

18. FINANSOWANIE I ZASOBY INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA

Katarzyna Kwiatkowska, Olga Partyka, Monika Pajewska, Aleksandra Czerw

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i innych krajach UE

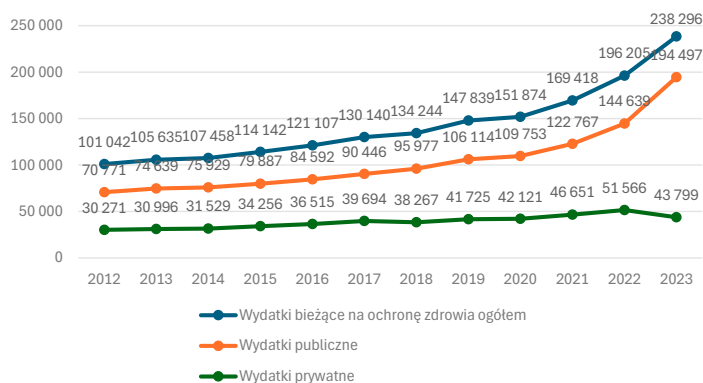
System ochrony zdrowia w Polsce od lat zмага się z wyzwaniem niewystarczającego finansowania opieki zdrowotnej, czego wynikiem są m.in. trudności z dostępem do usług medycznych czy niedobory personelu medycznego. Pomimo iż poziom finansowania ze środków publicznych jest znaczący i wynosi 74% (2022 r.), wysokość dopłat pacjentów również jest istotna i stanowi niemal 1/5 wydatków prywatnych na zdrowie (19%, 2022 r.)¹. W niniejszej części opracowania przedstawiono dane dotyczące wydatków publicznych i prywatnych na opiekę zdrowotną oraz ich zmianę na przestrzeni ostatnich kilku lat. Za podstawowe źródło danych posłużyły Narodowe Rachunki Zdrowia, publikowane corocznie przez Główny Urząd Statystyczny i zawierające podstawowe informacje o wydatkach na opiekę zdrowotną w kilku zunifikowanych kategoriach. W dalszej części przedstawiono również dane dotyczące wydatków na tle krajów UE i Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), celem zobrazowania sytuacji międzynarodowej i odniesienia sytuacji w Polsce do innych państw. W tych zestawieniach wykorzystano przede wszystkim dane OECD.

Wydatki publiczne i prywatne

Jak pokazuje rycina 18.1 wydatki bieżące na ochronę zdrowia z roku na rok sukcesywnie zwiększają się i to zarówno publiczne, jak i prywatne. Wzrost wydatków publicznych jest jednak bardziej dynamiczny – w okresie 5 letnim, czyli

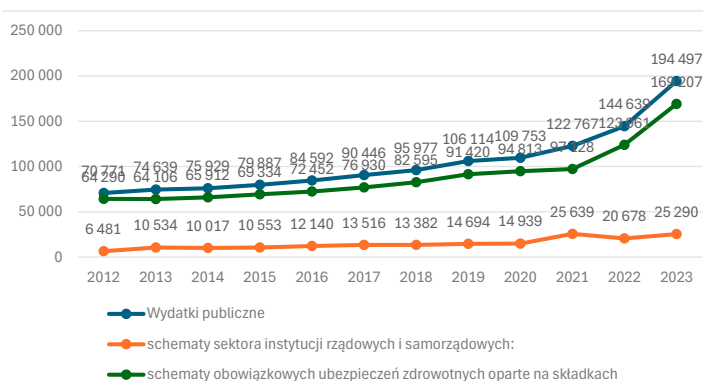
¹ Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2022 rok [22.01.2025] <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2022-rok,283,11.html>

między 2018 r. a 2023 r. wydatki publiczne wzrosły o 103%, podczas gdy prywatne jedynie o 14%, co jest związane ze stałym zwiększaniem nakładów publicznych na zdrowie. Wydatki bieżące w 2023 r. wyniosły 238 296 mln PLN, z czego 82% stanowiły wydatki publiczne, a 18% prywatne.



Ryc. 18.1. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w latach 2012–2023 w mln PLN (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013–2023])

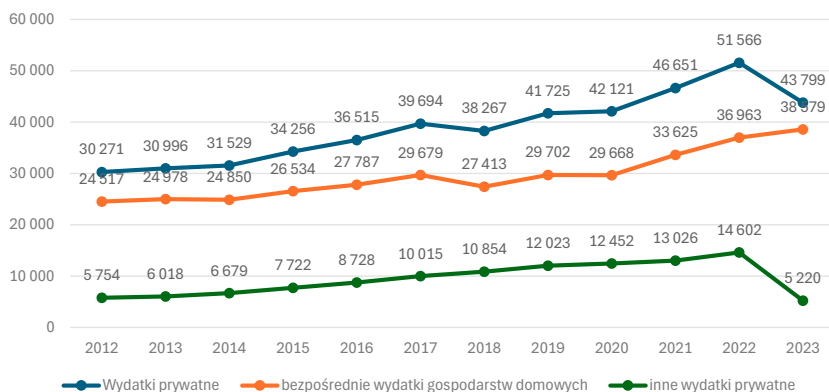
Zdecydowana większość wydatków publicznych pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, w 2023 r. było to 87%, w poprzednich latach odsetek ten oscylował wokół 80% (ryc. 18.2).



Ryc. 18.2. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w latach 2012–2023 w mln PLN (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2012–2023])

Analizując wydatki prywatne widzimy, że główną ich część stanowią nie-
zmiennie bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych. Poziom wydatków

bezpośrednich nieznacznie wzrastał na przestrzeni lat, natomiast w 2018 r. zanotowano spadek. Ponowny wzrost zauważyć można w 2019 r. (ryc. 18.3). Największy udział wydatków bezpośrednich stanowią wydatki na leki (ok. 60%), na drugim miejscu plasuje się opieka stomatologiczna, a następnie opieka ambulatoryjna. Najmniej z kieszeni pacjentów wydatkowane jest na produkty medyczne, opiekę szpitalną i badania diagnostyczne².



