomiast dla roku 2022 – wstępne szacunki.

Wykres 90. Wzrost wydatków ujętych w Narodowym Rachunku Zdrowia
Chart 90. Increase of expenditure in National Health Account



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

Nakłady na ochronę zdrowia opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia jest metodologią określania wydatków na ochronę zdrowia i zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561) odnosi się ona wyłącznie do środków publicznych i nie ogranicza się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmuje wydatków samorządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2022 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 133,6 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich ostateczne wykonanie wyniosło 151,0 mld zł (w tym 5,5 mld zł z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19[97] i 0,6 mld zł z Funduszu Pomocy[98] przekazanych NFZ), co stanowi 6,50% PKB (z roku N-2)[99]. Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2022 były o blisko 9,7 mld zł wyższe (6,9%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2021 r.

97 Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, z późn. zm.).

98 Fundusz Pomocy, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 583 z późn. zm.).

99 Literą N oznaczono rok bieżący, a N-2 rok o 2 lata wcześniejszy. Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2021 r. punktem odniesienia jest PKB za 2019 r., a dla 2022 r. – rok 2020.

Tablica 26. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB dla roku bieżącego N[a] i N–2, zgodnie z ustawą

Table 26. Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N[a] and N–2, according to the Act

Rok Year	PKB N-2 zgodnie z ustawą[b] GDP N-2 according to the act[b]	PKB dla roku bieżącego (N)[c] GDP for current year (N)[c]	Plan[b] Plan[b]		Wykonanie Execution		
	w mld zł/in billion PLN			% PKB/GDP N-2	w mld zł/ in billion PLN	% PKB/GDP N-2[b]	% PKB/GDP N[c]
2021	2 273,6	2 622,2	120,5	5,30	141,3	6,22	5,39
2022	2 323,9	3 078,3	133,6	5,75	151,0	6,50	4,91

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 2021 r. punktem odniesienia jest PKB za 2019 r., a dla 2022 r. – rok 2020.

c Według aktualnych danych PKB. Źródło: GUS dane o PKB dostępne na stronie: https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/ - aktualizacja 20.04.2023 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 2021 expenditure, the benchmark is 2019 GDP and 2020 for 2022.

c According to current GDP data. Source: GUS, GDP data available on the website: https://stat.gov.pl/en/poland-macroeconomic-indicators/ – updated on April 20, 2023.

Nakłady poniesione na ochronę zdrowia w 2022 r. stanowiły 4,91% PKB z tego roku.

Tablica 27. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy

Table 27. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2021			2022		
		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	11 905	15 979	11,3	14 917	15 522	10,3
II	Wydatki budżetu środków europejskich w dziale „ochrona zdrowia" Expenditure of the European funds in the "health care" section	574	810	0,6	1 598	592	0,4
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	10 306	6 075	4,3	8 433	7 256	4,8
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	97 428	118 107[b]	83,6	108 335	127 317[c]	84,3

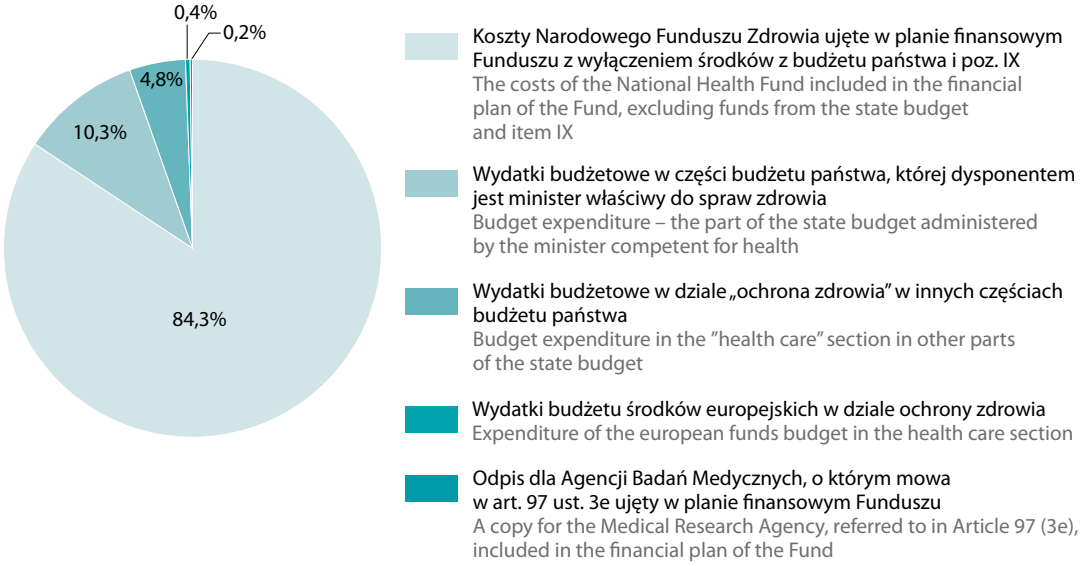
Tablica 27. **Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy (dok.)**
Table 27. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act (cont.)

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2021			2022		
		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	%
V	Koszt Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych ujęte w planie finansowym tego Funduszu The cost of the Medical Studies Loan Fund included in the Fund's financial plan	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 Immunities Compensation Fund, excluding funds from the State budget paid in the financial year	0	0	0,0	0	4	0,0
VII	Koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Costs included in the financial plan of the Gambling Fund	26	20	0,0	23	18	0,0
VIII	Koszty realizacji programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych Costs of implementing government programmes, referred to in Article 7(1) Act of 23 October 2018 on the Solidarity Fund for the Support of Persons with Disabilities in the field of health support for persons with disabilities	0	41	0,0	0	0	0,0
IX	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9 ustawy ujęty w planie finansowym Funduszu Copy to the Agency for the Assessment of Medical Technology and Tariffs in question in Article 31t (5-9) Acts included in the Fund's financial plan	0	0	0,0	0	0	0,0
X	Odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu A copy to the Medical Research Agency, referred to in Article 97(3e), apprehended in the Fund's financial plan	286	286	0,2	323	323	0,2
	RAZEM[d] **TOTAL[d]**	**120 525**	**141 318**	**100**	**133 629**	**151 032**	**100**

a Zgodnie z ustawa budżetową.
b W tym 23 743 mln zł pochodziło z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.
c W tym 5 539 mln zł pochodziło z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, a 604 mln zł pochodziło z Funduszu Pomocy.
d Sumy w kolumnach obliczone zostały na wartościach, które zostały zaokrąglone.
a According to the budget act.
b Including PLN 23 743 million which came from the COVID-19 Counteracting Fund.
c Including PLN 5 539 million which came from the COVID-19 Counteracting Fund, and PLN 604 million which came from the Aid Fund.
d Column sums have not been rounded.

W strukturze nakładów na ochronę zdrowia główne pozycje dotyczą planowanych kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia (punkt IV tablicy powyżej), wydatków budżetu państwa, ujętych w części 46 – Zdrowie (punkt I tablicy) oraz w dziale ochrona zdrowia w innych częściach budżetowych (punkt III tablicy).

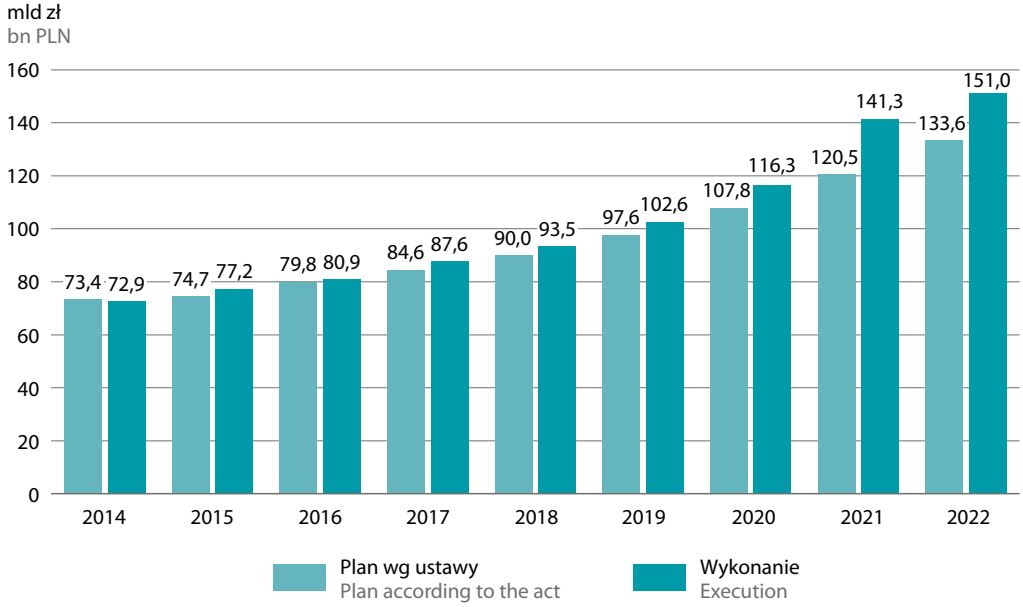
Wykres 91. **Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy w 2022 r.**
Chart 91. Share in expenditure on health care by categories according to the provisions of the Act in 2022



Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2022
Increase in health care expenditure in 2014–2022

W latach 2014-2022 możemy zaobserwować stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Dotyczy to zarówno corocznych planów nakładów według ustawy, jak ich wykonania, które prawie zawsze było większe od planu, z wyjątkiem roku 2014 (we wcześniejszym okresie także roku 2012 i 2013). Pomiędzy rokiem 2014 a 2022 nakłady na ochronę zdrowia, według planu, wzrosły o 82,0%, natomiast według wykonania zwiększyły się o 107,1%. Największy roczny wzrost w tym okresie nakładów na ochronę zdrowia według wykonania, odnotowano w roku 2021 – o 21,5%.

Wykres 92. **Wzrost nakładów na ochronę zdrowia**
Chart 92. Increase in health care expenditure



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 2014–2022 wystąpił znaczący wzrost kwot wydatków na ochronę zdrowia.

3.3. Satelitarny rachunek zdrowia
3.3. Satellite health account

Dla pełnej oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia niezbędny jest systematyczny opis przepływów finansowych związanych z opieką zdrowotną. Kompleksowej informacji o finansowym aspekcie sektora ochrony zdrowia na poziomie gospodarki narodowej dostarczają szacunki satelitarnego rachunku zdrowia. Celem opracowywania rachunków satelitarnych jest zaspokojenie zapotrzebowania na specyficzne dane, które nie są prezentowane w systemie rachunków narodowych.

Satelitarny rachunek zdrowia wykorzystuje strukturę rachunków z systemu rachunków narodowych (sekwencja rachunków zintegrowanych, rachunek wyrobów i usług), jednocześnie przyjmując koncepcje charakterystyczne dla systemu rachunków zdrowia (klasyfikacje ICHA i związane z nimi definicje obszaru ochrony zdrowia i świadczeniodawców opieki zdrowotnej).

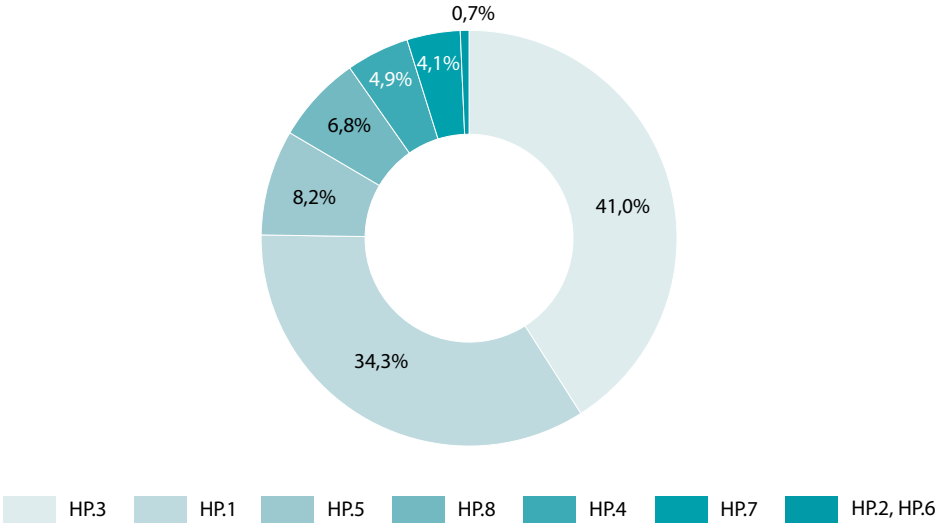
Satelitarny rachunek zdrowia pozwala ocenić udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w gospodarce narodowej.

W 2019 r. wartość produkcji globalnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 170 490,2 mln zł i w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła o 9,5%. 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 – 39,1%. Najmniejszy udział odnotowano dla świadczeniodawców profilaktycznych usług zdrowotnych HP.6 – 0,3%.

Wartość zużycia pośredniego dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 72 310,6 mln zł, natomiast wartość dodana brutto 98 179,6 mln zł (odpowiednio wzrost o 9,2% i 9,8% w stosunku do roku poprzedniego).

W 2019 r. największy udział w tworzeniu wartości dodanej brutto mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, którzy wypracowali 41,0% wartości dodanej brutto tej grupy podmiotów. Znaczący udział w generowaniu wartości tej transakcji odnotowano również dla szpitali – 34,3%.

Wykres 93. Struktura wartości dodanej brutto według świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2019 r. (w %)
Chart 93. Structure of gross value added by health care providers HP in 2019 (in %)



Tablica 28. Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące)

Table 28. Production account and generation of income account for health care providers HP in 2019 (in millions PLN, current prices)

DOSTAWCY HP LATA Providers HP Years	Produkcja globalna Gross output	Zużycie pośrednie Intermediate consumption	Wartość dodana brutto Value added gross	Koszty związane z zatrudnieniem Compensation of employees	Pozostałe podatki związane z produkcją Other taxes on production	Pozostałe dotacje związane z produkcją Other subsidies on production	Nadwyżka operacyjna brutto Operating surplus gross
OGÓŁEM HP.1-HP.8 TOTAL	170 490,2	72 310,6	98 179,6	52 690,9	723,8	314,3	45 079,3
Szpitale HP.1 Hospitals	67 430,9	33 774,7	33 656,1	31 242,1	358,6	201,9	2 257,3
Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej HP.2 Residential long-term care facilities	1 055,0	593,8	461,2	383,6	3,3	3,2	77,4
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3 Providers of ambulatory health care	66 639,2	26 416,6	40 222,6	10 800,9	228,6	77,2	29 270,3
Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia HP.4 Providers of ancillary services	9 278,6	4 462,9	4 815,8	2 535,7	47,1	15,4	2 248,5
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych HP.5 Retailers and other providers of medical goods	11 522,3	3 457,1	8 065,2	3 537,9	48,9	9,5	4 487,9
Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych HP.6 Providers of preventive care	536,6	333,0	203,6	190,9	1,1	–	11,6
Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia HP.7 Providers of health care system administration and financing	6 837,1	2 770,9	4 066,2	3 764,3	29,2	–	272,7
Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki HP.8.1-8.2 Rest of the economy	7 190,6	501,7	6 688,9	235,4	7,0	7,1	6 453,6

W 2019 r. koszty związane z zatrudnieniem wyniosły 52 690,9 mln zł i w porównaniu z rokiem ubiegłym wzrosły o 12,0%. Ponad połowa tej wartości (59,3%) przypadała na szpitale.

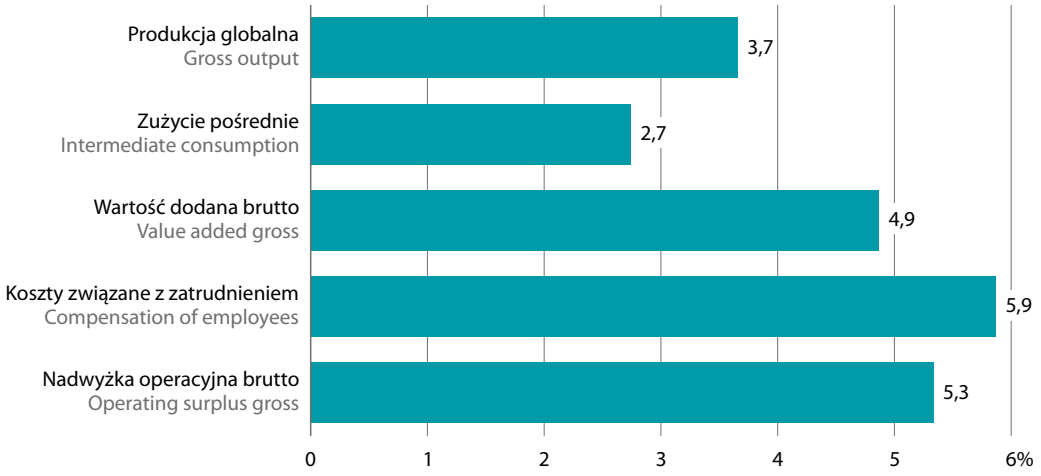
Nadwyżka operacyjna brutto, stanowiąca różnicę pomiędzy wartością dodaną brutto a kosztami związanymi z zatrudnieniem i pozostałymi podatkami związanymi z produkcją pomniejszonymi o pozostałe dotacje

związane z produkcją, wyniosła 45 079,3 mln zł. Największy wkład w tej kategorii makroekonomicznej mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (64,9%).

W 2019 r. udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tworzeniu produkcji globalnej brutto dla gospodarki narodowej wyniósł 3,7%, natomiast w generowaniu wartości dodanej brutto – 4,9%. Udział tej grupy podmiotów w kształtowaniu wielkości kosztów związanych z zatrudnieniem stanowił 5,9%.

Wykres 94. Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2019 r.

Chart 94. The share of health care providers HP in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2019



Szacunki satelitarnego rachunku zdrowia dostarczają również informacji dotyczących podaży i wykorzystania dóbr i usług z zakresu opieki zdrowotnej, stanowiących funkcje ochrony zdrowia HC.