Ryc. 18.3. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia w latach 2012–2023 w mln PLN (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013–2023])

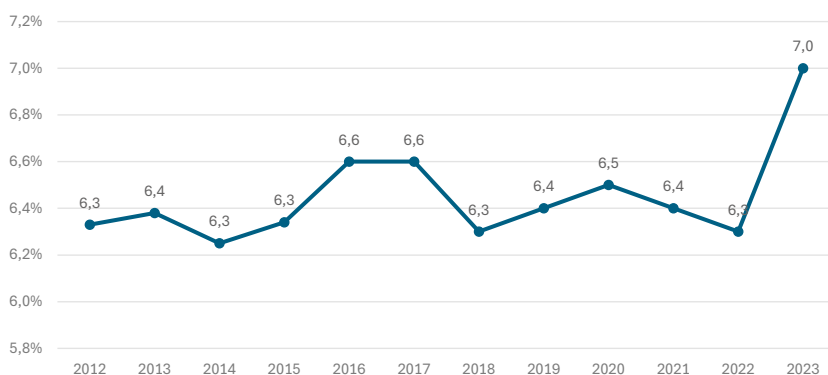
Jednym z głównych elementów porównania systemów opieki zdrowotnej jest odsetek PKB przeznaczanego na opiekę zdrowotną. W Polsce pozostaje on wciąż na niewielkim poziomie i od 2012 r. oscyluje wokół 6%, przy czym na przestrzeni lat odnotowano niewielkie fluktuacje. W 2023 r. odsetek PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia wyniósł 7%, co wciąż jest niższym odsetkiem niż średnia UE, wynosząca 9,9%³ (ryc. 18.4). W tym miejscu warto zaznaczyć zmianę w metodologii obliczania odsetka PKB przeznaczanego na zdrowie. Do 2017 r. udział wydatków na zdrowie liczono w relacji do wartości PKB z roku bieżącego. W nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 24 listopada 2017 r.⁴ wartość produktu krajowego brutto zaczęła

² Tambor M, Pavlova M. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020

³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela

⁴ Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2017 poz. 2434

być ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu prezesa Głównego Urzędu Statystycznego według stanu na dzień 31 sierpnia. Ostateczna wartość wskaźnika PKB podawana jest przez GUS z 2-letnim opóźnieniem, zatem realnie udział wydatków liczony jest w odniesieniu do wartości PKB sprzed 2 lat, a nie bieżącego, jak to miało miejsce przed 2017 r. Zmiany te należy mieć na uwadze analizując dane dotyczące wydatków na zdrowie na przestrzeni ostatnich kilku lat.



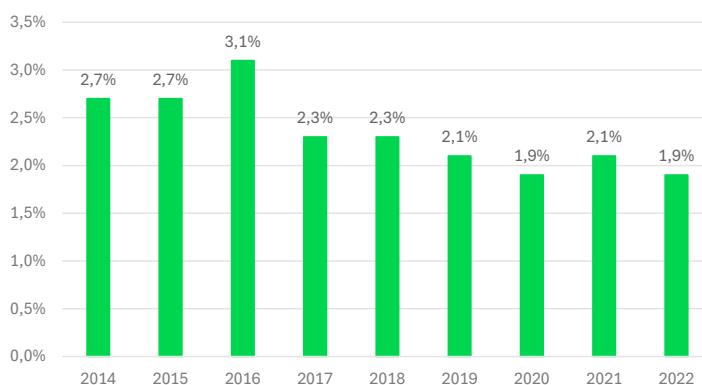
Ryc. 18.4. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem jako odsetek PKB – lata 2012–2023 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013–2023])

Zdecydowana większość wydatków na ochronę zdrowia przeznaczana jest na usługi lecznicze, w latach 2013–2022 było to niezmiennie ponad 50%. Kolejnym istotnym elementem są artykuły medyczne, których odsetek wynosił ok. 20% w analizowanych latach. Struktura wydatków nie ulega znaczącym zmianom na przestrzeni lat, na uwagę zasługuje natomiast wzrost wydatków na opiekę długoterminową o 2 punkty procentowe na przestrzeni ostatnich 5 lat (z 6 do 8%) (ryc. 18.5).

Wśród wydatków na ochronę zdrowia warto wyodrębnić wydatki na profilaktykę i ochronę zdrowia – w Narodowym Rachunku Zdrowia corocznie publikowanym przez GUS ten rodzaj wydatków umieszczony został w klasyfikacji funkcjonalnej pod nazwą „Profilaktyka i zdrowie publiczne”. Rycina 18.6 przedstawia udział tj. grupy wydatków w całkowitych wydatkach na zdrowie na przestrzeni lat 2014–2022. Od 2014 r. udział tych wydatków oscyluje wokół 2–3%, przy czym w ostatnich latach dominuje tendencja spadkowa. Najwyższy udział wydatków na zdrowie publiczne i profilaktykę na przestrzeni ostatnich lat występował w 2016 r. (3,1%), natomiast już w 2022 r. wyniósł jedynie 1,9%.

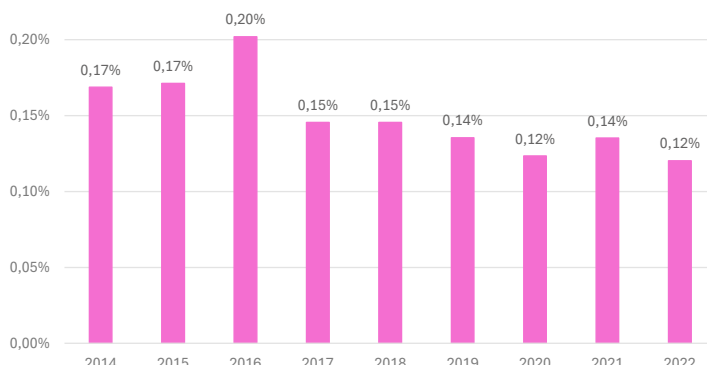


Ryc. 18.5. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w latach 2013–2022 ze względu na funkcję (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2013–2023])



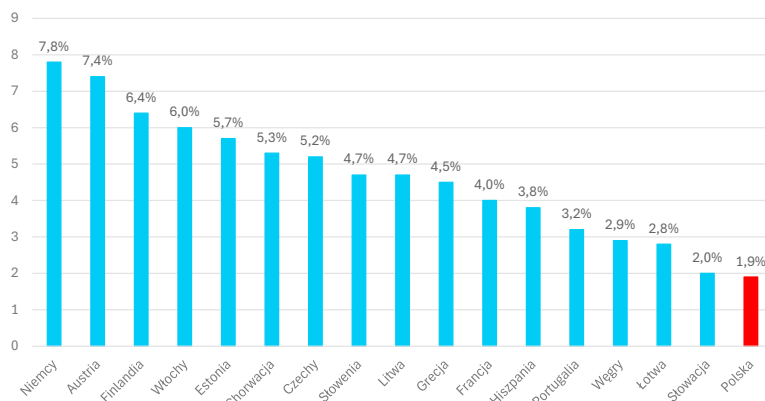
Ryc. 18.6. Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne jako % całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w latach 2014–2022 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2015–2023])

Na rycinie 18.7 przedstawiono udział wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne jako odsetek PKB na przestrzeni lat 2014–2022. W analizowanych latach udział procentowy tych wydatków nie przekracza 0,20%, najwyższy odnotowano w 2016 r. (0,20%), natomiast najniższy w 2020 r. i 2022 r. (0,12%).