W 2019 r. produkcja globalna dóbr i usług w ochronie zdrowia HC osiągnęła wartość 185 874,7 mln zł, o 9,5% więcej niż w roku poprzednim. Spożycie ogółem wyniosło 147 838,5 mln zł, z czego 71,4% dotyczyło instytucji rządowych i samorządowych. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wartość spożycia wyniosła 3 851 zł (w 2018 r. 3 495 zł). Odnotowano ujemne saldo w handlu zagranicznym na poziomie 25,3 mln zł.

Tablica 29. Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia HC w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące)

Table 29. Supply and use of health care goods and services HC in 2019 (in millions PLN, current prices)

TRANSAKCJE TRANSACTIONS	2019
Produkcja globalna Gross output	185 874,7
Import Imports	902,0
Spożycie Final consumption expenditure	147 838,5
w gospodarstwach domowych by households	40 707,4
w instytucjach niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych by non-profit institutions serving households	1 642,4
w instytucjach rządowych i samorządowych by general government	105 488,7
Eksport Exports	876,8

Informację uzupełniającą o sektorze ochrony zdrowia stanowią dane o nakładach inwestycyjnych. W 2019 r. wartość nakładów inwestycyjnych poniesionych przez głównych dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia wyniosła 8 224,8 mln zł (o 4,5% więcej niż w 2018 r.). 46,3% ich wartości stanowiły nakłady na maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, 44,5% na budynki i budowle, a 9,1% na środki transportu.

Biorąc pod uwagę wartość nakładów inwestycyjnych na ochronę zdrowia według kierunków inwestowania, wydatki poniesione w gospodarce narodowej przez inwestorów na budowę, zakup lub ulepszenie środków trwałych przeznaczonych dla potrzeb ochrony zdrowia w 2019 r. wyniosły 8 618,3 mln zł (wzrost o 4,7% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Tablica 30. Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia w 2019 r. (w mln zł, ceny bieżące)
Table 30. Investments outlays in health care in 2019 (in millions PLN, current prices)

WYSZCZEGÓLNENIE SPECIFICATION	2019
Nakłady głównych świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP.1-HP.5 Investments outlays of primary health care providers	8 224,8
w tym na: of which:	
budynki i budowle buildings and structures	3 657,9
maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia machinery, technical equipment and tools	3 806,7
środki transportu transport equipment	748,3
Nakłady na ochronę zdrowia (według kierunku inwestowania) Investments outlays in health care (by the direction of investments)	8 618,3

4. Wybrane problemy
4. Selected problems

4.1. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych
4.1. Measurement of access to public hospital services

Niniejsza analiza stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych prowadzonych w ramach pracy badawczej pt. „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia"[100]. W ramach pracy badawczej opracowano zestaw wskaźników przydatnych do analizy dostępności do publicznych usług zdrowotnych[101]. Część z tych wskaźników wykorzystano w niniejszym rozdziale. Analizie poddano przede wszystkim świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) z perspektywy powiatu (NUTS 4). Podczas analiz wzięto pod uwagę miejsce udzielenia świadczenia oraz miejsca zamieszkania, uwzględniając przy tym aspekt migracji pacjentów do szpitali zlokalizowanych w innym powiecie niż powiat zamieszkania. W rozdziale poruszono również problematykę dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz korzystania ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego oraz świadczeń AOS przez obywateli Ukrainy mieszkających na terenie Polski.

Ograniczone środki publiczne, wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów, przy jednoczesnym wzroście kosztów opieki zdrowotnej skutkują tym, że system publicznej opieki zdrowotnej, pomimo systematycznego wzrostu nakładów, funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru. W konsekwencji władze publiczne poszukują coraz doskonalszych metod analizy i oceny potrzeb zdrowotnych tak, aby ograniczone strumienie środków publicznych skierować do tych obszarów ochrony zdrowia, gdzie występują największe niedomagania oraz do tych, które mogą przyczynić się do maksymalizacji efektów zdrowotnych. W latach 2003–2004 badania i analizy dotyczące oceny stanu dostępności do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej prowadziły tzw. regionalne komitety sterujące[102], a później Narodowy Fundusz Zdrowia. Od 2015 r. Ministerstwo Zdrowia opracowuje tzw. regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Mapy zawierają m. in. analizę demograficzną, analizę stanu i wykorzystania zasobów oraz prognozę potrzeb zdrowotnych. Zadania związane m.in. z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa realizują również jednostki samorządu terytorialnego (JST). Większość ze stosowanych podczas analiz wskaźników nie bierze jednak pod uwagę zjawiska migracji pacjentów, co wpływa na dokładność oceny stopnia dostępu do publicznej ochrony zdrowia. Przykładem są takie wskaźniki jak: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) lub liczba porad AOS na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wskaźniki te stanowią często przesłankę, na podstawie której dokonuje się oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Podczas analiz należy jednak mieć na uwadze to, że pacjenci podejmują decyzje o wyborze szpitala lub przychodni specjalistycznej, kierując się różnymi przesłankami, w ramach których odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem lub przychodnią, nie zawsze musi być najważniejsza.

Z uwagi na zaszłości historyczne w przedstawionych analizach dane dotyczące powiatu wałbrzyskiego oraz Wałbrzycha potraktowano łącznie[103].

100 Pracę badawczą zrealizowano w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014–2020 oraz programowania i monitorowania polityki spójności po 2020 roku" współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014–2020.

101 Raport końcowy z pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia" https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultstronaopisowa/6150/1/1/raport_uslugi_publiczne_w_zakresie_ochrony_zdrowia.pdf

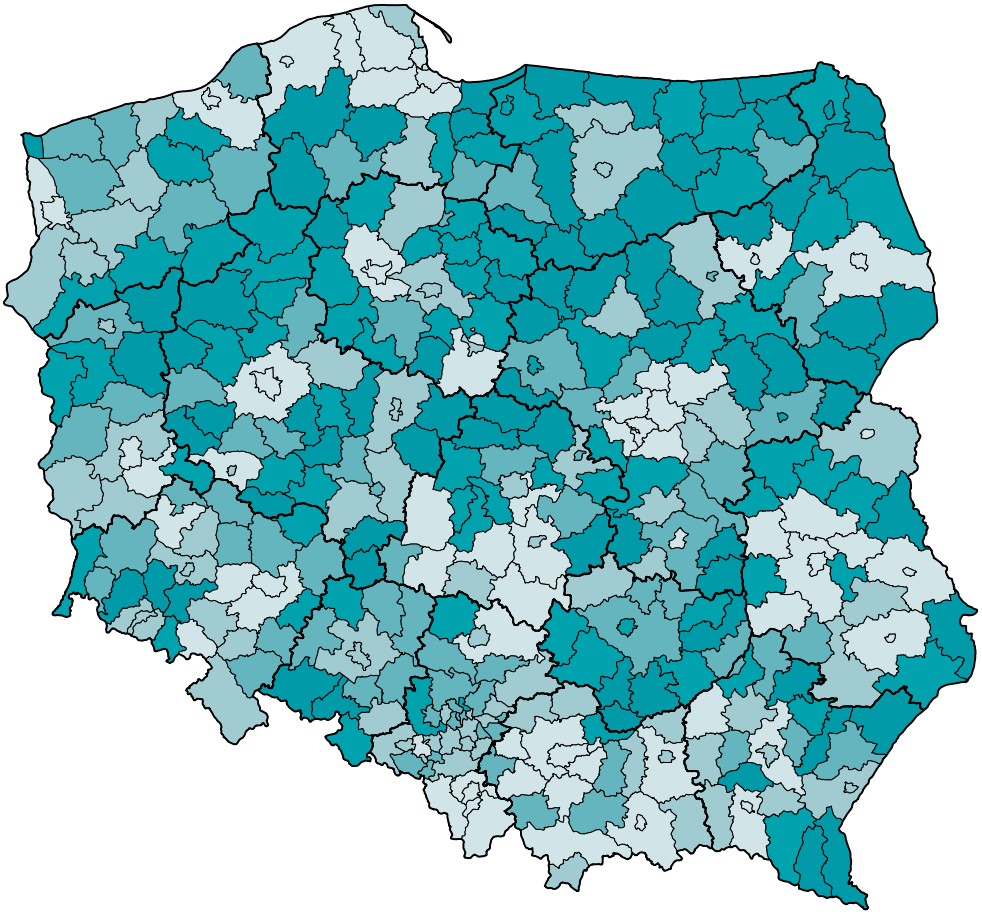
102 W skład regionalnych komitetów sterujących wchodzili przedstawiciele wojewodów, samorządu województwa, regionalnych kas chorych. Na podstawie analiz tworzono tzw. wojewódzkie plany zdrowotne, stanowiące następnie podstawę kontraktowania przez NFZ.

103 W latach 1999–2002 Wałbrzych miał status miasta na prawach powiatu, a w latach 2003–2012 miasto wchodziło w skład powiatu wałbrzyskiego. Decyzją Rady Ministrów, od 1 stycznia 2013 r. prawa powiatu zostały miastu przywrócone. W celu zachowania porównywalności danych NFZ przekazuje do GUS dane świadczeniach finansowanych ze środków publicznych traktując łącznie powiat wałbrzyski oraz miasto na prawach powiatu Wałbrzych.

Ocena dostępności do wybranych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)

Mapa 33. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w 2022 r.

Map 33. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population in 2022



74,7–122,3 (76)
67,1– 74,6 (76)
60,1– 67,0 (76)
53,3– 60,0 (76)
37,2– 53,2 (75)

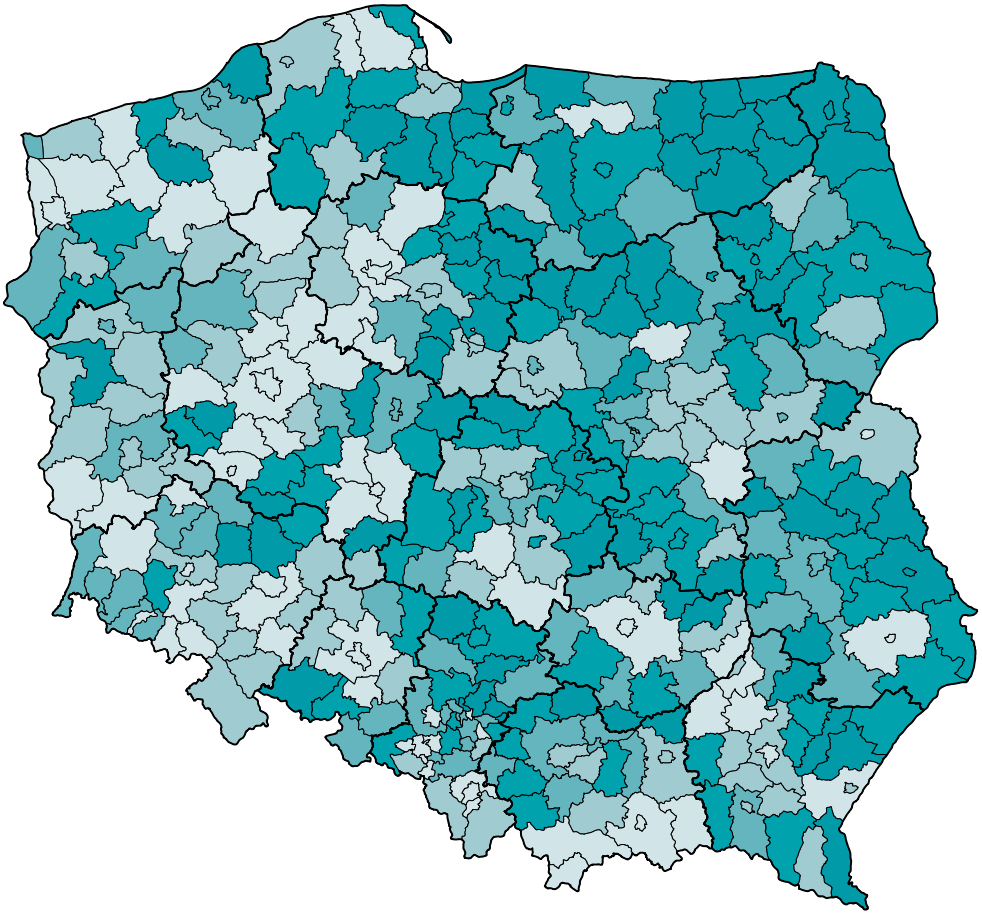
Liczba pacjentów – mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. mieszkańców.
Number of patients – residents of the poviat who have benefited from hospital services regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population.

W 2022 r. najwięcej świadczeń na 1 tys. mieszkańców, bez względu na miejsce ich udzielenia (ponad 80), wykonano dla mieszkańców 40 powiatów, wśród których największy wskaźnik zaobserwowano w powiatach: sejneńskim (122,3), bieszczadzkim (112,5), łosickim (106,9), prudnickim (97,7) i złotoryjskim (97,6), a najmniej (poniżej 45) dla mieszkańców 16 powiatów, wśród których najmniejszy wskaźnik zaobserwowano w powiatach: polickim (37,2), Zamość (38,0), wrocławskim (38,9), bydgoskim (39,2) oraz zamojskim (39,4).

W stosunku do roku 2021 spadek pod kątem liczby świadczeń szpitalnych, na tysiąc mieszkańców, bez względu na miejsce ich udzielenia, zaobserwowano w 123 powiatach, wśród których największy spadek zaobserwowano w powiatach: lidzbarskim (7,8), Siemianowice Śląskie (7,4), gnieźnieńskim (7,1), wałbrzyskim i Wałbrzych traktowanym łącznie (7,0) i Nowy Sącz (7,0). Wzrost zaobserwowano w 255 powiatach, przy czym największy wzrost (ponad 10) zaobserwowano w 10 powiatach, wśród których największy zaobserwowano w powiatach: gołdapskim (18,0), nidzickim (17,0), radziejowskim (12,5), kazimierskim (12,4) i łosickim (12,1).

Mapa 34. Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2022 ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2021

Map 34. The difference in the number of people who have benefited in 2022 from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population compared to 2021



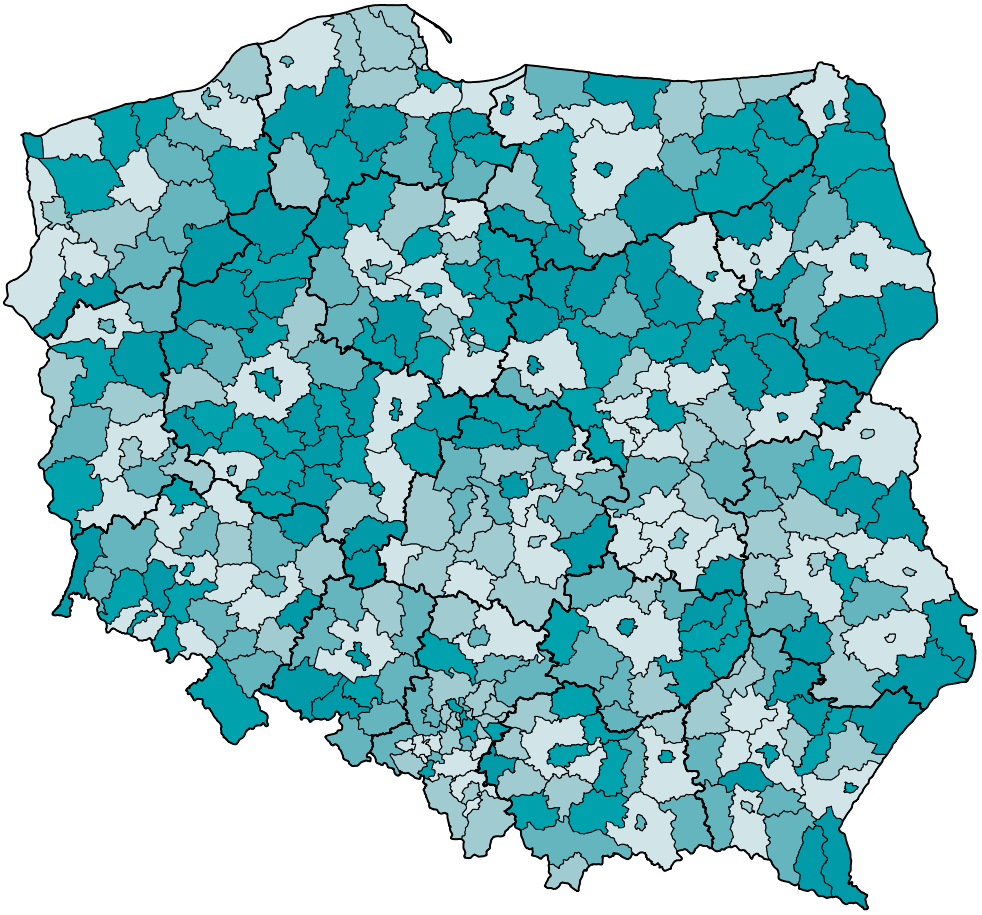
5,2–18,0 (76)
2,9– 5,1 (76)
0,8– 2,8 (76)
-1,5– 0,7 (76)
-7,8– -1,6 (75)

Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2022 ze świadczeń szpitalnych bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2021.
The difference in the number of people who have benefited in 2022 from hospital services at hospital, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population compared to 2021.

Kolejne dwie mapy potwierdzają następującą prawidłowość: powiaty, w których zaobserwowano w 2022 r. najniższy wskaźnik dotyczący liczby osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na terenie miejsca zamieszkania, to równocześnie powiaty cechujące się najwyższym wskaźnikiem migracji pacjentów do innych powiatów w celu uzyskania świadczenia szpitalnego. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim powiatów ziemskich, okalających miasta na prawach powiatu oraz powiatów zlokalizowanych w pobliżu miast na prawach powiatu.

Mapa 35. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2022 r.

Map 35. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's – the place of residences, per 1 thousand population in 2022

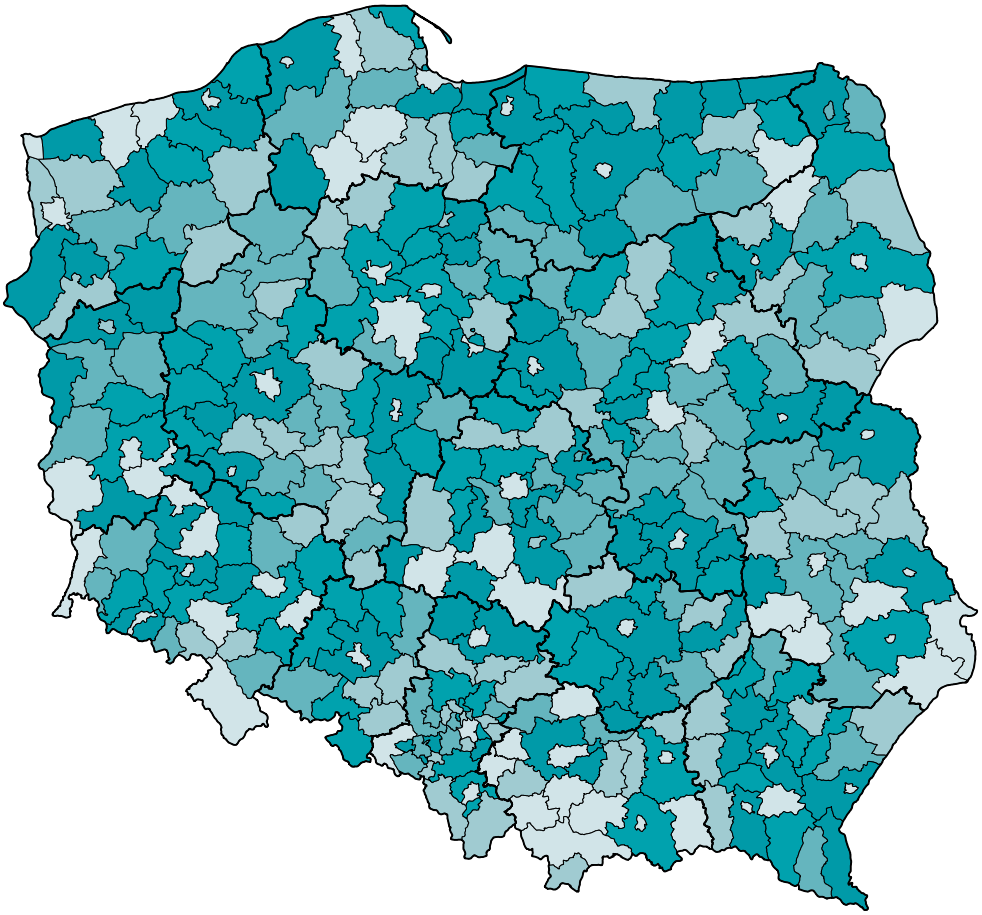


45,6–95,1 (76)
39,3–45,5 (76)
33,0–39,2 (76)
22,5–32,9 (76)
0,0–22,4 (75)

Liczba pacjentow – mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności.
Number of patients who have benefited from hospital services, in the poviat's the place of residences, per 1 thousand population.

Mapa 36. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2022 r.

Map 36. People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) finances by the National Health Fund, in a different poviat than the poviat's place of residences, per 1 thousand population in 2022



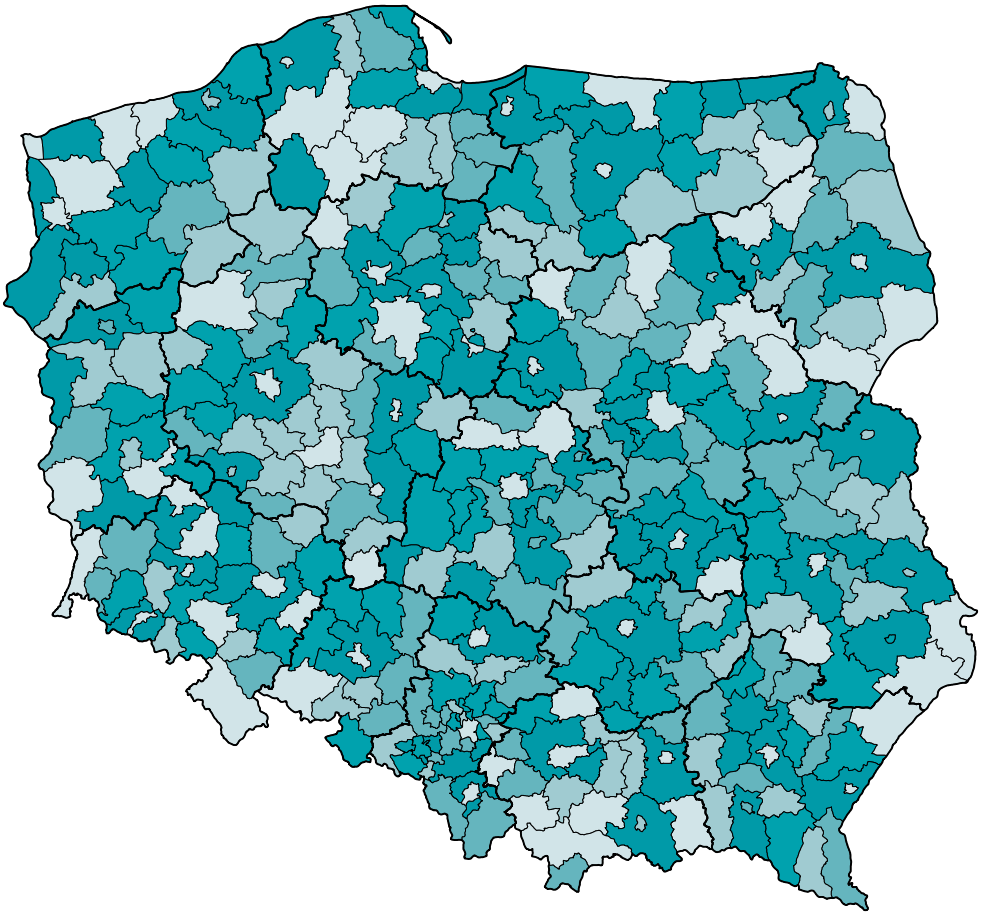
40,1–72,9 (76)
31,5–40,0 (76)
26,2–31,4 (75)
20,6–26,1 (76)
6,3–20,5 (76)

Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności.
The number of patients who have used the hospital services in a different poviat than the poviat's place of residences, per 1 thousand population.

W 28 powiatach, w tym w 21 miastach na prawach powiatu, mniej niż 25% pacjentów skorzystało ze świadczeń na terenie innych powiatów, niż powiat zamieszkania. Równocześnie istnieje 37 powiatów (powiaty ziemskie), których mieszkańcy w ponad 90% korzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów lub miast na prawach powiatu. Brak na danym terenie (powiatu) placówek opieki zdrowotnej udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych nie oznacza, że pacjenci z takiego terenu pozbawieni są dostępu do świadczeń zdrowotnych. Otrzymują oni świadczenia najczęściej w powiatach sąsiednich, gdzie takie placówki funkcjonują. Pomimo tego, może występować zjawisko nadmiernego oddalenia usługodawcy od pacjenta. Szczególnym przypadkiem są pary miasto na prawach powiatu i powiat ziemski (tzw. obwarzanek) otaczający to miasto, gdzie z reguły w tym mieście świadczone są usługi także dla mieszkańców powiatu ziemskiego.

Mapa 37. Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2022 r.

Map 37. Percentage of patients – population of poviat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviat of the place of residence, in the total number of patients – population of poviat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2022



%

- 63,0–100,0 (76)
- 46,9– 62,9 (75)
- 39,7– 46,8 (76)
- 33,4– 39,6 (76)
- 13,2– 33,3 (76)

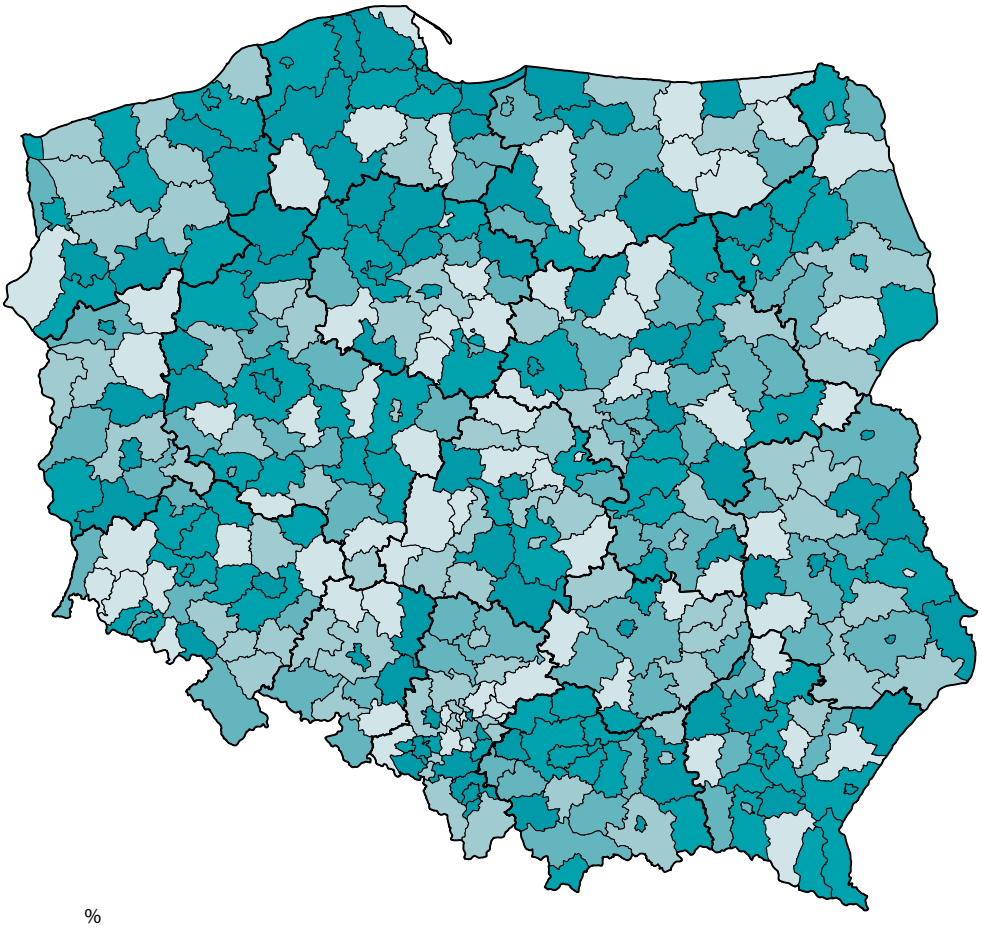
Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych.
Percentage of patients – population of poviat who received hospital services in other poviats than the poviat of the place of residence, in the total number of patients – population of poviat who benefited from hospital services.

W porównaniu do roku 2021, w 30 powiatach nastąpił zauważalny wzrost (o 2,5 p. proc. lub więcej) zjawiska migracji mieszkańców do innych powiatów, niż powiat zamieszkania, w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego typowego dla I poziomu referencyjnego, a wsród nich nawiekszy odnotowano w przypadku powiatów: lidzbarskiego (17,7 p. proc.), Tarnobrzeg (12,7 p. proc.), iławskiego (10,4 p. proc.), tarnowskiego (8,2 p. proc.) oraz świebodzińskiego (6,6 p. proc.). Zauważalny spadek (o 2,5 p. proc. i więcej) zaobserwowano

natomiast w przypadku 175 powiatów, wśród których największy spadek wystąpił w powiatach: nidzickim (26,0 p. proc.), starachowickim (25,7 p. proc.), ostrzeszowskim (21,8 p. proc.), Grudziądz (21,8 p. proc.) i puławskim (20,8 p. proc.).

Mapa 38. Różnica w odsetku pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2022 r. w porównaniu do roku 2021

Map 38. The difference in the percentage of patients – population of poviat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviat of the place of residence, in the total number of patients – population of poviat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2022 compared to 2021



%

- 0,4–17,7 (75)
- -1,0– 0,3 (76)
- -3,0– -1,1 (76)
- -6,3– -3,1 (76)
- -26,0– -6,4 (76)

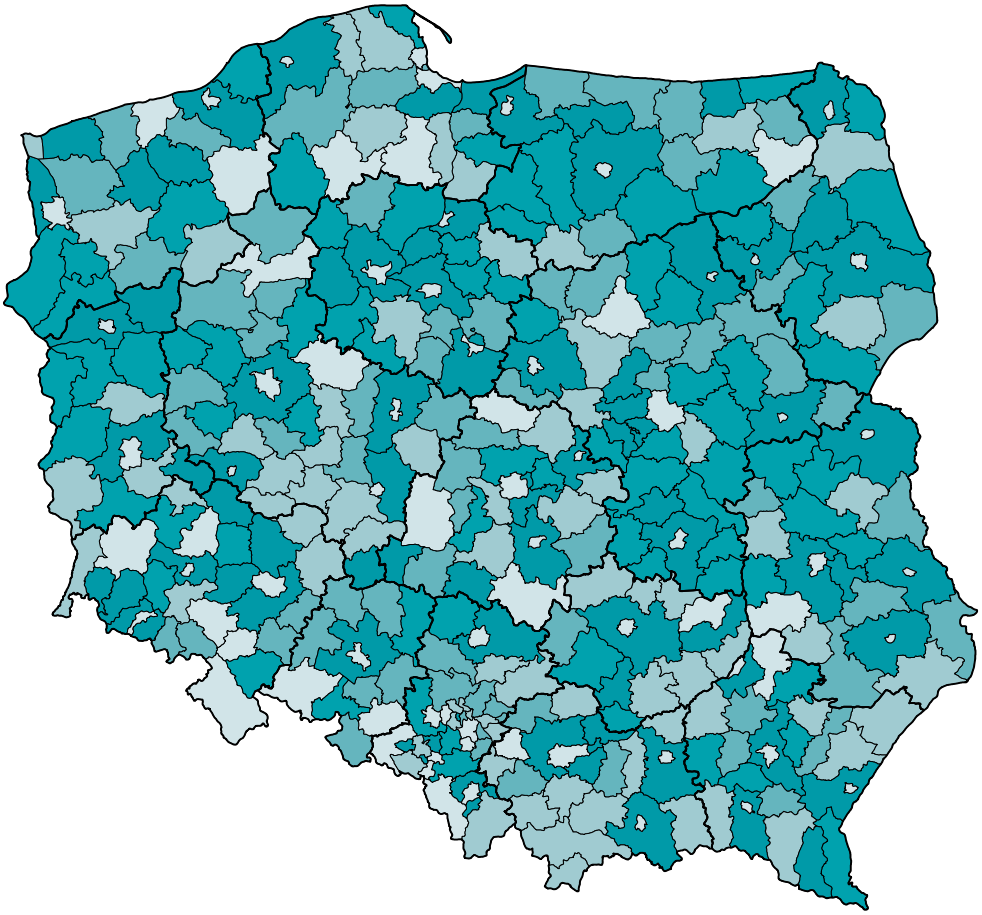
Różnica w stosunku do roku 2021 w odsetku pacjentów – ludności danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych.

The difference to 2021 in the percentage of patients – population of poviat who received hospital services in other poviats than the poviat of the place of residence, in the total number of patients – population of poviat who benefited from hospital services.

Najbardziej skłonni do migracji do innych powiatów, w celu skorzystania ze świadczeń AOS, są mieszkańcy powiatów ziemskich okalających powiaty mających status miast na prawach powiatu, co jest zrozumiałe z uwagi na ich wzajemne położenie i pełnienie przez wiele miast na prawach powiatu roli funkcjonalnego centrum wielu usług publicznych dla ich otoczenia.

Mapa 39. Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsca zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2022 r.

Map 39. Percentage of patients – population of poviat who migrated to poviats other than the poviat – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund in 2022



%

- 58,0–100,0 (76)
- 47,3– 57,9 (76)
- 39,0– 47,2 (75)
- 28,5– 38,9 (76)
- 3,7– 28,4 (76)

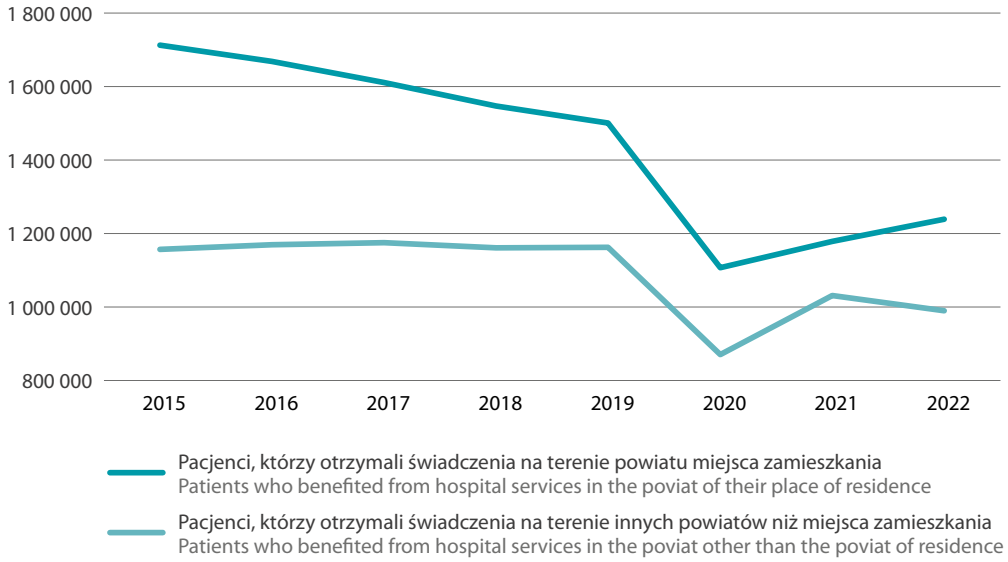
Odsetek pacjentów, którzy wyemigrowali do innych powiatów niż powiat zamieszkania w celu uzyskania świadczenia AOS.
Percentage of patients – population of poviat, who emigrated to poviats other than the poviat – place of residence in order to share outpatient health services.