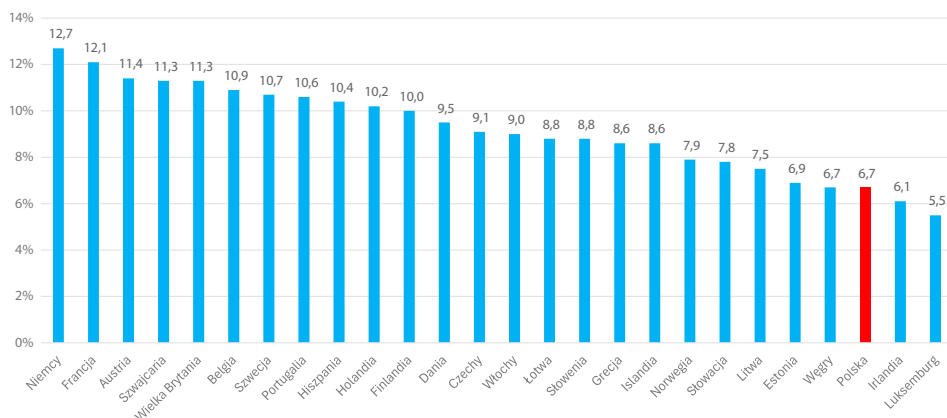
Ryc. 18.7. Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne jako % PKB w latach 2014–2022 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia [2015–2023])

W krajach Unii Europejskiej udział wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne w całkowitych wydatkach na zdrowie wahał się od niemal 8% (Niemcy 7,8%, Austria 7,4%) do okolic 2 % (Polska 1,9%, Słowacja 2%) (ryc. 18.8). Zarówno na podstawie danych krajowych w odniesieniu do innych rodzajów wydatków jak i w porównaniu z innymi krajami, wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne w Polsce od wielu lat utrzymują się na niskim poziomie.



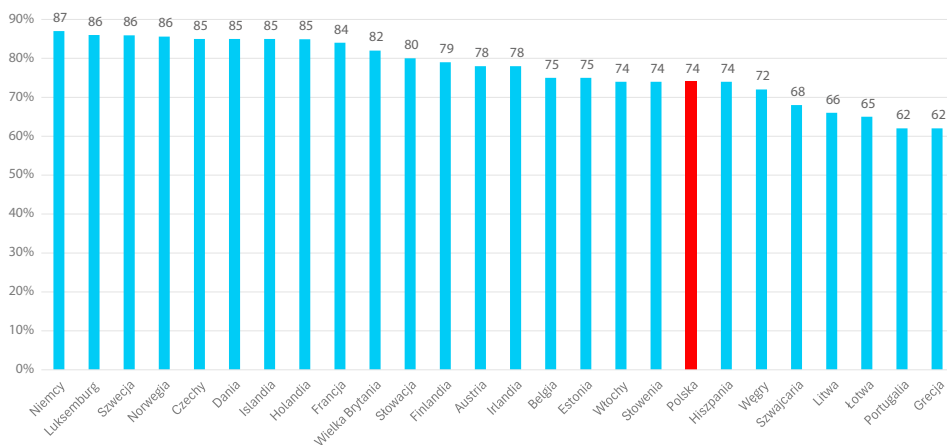
Ryc. 18.8. Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne jako odsetek całkowitych wydatków na zdrowie w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

W kwestii wydatkowania PKB w czołówce znalazły się Niemcy z wartością 12,7% w 2022 r. Niższą wartość od Polski zanotowały jedynie Irlandia (6,1%) i Luksemburg (5,5%) (ryc. 18.9).



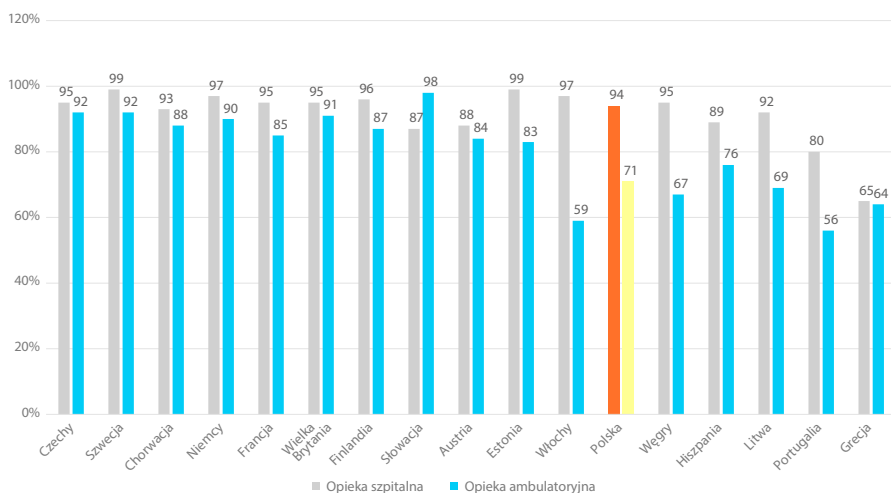
Ryc. 18.9. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem jako odsetek PKB w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Rycina 18.10 obrazuje, w jakim stopniu realizowane w danym kraju usługi medyczne pokrywane są ze środków publicznych. W tym zestawieniu Polska wypada stosunkowo dobrze z wartością 74% w 2022 r. Taką samą wartość odnotowała także Hiszpania, Słowenia i Włochy, nieco wyższą Estonia (75%) czy Belgia (75%). Najlepiej wypadły natomiast Niemcy z wartością 87%.