Z danych NFZ wynika, że wszyscy mieszkańcy powiatów: skierniewickiego oraz łomżyńskiego (100%) otrzymali świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów, niż powiat zamieszkania. W powiatach: chełmskim, siedleckim, suwalskim, ostrołęckim, przemyskim, piotrkowskim oraz leszczyńskim odsetek ten wynosił ponad 95%. Najmniejszy odsetek pacjentów, leczących się na terenie innych powiatów niż powiat

zamieszkania, występuje w miastach na prawach powiatu. W takich powiatach jak: Białystok, Bydgoszcz, Łódź, odsetek ten nie przekroczył 5%.

Wykres 95. Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania

Chart 95. Number of people who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service or in the poviat's – the place of residences

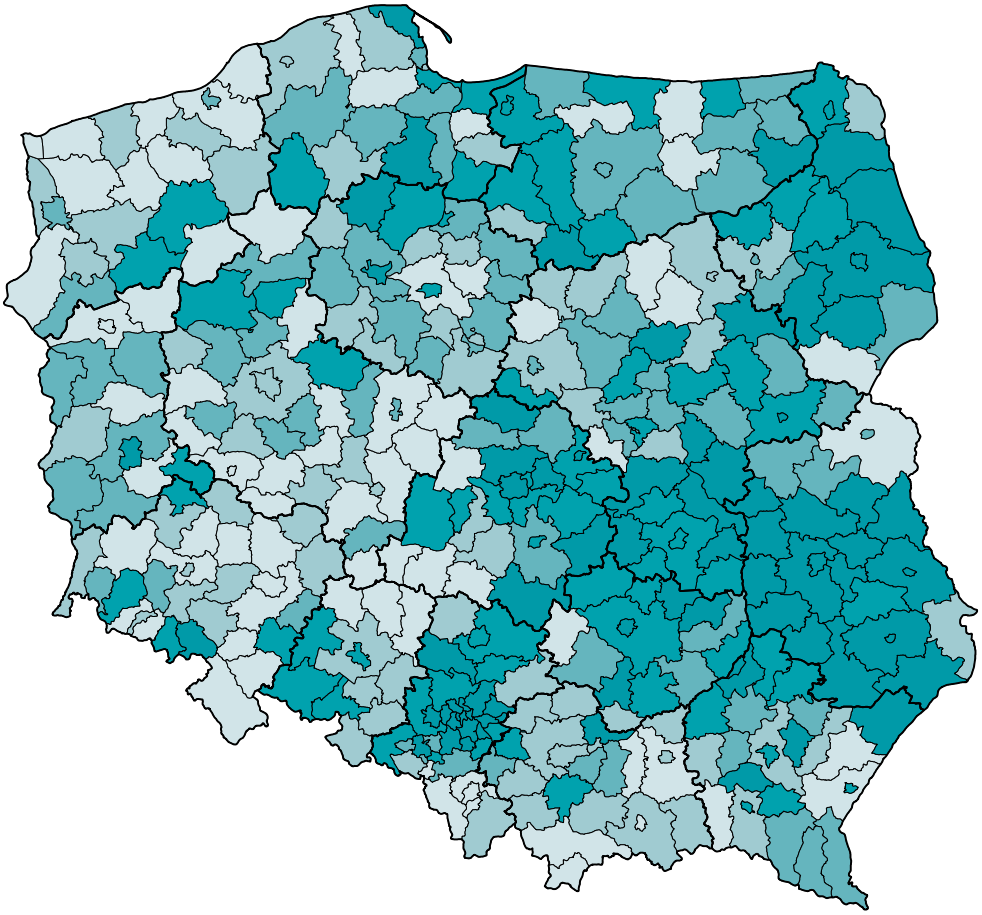


Z powyższego wykresu wynika, że do roku 2019 systematycznie spadała skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, przy utrzymującej się na stałym poziomie tendencji do korzystania z takich świadczeń na terenie innych powiatów. W pierwszym roku epidemii COVID–19 (2020) w przypadku obu grup pacjentów wystąpił głęboki spadek, po którym po wzroście w roku 2021, rok 2022 charakteryzował się odmiennymi tendencjami dla obu grup pacjentów korzystających ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego. Nadal wzrastała liczba pacjentów korzystających z tego typu świadczeń na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, choć było takich pacjentów o 261 tys. mniej niż w roku 2019, natomiast liczba pacjentów korzystających z tego typu świadczeń w innym powiecie spadła i w porównaniu w rokiem 2019 była mniejsza o 173 tys. osób.

W odróżnieniu od roku 2021 (w którym podobnie jak w 2020 z powodu epidemii COVID–19 ograniczano przyjmowanie pacjentów do szpitali w celu wykonywania planowanych zabiegów), w roku 2022 we wszystkich powiatach zaobserwowano wzrost liczby osób – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia. Największy wzrost w 2022 r. w stosunku do roku poprzedniego (7,5 p. proc. lub więcej) zaobserwowano w 38 powiatach, z czego 15 to miasta na prawach powiatu. Największy wzrost zanotowano w następujących powiatach: wałbrzyskim i Wałbrzych traktowanym łącznie (12,2 p. proc.), puławskim (11,2 p. proc.), Lublin (10,6 p. proc.), świdnickim (10,6 p. proc.) i Ruda Śląska (10,6 p. proc.). Największy spadek odnotowano w powiecie kętrzyńskim (1,8 p. proc.) oraz kępińskim (1,2 p. proc.).

Mapa 40. Spadek lub wzrost liczby osób – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenie w porównaniu do roku 2021

Map 40. Decrease or increase in the number of poviat population who have benefited from out–patient specjalized health care, regardless of the place of providing the service compared to 2021



%

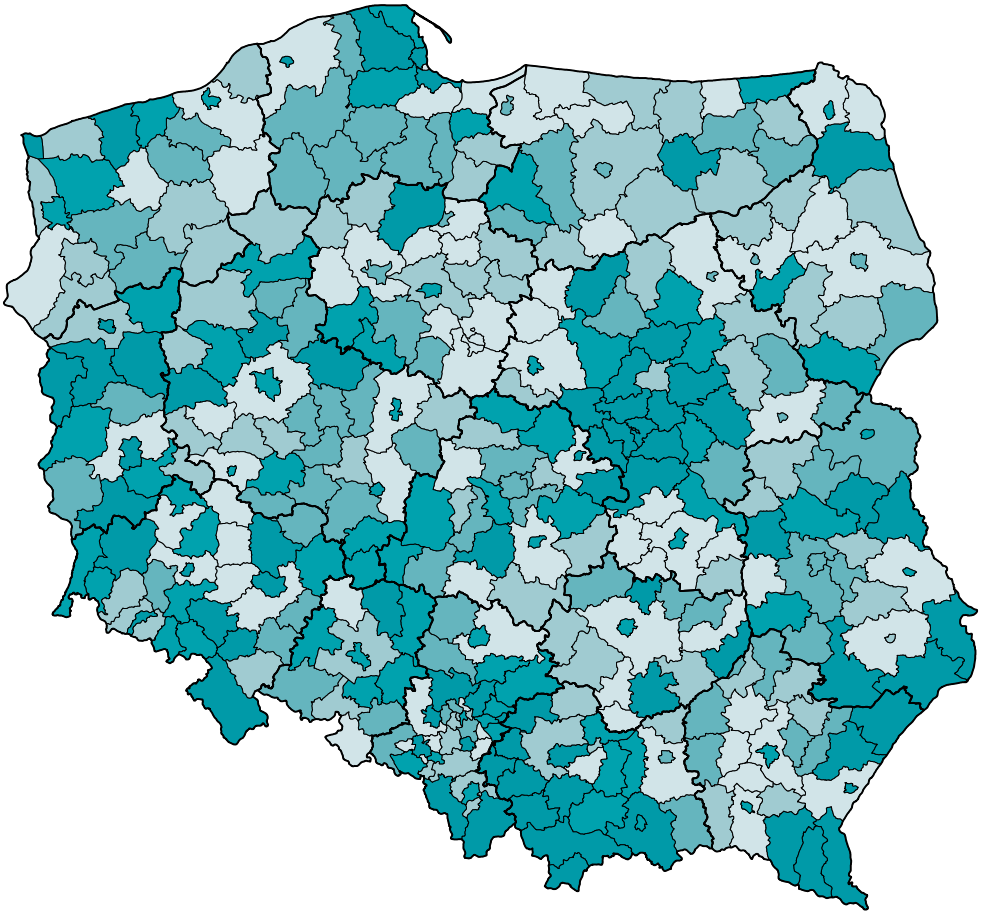
- 6,6–12,2 (75)
- 5,5– 6,5 (76)
- 4,5– 5,4 (76)
- 3,7– 4,4 (76)
- -1,8– 3,6 (76)

Spadek/wzrost liczby osób - ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia.
Decrease/ increase in the number of poviat population who have benefited from out-patient specialized health care, regardless of the place of providing the service.

Wybuch pełnoskalowej wojny na Ukrainie w następstwie rosyjskiej napaści z 24 lutego 2022 r. spowodował liczny napływ uchodźców do naszego kraju. Zostali oni objęci opieką zdrowotną tak jak obywatele Polski. W 2022 r. ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego skorzystało 45 811 obywateli Ukrainy. W 42 powiatach obywatele Ukrainy stanowili więcej niż 3% wszystkich pacjentów. Największy odsetek wystąpił w powiatach bieszczadzkim (8,4%), tatrzańskim (7,2%), Przemyśl (7,1%), piaseczyńskim (6,3%) oraz rawskim (5,0%).

Mapa 41. Odsetek pacjentów - obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie szpitalne na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2022 r.

Map 41. Percentage of patients - citizens of Ukraine who received hospital services in a hospital ward typical for the first reference level in the poviat in the total number of patients in 2022



%

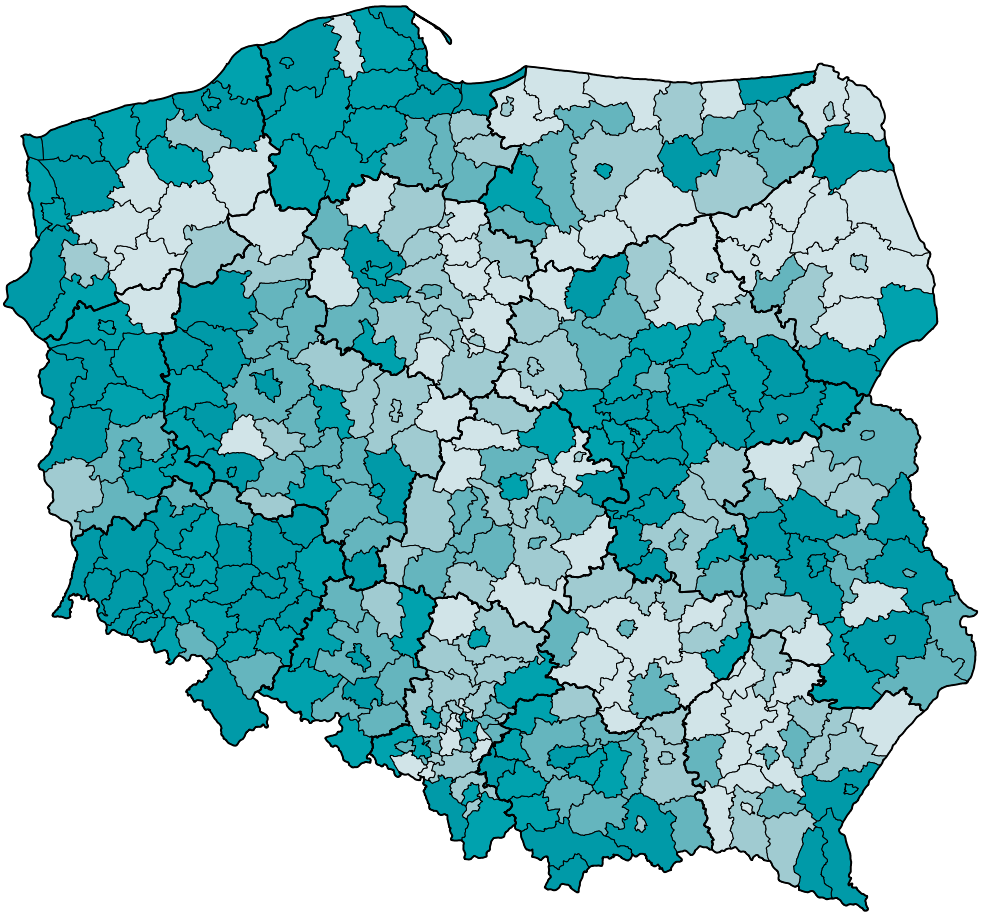
- 2,4–8,4% (76)
- 1,7–2,3% (75)
- 1,1–1,6% (76)
- 0,5–1,0% (76)
- 0 –0,4% (76)

Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych w ogólnej liczbie pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie powiatu.
Percentage of patients – citizens of Ukraina who received hospital services in the total number of patients who benefited frm hospital serwices in the poviat.

Natomiast ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w naszym kraju skorzystało 168 597 obywateli Ukrainy. W 17 powiatach odsetek pacjentów obywateli Ukrainy wynosił więcej niż 1% wszystkich pacjentów. Największy odsetek zaobserwowano w powiatach: przemyskim (3,1%), siedleckim (1,72%) oraz warszawskim zachodnim (1,5%).

Mapa 42. Odsetek pacjentów - obywateli Ukrainy, którzy uzyskali świadczenie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie powiatu w ogólnej liczbie pacjentów w 2022 r.

Map 42. Percentage of patients - citizens of Ukraine who received in out-patient specialized health care in the poviat in the total number of patients in 2022



%

- 0,66–3,10 (76)
- 0,48–0,65 (76)
- 0,39–0,47 (76)
- 0,30–0,38 (76)
- 0– 0,29 (76)

Odsetek pacjentów – obywateli Ukrainy objętych ambulatoryjną specjalistyczną opieką zdrowotną w ogólnej liczbie pacjentów, którzy skorzystali z ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej na terenie powiatu.

Percentage of patients – citizens of Ukraina who received out-patient specialized health care in the total number of patients who benefited from out-patient specialized health care in the poviat.

4.2. Współpraca międzynarodowa w ramach statystyki niefinansowej zdrowia i ochrony zdrowia – opracowanie niefinansowych kwestionariuszy

4.2. International cooperation within the framework of non-financial health and health care statistics – description of non-expenditure questionnaires

W rozdziale przedstawiono w skrócie opis współpracy statystyki polskiej z organizacjami międzynarodowymi: Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) – OECD, Europejskim Urzędem Statystycznym (*European Statistical Office*) – Eurostat, Światową Organizacją Zdrowia (*World Health Organization*) – WHO, w ramach statystyki niefinansowej ochrony zdrowia oraz przykładowe wynikowe dane statystyczne.

Wspólny Kwestionariusz OECD/Eurostat/WHO-Europe danych niefinansowych z ochrony zdrowia (OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics)

OECD, Eurostat i WHO-Europe od wielu lat gromadzą dane na temat niefinansowych zasobów opieki zdrowotnej. Głównym celem wspólnego gromadzenia danych jest dostarczanie porównywalnych na arenie międzynarodowej danych dotyczących kluczowych aspektów opieki zdrowotnej, koncentrujących się na niefinansowych zasobach systemów opieki zdrowotnej. Stanowi to uzupełnienie istniejącego wspólnego gromadzenia danych OECD/Eurostatu/WHO-Europa na temat rachunków zdrowotnych. Od 2010 roku Polska corocznie przesła Wspólny Kwestionariusz danych finansowych do organizacji międzynarodowych (*OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics*).

Najważniejszym powodem wspólnego gromadzenia danych jest zmniejszenie obciążeń związanych z pozyskiwaniem danych. Odpowiednie krajowe instytucje (w przypadku Polski jest to Główny Urząd Statystyczny) są odpowiedzialne za dostarczanie informacji statystycznych organizacjom międzynarodowym. Wspólne wysiłki promują stosowanie międzynarodowych norm i definicji oraz poprawiają spójność danych przekazywanych przez organizacje międzynarodowe.

Jak przewidziano w rozporządzeniu (WE) nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy[104], w 2009 r. Eurostat zainicjował prace mające na celu opracowanie podstawy prawnej gromadzenia niefinansowych danych dotyczących opieki zdrowotnej. W 2023 r. Polska jest jednym z państw sprawozdających obowiązkowy zestaw zmiennych, w odniesieniu do roku referencyjnego 2021. Dane w ramach Wspólnego Kwestionariusza danych niefinansowych przekazywane są corocznie jednocześnie do trzech organizacji międzynarodowych: OECD, Eurostat, WHO-Europe za pośrednictwem GUS (system EDAMIS). Dzięki tej współpracy zgromadzone zostały dane o niefinansowych aspektach ochrony zdrowia według wspólnych założeń metodologicznych.

Zasoby informacyjne Eurostatu zawierają:

- regularne lub doraźne komunikaty informacyjne (on-line);
- statystyki/artykuły interaktywne w dziedzinie zdrowia, które są publikowane we wszystkich obszarach prac Eurostatu i regularnie aktualizowane[105];
- bazę danych Eurostatu[106], w której informacje są zebrane za pośrednictwem Wspólnego Kwestionariusza danych niefinansowych (JQNMHC) i rozpowszechniane w ramach: Ludność i warunki społeczne > Zdrowie > Opieka zdrowotna;
- raporty metadanych publikowane wraz z danymi statystycznymi (żadne mikrodane nie są rozpowszechniane publicznie);
- informacje o Unii Europejskiej we wszystkich językach urzędowych UE[107];

104 http://data.europa.eu/eli/reg/2008/1338/2021-01-01 – aktualizacja 6.12.2023 r.
105 News articles - Eurostat (europa.eu) https://op.europa.eu/en/publications – aktualizacja 6.12.2023 r.
106 Database - Eurostat (europa.eu) – aktualizacja 6.12.2023 r.
107 https://europa.eu/european-union/index_en – aktualizacja 6.12.2023 r.

- przepisy prawa unijnego i dokumenty z nim związane, np. informacje prawne z UE, w tym całego prawa UE od 1951 r. we wszystkich oficjalnych wersjach językowych[108].

Dodatkowym źródłem danych jest Portal Otwartych Danych UE[109], który zapewnia dostęp do zbiorów danych z UE. Dane można pobierać i ponownie wykorzystywać bezpłatnie, zarówno w celach komercyjnych, jak i niekomercyjnych.

Zasoby informacyjne OECD:

- Publikacja OECD Health at a glance[110]
- OECD iLibrary[111]
- Baza danych OECD[112]
- Publikacje OECD[113]
- Księgarnia internetowa OECD[114]
- Biuletyn OECD[115] What's New @ OECD
- OECD Better Life Index[116].

Przykładowe dane/wskaźniki międzynarodowe prezentowane na stronach organizacji międzynarodowych

W wielu krajach do 2019 r. można zaobserwować duży wzrost liczby badań tomografii komputerowej (CT). Pomimo ogólnej tendencji wzrostowej w zakresie stosowania technologii diagnostycznych i ilości wykonanych zabiegów w okresie do 2019 r., w roku 2020 w wielu krajach OECD odnotowano spadki, np. w przypadku badań tomografii komputerowej (CT) i operacji zaćmy. Wynikało to z konieczności opóźniania lub anulowania badań diagnostycznych i zabiegów przez podmioty świadczące opiekę zdrowotną na początku epidemii COVID-19. Jednak w 2021 r. liczba badań diagnostycznych i zabiegów wzrosła, dlatego według najnowszych dostępnych danych w większości krajów przekracza poziom z 2019 r.

Tablica 31. Badania diagnostyczne - tomograf komputerowy w krajach OECD
Table 31. Computed Tomography exams in OECD countries

Państwo Country	Badania - tomograf komputerowy – ogółem Computed tomography exams – total							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Australia/Australia	2 845 950	2 886 461	3 100 395	3 362 870	3 573 711	3 714 716	4 213 062	4 127 613
Austria/Austria	1 514 166	1 507 574	1 525 188	1 622 759	1 742 177	1 622 882	1 783 023	..
Belgia/Belgium	2 237 351	2 262 548	2 281 227	2 307 172	2 353 696	2 365 903	2 586 632	..
Kanada/Canada	5 278 341	..	5 611 107	..	5 419 821	..	..	..
Chile/Chile	1 608 763	1 816 640	1 765 349	1 818 489	2 134 419	1 856 040	2 329 559	..
Kostaryka/ Costa Rica	121 994	130 365	151 469	169 814	194 429	180 901	263 682	312 252
Czechy/Czechia	1 074 709	1 135 284	1 097 052	1 178 430	1 217 789	1 155 945	1 259 707	..
Dania/Denmark	919 548	920 282	996 384	1 069 713	1 105 729	1 140 605	1 207 765	..

108 https://eur-lex.europa.eu – aktualizacja 6.12.2023 r.
109 https://data.europa.eu/en – aktualizacja 6.12.2023 r.
110 Health at a Glance 2023 : OECD Indicators | Health at a Glance | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org) – aktualizacja 6.12.2023 r.
111 www.oecd-ilibrary.org – aktualizacja 6.12.2023 r.
112 https://data.oecd.org/home/ – aktualizacja 6.12.2023 r.
113 https://www.oecd.org/publications/4 – aktualizacja 6.12.2023 r.
114 www.oecd.org/bookshop – aktualizacja 6.12.2023 r.
115 http://www.oecd.org/about/publishing/whatsnew.htm – aktualizacja 6.12.2023 r.
116 http://www.oecdbetterlifeindex.org, OECD Data Explorer – aktualizacja 6.12.2023 r.

Tablica 31. Badania diagnostyczne - tomograf komputerowy w krajach OECD (dok.)
Table 31. Computed Tomography exams in OECD countries (cont.)

Państwo Country		Badania - tomograf komputerowy – ogółem Computed tomography exams – total							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Estonia/Estonia		167 279	181 559	181 989	176 498	180 732	169 655	191 441	..
Finlandia/Finland		214 143	229 174	297 594	317 115	371 109	247 109	..	..
Francja/France		12 557 787	12 945 754	12 686 590	13 106 629	13 384 683	13 348 465	14 757 060	..
Niemcy/Germany		11 689 698	12 225 017	11 562 959	11 996 363	12 562 471	12 473 599	13 294 197	..
Grecja/Greece		1 580 000	1 620 000	2 092 190	2 295 689	2 095 323	1 304 286	1 589 223	..
Węgry/Hungary		..	..	..	1 723 004	1 812 682	1 712 537	1 984 802	..
Islandia/Iceland		63 168	68 697	73 399	80 164	83 682	78 941	..	..
Izrael/Israel		1 100 020	1 164 397	1 265 459	1 302 349	1 438 961	1 381 668	1 469 506	..
Włochy/Italy		5 371 269	5 200 916	5 441 378	5 655 395	5 809 718	5 200 916	6 026 161	..
Korea Południowa/ South Korea		8 919 192	9 798 335	10 527 530	11 780 491	12 864 613	12 959 329	14 568 763	..
Łotwa/Latvia		333 247	349 501	333 946	348 355	352 528	363 939	410 479	..
Litwa/Lithuania		275 274	296 212	300 727	338 704	370 351	309 528	416 388	..
Luksemburg/ Luxembourg		107 061	111 545	114 045	119 887	124 739	120 111	140 140	..
Holandia/ Netherlands		1 368 879	1 509 838	1 651 571	1 813 824	1 923 824	1 987 410	2 340 016	..
Norwegia/Norway		384 491	404 752	424 171	441 595	459 547	455 821	489 652	..
Polska/Poland		**2 664 921**	**2 898 205**	**3 093 347**	**3 243 404**	**3 820 070**	**3 408 847**	**4 399 405**	**..**
Słowacja/Slovakia		847 209	88 1271	837 104	845 085	873 467	784 337	909 965	..
Słowenia/Slovenia		127 616	134 444	146 478	157 661	175 348	177 251	210 580	..
Hiszpania/Spain		4 870 718	5 097 633	5 355 753	5 526 977	5 860 133	5 371 497	6 344 705	
Spoza OECD/ Non-OECD	Bułgaria/ Bulgaria	368 763	429 436	465 227	524 078	544 665	511 007	588 229	..
	Chor-wacja/ Croatia	325 773	351 283	383 058	415 270	457 242	412 170	533 033	..
	Rumunia/ Romania	513 754	539 358	564 535	657 069	659 189	701 683	1 104 443	..

Źródło: Baza danych OECD OECD Statistics – aktualizacja 6.12.2023 r.
Source: OECD Statistics database OECD Statistics - updated on December 6, 2023.

Tablica 32. **Operacja zaćmy w krajach OECD**
Table 32. Cataract surgery in OECD countries

Państwo Country	Operacja zaćmy – ogółem Cataract surgery - total							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Australia/Australia	254 958	261 499	269 271	277 597	242 296	302 587	..	..
Austria/Austria	106 651	110 168	116 739	120 249	122 726	103 716	119 987	..
Belgia/Belgium	..	124 825	131 263	133 617	139 223	108 775	143 292	..
Kanada/Canada	379 866	390 352	396 218	417 951	411 668	326 411	383 717	..
Chile/Chile	46 007	47 185	51 219	53 037	57 174	30 564	39 605	..
Kostaryka/ Costa Rica	9 743	10 719	10 321	12 088	16 044	7 575	11 693	19 051
Czechy/Czechia	121 262	123 535	125 942	131 863	140 569	125 550	131 612	142 670
Dania/Denmark	56 706	58 559	59 425	61 897	60 455	55 080	49 308	..
Estonia/Estonia	14 282	14 025	14 117	18 395	19 010	17 655	17 437	..
Finlandia/Finland	57 096	57 092	58 708	62 750	68 511	64 134	69 304	..
Francja/France	804 269	840 962	863 837	898 775	923 267	748 940	959 942	..
Niemcy/Germany	839 490	857 113	864 479	870 018	882 284	858 553	945 726	..
Grecja/Greece	91 017	..	..	..	..	..	..	..
Węgry/Hungary	94 109	92 577	91 827	94 915	94 716	60 377	46 580	..
Islandia/Iceland	1 963	4 626	4 790	3 200	3 471	3 336	2 978	..
Irlandia/Ireland	10 589	10 385	11 608	13 017	13 230	25 942	33 348	30 055
Izrael/Israel	61 036	62 079	66 681	68 283	69 904	71 922	75 174	..
Włochy/Italy	526 974	567 079	563 741	553 724	578 884	386 183	524 492	..
Korea Południowa/ South Korea	491 926	518 663	549 471	592 191	689 919	702 621	781 220	..
Łotwa/Latvia	..	..	24 326	31 914	33 028	22 203	22 712	..
Litwa/Lithuania	22 674	23 823	24 733	24 708	26 353	20 307	25 339	..
Luksemburg/ Luxembourg	5 743	6 128	6 706	7 241	7 359	6 479	8 230	..
Meksyk/Mexico	86 638,1	89 790,7	92 855	95 861,6	98 970	69 279	79 464,7	..
Holandia/ Netherlands	173 960	185 680	188 400	201 800	209 110	..	..	..
Nowa Zelandia/ New Zealand	15 732	16 683	17 585	18 291	19 886	18 967	..	..
Norwegia/Norway	19 511	20 175	20 599	20 296	21 202	19 201	21 502	..
Polska/Poland	**174 272**	**200 090**	**241 640**	**247 109**	**261 712**	**167 772**	**199 469**	**..**
Portugalia/Portugal	77 371	80 168	74 911	81 998	88 245	71 050	94 872	97 863

Tablica 32. Operacja zaćmy w krajach OECD (dok.)
Table 32. Cataract surgery in OECD countries (cont.)

Państwo Country		Operacja zaćmy – ogółem Cataract surgery - total							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Słowacja/Slovakia		38 975	43 909	39 544	41 680	47 860	34 826	36 770	..
Słowenia/Slovenia		18 437	18 447	18 582	20 848	19 578	17 579	18 842	..
Hiszpania/Spain		410 349	378 204	425 228	429 789	450 247	360 889	404 740	..
Szwecja/Sweden		100 873	101 311	105 988	115 237	118 103	106 323	121 050	..
Szwajcaria/ Switzerland		32 693	38 545	39 463	34 493	37 580	34 309	39 315	..
Turcja/Türkiye		..	..	..	609 928	665 346	394 491	600 856	725 908
Wielka Brytania/ United Kingdom		479 088	491 604	482 938	519 321	540 947	287 610	561 670	..
Spoza OECD/ Non-OECD	Bułgaria/ Bulgaria	47 563	49 359	48 149	50 039	53 520	36 289	45 503	..
	Chor-wacja/ Croatia	34 036	32 963	31 759	30 404	34 190	27 466	32 389	..
	Rumunia/ Romania	79 210	75 438	77 456	81 502	85 262	43 155	49 998	..

Źródło: Baza danych OECD OECD Statistics – aktualizacja 6.12.2023 r.
Source: OECD Statistics database OECD Statistics - updated on December 6, 2023.

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 Główny Urząd Statystyczny, jak i w ramach statystyki resortowej, np. Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji[117]. Źródłem uzupełniającym są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej.

W ramach sprawozdawczości GUS badane są: jednostki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (ZD–3), jednostki ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej (ZD–4), apteki i punkty apteczne (ZD–5) oraz placówki lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej (ZD–2). Dane na temat kadry medycznej pracującej w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej pochodzą ze sprawozdania PS–03. Źródłem informacji o absolwentach uczelni medycznych jest Zintegrowany System Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on, administrowany przez Ministerstwo Edukacji i Nauki.

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 badania lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej (ZD–2) pozyskiwane są informacje o liczbie zakładów, bazie łóżkowej, liczbie pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych według płci i wieku. W zakresie kuracjuszy leczonych stacjonarnie zbierane są dane o liczbie osób dofinansowanych przez NFZ, pacjentach dofinansowanych przez ZUS i KRUS, kuracjuszach pełnopłatnych (w tym cudzoziemcach), a także o osobach, które uzyskały dofinansowanie z PFRON do turnusów rehabilitacyjnych organizowanych w badanych placówkach. Pozyskiwane są również dane o liczbie i rodzajach wykonanych zabiegów leczniczych.

W przypadku lecznictwa ambulatoryjnego (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.

W badaniu pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (ZD–4) gromadzone są m.in. dane o liczbie jednostek systemu ratownictwa medycznego ujętych w wojewódzkich planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (zespoły ratownictwa medycznego, lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, szpitalne oddziały ratunkowe), dane o medycznych czynnościach ratunkowych podejmowanych przez zespoły ratownictwa medycznego (wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego, miejsca zdarzenia, liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych na miejscu zdarzenia). Pozyskiwane są również dane o świadczeniach zdrowotnych udzielanych w izbach przyjęć/szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym; 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,

117 Jednostki, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, począwszy od 2012 r., objęte są sprawozdawczością odpowiednio Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia.

dyspozytorniach medycznych). Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego przekazują niezbędne dane z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Formularz ZD–5 dostarcza informacji na temat aptek (ogólnodostępnych i zakładowych) i punktów aptecznych. Przedmiotem badania jest rodzaj placówki, zakres świadczonych usług (sprzedaż internetową, pełnione dyżury, udogodnienia dla niepełnosprawnych), a także osoby pracujące (farmaceutów, techników farmaceutycznych i inny personel).

Zamieszczone w publikacji dane o zachorowaniach pochodzą ze sprawozdawczości resortowej i rejestrów Ministerstwa Zdrowia. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ–14 – roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej, MZ–15 – sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, MZ–56 – dwutygodniowe, kwartalne, roczne sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach, zgłoszonych w okresie sprawozdawczym, a także dane Centralnego Rejestru Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

Dane o pracownikach medycznych (z wyłączeniem lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych), szpitalach, zakładach opieki długoterminowej, lecznictwie uzdrowiskowym, zakładach psychiatrycznych oraz krwiodawstwie, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ–29 i MSWiA–43 (opieka szpitalna), MZ–29a i MSWiA–33 (stacjonarna opieka długoterminowa), MSWiA–45 (lecznictwo uzdrowiskowe), MZ–88, MZ–88A i MZ–89, MSWiA–29, MSWiA–30 (m.in. informacje o pracownikach medycznych pracujących przy pacjencie oraz w administracji rządowej i samorządowej, w NFZ oraz wyższych uczelniach kształcących personel medyczny), MZ–42, MSWiA–44 i MSWiA–46 (krwiodawstwo). Liczba lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych została opracowana w oparciu o źródła administracyjne (w tym rejestry).

Źródłem danych o działalności pracowni diagnostycznych jest sprawozdawczość resortowa Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji: roczne sprawozdania statystyczne o symbolach MZ–11 i MSWiA–32 (opieka ambulatoryjna) oraz MZ–29 i MSWiA–43 (opieka szpitalna).

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2022 r. opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie sprawozdania MZ–30.

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 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 innych organizacji społecznych (SOF–1) i rocznego sprawozdania lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących (MZ–35A). Do szacunków wykorzystano również wyniki badania SP Roczna ankieta przedsiębiorstwa i SP–3 Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw. 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 2020 r.

Głównymi źródłami danych do opracowania szacunków satelitarnego rachunku zdrowia są wyniki badań: 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 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (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 innych organizacji społecznych (SOF–1) oraz systemy informacyjne Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji dotyczące rachunku zysków i strat samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, system informacyjny Ministerstwa Finansów dotyczący sprawozdawczości jednostek sektora finansów publicznych (prowadzony na podstawie sprawozdań Rb), sprawozdania z wykonania budżetu państwa w zakresie ochrony zdrowia lub sprawozdania finansowe jednostek zaliczanych do sektora instytucji rządowych i samorządowych. W obliczeniach wykorzystano również szczegółowe dane naliczane dla potrzeb rachunków narodowych i Narodowego Rachunku Zdrowia.

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

Dane prezentowane w publikacji – jeśli nie zaznaczono inaczej – obejmują nie tylko placówki podległe Ministerstwu Zdrowia, ale także placówki podległe resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych; oznacza to, że prezentowane dane o pracownikach medycznych, o ambulatoryjnej i stacjonarnej opiece zdrowotnej nie mogą być wprost porównywane z wielkościami prezentowanymi we wcześniejszych edycjach (przed 2012 r.) niniejszej publikacji. Zamieszczone w publikacji dane nie obejmują informacji dotyczących ochrony zdrowia w zakładach karnych (wyjątek Tablica 9 w aneksie tabelarycznym).

Liczby opisujące zasoby systemu opieki zdrowotnej podawane są według stanu na dzień 31 grudnia, natomiast liczby opisujące działalność badanych placówek dotyczą działalności podejmowanej w ciągu roku. Przy przeliczaniu danych stanowiących stan w końcu roku (np. łóżka w szpitalach, liczba przychodni) na mieszkańców (na 1 000 i 10 000 ludności itp.) przyjęto liczbę ludności według stanu w dniu 31 grudnia, a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. leczeni) — ludność według stanu w dniu 30 czerwca.

Liczby względne (wskaźniki, odsetki) obliczono z reguły na podstawie danych bezwzględnych wyrażonych z większą dokładnością niż podano w tablicach. Drobne rozbieżności w sumowaniu danych na „ogółem" występujące w części analitycznej i w aneksie tabelarycznym wynikają z automatycznych zaokrągleń.

Dane i analizy zawarte w publikacji uwzględniają strukturę opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej[118].