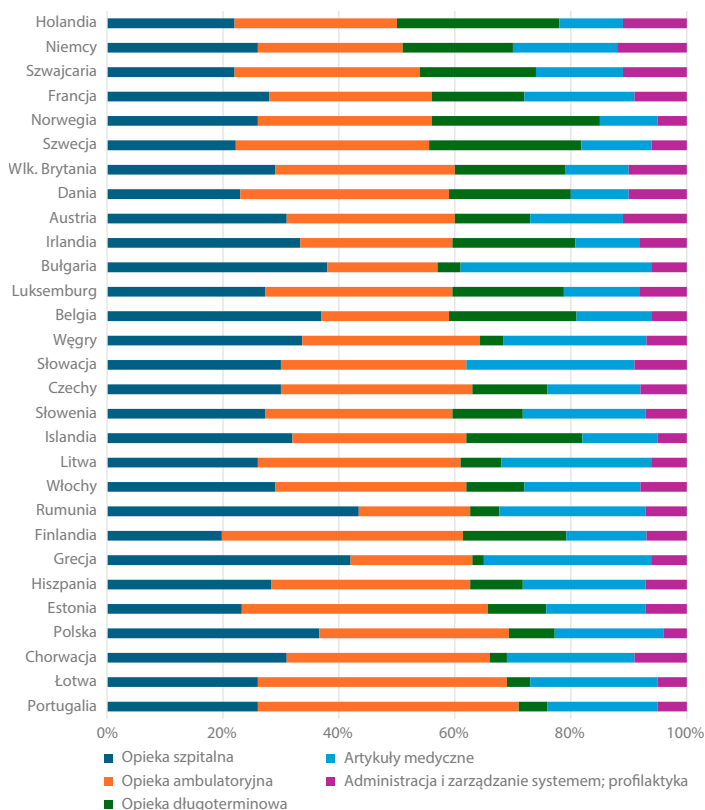
Ryc. 18.10. Pokrycie wszystkich usług medycznych ze źródeł rządowych oraz powszechnego ubezpieczenia w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Jako uzupełnienie do powyższego zestawienia przedstawiono pokrycie ze środków publicznych usług opieki szpitalnej i ambulatoryjnej, czyli dwóch najbardziej kosztochłonnych elementów opieki medycznej (ryc. 18.11). Polska, podobnie jak powyżej, uplasowała się mniej więcej pośrodku z wartościami 71% dla opieki ambulatoryjnej i 94% dla opieki szpitalnej. W większości krajów przeważającą część wydatków publicznych pochłania opieka szpitalna, wyjątek stanowi Słowacja. W niektórych krajach wartości te są na bardzo podobnym poziomie np. Grecja, Czechy.



Ryc. 18.11. Pokrycie kosztów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz opieki szpitalnej ze źródeł rządowych oraz powszechnego ubezpieczenia w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w krajach OECD wykazuje dużą różnorodność. Opieka szpitalna w większości krajów pochłania największą część kosztów opieki medycznej, niekiedy jednak ustępuje miejsca opiece ambulatoryjnej (m.in. Finlandia, Łotwa, Portugalia, Estonia). W Polsce wartości te są dość zbliżone (37% opieka szpitalna i 33% opieka ambulatoryjna). Na uwagę zasługuje także większy udział opieki długoterminowej w strukturze wydatków, który zaobserwować możemy m.in. w Norwegii, Holandii, Szwecji, czy Belgii (wartość powyżej 20%). W Polsce wartość ta wynosi 8%, podobnie jak w Hiszpanii (9%), Estonii (10%) czy Litwie (7%) (ryc. 18.12).



Ryc. 18.12. Struktura wydatków na opiekę zdrowotną w krajach OECD w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Zasoby ochrony zdrowia

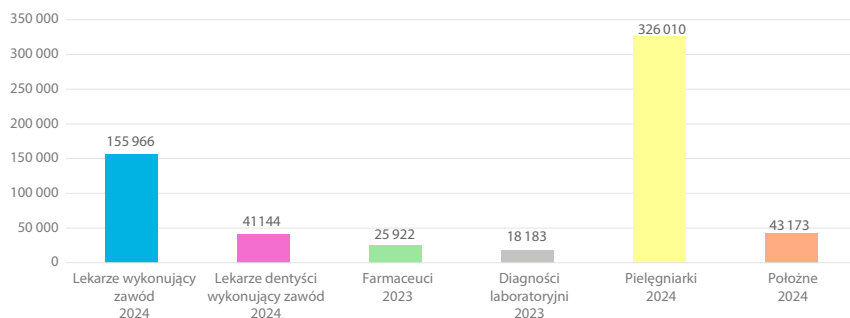
Na zasoby w ochronie zdrowia składają się zarówno zasoby ludzkie, jak również infrastruktura (placówki medyczne, liczba łóżek, sprzęt medyczny itp.). Od jakości zasobów w ochronie zdrowia w dużej mierze zależą możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli.

Jak wskazuje WHO, wysoką jakość usług medycznych można zapewnić przez połączenie różnych rodzajów zasobów, tj. finansowych, ludzkich i materialno-technicznych⁵. Poniższe zestawienia oparto na danych Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL), Naczelnej Izby Aptekarskiej (NIA), Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP), Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Ministerstwa Zdrowia (MZ).

⁵ Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach, (red. A. Zybała), Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2009

Personel medyczny w systemie ochrony zdrowia

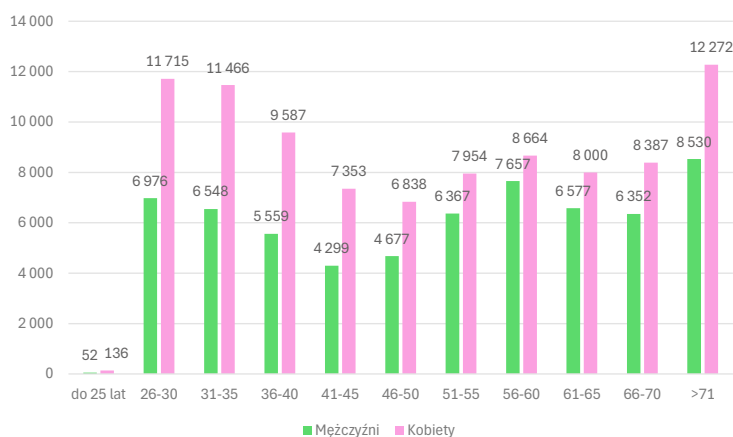
Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w 2024 r. w systemie funkcjonowało niemal 156 tys. lekarzy i 41 tys. lekarzy dentystów wykonujących zawód. Dane dotyczące farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych dostępne były za 2023 r. (ryc. 18.13).