Zgodnie z ustawą podmiotami leczniczymi mogą być:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej,
- 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 położna 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,
- jednostki wojskowe

– w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Z kolei do praktyk zawodowych można zaliczyć np.:

- praktykę zawodową wykonywaną przez lekarzy i lekarzy dentystów,
- praktykę zawodową wykonywaną przez pielęgniarki.

118 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023 poz. 991).

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.

Zmiana ustawy o działalności leczniczej z 2016 r. zastąpiła pojęcie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego pojęciem zakładu leczniczego. Nie miało to jednak wpływu na porównywalność statystyk.

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji, objęto zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów leczniczych zarejestrowane[119] 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 ZD–2 i ZD–3 wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, a w przypadku badania ZD–4 – dane z systemów informacyjnych Ministerstwa Zdrowia w zakresie ratownictwa medycznego.

Dane o zachorowaniach (choroby zakaźne, nowotwory, zaburzenia psychiczne wraz z uzależnieniami) są prezentowane w oparciu o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych.

Dane o zachorowaniach na choroby zakaźne, są uaktualniane zgodnie ze stanem w dniu 30 sierpnia 2023 r. i mogą się różnić od danych prezentowanych w poprzednich edycjach publikacji (nie dotyczy danych o chorobach wenerycznych, gruźlicy i chorobach psychicznych).

Dane o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne prezentowane są w oparciu o ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284).

Dane o nowotworach złośliwych są prezentowane według grup umiejscowień w oparciu o klasyfikację ICD-10. Obejmują grupę C00-C97 klasyfikacji i nie obejmują grupy nowotworów przedinwazyjnych (nowotwory in situ D00-D09). Dane dotyczą przypadków nowotworów zarejestrowanych po raz pierwszy w roku sprawozdawczym.

Dane o gruźlicy obejmują nowe zachorowania oraz wznowy, dotyczą przypadków potwierdzonych i niepotwierdzonych bakteriologicznie.

Dane o kile dotyczą osób leczonych w poradniach skórno-wenerologicznych nowozarejestrowanych oraz ogółem leczonych 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 leczenych w danym roku. Pacjenci są rejestrowani jeden raz, według rozpoznania zasadniczego.

Prezentowane w publikacji dane o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej obejmują również działalność praktyk lekarskich i stomatologicznych (indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych), które podpisały umowy z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych.

Badanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, prowadzone za pomocą formularza ZD–3, nie obejmuje praktyk lekarskich i stomatologicznych działających wyłącznie w ramach środków niepublicznych.

119 Wg stanu na dzień 31 grudnia 2022 r.

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[120]. Do 30 września 2017 r. porady wykazywane były w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), a 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.

Badaniem na formularzu ZD–5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą[121] punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD–5 wykorzystano informacje z rejestru aptek prowadzonego przez wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne (według stanu na 31 grudnia 2022 r.).

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, deklarowane przez jednostki objęte badaniami ZD–2, ZD–3, ZD–5, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu[122] Ministra Infrastruktury.

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 mogą być niższe niż stan faktyczny. Dlatego, w wyniku przeprowadzonych prac metodologicznych, dane dotyczące lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych za lata 2020, 2021 i 2022 zostały oszacowane w oparciu wyłącznie o źródła administracyjne, w tym rejestry. Dane te są nieporównywalne z danymi publikowanymi wcześniej.

W pracach nad algorytmem, służącym do oszacowania liczby lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych wykorzystano następujące źródła administracyjne:

- Wykaz ZUS płatników składek (ZUS),
- Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (MZ),
- Rejestry praktyk lekarskich (MZ),
- Wykaz podmiotów, z którymi NFZ podpisał umowę na świadczenie usług medycznych (NFZ),
- Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (NIPiP),
- Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów (NIL).

120 Ustawa z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2017 poz. 1200) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2017 poz. 1300).

121 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2022 poz. 2301).

122 Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1065).

W pracach wykorzystano także zbiory opracowane w GUS na potrzeby innych badań statystycznych, np. zbiór BJS (Baza Jednostek Statystycznych), co pozwoliło na uniknięcie powielania części prac.

Algorytm dla poszczególnych grup pracowników medycznych został opracowany w oparciu o pozyskane dane administracyjne i składał się z kilku opisanych poniżej kroków:

A. Określenie populacji osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza-dentysty, pielęgniarki oraz położnej, zamieszkałych w Polsce

Osobom z rejestrów prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL) i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) przypisany został Unikalny Numer Statystyczny (UNS), stosowany także w innych zbiorach wykorzystywanych do dalszych przeliczeń.

Na podstawie zbiorów NIL i NIPiP oraz Statystycznej Bazy Spisowej (SBS) ustalono faktyczne przebywanie tych osób na terenie kraju. Z wykazu osób posiadających prawo wykonywania zawodu usunięte zostały osoby, które posiadały przynajmniej jedną z cech: wyjechały z kraju, osoby zamieszkałe i pobierające świadczenia poza terytorium Polski, osoby posiadające zagraniczny adres zamieszkania, osoby występujące tylko w jednym rejestrze, osoby zmarłe.

W ten sposób otrzymano populację osób posiadających prawo wykonywania zawodu (PWZ) zamieszkałych w Polsce z unikalnym identyfikatorem (UNS – unikalny numer statystyczny) oraz numerem prawa wykonywania zawodu, który uzupełniono o dane demograficzne (wiek, płeć) oraz adres zamieszkania. W końcowym etapie prac identyfikator został usunięty.

B. Określenie populacji osób pracujących z pacjentem z grupy opisanej w punkcie A

Przyjęto założenie, że osoba pracująca z pacjentem to osoba wykazana jako pracująca w przynajmniej jednym ze źródeł: RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą), NFZ (wykaz podmiotów mających podpisany kontrakt z NFZ), BJS (podmioty z Bazy Jednostek Statystycznych, działające według PKD w sekcji Q Opieka zdrowotna i pomoc społeczna) lub aktywnej praktyce (indywidualnej lub grupowej).

W celu uzyskania populacji osób pracujących z pacjentem, dla każdego z wymienionych powyżej podmiotów uznanych za świadczących opiekę zdrowotną pacjentom:

- zweryfikowano występowanie podmiotów w zbiorze płatników składek ZUS (klucz łączenia: REGON/NIP);
- następnie spośród osób, za które podmioty te opłacają składki, wybrano osoby pracujące (status pracy ustalano na podstawie kodów tytułu ubezpieczenia).

C. Wyznaczenie głównego miejsca pracy dla osób pracujących z pacjentem

Dla osób pracujących z pacjentem, na podstawie zbiorów płatników składek ZUS, wyznaczono ich główne miejsce pracy przyjmując następujące kryteria stosowane kolejno:

- w przypadku, gdy osoba pracuje w jednym miejscu, jest to jej główne miejsce pracy;
- w przypadku, gdy osoba pracuje w więcej niż jednym miejscu pracy, za główne miejsce pracy uważa się to, w którym wymiar czasu pracy jest największy;
- kolejnym kryterium wyboru głównego miejsca pracy były: podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne, a w razie niemożności jej wykorzystania – podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- w przypadku, gdy powyższe, kolejno stosowane kryteria nie pozwalają na dokonanie jednoznacznego wyboru, za główne miejsce pracy uważa się to, w którym pracujący w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty lub pielęgniarki lub położnej jest zatrudniony na umowę o pracę (tj. gdzie pierwsze cztery cyfry kodu tytułu ubezpieczenia to 01 10);
- w pozostałych przypadkach, główne miejsce pracy ustalone jest losowo.

Prezentowane w aneksie tabelarycznym dane przekazywane do organizacji międzynarodowych (Tabl. 9), dotyczą łącznej liczby łóżek w szpitalnictwie (HP.1) oraz w szeroko rozumianej opiece długoterminowej (HP.2). Zostały opracowane zgodnie z wymaganiami OECD/Eurostat.

Do łóżek szpitalnych (HP.1) zaliczono łóżka w szpitalach ogólnych (HP.1.1), psychiatrycznych (HP.1.2), specjalistycznych (HP.1.3), w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach i stacjonarnych zakładach leczniczych. Ujęte są także łóżka w szpitalach zakładów karnych. Uwzględniono tu wszystkie łóżka dostępne dla pacjenta, stale utrzymywane i obsługiwane przez personel medyczny. Od 2008 r. liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łóżkami i inkubatorami dla noworodków (oddziały neonatologiczne) w związku ze zmianą metodologii liczenia łóżek wprowadzoną przez resort zdrowia.

Do łóżek opieki długoterminowej (HP.2) zaliczono łóżka dla osób wymagających trwałej opieki leczniczej i pielęgnacyjnej na skutek chronicznego upośledzenia oraz ograniczonej samodzielności w życiu codziennym. Są to łóżka znajdujące się w zakładach zapewniających opiekę długoterminową w połączeniu z pielęgnacją, nadzorem oraz innymi rodzajami opieki. Opieka ta może stanowić połączenie świadczeń socjalnych oraz usług zdrowotnych. Do tej kategorii zaliczono łóżka w zakładach opiekuńczo–leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych typu ogólnego, hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej, a w zakresie domów pomocy społecznej oddziały dla osób: 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 dla noworodków i inkubatorami. Do liczby łóżek nie są wliczane miejsca dzienne.

Dane o oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych prezentowane są dla 35 grup rodzajów oddziałów, opracowywanych przez autora badania (Ministerstwo Zdrowia), w oparciu o część VIII kodu resortowego, charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, określonego w rozporządzeniu[123] Ministra Zdrowia *w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania*.

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 stacjonarnie lub w trybie dziennym).

Liczba osób w szpitalach bez ruchu międzyoddziałowego jest to liczba osób hospitalizowanych zarejestrowanych w księdze głównej szpitala. Osoba przebywająca w szpitalu kilkakrotnie w ciągu roku, bądź osoba przebywająca w kilku szpitalach w ciągu roku, liczona jest za każdym razem niezależnie.

Dane o wykorzystaniu sprzętu medycznego dotyczą urządzeń będących własnością szpitali ogólnych oraz jednostek udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ) oraz wszystkich wykonanych na tym sprzęcie badań lub zabiegów.

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. 2019 poz. 173).

Badaniem ZD–2 objęte są zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, 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 badaniem ZD–2 są to placówki zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z wykorzystaniem kodu specjalności typowego dla zakładów rehabilitacji leczniczej (7400), działających w trybie ambulatoryjnym, które zarejestrowały łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zgodnie z ustawą[126] są:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego

– na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z systemem współpracują centra urazowe, centra urazowe dla dzieci oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

W przekrojach terytorialnych dane o pacjentach prezentowane są zgodnie z miejscem udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nie miejscem zamieszkania pacjenta.

Od października 2017 r. w całej Polsce funkcjonuje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM). Jest to system teleinformatyczny, który umożliwia przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112 i 999), rejestrowanie zdarzeń medycznych oraz dysponowanie 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 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 2022 był kolejnym rokiem, w którym dokumentacja statystyczna prowadzona była w postaci elektronicznej co przełożyło się na przekazywanie bardziej precyzyjnych danych.

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 kon-

124 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 991).
125 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 151).
126 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 1541 z późn. zm.).

sumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy wydatków.

Rachunek zestawiany jest rokorocznie za rok T-2 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 klasyfikacjach: 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.

Od 2023 r. Narodowy Rachunek Zdrowia (z danymi za 2021 r.) sporządzany jest zgodnie z nowym Rozporządzeniem Komisji (UE) 2021/1901 z dnia 29 października 2021 r. w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 1338/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na opiekę zdrowotną i jej finansowania. Rozporządzenie nie wprowadza znaczących zmian do metodologii rachunku (sporządzanego zgodnie z klasyfikacją SHA 2011), a dostarcza uzupełniających definicji klasyfikacji i określa minimalny zakres danych jakie powinny być przekazywane w ramach Wspólnego Kwestionariusza danych finansowych (JHAQ).

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia są corocznie uzupełniane o wstępne szacunki dotyczące wydatków bieżących za rok T–1.

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 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.

Ze względu na wyżej wspomnianą zmianę metodologii, wyniki NRZ za lata 2013–2021 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.

Szacunkowe porównanie potencjalnych przeliczeń agregatów pomiędzy metodologami SHA 1.0 i SHA 2011

SHA 1.0	SHA 2011
HF1	HF1
HF2	HF2
	HF3

Systemy finansowania opieki zdrowotnej (ICHA-HF)

Kod ICHA	Systemy finansowania
HF.1	Systemy rządowe i systemy obowiązkowych, składkowych ubezpieczeń zdrowotnych
HF.1.1	Systemy sektora instytucji rządowych i samorządowych
HF.1.2	Systemy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na składkach
HF.2	Systemy dobrowolnych płatności za świadczenia zdrowotne
HF.3	Wydatki bezpośrednie 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	Profilaktyka zdrowotna
HC.7	Zarządzanie i administracja systemu ochrony zdrowia oraz jej finansowanie

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	Świadczeniodawcy usług pomocniczych
HP.5	Sprzedawcy i inni dostawcy dóbr medycznych
HP.6	Świadczeniodawcy profilaktycznej opieki zdrowotnej
HP.7	Dostawcy usług w zakresie administracji systemu ochrony zdrowia i jej finansowania
HP.8	Pozostałe jednostki gospodarcze
HP.9	Zagranica

Przychody systemów finansowania (ICHA–FS)

Kod ICHA	Przychody systemów finansowania
FS.1	Transfery z krajowych przychodów instytucji rządowych i samorządowych
FS.2	Transfery z zagranicznych źródeł dystrybuowane przez rząd
FS.3	Składki na ubezpieczenia społeczne
FS.4	Obowiązkowe przedpłaty (inne niż wykazane w FS.3)
FS.5	Dobrowolne przedpłaty
FS.6	Inne przychody krajowe n.e.c
FS.7	Bezpośrednie transfery z zagranicy

Płatnicy (ICHA–FA) – dodatkowy przekrój służący do pozyskiwania danych przez GUS

Kod ICHA	Płatnicy w ochronie zdrowia
FA.1	Instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z funduszami ubezpieczeń społecznych)
FA.1.1	Instytucje rządowe na szczeblu centralnym
FA.1.2	Fundusze ubezpieczeń społecznych
FA.1.9	Wszystkie inne jednostki rządowe
FA.2	Ubezpieczenia prywatne
FA.3	Przedsiębiorstwa (inne niż ubezpieczeniowe)
FA.4	Instytucje niekomercyjne
FA.5	Gospodarstwa domowe
FA.6	Zagranica

Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują, często podlegają złożonym zmianom organizacyjnym, zmieniają się również systemy finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje zespół ekspertów złożony z przedstawicieli: Eurostatu, OECD i WHO – IHAT (International Health Account Team). W związku z tym corocznie, jeśli zachodzi taka potrzeba, kraje dokonują zmian we wcześniej opracowanych rachunkach, w celu doprowadzenia danych do jak najlepszej, międzynarodowej porównywalności.

Metodologia wyliczania nakładów na ochronę zdrowia przez Ministerstwo Zdrowia określona jest ściśle w art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561) 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 6% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023, 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.
5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.
6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.

Powyższe limity, zgodnie z ust. 4 art. 131c powyższej 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, 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:

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 wydatków budżetowych, o których mowa w punktach 1 i 2, środków finansowych, o których mowa w art. 97 ust. 13 oraz 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 związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych;

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) koszty realizacji programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych;

8) 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[127] – 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[128].

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych[129] 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,

127 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.).
128 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 991).
129 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2022 poz. 2561 z późn. zm.).

- dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- dla weteranów poszkodowanych, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach:

1. Świadczeniobiorców objętych zakresem przepisów przejściowych z art. 17 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wpisani na listy oczekujących w zakresie świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa przed końcem 2014 r.),
2. Świadczeniobiorców mających prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wynika z zapisów art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ww. ustawy, stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32 Świadczeniobiorca, u którego:

- w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy,
- lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy – ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58 ww. ustawy.

Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez poradnie i przychodnie specjalistyczne lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie.

Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne[130].

Choroba zakaźna – choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

Dysponent jednostki – podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne[131].

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[132].

Hospicjum – zakład leczniczy podmiotu leczniczego lub jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, sprawująca wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami tych pacjentów.

Jednostka krwi pełnej – 450 ml (jeden litr krwi pełnej w przybliżeniu równa się 2,22 jednostki).

Jednostka świeżo mrożonego osocza – 200 ml (jeden litr osocza równa się 5 jednostkom).

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, prowadzone w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, których celem jest prowadzenie działalności w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Do ich zadań należy 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[133].

130 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2022 poz. 2301).
131 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm.).
132 Ibidem
133 Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (tekst jedolity Dz. U. 2023 poz. 318).

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[134].

Krwiodawstwo są to działania mające na celu dobrowolne (honorowe) i nieodpłatne pozyskiwania krwi i jej składników w celu jej przetoczenia lub przetworzenia w krwiopochodne produkty lecznicze. Krwiodawstwo swoim zakresem obejmuje działania promocyjne, pobranie oraz preparatykę krwi, a także jej wydawanie.

Kuracjusz – osoba korzystająca z usług leczniczych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego na zasadzie skierowania lub na podstawie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku.

Lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych (surowce lecznicze, właściwości lecznicze klimatu) oraz towarzyszących zabiegów z zakresu fizjoterapii.

Leczeni z ruchem międzyoddziałowym – liczba pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Pacjent przebywający na kilku oddziałach w trakcie jednego pobytu w szpitalu na każdym oddziale liczony jest niezależnie.

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).

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[135] .

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[136].

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy[137] i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem[138].

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[139].

134 Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jedolity Dz. U. 2022 poz. 437).
135 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1516).
136 Ibidem
137 Ibidem
138 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2020 poz. 1566).
139 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm.).

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[140] pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki[141].

Opieka paliatywna i hospicyjna – wszechstronna i całościowa forma opieki sprawowana nad pacjentem chorym na nieuleczalną chorobę oraz jego rodziną, mająca na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania służą zapobieganiu cierpienia, niesieniu ulgi, leczeniu bólu i innych objawów somatycznych oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów, wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta.

Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Osobodni – łączna liczba dni pobytu osób leczonych w zakładzie w ciągu okresu sprawozdawczego. Dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Ośrodek leczenia odwykowego – zakład leczniczy prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, zarówno w trybie całodobowym jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od alkoholu.

Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (razem z MONAR) – zakład leczniczy podmiotu leczniczego prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, działający zarówno w trybie całodobowym, jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych niż alkohol.

Pacjent stacjonarny – osoba formalnie przyjęta na leczenie lub pod opiekę, do szpitala lub innego stacjonarnego zakładu leczniczego, pozostająca w nim na minimum jedną noc lub dłużej niż 24 godziny.

Pielęgniarka – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia[142].

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej[143].

Położna – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych,

140 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1465).
141 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm.).
142 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 poz. 479).
143 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).

zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem.

Pracujący bezpośrednio z pacjentem (wykonujący działalność leczniczą) – osoby wykonujące działalność leczniczą, dla których głównym miejscem pracy jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego/zakład leczniczy lub praktyka zawodowa, apteka szpitalna lub ogólnodostępna, punkt apteczny, stacjonarny zakład pomocy społecznej lub żłobek. Do grupy pracujących bezpośrednio z pacjentem zalicza się osoby wykonujące zawody medyczne w domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie zalicza się natomiast osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji rządowej lub samorządowej oraz resortu sprawiedliwości, a także osób pracujących w ZUS, KRUS oraz w firmach farmaceutycznych, nawet jeśli praca przez niewykonywana wymaga wykształcenia medycznego.

Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek lub położnych – forma wykonywania zawodu w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[144].

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.

Przeciętny pobyt chorego na oddziale (w dniach) – iloraz osobodni i liczby leczonych na oddziale.

Przychodnia – przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego, w którym udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Przypadek gruźlicy płuc lub gruźlicy pozapłucnej – 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.

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy[145] mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów.

144 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991).
145 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2022 poz. 2301).

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 działalności leczniczej zajmuje się Centrum e-Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Szczepienie ochronne – podanie szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie.

Szpital – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo wydzielona jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, z wyłączeniem zakładów leczniczych podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne).

Szpital psychiatryczny – zakład leczniczy podmiotu leczniczego wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, prowadzący przynajmniej jeden oddział całodobowej opieki psychiatrycznej.

Stacjonarny zakład rehabilitacji leczniczej – zakład leczniczy/jednostka organizacyjna zakładu leczniczego/komórka zakładu leczniczego w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą polegającą w szczególności na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Średni czas pobytu w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej (w dniach) – jest to iloraz osobodni (łączna liczba dni pobytu osób leczonych w ciągu roku w danym rodzaju zakładu) i łącznej liczby osób leczonych w ciągu tego okresu.

Świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szpitale dzielimy na: szpitale ogólne, szpitale psychiatryczne, szpitale uzdrowiskowe.

Szpitalny oddział ratunkowy – komórka organizacyjna szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiąca jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego[146]. 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

146 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm).

i intensywnej terapii dla dzieci w przypadku szpitalu udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, pracownia diagnostyki obrazowej, miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej[147].

Średnia liczba łóżek – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy podzielona przez 12, tj. liczbę miesięcy w roku.

Świadczenie zdrowotne jest to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią 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.

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.

147 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1225).

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,

z równoczesnymi 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 objętych chorobą;

krioterapia – polega na poddaniu całego ciała (lub miejscowo) działaniu bardzo niskich temperatur;

światłolecznictwo – metoda leczenia światłem, np. lampy emitujące głównie promienie podczerwone (sollux), nadfioletowe (lampa kwarcowa) lub skojarzone światło obu typów promieniowania;

wodolecznictwo, hydroterapia – metody leczenia bodźcowego przez zewnętrzne stosowanie wody zimnej, chłodnej lub ciepłej (kąpiele lecznicze, półkąpiele, natryski, 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.

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[148] 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.

148 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2023 poz. 151).

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, w skład których wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. W skład każdego z typów wyżej wymienionych zespołów wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami[149].

149 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2023 poz. 1541 z późn. zm.).

PART II. METHODOLOGICAL NOTES

1. SOURCES OF STATISTICAL DATA

The essential results of surveys conducted according to the Programme of Statistical Surveys of Official Statistics serve as the basic source of information presented in the publication. The surveys are conducted by the CSO as well as by the ministries (Ministry of Health or Ministry of Interior and Administration)[150].

The following entities are surveyed through the regular reports: health resort facilities, sanatoria (questionnaire ZD–2), outpatient health care units (ZD–3), emergency medical service and first aid units (ZD–4), pharmacies and pharmaceutical outlets (ZD–5). Data on the medical staff working in stationary social welfare come subsequently from PS–03 and data on graduates of medical schools comes from Integrated Information System on Science and Higher Education POL-on, administered by the Ministry of Education and Science.

The surveys on health care cover the above mentioned units operating on the territory of the country, irrespective of the form of financing and irrespective of the organisational subordination of the entity providing these services (i.e. the Ministry of Health, the Ministry of Defence, local self–government entities – voivodships, powiats or gminas, as well as community organizations, churches, religious associations and medical practices providing services financed from public funds, etc.).

In the survey of health resort treatment and inpatient medical rehabilitation facilities (ZD–2) information on number of establishments, beds, as well as inpatients by sex and age are obtained. In terms of inpatients are collected data about number of people subsidized by the National Health Fund, Social Insurance Institution and Agricultural Social Insurance Fund, full–fee patients (including foreigners), as well as persons who received funding from State Fund for the Rehabilitation of the Disabled. Data on number and types of natural healing services performed in health resort facilities are also obtained.

In the survey on outpatient treatment (ZD–3) information about the number of out – patients' departments, medical practices and consultations and teleconsultations given by doctors and dentists in out – patients' departments 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 survey on first aid and emergency medical services (ZD–4) there are collected, among others, data on the number of units of emergency medical services included in the plans of voivodes of the State Emergency Medical Services Systems' (emergency rescue teams, medical air rescue teams, hospital emergency wards), data on emergency medical activities provided by emergency rescue teams (number of calls of the emergency rescue teams, type of occurrence places, number of persons who received health care benefits in the place of occurrence). The survey includes also data on health care benefits provided in admission rooms/hospital emergency wards under the outpatient treatment; inpatient activity of: hospital emergency wards, trauma centres, trauma centres for children, organizational units of a hospital, specialized in providing emergency medical services. The objective scope of the survey includes also information on personnel composition of selected emergency units among others: emergency rescue teams, medical air rescue teams, medical dispatch centres. Disposers of the emergency rescue teams provide all necessary data from the Command Support System of the State Emergency Medical Services.

ZD–5 questionnaire is aimed at gathering information on pharmacies (generally available pharmacies and dispensaries) and pharmaceutical outlets. The survey covers the information on the type of the establishment, scope of services rendered (mail order services, services available at nights, facilities for the disabled), as well as on the persons employed (pharmacists, pharmacy technicians, and other personnel).

150 The entities for which the forming body is the Minister of National Defence starting from 2012 are covered by reporting adequately of the Central Statistical Office and the Ministry of Health.

The data on the incidence of selected diseases presented in this report has been derived from the reports and registers of the Ministry of Health. The following annual statistical reports serve as the source of information: MZ–14 (venereal diseases), MZ–15 (mental disorders and behavioural disorders, addiction to alcohol and drugs), MZ–56 (infectious diseases) and data from the National Cancer Registry and the National Tuberculosis Registry.

The data on medical personnel (excluding doctors, dentists, nurses and midwives), inpatient care – hospitals, long–term health care facilities, health resort facilities, psychiatric facilities and blood donation, presented herein, has been derived 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), MZ–30 (psychiatric facilities), and MZ–42, MSWiA–44 and MSWiA–46 (blood donation). The number of doctors, dentists, nurses and midwives is based on administrative sources (including registers).

The data on activity of diagnostic laboratories has been derived from the reports of the Ministry of Health and the Ministry of Interior and Administration: annual statistical reports MZ–11 and MSWiA–32 (outpatient treatment) as well as MZ–29 and MSWiA–43 (hospital care).

The Annual Report on Psychiatric In–patient Units in 2022, developed on the basis of the MZ–30 form by the Institute of Psychiatry and Neurology, served as the source of data on psychiatric in–patient facilities.

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 (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Family and Social Policy, Ministry of the Interior and Administration, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, 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 SP (Annual survey of enterprises) and SP–3 (Report on the economic activities of enterprises). The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of *Households budgets survey* as well as module survey *Health care in households in 2020*.

The main sources of data for estimates of the satellite health account are the research results: 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 independent public health care facilities (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 in the field of health care or financial reports of entities of the general government sector. The estimations also used detailed data calculated for the purposes of national accounts and the National Health Account.

2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data concerning health care – 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; it means that the presented data concerning medical personnel, out–patient and in–patient health care can't be directly compared with the data published in the previous editions of this Yearbook (before 2012), however, data presented in this publication still do not include information on prison health care (exception Table 9 and tabular annex).

The numbers describing the health care system resources are given as of 31 December, while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year. When computing per capita data (1 000 and 10 000 population, etc.) as of the end of a year (e.g., beds in hospitals, fixed assets), the population as of 31 December was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g., people cured) – as of 30 June.

Relative numbers (indices, percentages) are, as a rule, calculated on the basis of absolute data expressed with higher precision than that presented in the tables. Minor discrepancies in adding up the data on the "total" (in the analytical section and in annex table) result from automatic rounding.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in the Act on Health Care Activities[151].

The Act on Health Care Activities in principle retained all forms of providing healthcare services, but introduced new terminology and classification of entities that provide health care services. All entities that provide health care services are defined as entities engaged in medical activities. *The Act on Health Care Activities* introduced simultaneously, unlike *the Act on health care facilities*, a division of all entities engaged in medical activities into two categories, namely medical entities and professional practices.

Medical entities – in accordance with *the Act* include:

- entrepreneurs within the meaning of the A*ct on Freedom of Economic Activity*,
- independent public health care providers,
- budget units comprising in their organizational structure out–patient clinics, out–patient clinics with infirmaries or primary care physician,
- 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.

In turn, the professional practices include:

- professional practice performed by doctors and dentists,
- professional practice performed by nurses.

The most significant changes introduced by the *Act on Health Care Activities*, include the statutory distinction of terms: a health care entity and a company of health care entity.

In addition, the *Act on Health Care Activities* introduced changes in the classification of medical entities. Legislators resigned to use the International Classification of Health Care Providers (HP) instead they used the three types of activities:

- in–patient round–the–clock health care services – hospital (hospital);

151 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2023 item 991).

- 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).

In 2016, the amendment to the Act on Medical Activity came into force, replacing the notion of a "medical enterprise" with the term "medical facility". However, this change did not affect the comparability of statistics.

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered[152] in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III, IV,V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine/dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD–2, ZD–3 and ZD–4).

During creation of frame to ZD–2, ZD–3 surveys there was also used data from information systems of NHF containing data of health care providers providing services financed from public funds, and in the study ZD–4 – data from Ministry of Health information systems in the scope of emergency medical services.

Data on illnesses (infectious diseases, malignant neoplasms, mental disorders and addictions) are presented based on the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems.

Data on the incidence of infectious diseases are updated according to the state of knowledge on 30 August 2023 and may differ from the data presented in previous editions of the publication (does not apply to data on venereal diseases and tuberculosis and mental diseases).

Data on infectious diseases are presented based on the Act of 5 December 2008 on preventing and combating infections and infectious diseases in humans (Journal of Laws of 2023, item 1284).

Data on malignant neoplasms are presented by groups of their location based on the ICD-10 classification. They include C00-C97 group of ICD-10 classification and do not include the preinvasive in situ D00-D09 group. The data concerns neoplasms cases registered for the first time in the reporting year.

Data on tuberculosis include new cases and relapses, and concern bacteriologically confirmed and unconfirmed cases.

Data on syphilis concern patients newly registered in skin and venereal clinics and the total number of people treated in the reporting year.

Data on mental illnesses concern people registered in the clinic for the first time in the reporting year and those transferred from previous years but treated in a given year. Patients are registered once, according to the main diagnosis.

Presented in the publication data on out–patient health care also include doctors and dental practices (individual, individual specialized and group) which signed a contract with the National Health Fund for the provision of health care services under the public funds.

The survey on the out–patient health care, carried out through ZD–3 questionnaire, does not cover doctor and dental practices operating exclusively within non–public funds.

The results of a study presented by the term out–patient departments should be understood also: health centers, clinics, ambulatory departments, infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories.

152 As of 31 December 2022.

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 form also includes information on holiday and nighttime medical services[153]. 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.

The ZD–5 survey covers three types of establishments: generally available pharmacies, pharmaceutical outlets, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Pharmaceutical outlets established after the Act[154] came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

Information kept by the provincial pharmaceutical inspectorates – specifically the records of pharmacies – was used to create a list of pharmacies and pharmaceutical outlets surveyed in ZD–5 (as at 31 December 2022).

The various types of facilities for the disabled, mentioned in ZD–2, ZD–3 and ZD–5 surveys should have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation[155].

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 CSO. 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 implementation of the statistical obligation by medical entities, especially professional practices, the data on people working with the patient may be lower than the actual state. Therefore, as a result of the methodological work carried out, data on doctors, dentists, nurses and midwives for 2020, 2021 and 2022 were estimated based solely on administrative sources. These data are incomparable with the data published earlier. A detailed algorithm for processing data for the above-mentioned occupations is presented below

The following administrative sources were used in the work on the algorithm used to estimate the number of doctors, dentists, nurses and midwives:

- List of Social Insurance Institution contributors (Social Insurance Institution),
- Register of entities performing medical activities (Ministry of Health),
- Registers of medical practices (Ministry of Health),
- List of entities with which the National Health Fund has signed a contract for the provision of medical services (National Health Fund),
- Central Register of Nurses and Midwives (General Chamber of Nurses and Midwives),
- Central Register of Doctors and Dentists (The Polish Chamber of Physicians and Dentists).

The works also used data files developed at the Central Statistical Office for the purposes of other statistical surveys, e.g. Base of Statistical Units, which allowed to avoid duplication of part of the work.

153 Act of 25 May 2017 amending the act on health care services financed from public funds and certain other acts (Journal of Laws 2017 item 1200) and Regulation of the Minister of Health of June 28, 2017 amending the regulation on guaranteed services in the field of basic health care (OJ 2017 item 1300).
154 Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2022 item 2301).
155 The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (uniform text Journal of Laws 2019 item 1065).

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:

D. Determination of the population of persons licensed to practice the profession of doctor, dentist, nurse and midwife, residing in Poland

Persons from the registers kept by the The Polish Chamber of Physicians and Dentists and the Supreme Chamber of Nurses and Midwives were assigned the Unique Statistical Number (UNS), also used in other collections used for further calculations.

On the basis of the collections of The Polish Chamber of Physicians and Dentists and General Chamber of Nurses and Midwives, as well as, Statistical Census Database (SBS), the actual residence of these persons in the country was established. Persons who possess at least one of the following characteristics have been removed from the list of holders of the profession: they left the country, persons residing and receiving benefits outside the territory of Poland, persons with a foreign address, persons appearing in only one register, persons who died.

In this way, the population of persons with the right to exercise the profession (PWZ) residing in Poland with a unique identifier (UNS — a unique statistical number) and the number of the right to exercise the profession, which was supplemented with demographic data (age, gender) and address of residence, was obtained. In the final stage of work, the identifier was deleted.

E. Determination of the population of people working with a patient (practising) in the group described in section A

It is assumed that a person working with a patient is a person shown to be working in at least one of the sources: Register of Entities providing health care, the National Health Fund (list of entities having a contract with the National Health Fund), BJS (entities from the Statistical Units Base, operating according to PKD in section Q Healthcare and social assistance) or active practice (individual or group).

In order to obtain a population of persons working with the patient, for each of the entities identified as providing health care to patients:

- verified the presence of entities in the collection of Social Insurance Institution contribution payers (linking key: REGON/NIP);
- then, from among the persons for whom these entities pay contributions, the persons working were selected (the employment status was determined on the basis of the insurance title codes).

F. Designation of the main workplace for people working with the patient

For people working with the patient, on the basis of the collections of Social Insurance Institution contribution payers, their main workplace was determined by adopting the following criteria applied in turn:

- where a person works in one place, it is his or her main place of work;
- where a person works in more than one place of work, the main place of work shall be the one where the working time is the highest;
- another criterion for selecting the main place of work was: the basis for the assessment of the pension contribution or, if it is impossible to use, the basis for the assessment of the health insurance contribution;
- where the above, successively applied criteria do not allow an unambiguous choice to be made, the main place of work shall be deemed to be the place where the working person in the profession of doctor or dentist or nurse or midwife is employed under an employment contract (i.e. where the first four digits of the insurance title code this 01 10);
- in other cases, the main place of work is determined randomly.

Data on beds in in–patient health care facilities transmitted to international organisations (and presented in the annex in Table 9) represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) in it wide scope of understanding. Data are elaborated in accordance with OECD/EUROSTAT requirements.

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) specialised hospitals (HP.1.3) and other inpatient entities i.e. health resort hospitals, sanatoria, inpatient rehabilitation facilities as well as prison hospitals. According to definitions of OECD/Eurostat – hospital beds are all hospital beds which are regularly maintained and staffed and immediately available for the care of admitted patients. Since 2008 beds for newborns and incubators are included in total hospitals beds due to the change of the methodology of counting beds in hospitals introduced by the Ministry of Health in 2008.

Long term care beds (HP.2) comprise available beds for people requiring ongoing health and nursing care due to chronic impairments and a reduced degree of independence in activities of daily living found in establishments primarily engaged in providing residential care combined with either nursing, supervision or other types of care as required by the residents. Data on beds in psychiatric type facilities are not included. The care provided can be a mix of health and social services. Beds in all types of nursing and residential care facilities (HP.2) dedicated to long term care are included (i.e. chronic medical care homes, nursing homes, hospices, social welfare facilities for chronically ill with somatic disorders, physically handicapped, mentally retarded including children and young mentally retarded).