Ryc. 18.13. Liczba personelu medycznego w Polsce (NIL, KIDL, GUS, NiPiP)

Analizując dane dotyczące płci widać wyraźną feminizację zawodu lekarza. Wśród mężczyzn największą grupę wiekową stanowiła grupa powyżej 71 lat (8 530, 13%), liczna była też grupa 56–60 lat (7 657, 12%) oraz 26–30 lat (6 976, 11%). Wśród kobiet najliczniejszą grupą była grupa powyżej 71 lat (12 272, 13%), jak również 26–30 lat (11 715, 13%) i 31–35 lat (11 466, 12%) (ryc. 18.14). Na podstawie przedstawionych danych średnia wieku dla mężczyzn wyniosła 51 lat, a dla kobiet 50 lat, jest ona wyższa z powodu liczby lekarzy aktywnych zawodowo po osiągnięciu wieku emerytalnego (ok. ¼). Analizując dane dotyczące struktury wieku wydaje się, że liczba lekarzy z młodszych grup wiekowych jest wystarczająca do zapewnienia zastępowalności pokoleń. Potwierdzają to ostatnie analizy Naczelnej Izby Lekarskiej, według których utrzymanie obecnego poziomu limitów kształcenia może doprowadzić nawet do nadwyżki lekarzy o 20% w 2048 r. Aktualne zapotrzebowanie to ok. 4,1 lekarza na 1000 mieszkańców, natomiast poziom ten wynosi między 3,4–3,6, tworząc ok. 15% lukę. Jak wynika z analiz NIL, do wypełnienia tej luki wystarczy, by studia ukończyli obecnie studiujący lekarze. Według modelu opracowanego przez NIL w najbliższych latach Ministerstwo Zdrowia powinno stopniowo zmniejszać liczbę miejsc na kierunku lekarskim, co pozwoli na zbilansowanie popytu i podaży lekarzy w systemie ochrony zdrowia⁶.

⁶ Naczelna Izba Lekarska, Aktualności, Polska na drodze do marnowania miliarda złotych rocznie na kształcenie nadmiarowych lekarzy [05.02.2025] <https://nil.org.pl/aktualnosci/8502-polska-na-drozdze-do-marnowania-miliarda-zlotych-rocznie-na-ksztalcenie-nadmiarowych-lekarzy>



Ryc. 18.14. Podział lekarzy wykonujących zawód w 2024 r. ze względu na płeć i wiek (NIL, Informacje Statystyczne [<https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>])

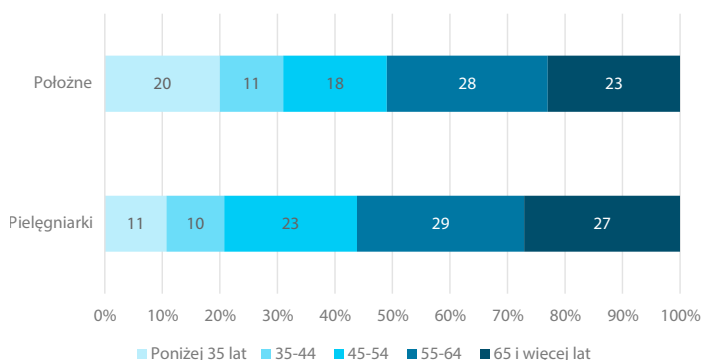
Według danych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) w 2024 r. w Polsce zarejestrowanych było 326 010 pielęgniarek i 43 173 położnych⁷ (ryc. 18.13). W oparciu o Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce⁸, najliczniejszą grupę zarówno wśród pielęgniarek, jak i położnych stanowiły osoby w wieku 51–60 lat (odpowiednio 29,4% dla położnych i 31,5% dla pielęgniarek). Oznacza to, że średnio co trzecia pielęgniarka i położna w Polsce jest w wieku przedemerytalnym. Jak wskazują prognozy NIPiP z kwietnia 2022, do 2030 r. aż 65% obecnie zatrudnionych pielęgniarek i 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych⁹. Sytuacja w tej grupie wiekowej wygląda znacznie gorzej niż w przypadku lekarzy, i jak wynika z Raportu NIPiP z 2022 r. oraz danych CRPiP, aktualne dane wskazują na brak zastępowalności pokoleń w tej grupie zawodowej (ryc. 18.15)¹⁰.

⁷ Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, 2024

⁸ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023

⁹ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023

¹⁰ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Pielęgniarka, Położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia, Warszawa, kwiecień 2022



Ryc. 18.15. Struktura wieku pielęgniarek i położnych w 2023 r. (NIPiP, Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych)

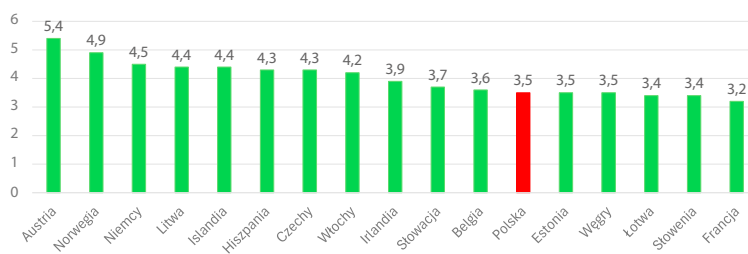
Oprócz liczby zarejestrowanych pielęgniarek i położnych istotnym jest wskaźnik zatrudnienia, który pokazuje, jaki odsetek pielęgniarek i położnych jest aktywna w swoim zawodzie. Dane pokazują, że najwyższy jest on w grupie wiekowej 41–60 lat, oscylując wokół 80% zarówno dla pielęgniarek jak i położnych.

Relatywnie niski natomiast jest on w najmłodszej grupie wiekowej, tj. 21–30 lat (56,5% dla pielęgniarek i 55,3% dla położnych). Jak wynika z badań ankietowych, najczęściej powodami rezygnacji z pracy w zawodzie jest zbyt niski poziom wynagrodzenia lub poszukiwanie nowego zatrudnienia, a w grupie innych przyczyn znalazła się też czasowa bierność zawodowa wynikająca z ciąży, urlopu macierzyńskiego czy wychowawczego¹¹.

Pod kątem liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców Polska z wartością 3,5 plasuje się w środku drugiej części zestawienia. Najlepiej pod tym kątem wypadła Austria z wartością 5,4, na drugim miejscu Norwegia (4,9). Najmniej lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców odnotowano na Łotwie (3,4), Słowenii (3,4) czy we Francji (3,2) (ryc. 18.16). Nieco inne dane wskazuje Eurostat, podając wartość 2,4 lekarzy na 1000 mieszkańców w 2021 r., co stawia Polskę w dużo gorszym świetle – uzasadnieniem jest inna metodologia liczenia danych przyjęta przez Eurostat, jak również niekompletne lub zawyżone dane dla poszczególnych krajów¹².

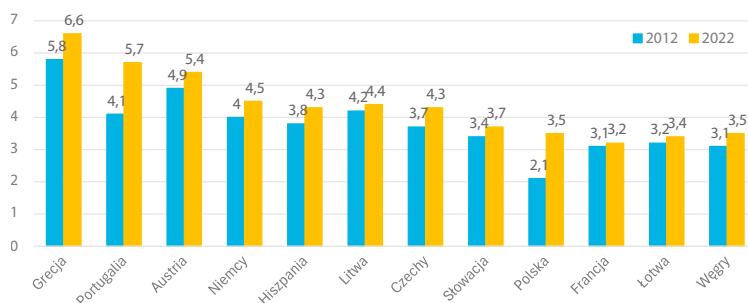
¹¹ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2023

¹² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela



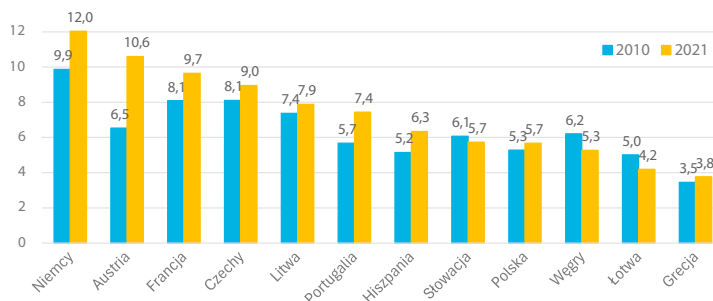
Ryc. 18.16. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Rycina 18.17 przedstawia liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców w krajach OECD w latach 2012 i 2022. We wszystkich analizowanych krajach nastąpił wzrost liczby lekarzy, w tym w Polsce dość znaczący na tle innych państw. Najwyższy wskaźnik w 2022 r. odnotowano w Grecji (6,6), Portugalii (5,7) i Austrii (5,4). W Polsce w 2022 r. wartość wskaźnika wyniosła 3,5.



Ryc. 18.17. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w latach 2012 i 2022 (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

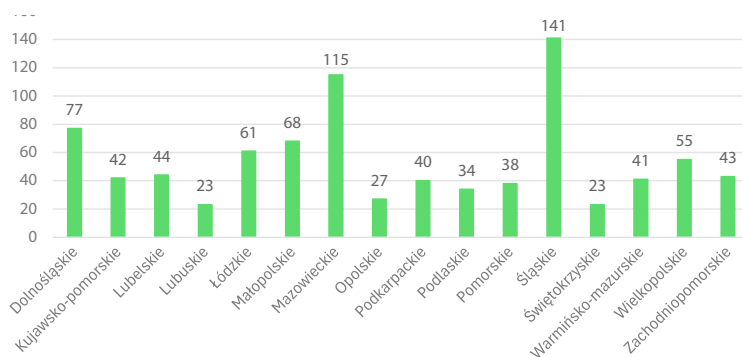
W przypadku pielęgniarek wskaźnik na 1000 mieszkańców wzrósł nieznacznie (Polska, Grecja), a w niektórych krajach zmalał (Słowacja, Węgry, Łotwa) (ryc. 18.18).



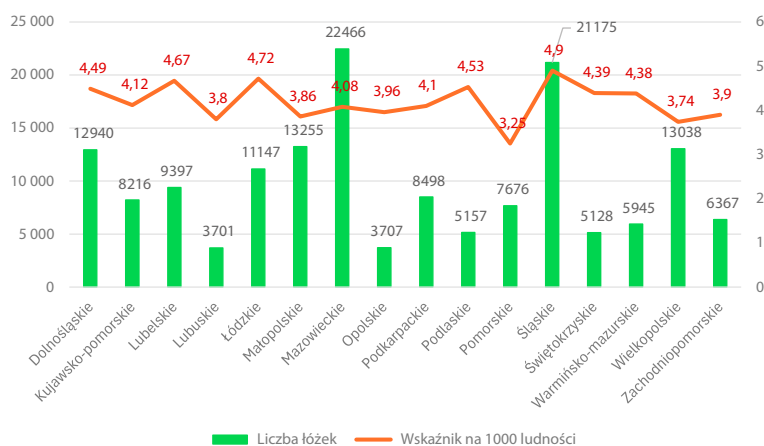
Ryc. 18.18. Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w latach 2010 i 2021 (OECD, Health at a Glance: Europe 2023)

Całodobowa opieka stacjonarna

W 2023 r. w Polsce funkcjonowały 872 szpitale, najwięcej w województwie śląskim (141), mazowieckim (115) i dolnośląskim (77) (ryc. 18.19). Podobnie wygląda liczba łóżek, których w 2022 r. odnotowano 157 813 w skali kraju. Najwięcej łóżek odnotowano w województwie mazowieckim (22 466), śląskim (21 175) i małopolskim (13 255). Jeżeli zaś chodzi o wskaźnik na 1000 ludności, najwyższy odnotowano w województwie śląskim (4,9), łódzkim (4,72) i lubelskim (4,67) (ryc. 18.20)¹³.



Ryc. 18.19. Liczba szpitali w podziale na województwa w 2023 r. (MZ, Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2024)



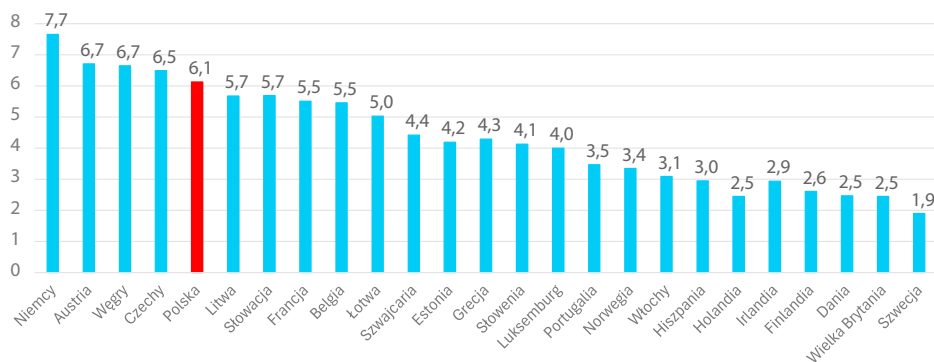
Ryc. 18.20 Liczba łóżek w podziale na województwa oraz wskaźnik na 1000 ludności w 2023 r. (MZ, Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2024)

Pomimo iż liczba łóżek wydaje się dość wysoka, ich dostępność w całym kraju jest nierównomierna, co bezpośrednio przekłada się na dostęp do świadczeń

¹³ Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia 2023, Centrum e-Zdrowia, Warszawa 2023

medycznych¹⁴. Dodatkowym problemem jest niski stopień wykorzystania łóżek, co przekłada się na nieuzasadnione i nadmierne koszty dla podmiotów leczniczych, a w skali kraju generuje większe koszty dla systemu ochrony zdrowia. Jak wskazuje raport NIK dotyczący funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, najniższy stopień wykorzystania łóżek odnotowano na oddziałach ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych, pediatrycznych oraz okulistycznych¹⁵.