The data on particular types of inpatient health care facilities 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 does not include day–places. The daily activities of hospitals is presented separately in the two tables (Table 16 and 17) together with the day–care activities of one day hospitals.

Data on hospital wards are presented for 35 groups of wards elaborated by the author of the survey (the Ministry of Health) on the basis of the system of identification codes for health care facilities (part VIII) in accordance with the Regulation[156] of the Minister of Health.

Data on hospital wards concerns wards registered in the register (RPWDL) and included in the organizational structure of hospitals (until 2021, they included wards which reported inpatient or day care activity).

Inpatients without a patient flow between hospital wards means inpatients entered in the main hospital register. A person who were admitted in hospital more than once during the year, each time was counted independently (number of patient's hospitalizations).

Health resort treatment operates on the basis of the the *Law on Health Care Activities*[157], as well as *the Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas*[158].

Inpatient rehabilitation facilities examined in the ZD–2 study are institutions which were registered using a code of specialty (7 400) and also registered beds and conduct inpatients activity.

156 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).
157 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2023 item 991).
158 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 (Journal of Laws of 2023 item 151).

According to the Act[159] on the State Emergency Medical Services, the following units are classified within the system:

- hospital emergency wards,
- emergency rescue teams, including medical air rescue teams, which are part of independent public health care facilities or budgetary units or limited companies with at least 51% of shares of the State Treasury or local government unit

with whom contracts for the provision of healthcare services were concluded.

Trauma centres, trauma centres for children and organizational units of hospitals specialized in providing emergency medical services cooperate with the State Emergency Medical Services System. These units are included in the plans of voivodes of the Emergency Medical Services System.

Data on patients in cross territorial location are presented according to the location of provided health care services regardless of a place of residence.

There is the Command Support System of the State Emergency Medical Services (SWD PRM) in Poland. It has operated throughout the country since 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 voivods. Implementation of the Command Support System of the State Emergency Medical Services result in dispatching emergency rescue teams and filling medical documentation electronically. The system allows, among others, the generation of cross–sectional statistics and analysis on the time of arrival of emergency rescue teams to the occurrence places. The year 2022 was next year in which statistical records was gathered in electronic form what result in providing more precise data.

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. 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.

Expediture on health and health care is presented in three basic cross sections: HF (financing schemes), HC (health care functions), and HP (providers). An additional table relates to the HFxFS cross–section and provides information on the relationship between financing schemes and the types of revenues going to them.

Since NHA for 2021 is disseminated under Commission Regulation (EU) 2021/1901 of 29 October 2021 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council as regards statistics on health care expenditure and financing data are developed according to SHA 2011 methodology.

159 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws of 2023, item 1541, as amended. .

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, compulsory – contributory insurance schemes, include administrative systems of institutions that collect data on health expenditure, i.e. the Ministry of Health, the National Health Fund, the Social Insurance Institution, the Agricultural Social Insurance Fund, the Ministry of Interior and Administration, the Ministry of National Defense, the Ministry of Justice, the Ministry of Family 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.

Due to the aforementioned change in methodology, the results for 2013–2021 should not be directly compared to accounts published in previous years. Only selected aggregates can be analyzed, at a high level of generality, of the account produced according to SHA 2011 with respect to SHA 1.0.

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
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c)

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. 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 (Journal of Laws of 2022, item 2561) and is not related to the methodology of SHA 2011, according to which the National Health Account is developed.

Pursuant to the provisions of the Act, there shall be appropriated annually for the financing of health care an amount not less than 6% of the gross domestic product, provided that the amount of funds appropriated for the financing of health care from 2018 to 2023, 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) 5.55% of gross domestic product in 2022
6) 5.80% of gross domestic product in 2023

These limits, in accordance with paragraph 4 of Article 131c of this 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 as at 31 August. This announcement is issued by May 15 of a given year for the previous year. Thus, when planning outlays on health care for the following year, in accordance with the Act, the Council of Ministers, in draft budget laws or draft laws on budget provision, takes into account that value of GDP which is available for year N–2 in relation to year N to which the budget law refers. In addition, the Law on health care services financed from public funds, also defines a strict catalog of expenses or costs that are included in health care outlays.

The catalog includes:

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 budgetary expenditures referred to in points 1 and 2, financial resources referred to in Art. 97 par. 13 and resources from the Medical Fund transferred to the Fund;

4) the estreat for the Agency for Health Technology Assessment and Tarification, referred to in Art. 31t sections 5–9, included in the financial plan of the Fund;

5) costs related to the implementation of postgraduate internships of doctors and dentists and of specializations of doctors, dentists, nurses and midwives;

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 costs of implementing the government programs referred to in Article 7(1) of the Act of 23 October 2018 on the Solidarity Fund with regard to health support for persons with disabilities;

8) the estreat for the Medical Research Agency referred to in Art. 97 par. 3e, included in the Fund's financial plan.

3. BASIC DEFINITIONS

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act[160].

Addiction recovery center – a medical facility of medical entity conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24–hour basis, as well as on a day and/or hostel basis, where most people are treated for addiction to psychoactive substances other than alcohol.

Average number of beds – the total number of beds as of the end of each month, divided by 12, i.e. by the total number of months in the year.

Average patient stay (in days) – the number of bed–days divided by the number of patients in the year.

Bed–days – total number of days of patient stay in a facility (beds effectively occupied) within the reporting period. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility.

Biological disability – respondent's subjective assessment of limitations in performing daily activities (severe or not very severe) lasting at least 6 months[161].

Blood donation – a campaign of voluntary bodies/grassroots initiative aimed at the voluntary acquisition of blood from people in good health, either for the benefit of people requiring blood transfusion (e.g. during surgical treatment), or for use in the manufacture of blood derivative products.

160 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2023 item 1541 with later amendments).
161 As above.

The principles related to the collection of blood, the separation of its elements, its storing and marketing, as well as the issues related to the organisation of the public blood services, are regulated under the Act on Public Blood Service.

Chronic medical care home – health care unit or an organizational unit of the health care entity in which a health care entity is engaged in medical activities of kind of stationary and 24–hour health care services other than hospital. The services may rely in particular on providing 24–hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents and medical materials, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self–care and personal care at home.

Detoxification center – a medical facility conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24–hour as well as on a day and/or hostel basis, where most people are treated for alcohol addiction.

Disability by statistical criterion – includes people who are biologically disabled, but only severely disabled, as well as people who are legally disabled (with a disability certificate).

Discharged patients – patients who left the treatment facility (e.g. hospital) after inpatient treatment. This number does not include deceased patients.

A dentist (up to 31 May 2004 – a stomatologist) – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a dentist, which consists of providing services in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area[162].

Doctor specialist, dentist – a doctor (dentist) holding grade II specialization or title of a specialist in the relevant field of medicine in accordance with Art. 16 par. 2 of the Act[163], and the regulation[164].

Drug treatment center – an inpatient facility that operates substance abuse treatment and therapy units, either on a 24–hour basis or on a day and/or hostel basis, where the majority of individuals are treated for alcohol dependence.

Emergency rescue teams – pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services, are units that undertake emergency medical services in non-hospital conditions. They are divided into:

– specialist teams, consisting of at least three people holding licences to perform emergency medical services, including a physician of emergency medical services and a nurse of emergency medical services or emergency medical technician;

– basic teams, consisting of at least two people holding licences to perform emergency medical services, including a nurse of emergency medical services or emergency medical technician;

The emergency rescue teams shall be equipped with a means of sanitary transport fulfilling technical and quality features specified in the Polish Standards transposing the European harmonized standards. Both teams also include a driver, in the event that no member of such a team fulfils the conditions referred to the Article 106, paragraph 1 of the Act on vehicle drivers[165] .

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,

162 As above.
163 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, (uniform text Journal of Laws 2021 item 790).
164 Regulation of the Minister of Health of 31 August 2020 on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws item 1566).
165 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2023, item 1541, as amended).

- psychological examination and therapy,
- medical rehabilitation,
- care for women during pregnancy, childbirth and puerperium as well as for the foetus and the new-born child,
- care for healthy children,
- diagnostic tests including medical analytics,
- nursing services,
- care for the disabled,
- palliative and hospice care,
- adjudication and evaluation of health status,
- prevention of injuries and diseases through preventive measures and vaccination,
- technical activities in the field of prosthetics and orthodontics,
- activities in the field of orthopedic supplies and resources accordance with the law.

Health care services may be rendered by health care facilities, by natural persons performing medical professions, or by a group practice of doctors, nurses and midwives.

Health resort facilities – a health care facility or organizational unit cell performing medical activities as outpatient or stationary round–the–clock health benefits under the provisions of medical activity. Health resort facilities operates in the area of the health resort (spa), has been created in order to provide health benefits in the field of health resort treatment or rehabilitation. According to the Law[166] 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.

Hospice – health care institution providing multidisciplinary medical, psychological and social care over ill persons, in terminal stage of illness (mainly due to cancer), as well as care over the families of these ill persons.

Hospital – a health care unit of the therapeutic entities or organizational units of health care unit in which an entity conducts medical activity in kind of hospital services. Health care unit of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty–four hours (day care hospitals) are excluded.

Hospital bed – bed permanently located in wards, fully equipped, and occupied, or ready to be occupied, by patient.

Hospital emergency ward – is an organizational unit of a hospital as defined in the regulations on medical activity, being a unit of the State Emergency Medical Services, providing health care to persons who is in health threatening conditions[167]. Hospital emergency ward provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the persons in health threatening conditions who are transported to hospital by emergency rescue teams or individually. A hospital emergency ward can be established in hospitals which have at least: a general surgery ward with a trauma section, a paediatric surgery ward – for hospitals providing health care services for children, an internal medicine ward, a paediatrics ward – for hospitals providing health care services for children, an anesthesiology and intensive therapy ward, a paediatric anesthesiology and intensive therapy ward – for hospitals providing health care for children, a diagnostic imaging laboratory, night and holiday health care place[168].

166 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 (Journal of Laws 2023 item 151).
167 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2023, item 1541, as amended).
168 Regulation of the Minister of Health of 27 June 2019 on the hospital emergency department (uniform text Journal of Laws 2023 item 1225).

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[169].

Incidence – a measure of the frequency of disease occurrence, which is the quotient of new cases that appeared in a specific time period in a specific population in relation to the size of this population.

Inpatient – a person formally admitted for treatment or care, to a hospital or other inpatient treatment facility, and who remains there for a minimum of one night or more than 24 hours.

Inpatient medical rehabilitation facility – a medical facility/organizational unit of a medical facility/cell of a medical facility in which a medical entity carries out therapeutic activity consisting in particular in improvement activities that serve to preserve, restore and improve health.

A midwife – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope of nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services, connected with care over a pregnant woman, a childbearing woman, a woman lying–in and an infant.

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, accompanied by simultaneous physical exercises,

169 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2023, item 1541, as amended).

mud baths – healing baths, which involve the application of crumbled peat and peloids, which are natural mineral substances,

paraffin wax treatment – paraffin packs, compresses or direct limb baths (so–called "gloves" or "socks"), and face masks.

Health resort facilities located on the area of a health resort include: health resort hospitals (also for children), health resort sanatoria (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres as well as sanatoria in underground mining excavations.

Medical dispatch center – an organizational unit of a voivodship office indicated in the voivodship plan of the State Emergency Medical Services, created to receive and handle emergency calls transmitted from emergency notification centers, to receive notifications about events and to perform tasks by medical dispatchers[170].

A nurse – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services[171].

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.

The annual average occupancy rate (in days) – the number of bed–days divided by the average number of beds.

The annual average occupancy rate (in percent) – the number of bed–days divided by the average number of beds available and the results (in days) divided by 365 days and multiplied by 100

The annual average occupancy rate (in percent) – the number of bed–days divided by the average number of beds available and the results (in days) divided by 365 days and multiplied by 100:

$$W = \frac{\text{annual inpatient bed-days}}{\text{average number of beds x 365}} \text{ x } 100\%$$

The values used for the calculation mean:

- annual inpatient bed–days – number of the days that inpatients spend in health facility during a year. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility
- the average number of beds – number of beds in health facility as of the end of each month, divided by 12.

Occupational medicine – theoretical and practical field of medicine, which focuses on the examination of impact exerted by the work environment, and the way in which work is performed, on the health status of workers. Occupational medicine also focuses on the minimization of negative health effects of work through appropriate prevention activities. In accordance with the provisions of the Labour Code Act[172], employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

170 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2023, item 1541, as amended).
171 The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives (uniform text Journal of Laws of 2021 item 479).
172 Labour Code Act of 26 June 1974 (uniform text Journal of Laws of 2023 item 1465).

Occupational medicine service organizational units – entities, excluding nurses and midwives (as defined by the provisions of separate regulations), which deliver preventive occupational health care as a part of their curative activities. Such entities constitute basic occupational medicine service units and voivodship occupational medicine service centres. Occupational medicine service organizational units are defined in art. 2, paragraph 2 of the OMS Act[173].

Organisational units of public blood service, conducted in the form of an independent public health care institution, whose purpose is to conduct activities in the field of blood donation and blood therapy. Their tasks include 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[174].

Out–patient department – health centres, clinics, ambulatory departments and infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories which provide primary health care or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation.

Out–patient health care – according to the Act[175] – provision of health services by health care providers to patients not requiring treatment on a 24–hour or on a daytime basis.

Out–patient health services include the provision of primary health care, or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation, provided in conditions not involving the provision of the full–time and all day in a suitably equipped, permanent room. The provision of these benefits can be carried out in the rooms of entities, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence[176].

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.

Pharmacy – an establishment within health care system, where pharmacists and other pharmaceutical personnel provide pharmaceutical services.

Pharmaceutical outlets – generally available points of retail turnover for medicinal products. Pharmacy points created after the date of entry into force of the Act may be located only in rural areas, if there is no generally available pharmacy[177].

Professional registers – registers of persons with the right to perform medical profession: Central Register of Physicians of Poland, the Central Register of Nurses and Midwives, Pharmacists Register, a list of laboratory diagnosticians.

A physician – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a doctor, which consists of providing health services, and in particular of examining health state, diagnosing diseases and preventing them, treatment and rehabilitation of the sick, providing consultations, as well as issuing medical statements and opinions. The profession of doctor can be practised according to various legal forms[178].

173 Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997 (uniform text Journal of Laws of 2022 item 437).
174 The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 (uniform text Journal of Laws of 2023 item 318).
175 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2022 item 2561, as amended).
176 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2023 item 991).
177 The Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2022 item 2301).
178 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist (uniform text Journal of Laws of 2021 item 790).

The place of occurrence – in accordance with the Act[179] 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[180].

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[181].

Psychiatric hospital – a medical institution of a medical entity conducting therapeutic activity in the type of hospital benefits, leading at least one department of 24–hour psychiatric care.

Register of medical practices is run by the Regional Medical Chamber appropriate to the place of practice. Prior to commencement of any activity, a doctor or a dentist is obliged to obtain the relevant entry into the register of economic activities, and, in the case of a specialist practice, to hold a specialist degree in the medical field corresponding to the type and scope of medical services performed. Authority keeping the register deletes the practice from the register if the doctor submits a statement on the cessation of the activity covered by the entry. The register is a part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the *Act on Health Care Activities*.

The register of nurses and midwives practices is run by the by the Regional Medical Chamber of nurses and midwives appropriate to the place of practice. The register is part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the *Act on Health Care Activities*.

Specialised out–patient services financed from public funds[182] 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,

179 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2023, item 1541, as amended).

180 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws of 2022 item 2561, as amended).

181 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2023 item 991).

182 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2022 item 2561, as amended.

- people addicted to alcohol, narcotics and psychotropic substances – in substance abuse treatment,
- authorized soldiers or workers – for the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country,
- veterans injured in the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country.

Health care services are provided without referral to a health insurance doctor in the following cases:

1. Beneficiaries falling within the scope of transitional provisions of art. 17 of the Act of 22 July 2014 amending the act on health care services financed from public funds and some other acts (entered into waiting lists in the scope of services provided by an ophthalmologist and dermatologist before the end of 2014),

2. Beneficiaries who have the right to oncological diagnosis based on the diagnostic and oncological treatment card results from the provisions of art. 32a paragraph 1 of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds with d. Beneficiary with whom the doctor referred to in art. 55 sec. 2a above of the Act, found suspicion of a malignant tumor, has the right to oncological diagnosis based on the diagnostic card and oncological treatment, without referral referred to in art. 32. A beneficiary who:

- as a result of oncological diagnosis a malignant tumor was found,
- a physician providing outpatient specialist services or hospital services has identified a malignant tumor – he has the right to oncological treatment based on a diagnostic and oncological treatment card, without referral, referred to in art. 57 par. 1 or art. 58 above Act.

Specialised out–patient services are provided by out–patient clinics and specialised out–patient departments or by specialised medical practices.

Substance Abuse Rehabilitation Center (together with MONAR) – an inpatient facility of an inpatient entity that operates substance abuse treatment and therapy units, operating on both a 24–hour and day and/or hostel basis, where the majority of individuals are treated for addiction to psychoactive substances other than alcohol.

Teleconsultation – medical or psychological consultation provided remotely using a telephone connection or other ICT systems.

The unit of fresh frozen plasma – 200 ml (one litre of plasma equals 5 units).

The unit of whole blood – 450 ml (one litre of whole blood approximately equals 2.22 units).

Working directly with the patient (performing health care activities) – persons whose main workplace is a public or non–public health care facility, a pharmacy, a pharmaceutical outlet, a stationary facility of social welfare or a practice. This group does not include persons for whom the main workplace is the National Health Fund, university or government entity or local government, the Ministry of Justice, as well as those working in the Social Insurance Institution, Agricultural Social Insurance Fund and in pharmaceutical companies, even if the work performed requires medical education. The methodology is consistent with international recommendations.