Dane międzynarodowe dotyczące liczby łóżek nieco odbiegają od danych krajowych, według OECD wskaźnik dla Polski wynosi bowiem 6,13 na 1000 mieszkańców. Jak wskazano w raporcie OECD „Health at a Glance: Europe 2024”, dane przedstawione w raporcie pochodzą głównie z oficjalnych statystyk krajowych i zostały zgromadzone za pośrednictwem wspólnych kwestionariuszy OECD i Eurostatu. Należy mieć na uwadze, że dane do instytucji międzynarodowych przekazywane są w określonych odstępach czasowych, natomiast na poziomie krajowym są one na bieżąco weryfikowane i aktualizowane, stąd możliwe rozbieżności w danych publikowanych przez instytucje krajowe i międzynarodowe. W świetle Raportu OECD na tle innych państw Polska uplasowała się na stosunkowo dobrej pozycji, tuż za Austrią, Węgrami i Czechami, które osiągnęły podobną wartość. Najwyższą wartość osiągnęły Niemcy (7,7), natomiast najniższą Dania (2,5), Wielka Brytania (2,5) oraz Szwecja (1,9) (ryc. 18.21).

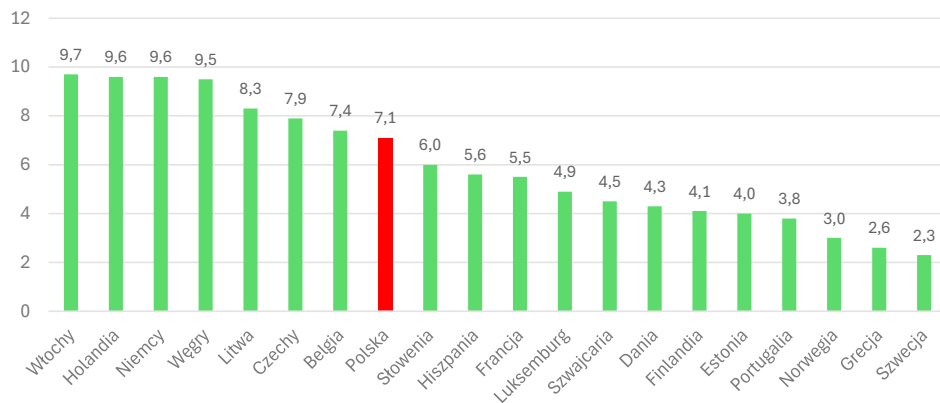


Ryc. 18.21. Liczba łóżek na 1000 mieszkańców w 2022 (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

¹⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela

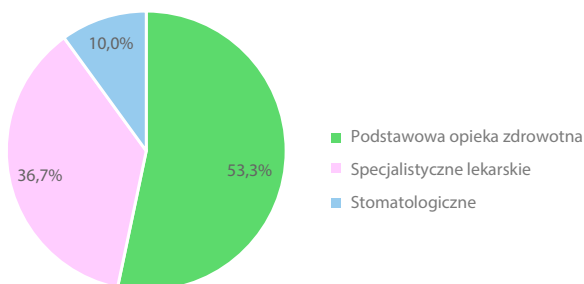
¹⁵ Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [22.01.2025] <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/18/059/KZD/>

Na rycinie 18.22 przedstawiono wskaźnik liczby ogółu konsultacji lekarskich w przeliczeniu na mieszkańca w krajach OECD. Przedstawione dane dotyczą wszystkich konsultacji lekarskich (POZ i specjaliści) na wszystkich poziomach opieki (ambulatoryjna, szpitalna itp.). W Polsce w 2022 r. odnotowano 7,1 wizyt na jednego mieszkańca. Najwyższy wskaźnik zanotowano we Włoszech (9,7), natomiast najniższy w Szwecji (2,3).



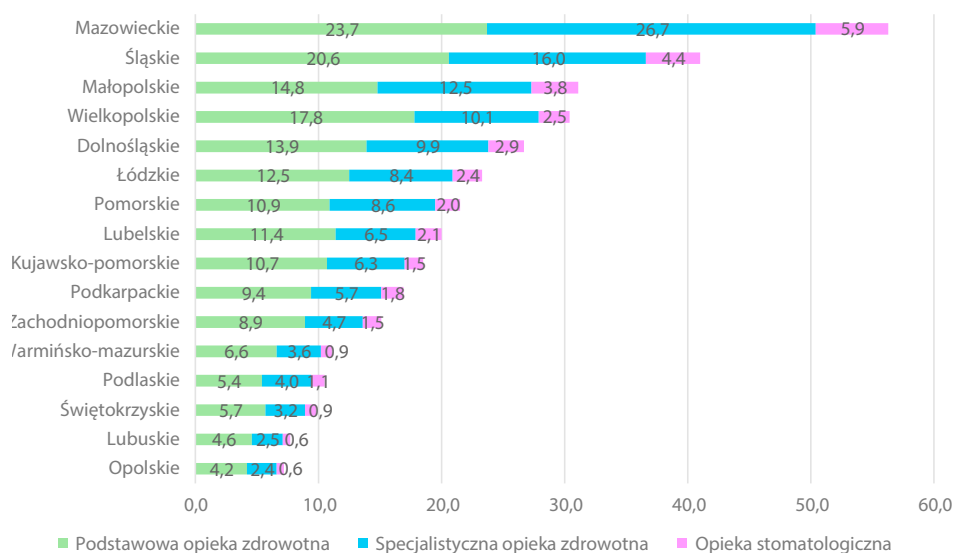
Ryc. 18.22. Wskaźnik liczby wszystkich konsultacji lekarskich na osobę w 2022 (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Analiza struktury porad ambulatoryjnych w Polsce pokazuje, że główną rolę odgrywa podstawowa opieka zdrowotna, obejmując 53,3% porad, natomiast na drugim miejscu uplasowały się porady u specjalistów z odsetkiem 36,7%. Najmniejszy udział miały porady stomatologiczne (ryc. 18.23).



Ryc. 18.23. Struktura porad ambulatoryjnych w 2022 (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.)

Na rycinie 18.24 przedstawiono zróżnicowanie regionalne w liczbie udzielanych porad. Niezmiennie we wszystkich województwach najczęściej udzielanych jest porad z zakresu opieki podstawowej. Najwięcej porad ogółem udzielanych było w województwach mazowieckim, śląskim i małopolskim, natomiast najmniej w opolskim, lubuskim i świętokrzyskim.



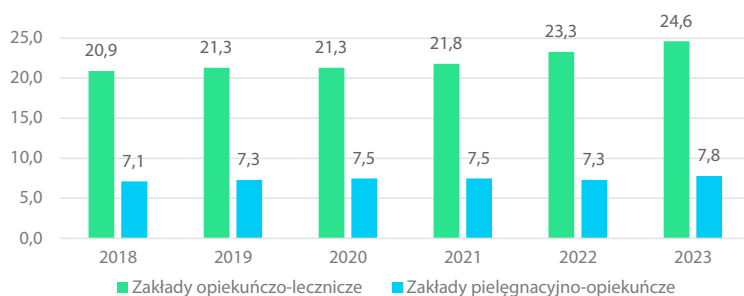
Ryc. 18.24. Struktura porad w podziale na województwa w 2023 r. (dane w mln) (GUS, Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2023 r.)

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej wśród osób starszych oraz opieka geriatryczna

Proces starzenia się ludności w Polsce postępuje z roku na rok. Według danych GUS pod koniec 2022 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła już 9,8 mln, co oznaczało wzrost o 0,7% w stosunku do roku poprzedniego. Współczynnik obciążenia demograficznego, czyli liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku od 15 do 64 lat, wyniósł w 2022 r. 29,9%.¹⁶ Obecna sytuacja demograficzna nie pozostaje bez wpływu na system ochrony zdrowia, co odczuwalne jest już dziś. Prognozy demograficzne nie pozostawiają złudzeń, dlatego tak istotne jest właściwe zaplanowanie zasobów w ochronie zdrowia, by zapewnić opiekę stale zwiększającej się grupie seniorów.

¹⁶ Główny Urząd Statystyczny, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r., Warszawa, Białystok 2023

Jednym ze wskaźników istotnych w opiece nad osobami starszymi jest liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Na przełomie lat 2018–2023 liczba obydwu rodzajów zakładów zwiększyła się, przy czym wyraźniejszy wzrost widać w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych (ryc. 18.25). Należy jednak pamiętać, że udzielanie świadczeń przez zakłady opiekuńczo-lecznicze nie może być utożsamiane z kompleksowym zapewnieniem opieki medycznej dla osób starszych z wielochorobowością. Wysoka jakość opieki nad tymi pacjentami może być zapewniona jedynie przez wyspecjalizowane oddziały i przychodnie geriatryczne¹⁷.

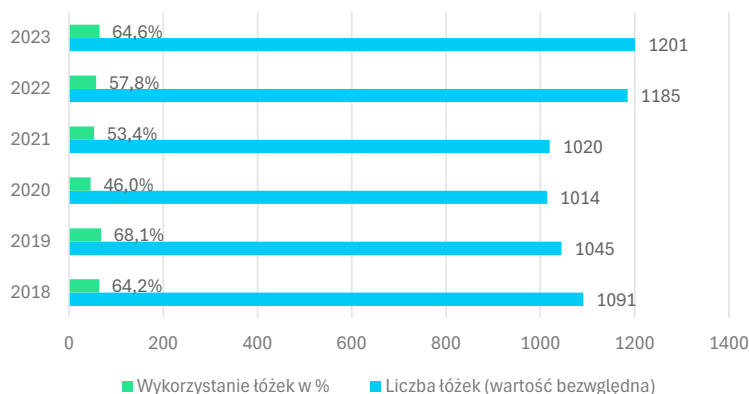


Ryc. 18.25. Liczba łóżek w zakładach opiekuńczo leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu ogólnego (bez łóżek psychiatrycznych) w 2023 r. w tys. (GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.)

Analizując liczbę i wykorzystanie łóżek na oddziałach geriatrycznych na przestrzeni ostatnich kilku lat widzimy, że o ile liczba tych łóżek wzrosła, o tyle ich wykorzystanie na przestrzeni prezentowanych lat ulegało wahaniom w stronę poprawy wskaźnika (2019) bądź pogorszenia (2020, 2021, 2022) w stosunku do roku 2018. W 2023 roku wartość wskaźnika jest zbliżona do tej z 2018 i wyniosła 64,6% (ryc. 18.26). Jak wskazuje raport NIK dotyczący funkcjonowania opieki geriatrycznej z 2021 r., najważniejszym problemem jest zbyt mała liczba personelu medycznego mającego kwalifikację w tej dziedzinie, kwestia ta dotyczy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Obok niewystarczającej liczby specjalistów z zakresu geriatry występuje dodatkowo problem ich nierównomiernego rozmieszczenia w skali kraju co powoduje, że są województwa (np. warmińsko-mazurskie), w których nie ma żadnego specjalisty w tej dziedzinie¹⁸.

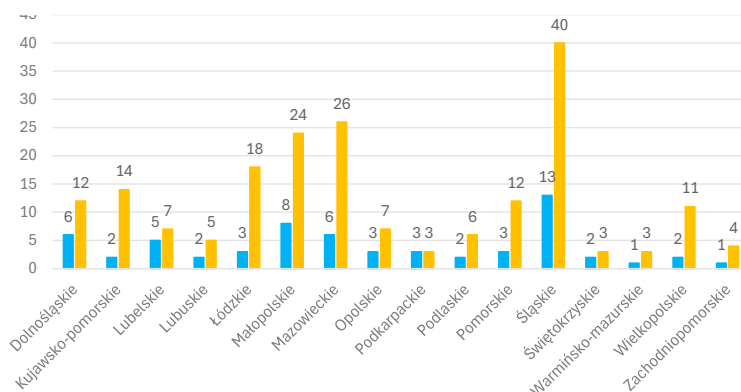
¹⁷ Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej [22.01.2025] <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/21/072/LKI/>

¹⁸ Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej [22.01.2025] <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/21/072/LKI/>



Ryc. 18.26. Liczba łóżek i wykorzystanie łóżek na oddziałach geriatrycznych w latach 2018–2022 (MZ, Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia [2019–2024])

W 2023 r. w Polsce funkcjonowały 62 oddziały geriatryczne i 195 poradni geriatrycznych. Jak już wspomniano, występuje dość duże zróżnicowanie regionalne w tym zakresie i tak np. w województwach warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim funkcjonował zaledwie jeden oddział geriatryczny, natomiast najwięcej odnotowano w województwach śląskim (13) i małopolskim (8). Najmniej poradni geriatrycznych występuje w województwach: podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (po 3 w każdym województwie). Najwięcej poradni geriatrycznych, podobnie, jak w przypadku oddziałów, odnotowano w województwie śląskim (40), a także w mazowieckim (26) i małopolskim (24) (ryc. 18.27).



Ryc. 18.27. Liczba poradni i oddziałów geriatrycznych w 2023 r. (GUS, Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.)